

# Landstinget Blekinge och Karlskrona kommun

Granskning av hemsjukvården



Building a better  
working world

## Innehåll

<b>1. Sammanfattning .....</b>	<b>2</b>
<b>2. Inledning .....</b>	<b>3</b>
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och revisionsfrågor .....	3
2.3. Revisionskriterier.....	3
2.4. Genomförande .....	3
<b>3. Styrning och organisation .....</b>	<b>4</b>
3.1. Kommunaliseringen.....	4
3.2. Samverkansorganisation .....	5
3.3. Landstinget Blekinge .....	6
3.4. Karlskrona kommun .....	7
3.5. Vår bedömning.....	8
<b>4. Samverkan i praktiken .....</b>	<b>9</b>
4.1. Fördelning av ansvar.....	9
4.2. Vårdplanering.....	10
4.3. Informationsöverföring.....	10
4.4. Läkarmedverkan .....	12
4.5. Palliativ vård.....	13
4.6. Samverkan kring rehabiliteringsinsatser .....	13
4.7. Förebyggande insatser.....	13
4.8. Hemsjukvårdens bemanning .....	14
4.9. Vår bedömning.....	14
<b>5. Uppföljning .....</b>	<b>15</b>
5.1. Uppföljning av samverkan .....	15
5.2. Landstinget Blekinges uppföljning .....	15
5.3. Äldrenämndens uppföljning .....	16
5.4. Vår bedömning.....	17
<b>6. Bedömning .....</b>	<b>18</b>
6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna .....	18
6.2. Sammanfattande bedömning och rekommendationer .....	20
<b>Källförteckning .....</b>	<b>21</b>

## 1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Blekinge och Karlskrona kommun granskat hemsjukvården. Vår sammanfattande bedömning är att samverkan avseende hemsjukvård i ordinärt boende inte fullt ut fungerar tillfredsställande. Vi har bl.a. gjort följande iakttagelser och bedömningar:

- De huvudsakliga problemområdena i samverkan är identiska med de två riskområden som identifierades inför kommunaliseringen: olika journalsystem och tillgången till läkarmedverkan.
- Bristfällig informationsöverföring gällande medicinsk information på individnivå innebär risker för patientsäkerheten.
- Primärvården har bemanningsproblem vad gäller läkare, vilket påverkar tillgänglighet och kontinuitet på ett negativt sätt.
- Det saknas lokala överenskommelser om läkarmedverkan mellan Karlskrona kommun och vårdcentralerna.
- Avtal mellan landstinget och kommunerna om övertagande av ansvar för hemsjukvården och avtal om läkarmedverkan har inte följts upp inom fastställda tidsramar. Det finns ingen beskrivning av nuläget vid kommunaliseringen att utgå från, vilket är en brist.
- Ansvariga nämnder och styrelse håller sig inte informerade om vad som sker inom ramen för samverkansorganet *Ledningssamverkan vård och omsorg* (LSVO).
- Äldrenämnden i Karlskrona kommun har en svagt utvecklad styrning och uppföljning av hemsjukvården.
- Landstingsstyrelsen följer inte upp utvecklingen av läkarmedverkan för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende.
- Landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige beslutade vid kommunaliseringen att landstinget och kommunerna i samverkan skulle ta fram förslag till reglemente för en mellan huvudmännen gemensam nämnd eller annan samverkansform och redovisa detta förslag senast årsskiftet 2012-2013. Någon sådan politisk samverkansform har inte bildats.

Vi lämnar följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och nämnden för primärvård och folktandvård:

- ▶ Säkerställ att samverkan sker på politisk nivå.
- ▶ Stärk uppföljningen av vårdcentralernas läkarmedverkan vid hemsjukvård i ordinärt boende.
- ▶ Säkerställ att informationsöverföringen mellan landsting och kommun fungerar.
- ▶ Tillsä tillse att lokala överenskommelser om läkarmedverkan arbetas fram.
- ▶ Utveckla uppföljningen av samverkan.
- ▶ Gör en samlad analys av information som framkommer i uppföljningar gjorda av LSVO, hälsoval Blekinge samt berörda nämnder (gäller landstingsstyrelsen).

Vi lämnar följande rekommendationer till äldrenämnden:

- ▶ Säkerställ att samverkan sker på politisk nivå.
- ▶ Lämna tydliga direktiv avseende hemsjukvårdens inriktning och uppdrag.
- ▶ Fastställ uppföljningsbara mål för hemsjukvården.
- ▶ Säkerställ att informationsöverföringen mellan landsting och kommun fungerar.
- ▶ Tillsä tillse att lokala överenskommelser om läkarmedverkan arbetas fram.
- ▶ Utveckla uppföljningen av hemsjukvården.
- ▶ Utveckla uppföljningen av samverkan.
- ▶ Säkerställ kompetensförsörjning och bemanning inom hemsjukvården.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Ansvar för hemsjukvård i ordinärt boende i Blekinge län överfördes från landstinget till kommunerna fr.o.m. den 1 januari 2013. Patienter ska i första hand vända sig till primärvårdens mottagningar för hälso- och sjukvård. Hemsjukvården har ansvar för personer som behöver sjukvårdsinsatser och som inte på egen hand kan ta sig till vårdcentral eller annan mottagning för att få sjukvård (den så kallade tröskelprincipen). Hemsjukvården präglas av att patienterna ofta får insatser av olika yrkesgrupper och av flera olika vårdgivare. Kommunens sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster ansvarar för hälso- och sjukvårdsinsatser upp till och med sjuksköterskenivå. Landstinget svarar för läkarmedverkan. Det finns ett tydligt behov av att samordna hälso- och sjukvårdsinsatserna så att patientsäkerheten säkerställs.

### 2.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om Karlskrona kommun och Landstinget Blekinge samverkar på ett ändamålsenligt sätt avseende hemsjukvård i ordinärt boende. I granskningen besvaras följande revisionsfrågor:

- ▶ Är landstingets och Karlskrona kommuns styrning av samverkan gällande hemsjukvård i ordinärt boende ändamålsenlig?
- ▶ Är insatserna som respektive huvudman ansvarar för tydligt beskrivna?
- ▶ Beaktas behovet av rehabiliteringsinsatser i planeringen?
- ▶ Beaktas behov av förebyggande insatser?
- ▶ Är det övergripande styrdokumentet för hemsjukvård i Blekinge känt och tillämpas det i alla delar?
- ▶ Upprättas samordnade individuella planer i enlighet med SoL och HSL?
- ▶ Finns det fungerande rutiner för vårdplanering mellan sjukhus och kommun?
- ▶ Fungerar läkemedelskontroller och informationsöverföring på ett tillfredsställande sätt?
- ▶ Fungerar läkarförsörjning i hemsjukvården på ett tillfredsställande sätt?
- ▶ Vilka problemområden finns i gränssnittet mellan parterna?
- ▶ Vilken uppföljning sker av hemsjukvården?
- ▶ Har ansvariga nämnder och styrelse hållit sig informerade om hur hemsjukvården fungerar?
- ▶ I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har ansvariga nämnder/styrelse agerat i syfte att åtgärda bristerna?

### 2.3. Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Socialtjänstlagen (SFS 2001:453)
- Kommunallagen (SFS 1991:900)

### 2.4. Genomförande

Granskningens genomförande baseras på intervjuer samt genomgång av för granskningen relevant dokumentation (se bilaga 1). De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

### 3. Styrning och organisation

#### 3.1. Kommunaliseringen

Inför beslutet om att kommunalisera hemsjukvården förelåg ett missiv undertecknat av landstingsdirektören och kommundirektörerna i de fem kommunerna. Av missivet framgår att förslaget om övertagande togs fram av sju arbetsgrupper i vilka samtliga kommuner samt landstinget var representerade. Arbetsgrupperna identifierade två riskområden för en fortsatt god patientsäkerhet vid förändrat huvudmannaskap:

- **Olika journalsystem**

Detta kommer att säkerställas genom att kommunerna och landstinget ansluter sig till Nationella Patient Översikten (NPÖ) och därmed kan den hälso- och sjukvårdspersonal som har en vårdrelation till patienten läsa den andra huvudmannens journal under förutsättning att patienten lämnar sitt medgivande.

