

Samverkan avseende
hemsjukvård/avancerad
sjukvård i hemmet (ASIH)

Östra Göinge kommun

Granskning på uppdrag av
Region Skånes revisorer

Pär Ahlborg

Bengt Andersson

Nils Rydmarker



Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	6
2.1. Bakgrund	6
2.2. Syfte och avgränsning	6
2.3. Revisionsfrågor	6
2.4. Metod och revisionskriterier	7
2.5. Projektorganisation	8
3. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser	9
3.1. Iakttagelser: Avtal och styrdokument	9
3.2. Slutsatser: Avtal och styrdokument	10
3.3. Iakttagelser: Informationsöverföring och vårdplanering	11
3.4. Slutsatser: Informationsöverföring och vårdplanering	12
3.5. Iakttagelser: Vård på rätt nivå	13
3.6. Slutsatser: Vård på rätt nivå	14
3.7. Iakttagelser: Kompetens, utvärdering och utveckling	14
3.8. Slutsatser: Kompetens, utvärdering och utveckling	15
3.9. Iakttagelser: Riskanalys och avvikelserapportering	16
3.10. Slutsatser: Riskanalys och avvikelserapportering	16
3.11. Iakttagelser: Jämförelser statistik och IT-lösningar	16
3.12. Slutsatser: Jämförelser statistik och IT-lösningar	17
Bilaga 1 - Intervjuförteckning	18
Bilaga 2 - Förteckning över avtal och styrdokument	19
Bilaga 3 - Nyckeltal åtta Skånekommuner och nio Sörmlandskommuner	21
Bilaga 4 – Nyckeltal från www.kolada.se	23

1. Sammanfattning

Den övergripande revisionsfrågan i denna granskning har varit huruvida Skånes kommuner och Region Skåne samverkar avseende hemsjukvård/ASIH¹ och vilka gemensamma insatser som görs.

Vi bedömer att ASIH och kommunerna samverkar när det gäller vårdplanering. Samordnad individuell planering (SIP) genomförs alltid för patienter där hemsjukvården har gemensamt ansvar med ASIH. Informationsöverföring mellan hemsjukvård och ASIH är bristfällig gällande säker hantering av medicinsk information på individnivå. Vi bedömer att vården av svårt sjuka, icke palliativa, patienter som har insatser från både ASIH och kommunens hemsjukvård har brister. Vården ges av parallella organisationer för dessa patienter. Detta kan upplevas som förvirrande för patienten och främjar inte en sammanhållen vård.

Vi rekommenderar att Region Skåne och Skånes kommuner säkerställer att det nya avtalet gällande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och Skånes kommuner tydliggör ansvarsfördelning för basal palliativ vård, avancerad palliativ vård samt avancerad hemsjukvård för svårt sjuka patienter.

Vi rekommenderar att regiongemensamma riktlinjer vad gäller former för uppföljning av samverkansavtalen tas fram.

Vi rekommenderar att Region Skåne i samarbete med Skånes kommuner utarbetar säkerställda rutiner för informationsöverföring.

Vi rekommenderar att Region Skåne genomför en granskning av samarbetet mellan ASIH och kommunernas hemsjukvård ca tolv månader efter att det planerade gränssnittsavtalet trätt i kraft.

Revisionsfrågor:

1. Vilka problem finns i gränssnittet mellan parterna? Vad beror problemen på och vilka konsekvenser kan de få?

Vi bedömer att vården för svårt sjuka, icke palliativa, patienter som har insatser från både ASIH och hemsjukvården har brister. Vården ges av parallella organisationer för dessa patienter och bedöms varken vara patientorienterad eller resurseffektiv i tillräckligt hög grad. Vi bedömer även att tröskelprincipen endast i begränsad utsträckning fungerar som gränssnitt mellan hemsjukvård och vårdcentral.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun aktivt verkar för att det nya avtalet gällande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och Skånes kommuner tydliggör ansvarsfördelning för basal palliativ vård, avancerad palliativ vård samt avancerad hemsjukvård för svårt sjuka patienter.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun genomför en granskning av samarbetet mellan ASIH och hemsjukvården ca tolv månader efter att det nya avtalet trätt i kraft

¹ Avancerad sjukvård i hemmet

2. Finns samverkansavtal mellan kommunerna och Regionen? Finns regionala och lokala vårdprogram? Hur tillses och utvärderas att dessa dokument följs?

Det finns samverkansavtal mellan Region Skåne och Östra Göinge kommun. Vi bedömer att Östra Göinge kommun följer befintliga avtal och har aktuella och relevanta styrdokument för verksamheten. Avtal och styrdokument följs upp kontinuerligt både internt i kommunen och i samverkan med Region Skåne.

3. Är ansvarsfördelningen tydlig när det gäller vem som ansvarar för olika insatser? Är betalningsansvaret tydligt?

Vi bedömer att befintliga avtal inte är tillräckligt tydliga gällande ansvarsfördelning för svårt sjuka, icke palliativa, patienter som är i behov av både hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet. Vi bedömer att hemsjukvården får ta större ansvar för svårt sjuka patienter efter ASIHS omorganisation. Vi bedömer att befintliga avtal är tydliga gällande betalningsansvar

4. Hur fungerar informationsöverföringen mellan verksamhetens olika delar (sjukhus, primärvård, kommun)?

Vi bedömer att informationsöverföringen mellan vårdgivarna i denna granskning är bristfällig gällande hantering av medicinsk information på individnivå.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun i samarbete med Region Skåne utarbetar säkerställda rutiner för informationsöverföring.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun aktivt medverkar i NPÖ² som konsument i systemet och under 2014 även blir producent

5. Hur sker arbetet för att minska undvikbar slutenvård?

Vi bedömer att Östra Göinge kommun bedriver ett strategiskt arbete för att undvika att hemsjukvårdens patienter tar sig till slutenvården i onödan genom medverkan i Ledningskraft Skåne och i samarbete med Centralsjukhuset i Kristianstad (CSK).

Vi rekommenderar Östra Göinge kommun att fortsätta och även fördjupa engagemanget i pågående projekt inom Ledningskraft Skåne samt samarbete med CSK inom området undvikbar slutenvård.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun i större utsträckning samarbetar med ASIHS om kurativa³ insatser gällande de av SKL definierade riskpatienterna med diagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-näsa-halsinfektioner.

6. Hur många korttidsplatser finns i kommunerna och hur påverkas sjukhusvården av tillgången på korttidsplatser?

Östra Göinge kommun har 16 korttidsplatser och vi bedömer att slutenvården inte påverkas av kommunens tillgång på korttidsplatser.

