

Revisionsrapport

Granskning av vården för multisjuka äldre

Skellefteå kommun

*Christer Marklund,
projektledare*

*Erik Jansen,
projektmedarbetare*

Januari 2017

Innehåll

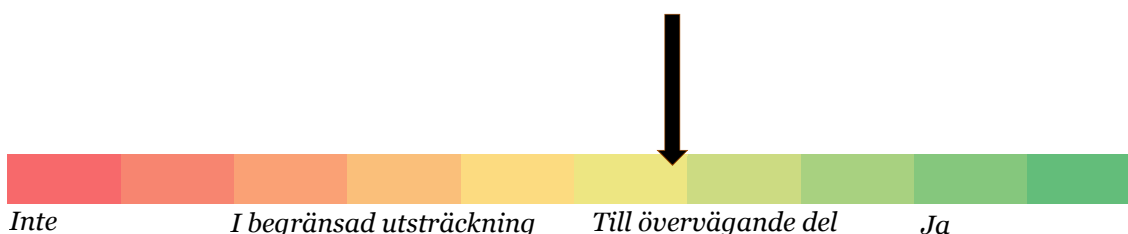
Sammanfattning	2
1. Inledning	3
1.1. Bakgrund	3
1.2. Syfte och revisionsfråga.....	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Avgränsning och metod.....	5
2. Granskningsresultat	6
2.1. Styrning	6
2.2. Samverkan i praktiken	10
2.3. Uppföljning.....	13
3. Avslutning	17
3.1. Sammanfattande revisionell bedömning	17
3.2. Rekommendationer.....	17
Bilaga 1 – Länsdokument	18
Bilaga 2 – Styrgrupper och arbets-grupper Höken år 2016	19

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Skellefteå kommun har PwC genomfört en granskning av vården för multisjuka äldre. Granskningen har skett i samverkan med revisionen i Västerbottens läns landsting. Granskningen, som tar utgångspunkt från kommunallagens revisionskapitel, har inriktats mot följande områden:

- Styrning
- Samverkan i praktiken
- Uppföljning

Utifrån genomförd granskning görs en **sammantagen revisionell bedömning** att socialnämnden *till övervägande del* säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan kommunen och landstinget i vården för multisjuka äldre.



Bedömningarna av kontrollmålen som ligger till grund för svar på revisionsfrågan framgår av **avsnitt 3**.

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer:

- Socialnämnden säkerställer att genusperspektivet beaktas i styrningen av samverkan
- Socialnämnden följer upp och utvärderar resultat och effekter av vården för multisjuka äldre
- Socialnämnden säkerställer att resultat och effekter av vården för multisjuka äldre återförs till respektive huvudman.

2017-01-09

Bo Rehnberg

Bo Rehnberg, uppdragsledare

Christer Marklund

Christer Marklund, projektledare

1. *Inledning*

1.1. *Bakgrund*

Kommunens revisorer har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att – tillsammans med revisorerna i Västerbottens läns landsting – göra en gemensam granskning inom området vården för multisjuka äldre.

Multisjuka äldre kan definieras på olika sätt. Äldrecentrum tillämpar definitionen att personen ska vara 75 år eller äldre, ha vårdats inom slutna sjukhusvård vid tre eller flera tillfällen under ett år och ha tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsgrupper. Äldrecentrums studier visar att multisjuka äldre vill ha kontinuitet i kontakterna med vården och omsorgen. De vill se ett sammanhang mellan olika insatser och vill ha inflytande i vården.

Behoven som multisjuka ger uttryck för stämmer väl överens med målformuleringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Men lagarna innehåller inga riktlinjer för hur man ska nå de övergripande målen. För att nå dit krävs ett väl fungerande samarbete mellan landsting och kommun och en fungerande vårdkedja.

Brister i vårdkedjan resulterar i ökade remissflöden till sjukhusen, ökat tryck på akutmottagningar, problem med ökat antal utskrivningsklara patienter samt överbeläggningar på vårdavdelningar. I stället för att göra en sammanvägd individuell bedömning av hela sjukdomsbilden i samarbete med inblandade parter finns risk att patienter skickas mellan olika specialister, allmänläkare, akutmottagning och hemtjänst.

