

Granskning av äldreomsorgskedjan

Dnr Rev 30-2013

Genomförd av: Ernst & Young

Behandlad av Revisorskollegiet den 5 februari 2013

Västra Götalandsregionen

Granskning av nämnders och styrelsers arbete med att säkerställa att äldrevårdkedjan är ändamålsenlig



Building a better
working world

Innehåll

1. Sammanfattning	2
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och avgränsning	3
2.3. Revisionsfrågor	4
2.4. Revisionskriterier.....	4
2.5. Metod.....	4
3. Nulägesbeskrivning	5
3.1. Inledning	5
3.2. Inflödet av patienter till sjukhusen.....	5
3.3. Utskrivningsklara patienter	6
3.4. Undvikbar slutenvård.....	7
3.5. Analyser av indikatorerna	7
3.6. Vår bedömning.....	8
4. Regional handlingsplan för de mest sjuka äldre.....	9
4.1. Handlingsplan	9
4.2. Genomförandeplan.....	9
4.3. Uppföljning	10
4.4. Vår bedömning.....	10
5. Äldrevårdskedjan ur ett beställarperspektiv	11
5.1. Hälsa- och sjukvårdsnämndernas beställning av sjukhusvård	11
5.2. Hälsa- och sjukvårdsnämnden Trestad (HSN 3).....	11
5.3. Hälsa- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg (HSN 10).....	12
5.4. Hälsa- och sjukvårdsnämndernas beställning av primärvård	13
5.5. Krav och kvalitetsboken för VG-primärvård	14
5.6. Vår bedömning.....	16
6. Äldrevårdskedjan ur ett utförarperspektiv	17
6.1. Övergripande samverkan mellan vårdaktörer	17
6.2. In- och utskrivning av patienter i slutenvård.....	18
6.3. Samverkan för att undvika akutsjukvård	20
6.4. Utvecklingsarbete inom primärvården	21
6.5. Uppföljning	22
6.6. Vår bedömning.....	23
7. Slutsatser.....	24
7.1. Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågorna.....	25
7.2. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer	28

Bilaga:

Bilaga 1: Källförteckning

1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västra Götalandsregionen (VGR) granskat hur beställarnämnder och utförare inom regionens hälso- och sjukvård arbetar för att säkerställa att äldrevårdkedjan är ändamålsenlig.

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott fattade i oktober 2012 beslut om en handlingsplan för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland" och i mars 2013 fattade regionstyrelsen beslut om en plan för genomförande av handlingsplanen.

Vi kan konstatera att det sedan flera år tillbaka pågår en mängd utvecklingsarbeten som är kopplade till den nationella satsningen på sammanhållen vård av sjuka äldre och som syftar till att förbättra äldrevårdkedjan. Utförarorganisationerna arbetar enligt vår bedömning aktivt med att utveckla vården utifrån den övergripande inriktningen i handlingsplanen. Trots stora ansträngningar kvarstår emellertid problembilden. Det är fortsatt högt tryck på akutmottagningar och andelen undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar har inte förändrats sedan 2009, vilket kan indikera att nya metoder, arbetssätt, processer och rutiner ännu inte har fått något brett genomslag i vård och omsorg som helhet.

Av granskningen framkommer vissa generellt svaga länkar i vårdkedjan. Informationsöverföringen mellan vårdgivarna i samband med utskrivning från sjukhus fungerar inte tillfredsställande och det finns stora skillnaderna mellan olika vårdcentralers omhändertagande av äldre vilket inte är acceptabelt.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att beställarnas styrning av äldrevårdkedjan behöver samordnas och förstärkas. Enligt vår bedömning är det ur ett styrningsperspektiv inte optimalt att beställarorganisationen är tudelad, så till vida att hälso- och sjukvårdsnämnderna beställer sjukhusvård och en liten del av primärvården, medan regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott ansvarar för att bereda krav- och kvalitetsboken som anger vad som ska tillhandahållas vid vårdcentralerna anslutna till VG PV. Den demografiska utvecklingen medför stora framtida utmaningar för hälso- och sjukvården. För att förverkliga ambitionen om att en stor del av vården av sjuka äldre ska utföras i den nära sjukvården krävs ett helhetsgrepp på beställningar och ersättningssystem. En tydligare samordning av processerna för att beställa sjukhusvård, beställd primärvård respektive VG PV vore önskvärd. Inslaget av standardiserade processer och regionala medicinska riktlinjer behöver öka för att säkerställa en god och jämlik vård i de olika vårdssamverkansområdena.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 3 och 10, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Skaraborgs sjukhus, primärvårdsstyrelse samt styrelsen för beställd primärvård rekommenderas att:

- ▶ Verka för en samordning av processerna för att beställa sjukhusvård, beställd primärvård respektive VG PV och för att ersättningssystemen på ett tydligare sätt används till att premiera samverkansaktiviteter, som exempelvis framtagandet av samordnade individuella vårdplaner.
- ▶ Säkerställa att informationsöverföringen mellan olika vårdgivare fungerar.
- ▶ Använda redovisningar av andelen återinskrivningar inom 30 dagar samt undvikbar slutenvård per vårdcentral och per kommun som ett underlag för diskussioner om arbetssätt och rutiner vid såväl öppen som sluten vård.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

I samband med revisionens årliga granskning av nämnder och styrelser inom hälso- och sjukvården har brister i samverkan mellan olika vårdgivare lyfts fram som ett av de stora problemen. Revisionen har också i en särskild granskning studerat arbetet med att utveckla effektiviteten inom hälso- och sjukvården. I granskningen lyftes samverkansproblemen som ett av de största hindren i arbetet med att utveckla effektiviteten. Brister i äldrevårdkedjan resulterar i ökade remissflöden till sjukhusen, ökat tryck på akutmottagningar, problem med ett ökat antal utskrivningsklara patienter samt överbeläggningar på vårdavdelningar. Problemens omfattning tycks variera mellan olika sjukhus. Problemen bidrar starkt till att flera av sjukhusen redovisar negativa ekonomiska resultat. Trots att vikten av samverkan i äldrevårdkedjan betonas allt starkare tycks problemen ha ökat under senare år. Problemen riskerar att accentueras än mer inom de delar av regionen där andelen äldre väntas öka.

I regionfullmäktiges budget för 2013 finns ett flertal mål som berör äldrevårdkedjan. Det är dels övergripande tillgänglighetsmål, dels mer specifika mål om ökad samverkan mellan vårdgivare och att överbeläggningar på sjukhus ska minska. Ett flertal regionövergripande projekt, bland annat inom ramen för "Framtidens hälso- och sjukvård", berör vården av äldre.

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott fattade i oktober 2012 beslut om en handlingsplan för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland" och i mars 2013 fattade regionstyrelsen beslut om en plan för genomförande av handlingsplanen. Ett flertal aktiviteter i handlingsplanen syftar till att förbättra samverkan mellan vårdgivare. Ansvar för genomförande av flertalet aktiviteter i handlingsplanen läggs på beställare och utförare inom hälso- och sjukvården samt på de samverkansgrupper som finns.

2.2. Syfte och avgränsning

Granskningen syftar till att belysa hur beställarnämnder och utförare inom regionens hälso- och sjukvård arbetar för att säkerställa att äldrevårdkedjan är ändamålsenlig. Vidtagna åtgärder med anledning av beslutad handlingsplan granskas.

Granskningen har avgränsats till att studera äldrevårdkedjorna i två geografiska områden, Fyrbodals samt Skaraborg, och en del av regionens vårdaktörer som verkar där. Granskningen omfattar följande nämnder/styrelser:

- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämnderna 3 och 10
- ▶ Styrelsen för NU-sjukvården
- ▶ Styrelsen för Skaraborgs sjukhus
- ▶ Primärvårdsstyrelsen
- ▶ Styrelsen för beställd primärvård

2.3. Revisionsfrågor

Utifrån syftet med granskningen ska följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ Hur har inflödet av patienter till sjukhusen förändrats under senare år?
- ▶ Hur har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen förändrats under senare år?
- ▶ Hur har antalet undvikbara slutenvårdstillfällen förändrats under senare år?
- ▶ Hur belyses samverkansfrågorna i äldrevårdkedjan i de vårdöverenskommelser som tecknas mellan hälso- och sjukvårdsnämnder och utförare inom hälso- och sjukvården och är de i enlighet med av HSU beslutad handlingsplan?
- ▶ Hur belyses samverkansfrågorna i äldrevårdkedjan i Krav- och kvalitetsboken för VGPV-verksamheter och är de i enlighet med av HSU beslutad handlingsplan?
- ▶ Finns ändamålsenliga processbeskrivningar avseende äldrevårdkedjan?
- ▶ Vilken samverkan finns med kommunerna för utveckling av äldrevårdkedjan? Finns samsyn?
- ▶ Vilka forum för vårdssamverkan finns?
- ▶ Hur tillämpas Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård?
- ▶ Vilka konsekvenser har eventuella brister i samverkan på vårdkvalitet för den enskilde patienten?
- ▶ Vilka uppföljningar och kontroller görs av äldrevårdkedjan?
- ▶ Vilka åtgärder har respektive nämnd/styrelse vidtagit för att komma till rätta med eventuella problem i äldrevårdkedjan och förbättra måluppfyllelsen?

2.4. Revisionskriterier

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005: 27)
- ▶ Regionfullmäktiges mål
- ▶ Västra Götalandsregionens budget 2013
- ▶ "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland - Regional handlingsplan 2012-2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre"
- ▶ Plan för genomförande av handlingsplan "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland"

2.5. Metod

Granskningen grundas på dokumentstudier och intervjuer (se förteckning i bilaga 1). Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Nulägesbeskrivning

3.1. Inledning

Föreliggande kapitel avser att besvara de tre första revisionsfrågorna:

- Hur har inflödet av patienter till sjukhusen förändrats under senare år?
- Hur har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen förändrats under senare år?
- Hur har antalet undvikbara slutenvårdstillfällen förändrats under senare år?

De statistiska uppgifterna nedan är huvudsakligen hämtade från en rapport sammanställd av regionkansliets analysenhet som beskriver utvecklingen från 2009 fram till 2013, kvartal 2¹.

3.2. Inlödet av patienter till sjukhusen

Diagrammet nedan åskådliggör totalt antal vårdtillfällen vid NU-sjukvården samt Skaraborgs sjukhus (SkaS).

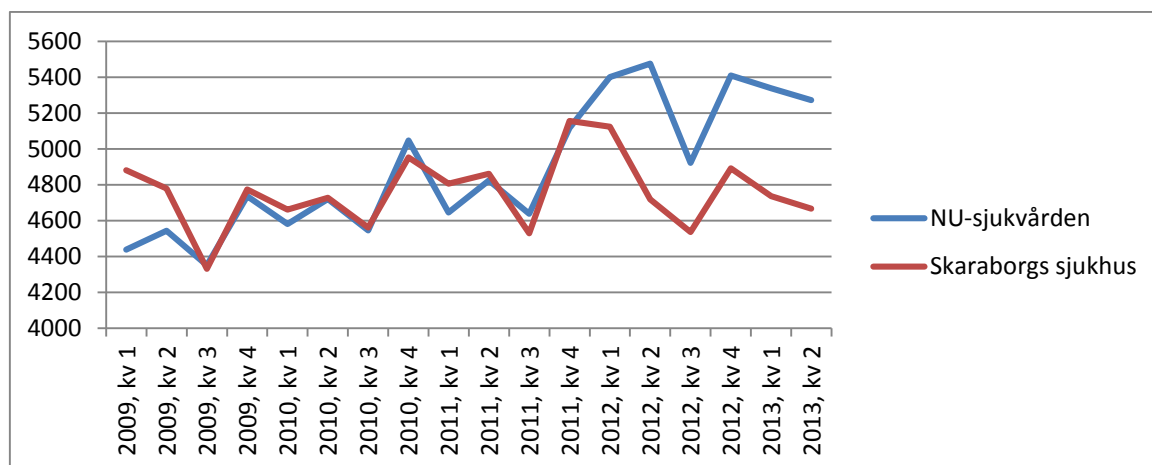


Diagram 1: Totalt antal vårdtillfällen 2009-2013, kvartal 2.