² www.cehis.se/vardtjanster/npö/

³ Botande, läkande enligt Svenska Akademiens Ordbok

7. Är vården likvärdig avseende resurser i länet och vilken ASIH erbjuds i olika delar av Skåne?

Granskning av Östra Göinge kommun och samarbete med ASIH omfattar inte denna revisionsfråga. I granskningens huvudrapport besvaras frågan.

8. Hur tillses att berörd personal har tillräcklig kompetens? Förekommer gemensamma utbildningsinsatser mellan kommunens och Regionens personal?

Vi bedömer att Östra Göinge kommun bedriver ett strategiskt arbete med att säkerställa att legitimerad personal inom hemsjukvården har rätt kompetens bl a genom medverkan i utbildningsinsatser inom Ledningskraft Skåne, befintliga FoU-Nätverk och primärvårdens utbildningar. Vi bedömer att personalen emellanåt avböjer att delta på utbildningsinsatser på grund av stress och hård arbetsbelastning.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun utarbetar ett organisatoriskt arbetssätt som underlättar för personalen inom hemsjukvården att delta i de utbildningsinsatser som erbjuds

9. Förekommer individuell vårdplan enligt HSL⁴ och SoL⁵ och finns rutiner för vem som skall sammankalla till upprättandet, hur dokumentationen skall se ut samt hur uppföljning/utvärdering skall ske?

Vi bedömer att det finns bra rutiner och hög ambitionsnivå gällande genomförande av samordnad individuell vårdplanering (SIP). SIP genomförs alltid för patienter där hemsjukvården har gemensamt ansvar med ASIH. Däremot visar genomförd datainsamling att i praktiken genomförs få samordnade individuella vårdplaner för patienter inom hemsjukvården.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun påskyndar införandet av SIP i samarbete med primärvården.

10. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården? Vilken är primärvårdens roll?

Vi bedömer att det finns bra rutiner för vårdplanering. Genom systemet SVPL-IT säkerställs genomförande av vårdplanering inom slutenvården inför övertagande av medicinskt ansvar till primärvård och hemsjukvård.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun ser över möjligheten att genom samarbete och eventuella avtalsförhandlingar med Region Skåne använda SVPL-IT för ytterligare tjänster.

11. Hur utvärderas verksamheten på region- respektive kommunnivå? Görs gemensam utvärdering av verksamheten?

Vi bedömer att Östra Göinge kommun systematiskt arbetar med utvärdering av verksamheten genom rutiner, måldokument och patientsäkerhetsberättelse.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun initierar ett gemensamt utvärderingsarbete med Region Skåne gällande området hemsjukvård och ASIH. Förslagsvis sker detta inom det befintliga FoU-nätverket.

⁴ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)

⁵ Socialtjänstlagen (SoL)

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Kommuner och landsting har enligt socialtjänstlagen (SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (HSL) skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre. Detta har fastslagits i båda lagarna genom en likalydande paragraf som trädde i kraft 2010. Av denna paragraf framgår att "när den enskilde har behov av insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården skall kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan" (HSL § 3f SoL 2 kap § 7). Möjligheterna att ge avancerad sjukvård i hemmet (ASIH) har ökat på senare år och inneburit att fler äldre kan bo kvar hemma längre och att vårdtiderna i slutenvården har förkortats.

För att få ett underlag för att bedöma hur Region Skåne och kommunerna samverkar om hemsjukvård/ASIH har beslut fattats av att genomföra en granskning av området inom ramen för samverkan mellan Regions Skånes revisorer och respektive kommuns revisorer.

2.2. Syfte och avgränsning

Granskningen skall, utifrån ett styr- och brukarperspektiv, ge revisorerna underlag för att bedöma hur Skånes kommuner och Region Skåne samverkar avseende hemsjukvård/ASIH och vilka gemensamma insatser som görs. Granskningen skall lyfta fram områden där samarbetet fungerar bra och ger förväntat resultat men även områden där samverkan behöver förbättras eller inte förekommer. Särskilt fokus skall läggas på de skillnader som finns i olika delar av Skåne både på kommunal och på regional nivå.

Granskningen skall även översiktligt ta upp det gemensamma arbetet med demenssjukvård och äldre multisjuka samt följa upp de iakttagelser som gjordes i granskningen av palliativ vård 2010.

Åtta kommuner inom Regionen skall analyseras djupare; Bromölla, Burlöv, Kristianstad, Skurup, Staffanstorps, Ystad, Ängelholm och Östra Göinge. En rapport för varje kommun skall upprättas, och då visa hur arbetet sker på lokal nivå, återge kommunspecifika förhållanden och vilken samverkan som sker med Regionens olika verksamheter i den enskilda kommunen. Därtill skall en regionrapport upprättas som visar hur primärvården och sjukhusen samverkar med kommunerna och om det finns skillnader i olika delar av Skåne.

2.3. Revisionsfrågor

Förutom vad som angivits ovan har granskningen utgått från följande frågor:

1. Vilka problem finns i gränssnittet mellan parterna? Vad beror problemen på och vilka konsekvenser kan de få?
2. Finns samverkansavtal mellan kommunerna och Regionen? Finns regionala och lokala vårdprogram? Hur tillses och utvärderas att dessa dokument följs?
3. Är ansvarsfördelningen tydlig när det gäller vem som ansvarar för olika insatser? Är betalningsansvaret tydligt?
4. Hur fungerar informationsöverföringen mellan verksamhetens olika delar (sjukhus, primärvård, kommun)?
5. Hur sker arbetet för att minska undvikbar slutenvård?

6. Hur många korttidsplatser finns i kommunerna och hur påverkas sjukhusvården av tillgången på korttidsplatser?
7. Är vården likvärdig avseende resurser i länet och vilken ASIH erbjuds i olika delar av Skåne?
8. Hur tillses att berörd personal har tillräcklig kompetens? Förekommer gemensamma utbildningsinsatser mellan kommunens och regionens personal?
9. Förekommer individuell vårdplan enligt HSL och SoL och finns rutiner för vem som skall sammankalla till upprättandet, hur dokumentationen skall se ut samt hur uppföljning/utvärdering skall ske?
10. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården? Vilken är primärvårdens roll?
11. Hur utvärderas verksamheten på region- respektive kommunnivå? Görs gemensam utvärdering av verksamheten?