Rapporter från Socialstyrelsen och Diskrimineringsombudsmannen visar att det finns stora skillnader i hälsa mellan olika grupper i befolkningen och att bemötandet och den vård som erbjuds skiljer sig åt beroende bland annat på faktorer som kön, könsidentitet eller könsuttryck, etnisk tillhörighet, funktionsnedsättning, sexuell läggning och ålder.

1.2. Syfte och revisionsfråga

Den övergripande revisionsfrågan är: Har socialnämnden säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan kommunen och landstinget i vården av multisjuka äldre?

Granskningen delas upp i tre områden:

1. Styrning
 - Har nämnden säkerställt att samverkan och samordning mellan kommunen och landstinget för vård av multisjuka äldre - på strategisk nivå - sker på avsett sätt?
 - Har nämnden säkerställt att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta vårdbehovet hos äldre som är multisjuka?
2. Samverkan i praktiken
 - Bedrivs samverkan och samordning - på operativ nivå - i praktiken på avsett sätt?
3. Uppföljning
 - Har nämnden i tillräcklig grad följt upp och utvärderat resultat och effekter för vård av multisjuka äldre?
 - I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har nämnden agerat i syfte att åtgärda bristerna?

Revisionsobjekt i granskningen är socialnämnden.

1.3. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

1. Kommunallagen, 6 kap. § 7
2. Hälso- och sjukvårdslagen, 2 e §, 3 f §, 18 §, 26 e §
3. Socialtjänstlagen, 2 kap. § 7, 3 kap. § 3, 3 kap. § 5, 5 kap. § 6
4. Patientsäkerhetslagen, 3 kap. 1 §
5. Överenskommelse om samverkan mellan kommun och landsting Västerbotten, däribland Skellefteå kommun. Överenskommelsen omfattar revisionskriterierna 1-4.
6. Reglemente för socialnämnden

1.4. Avgränsning och metod

I granskning av område 1-3 riktas fokus på hur genusperspektivet¹ har beaktats. Granskningen avgränsas i tid huvudsakligen till kalenderåret 2016. I övrigt se syfte och revisionsfrågor. Område 1 och 3, styrning och uppföljning, sker huvudsakligen genom analys av för granskningen relevant dokumentation. Område 2, samverkan i praktiken, sker huvudsakligen genom intervjuer. Intervjuer har genomförts med socialnämndens ordförande, samt tjänstemän på Skellefteå kommun, socialförvaltningen och Västerbottens läns landsting, Skellefteå lasarett. Intervjupersonerna representerar den *politiska styrgruppen* för huvudöverenskommelsen (höken) mellan Skellefteå kommun och Västerbottens läns landsting, *tjänstemannastygruppen* för området äldre samt dess *arbetsgrupper*. Intervjuade personer har haft möjlighet att sakgranska rapporten.

Länsdokument "Bättre liv för sjuka äldre" i Västerbotten – Handlingsplan 2014-2020, samt en beskrivning av högens styrgrupper och arbetsgrupper år 2016 är bilagda rapporten.

¹ Exempel på definition: Att ha ett genusperspektiv innebär att ta med genusfrågor i planering och utformning av verksamheten.

2. Granskningsresultat

2.1. Styrning

2.1.1. Kontrollmål och iakttagelser

2.1.1.1. Strategisk styrning av samverkan och samordning mellan kommun och landsting

Av kommunallagen framgår att det vilar på den politiska organisationen att fastställa strategi, mål och planer för den kommunala verksamheten.

Kommunfullmäktiges styrning inom området sker företrädesvis genom följande styrdokument:

1. Reglemente för socialnämnden (beslutad av fullmäktige i februari 2016)
2. Folkhälsopolitiskt program (juni 2015)

Av socialnämndens reglemente framgår att nämnden ansvarar för kommunens uppgifter enligt socialtjänstlagen, utövar ledning för kommunens ansvar enligt 18 § hälso- och sjukvårdslagen, ansvarar för stöd och service enligt LSS², samt att ”samverka med Norsjö kommun, barn- och grundskolenämnden, gymnasienämnden och landstinget i gemensamma frågor inom Höken”. Av folkhälsopolitiska programmet framgår att samtliga nämnder – däribland socialnämnden – ska göra handlingsplaner kopplande till programmet.