Diagrammet gör gällande att det totala antalet vårdtillfällen har ökat kraftigt inom NU-sjukvården. Företrädare för NU-sjukvården uppger att de under perioden har ändrat sitt sätt att registrera besök. Tidigare fanns observationsplatser där personer vårdades men inte skrevs in, men sedan förändrades registreringen till slutenvårdstillfällen. Det har inte skett någon justering för detta i statistiken så ökningen i diagrammet är delvis en registreringseffekt.

SkaS uppvisar mindre förändringar i totalt antal vårdtillfällen, men det framgår av hälso- och sjukvårdsnämnd Östra Skaraborgs (HSN 10) delårsrapport per augusti 2013 att antalet patienter som söker vård på akutmottagningarna i Skaraborg har ökat under de senaste åren. Samtidigt har en minskning skett av besöken på primärvårdens jourcentraler i Skaraborg. Av hälso- och sjukvårdsnämnden Trestads (HSN 3) beställarbokslut 2012 framgår att antalet besök på akutmottagningen ökade med sju procent år 2012 jämfört med år 2011. HSN 3:s avtalsuppföljning av NU-sjukvården för perioden januari till augusti 2013 visar att inflödet till

¹ Hälso- och sjukvårdsavdelningen, område analys 130902: Indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinskrivningar inom 30 dagar – 65 år och äldre, 2009 till 2013 kvartal 2.

akutmottagningen ökade under perioden med cirka tre procent jämfört med samma period föregående år.

Regionkansliets analysenhet sammanställer varje kvartal indikatorn återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre². Totalt sett för VGR har det inte skett någon större förändring mellan 2009 och 2013, kvartal 2. Diagrammet nedan åskådliggör utvecklingen för VGR totalt samt för NU-sjukvården och SkaS.

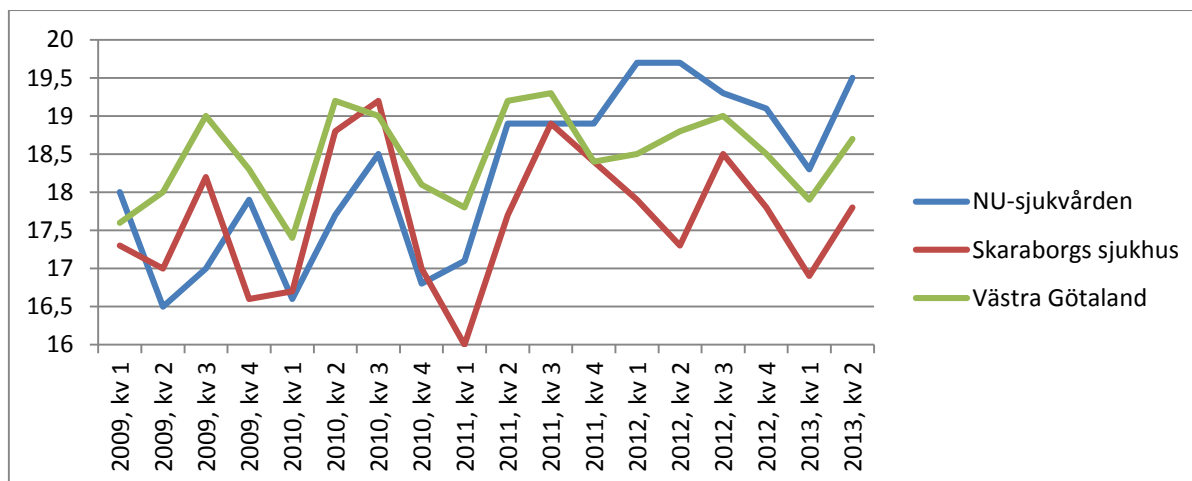


Diagram 2: Andel återinskrivning inom 30 dagar för patienter 65 år och äldre 2009-2013, kvartal 2.

I vårdssamverkansområde Fyrbodalen har det skett en ökning mellan 2010 och 2012, medan något lägre värden redovisas de två första kvartalen 2013 (både återinskrivningar och totalt antal vårdtillfällen är lägre). HSN 3 har en högre andel än övriga områden i Fyrbodalen sedan 2009 och en högre andel än länet som helhet sedan 2011. I vårdssamverkansområde Skaraborg har det inte skett någon större förändring mellan 2009 och 2013, kvartal 2.

3.3. Utskrivningsklara patienter

Regionkansliets analysenhet har ingen statistik över utskrivningsklara patienter och enligt uppgift har inte heller sjukhusen några sammanställda uppgifter som visar förändringen över tid. Enligt intervjuade verksamhetschefer vid SkaS har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen minskat under senare år, som en följd av att kommunerna har blivit bättre på att ta hem sina patienter. Sjukhusens intäkter för utskrivningsklara patienter har minskat från 1 754 tkr år 2009 till 1 275 tkr år 2012.

I avtalsuppföljningen av NU-sjukvården avseende perioden januari till augusti 2013 framgår att ett av NU-sjukvårdens stora problem är överbeläggningar och att en orsak till överbeläggningssituationen är andelen utskrivningsklara patienter som kommunerna inte förmår att ta hem. Ett nytt statistikverktyg har börjat användas som gör det möjligt att följa processens olika delar. Varje dag finns det mellan 70-90 patienter inom NU-sjukvården någonstans i utskrivningsprocessen, varav sju procent är färdiga att åka hem. För en del av dessa har kommunerna betalningsansvar och sjukhuset blir därför delvis kompenserade kostnads-mässigt. Införandet av ett nytt arbetssätt ("trygg hemgång") pågår vilket medför att antalet utskrivningsklara patienter minskar.

² Indikatorn definieras som antalet återinskrivningar inom 30 dagar för aktuell mätperiod i förhållande till totalt antal vårdtillfällen för aktuell mätperiod.

3.4. Undvikbar slutenvård

Indikatorn undvikbar slutenvård³ syftar till att belysa hur väl den icke sjukhusbundna vården handlägger kroniska eller mer långvariga åkommor. Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas. Undvikbar slutenvård beräknas för personer 65 år eller äldre som är folkbokförda i länet. De kroniska diagnoser som ingår är astma, anemi, diabetes, hjärtsvikt, kroniskt obstruktiv lungsjukdom, hypertoni och kärlkramp. Dessutom ingår följande mer akuta tillstånd där adekvat behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus: blödande magsår, diarré, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron- näsa- halsinfektioner.

Totalt sett för VGR har det inte skett någon större förändring mellan 2009 och 2013, kvartal 2. Undvikbar slutenvård är vanligare bland åldersgruppen 80 år och äldre jämfört med 65-79 år. Den vanligaste diagnosen är hjärtsvikt (29 %), följt av KOL (18 %), njurbäckeninflammation (14 %), diabetes (12 %), kärlkramp (9 %) och epilepsi (6 %).

Diagrammet nedan visar utvecklingen i procent för VGR totalt sett samt för NU-sjukvården och SkaS.

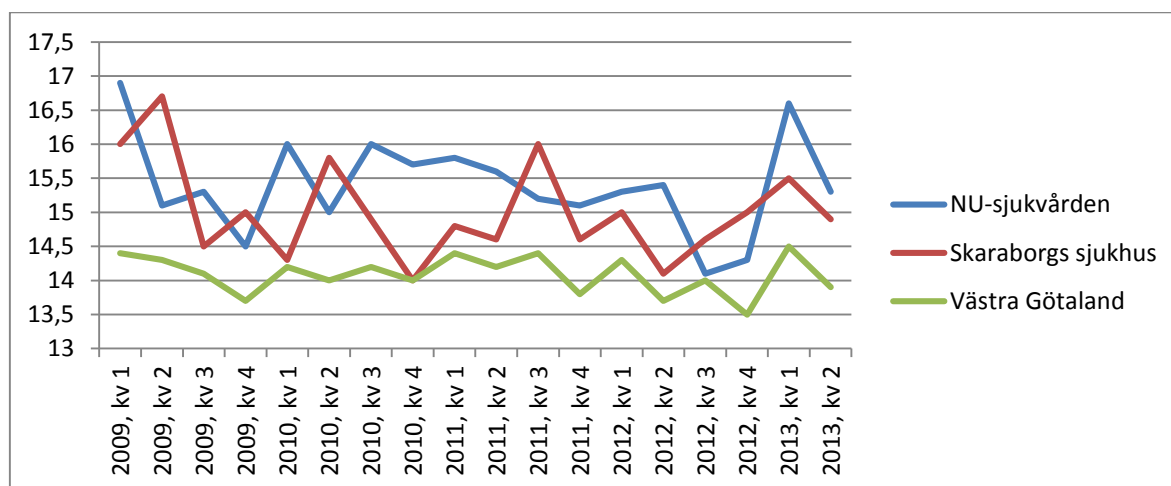


Diagram 3: Andel undvikbara slutenvårdstillfällen 2009-2013, kvartal 2.

Det konstateras i analysenhetens kvartalsrapport att det inte heller på vårdssamverkansområdesnivå har skett några större förändringar mellan 2009 och 2013, kvartal 2. Mätningarna visar på en marginellt högre andel undvikbar slutenvård första halvåret 2013 jämfört med första halvåret 2012, men detta är ej statistiskt säkerställt. Utfallet 2013 beror på att nämnaren, det vill säga totalt antal diagnossatta slutenvårdstillfällen, har blivit färre. Anledningen till det är att antalet vårdplatser totalt sett har minskat. I vårdssamverksområde Fyrbodalen uppvisar hälso- och sjukvårdsnämnd 3 och NU-sjukvården en något högre andel än länet som helhet sedan 2009.

3.5. Analyser av indikatorerna

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har de senaste åren gjort årliga överenskommelser om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, enligt vilka prestationsbaserade ersättningar fördelas mellan kommuner och landsting om de uppfyller

³ Indikatorn definieras som antal undvikbara slutenvårdstillfällen för aktuell mätperiod i förhållande till totalt antal diagnossatta vårdtillfällen för aktuell mätperiod.

uppställda krav. Det är Socialstyrelsen som bedömer om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat. I bedömningen av 2012 års prestationer konstaterade Socialstyrelsen att inte något län kvalificerat sig för tilldelning av prestationsersättning utifrån indikatorerna undvikbar slutenvård samt återinskrivning inom 30 dagar.