Nedanstående följdfrågor omfattas även av granskningen:

12. Ges vården på rätt nivå – finns det äldre inom primär-/slutenvård som istället skulle kunna vårdas hemma samt finns det äldre som idag vårdas hemma som istället borde vårdas inom primär-/slutenvård?
13. Fungerar vårdtagarmedverkan på ett tillfredsställande sätt?
14. Vilka effekter kan noteras för patienterna om organisation och ansvarsroller inte fungerar som det är tänkt?
15. Vilka styrdokument/handlingsplaner finns hos de olika aktörerna och hur följs insatserna upp?
16. Arbetar berörda aktörer inom region och kommuner med ständig förbättring och i så fall, finns det tillfredsställande verktyg för mätning och uppföljning?
17. Görs riskanalyser och avvikelserapportering i tillräcklig omfattning?
18. Hur ser omhändertagandet av äldre i Region Skåne och Skånes kommuner ut jämfört med övriga riket – och vilka resultatskillnader finns?
19. Hur tar Region Skåne och Skånes kommuner till sig den allt växande forskningen och utvecklingen som finns inom äldre- och hemsjukvård?
20. Utnyttjar man inom äldrevården och framför allt hemsjukvården moderna hjälpmedel och IT-lösningar i tillfredsställande omfattning?

2.4. Metod och revisionskriterier

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier, intervjuer och datainsamling.

Intervjuer

Intervjuer har genomförts i Östra Göinge enligt en i förväg fastställd intervjumall. Sju personer har intervjuats via fysiska möten. Följande yrkeskategorier har intervjuats: medicinsk ansvarig sjuksköterska, enhetschef, biståndshandläggare, verksamhetschef korttidsboende, distriktssköterska, sjuksköterska och arbetsterapeut. Telefonintervju har även genomförts med ordförande i omsorgs- och utbildningsutskottet. Förteckning över intervjuade personer återfinns i bilaga 1.

Granskning av avtal och styrdokument

Befintliga avtal och styrdokument gällande Östra Göinge kommun och samverkan med ASIH har granskats. Förteckning över avtal och styrdokument finns i bilaga 2.

Datainsamling

För nationella jämförelser gällande omhändertagandet av äldre i Region Skåne och Skånes kommuner har sökningar gjorts i Kommun- och Landstingsdatabasen (www.kolada.se) som drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser. För att ta fram kompletterande jämförelsedata har en datainsamling genomförts baserad på en årlig utvärdering av FoU-Sörmland gällande hemsjukvården i Södermanlands kommuner.

Revisionskriterier

De bedömningskriterier som utgjort grunden för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar är i denna granskning främst:

- Hälsa- och sjukvårdslag (1982:763)
- Socialtjänstlag (2001:453)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)
- Kommunaliserad hemsjukvård (SOU 2011:55)
- Döden angår oss alla - Värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6)
- Äldreomsorgens nationella värdegrund – ett vägledningsmaterial (Socialstyrelsen, 2012)
- Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre (Socialstyrelsen, 2011)
- Värdegrunden i Socialtjänstens omsorg om äldre (SOSFS 2012:3)
- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27)
- Kvalitetssystem inom omsorgerna för äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8)
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i kommunernas hälso- och sjukvård (SOSFS 1997:10)
- Underlag för gränssnitt Kommunförbundet Skåne & Region Skåne (2012)
- Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne (2009)
- Överenskommelse om palliativ vård i Skåne (Kommunförbundet & Region Skåne 2009)
- WHO:s definition av palliativ vård (2002)
- Hjälpmedelsinstitutets rapport till regeringen "Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen - En kartläggning av samtliga Sveriges kommuner" (2012)
- Regionala och kommunspecifika riktlinjer som berör och är avgörande för det granskade området.
- Övriga lagar och förordningar som berör och är avgörande för det granskade området.

2.5. Projektorganisation

Projektledare från Revisionskontoret var revisorerna Greger Nyberg och Jan-Åke Leijon. Från Helseplan var Pär Ahlberg projektledare och konsulterna Bengt Andersson och Nils Rydmarker var involverade i arbetet. Marie Öberg Lindevall var intern kvalitetsansvarig på Helseplan.

3. Iakttagelser, bedömningar och slutsatser

3.1. Iakttagelser: Avtal och styrdokument

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 1, 2, 3 samt 15:

1. *"Vilka problem finns i gränssnittet mellan parterna? Vad beror problemen på och vilka konsekvenser kan de få?"*
2. *"Finns samverkansavtal mellan kommunerna och Regionen? Finns regionala och lokala vårdprogram? Hur tillses och utvärderas att dessa dokument följs?"*
3. *"Är ansvarsfördelningen tydlig när det gäller vem som ansvarar för olika insatser? Är betalningsansvaret tydligt?"*
15. *"Vilka styrdokument/handlingsplaner finns hos de olika aktörerna och hur följs insatserna upp?"*

3.1.1. Avtal, styrdokument och handlingsplaner

Av "Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne" framgår att den gemensamma ambitionen med befintliga avtal är att bibehålla och vidareutveckla en förtroendefull samverkan inom hälso- och sjukvården med medborgaren och patienten i centrum. Den enskilde patienten skall ges kontinuitet i vård och behandling även när vårdgivarna skiftar under vårdprocessen. Ambitionen med överenskommelsen är även att rutinerna och samverkan skall vara så etablerade och smidiga att patienten inte märker om ansvaret övergår från en huvudman till en annan.

Mellan Region Skåne och Bromölla kommun finns ett samarbetsavtal, "Samarbetsavtal mellan Hälso- och sjukvården i Nordöstra Skåne och Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Östra Göinge kommuner" som reglerar respektive huvudmans ansvar, avgränsningar samt kostnadsansvar. Det finns även bilagor till avtalet, dokument 1-11, med förtydligande av avtalets innebörd inom respektive område

Kommunen har en Hälso- och sjukvårdshandbok kallad "MAS-handbok" som kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska har huvudansvar för. Syftet med "MAS-handboken" är att öka patientsäkerheten och handboken innehåller riktlinjer och styrdokument för hälso- och sjukvård utifrån gällande föreskrifter och lagar. Se förteckning över avtal och styrdokument i bilaga 2.

Ansvarsfördelning kommunens hemsjukvård och ASIH

Av de intervjuer som genomförts framgår att ansvarsfördelningen och betalningsansvaret är tydligt när det gäller vem som ansvarar för olika insatser. Huvudmännen tolkar dock avtalet olika och under intervjuerna framkommer att om hemsjukvården gjort någon form av insats så tar inte ASIH huvudansvar. Detta har förändrats sedan ASIH:s nya organisation. Hemsjukvården tar ofta huvudansvar för generell hälso- och sjukvård och ASIH kommer och gör punktinsatser. Tidigare hände det att ASIH tog helt ansvar för all hälso- och sjukvård.