Socialnämndens styrning inom området sker företrädesvis genom en skriftlig lokal huvudöverenskommelse med Västerbottens läns landsting. Socialnämnden beslutade att godkänna den reviderade huvudöverenskommelsen i juni 2015. Huvudöverenskommelsen benämns i organisationen som *höken*. Granskningen visar följande:

- Höken är upprättad för samarbete mellan:
 - Socialnämnden, barn- och grundskolenämnden och gymnasienämnden i Skellefteå kommun
 - Norsjö kommun
 - Hälso- och sjukvårdsnämnden, nämnden för funktionshinder och habilitering i Västerbottens län samt nämnden för folkhälsa och primärvård i Skellefteå- och Norsjöområdet.
- Höken gäller åren 2015 – 2018 och reglerar följande:
 - En gemensam *målbild* för ett gemensamt arbetssätt när det gäller gemensamma insatser/åtgärder för den enskildes behov
 - En gemensam värdegrund för samverkan
 - Överenskommelsens omfattning, d.v.s. ett gemensamt ansvar för vård- och omsorgsinsatser till individer där landstinget svarar för hälso- och sjukvårdsinsatser och kommunen ansvarar för elevhälsa, socialtjänst och hälso- och sjukvårdsinsatser
 - Syftet med en lokal överenskommelse. D.v.s. dels att skapa en tydlig struktur i samarbetet mellan parterna, dels skapa framförhållning och överblickbarhet över kedjan av

² Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

aktiviteter. Strukturen innebär en gemensam organisering av ledningsstrukturen för samverkansområden. Organiseringen innefattar politisk styrning, verksamhetsstyrning och arbetsgrupper på operativ nivå.

Granskningen visar att **politisk styrning** av granskningsområdet sker genom följande forum/organ:

1. Politisk styrgrupp (för området äldre)
2. Folkhälsorådet

Den *politiska styrgruppen* är sammansatt av socialnämndens arbetsutskott (SNAU) i Skellefteå kommun, presidiet i utbildnings- och omsorgsutskottet i Norsjö kommun, hälso- och sjukvårdsnämndens presidium, presidiet för folkhälsa och primärvård i Skellefteå och Norsjö samt presidiet i nämnden för funktionshinder och habilitering i Västerbottens läns landsting. Ledamöterna i den politiska styrgruppen har uppdrag från sina respektive nämnder att ingå i den politiska styrgruppen för samverkan.

Den politiska styrgruppen är *rådgivande* och behandlar frågor om mål och inriktningar för samverkan, samt vad som ska följas upp inom ramen för överenskommelsen. Då beslut efterfrågas som påverkar huvudmännens verksamheter ska dessa beslut fattas av respektive nämnd. Granskningen har inte haft tillgång till några sådana nämndsbeslut avseende år 2016.

Parterna som undertecknat avtalet är överens om att följa och förhålla sig till nationella riktlinjer³ och regionala länsöverenskommelser⁴ samt lokala planer⁵ inom *området äldre*. I syfte att säkerställa att så sker i praktiken ska parterna verka för att lokala handlings- och aktivitetsplaner upprättas och följs inom området.

Folkhälsorådet är ett rådgivande politiskt forum för att samordna och diskutera hälsofrågor mellan kommun och landsting där socialnämnden är representerad. Ett av rådets uppdrag är att årligen prioritera målområden och följa upp arbetet med kommunens folkhälsopolitiska program 2015-2025. Ett av målområdena är hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Målområdet är prioriterat år 2016. *Arbetet inom området ska präglas av att stöd och hjälp ges likvärdigt oavsett kön.*

Av granskningen framkommer att socialnämnden därutöver inte har beslutat om några mål för gruppen multisjuka äldre.

³ Sveriges kommuner och landsting (SKL) har sedan 2010 ingått årliga överenskommelser med regeringen kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Satsningen har sedan 2012 fokuserat främst på åtgärder som förbättrar kvalitet och underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre kopplat till resultat och prestation baserat på mål.

⁴ Bättre liv för sjuka äldre i Västerbotten. Handlingsplan 2014-2020. Region Västerbotten och Västerbottens läns landsting.