I rapporten problematiserar Socialstyrelsen användningen av indikatorerna. Socialstyrelsen utarbetade indikatorn undvikbar slutenvård i syfte att kunna följa förändringar i sjukvårdssystem över tid. Indikatorn har inte utarbetats utifrån gruppen de mest sjuka äldres perspektiv och behov. Vidare finns det ingen nivå som kan anses vara den rimliga eller rätta och förutsättningarna för att påverka nivåerna på ett patientsäkert sätt under en kort period är olika i olika landsting. Indikatorerna Undvikbar slutenvård samt Återinskrivning inom 30 dagar har inte utarbetats för att användas som grund för prestationsersättning och Socialstyrelsen varnar för att sammankopplingen med pengar riskerar att stimulera till att även personer som är i behov av slutenvård inte läggs in.⁴

SKL konstaterar i sin Analysrapport 2013⁵ att det på länsnivå har varit svårt att hitta kopplingen mellan indikatorerna och vilka förändringar i arbetssätt som behöver genomföras för att få en mer sammanhållen vård och omsorg. Detta trots att det enligt SKL finns utvärderade metoder för att åstadkomma detta. Framöver menar SKL att kraften i större utsträckning bör läggas på att faktiskt genomföra sådant som man vet har betydelse för att göra vården mer sammanhållen ur individens synvinkel och mindre på att analysera data som ligger bakom utfallet i indikatorerna. Enligt SKL kan indikatorerna fånga utvecklingen på övergripande systemnivå, på så vis att minskade värden skulle tyda på ett brett genomslag av nya metoder, arbetssätt, processer och rutiner i vård och omsorg som helhet.

SKL redovisar i Analysrapport 2013 lärdomar som kan dras utifrån analysarbeten som genomförts på olika håll i landet. En av lärdomarna är att det finns skillnader i mängden återinskrivningar mellan individer som är listade vid olika vårdcentraler. Skillnaderna har inte kunnat förklaras på annat sätt än att de beror på vårdcentralernas arbetssätt, rutiner och/eller personalkontinuitet. En annan lärdom är att återinskrivning ofta sker snabbt efter utskrivning, vilket kan tolkas som att överlämningen till nästkommande vård- eller omsorgsnivå inte fungerar fullt tillfredsställande. Vidare är det få av de äldre som återinskrivs som upplever att de har varit delaktiga i sin vårdplanering.

3.6. Vår bedömning

Vi konstaterar att det inte har skett några större förändringar vad gäller indikatorerna undvikbar slutenvård och återinskrivning inom 30 dagar under perioden 2009 fram till 2013, kvartal 2. Det kan tyda på att det inte har skett någon större förändring i sjukvårdssystemet, d.v.s. att nya metoder, arbetssätt, processer och rutiner ännu inte har fått något brett genomslag i vård och omsorg som helhet, samt att öppna vårdformer ännu inte i statistiskt säkerställd utsträckning har ersatt delar av den sjukhusbundna vården. Med tanke på de lärdomar som SKL rapporterat om bedömer vi att det vore värdefullt att använda redovisningar som visar andelen återinskrivningar inom 30 dagar samt undvikbar slutenvård per vårdcentral och per kommun som ett underlag för diskussioner om arbetssätt och rutiner vid såväl öppen som slutenvård.

⁴ Socialstyrelsen: "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012, Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL."

⁵ SKL, februari 2013: Analysrapport 2013, Bättre liv för sjuka äldre. Sammanhållen vård och omsorg.

4. Regional handlingsplan för de mest sjuka äldre

4.1. Handlingsplan

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott gav hösten 2011 hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att ta fram en handlingsplan avseende hälso- och sjukvård för åldersgruppen 65 år och äldre och med ett särskilt fokus på mest sjuka äldre. Bakgrunden är en nationell satsning för att förbättra samordningen i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Den nationella satsningen har manifesterats i ett avtal mellan regeringen och SKL om statliga stimulansmedel i form av prestationsersättningar till kommuner och landsting. Dessutom kan kommuner och landsting erhålla stödresurser i form av medel till styrning och ledning, utvecklingsledare och analysarbete.

Handlingsplanen togs fram i samverkan mellan regionens och de kommunala vård- och omsorgsverksamheternas olika aktörer. I juni 2012 förelåg ett första förslag till regional handlingsplan 2012-2014. Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade 2012-06-19, § 126, att överlämna handlingsplanen för synpunkter till de fem vårdssamverkansgrupperna, att uppdraga till hälso- och sjukvårdsdirektören att återkomma till utskottet med förslag till genomförandeplan, samt att förklara uppdraget fullgjort.

Hälso- och sjukvårdsutskottet behandlade 2012-09-26, § 154, utredningen *Framtidens hälso- och sjukvård, Det goda livet med Sveriges bästa hälso- och sjukvård 2025*, och beslutade då att föreslå regionstyrelsen besluta att de övergripande målen i Framtidens hälso- och sjukvård ska utgöra grund för beställning, planering och utveckling av hälso- och sjukvården i VGR. Handlingsplanen för äldre har synkroniserats med Framtidens hälso- och sjukvård 2025 och övriga utredningar med bäring på äldre.

Hälso- och sjukvårdsutskottet godkände 2012-10-10, § 174, inriktningen i den reviderade regionala handlingsplanen 2012 – 2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. I de synpunkter som då inkommit från vårdssamverkansgrupperna poängteras bl.a. vikten av att beställningar, förfrågningsunderlag och ersättningsystem stödjer genomförandet. Det övergripande målet med handlingsplanen är att den enskilde ska uppleva trygghet och säkerhet, kontinuitet och samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan eller vilka behov han eller hon har. Vården och omsorgen ska vara samordnad, sammanhållen och jämlik, vilket förutsätter att äldreomsorg, hemsjukvård, primärvård och länssjukvård samverkar med och runt den äldre.

4.2. Genomförandeplan

Under hösten 2012 arbetades en genomförandeplan fram i samverkan med de delregionala vårdssamverkansgrupperingarna. Hälso- och sjukvårdsutskottet behandlade 2013-02-06, § 21, framtagen plan för genomförande av handlingsplanen. Av ärendebeskrivningen framgår att de organisationer som ingår i samverkan har att tillsammans och var för sig i den egna linjen följa och stödja arbetet samt ta ansvar för genomförande och uppföljning av planen.

Hälso- och sjukvårdsutskottet beslutade för egen del att:

- 10 mnkr reserveras i hälso- och sjukvårdsutskottets budget för 2013 i syfte att stödja genomförandet av handlingsplanen.
- Uppföljning och återrapportering till hälso- och sjukvårdsutskottet sker kvartalsvis.

- Hälso- och sjukvårdsdirektören får i uppdrag att omgående påbörja genomförandet och samordningen i enlighet med redovisat förslag.
- Krav- och kvalitetsboken för VG-primärvård och vårdöverenskommelser uppdateras för att stödja införandet av föreslagna insatser.

Regionstyrelsen behandlade genomförandeplanen 130326, § 73 och beslutade då att:

- Insatserna i den regionala handlingsplanen "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland" fullföljs i enlighet med föreliggande genomförandeplan.
- I genomförandet ska regionen samverka med den kommunala verksamheten i tillämpliga delar.

Regionfullmäktige har inte behandlat handlingsplanen eller genomförandeplanen.

4.3. Uppföljning

Hälso- och sjukvårdsutskottet fick vid sammanträdet den 19 juni 2013 en nulägesbeskrivning av aktiviteter och resultat när det gäller genomförandet av handlingsplanen. Det framgår inte av protokollet vilken information som lämnades.

4.4. Vår bedömning

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott fattade i oktober 2012 beslut om handlingsplanen medan regionstyrelsen i mars 2013 fattade beslut om genomförandeplanen. Med tanke på att handlingsplanen gäller för åren 2012-2014 är besluten enligt vår bedömning fattade sent. Vidare finns det enligt vår bedömning tveksamheter kring att regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott beslutar att vårdöverenskommelser ska uppdateras för att stödja införandet av föreslagna insatser. Vårdöverenskommelser avseende sjukhusvård och beställd primärvård tecknas av hälso- och sjukvårdsnämnderna, som lyder under regionfullmäktige. I det här fallet har regionstyrelsens utskott riktat ett direkt uppdrag till hälso- och sjukvårdsnämnderna om att uppdatera vårdöverenskommelserna under innevarande avtalsperiod (vårdöverenskommelserna är tvååriga). Som framgår av nästkommande kapitel fick hälso- och sjukvårdsnämnderna inte hälso- och sjukvårdsutskottets beslut om handlingsplanen för kännedom. Däremot mottog de regionstyrelsens beslut om genomförandeplanen, men det skedde först i maj/juni 2013 vilket ytterligare snävar in tidsmarginalerna för handlingsplanens genomförande.

5. Äldrevårdskedjan ur ett beställarperspektiv

5.1. Hälsa- och sjukvårdsnämndernas beställning av sjukhusvård

Det finns tolv hälso- och sjukvårdsnämnder som tecknar överenskommelser om sjukhusvård utifrån befolkningens behov. De vid granskningstillfället gällande överenskommelserna om sjukhusvård beslutades av hälso- och sjukvårdsnämnderna i september 2012 och gäller för perioden 2013-2014. De fastställdes således före det att regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott i oktober 2012 beslutade att godkänna inriktningen i den regionala handlingsplanen 2012 – 2014 med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. Handlingsplanen sändes dock ut på remiss i juni 2012 och var på så vis känd av berörda organisationer.

I september 2013 fattade hälso- och sjukvårdsnämnderna beslut om tilläggsöverenskommelser inför 2014. Ingen ytterligare komplettering av gällande överenskommelser kommer att ske. Vid granskningstillfället pågår utarbetandet av nya överenskommelser som kommer att antas i september 2014 att gälla under perioden 2015-2016. Nedan redogörs för hur samverkansfrågorna i äldrevårdskedjan belyses i de vårdöverenskommelser som tecknats av de hälso- och sjukvårdsnämnder som ingår i granskningen (HSN 3 och 10), samt huruvida tilläggsöverenskommelserna innebär en uppdatering utifrån handlings- och genomförandeplan för sjuka äldre.

5.2. Hälsa- och sjukvårdsnämnden Trestad (HSN 3)

5.2.1. Belysning av samverkansfrågor

I Överenskommelsen 2013-2014 mellan HSN 1, 2 och 3 samt Styrelsen för NU-sjukvården klargörs att NU-sjukvården ska samverka med primärvården, den kommunala vården och andra sjukhus i frågor som rör framtagandet och utvecklandet av gemensamma vårdprocesser. Detta exemplifieras med bl.a. omhändertagandet av äldre. NU-sjukvården ska också medverka i arbetet med att skapa tydliga gränser mellan vilka patienter och vilka sjukdomstillstånd som ska handläggas på respektive vårdnivå och implementera dessa i vardagen.

När det gäller äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg åtar sig NU-sjukvården att:

- Säkra samverkan genom att ingå i Vårdsamverkan Fyrbodals och följa den upprättade verksamhetsplanen.
- Erbjuder konsultationsinsatser till primärvården via konsultationslinjen.
- Följa regionens riktlinjer för äldre och läkemedel.

För att uppnå en effektiv vård åtar sig NU-sjukvården bl.a. att minska antalet slutenvårdstillfällen för diagnoser med "undvikbar slutenvård", att öka antalet standardiserade vårdprocesser/vårdplaner och att göra vårdprocesser och arbetsätt mer effektiva till exempel genom direktinläggning till rätt vårdavdelning.

När det gäller närsjukvård ska bl.a. följande strategier vara grundläggande för NU-sjukvården:

- NU-sjukvården ska ingå i vårdsamverkan Fyrbodals och medverka aktivt i närsjukvårdsgrupperna samt vara delaktig i genomförandet av den gemensamt framtagna verksamhetsplanen.

- Fortsatt utveckling av konceptet MÄVA (medicinsk äldrevårdsavdelning) inklusive utveckling av auskultationsprogrammet.
- Ytterligare effektivisering av vårdplaneringen för utskrivningsklara patienter.
- Utveckling av sjukvård utanför sjukhuset.
- Vårdsamverkan i ordinärt boende mellan kommun-, primär- och länssjukvård.