Under intervjuerna har det framkommit att Region Skåne och kommunerna i Skåne arbetar med framtagning av ett nytt avtal som enligt uppgift skall gälla från 2015-01-01.

Uppföljning

Två gånger per halvår genomförs samverkansmöten med chefsläkare och vårdstrateg från Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), primärvårdschefer och samtliga medicinskt ansvariga sjuksköterskor i de nordöstra kommunerna. På mötena följs samverkansavtal, avvikelser mm upp kontinuerligt. Enligt intervjupersonerna förs en bra dialog och det finns ett gemensamt engagemang om att samarbeta samt att utveckla och förbättra verksamheterna.

Problem och konsekvenser

Intervjupersonerna anser att det är större problem nu än tidigare då ASIH efter omorganisationen i högre grad genomför punktinsatser och tar mindre helhetsansvar. Man anser att ASIH skall vara avancerad sjukvård i hemmet men att det enbart bedrivs palliativ vård.

När det gäller delegering är rutinerna otydliga. Enligt intervjupersonerna har ASIH-sköterskor "kommenderat" kommunens sjuksköterskor att delegera till undersköterskor i hemtjänsten. Då delegering handlar om ansvar, kompetens och ersättning upplevs detta vara ett problem. Ett arbete pågår med att skapa rutiner för detta.

Intervjupersonerna lyfter fram att det ibland blir märkligt att vara flera av samma yrkeskategori från olika huvudmän hos patienten. Det lyfts fram att det är svårt att få helheten att fungera och att det skapar förvirring för patienter och anhöriga.

Under intervjuerna framkommer att gränssnittet är otydligt gällande arbetsterapeuter och sjukgymnasters ansvar. Detta gäller ofta när ASIH har punktinsatser och vem som har ansvar för förskrivning av hjälpmedel. Om ASIH har totalansvar för vården är det tydligt, de har egna paramedicinare. Brister i informationsöverföring ställer också till det. En kommentar var att "ibland kommer man hem till en patient som har ASIH, men som vi inte visste om".

Man uttrycker generellt att det är olyckligt med parallella organisationer för hemsjukvården. Mot primärvården beror problemen på vilken vårdcentral och läkare det gäller. Man upplever från hemsjukvården att det fungerar bra med den offentligt drivna vårdcentralen gällande t ex läkarkontakt och brytpunktssamtal. Det är större svårigheter med att få bra samarbete med den privat drivna vårdcentralen.

3.2. Slutsatser: Avtal och styrdokument

Avtal och styrdokument – Vi bedömer att Östra Göinge kommun följer befintliga avtal och har aktuella och relevanta styrdokument för verksamheten. Avtal och styrdokument följs upp kontinuerligt både internt i kommunen och i samverkan med Region Skåne. En förändring har skett i samarbetet efter ASIH:s omorganisation 2013 och vi bedömer att hemsjukvården får ta större ansvar för svårt sjuka patienter. Vi bedömer att befintliga avtal inte är tillräckligt tydliga gällande ansvarsfördelning för svårt sjuka, icke palliativa, patienter som är i behov av både basal och avancerad sjukvård i hemmet. Vården ges av parallella organisationer för dessa patienter och bedöms varken vara resurseffektiv eller patientorienterad i tillräckligt hög grad.

Vi bedömer även att tröskelprincipen endast i begränsad utsträckning fungerar som gränssnitt mellan hemsjukvård och vård på vårdcentral.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun aktivt verkar för att det nya avtalet gällande ansvarsfördelning mellan Region Skåne och Skånes kommuner tydliggör ansvarsfördelning för basal palliativ vård, avancerad palliativ vård samt avancerad hemsjukvård för svårt sjuka patienter.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun genomför en granskning av samarbetet mellan ASIH och hemsjukvården ca tolv månader efter att det nya avtalet trätt i kraft.

3.3. Iakttagelser: Informationsöverföring och vårdplanering

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 4, 9, 10 och 13:

4. *"Hur fungerar informationsöverföringen mellan verksamhetens olika delar (sjukhus, primärvård, kommun)?"*

9. *"Förekommer individuell vårdplan enligt HSL och SoL och finns rutiner för vem som skall sammankalla till upprättandet, hur dokumentationen skall se ut samt hur uppföljning/utvärdering skall ske?"*

10. *"Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården? Vilken är primärvårdens roll?"*

13. *"Fungerar vårdtagarmedverkan på ett tillfredsställande sätt?"*

3.3.1. Informationsöverföring

Enligt Socialstyrelsens författning SOSFS 2005:27 skall landsting och kommuner i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information, som t ex befintliga planer, mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst. Rutinerna skall dokumenteras och de skall vara enhetligt utformade inom ett län eller en region.

Av de intervjuer som genomförts framgår att det inte är möjligt för företrädare för en verksamhet att läsa patientjournaler i en annan verksamhets system. Det är fax och telefon som används i informationsöverföring mellan såväl slutenvård, primärvård, ASIH och kommunens hemsjukvård. Personerna i intervjuerna ser brister i informationsöverföringen och det handlar primärt om epikris och läkemedelslistor vid överföring från slutenvård till primärvård/hemsjukvård. Överhuvudtaget upplevs stor frustration över bristerna på modern informationsöverföring och att det inte går att använda dagens digitala möjligheter. Östra Göinge kommer att gå med i Nationell Patientöversikt⁶ (NPÖ) vilket upplevs positivt och man har förväntningar på att NPÖ skall lösa en del av de problem som finns idag gällande informationsöverföring.

⁶ www.cehis.se/vardtjanster/npö/

3.3.2. Vårdplanering

Enligt överenskommelsen mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne utgör den samordnade vårdplaneringen grunden för en fungerande vårdkedja och måste ha genomförts bl a inför övertagande av vårdansvaret.

Samordnad vårdplanering (SVPL)

Enligt överenskommelsen "Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne" skall slutenvården skicka en kallelse till kommunens vårdplanerare när en patient närmar sig utskrivning. Den samordnade vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter att kallelsen har publicerats. Meddelande för varje delprocess skall alltid publiceras till berörda enheter d v s till läkare i primärvård och till den kommun där patienten är folkbokförd.

Intervjuerna visar att vårdplanering sker med samtliga patienter och att det gemensamma digitala systemet SVPL-IT används av slutenvården och kommunen för att underlätta arbetet. Uppfattningen är att SVPL-IT underlättar vårdplanering men att systemet skulle kunna fungera bättre och användas mer.