- **Tillgången till läkarmedverkan i hemsjukvården**

Läkarmedverkan i hemsjukvården kommer att säkerställas med ett länsavtal mellan landstinget i Blekinge och länets kommuner och konkretiseras i lokala överenskommelser mellan varje kommun och varje vårdcentral.

Ansvar för hemsjukvården överfördes från landstinget till kommunerna 2013-01-01 och i samband med det tecknades avtal om övertagandet samt om läkarmedverkan.

#### **3.1.1. Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.**

Avtalet innebär att kommunerna övertar hälso- och sjukvårdsansvaret upp till och med sjuksköterskenivå samt arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå för hälso- och sjukvård, rehabilitering och viss habilitering som utförs i hemmet till personer i ordinärt boende samt vissa hjälpmedel till personer i ordinärt boende.

Landstinget ansvarar för:

- upprättande av förutsättningar för ackreditering för vårdgivare i Hälsoval Blekinge och för kontroll och eventuell uppföljning av uppfyllandet av dessa förutsättningar.
- hjälpmedel där hemmiljön saknar betydelse i användandet för personer som inte har pågående insatser från hemsjukvården.

Kommunen ansvarar för hemsjukvård från den dag samordnad vårdplan eller samordnad individuell plan har upprättats. Ansvarsområdet gäller dygnet runt, oavsett diagnos och oavsett ålder. Palliativa insatser i patientens eget boende är en del av hemsjukvården, men kommunernas ansvar avser inte specialiserad palliativ hemsjukvård, d.v.s. palliativ vård som utförs av ett multiprofessionellt team med särskild kunskap och kompetens i palliativ vård.

#### **3.1.2. Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården (ramavtal)**

Landstinget ska enligt avtalet avsätta de läkarresurser som behövs för att kunna erbjuda god hälso- och sjukvård i särskilt och ordinärt boende. Avtalet ska tillgodose de enskildas behov av fast läkarkontakt.

I avtalet regleras följande avseende läkarinsatser i det ordinära boendet:

- Samordnad vårdplanering skall ligga till grund för vård, behandling och rehabilitering i hemsjukvården. En individuell plan ska upprättas även om vårdbehovet ej föräntlets av en vårdperiod på sjukhuset.
- Vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge har ansvar för läkarinsatserna i det ordinära boendet. Det är den vårdenhet som medborgaren valt som ska stå för insatserna. Övriga hemsjukvårdsinsatser organiseras av kommunerna.
- Läkartiden och tillgängligheten ska anpassas utifrån patientens medicinska behov.
- Personalen inom hemsjukvården skall kunna få råd och stöd i sitt handlande från läkare.

Enligt avtalet åtar sig Landstinget Blekinge bl.a. att patienter i behov av hembesök får detta. Behovet avgörs av den enskilde patientens vårdenhet eller av behandlande läkare. Hembesök hos patienter i ett palliativt skede ska prioriteras.

I avtalet ingår gemensamma målsättningar som parterna åtar sig att verka för att uppnå, bl.a. att patienten och hans/hennes närstående får trygghet beträffande läkarinsatserna, att förebygga och tidigt åtgärda försämring av hälsotillståndet hos patienten, att medverka till att målgruppens sjukvård är så väl planerad att hänvisningar till slutenvården undviks, och att förskrivning av läkemedel till målgruppen sker säkert och rationellt.

Avtalet ska följas av lokala överenskommelser som tecknas mellan berörd vårdenhet och respektive kommun. Av granskningen framgår emellertid att det inte finns några sådana lokala överenskommelser mellan Karlskrona kommun och berörda vårdenheter.

### 3.2. Samverkansorganisation

I dokumentet "Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende" fastställs att länsgemensam samverkan ska ske på tre nivåer:

- a) nämndsnivå, b) förvaltningsnivå och c) verksamhetsnivå.

Landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige beslutade även att landstinget och kommunerna i samverkan skulle ta fram förslag till reglemente för en mellan huvudmännen gemensam nämnd eller annan samverkansform och redovisa detta förslag senast årsskiftet 2012-2013. Någon sådan politisk samverkansform har emellertid hittills inte bildats, vilket intervjuade tjänstemän lyfter fram som en brist.

På förvaltningsnivå finns samverkansorganet *Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO)*, som består av förvaltningschefer. LSVO skapade 2013 ett fast utskott, *Verksamhetsgruppen*, som fick i uppdrag att fortsätta tydliggöra gränssnittet mellan hemsjukvård och landstingets vårdgivare. Utskottet ska följa utvecklingen och stötta verksamheterna i de frågor som eventuellt uppstår.

I april 2014 antog LSVO följande dokument för att förtydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen: ***Hemsjukvård i Blekinge. Fördelning av ansvar och arbetsuppgifter mellan Blekinges vårdcentraler, hemsjukvård samt sjukhusets specialiserade vård.***

I dokumentet beskrivs hemsjukvårdens uppdrag, förutsättningar och rutiner för samverkan. I ett avsnitt som handlar om samverkan mellan hälsovalets vårdcentraler och hemsjukvården sägs följande:

”Som ett första grundläggande steg ska samtliga vårdcentraler ha avsatt tid för hemsjukvårdsbesök samt avsatt tid för hemsjukvården att diskutera och följa upp behandling tillsammans med läkare inom Hälsovalet. Enkla och säkra kommunikationsvägar ska upprättas för möjlighet till akuta konsultationer”.

Dokumentet har inte antagits på politisk nivå.

### **3.3. Landstinget Blekinge**

#### **3.3.1. Landstingsstyrelsen**

Landstingsstyrelsen ansvarar för hälsovalets regelverk, budget och uppföljning<sup>1</sup>. Landstingsstyrelsen företräder således landstinget som beställare av primärvård och lämnar förslag till fullmäktige avseende uppdrag och ersättningssystem. I *Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2015*<sup>2</sup> fastställs följande avseende hemsjukvård:

##### **Läkarinsatser i det egna boendet**

För medborgare i behov av hemsjukvård, ansvarar en vårdenhet som har medborgaren förtecknad för läkarinsatsen i det egna boendet. Övriga hemsjukvårdsinsatser tillhandahålls av kommunens hemsjukvårdsorganisation. Tidpunkt och omfattning av läkarbesök/hembesök samt övrig tillgänglighet skall anpassas utifrån patientens medicinska behov.

Vid vård i hemmet skall patientens hemmiljö respekteras.

Specialiserad sjukvård i hemmet som kräver insatser dygnet runt av multiprofessionella team ingår ej i uppdraget. Ansvar för allmän palliativ vård åvilar däremot vårdenheten även vid insats från sådant team.

##### **Rehabiliteringsinsatser**

Insatser för rehabilitering och habilitering kan åvila såväl primärvården som kommunerna beroende på om patienten är i behov av hemsjukvård eller ej.

##### **Ersättning/täckningsgrad**

Från och med 2015 viktas alla hembesök av läkare (hembesök och hemsjukvårdsbesök) som utförs inom ramen för vårdenhetens uppdrag fem gånger högre än andra besök.