⁵ T.ex. "Leva livet bäst möjligt" i Skellefteå. Äldreomsorgens verksamhetsplan 2016 med utblick mot 2020.

Granskningen visar att **verksamhetsstyrning** framför allt sker genom följande forum/organ:

1. Styrgrupp äldre
2. Arbetsgrupperna: gemensamma processer, SIP⁶, fallprevention, UK72⁷, strategigrupp för framtidens sjuksköterskeutbildning, chefsgrupp för gränsdragningsproblematik.

Av intervjuer framkommer att arbetet med multisjuka äldre berör *samtliga* arbetsgrupper.

Intern styrning på verksamhetsnivå sker främst genom äldreomsorgens verksamhetsplan 2016 – med utblick mot 2020 ”Leva livet bäst möjligt” i Skellefteå. Verksamhetsplanen utgår från den målbild och de målområden som formuleras i länsdokumentet ”Bättre liv för sjuka äldre i Västerbotten” – Handlingsplan 2014-2020. Verksamhetsplanen innehåller mål för år 2016 samt aktiviteter som även stödjer målområdena i länsdokumentet. Av verksamhetsplanen framgår att de mest sjuka/multisjuka äldre utgör strax över 300 personer i Skellefteå (2015).

På uppdrag av den politiska styrgruppen har *styrgrupp äldre* inrättats på förvaltningsnivå. Denna styrgrupp ska utgöra det övergripande forumet där parterna samverkar om planering, genomförande och uppföljning av de frågor som parterna beslutat att samverka om. Socialförvaltningen representeras av äldreomsorgschef (ÄO) i styrgruppen. Styrgruppen ska hantera verksamhetsfrågor som inte kräver politiska beslut, t.ex. behov av gemensamma rutiner och regelverk på operativ nivå. Styrgruppen är även styrgrupp för gemensamma samverkansprojekt mellan kommun och landsting samt har utsett ett antal arbetsgrupper, däribland ovan nämnda arbetsgrupper. Syftet med arbetsgrupperna är att samordna äldrefrågorna i Skellefteå- och Norsjöområdet.

Styrgrupp äldre har beslutat om arbetsgruppernas uppdrag och aktiviteter under året. Exempel på uppdrag är: ”Klargöra SIP begrepp och genomföra”, ”Förenkla överföring av uppdrag från slutenvård till hemsjukvård” samt ”Översyn av lokala rutiner och överenskommelser”. Arbetsgrupperna har hösten 2016 lämnat statusrapporter till *styrgrupp äldre* avseende genomförandet av uppdragen. Av intervjuer framgår att arbetsgruppernas samverkan med brukar/anhörigorganisationer bedöms vara ett utvecklingsområde.

I samband med revisorernas granskning av *vården för personer med beroende- och missbruksproblematik* i januari 2017 framkom att vård, omsorg och stöd för personer med beroende- och missbruksproblematik är aktuella frågor för *styrgrupp barn- och unga vuxna* och *styrgrupp vuxen*, men att frågan fått mindre uppmärksamhet i *styrgrupp äldre*. Av intervjuerna framkom att det finns ett visst stuprörstänk mellan styrgrupperna när det gäller missbruks- och beroendefrågan. För närvarande pågår dock ett arbete med att bilda arbetsgrupper inom områdena beroende- och missbruksvård och SIP som kommer att rapportera till flera styrgrupper.

Äldreomsorgens relationer inom området uppfattas mer utvecklade i förhållande till avdelningen stöd och service än till individ- och familjeomsorgen. Här ska noteras att äldre-

⁶ Samordnad individuell plan, SIP, ska upprättas tillsammans med brukare om det finns behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård när samordning bör genomföras.

⁷ Utskrivningsklara patienter ska tas hem inom 72 timmar. Gruppen arbetar för att ingen ska ligga på sjukhus i onödan.

omsorgen och individ- och familjeomsorgen samfinansierar MOA-teamet, som arbetar med äldre missbrukare.

Sammanfattningsvis framkommer att det finns en röd tråd mellan nationella riktlinjer, regionala överenskommelser och lokala planer inom området. D.v.s. mål, målområden, uppdrag och aktiviteter knyts samman mellan olika samverkans- och samarbetsnivåer.