Samordnad individuell vårdplanering (SIP)

Kommunen har dokument och rutiner för genomförande av SIP. Intervjupersonerna anger att SIP alltid genomförs tillsammans med ASIH gällande patienter man har gemensamt ansvar för med ASIH. Genomförande av samordnade individuella planer uppges fungera bra med den offentligt drivna vårdcentralen men det är svårigheter med den andra vårdcentralen i kommunen. Huvudanledningen till detta är att den offentligt drivna vårdcentralen har aktivt medverkat i ett gemensamt projekt om SIP. Inför SIP med ASIH genomförs oftast ett förmöte för att klargöra ansvarsfördelning mellan hemsjukvården och ASIH. Detta kommenterades med att "patienter och anhöriga skall inte höra om eventuella meningsskiljaktigheter om vem som skall göra vad av ASIH och hemsjukvården". Enligt den statistikinsamling som genomförts i granskningen har SIP upprättats för 15 av de 318 patienter som var inskrivna i hemsjukvården den 7 oktober 2013. Se bilaga 3.

3.4. Slutsatser: Informationsöverföring och vårdplanering

Informationsöverföring – Vi bedömer att informationsöverföring mellan vårdgivarna i denna granskning är bristfällig gällande säker hantering av medicinsk information på individnivå. Användningen av fax för att skicka dokument är osäker om inte det är säkerställt att mottagaren står vid mottagarfaxen för att ta emot dokumentet. Vi bedömer även att det finns risker för patientsäkerhet genom bristande rutiner och system för informationsöverföring.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun i samarbete med Region Skåne utarbetar säkerställda rutiner för informationsöverföring.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun aktivt medverkar i NPÖ som konsument i systemet och under 2014 även blir producent i systemet. Detta skulle innebära att legitimerad personal i hemsjukvården kan läsa de fem senaste händelserna i patientjournaler inom Region Skånes slutenvård, primärvård och ASIH.

Vårdplanering – Vi bedömer att det finns bra rutiner för vårdplanering. Genom systemet SVPL-IT säkerställs genomförande av vårdplanering inom slutenvården inför överföring av medicinskt ansvar till primärvård och hemsjukvård. Vi bedömer även att det finns bra rutiner och hög ambitionsnivå gällande genomförande av SIP. SIP genomförs alltid för patienter där hemsjukvården har gemensamt ansvar med ASIH. Däremot visar genomförd datainsamling att i praktiken genomförs få samordnade individuella vårdplaner för patienter inom hemsjukvården.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun ser över möjligheten att genom samarbete och eventuella avtalsförhandlingar med Region Skåne använda SVPL-IT för ytterligare tjänster.

Vi rekommenderar Östra Göinge kommun påskyndar införandet av SIP och i samarbete med ansvariga i primärvården.

3.5. Iakttagelser: Vård på rätt nivå

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 5, 6, och 12:

5. Hur sker arbetet för att minska undvikbar slutenvård?

6. Hur många korttidsplatser finns i kommunerna och hur påverkas sjukhusvården av tillgången på korttidsplatser?

12. Ges vården på rätt nivå – finns det äldre inom primär-/slutenvård som istället skulle kunna vårdas hemma samt finns det äldre som idag vårdas hemma som istället borde vårdas inom primär-/slutenvård?

3.5.1. Vård på rätt nivå

Det pågår för närvarande en stor nationell satsning med stimulansmedel från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) gällande undvikbar slutenvård. SKL:s definition av undvikbar slutenvård är att det avser slutenvårdstillfällen inom ett antal specifika diagnoser vilka anses skulle kunna förebyggas om åtgärder vidtas i ett tidigt skede. Begreppet inkluderar alla slutenvårdstillfällen med någon av diagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-näsa-halsinfektioner.

Av de intervjuer som genomförts framgår att kommunen medverkar i flera utvecklingsprojekt inom detta område genom satsningen Ledningskraft Skåne (se nedan). Man upplever att återinläggning till slutenvården ofta beror på vilket medicinskt ansvar primärvårdsläkarna tar och det är skillnad på arbets sätt mellan vårdcentralerna i kommunen. På den välfungerande vårdcentralen händer det att läkarna gör hembesök vilket minskar risk för återinläggning.

Kommunen har 16 korttidsplatser och det krävs ett beslut enligt SoL för att få en plats. Man upplever att slutenvården inte alltid vill kännas vid detta. En del medicinskt färdigbehandlade patienter som inte är riktigt redo att komma hem vill slutenvården få in på korttidsplats. Det kan dock uppstå problem och patienterna måste åter till slutenvården efter några dagar.

Under intervjuerna diskuterades även tröskelprincipen samt gräns mot egenvård. Det framkom att det inom hemsjukvården är vanligt med punktinsatser t ex efter operation. När patienterna piggat på sig så skrivs de ut ur hemsjukvården och får gå till vårdcentralen.

3.6. Slutsatser: Vård på rätt nivå

Undvikbar slutenvård – Vi bedömer att Östra Göinge kommun bedriver ett strategiskt arbete för att undvika att hemsjukvårdens patienter tar sig till slutenvården i onödan. Personalens aktiva medverkan i Ledningskraft Skåne samt samarbetet med CSK ger bra underlag för vård på rätt nivå. Pågående projekt och samarbete borgar även för att klara av framtida krav.

Vi rekommenderar Östra Göinge kommun att fortsätta och även fördjupa engagemanget i pågående projekt inom Ledningskraft Skåne och samarbete med CSK inom området undvikbar slutenvård.

Vi rekommenderar Östra Göinge kommun att i större utsträckning samarbeta med ASIH om kurativa insatser gällande de av SKL definierade riskpatienterna med diagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-näsahalsinfektioner.

Korttidsplatser – Vi bedömer att slutenvården inte påverkas av kommunens tillgång på korttidsplatser.

3.7. Iakttagelser: Kompetens, utvärdering och utveckling

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 8, 11, 16 och 19: *8. Hur tillses att berörd personal har tillräcklig kompetens? Förekommer gemensamma utbildningsinsatser mellan kommunens och regionens personal? 11. Hur utvärderas verksamheten på region- respektive kommunnivå? Görs gemensam utvärdering av verksamheten? 16. Arbetar berörda aktörer inom region och kommuner med ständig förbättring och i så fall, finns det tillfredsställande verktyg för mätning och uppföljning? 19. Hur tar Region Skåne och Skånes kommuner till sig den allt växande forskningen och utvecklingen som finns inom äldre- och hemsjukvård?*

3.7.1. Kompetens

Enligt gällande lagar och föreskrifter är arbetsgivaren ansvarig för att hälso- och sjukvårdspersonalen har den kompetens och de egenskaper som krävs för att tillgodose patientsäkerheten.