Vårdcentralerna ska följa de överenskommelser och dokument som åberopas i Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2015. Här ingår ovan nämnda Ramavtal om läkarmedverkan, men inte LSVO:s dokument ”Hemsjukvård i Blekinge.”

Vid granskningstillfället finns det 21 anslutna vårdcentraler, varav 8 privata. Av de 21 vårdcentralerna i länet är 8 vårdcentraler, 6 offentliga och 2 privata, belägna i Karlskrona kommun.

#### **3.3.2. Nämnden för primärvård och folktandvård**

Nämnden för primärvård och folktandvård ska utöva ledningen för den offentliga primärvården och bedriva verksamhet i enlighet med det regelverket för Hälsovalet. Nämnden ska också följa upp verksamheten och ekonomin samt redovisa därmed förknippade rapporter till landstingsstyrelsen, samverka med andra huvudmän i frågor

<sup>1</sup> Reglemente för Landstingsstyrelsen

<sup>2</sup> Beslutad av Landstingsfullmäktige

gällande planering av vården och fastställa budget och verksamhetsplan inom de av fullmäktige fastlagda ramarna.<sup>3</sup>

Nämnden bildades den 1 januari 2015 och arbetar utifrån den verksamhetsplan som tidigare hälso- och sjukvårdsnämnden antagit för 2015. Ett av målen i verksamhetsplanen är god vård genom väl fungerande vårdprocesser. Primärvårdsförvaltningen har en verkställighetsplan för år 2015 baserad på Landstingsplan, Hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan samt Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge. Verkställighetsplanen godkändes av hälso- och sjukvårdsnämnden 2014-12-18/§188. Läkarmedverkan i hemsjukvård i ordinärt boende nämns inte specifikt i verkställighetsplanen.

### **3.3.3. Nämnden för Blekingssjukhuset**

Nämnden för Blekingesjukhuset inrättades fr.o.m. 1 januari 2015 och arbetar utifrån hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2015. Verkställighetsplan 2015 för Blekingesjukhuset godkändes av hälso- och sjukvårdsnämnden 2014-12-18/§185. Bland särskilda satsningar nämns hemsjukvården enligt följande: "Att tillsammans med kommunerna säkra vårdplaneringsprocessen är en angelägen fråga och i anknytning till detta planeras också en översyn av utskrivningsprocessen på vårdavdelningarna. Genom att lämna tydlig information om vart patienten ska vända sig vid eventuella problem kan man sannolikt undvika en del återinläggningar på sjukhuset. Hela vårdkedjan har ett stort ansvar för att minska återinskrivning. Blekingesjukhuset har påbörjat ett förbättringsarbete som bland annat innebär att läkarna skriver läkemedelsberättelser och utskrivningsmeddelande.

Bland fastställda mål för 2015 ingår följande;

- Varje klinik ska under 2015 genomföra en stickprovskontroll bland utskrivna patienter och samtliga journaler i stickprovet ska innehålla ett "Utskrivningsmeddelande" inklusive läkemedelslista och läkemedelsberättelse.
- Andelen patienter som måste återinläggas (återinskrivas) på sjukhuset inom 30 dagar ska minska.

### **3.3.4. Vårdprogram**

För den palliativa vården finns vårdprogram med följande styrande dokument, som berör primärvård, Blekingesjukhuset och kommunal hemsjukvård:

- Vård i livets slut. Hemsjukvård, primärvård i Blekinge.
- Vård av patient med behov av specialiserade palliativ vård
- Remisskriterier och remisshantering specialiserad palliativ vård
- Patientansvar och inskrivningsansvar för patienter som är anslutna till lokalt anslutningsteam för specialiserad palliativ vård.

## **3.4. Karlskrona kommun**

I Karlskrona kommun är det äldrenämnden som ansvarar för hemsjukvård och hembesök till personer i ordinärt boende, oavsett ålder, enligt hälso- och sjukvårdslagen 18 § andra stycket<sup>4</sup>. Äldrenämnden har fyra strategiska verksamhetsområden varav Hälso- och sjukvård från och med 2014-01-01 utgör ett. Under 2013 var hemsjukvården en del av hemtjänstorganisationen, men under 2014 påbörjades arbetet med att samorganisera

<sup>3</sup> Reglemente för nämnden för primärvård och folktandvård

<sup>4</sup> Reglemente för äldrenämnden



kommunens hälso- och sjukvårdsansvar för omvårdnadsboende, korttidsvård samt för hemsjukvård. Arbetet med samorganiseringen kommer enligt äldrenämndens verksamhetsplan och internbudget 2015 att fortsätta under 2015. Arbetet syftar till att ge en god vårdkvalitet, en god tillgänglighet och kontinuitet samt skapa ökad flexibilitet att möta dagens och framtidens behov och förväntningar. De intervjuade ser det som fördelaktigt att hälso- och sjukvård har blivit ett eget verksamhetsområde.

Vid äldreförvaltningen finns en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) som arbetar förvaltningsövergripande. Verksamhetsområdet hälso- och sjukvård leds av en verksamhetschef (vid granskningstillfället vakant p.g.a. chefsbyte). Hemsjukvården består av sjuksköterskor, arbetsterapeuter och fysioterapeuter/sjukgymnaster. Under 2014 delades hemsjukvårdsverksamheten upp i tre geografiska områden: Trossö/Mellanstaden, Lyckeby/Jämjö och Nättraby/Rödeby som vardera och ett leds av en enhetschef. Rehaborganisationen har en samlad organisation med en enhetschef som fördelar ut resurserna i de tre områdena inklusive särskilda boenden.

År 2013 när verksamheten övertogs från landstinget uppgick budgeten till knappt 42 mnkr inklusive kostnad för hjälpmedel på drygt 10 mnkr. Antalet årsarbetare som övertogs uppgick till cirka 45. Intervjuade som tidigare var anställda av landstinget uppger att det under 2012 genomfördes en besparing vilken innebar att tio underskötersketjänster avvecklades inom länet. Antalet årsarbetare inom hemsjukvården 2015 är ungefär detsamma som vid övertagandet.

Enligt äldrenämndens verksamhetsplan och internbudget 2015 avseende verksamhetsområdet hälso- och sjukvård ska fortsatt arbete ske inom vissa prioriterade områden (god vård i livets slut, preventivt arbetssätt, god läkemedelsbehandling, god vård vid demenssjukdom samt sammanhållen vård och omsorg). Målen är framför allt inriktade på målgruppen äldre. Verksamhetsplanen innehåller inga specifika mål för hemsjukvården och inga verksamhetsmått. Intervjuade ser behov av att förtydliga uppdraget och styrningen av hemsjukvården. De upplever att det saknas vision, viljeinriktning och målsättningar för verksamheten.

### **3.5. Vår bedömning**

Enligt vår bedömning behöver styrningen av hemsjukvården utvecklas. När beslut om kommunalisering fattades beslutade landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige även att landstinget och kommunerna i samverkan skulle ta fram förslag till reglemente för en mellan huvudmännen gemensam nämnd eller annan samverkansform och redovisa detta förslag senast årsskiftet 2012-2013. Någon sådan politisk samverkansform har inte bildats.