5.2.2. Uppdatering av vårdöverenskommelsen

Vid hälso- och sjukvårdsnämnden Trestads sammanträde 2013-05-22 förelåg regionstyrelsens beslut angående genomförande av handlingsplan för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland" bland inkomna skrivelser. Vid nämndens sammanträde 2013-09-27, § 49, godkändes förslag på tilläggsöverenskommelse 2014 med NU-sjukvården. I ärendet beskrivs några regionala beslut som påverkar överenskommelsen 2013-2014, dock inte handlingsplanen för sjuka äldre. Det gjordes inte någon uppdatering av överenskommelsen med hänvisning till handlingsplanen eller genomförandeplanen. Intervjuade vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla betonar att överenskommelserna är tvååriga och att det innebär att de ska gälla i två år, med undantag för vad som beslutas i regionstyrelsen avseende planeringsdirektiv. Denna tolkning ger enligt de intervjuade inte utrymme att lägga in nya krav.

5.3. Hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg (HSN 10)

5.3.1. Belysning av samverkansfrågor

Överenskommelse om sjukhusvård 2013-2014 beslutades av hälso- och sjukvårdsnämnden Östra Skaraborg den 27 september 2012 och av styrelsen för SkaS den 30 oktober 2012. Av överenskommelsen framgår att utförarna ska följa av regionen framtagna policydokument och riktlinjer⁶. Vidare framgår att SkaS ska samverka med övriga vårdgivare så att patienterna inte upplever några organisationsgränser vid ett omhändertagande. Äldre lyfts i det sammanhanget fram som en av de grupper som har särskilda behov av såväl närhet som en fast vårdkontakt. Vårdprocesser ska beskrivas och förbättras vid behov utifrån ett helhetsperspektiv avseende patientens sjukvårds- och omvårdnadsbehov. Arbetet ska bygga på vårdprogram och vårdkedjearbete.

Vidare framgår av överenskommelsen att den nära sjukvården ska skapa trygghet och kontinuitet för främst äldre och multipelt sjuka personer samt patienter i palliativt skede. Den nära sjukvården beskrivs bl.a. på följande sätt:

*"Inom den nära sjukvården ska finnas närsjukvårdsteam som är lokaliserade till Lidköping, Falköping, Skövde och Mariestad. Dessa team ska tillsammans med övriga resurser inom Skaraborgs Sjukhus täcka behovet för denna patientgrupp. Vården utgår från ett mobilt arbetssätt med omhändertagande i hemmet utifrån patientens behov och med möjlighet till direktinläggning inom slutenvården där så krävs. Arbetet förutsätter ett nära samarbete med kommuner och primärvård."*⁷

SkaS får följande preciserade uppdrag gällande den nära sjukvården:

- Att utöka samverkan med primärvården och den kommunala hälso- och sjukvården för att öka andelen vård som tillgodoses i den nära sjukvården.

⁶ Stycke 1.3 Utgångspunkter, sid 3.

⁷ Stycke 2.3.3. Nära sjukvård, sid 10.

- Att utveckla sjukhusets roll som konsult och kunskapsgivare gentemot primärvård och kommunal hälso- och sjukvård.
- Att följa upp hur arbetet med närsjukvårdsteam bedrivs.
- Att utveckla samverkan med vårdgrannar i vårdkedjearbetet och i olika samverkansgrupper

5.3.2. Uppdatering av vårdöverenskommelsen

När HSN 10 sammanträde 2013-06-12 förelåg som ett anmälningsärende ett protokollsutdrag från regionstyrelsens sammanträde 26 juni 2013, § 73, genomförande av handlingsplan för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland". Vid sammanträdet 2013-09-26, § 48, godkände HSN 10 förslag till tilläggsöverenskommelse med SkaS gällande 2014. Tilläggsöverenskommelsen innehöll justeringar på en rad punkter, men ingen justering gjordes med hänvisning till handlingsplanen eller genomförandeplanen för sjuka äldre.

5.4. Hälso- och sjukvårdsnämndernas beställning av primärvård

Hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar ettåriga överenskommelser om beställd primärvård med styrelsen för beställd primärvård⁸. Avsnitten om närsjukvård och samverkan/samarbete som återges nedan är identiska i de olika avtalen. I bilagor till överenskommelserna redogörs för lokala uppdrag.

5.4.1. Belysning av samverkansfrågor

I överenskommelserna för 2013 står följande under rubriken närsjukvård:

"Närsjukvården ska genom ett integrerat arbetssätt mellan olika huvudmän och vårdnivåer tillgodose befolkningens hälso- och sjukvårdsbehov som är vanligt förekommande i befolkningen, ofta återkommande för individen samt samhällsekonomiskt och medicinskt rimligt att tillgodose lokalt. Primärvården ska medverka till att skapa en god och säker vård som är trygg och ges på rätt vårdnivå."

Under rubriken samverkan/samarbete finns följande text:

"Primärvården ska, inom ramen för uppdragen i denna överenskommelse, samverka med andra verksamheter på ett konkurrensneutralt sätt. Samtliga yrkesgrupper inom primärvården har skyldighet att utifrån varje enskild patients behov samarbeta med personal såväl inom som utanför den egna verksamheten till exempel försäkringskassan, arbetsförmedling, kommunal hälso- och sjukvård, privata vårdgivare, medicinsk fotvård, elevhälsa, socialtjänst och länssjukvård. Primärvården ska delta i olika former av vårdssamverkan."

5.4.2. Lokala uppdrag Fyrbodalen

I bilagor till överenskommelsen som gäller HSN 1, 2 och 3 framgår att primärvården ska bedriva verksamhet med utgångspunkt från fastlagda vårdkedjeprogram antagna i Vårdssamverkan Fyrbodalen. Vidare ska sjukvårdsrådgivningen medverka i samverkande sjukvård, som är ett samarbete mellan kommun, primärvård och den prehospitalla ambulanssjukvården som syftar till att medborgarna får vård på rätt nivå och i närmsta möjliga närområde.

⁸ Primärvård som inte ingår i vårdvalet.

5.4.3. Lokala uppdrag Skaraborg

I en bilaga till överenskommelsen som gäller HSN 9 och 10 beskrivs följande lokala uppdrag:

Närsjukvårdscoordinatorer: I arbetet med att utveckla den nära sjukvården i Skaraborg och förstärka samverkan med kommunerna och länssjukvården har närsjukvårdscoordinatorerna en viktig roll. Syftet med samverkan mellan hälso- och sjukvårdens olika huvudmän är bland annat att utifrån lokala förutsättningar bättre tillvarata gemensamma resurser, sprida kunskap och utbyta information samt gemensamt verka för att kompetensen och verksamheten utvecklas. Det ska finnas en närsjukvårdscoordinator per närsjukvårdsområde. Primärvården ansvarar för två av dessa.

Vårdkedjearbete: För att få en kontinuitet med utbildningsinsatser för organisatoriska vårdprogram samt medicinska riktlinjer/överenskommelser mellan sjukhusvård, kommunal hälso- och sjukvård och offentlig och privat primärvård uppdras åt Närhälsan att anordna utbildningar för aktuella vårdprogram/vårdkedjearbeten i Skaraborg.

5.4.4. Uppdatering av vårdöverenskommelser

Under hösten 2013 har beslut fattats om överenskommelser för 2014. Avsnitten om närsjukvård och samverkan/samarbete är samma som i 2013 års överenskommelser förutom att ordet primärvården har ersatts med närhälsan. Dessutom har följande tillägg gjorts i avsnittet som heter Närsjukvård:

”Vid utveckling av samverkan/närsjukvård har parterna ett gemensamt ansvar att beakta insatsområdena i ”Handlingsplan för de mest sjuka äldre”.

När det gäller sjukvårdsrådgivningen har de lokala uppdragen förtydligats. I Fyrbodal har ersättningen för förmedlade uppdrag inom samverkande sjukvård utökats. Sjukvårdsrådgivningen ska förmedla uppdrag till kommunal hemsjukvård när det gäller tillfälliga insatser i ordinärt boende genom hembesök hos kommuninvånare som inte har kommunal hälso- och sjukvård. Uppdrag ska också förmedlas till ambulanssjuksköterska som via hembesök kan bistå med en medicinsk bedömning och eventuellt hjälp med akuta vårdinsatser.

I Skaraborg finns det lokala uppdraget Vård på rätt nivå, som innebär att sjukvårdsrådgivningen kontakter 112 som förmedlar kontakt med ambulanssjuksköterska. Om inget akut vårdbehov föreligger kan vissa patienter bedömas och behandlas på plats av ambulanssjuksköterska i samråd med sjukvårdsrådgivningen. Patienten kan också få en tid på vårdcentral påföljande dag.

5.5. Krav och kvalitetsboken för VG-primärvård

Krav- och kvalitetsboken (KOK-boken) anger förutsättningarna för att bli godkänd och för att bedriva vårdverksamhet inom VGR:s Primärvård (VG PV). Regionfullmäktige fastställer förfrågningsunderlaget efter beredning av regionstyrelsen/utskottet för hälso- och sjukvård. De tolv hälso- och sjukvårdsnämnderna tecknar avtal med vårdgivare och ansvarar för att följa upp avtalen.

5.5.1. Belysning av samverkan

I KOK-boken för 2013 framgår det i avsnitt 2.2.1 som handlar om kroniskt sjuka och personer med sammansatta vårdbehov att VGR:s handlingsplan för vård av gruppen mest sjuka äldre och regionala riktlinjer för demenssjukdom ska följas.

I avsnitt 2.5 om samverkan är det uttalat att vårdcentralen aktivt ska medverka till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och närståendes perspektiv. Vårdcentralen ska vidare aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistvård, öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård, tandvård och/eller andra berörda aktörer.

Samverkan lyfts även fram i värdegrunden: *"primärvårdens arbetssätt ska präglas av sammanhållna vårdprocesser vilket innebär krav på ett fördjupat och gränsöverskridande samarbete mellan vårdgivare med olika organisatorisk tillhörighet för att undersökning, diagnos, behandling och efterföljanderehabilitering ska ske i ett sammanhang"*.

Vårdcentralen ska känna till och följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan VGR och andra huvudmän. Vårdcentralen ska aktivt delta i planering och utveckling av närsjukvården. Vårdcentralen har tillsammans med övriga vårdcentraler inom VG PV ett gemensamt närområdesansvar. En gemensam närområdesplan ska upprättas och upprätthållas där ansvarsfördelningen mellan vårdcentralernas gemensamma åtaganden tydligt framgår. Vårdcentralen har ansvar för att komma överens med kommunen om formerna för samverkan kring gemensamma patienter såväl i ordinärt boende som i kommunala boendeenheter och ska tillsammans med kommunen upprätta avtal om läkarmedverkan. I uppdraget ingår att medverka i samordnad vårdplanering i samband med utskrivning från sjukhus. När en patient har behov av samordning mellan olika vårdgivare eller kräver insatser från flera vårdgivare ska en gemensam vårdplanering ske. En fast vårdkontakt inom vårdcentralen ska kunna erbjudas, vilken kan vara läkare eller annan vårdpersonal.

Angående hembesök fastställs att vårdcentralen ska erbjuda hembesök då enskild patients sjukdomstillstånd eller livssituation inte medger besök på vårdcentralen eller då åtgärd och bedömning motiverar besök i hemmet. Det gäller framför allt prioriterade patientgrupper som till exempel äldre. Omhändertagande på rätt vårdnivå ska eftersträvas. För att öka incitamentet för hembesök inom VG PV höjdes ersättningen för hembesök inför 2013. Förhoppningen är att detta på sikt ska medföra en större andel hembesök, i synnerhet till äldre patienter.