2.1.1.2. Rätt och tillräcklig kompetens

Granskningen kan inte styrka att socialnämnden – i sin roll som ansvarigt politiskt organ – utövat någon påtaglig styrning inom området.

Av dokumentanalys framkommer dock att följande styrning sker på *verksamhetsnivå*:

Inom äldreomsorgen har en kompetensförsörjningsprocess identifierats. Processen beskrivs som vägen till god kvalitet inom verksamheten. Processen bygger på verksamhetsplanen och socialnämndens verksamhetsidé. Kompetensförsörjningsprocessen finns beskriven i socialförvaltningens kompetensförsörjningsplan. Planen är en del av nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Av dokumentanalys och intervjuer framkommer att kompetensfrågan är svår, men att insikten om värdet av kompetensutveckling blivit större i styrgrupp äldre, dess arbetsgrupper och inom socialnämndens verksamheter.

- Gemensamma utbildningssatsningar har genomförts mellan kommunen och landstinget, t.ex. om demensvård, läkemedelshantering och suicidprevention.
- Vid övertagandet av ansvaret för hälso- och sjukvård i ordinärt boende anses det säkerställt att medarbetare med rätt kompetens anställdes av kommunen.
- 70 procent av medarbetarna inom äldreomsorgen som arbetar med vård- och omsorg är utbildade undersköterskor, 30 procent är vårdbiträden.
- Det finns kompetensutvecklingsplaner för de yrkeskategorier som arbetar inom äldreomsorgen.
- Det finns inom äldreomsorgen en tjänst, en kompetensutvecklare, som arbetar med att anordna löpande utbildningsinsatser för medarbetarna. I praktiken kan det dock vara så att vissa medarbetare inte får all nödvändig utbildning, t.ex. vikarier. 873 av 1 178, 74 procent, av medarbetarna inom äldreomsorgen har utbildats i "Vård i livets slut".
- Äldreomsorgens biståndshandläggare arbetar utifrån modellen IBIC⁸.

2.1.2. Bedömning

Socialnämnden bedöms *till övervägande del* säkerställt att samverkan och samordning mellan kommunen och landstinget till multisjuka äldre – på strategisk nivå – kan ske på avsett sätt. Bedömningen baseras en lokal äldreplan är upprättad som bygger på länsöverenskommelsen och nationella riktlinjer, samt att uppdrag och aktiviteter är formulerade för styrgrupp äldres arbetsgrupper. Bedömningen baseras också på att en lokal samverkansöverenskommelse (höken) är upprättad som stödjer arbetet utifrån nationella riktlinjer, regionala länsöverenskommelser och lokala planer.

⁸ Socialstyrelsens modell för utredning för att bedöma behov, sätta mål och följa upp.

Vi noterar att folkhälsorådets arbete inom området ska präglas av att stöd och hjälp ges likvärdigt oavsett kön. I övrigt kan det av granskningen inte styrkas hur genusperspektivet har beaktats i styrningen av samverkan.

Vi bedömer att verksamheten till övervägande del säkerställt att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta behovet hos multisjuka äldre. Bedömningen baseras på uppställda krav på medarbetarnas formella kompetens, löpande kompetensutveckling inom området, samt tillämpningen av vedertagna kartläggnings- bedömnings- och uppföljnings/utvärderingsmetoder inom biståndshandläggningen. Det kan dock inte styrkas att detta är en effekt av någon egentlig styrning av socialnämnden. Socialnämnden bedöms därför *i begränsad utsträckning säkerställt* att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta behovet hos multisjuka äldre.

2.2. Samverkan i praktiken

2.2.1. Kontrollmål och iakttagelser

2.2.1.1. Samverkan och samordning på operativ nivå

I syfte att underlätta och strukturera samarbetet på operativ nivå mellan kommunen och landstinget har bl.a. följande styrdokument för praktisk samverkan utarbetats av parterna:

- Modell Västerbotten för läkemedelsgenomgång
- Generella behandlingsanvisningar inkl. beställning av läkemedelsbehov
- Säker DOS i Västerbotten (bl.a. läkemedel)
- Hygienrutiner i samverkan för kommunerna i Västerbotten
- Styrdokument och förtydligande över övertagandet av hälso- och sjukvård i hemmet
- Beslutsstöd för optimal vårdnivå

Till detta kommer länsövergripande rutiner på operativ nivå kring SIP, demensvård, diabetes och egenvård etc. Av granskningen framkommer att rutinerna är en del av socialnämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Vi noterar även att rutinerna finns tillgängliga på Västerbottens läns landstings webbplats.