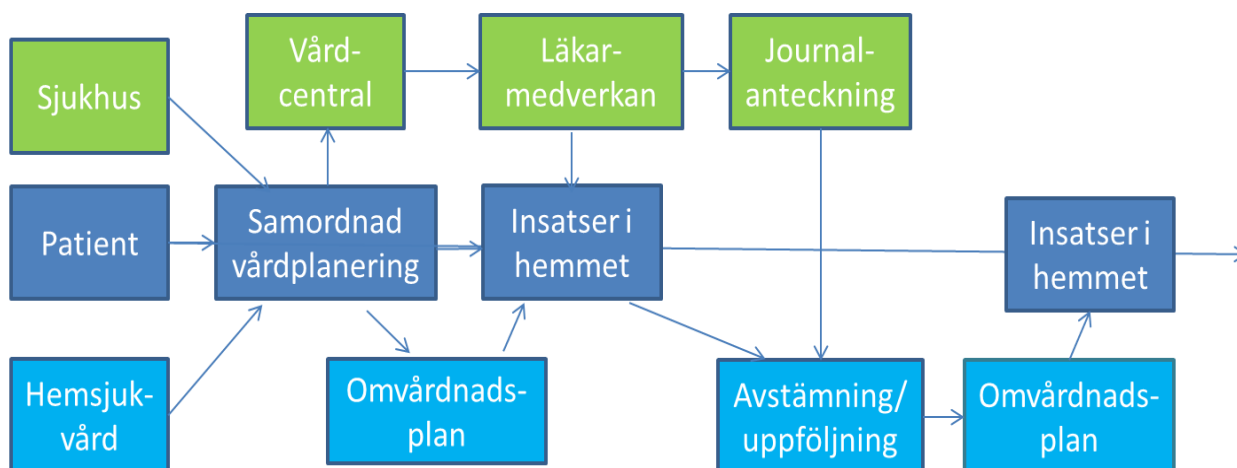
För att dokument som fastställs av LSVO ska bli formellt styrande måste de föras till beslut i ansvariga nämnder/styrelser. För landstingets del måste förtydliganden som gäller vårdcentralernas åtaganden föras in i *Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge*, antingen som omformuleringar i regelverket eller genom att hänvisa till vilka specifika dokument/överenskommelser som ska följas.

Äldrenämndens styrning av hemsjukvården är svagt utvecklad, då det saknas inriktning, mål och mått. Det saknas lokala överenskommelser mellan Karlskrona kommun och vårdcentralerna.

## 4. Samverkan i praktiken

### 4.1. Fördelning av ansvar

Enligt tröskelprincipen har hemsjukvården ansvar för personer som behöver sjukvårdsinsatser och som inte på egen hand kan ta sig till vårdcentral. Enligt de intervjuade är tröskelprincipen inte helt tydlig, men mellan landstinget och Karlskrona kommun förekommer det inte så många diskussioner om vem som ska göra vad. Om en person är berättigad till hemsjukvård eller ej är en bedömningsfråga. Enligt LSVO:s gränsdragningsdokument är det vid tveksamheter patientens ansvariga läkare som avgör på vilket sätt patienten ska erhålla sin vård. Utmärkande för hemsjukvården är att den tar hand om patienter i alla åldrar oavsett diagnos. Vårdprocesserna ser därmed olika ut. Nedan finns en bild som kan illustrera samverkan runt en patient som varit inlagd på sjukhus.



För patienter som inte kommer direkt från sjukhus blir det ofta så att hemsjukvården gör hembesök för att bedöma behoven. Hemsjukvården agerar utifrån att de har fått meddelande från annan vårdgivare, hemtjänst, anhöriga eller personen själv om att det kan föreligga behov av hemsjukvård. Det blir individuella bedömningar som inte alltid är lätta att göra. Patienter kan variera i sitt mående och då skrivs in och ut ur hemsjukvården.

Arbetsterapeuterna, sjukgymnasterna och sjuksköterskorna har inte alltid samma patienter. Tröskelprincipen ger ibland olika utfall, exempelvis är det inte ovanligt att en person som behöver hjälp av en arbetsterapeut med att prova ut ett hjälpmedel i hemmet kan ta sig till vårdcentralen om behov av vård uppstår. En nyopererad kan behöva hjälp av sjukgymnast i hemmet men har kanske inte behov av sjuksköterskeinsatser.

Enligt intervjuade låg fokus vid kommunaliseringen på fördelarna med att ha samma huvudman för sociala och medicinska insatser i hemmet. Dock är det långt ifrån alla hemsjukvårdspatienter som har insatser enligt socialtjänstlagen. Många svårt sjuka har anhöriga som tar hand om hemmet och omvårdnaden istället för att ansöka om hemtjänst. Utvecklingen går mot att allt fler svårt sjuka vårdas hemma och att utskrivning från sjukhus sker så snabbt som möjligt. Därmed är det enligt de intervjuade av största vikt att säkerställa att samverkan mellan sjuksköterskor och läkare fungerar trots att de tillhör olika huvudmän och har olika journalsystem.

## 4.2. Vårdplanering

Enligt avtalet skall hemsjukvårdsinsatser ha föregåtts av individuell vårdplanering med en dokumenterad handlingsplan. *Samordnad vårdplan* ska upprättas vid utskrivning från landstingets somatiska och psykiatriska vård. Denna vårdplan ska beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser i hemmet från primärvård, hemsjukvård och hemtjänst. Vårdplanen ska säkerställa övergången mellan specialistnivå och primärvårdsnivå. *Samordnad individuell plan* (SIP) ska upprättas vid vårdplanering mellan specialiserad öppenvård, primärvård och kommun. Denna plan ska beskriva den enskildes behov av insatser i hemmet från specialiserad öppenvård, primärvård, hemsjukvård och hemtjänst.<sup>5</sup>

Enligt de intervjuade från Karlskrona kommun fungerar vårdplaneringen i huvudsak bra. Om vårdplanering behövs vid utskrivning från sjukhus sker detta med hjälp av det digitala IT-stödet Prator som även innehåller en vårdplan. Karlskrona kommun har ett vårdplaneringsteam som vårdplanerar de flesta. Det finns också ett team benämnt Trygg hemgång, som biståndsbedömare kan bevilja som insats efter en sjukhusvistelse. Trygg hemgångsteamet är med på vårdplaneringen och ger sedan utökade insatser i hemmet under de första 14 dagarna. Distriktssjuksköterskor vårdplanerar palliativa patienter (tillsammans med arbetsterapeut) och psykiatripatienter. På vårdplaneringen bestäms vilka insatser som ska göras, inklusive rehabilitering.

Primärvården kallas till men deltar mycket sällan vid vårdplaneringsmöten. Systemet skickar meddelande till den vårdcentral som patienten är listad vid om att vårdplanering har skett. Det finns en läkaranteckning om huruvida det fortsatta vårdansvaret ska överföras till primärvården. Intervjuade ser behov av att utveckla primärvårdens delaktighet i vårdplaneringen och därpå följande aktiviteter. Det pågår utvecklingsarbete inom området. Tillsammans med Karlshams kommun har landstinget genomfört ett pilotprojekt: *72-timmarsamtal - uppföljande telefonkontakt från vårdcentral efter utskrivning*. I pilotprojektet ingår riskbedömning för återinskrivning, informationsöverföring till berörd vårdcentral samt ett uppföljande telefonsamtal enligt en fastställd mall. Det finns även ett pågående utvecklingsarbete som heter Samspel (*Samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en Samordnad Individuell Planeringsprocess/vård och omsorgskedja i Blekinge*) som bl.a. innefattar hemsjukvården. LSVO är styrgrupp för det arbetet.

## 4.3. Informationsöverföring

Enligt avtalet ansvarar varje huvudman för att patientjournal förs. Landstinget ansvarar för att ordinationsbesked för läkemedel upprättas och tillhandahålls kommunerna via NPÖ eller IT-stödet Pascal. Nationell patientöversikt (NPÖ) är ett IT-stöd som ger möjlighet att ta del av en annan vårdgivares journaldokumentation under förutsättning att patienten lämnat sitt medgivande.