5.5.2. Uppdatering av KOK-boken

I juni 2013 fattade regionfullmäktige beslut om krav- och kvalitetsbok 2014. Inför revideringen ombads bl.a. hälso- och sjukvårdsnämnderna att lämna förslag på förtydliganden och kompletteringar. HSN 3 föreslog att äldrevård i enlighet med handlingsplanen för sjuka äldre skulle införas som ett nytt område i KOK-boken med uttalade kravspecifikationer⁹. Några stora förändringar gjordes dock inte inför 2014 med motiveringen att det utgör det sista året under innevarande avtalsperiod. Inför 2015 kan större förändringar bli aktuella.

I 2014 års KOK-bok sker med hänvisning till handlingsplan för "Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland" ett förtydligande om att vårdcentralen ska ha ett strukturerat arbetssätt som erbjuder personer över 65 år information om sin hälsa. Vidare ska fördjupad läkemedelsgenomgång tillämpas enligt Socialstyrelsens rekommendationer och av VGR fastställda reg-

⁹ HSN 3, sammanträde 2013-02-28, § 11.

ionala riktlinjer. Följande nya uppföljnings- och kvalitetsindikatorer tillkommer inom området äldre: fördjupad läkemedelsgenomgång, lugnande/sömnmedel och inflammationshämmare.

5.6. Vår bedömning

I avsnitt 4.4. ovan gör vi bedömningen att besluten om handlings- och genomförandeplaner fattades sent med tanke på att de avser åren 2012-2014. Vi kan dessutom konstatera att besluten inte är synkroniserade med tidsramarna för att upprätta vårdöverenskommelser avseende sjukhusvård. Dessa överenskommelser är tvååriga vilket innebär att större förändringar inte kan ske förrän i överenskommelserna som avser 2015-2016. Vårdöverenskommelserna avseende beställd primärvård och KOK-boken har däremot uppdaterats något med hänvisning till handlingsplanen för sjuka äldre.

I befintliga vårdöverenskommelser samt i KOK-boken blir samverkansfrågor belysta i allmänna ordalag, som exempelvis att arbetet ska ske i vårdkedjor och i sammanhållna processer. Dessutom specificeras lokala åtaganden och vissa arbetssätt som ska tillämpas. Vi bedömer dock att det finns behov av klargörande på en rad punkter när det gäller beställningar:

- En fråga gäller hur detaljerade beställningarna ska vara. Räcker det med att fastställa att utförarna ska följa handlingsplanen för mest sjuka äldre, eller ska handlingsplanen lyftas in specifikt i avtalstexten? I intervjuerna framkommer olika uppfattningar. En del menar att vårdöverenskommelser och KOK-boken på ett övergripande plan ska beskriva vad som ska göras, men inte i detalj reglera hur. Andra tycker att målgruppen äldre måste synliggöras mer och att det explicit ska skrivas in i överenskommelser och KOK-boken hur vårdaktörerna ska arbeta.
- En annan fråga gäller i hur stor utsträckning vårdöverenskommelserna ska reglera lokala uppdrag. Ska exempelvis sjukvårdsrådgivningen, som har ett regionövergripande uppdrag, tillämpa olika arbetssätt i skilda delregioner? Här uppstår en skillnad i och med att KOK-boken gäller för alla vårdcentraler oavsett var de är belägna medan hälso- och sjukvårdsnämnderna i sina beställningar ska utgå från befolkningens behov i avgränsade geografiska områden.
- Ytterligare en fråga rör samordningen mellan de olika beställarorganisationerna. Enligt vår bedömning är det ur ett styrningsperspektiv inte optimalt att beställarorganisationen är tudelad, så till vida att hälso- och sjukvårdsnämnderna beställer sjukhusvård och en liten del av primärvården, medan regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott ansvarar för att bereda KOK-boken som anger vad som ska tillhandahållas vid vårdcentralerna anslutna till VG PV.

Vår sammanfattande bedömning är att beställarnas styrning av äldrevårdkedjan behöver samordnas och förstärkas. Den demografiska utvecklingen medför stora framtida utmaningar för hälso- och sjukvården. För att förverkliga ambitionen om att en stor del av vården av sjuka äldre ska utföras i den nära sjukvården krävs ett helhetsgrepp på beställningar och ersättningssystem.

6. Äldrevårdskedjan ur ett utförarperspektiv

6.1. Övergripande samverkan mellan vårdaktörer

VGR och de 49 kommunerna delas in i fem olika regionala samverkansorganisationer, varav två utgörs av vårdssamverkan Fyrbodal respektive Skaraborg. Därtill finns en styrgrupp på regiongemensam nivå för samtliga vårdssamverkansgrupper. Syftet med samverkansorganisationerna är att förbättra och utveckla vårdkedjorna. Under åren 2007-2012 förfogade VGR över totalt 255 mnkr i statliga stimulansmedel för vård och omsorg av äldre¹⁰. Stimulansmedlen har fördelats till hälso- och sjukvårdsnämnderna som använt medlen till en mängd olika projekt/arbeten hos utförarna. Flera projekt har syftat till att förbättra samverkan mellan vårdgivare och skapa fungerande vårdkedjor, och har t.ex. handlat om införande av äldre-sjuksköterska, förbättrad utskrivning/vårdplanering och läkemedel. När beslutet om handlingsplan och genomförandeplan för sjuka äldre fattades pågick det således redan omfattande utvecklingsarbeten i vårdssamverkansområdena kring målgruppen äldre.

6.1.1. Vårdssamverkan i Fyrbodal

Vårdssamverkan Fyrbodal är en samverkansorganisation som utgörs av representanter från primärvården, NU-sjukvården, hälso- och sjukvårdsnämndens kansli och de 14 kommunerna i Fyrbodal samt Lilla Edets kommun. Vårdssamverkan Fyrbodal leds av en ledningsgrupp med representanter från respektive samverkanspart. Ledningsgruppen har också ett arbetsutskott knutet till sig som bereder och i vissa fall beslutar i ärenden. På lokal nivå finns fem lokala närsjukvårdsgrupper. I närsjukvårdsgrupper ingår MAS från kommun, verksamhetschefer vid kliniker inom NU-sjukvården och verksamhetschefer för vårdcentraler. Därtill finns en politisk samverkansgrupp med representanter från både region och kommun. Vårdssamverkan Fyrbodal har också ett kansli knutet till sig med tre anställda samordnare.

Målgruppen för samverkan är i första hand äldre personer, äldre med sammansatta behov av vård och omsorg samt personer med psykisk ohälsa/sjukdom och/eller missbruk/beroende. Som grund för samverkan finns ett samverkansavtal mellan de ingående parterna samt en verksamhetsplan. Verksamhetsplanen för 2012-2015 baseras på delar av handlingsplanen för "Det goda livet för sjuka äldre i VGR". Enligt de intervjuade vid HSN:s kansli i Uddevalla skedde ett omfattande arbete inför arbetet med verksamhetsplanen 2012-2015. Ett hundratal personer från samtliga ingående parter deltog i arbetet, i syfte att skapa en bred förankring från verksamheterna. Av verksamhetsplanen för 2012-2015 framgår att vissa bristområden har identifierats av närsjukvårdsgrupperna, till exempel vårdplanering, undvikbara inskrivningar i slutenvård, kompetensbrister inom hela det geriatriska området samt läkemedelsområdet. I verksamhetsplanen finns ett antal målområden med mål, aktiviteter och ansvariga beskrivna.

6.1.2. Vårdssamverkan i Skaraborg

Vårdssamverkan Skaraborg är en samverkansorganisation som utgörs av representanter från primärvården, SkaS, hälso- och sjukvårdsnämndens kansli, kommunerna i Skaraborg och kommunalförbundet i Skaraborg. Samverkansorganisationen leds av en styrgrupp som består av ledningen från SkaS, primärvården Skaraborg och Kommunalförbundet Skaraborg.

¹⁰ Tjänsteutlåtande, hälso- och sjukvårdsavdelningen, 2013-05-31: Redovisning av stimulansmedel för vård och omsorg om äldre för år 2012 samt perioden 2007-2012

På kommunnivå sker samverkan i närsjukvårdsgrupper. I dessa deltar kommunens MAS, verksamhetschefer för vårdcentralerna samt representant från SkaS. Därtill finns en politisk samverkansgrupp. Det finns också arbetsgrupper inom tre områden; barn och unga, vuxna, psykiatri och missbruk samt geriatrik, demens och palliativ vård. Arbetsgrupperna ska arbeta för att göra vården mer likvärdig eftersom det inom området finns stora skillnader.

Enligt intervjuade finns det goda samverkanstraditioner att bygga vidare på i Skaraborg. Redan innan handlingsplanen för sjuka äldre togs fram bedrevs ett utvecklingsarbete kring geriatrik som konkretiserats i ett antal mål och mått som är mer detaljerade än den regionala planen. När beslut om handlingsplanen fattades blev det tydligare vad som ska prioriteras, men det innebar i övrigt inga större förändringar i det pågående utvecklingsarbetet. Samtliga intervjuade lyfter fram arbetssättet med särskilt utsedda koordinators för närsjukvården som en framgångsfaktor. Det finns tolv koordinators, varav fyra är från sjukhusvården, fyra från primärvården och fyra från kommuner, samt en utvecklingsledare som samordnar arbetet. Koordinatorerna gör bl.a. kartläggningar, driver processer och sprider fungerande arbetssätt från ett område till ett annat. Koordinatorerna följer också upp beslutade mål och mått vilket återrapporteras till olika nivåer.

Ett förslag på ny handlingsplan för vårdssamverkan Skaraborg finns framtagen. Denna beskriver mål, uppdrag, organisation och ett nytt sätt för uppföljning. Målet är att utifrån handlingsplanen "Det goda livet för sjuka äldre i VGR" verka för att mål och intentioner uppnås. Samarbetet ska också tydliggöras i en dokumenterad lokal handlingsplan i varje kommun som ingår i vårdssamverkan.

6.2. In- och utskrivning av patienter i slutna vård

I både socialtjänstlagen (2001:453, SoL) och hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, HSL) uttrycks tydliga krav på samverkan mellan huvudmän. Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter (SOSFS 2005:27) som specifikt berör informationsöverföring och samordnad vårdplanering mellan kommuner och landsting. En grundläggande förutsättning för att vårdkedjan ska fungera är att den information som behövs om patienten överförs.

I VGR finns ett avtal, daterat 2011-11-03, som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan VGR och kommunerna i regionen. Enligt avtalet (§ 7) ska samordnad vårdplanering ske för utskrivningsklara patienter. Gemensamma rutiner för in- och utskrivning av patienter och överföring av information ska upprättas och följas. I VGR finns därtill riktlinjer för regional tillämpning av samordnad vård- och omsorgsplanering mellan regionen och kommunen avseende utskrivningsklara patienter där den senaste versionen är daterad 2013-11-05. För att underlätta tillämpningen av rutinen och informationsöverföringen används ett särskilt IT-stöd, KLARA SVPL. I flödesschemat nedan beskrivs processen för informationsutbyte i KLARA i samband med samordnad vårdplanering mellan sjukhus, primärvård och kommun.