Kommunen har samverkansavtal med Regionen om kompetensutveckling som regleras i avtalet med regionen enligt bilagan till avtalet, dokument 6. Det genomförs kontinuerlig utbildning av personalen. Under de intervjuer som genomförts framgår att genom kommunens medverkan i Ledningskraft Skåne⁷ och befintliga FoU-nätverk⁸ pågår kontinuerliga utbildningsinsatser för personalen. FoU-nätverken fungerar som en plattform där sjukhusvård, primärvård samt kommunal vård och omsorg möts och verkar för en professionell vård och omsorg oavsett vårdform.

⁷ www.skane.se/sv/Webbplatser/Utvecklingscentrum/Ledningskraft

⁸ www.skane.se/sv/Webbplatser/CSK/Centralsjukhuset-Kristianstad/For-vardgivare/Vardsamverkan-i-nordostra-Skane/FoU-Natverk-Narsjukvard-Skane-Nordost/

3.7.2. Utvärdering och utveckling

Kommunen har måldokument för hälso- och sjukvård och genomför årlig verksamhetsuppföljning samt träffar på verksamhetschefsnivå. Kommunens rutiner utvärderas kontinuerligt. Det sker även en särskild utvärdering av SIP-arbetet.

Kommunens medverkan i satsningen Ledningskraft Skåne har som mål att ge ledningsstöd för chefsteam för att gå från ord till handling i att skapa rätt vård, rätt läkemedel, rätt bemötande och för en individanpassad och sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Prioriterade områden är:

- ☑ God vård i livets slutskede
- ☑ Preventivt arbetssätt
- ☑ God vård vid demenssjukdom
- ☑ God läkemedelsbehandling av äldre
- ☑ Sammanhållen vård och omsorg

De intervjuade personerna upplever att medverkan i Ledningskraft Skåne och FoU-nätverken är givande och utvecklande. Det finns även en FoU-plattform kopplad till nätverken som leds av en professor i omvårdnad på Högskolan i Kristianstad. Detta ger vetenskaplig tyngd åt arbetet i såväl nätverken som plattformen. Man lyfter dock fram att utmaningen är att ge möjlighet och tid för personalen att medverka på nätverksträffar.

3.8. Slutsatser: Kompetens, utvärdering och utveckling

Kompetens – Vi bedömer att Östra Göinge kommun bedriver ett strategiskt arbete med att säkerställa att legitimerad personal inom hemsjukvården har rätt kompetens bl a genom medverkan i utbildningsinsatser inom Ledningskraft Skåne, befintliga FoU-nätverk och primärvårdens utbildningar. Vi bedömer att personalen emellanåt avböjer att delta på utbildningsinsatser på grund av stress och hård arbetsbelastning.

Vi rekommenderar Östra Göinge kommun att utarbeta ett organisatoriskt arbetssätt som underlättar för personalen inom hemsjukvården att delta på de utbildningsinsatser som erbjuds.

Utvärdering och utveckling – Vi bedömer att Östra Göinge kommun bedriver ett strategiskt arbete med utvärdering av verksamheten genom rutiner, måldokument och patientsäkerhetsberättelse. Däremot bedömer vi att det inte genomförs någon gemensam utvärdering av verksamheterna inom hemsjukvård och ASIH i samverkan med Region Skåne. Vi bedömer att kommunen väl följer utvecklingen inom området genom medverkan i Ledningskraft Skåne, FoU-nätverken i nordöstra Skåne samt den FoU plattform som är kopplad till nätverken. Vi bedömer även här att personalen emellanåt avböjer att medverka i utvecklingsarbetet på grund av stress och hård arbetsbelastning.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun initierar ett gemensamt utvärderingsarbete med Region Skåne gällande området hemsjukvård och ASIH. Förslagsvis sker detta inom det befintliga FoU-nätverket.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun utarbetar ett organisatoriskt arbetssätt som underlättar för personalen inom hemsjukvården att delta i utvecklingsarbetet.

3.9. Iakttagelser: Riskanalys och avvikelserrapportering

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 14 och 17: *14. Vilka effekter kan noteras för patienterna om organisation och ansvarsroller inte fungerar som det är tänkt? 17. Görs riskanalyser och avvikelserrapportering i tillräcklig omfattning?*

3.9.1. Riskanalys och avvikelserrapportering

Av Östra Göinge kommuns styrdokument "Rutin för rapportering av avvikelser samt riskanalys" framgår att i Socialstyrelsens SOSFS 2011:9 finns föreskrift som handlar om säkerställandet av rutiner för att identifiera, dokumentera och rapportera avvikelser samt fel och brister i verksamheten. Erfarenheterna av negativa händelser som inträffar eller riskerar att inträffa skall användas i det systematiska kvalitetsarbetet för att förbättra kommunens olika verksamheter.

I kommunens journalsystem skall avvikelserrapportering ske gällande det som faller inom kommunens eget ansvar. Under intervjuerna framkommer att avvikelserrapportering gällande primärvård, slutenvård och ASIH sker på separata pappersblanketter som skickas eller faxas till den enhet det gäller. Denna hantering uppfattas som krånglig och de intervjuade anser att det finns behov av att systematisera och förenkla detta för att det skall bli mer rutinmässigt och kännas mer motiverat. Under intervjuerna framkommer att det generellt borde skrivas fler avvikelserrapporter men pga tidsbrist blir det inte av.

Intervjupersonerna uppger att det sällan förekommer några avvikelser gällande ASIH men däremot gällande primärvård och slutenvård.

3.10. Slutsatser: Riskanalys och avvikelserrapportering

Riskanalys och avvikelserrapportering – Vi bedömer att det finns tydliga rutiner och blanketter för avvikelshantering. Däremot är hanteringen av avvikelserrapporter krånglig. Vi bedömer att avvikelserrapportering inte sker i tillräcklig omfattning internt i kommunen eller till andra vårdgivare på grund av tidsbrist hos personalen.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun utarbetar ett organisatoriskt arbetssätt som underlättar för personalen inom hemsjukvården att arbeta med avvikelshantering.