Inför kommunaliseringen identifierades olika journalsystem som ett riskområde som skulle säkerställas genom att kommunerna och landstinget ansluter sig till NPÖ. De intervjuade är samstämmiga i att informationsöverföringen inte fungerar tillfredsställande, vilket innebär risk för patientsäkerheten. Avsaknaden av lätt och säker kommunikation mellan läkare och hemsjukvårdspersonal lyfts fram som ett stort hinder i det dagliga arbetet.

---

<sup>5</sup> Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Bristerna kan sammanfattas enligt följande:

- **Informationen i NPÖ är inte alltid uppdaterad**

Hemsjukvården behöver ständig tillgång till aktuella läkemedelslistor. Intervjuade uppger att det inte är ovanligt att primärvården gör förändringar som inte direkt syns i NPÖ, exempelvis på grund av sekreterarbrist.

När det gäller palliativa patienter finns det en rutin som innebär att läkaren ordinerar vissa smärtlindrande läkemedel att ge vid behov. Sjuksköterskan kan sedan själv bedöma när patienten behöver dessa läkemedel utan att först kontakta läkare. Samma rutin finns emellertid inte för andra patientgrupper, som till exempel cancersjuka som inte är i den palliativ fasen. Då måste sjuksköterskan direkt kunna se ändringar av ordinationer, och det syns inte tillräckligt snabbt i NPÖ. Det händer att hemsjukvården får ringa till vårdcentraler och be sjuksköterskor läsa upp vilken medicin en patient ska ha, vilket inte är patientsäkert då det innebär risk för fel.

Epikriser<sup>6</sup> och medicinlistor skickas med patienterna hem, men eftersom många patienter är gamla och/eller svårt sjuka är det långt ifrån alltid som hemsjukvårdspersonalen får uppgifterna av patienterna.

- **Informationen som lämnas i NPÖ är inte heltäckande**

Resultat av genomförda laboratorieprov framgår inte av NPÖ, vilket innebär att hemsjukvården inte har en komplett bild av patientens hälsotillstånd. Arbetsterapeuterna inom hemsjukvården kan inte se vilka anteckningar som landstingets arbetsterapeuter gjort.

- **Vissa av de kommunanställda har läsbehörighet till landstingets journalsystem**

Enligt intervjuade har de som före kommunaliseringen var anställda av landstinget kvar behörighet och inloggning till landstingets journalsystem. Behörigheten har begränsats så att de enbart kan läsa journalerna, inte ändra eller lägga till något och inte heller skriva ut information. Det finns därmed inte möjlighet att skriva ut exempelvis aktuell medicinlista. Intervjuade uppger att sjuksköterskor inför hembesök skriver av medicinlistor för hand vilket medför risk för felskrivningar som kan påverka patientsäkerheten.

Ny personal som anställs får inte motsvarande behörighet. Om de behöver mer aktuell information än vad som finns i NPÖ får de be de som tidigare varit landstingsanställda om hjälp med att läsa vad som står i journalen. I hemsjukvårdens lokaler finns det endast en dator från vilken det är möjligt att logga in till landstingets system, vilket medför köbildning.

- **Landstingspersonal ser inte kommunens journal**

Landstingsanställda har ingen insyn i kommunens journalsystem. Läkarna kan därmed inte se vad hemsjukvårdens personal har gjort eller vilka anteckningar som finns. Hemsjukvården kan exempelvis besöka en palliativ patient flera gånger per dag och dokumentera i sitt system, men för att informera läkaren måste sjuksköterskan aktivt söka läkaren via telefon eller fax. I NPÖ finns vissa delar av kommunens journal som t.ex. hälsobedömning och pågående insatser, men intervjuade uppger att läkare inte på eget bevåg läser vad som står i NPÖ.

Kommunens journalsystem upplevs av intervjuade vara designat utifrån socialtjänstlagen och vissa intervjuade menar inte att det är fullständigt utifrån hälso- och sjukvårdslagstiftningen.

---

<sup>6</sup> Epikris = avslutande sammanfattande bedömning i en patientjournal.

#### 4.4. Läkarmedverkan

Intervjuade från Karlskrona kommun uppger att läkarmedverkan inte fungerar tillfredsställande. Tillgången till läkarmedverkan i hemsjukvården identifierades som ett riskområde inför kommunaliseringen, vilket skulle säkerställas med ett länsavtal mellan landstinget i Blekinge och länets kommuner och konkretiseras i lokala överenskommelser mellan varje kommun och varje vårdcentral. Några lokala överenskommelser har emellertid inte ingåtts, då parterna inte har kommit överens om detaljeringsgraden.

Följande problem tas upp vid intervjuer;

- **Bristande läkarbemanning vid vårdcentralerna**

Primärvården präglas av bemanningsproblematik vilket leder till att hyrläkare anlitas. Det innebär att kontinuiteten blir lidande. Kommunens personal kan uppleva bristande ansvarstagande för de svårt sjuka samt det inte alltid finns läkare som känner patienterna. Med bristande bemanning följer även tillgänglighetsproblem. Från kommunens sida uppges att en försämring har skett från och med sommaren 2015 då antalet vakanta läkartjänster började stiga. Enligt intervjuade från landstinget har primärvårdens budget förstärkts och det pågår insatser för att komma till rätta med bemanningen, dock har det ännu inte gett några effekter.

- **Olika svårt för hemsjukvården att få kontakt med läkare**

Det finns vårdcentraler som har avsatt rondtid för patienter inom hemsjukvården som bor i ordinärt boende. Kommunens sjuksköterska kommer t.ex. till Jämjö vårdcentral en timme en gång i veckan för ventilering av aktuella patienter inklusive läkemedelsgenomgång. Vissa vårdcentraler har fast telefontid varje vecka.

Vid vårdcentraler som varken har rondtid eller fast telefontid upplever kommunsjuksköterskor att det är svårt att få kontakt med läkare vid icke akuta men ändå angelägna patientfall. Hemsjukvården har direktlinjer in till vårdcentralerna, men får framföra till sjuksköterskor att de vill att läkaren ska återkomma. Personer i den kommunala hemsjukvården som tidigare var anställda i landstinget har i vissa fall personkännedom och kan ringa upp läkare direkt, men de som anställdts efter kommunaliseringen har inte den möjligheten.

Från beställarenheten framförs att det inte är rimligt att samtliga vårdcentraler avsätter fast rondtid och lämnar tid obokad för samtliga läkare för eventuella hembesök i ordinärt boende. När kommunsjuksköterskorna ringer måste det i varje enskilt fall göras en medicinsk bedömning. Läkarna har mottagning och patienten på rummet är kanske högre prioriterad än patienten som kommunsjuksköterskan ringer om. Det är därför inte alltid möjligt att direkt få kontakt med en läkare.

- **Undvikbar slutenvård**

Såväl kommunanställda som landstingsanställda uppger att det händer att patienter skickas till sjukhus i onödan. Hemsjukvården får ibland besked av vårdcentraler att de ska åka in till akutsjukvården med en patient istället för att vårdcentralen gör hembesök, vilket sedan ifrågasätts på akutmottagningen. Den kommunala hemsjukvården ser en koppling till den bristande läkarbemanningen i primärvården, och menar att problemet ökar. Intervjuade vid landstinget betonar att det är viktigt att hemsjukvården är bemannad med sjuksköterskor som kan bedöma och prioritera patienter så att förarbetet är gjort när vårdcentralen kontaktas, eftersom det annars kan leda till undvikbar slutenvård.