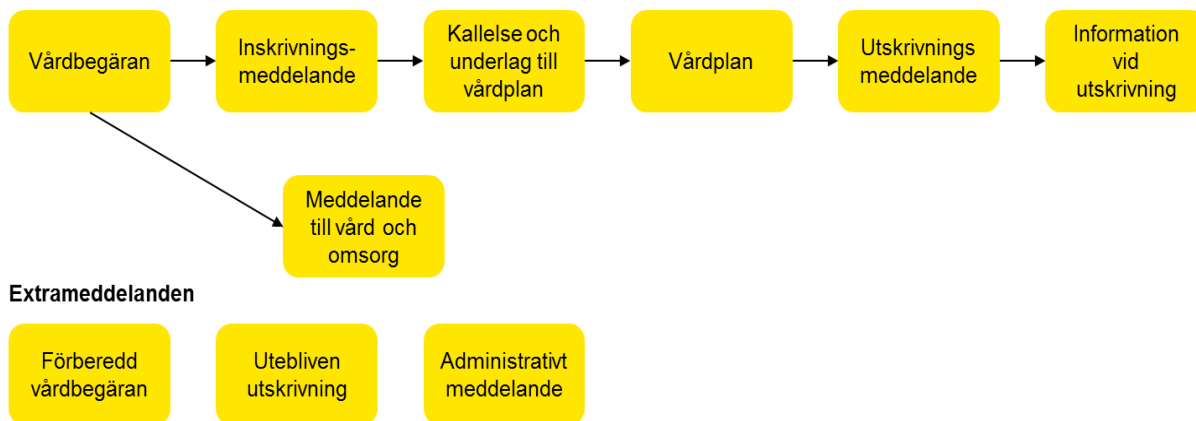


Bild 1: Flödesschema för samordnad vård- och omsorgsplanering enligt regional tillämpning, samordnad vård- och omsorgsplanering i VGR.

Vårdbegäran: Kommunen ska upprätta vårdbegäran då en patient som har kommunala insatser har behov av att söka sjukvård hos annan vårdgivare. Dokumentet ska innehålla en beskrivning av patientens hälso- och funktionstillstånd. Vårdbegäran ska upprättas före patientens ankomst till sjukhus och/eller primärvårdsenheten.

Inskrivningsmeddelande: Efter att en patient skrivits in i slutet vård och sjukhusläkare bedömer att patienten kommer att ha behov av insatser från primärvård eller kommun efter utskrivning, upprättas ett inskrivningsmeddelande. Inskrivningsmeddelandet aviseras till kommunen eller primärvården via KLARA. Berörd mottagande instans ska kvittera meddelandet.

Kallelse och underlag till vårdplan: När patientens samtliga behov av insatser efter utskrivning från sjukhuset kan bedömas skickas en kallelse till vårdplanering till kommun och primärvård. Av vårdplaneringsunderlaget skall framgå vilka åtgärder som genomförts eller initierats under vårdtiden. Kallelse och underlag till vårdplanering ska aviseras i KLARA. Vårdplanering ska påbörjas senast vardagen efter det att kallelsen mottagits.

Vårdplan: Vårdplaneringen dokumenteras vid vårdplaneringskonferens. Vårdplanen upprättas gemensamt av berörda parter tillsammans med patienten, förutsatt att patienten ger sitt samtycke. Av vårdplanen skall framgå vilka insatser som skall genomföras efter utskrivning från sjukhuset och vem som ansvarar för respektive insats samt vilka personer som deltagit i vårdplaneringsmötet. Samtliga tre parter skall justera vårdplanen, därigenom godkänns innehållet och vårdplanen anses upprättad. Vårdplanen ska dokumenteras i KLARA i enlighet med en särskild mall.

Utskrivningsmeddelande: När sjukhusläkare bedömer att patienten är utskrivningsklar skickar sjukhuset ett utskrivningsmeddelande i KLARA. Beredskapen i kommun och primärvård ska vara sådan att patienten kan tas hem så fort utskrivningsmeddelandet har mottagits. Samma dag som patienten skrivs ut, ska sjukhuset avisera detta i KLARA. Samtliga epikriser¹¹ ska skickas/faxas utskrivningsdagen.

¹¹ En epikris är en journalanteckning som skrivs då en patient skrivs ut från en klinik. Den skall innehålla patientens vårdförlopp samt en sammanfattning av den viktigaste informationen under vårdtiden.

6.2.1. De intervjuades erfarenheter

Flera intervjuade inom både primärvård och sjukhusen påtalar att IT-systemet KLARA inte är användarvänligt och försvårar informationsöverföring. Dessutom händer det ofta att patienter som varit inlagda vid sjukhus hinner uppsöka vårdcentralen innan vårdcentralen fått epikrisen från sjukhuset. Som ovan nämnt rapporteras inte epikrisen i KLARA utan skickas/faxas till vårdcentralen. Det finns också svårigheter att veta vilken läkare vid sjukhuset som varit ansvarig för patienten, eftersom detta inte alltid framgår av KLARA. Ett grundproblem är att primärvård och sjukhusen inte använder samma journalsystem. Hälso- och sjukvårdsutskottet tog i februari 2010 beslut om införande av den nationella patientöversikten (NPÖ) i VGR, men detta har ännu inte helt implementerats. Tjänsten NPÖ innebär en sammanhållen journalföring som ska göra det möjligt för vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av vårdinformation som registrerats hos andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Förhoppningen är att NPÖ ska förbättra överföringen av information avseende patientens journal. Vidare finns det planer på att ersätta KLARA med ett annat IT-system.

Informationsöverföringen beskrivs som en mycket viktig nyckelfråga. Den medicinska planeringen bygger på god bakgrundsinformation. Överflyttning av vård från sjukhus till primärvård utan tillgång till epikris och medicinsk vårdplan innebär risk för felaktig medicinering. Primärvården är aldrig fysiskt närvarande vid utskrivningar, vilket de intervjuade vid sjukhusen ser som brist.

Det pågår utvecklingsarbeten för att förbättra vårdplaneringen. Sjukhuset NÄL har till exempel börjat med vårdplanering via videolänk, vilket uppges ge en mer effektiv vårdplanering. Verksamhetschefer vid SkaS uppges att en del avdelningar har telefonvårdplanering vid mindre ingrepp. Inom ortopedi har ett arbetssätt med vårdplanering i förväg initierats inom såväl NU-sjukvården som SkaS. Detta innebär att vårdplaneringen för en patient genomförs innan en operation, vilket förkortar patientens tid vid sjukhuset och därmed också ökar patientsäkerheten. Vid sjukhuset i Lidköping har en modell arbetats fram som innebär att ett speciellt vårdplaneringsteam handhar alla utskrivningar oavsett vårdavdelning. Dessa personer får då stor vana vid att göra utskrivningar vilket förbättrar kvalitet och patientsäkerhet. Arbetssättet ska nu spridas till övriga sjukhus inom SkaS.

SkaS har med hjälp av verktyget "Webbkollen återinskrivna" analyserat äldre personers upplevelser i samband med att de har blivit oplanerat återinskrivna¹². Syftet är att identifiera områden där det finns behov av förbättringsområden runt den sjuka äldre. Förutom intervjuer har också ett åttiototal journalgranskningar genomförts. Analysen visar att utskrivningen från sjukhus är ett förbättringsområde. Av de åtgärder som identifierats för att undvika slutenvård dominerar medicinsk vårdplanering (medicinsk vårdplan/brytpunktsamtal). Detta tillsammans med hembesök från primärvården, konsultation från sjukhus och fast vårdkontakt i primärvård bedömdes som de mest verkningsfulla åtgärderna. Samtidigt konstateras att allt inte är undvikbart. Av de granskade journalerna bedömdes 25-30 procent vara undvikbart medan resten bedömdes kräva sjukhusvård.

6.3. Samverkan för att undvika akutsjukvård

Inom NU-sjukvården finns medicinska äldrevårdsavdelningar (MÄVA). MÄVA riktar sig till multisjuka som är 75 år eller äldre och som har ett upprepat vårdbehov, men som inte har behov av specialistvård. Patienter kan uppsöka MÄVA utan att gå genom akutmottagningen. Vårdcentraler och ambulans har också en möjlighet att via en VIP-kontakt med MÄVA direkt

¹² SkaS 2013-02-28, Webbkollen.

lägga in patienter på avdelningen. Den 18 september 2013 utökades antalet MÅVA-platser då ytterligare en MÅVA-avdelning med 16 nya vårdplatser öppnades. Totalt finns nu 64 MÅVA-platser inom NU-sjukvården.

I vissa av kommunerna i Fyrbodal har modellen "Trygg hemgång" initierats. Modellen bygger på vårdplanering i hemmet. Modellen riktar sig till personer med stort behov av rehabiliteringsinsatser efter utskrivning från slutenvården. Genom arbetssättet "Trygg hemgång" har antalet betaldagar för utskrivningsklara patienter minskat. Inom primärvårdsområde 1 ska ett arbetssätt initieras som innebär med att när vårdcentralen får ett meddelande om att en patient ska skrivas ut från MÅVA och denna patient inte är inskriven i hemsjukvården, så ringer sjuksköterskorna vid vårdcentralerna upp patienten. Syftet är att identifiera eventuella behov och risker som kan föreligga.

SkaS har påbörjat ett arbete med att följa upp patienter över 75 år efter att de har skrivits ut från sjukhuset. Inom två dygn görs telefonuppföljningar av hur det fungerar hemma. Syftet är att ge stöd och förmedla trygghet så att akutsjukvård kan undvikas. Vissa enheter inom SkaS tillämpar öppen retur, vilket innebär att patienten kan komma tillbaka till avdelningen utan att passera akuten. Därtill finns ett arbetssätt som benämns specialist direkt, som innebär att alla distriktsläkare kan ringa och direkt kopplas till olika specialister vid sjukhusen som kan ge rådgivning. Det kan leda till att vård kan ges i hemmet eller till direktinläggning. Vid sjukhuset i Lidköping finns det närsjukvårdsteam som patienter kan remitteras till. Dessa blir inskrivna utifrån vissa kriterier och får sedan avancerad specialistsjukvård i hemmet.

Hälso- och sjukvårdschef samt utvecklingschef vid HSN-kansli i Uddevalla menar att ett förbättringsområde är att patienterna ska kunna beställa en tid inom tre månader vid sjukhusen, för att undvika att äldre patienter åker till en akutmottagning. Detta ställer dock krav på schemaläggning av läkare under en längre tid. HSN:s kansli uppges ha fört en dialog med sjukhusen om detta men ännu inte fått gehör.

Enligt intervjuade vid SkaS finns det ett samband mellan återinläggning inom 30 dagar och utebliven återbesökstid vid primärvården. Om inte patienterna får återbesökstid vid primärvården inom 30 dagar är risken för förnyad inläggning vid sjukhus stor.

6.4. Utvecklingsarbete inom primärvården

Enligt KOK-boken ska så kallade närområdesplaner upprättas i vilka en ansvarsfördelning mellan vårdcentralerna avseende gemensamma åtaganden ska framgå. Exempelvis sker det en uppdelning mellan vårdcentralerna avseende ansvaret för patienter inom hemsjukvården och särskilda boenden. De intervjuade är i huvudsak positiva till närområdesplaneringen. De menar att förutsättningarna ser olika ut i skilda områden och att samverkan därför måste byggas lokalt. Dock skapar systemet vissa problem. Exempelvis finns det patienter vid särskilda boenden som har valt en annan vårdcentral än den som är utsedd som ansvarig för boendet.