3.11. Iakttagelser: Jämförelser statistik och IT-lösningar

I detta avsnitt behandlas revisionsfrågorna 18 och 20: *18. Hur ser omhändertagandet av äldre i Region Skåne och Skånes kommuner ut jämfört med övriga riket – och vilka resultatskillnader finns? 20. Utnyttjar man inom äldrevården och framför allt hemsjukvården moderna hjälpmedel och IT-lösningar i tillfredsställande omfattning?*

3.11.1. Benchmarking åtta Skånekommuner och nio Sörmlandskommuner

Inom ramen för detta revisionsuppdrag har sökningar genomförts i Kommun- och Landstingsdatabasen (www.kolada.se) som drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser. Det bedömdes dock inte finnas tillräcklig data i Kolada inom området hemsjukvård för att kunna göra jämförelser. En datainsamling har därför genomförts baserad på en årlig utvärdering av hemsjukvården i Sörmlands kommuner. I bilaga 3 presenteras tabeller med

data och nyckeltal gällande hemsjukvården i de åtta Skånekommunerna och nio Sörmlandskommuner.

Nyckeltalen i bilaga 3 visar att det är stor skillnad på antalet patienter inom hemsjukvården. Anledningen bedöms vara att tröskelprincipen tolkas olika. Det är även stora skillnader internt mellan såväl kommunerna i Skåne som kommunerna i Sörmland. Gällande SIP verkar kommunerna i Sörmland ha kommit längre med att införa detta. Det är drygt tre gånger fler genomförda läkemedelsgenomgångar i Sörmland jämfört med kommunerna i Skåne. Däremot har betydligt fler hemsjukvårdspatienter i Skåne namngiven läkare och sjuksköterska.

De nyckeltal som bedömts vara av intresse från Kolada presenteras i bilaga 4.

3.11.2. Användandet av IT-lösningar

2012 genomförde Hjälpmedelsinstitutet (HI) på uppdrag av regeringen en omfattande enkät gällande kartläggning av hur IT och teknikstöd används inom äldreomsorgen till alla Sveriges kommuner. Kartläggningen resulterade i rapporten "Välfärdsteknologi inom äldreomsorgen - En kartläggning av samtliga Sveriges kommuner". Inom ramen för detta uppdrag har Östra Göingens enkätsvar begärts ut från HI. Kontaktpersonen i Östra Göinge kommun har gått igenom svaren från 2012 och konstaterat att inga förändringar har skett.

Av intervjuerna framgår att hemsjukvården har ambition att i större utsträckning använda IT-lösningar för informationsöverföring. Kommunen är ansluten till NPÖ.

3.12. Slutsatser: Jämförelser statistik och IT-lösningar

Jämförelser statistik – Vi bedömer att Östra Göinge kommun och övriga kommuner i jämförelsen med kommunerna i Sörmland genomför få SIP. Vi bedömer även att antalet genomförda läkemedelsgenomgångar är få.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun påskyndar införandet av SIP i samarbete med primärvården.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun initierar ett samarbete med primärvården med målet att öka antalet läkemedelsgenomgångar för patienter i hemsjukvården.

Användandet av IT-lösningar – Vi bedömer inte att Östra Göinge kommun implementerat nya IT-lösningar de senaste två åren. Vi bedömer däremot att kommunen driver på utveckling och användning av SVPL-IT.

Vi rekommenderar att Östra Göinge kommun aktivt medverkar i NPÖ som konsument i systemet och under 2014 även blir producent i systemet.

Bilaga 1 - Intervjuförteckning

Intervjuad	Roll
Gunilla Marcusson	Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Annika Elfving	Enhetschef och biståndshandläggare
Kerstin Sanfridsson	Sjuksköterska och verksamhetschef Attendo
Jan Hülen	Sjuksköterska Attendo Kortidsboende
Kristina Sonesson	Distriktssköterska
Mats Holmgren	Sjuksköterska
Vesna Glisic	Arbetsterapeut
Tommy Aspegren	Ordförande i omsorgs- och utbildningsutskottet

Bilaga 2 - Förteckning över avtal och styrdokument

Dokumenttyp	Dokument	Datum
Avtal	Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne	2009-12-01
Avtal	Överenskommelse av palliativ vård i Skåne	2009-11-29
Avtal	Tillfälligt avtal - Underlag för gränssnitt Kommunförbundet Skåne & Region Skåne	2013-02-01
Avtal	Förtydligande till tillfälligt avtal om gränssnitt Kommunförbundet och Region Skåne 2012	2013-05-28
Avtal	Samarbetsavtal mellan Hälso- och sjukvården i Nordöstra Skåne och Bromölla, Hässleholm, Kristianstad, Osby, Perstorp och Ö Göinge kommuner	2012-10-01
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 1 - Rehabilitering	reviderad 2013-04-22
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 2 - Tekniska hjälpmedel	reviderad 2012-06-07
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 3 - Samverkan, informationsöverföring	reviderad 2013-10-08
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 4 - Samordnad Vårdplanering - Regiongemensamma anvisningar, rutiner	reviderad 2011-01-28
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 5 - Psykiatri	reviderad 2005-11-04
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 6 - Personalförsörjning - utbildning – FoU	reviderad 2012-02-08
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 7 - Habilitering	Reviderad 2005-11-03
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 8 - Riktlinjer för samverkan mellan KVH Hässleholm - Kristianstad och Barn- och ungdomskliniken Kristianstad kring barn upp till 18 år.	reviderad 2010-11-05
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 10 - Riktlinjer vid gastroenteriter – calici – kräksjuka mellan kommuner och sjukhus i Nordöstra Skåne	reviderad 2013-02-12
Bilaga samarbetsavtal	Dokument 11 - Handlingsplan för patient som nutrieras via Clinifeeding-sond och som skall vårdas i kommunerna i Nordöstra Skåne	reviderad 2013-02-18
Styrdokument	"MAS-HANDBOK" - Handbok för hälso- och sjukvård i Östra Göinge. Handboken innehåller kommunens samtliga rutiner. Nedan listas ett urval av rutinerna.	2013-11-05
Styrdokument	Skriftlig rutin för brytpunktssamtal – brytpunktsprocess (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2013-02-28

Dokumenttyp	Dokument	Datum
Styrdokument	Informationsmaterial kring Samordnad Individuell Plan (SIP) (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2013-05-14
Styrdokument	Samordnad Vårdplanering - Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2011-01-28
Styrdokument	Rutin för vårdpreventivt arbete enligt Senior alert inom vård och omsorg (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2013-05-20
Styrdokument	Rutin för delegering (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2010-01-11
Styrdokument	Rutin för läkemedelshantering (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2013-06-10
Styrdokument	Rutin för egenvård (ingår i kommunens "MAS-handbok")	2011-04-11

Bilaga 3 – Nyckeltal åtta Skånekommuner och nio Sörmlandskommuner

Kommunerna i denna granskning har besvarat en enkät gällande statistik inom hemsjukvården. Frågorna i enkäten härrör från en rapport om uppföljning av hemsjukvården i kommunerna i Sörmland kallad "Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland – 2012" som sammanställts av länsstyrgruppen för närvård i Sörmland. I tabell 1 nedan är även befolkningsstatistik redovisad med data från Statistiska Centralbyrån (SCB). De åtta kommunerna i Skåne har sammanlagt 229 177 invånare 2012-12-31. Sörmland har enligt SCB 274 723 invånare 2012-12-31.