- **Många aktörer**

Vårdvalssystemet gör det möjligt för patienterna att själva välja vårdcentral. Kommunen har gjort en geografisk indelning i tre hemsjukvårdsområden, men behöver samverka med de vårdcentraler som patienterna har valt. På landsbygden behöver hemsjukvården ofta bara samverka med en vårdcentral. I Karlskrona finns det fyra vårdcentraler och en del patienter som har flyttat in till staden är fortfarande listade där de bodde tidigare, vilket innebär att hemsjukvården har många olika aktörer att samverka med. Enligt avtalet om läkarmedverkan ska landstinget tillhandahålla uppgifter om vilken vårdcentral en patient i hemsjukvården har valt. Intervjuade uppger dock att det inte alltid fungerar. Patienter som är dementa kan inte själva uppge vilken vårdcentral de tillhör och den uppgiften finns inte i kommunens journal.

#### **4.5. Palliativ vård**

Patienter med palliativ diagnos har högsta prioritet, och enligt intervjuade fungerar samarbetet i huvudsak väl. Det finns vårdprogram med rutiner och alla är måna om målgruppen. Förutom allmän palliativ vård som bedrivs i samarbete med primärvården finns det specialiserad palliativ vård som sker i samverkan med palliativmedicinska sektionen. Hemsjukvården har vid specialiserad vård ansvar för patienten med stöd av ett specialistteam. Teamet finns dock endast tillgängligt dagtid måndag till fredag. Övrig tid finns jourläkare. Det framkommer av intervjuer att det finns oklarheter vad gäller rollerna. Hemsjukvården uppfattar att specialistteamet har byggt upp en parallell organisation och har börjat utföra hembesök och göra egna vårdplaneringar, vilket specialistvården inte tidigare har gjort. Intervjuade menar att specialistteamet istället ska vara en resurs för hemsjukvården. Vid granskningstillfället pågår dialog mellan parterna.

#### **4.6. Samverkan kring rehabiliteringsinsatser**

Hemsjukvården ansvarar för rehabilitering för patienter som p.g.a. psykiskt eller fysiskt funktionshinder eller av medicinska eller etiska skäl har stora svårigheter att ta sig till vårdcentralen. Utgångspunkten är att pröva var vårdåtgärden lämpligast bör utföras för att ge bäst effekt för patienten. Det är en bedömningsfråga som kan vara svår att avgöra. Gränsdragningen mellan kommun och landsting avseende hjälpmedel etc. är inte helt tydlig och det pågår på verksamhetsnivå ett arbete med att ta fram ett dokument som på en mer detaljerad nivå ska beskriva respektive aktörs ansvar. Dokumentet är tänkt att fastställas av samverkansorganet LSVO.

Den offentliga primärvården i Karlskrona har samlokaliserat sin rehabiliteringsverksamhet, och enligt intervjuade i kommunen finns det ett väl fungerande samarbete. Det finns även bra samarbete med privata aktörer. Samarbetet med sjukhusen behöver utvecklas. Tidigare hade arbetsterapeuterna tre dagar på sig att göra bedömningar och ordna rätt hjälpmedel, men nu kommer meddelande om utskrivning med kort varsel. Patienter som blir utskrivna får inte alltid med sig hjälpmedel hem som de omedelbart behöver.

#### **4.7. Förebyggande insatser**

Intervjuade från landstinget menar att sjukvården bidrar med förebyggande insatser så länge patienterna är inlagda. Det görs riskbedömningar t.ex. avseende fall, trycksår, undernäring och munhälsa, och informationen förs vidare till kommunen vid vårdplanering. Uppföljning av att riskbedömning är gjord sker på klinik- och förvaltningsnivå. I primärvården ingår sjukdomsförebyggande insatser i uppdraget. Läkemedelsgenomgångar genomförs vilket kan förebygga fall och skador.

Enligt LSVO:s dokument Hemsjukvård i Blekinge ska kommunerna arbeta för att minska risk för försämring av kronisk sjukdom och minska behovet av slutenvård. De intervjuade från kommunen uppger att förebyggande insatser inte görs i tillräcklig utsträckning. Det finns i kommunen ingen uttalad inriktning eller planering för förebyggande arbete. Däremot har många av insatserna som ges till individer förebyggande effekter, t.ex. hjälpmedel som förhindrar fallolyckor, och rådgivning på individnivå.

#### **4.8. Hemsjukvårdens bemanning**

Det framgår av Äldrenämndens bokslut 2014 att arbetssituationen för personalen har varit påfrestande och att konkurrenssituationen vad gäller nyrekrytering av legitimerad personal är svår. Intervjuade uppger att hemsjukvården är snålt bemannad samt tyngd av sjukskrivningar och problem med att hitta vikarier. En del intervjuade efterfrågar undersköterskor i den egna organisationen. Jämfört med landstingstiden gör sjuksköterskorna idag arbete som undersköterskor kan utföra, vilket enligt intervjuade inte är rätt användning av kompetensen. Vissa insatser utförs på delegation av undersköterskor inom hemtjänsten. Dock finns det flera olika hemtjänstgrupper samt privata utövare och det är svårt att hinna med att utbilda och handleda alla, vilket begränsar möjligheterna till delegation.

Det finns med nuvarande bemanning inget utrymme till att bedriva hemrehabilitering. Sjukgymnasterna kan skriva egenvårdsintyg som innebär att det beviljas att hemtjänsten hjälper personer att utföra ordinerad sjukgymnastik etc. Hemsjukvårdspersonalen känner inte hemtjänstpersonalen och menar att det är svårt att veta om uppgifterna utförs så som det är tänkt. De ser risk för att hemtjänstpersonal för att spara tid gör saker åt individerna istället för att låta dem träna själva, som exempelvis att duka och sätta på kaffe, att de använder rullstol istället för att hjälpa till med gåträning etc. Det går fortare men individens möjlighet till rehabilitering försämras. De intervjuade menar att mycket mer skulle kunna göras om hemtjänsten hade ett rehabiliterande synsätt och tid avsatt för förebyggande arbete.

#### **4.9. Vår bedömning**

Vi kan konstatera att de huvudsakliga problemområdena i samverkan är identiska med de två riskområden som identifierades inför kommunaliseringen: olika journalsystem och tillgången till läkarmedverkan. NPÖ löser inte fullt ut problemet att huvudmännen har olika journalsystem. Bristfällig informationsöverföring gällande medicinsk information på individnivå innebär risker för patientsäkerheten. Primärvården har bemanningsproblem vad gäller läkare, vilket påverkar tillgänglighet och kontinuitet på ett negativt sätt. Det är upp till varje vårdcentral att organisera läkarförsörjningen vilket leder till olikheter. Om läkaren inte har möjlighet att göra hembesök finns det risk för att patienten hänvisas till akutmottagning trots att problemet kanske hade kunnat åtgärdas i hemmet. Det är av stor vikt att ansvariga nämnder/styrelse säkerställer att informationsöverföringen och läkarförsörjningen fungerar.

## 5. Uppföljning

### 5.1. Uppföljning av samverkan

I avtalen mellan landstinget och länets kommuner om hemsjukvården specificeras när uppföljning och utvärdering ska ske:

Avtal	Uppföljning och utvärdering enligt avtal	Genomfört
Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende	Uppföljning och utvärdering av detta Avtals tillämpning ska ske under det första halvåret 2015. De närmare förutsättningarna för detta ska fastställas gemensamt av landstingsdirektör och kommundirektörerna.	Pågår hösten 2015
Ramavtal, Läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården	<b>Länsövergripande uppföljning</b> Den länsövergripande uppföljningen sker inom ramen för det länsövergripande samarbetet inom LSVO (Ledningssamverkan vård och omsorg) samt inom uppföljningen av vårdenheterna inom Hälsoval Blekinge.	Pågår hösten 2015  Ja, delvis
	<b>Länsövergripande utvärdering</b> Detta avtal ska utvärderas vartannat år. Eventuell revidering kan därefter ske.	Nej

Vid granskningstillfället pågår en länsövergripande uppföljning initierad av direktörgruppen. Uppföljningen som genomförs av Blekinge kompetenscenter är kvalitativ och bygger på intervjuer med personal samt patienter och anhöriga. Det finns ingen beskrivning av nuläget vid kommunaliseringen att utgå från.