Primärvårdsstyrelsen beslutade den 21 november 2012, § 109, att Seniorhälsan ska införas på Närhälsans samtliga vårdcentraler under 2013. Seniorhälsan är primärvårdsstyrelsens sätt att förverkliga handlingsplanen för sjuka äldre. Seniorhälsan syftar till att ge personer 65 år och äldre en möjlighet att på ett strukturerat sätt ha koll på sin hälsa. Alla kallas till besök vid åldrarna 65, 70, 75 och 80 år, samt årligen from 80 år. Den äldre får en fast vårdkontakt (sköterska) som gör en riskidentifiering utifrån ett strukturerat frågeformulär. Proaktiva vårdplaner upprättas vid behov. Seniorhälsan utgör också en arena för samverkan med

andra aktörer. Av intervjuer framkommer att införandet av Seniorhälsan pågår och till viss del kommer att ske under 2014.

Intervjuade inom primärvård, sjukhusvård och personer vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kanslier påtalar att kraven i KOK-boken inte är tillräckligt tydliga. Vidare framkommer att det är stora skillnader avseende i vilken utsträckning vårdcentralerna arbetar i enlighet med målsättningar i genomförandeplanen. Det varierar också huruvida handlingsplanen med tillhörande genomförandeplan är känd vid de vårdcentraler som inkluderats i granskningen.

Flera av de intervjuade menar att ersättningsystemet inom VG PV inte stödjer ett arbete som prioriterar de mest sjuka äldre. Detta eftersom vårdcentralernas ersättning till stor del bygger på antal listade patienter, vilket uppges innebära att även yngre och/eller mindre sjuka patienter prioriteras för att inte riskera att dessa patienter byter vårdcentral. Det finns förvisso parametrar i ersättningssystemet som stödjer arbetet gentemot målgruppen sjuka äldre, men denna del uppfattas som förhållandevis liten i förhållande till ersättning för andel listade patienter och diagnosättning.

En grundtanke med vårdvalet är att KOK-boken ska utgöra ett golv för vårdcentralernas arbete. Alla ska leva upp till de grundläggande kraven, men konkurrensen om antalet listade patienter ska stimulera till en kvalitetsutveckling som når utöver kraven. Vid flera intervjuer har det dock påtalats att KOK-boken snarare har blivit ett tak, i betydelsen att det är få som presterar över kravsatt nivå och att alla når inte ens upp till de grundläggande kraven.

På en del vårdcentraler finns det mobila team som kan göra hembesök hos patienter som inte har hemsjukvård. Dock är det svårt för mindre vårdcentraler att tillhandahålla mobila team. Uppfattningen från intervjuade är att det tar längre tid att göra hembesök och att ersättningsystemet inte fullt ut ersätter nedlagd tid.

Många av de intervjuade betonar vikten av läkemedelsgenomgångar och medicinsk planering och menar att ersättningsystemet tydligare borde styra mot detta. Vidare efterfrågas förbättringar i form av standardiserade arbetssätt och medicinska riktlinjer. Flera av de intervjuade påtalar att vårdcentralerna har som ambition att kunna erbjuda patienten kontinuitet i läkarkontakterna, men att detta inte alltid är möjligt då läkarbrist medför att hyrläkare anlitas.

6.5. Uppföljning

Information om pågående utvecklingsarbete lämnas löpande vid nämnders och styrelser sammanträden samt vårdsamverkansorganisationernas möten. Samtliga nämnder och styrelser sammanställer delårsrapporter och årsbokslut i vilka avstämningar görs mot budget och fastställda mål. Dessutom gör hälso- och sjukvårdsnämnderna avtalsuppföljningar av ingångna vårdöverenskommelser utifrån i överenskommelserna fastställda mål- och uppföljningsplaner. Resultaten sammanställs i två avtalsuppföljningar, ett som avser januari till april och ett som avser januari till augusti, samt ett beställarbokslut.

6.5.1. Uppföljning av VG PV samt vidtagna åtgärder

Vårdcentralernas följsamhet till KOK-boken följs upp årligen av hälso- och sjukvårdsnämnderna. Äldre utgjorde ett fokusområde i avtalsuppföljningen 2012 för VG primärvård. Uppföljningen visade på stora variationer mellan olika vårdcentraler och mellan olika nämndområden. Resultaten för äldre visade på låga värden i förhållande till kraven i KOK-boken.

Med anledning av avtalsuppföljningen 2012 gällande VG PV beslutade HSN 3 2013-02-28, § 10 att ge hälso- och sjukvårdschefen i uppdrag att återkomma med förslag på åtgärder för att säkerställa en högre kvalitet. Vid sammanträdet 2013-05-30, § 34, beslutade HSN 3 i enlighet med framtaget förslag om fortsatt uppföljning under nästa år för att markera att äldre är ett område där vårdcentralerna måste intensivifiera sitt arbete, samt om granskning/medicinsk revision hos de vårdcentraler som uppvisade de sämsta resultaten.

HSN 10 fattade 2013-02-07, § 2, beslut om ge hälso- och sjukvårdschefen i uppdrag att återkomma med förslag på åtgärder för att säkerställa en högre kvalitet. Vid sammanträdet 2013-06-13, § 35, godkändes förslaget till åtgärder, vilka innefattade fortsatt uppföljning under nästa år för att markera att äldre är ett område där vårdcentralerna måste intensivifiera sitt arbete, samt om granskning/medicinsk revision hos de vårdcentraler som uppvisade de sämsta resultaten. Hälso- och sjukvårdsnämnderna har också, som nämndes i avsnitt 5.5.2, till regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott inkommit med förslag inför 2014 års KOK-bok och ersättningssystem.

6.6. Vår bedömning

Enligt vår bedömning arbetar utförarorganisationerna aktivt med att utveckla vården utifrån den övergripande inriktningen i handlingsplanen. Utvecklingsarbetet drivs till stor del genom de forum för vårdssamverkan som finns och lokala processer pågår som har potential att förbättra äldrevårdkedjan. Av granskningen framkommer emellertid vissa generellt svaga länkar i vårdkedjan. Informationsöverföringen mellan vårdgivarna i samband med utskrivning från sjukhus fungerar inte tillfredsställande och de stora skillnaderna mellan olika vårdcentralers omhändertagande av äldre är inte acceptabla.

7. Slutsatser

Granskningen syftar till att belysa hur beställarnämnder och utförare inom regionens hälso- och sjukvård arbetar för att säkerställa att äldrevårdkedjan är ändamålsenlig. Vidare ska vidtagna åtgärder med anledning av beslutad handlingsplan för sjuka äldre granskas.

Vi kan konstatera att det sedan flera år tillbaka pågår en mängd utvecklingsarbeten som är kopplade till den nationella satsningen på sammanhållen vård av sjuka äldre och som syftar till att förbättra äldrevårdkedjan. Utförarorganisationerna arbetar enligt vår bedömning aktivt med att utveckla vården utifrån den övergripande inriktningen i handlingsplanen. Trots stora ansträngningar kvarstår emellertid problembilden. Det är fortsatt högt tryck på akutmottagningar och andelen undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar har inte förändrats sedan 2009, vilket kan indikera att nya metoder, arbetssätt, processer och rutiner ännu inte har fått något brett genomslag i vård och omsorg som helhet. Vidare visar uppföljningar på stora skillnader mellan olika vårdcentralers omhändertagande av äldre.

Vår sammanfattande bedömning utifrån granskningens syfte och grunderna för ansvarsprövning är att beställarnas styrning av äldrevårdkedjan behöver samordnas och förstärkas. Enligt vår bedömning är det ur ett styrningsperspektiv inte optimalt att beställarorganisationen är tudelad, så till vida att hälso- och sjukvårdsnämnderna beställer sjukhusvård och en liten del av primärvården, medan regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott ansvarar för att bereda KOK-boken som anger vad som ska tillhandahållas vid vårdcentralerna anslutna till VG PV. Den demografiska utvecklingen medför stora framtida utmaningar för hälso- och sjukvården. För att förverkliga ambitionen om att en stor del av vården av sjuka äldre ska utföras i den nära sjukvården krävs ett helhetsgrepp på beställningar och ersättningsystem. En tydligare samordning av processerna för att beställa sjukhusvård, beställd primärvård respektive VG PV vore önskvärd. Inslaget av standardiserade processer och regionala medicinska riktlinjer behöver öka för att säkerställa en god och jämlik vård i de olika vårdssamverkansområdena.

Det fastställs i sjukhusstyrelsernas reglementen att det i styrelsens uppgifter ingår att verkställa de uppdrag som årligen¹³ överenskommes med hälso- och sjukvårdsnämnderna. Om ett önskat tillstånd inte uppnås är det dock inte alltid helt enkelt att avgöra om det faller under beställarens eller utförarens ansvar. Vidare är det otydligt vilka sanktioner som beställaren kan använda sig av om uppdrag inte verkställs. Ur ansvarsprövningssynpunkt är det här intressant att anknyta till den pågående utredningen av kommunallagen. I det första delbetänkandet gjorde utredningen bedömningen att kommunallagen på ett tydligare sätt bör reglera förutsättningarna för att använda en beställarutförarorganisation i kommuner och landsting¹⁴. Detta eftersom att utgångspunkten i kommunallagen inte är att ansvaret för utförande och beställning ska vara åtskilda. Kommunallagen vilar på principen att varje nämnd är ansvarig för den verksamhet som den handhar (6 kap. 7 § KL). En beställar-utförarorganisation utgår i stället från att styrningen sker genom avtal mellan två parter. Utredningen påpekar att en kommun eller ett landsting är en juridisk person som inte kan sluta avtal med sig själv, och att det vid en tvist mellan beställaren och den interna utföraren inte finns någon rättslig reglering för hur denna ska lösas. Regeringen har i ett tilläggsdirektiv¹⁵ gett utredningen i uppdrag

¹³ Numera är överenskommelserna tvååriga, vilket kanske bör föranleda en ändring av reglementena, även om tilläggsöverenskommelser kan tecknas efter ett år.

¹⁴ SOU 2013:53, Privata utförare – kontroll och insyn, Utredningen om en kommunallag för framtiden.

¹⁵ Dir 2013:100, Tilläggsdirektiv till Utredningen om en kommunallag för framtiden.

att analysera förutsättningarna för den fria kommunala nämndorganisationen och vid behov föreslå förändringar i kommunallagen i syfte att tydliggöra dessa förutsättningar. Regeringen framför att den större friheten att organisera sig gör det möjligt för kommuner med skilda förutsättningar att hitta olika lösningar inom ett gemensamt regelverk. Denna frihet bör enligt regeringens mening även innefatta möjligheten att införa olika typer av beställarutförarorganisationer. Vi bedömer att beställarnas respektive utförarnas ansvar för äldrevårdkedjan behöver tydliggöras och att det också behöver klargöras vilka sanktionsmöjligheter som står till buds.

7.1. Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågorna

Hur har inflödet av patienter till sjukhusen förändrats under senare år?

Antalet besök på akutmottagningarna ökar i såväl Skaraborg som i Fyrbodal. Under perioden 2009 fram till 2013, kvartal 2, har det inte skett några större förändringar vad gäller återinläggningar inom 30 dagar. HSN 3 uppvisar en högre andel återinläggningar inom 30 dagar än övriga områden i Fyrbodal sedan 2009, och en högre andel än länet som helhet sedan 2011.

Hur har antalet utskrivningsklara patienter på sjukhusen förändrats under senare år?

Det har inom ramen för granskningen inte framkommit någon sammanställning som åskådliggör antalet utskrivningsklara patienter under senare år. Enligt uppgifter från NU-sjukvården och SkaS tenderar antalet utskrivningsklara patienter att minska något eftersom kommunerna har blivit bättre på att ta hem sina patienter.

Hur har antalet undvikbara slutenvårdstillfällen förändrats under senare år?

Det har inte skett några större förändringar under perioden 2009 fram till 2013, kvartal 2, vare sig totalt sett för VGR eller för vårdssamverkansområdena Skaraborg och Fyrbodal.