Tabell 1 – Resultat sammanställning enkät gällande de åtta kommunerna i Skåne som medverkat i granskningen.

	Bromölla	Burlöv	Kristianstad	Skurup	Staffanstorps	Ystad	Ängelholm	Östra Göinge
Antal patienter inom hemsjukvården den 7 oktober 2013	164	807	N/A	348	999	448	558	318
Varav patienter med samordnad individuell plan enligt HSL och SoL	1	0	N/A	N/A	1	8	N/A	15
Varav patienter som har namngiven läkare	25	767	N/A	348	N/A	200	N/A	441
Varav patienter som har namngiven sjuksköterska	108	807	N/A	348	191	448	N/A	441
Varav patienter med aktuell läkemedelsgenomgång	0	N/A	N/A	N/A	N/A	12	N/A	1
Varav patienter med bedömning enligt Senior Alert	3	0	N/A	N/A	0	1	N/A	21
Antal platser Vård- och omsorgsboende (SÄBO)	130	142	932	122	119	330	242	123
Antal platser på Korttidsboende	10	11	46	8	13	30	45	16
Antal platser SÄBO och korttidsboende	140	153	978	130	132	360	287	139
Antal tjänster legitimerad HoS-personal inom kommunens hemsjukvård under	21,97	27,43	149,53	26,00	25,75	39,90	71,40	22,00
Antal vårdtygn (slutenvård) under 2012 som kommunen betalat avgift för till Region Skåne	93	52	105	2	28	324	10	2
Befolkning 31/12 2012	12 250	17 011	80 507	14 955	22 534	28 558	39 742	13 620

Tabell 2 – Sammanställning av data från rapporten "Överförande av hemsjukvården till kommunerna i Sörmland – 2012".

	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker
Antal patienter inom hemsjukvården den 8 oktober 2012	482	238	113	499	432	123	167	86	78
Varav patienter med samordnad individuell plan enligt HSL och SoL	29	220	N/A	N/A	50	30	77	22	28
Varav patienter som har namngiven läkare	0	224	85	N/A	N/A	123	82	43	35
Varav patienter som har namngiven sjuksköterska	482	237	113	499	417	123	134	86	76
Varav patienter med aktuell läkemedelsgenomgång	0	35	17	0	5	0	18	4	6
Varav patienter med bedömning enligt Senior Alert	84	60	58	227	18	1	34	49	46
Antal platser SÄBO och korttidsboende	1000	148	100	489	620	150	397	122	97

Observera att ovanstående data från de åtta kommunerna i Skåne gäller den 7 oktober 2013 och data gällande kommunerna i Sörmland den 8 oktober 2012. Vid denna rapportens färdigställning var inte data tillgänglig från Sörmland gällande 7 oktober 2013. I tabell 3 används ovanstående data och observera att data för kommunerna i Skåne är beräknade med befolkningsantal per 2012-12-31 då SCB vid denna rapportens färdigställning inte redovisat data för 2013-12-31. Insamling av ovanstående data är utförd 2012-2013 och ger intressanta och relevanta jämförelser.

Tabell 3 – Jämförelse mellan sammanställd data för de åtta kommunerna i Skåne och Sörmland. Nyckeltalen redovisas i antal per 10 000 invånare.

	De åtta kommunerna i Skåne	Sörmland
Patienter inom hemsjukvården den 7 oktober 2013 Antal per 10 000 invånare	159	81
Patienter med samordnad individuell plan enligt HSL och SoL Antal per 10 000 invånare	1	17
Patienter som har namngiven läkare Antal per 10 000 invånare	78	22
Patienter som har namngiven sjuksköterska Antal per 10 000 invånare	102	79
Patienter med aktuell läkemedelsgenomgång Antal per 10 000 invånare	0,6	3
Patienter med bedömning enligt kvalitetsregistret Senior Alert. Antal per 10 000 invånare	1	21
Platser särskilt boende (SÄBO) och korttidsboende Antal per 10 000 invånare	101	113
Vård dygn (slutenvård) under 2012 som kommunerna betalat avgift för* Antal per 10 000 invånare	27	60

*Kostnad enligt Sveriges Kommuner och Landsting är 4 341 kronor per dygn gällande somatisk vård och 3 132 kronor per dygn för geriatrisk vård.

Jämförelse – åtta kommuner i Skåne och nio kommuner i Sörmland

Nyckeltalen i tabell 3 visar att det är stor skillnad på antalet patienter inom hemsjukvården. Anledningen bedöms vara att tröskelprincipen tolkas olika. Det är även stora skillnader internt mellan såväl kommunerna i Skåne som kommunerna i Sörmland. Gällande SIP verkar kommunerna i Sörmland ha kommit längre med att införa detta. Det är drygt tre gånger fler genomförda läkemedelsgenomgångar i Sörmland jämfört med kommunerna i Skåne. Däremot har betydligt fler hemsjukvårdspatienter i Skåne namngiven läkare och sjuksköterska.

Bilaga 4 – Nyckeltal från www.kolada.se

Sökningar gällande statistik för kommunal hemsjukvård har genomförts i Kommun- och Landstingsdatabasen (www.kolada.se) som drivs av Rådet för främjande av kommunala analyser. För området hemsjukvård finns mycket få nationella nyckeltal i Kolada. Främsta anledningen till detta bedöms vara att hemsjukvård drivs av både landsting och kommuner beroende på om hemsjukvården är kommunaliserad eller inte. Detta innebär svårigheter att samla in data. Tre nyckeltal som är kopplade till hemsjukvård och palliativ vård har framtagits för de kommuner som är med i granskningen. Det gäller nyckeltalen:

- Åtgärd genomförts för de som har risk för fall
- Åtgärd genomförts för de som har risk för undernäring
- Andel avlidna som före döden fått informerande samtal om att han/hon är döende

Dessa nyckeltal har hälften eller fler än hälften av de åtta kommunerna svarat på. Det finns i Kolada fler liknande nyckeltal inom området men majoriteten av kommunerna i granskningen har inte haft möjlighet att svara på dessa. Nyckeltalen ger viss indikation på hur kommunerna arbetar och är ett intressant komplement till insamlad data, genomförda intervjuer och dokumentgranskning. För att få en nationell jämförelse visas riksgenomsnitt i respektive graf.