LSVO:s utskott *Verksamhetsgruppen* har sedan 2013 i uppdrag att fortsätta tydliggöra gränssnitten kring hemsjukvården. Parterna uppmanas att skicka in anonymiserade beskrivningar av patientfall där ansvarsgränserna är otydliga till Verksamhetsgruppen. Efterhand publiceras verksamhetsgruppens tolkning av gränssnittet i de specifika fallen på intranätet. Därmed sker en löpande uppföljning och förtydligande av gränssnittet. Intervjuade medarbetare inom hemsjukvården känner emellertid inte till att det finns fallbeskrivningar.

LSVO har en verksamhetsplan med mål som följs upp, men uppföljningen kommer inte den politiska nivån till del. Minnesanteckningarna från LSVO:s möten anmäls inte till styrelser eller nämnder.

### 5.2. Landstinget Blekinges uppföljning

#### 5.2.1. Uppföljning av Hälsoval Blekinge

Landstingsfullmäktige beslutade 2014-11-24 om dokumentet: *Uppföljning av krav och mål i Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2015*. Enligt dokumentet ska läkarinsatser i det egna boendet följas upp via statistik.



Av 2014 års uppföljning av Hälsovalet framgår att antalet hembesök och hemsjukvårdsbesök i länet uppgick till 4866 besök, vilket var 443 besök färre jämfört med 2013. Detta kommenteras på följande vis: "Minskningen kommer särskilt att analyseras då antalet besök är lågt och samtidigt minskande. Antalet besök skiljer sig också mycket mellan vårdenheterna, vilket kommer att föranleda en särskild diskussion med de vårdenheter som har ett lågt antal hembesök."

Av intervju framgår att i verksamhetsstatistiken summeras hembesök och hemsjukvårdsbesök, och i hemsjukvårdsbesök ingår besök till såväl särskilt som ordinärt boende. Därmed följs inte utvecklingen avseende läkarmedverkan för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende upp. Läkarmedverkan vid särskilda boenden följs förutom statistiken även upp via enkät till verksamheter och kommunerna, men den rutinen finns inte avseende ordinärt boende.

Det finns en väl utvecklad struktur för uppföljning av Hälsoval Blekinge som innebär att beställarfunktionen genomför besök på samtliga vårdcentraler en halvdag per år. Före besöket skickas sammanställd statistik till vårdcentralen och efter besöket skrivs en rapport. Vid brister ställs krav på en åtgärdsplan. Vid intervju med beställarenheten framgår att ett stort problem utgörs av bristande läkarbemannning. Användningen av hyrläkare påverkar kontinuiteten negativt. Vad gäller läkarmedverkan i ordinärt boende så är det upp till den enskilda vårdcentralen att organisera det. Beställarenheten ställer inte krav på att det ska finnas avsatt tid för rond avseende hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende då det inte anses vara rimligt. En del vårdcentraler har det, men för det mesta blir det lösningar på individnivå. Det framkommer också att det i länet finns olika förutsättningar att göra hembesök på jourtid. I östra delen av länet finns det en beredskapslinje med möjlighet att göra hembesök, men västra delen av länet har ett annat jourupplägg som innebär sämre möjligheter att göra hembesök. Detta ska enligt uppgift rättas till inför nästa år.

### **5.2.2. Övrig uppföljning av hemsjukvården**

Nämnden för primärvård och tandvård och nämnden för Blekingesjukhuset följer upp de av hälso- och sjukvårdsnämnden antagna dokumenten verksamhetsplan och verkställighetsplan för primärvård respektive Blekingesjukhuset. Uppföljning sker per månad, tertial och år. Det finns mål och mått med koppling till hemsjukvården, som t.ex. läkemedelsförskrivning och vårdplan, men det går inte att urskilja läkarmedverkan i hemsjukvård i ordinärt boende.

I Landstinget Blekinges årsredovisning 2014 nämns vilka utvecklingsprojekt som pågår. Det sker ingen samlad analys av vad som framkommer i uppföljningar gjorda av LSVO, lanstingsstyrelsen/Hälsoval Blekinge och nämnderna.

### **5.3. Äldrenämndens uppföljning**

Äldrenämnden har inga uppföljningsbara mål avseende hemsjukvård. Av intervjuer framgår att det inte heller finns någon verksamhetsstatistik avseende hemsjukvården. Verksamhetssystemet uppges inte vara anpassat för hälso- och sjukvård. När hemsjukvården togs över uppgick antalet hembesök till cirka 36000 per år. Under hösten 2014 räknades antalet hembesök under 14 dagar, och utifrån det gjordes uppskattningen att hemsjukvården gör mellan 34000 och 36000 hembesök per år. Det finns inte några sammanställda uppgifter på exempelvis hur många patienter varje sjuksköterska ansvarar för eller några andra kvalitetsmått på verksamheten.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) följer upp avvikelser och sammanställer årligen en patientsäkerhetsberättelse. Enligt intervjuade diskuteras avvikelser på arbetsplatsträffar, men personalen uppfattar att avvikelserna inte alltid leder till förändring vilket försämrar motivationen till att fortsätta skriva avvikelse rapporter. Äldrenämnden får tertiälvis en rapport om hela förvaltningens avvikelser. Det finns inte någon MAR (Medicinskt Ansvarig för Rehabilitering) i kommunen, vilket vore önskvärt enligt intervjuade.

#### **5.4. Vår bedömning**

Enligt vår bedömning är uppföljningen av hemsjukvården bristfällig. Samverkansavtalen har inte följts upp i enlighet med vad som står i avtalen. Ansvariga nämnder och styrelse håller sig inte informerade om vad som sker inom ramen för LSVÖ.

Landstingsstyrelsens uppföljning av Hälsoval Blekinge gör det inte möjligt att följa utvecklingen avseende läkarmedverkan för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende. Nämnden för primärvård och tandvård samt nämnden för Blekingesjukhuset har inte heller utvecklat mått som fångar det området. Det sker ingen samlad analys av vad som framkommer i uppföljningar gjorda av LSVÖ, Hälsoval Blekinge och nämnderna.

Äldrenämnden har enligt vår bedömning en svagt utvecklad uppföljning av hemsjukvården. Äldrenämnden har endast i begränsad utsträckning hållit sig informerad om hemsjukvården och har därmed inte givit sig själv möjlighet att agera på eventuella avvikelser.