Hur belyses samverkansfrågorna i äldrevårdkedjan i de vårdöverenskommelser som tecknas mellan hälso- och sjukvårdsnämnder och utförare inom hälso- och sjukvården och är de i enlighet med av HSU beslutad handlingsplan?

Vi bedömer att samverkansfrågorna i äldrevårdkedjorna blir belysta i vårdöverenskommelserna på ett sätt som till vissa delar är i enlighet med handlingsplanen för sjuka äldre. Framtagandet av vårdöverenskommelser avseende sjukhusvård har inte varit synkroniserat med besluten om handlingsplanen, så handlingsplanen kan inte fullt ut få genomslag förrän nästa gång vårdöverenskommelser tecknas. Enligt vår bedömning finns det en del frågeställningar att ta ställning till inför utarbetandet av nya överenskommelser, som i vilken grad överenskommelserna ska reglera hur arbetet ska bedrivas och huruvida lokala skillnader i åtaganden och arbetssätt är rimliga för regionövergripande verksamheter.

Hur belyses samverkansfrågorna i äldrevårdkedjan i krav- och kvalitetsboken för VGPV-verksamheter och är de i enlighet med av HSU beslutad handlingsplan?

Vi bedömer att samverkansfrågorna i äldrevårdkedjorna i allmänna ordalag blir belysta i KOK-boken, men att vårdcentralernas åtaganden när det gäller målgruppen äldre ytterligare behöver förtydligas och förstärkas. Det är inte tillfredsställande att uppföljningar visar på stora skillnader mellan olika vårdcentralers omhändertagande av äldre. Att många av de intervjuade upplever att kraven har kommit att utgöra ett tak istället för ett golv indikerar att det finns anledning att se över och skärpa formuleringarna i KOK-boken samt vässa ersättnings-systemet för att öka följsamheten till handlingsplanen.

Finns ändamålsenliga processbeskrivningar avseende äldrevårdkedjan?

Det finns dels regionövergripande processbeskrivningar som exempelvis riktlinjer för in- och utskrivning i slutenvård, dels delregionala processbeskrivningar som avser olika aspekter av äldrevårdkedjan. Det pågår runt om i samverkansområdena försöksverksamheter som har potential att förbättra äldrevårdkedjan, men en utmaning består i att utvärdera effekterna och sprida fungerande arbetssätt till andra vårdssamverkansområden. Vi bedömer att inslaget av standardiserade processer och regionala medicinska riktlinjer behöver öka för att säkerställa en jämlik och likvärdig vård.

Vilken samverkan finns med kommunerna för utveckling av äldrevårdkedjan? Finns samsyn?

Föreliggande granskning omfattar inte kommunerna och det är därför endast möjligt att bedöma hur aktörerna i VGR ser på samverkan och om de anser att samsyn finns. Vi kan konstatera att vårdssamverkansgrupperna i såväl Fyrbodal som Skaraborg har valt ut bl.a. äldre som en prioriterad målgrupp och att utvecklingsarbete av vårdkedjorna pågår. Vi bedömer att det finns en samsyn kring att målgruppen äldre behöver prioriteras och att ansträngningar görs för att förbättra samverkan.

Vilka forum för vårdssamverkan finns?

Enligt vår bedömning finns det ändamålsenliga forum för vårdssamverkan såväl i Fyrbodal som i Skaraborg. Det finns strukturer för regelbundna möten på olika nivåer till vilka berörda aktörer bjuds in.

Hur tillämpas Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård?

En grundläggande förutsättning för att vårdkedjan ska fungera är att den information som behövs om patienten överförs vid in- och utskrivningar i slutenvård. I nuläget överförs en del information genom IT-systemet KLARA SVPL medan annan information (epikrisen) skickas/faxas till patientens vårdcentral. Samtliga epikriser ska enligt VGR:s regionala riktlinjer skickas/faxas utskrivningsdagen. Av intervjuer framkommer dock att det händer att patienter som varit inlagda vid sjukhus hinner uppsöka vårdcentralen innan vårdcentralen fått epikrisen från sjukhuset, vilket innebär risk för felaktigheter.

Regionstyrelsens hälso- och sjukvårdsutskott tog i februari 2010 beslut om införande av den nationella patientöversikten (NPÖ) i VGR, men detta har ännu inte helt implementerats, vilket

vi bedömer som en brist. Dock ska Socialstyrelsens föreskrifter följas oavsett vilka IT-system som finns tillgängliga. Det är enligt vår bedömning väsentligt att styrelsen för NU-sjukvården och styrelsen för SkaS säkerställer att den slutna vården skickar/faxar epikriser till vårdcentralerna i enlighet med de regionala riktlinjerna och i övrigt säkerställer att information som behövs om patienten överförs i samband med utskrivning.

Vilka konsekvenser har eventuella brister i samverkan på vårdkvalitet för den enskilde patienten?

Brister i informationsöverföring kan innebära försämrad vårdkvalitet för patienten, i form av exempelvis felaktig medicinering eller att personal inte är observant på medicinska risker. Brister i samverkan kan enligt intervjuade också leda till förlängd vårdtid, icke nödvändig sluttenvård och återinläggningar. En annan konsekvens är ökande otrygghet för patienter och anhöriga. Det är enligt vår bedömning allvarliga konsekvenser för den enskilde patienten.

Vilka uppföljningar och kontroller görs av äldrevårdkedjan?

Varje år görs en mängd olika uppföljningar och kontroller, så som delårsrapporter och årsbokslut, avtalsuppföljningar av ingångna vårdöverenskommelser, beställarbokslut och på förekommen anledning medicinsk revision. Vidare följer vårdssamverkansområdena upp sina respektive planer och mål. Vi kan konstatera att det samlas in och sammanställs en mängd information men frågan är i vilken grad informationen analyseras och omsätts i handling. Vi bedömer att det finns behov av att synkronisera beställarnas tidplan för avtalsuppföljningar med tidsramarna för att teckna nya överenskommelser, så att det blir möjligt att aktivt rikta beställningar mot de delar av äldrevårdkedjan där de största bristerna finns.

Vilka åtgärder har respektive nämnd/styrelse vidtagit för att komma till rätta med eventuella problem i äldrevårdkedjan och förbättra målfyllnelsen?

Enligt vår bedömning vidtar respektive nämnd och styrelse efterhand vissa åtgärder för att förbättra sin del av helheten, men det är något oklart om åtgärderna är tillräckliga samt vilka sanktionsmöjligheter som står till buds om åtgärderna inte får avsedd effekt. Exempelvis har primärvårdstyrelsen beslutat att Seniorhälsan som funktion skall införas på förvaltningens samtliga vårdcentraler under 2013, men införandet kommer delvis att ske under 2014. Hälso- och sjukvårdsnämnderna 3 och 10 har vad gäller VG PV beslutat om att vidta åtgärder i form av fortsatt uppföljning för att markera att äldre är ett område där vårdcentralerna måste intensifiera sitt arbete, samt granskning/medicinsk revision hos de vårdcentraler som uppvisar de sämsta resultaten.

7.2. Identifierade förbättringsområden/rekommendationer

Hälso- och sjukvårdsnämnderna 3 och 10, styrelsen för NU-sjukvården, styrelsen för Skaraborgs sjukhus, primärvårdsstyrelse samt styrelsen för beställd primärvård rekommenderas att:

- ▶ Verka för en samordning av processerna för att beställa sjukhusvård, beställd primärvård respektive VG PV och för att ersättningssystemen på ett tydligare sätt används till att premiera samverkansaktiviteter, som exempelvis framtagandet av samordnade individuella vårdplaner.
- ▶ Säkerställa att informationsöverföringen mellan olika vårdgivare fungerar.
- ▶ Använda redovisningar av andelen återinskrivningar inom 30 dagar samt undvikbar slutenvård per vårdcentral och per kommun som ett underlag för diskussioner om arbetssätt och rutiner vid såväl öppen som sluten vård.

Malmö och Göteborg den 5 februari 2014

Irene Dahl
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Ann-Mari Ek
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Mikaela Bengtsson
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Bilaga 1: Källförteckning

Intervjuade funktioner

- Beställardirektör
- Hälso- och sjukvårdschef och utvecklingschef vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Uddevalla
- Hälso- och sjukvårdschef och planeringschef vid hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli i Mariestad
- Utvecklingschef och utvecklingsledare inom primärvården
- Primärvårdschef, område V1 (vårdcentraler i Dals-Ed, Strömstad, Tanum, Sotenäs, Lysekil, Åmål, Bengtsfors, Färgelanda, Munkedal och Mellerud)
- Primärvårdschef, område V2 (vårdcentraler i Uddevalla, Trollhättan, Vänersborg, Tjörn, Stenungsund)
- Primärvårdschef, område V8 (vårdcentraler i Gullspång, Töreboda, Mariestad, Götene, Skara, Lidköping och Vara)
- Primärvårdschef, område V9 (vårdcentraler i Tibro, Skövde, Hjo, Tidaholm, Karlsborg, Falköping)
- Verksamhetschefer för ortopedi-, medicin-, respektive psykiatrikliniken vid Uddevalla sjukhus (NU-sjukvården)
- Verksamhetschefer för medicin 1 i Skövde, medicin 2 i Mariestad samt kirurgi 2 i Skövde vid Skaraborgs sjukhus
- Verksamhetschef för vårdcentralen Närhälsan Norrmalm Skövde
- Biträdande verksamhetschef för vårdcentralen Kinnekullehälsan Mariestad
- Biträdande verksamhetschef för vårdcentralen Närhälsan Herrestad

Dokumentförteckning

- Avtal om samverkande sjukvård i Tanums kommun 2013
- Avtal som reglerar hälso- och sjukvårdsansvaret mellan VGR och kommunerna i VGR, 2011-11-03
- Dir 2013:100, Tilläggsdirektiv till Utredningen om en kommunallag för framtiden
- Förslag på handlingsplan för Vårdsamverkan Skaraborg
- Hälso- och sjukvårdsavdelningen, område analys 130902: Indikatorerna Undvikbar slutenvård och Återinskrivningar inom 30 dagar – 65 år och äldre, 2009 till 2013 kvartal 2.
- Granskade nämnders och styrelsens protokoll och handlingar 2012-2013
- Krav- och kvalitetsbok 2013 och 2014
- Handlingsplan "Det goda livet för sjuka äldre", VGR
- Plan för genomförande av handlingsplan "Det goda livet för sjuka äldre", VGR
- VG primärvård, Närområdesplan Strömstad
- Verksamhetsplan 2012-2015, Vårdsamverkan Fyrbodal
- Regional tillämpning, samordnad vård- och omsorgsplanering. Gemensam rutin i VGR samt IT stödet KLARA SVPL

- Socialstyrelsen: "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012, Bedömning om kommuner och landsting uppnått grundläggande krav och resultat enligt överenskommelsen mellan regeringen och SKL."
- SOU 2013:53: Privata utförare – kontroll och insyn. Utredningen om en kommunallag för framtiden
- Överenskommelse om länssjukvård mellan hälso- och sjukvårdsnämnd 3 och styrelsen för NU-sjukvården, 2013-2014, samt tilläggsöverenskommelse 2014
- Överenskommelse mellan hälso- och sjukvårdsnämnd 10 och styrelsen för Skaraborgs Sjukhus, 2013-2014, samt tilläggsöverenskommelse 2014
- Överenskommelser mellan hälso- och sjukvårdsnämnderna 3 och 10 och styrelsen för beställd primärvård 2013 och 2014