## 6. Bedömning

### 6.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfråga	Svar
Är landstingets och Karlskrona kommuns styrning av samverkan gällande hemsjukvård i ordinärt boende ändamålsenlig?	Nej, enligt vår bedömning behöver styrningen av hemsjukvården utvecklas. När beslut om kommunalisering fattades beslutade landstingsfullmäktige och kommunfullmäktige även att landstinget och kommunerna i samverkan skulle ta fram förslag till reglemente för en mellan huvudmännen gemensam nämnd eller annan samverkansform och redovisa detta förslag senast årsskiftet 2012-2013. Någon sådan politisk samverkansform har inte bildats. För att dokument som fastställs av LSVO ska bli formellt styrande måste de föras till beslut i ansvariga nämnder/styrelser. För landstingets del måste förtydliganden som gäller vårdcentralernas åtaganden föras in i <i>Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge</i> , antingen som omformuleringar i regelverket eller genom att hänvisa till att specifika dokument/överenskommelser ska följas. Äldrenämndens styrning av hemsjukvården är svagt utvecklad, då det saknas inriktning, mål och mått. Det saknas lokala överenskommelser mellan Karlskrona kommun och vårdcentralerna.
Är insatserna som respektive huvudman ansvarar för tydligt beskrivna?	Delvis. Arbete pågår med att förtydliga ansvaret för rehabiliteringsinsatser.
Beaktas behovet av rehabiliteringsinsatser i planeringen?	Ja, vid vårdplanering på sjukhus deltar rehabiliteringspersonal som bevakar att behoven beaktas.
Beaktas behov av förebyggande insatser?	Delvis, främst genom riskbedömningar av fall, undernäring etc. och genom hjälpmedel. Förebyggande träning och hemrehabilitering hinns inte med. Förebyggande arbete sker i kommunen främst på individnivå. Styrning, planer och uppföljning saknas.
Är det övergripande styrdokumentet för hemsjukvård i Blekinge känt och tillämpas det i alla delar?	Det är inte formellt beslutat och alla medarbetare känner inte till det.
Upprättas samordnade individuella planer i enlighet med SoL och HSL?	Ja, i samband med vårdplanering upprättas planer.
Finns det fungerande rutiner för vårdplanering mellan sjukhus och kommun?	Ja, det finns rutiner som i huvudsak fungerar.

<p>Fungerar läkemedelskontroller och informationsöverföring på ett tillfredsställande sätt?</p>	<p>Nej, NPÖ löser inte fullt ut problemet att huvudmännen har olika journalsystem. Bristfällig informationsöverföring gällande medicinsk information på individnivå innebär risker för patientsäkerheten.</p>
<p>Fungerar läkarförsörjning i hemsjukvården på ett tillfredsställande sätt?</p>	<p>Nej, primärvården har bemanningsproblem vad gäller läkare, vilket påverkar tillgänglighet och kontinuitet på ett negativt sätt. Det är upp till varje vårdcentral att organisera läkarförsörjningen vilket leder till olikheter. Om läkaren inte har möjlighet att göra hembesök finns det risk för att patienten hänvisas till akutmottagning trots att problemet kanske hade kunnat åtgärdas i hemmet.</p>
<p>Vilka problemområden finns i gränssnittet mellan parterna?</p>	<p>De huvudsakliga problemområdena är identiska med de två riskområden som identifierades inför kommunaliseringen: olika journalsystem och tillgången till läkarmedverkan.</p>
<p>Vilken uppföljning sker av hemsjukvården?</p>	<p>Enligt vår bedömning är uppföljningen av hemsjukvården bristfällig. Samverkansavtalen har inte följts upp i enlighet med vad som står i avtalen. Det finns ingen beskrivning av nuläget vid kommunaliseringen att utgå från, vilket är en brist. Ansvariga nämnder och styrelse håller sig inte informerade om vad som sker inom ramen för LSVO. Äldrenämnden har en svagt utvecklad uppföljning av hemsjukvården. Det saknas verksamhetsstatistik och uppföljningsbara mål.</p>
<p>Har ansvariga nämnder/styrelse hållit sig informerade om hur hemsjukvården fungerar?</p>	<p>Nej, äldrenämnden har endast i begränsad utsträckning hållit sig informerad om hur hemsjukvården fungerar. Landstingsstyrelsens uppföljning av Hälsoval Blekinge gör det inte möjligt att följa utvecklingen avseende läkarmedverkan för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende. Nämnden för primärvård och tandvård samt nämnden för Blekingesjukhuset har inte heller utvecklat mått som fångar det området. Det sker ingen samlad analys av vad som framkommer i uppföljningar gjorda av LSVO, Hälsoval Blekinge och nämnderna.</p>
<p>I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har ansvariga nämnder/styrelse agerat i syfte att åtgärda bristerna?</p>	<p>Nej, äldrenämnden har i och med svag uppföljning inte givit sig själv möjlighet att agera på eventuella avvikelser. Landstingsstyrelsen vidtar åtgärder med anledning av bemanningsproblematik inom primärvården. Några åtgärder som specifikt berör läkarmedverkan i hemsjukvården har inte vidtagits.</p>

## 6.2. Sammanfattande bedömning och rekommendationer

Vår sammanfattande bedömning utifrån syftet och grunderna för ansvarsprövning är att samverkan avseende hemsjukvård i ordinärt boende inte fullt ut fungerar tillfredsställande. Brister finns vad gäller informationsöverföring och läkarmedverkan. Äldrenämnden har en svagt utvecklad styrning och uppföljning av hemsjukvården. Landstingsstyrelsens uppföljning av Hälsoval Blekinge gör det inte möjligt att följa utvecklingen avseende läkarmedverkan för patienter med hemsjukvård i ordinärt boende.

Vi lämnar följande rekommendationer till landstingsstyrelsen och nämnden för primärvård och folktandvård:

- ▶ Säkerställ att samverkan sker på politisk nivå.
- ▶ Stärk uppföljningen av vårdcentralernas läkarmedverkan vid hemsjukvård i ordinärt boende.
- ▶ Säkerställ att informationsöverföringen mellan landsting och kommun fungerar.
- ▶ Tillse att lokala överenskommelser om läkarmedverkan arbetas fram.
- ▶ Utveckla uppföljningen av samverkan. Ta del av minnesanteckning från samverkansorganet LSVO och säkerställ att överenskommelser förs till beslut.
- ▶ Gör en samlad analys av information som framkommer i uppföljningar gjorda av LSVO, hälsoval Blekinge samt berörda nämnder (gäller landstingsstyrelsen).

Vi lämnar följande rekommendationer till äldrenämnden:

- ▶ Säkerställ att samverkan sker på politisk nivå.
- ▶ Lämna tydliga direktiv avseende hemsjukvårdens inriktning och uppdrag.
- ▶ Fastställ uppföljningsbara mål för hemsjukvården.
- ▶ Säkerställ att informationsöverföringen mellan landsting och kommun fungerar.
- ▶ Tillse att lokala överenskommelser om läkarmedverkan arbetas fram.
- ▶ Utveckla uppföljningen av hemsjukvården.
- ▶ Utveckla uppföljningen av samverkan. Ta del av minnesanteckning från samverkansorganet LSVO och säkerställ att överenskommelser förs till beslut.
- ▶ Säkerställ kompetensförsörjning och bemanning inom hemsjukvården.

Karlskrona den 17 november 2015

Ann-Mari Ek  
EY

## Källförteckning

### Intervjuade

Förvaltningschef Blekingesjukhuset, ordförande i samverkansorganet LSVO

Förvaltningschef, offentlig primärvård

Hälso- och sjukvårdsstrateg, Utvecklingsenheten, Landstinget

Medicinskt ansvarig sjuksköterska, äldreförvaltningen, Karlskrona kommun

Områdeschef, hälso- och sjukvården, Karlskrona kommun

Områdeschef/ distriktssköterska, hälso- och sjukvården, Karlskrona kommun

Specialist i Allmänmedicin, medicinsk rådgivare, Hälsoval Blekinge, Hälsovalsavdelningen

Personal inom hemsjukvården (distriktssköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast)

### Dokument

Avtal om övertagande av ansvar för vissa hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende.

Landstingsstyrelsen protokoll och handlingar 201501-201509

LSVO (02014): *Hemsjukvård i Blekinge. Fördelning av ansvar och arbetsuppgifter mellan Blekinges vårdcentraler, hemsjukvård samt sjukhusets specialiserade vård.*

Ramavtal om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården

Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2015.

Uppföljning av krav och mål i Uppdragsbeskrivning och regelbok för Hälsoval Blekinge 2015

Äldrenämndens protokoll 20150101 - 201509

Äldrenämndens verksamhetsplan och internbudget 2015

Äldrenämndens årsredovisning 2014