Av intervjuer framkommer att det *i huvudsak* finns en samsyn mellan kommunen och landstinget kring hur samverkan ska gå till i praktiken. Det framkommer dock att det finns vissa brister i samverkan och samordning på operativ nivå, framförallt kring multisjuka äldre i behov av *avancerade* insatser i hemmet när läkarinsatser ska involveras, t.ex. när:

- patientansvarig läkare finns inom *specialistvården* och läkare inom öppenvården inte tagit över ansvaret
- patientansvarig läkare finns inom *psykiatrin*
- patienten/brukaren är föremål för *vård i livets slutskede*

Roll- och ansvarsfördelningen inom kommunen uppfattas *i huvudsak* som tydlig och ändamålsenlig. Av dokumentanalys framkommer att det har skapats geografiska samver-

kansområden inom och mellan äldreomsorgen och stöd och service i syfte att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för medborgarna.

Granskningen har även tagit del av de *områden* där det i nämndens ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete finns rutiner för samverkan inom kommunens egna verksamheter, d.v.s. med utgångspunkt i kommunens hälso- och sjukvårdsprocess:

- Vård och omsorgsplaneringen i äldreomsorgen
- Delegation inom hälso- och sjukvården
- Sårbehandling
- Vårdhygien
- Standardiserad vårdplan för vård i livets slutskede
- Medicinteknik och utrustning för rehabilitering och habilitering
- Förebyggande och rehabiliterande arbetssätt; aktivitets- och funktionsbedömningar i ordinärt boende efter samordnad vårdplanering.

Exempel på rutiner för extern och intern samverkan är:

- Lokala rutiner mellan Skellefteå kommun och hälsocentralerna i Skellefteå
- Checklista för äldre patient
- Instruktion för inskrivning och utskrivning hemsjukvård och hembesök
- Flödesschema vid inskrivning och tillfälliga hembesök från hälsocentralen till kommunens hemsjukvård
- Flödesschema vid utskrivning från kommunens hemsjukvård
- Rutin kontaktvägar (psykiatri) – beskrivning av kontaktvägar och form för kontakt
- Ansvarsfördelning fysioterapi i primärvård och gruppen äldre mellan Skellefteå kommun och landstingets hälsocentraler
- Instruktion för läkemedelshantering inom socialkontoret
- Intern checklista planeringsprocess äldreboende
- Intern rutin vid behov av sjuksköterska för hemsjukvårdspatient i ordinärt och särskilt boende
- Intern instruktion för medicindelegering samt samarbetsområden inom äldreomsorgens ordinära och särskilt boende, stöd och service.
- Intern rutin vid kostordination i äldreomsorg, stöd och service och personlig assistans (personer inskriva i hemvård)
- Intern rutin vid misstanke om missbruk av alkohol/andra beroendeframkallande medel eller föreskrivna läkemedel

Av intervjuer framkommer att det finns ytterligare rutiner med utgångspunkt i processen för socialt stöd och omsorg (SoL-processen).

Vår granskning av rutinerna visar följande:

- *Lokala rutiner mellan Skellefteå kommun och hälsocentralerna i Skellefteå* avser landstingets överlämnade och kommunernas övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Rutinen syftar till att tillförsäkra patienter en god och säker vård. I rutinen beskrivs kontaktvägar mellan läkare och kommunal hälso- och sjukvård, samt former för strukturerat samarbete mellan kommun och hälsocentral. Rutinen omfattar även:
 - Rutin för samarbete och kommunikation avseende personalbemanning
 - Rutiner för säker informationsöverföring. Vi noterar att tester pågår under 2016 samt ska utökas genom ”informationsöverföring via SIP-Prator”. Via SIP-Prator är informationsöverföringen tänkt att standardiseras, patientdata och spårbarhet säkras, samt att det säkras att insatsen utförs och att återkoppling sker. För närvarande används dock även en särskild blankett utöver IT-systemet Prator. I intervjuer framhålls svårigheterna med att säkerställa att SIP:ar upprättas och att de upprättas tillsammans med den enskilde, så länge som möjligheten finns att arbeta utanför Prator. Det framkommer även att det finns en målsättning om att vid utgången av år 2017 ska alla med behov ha en SIP upprättad, i Prator
 - Rutiner för övergripande samverkan och kommunikation mellan kommun och hälsocentral, d.v.s. mellan huvudmännens verksamhetschefer. Ett syfte med träffarna är formulerat; Information om verksamhetsförändringar, hantering av avvikelser och risker samt gemensamt förbättringsarbete. Av intervjuer framkommer att kommunens verksamhetschef enligt HSL har löpande träffar med verksamhetscheferna på hälsocentralerna i kommunen. Det framkommer dock att samverkan fungerar olika bra mellan kommunen och var och en av de elva hälsocentralerna
 - Rutin för handläggning av avvikelser; Reglerar hur avvikelser ska analyseras i samverkan, när det ska göras och vem som ska göra det
 - Rutiner för uppföljning.
- *Checklista för äldre patient* är framtagen i juni 2015 och beskriver ansvars- och arbetsfördelning för patienter som vid besök på akutmottagningen på Skellefteå lasarett inte bedöms vara i behov av specialiserad slutenvård, men i tillfälligt behov av hälso- och sjukvård eller kommunal omsorg i hemmet.
- *Instruktion för inskrivning och utskrivning* (hemsjukvård och hembesök) utgjorde ett styrande och stödjande dokument vid test av informationsöverföring via SIP-Prator mellan en hälsocentral och ett kommunalt hemvårdsteam, vintern 2015. Instruktionen reglerade ansvars- och arbetsfördelning mellan parterna.
- Tidigare nämnda *flödesscheman* är upprättade inom ramarna för höken per september 2016 och beskriver ansvars- och arbetsfördelning mellan kommunen och landstinget avseende användning av SIP-modulen i Prator.
- Av *rutin kontaktvägar* (psykiatri) framgår vilka delar av organisationen som kan initiera behov av SIP. Av intervjuer framkommer dock att det är oklart vilket ansvar kommunen har kring psykiatrin för gruppen multisjuka äldre.

SIP:arna⁹ ska utgöra verktyget för praktisk samverkan. Det är i SIP:arna roll- och ansvarsfördelningen på individnivå ska konkretiseras. SIP:arna ska även utgöra ett verktyg för kommunens och landstingets gemensamma kvalitetssäkring av insatser som riktar sig till multisjuka äldre. Av intervjuer framkommer att tillämpningen av befintliga rutiner för SIP varierar inom kommunen och mellan kommunen och landstinget. *Samtidigt betonas att individuella planer upprättas inom kommunen och mellan kommunen och landstinget, men att nuvarande SIP-rutiner inte är ändamålsenliga.* Kommunens och landstingets representanter betonar också vikten av att SIP:ar upprättas när behov föreligger. Inom ramarna för höken pågår ett arbete med att revidera rutinerna för SIP, vilket framgår av **avsnitt 2.3**.

Av intervjuer framkommer att det är vanligare att kommunen än landstinget initierar att en SIP ska upprättas. Under 2016 har Region Västerbotten dessutom avsatt resurser för att handleda hälsocentralerna i arbetet med SIP. I enskilda ärenden är det den inom kommunen eller landstinget som upprättat SIP:en som ansvarar för utvärdering/uppföljning av planen.

Av granskningen framkommer att det inte funnits ett särskilt genusperspektiv i framtagandet av samarbetsformerna.

2.2.2. Bedömning

Samverkan och samordning på operativ nivå bedöms *till övervägande del* bedrivs på avsett sätt. Bedömningen baseras på att samverkansområden och samarbetsrutiner är upprättade utifrån samverkansavtalet höken, och uppfattas *i huvudsak* efterlevas av kommunen och landstinget, samt att individuella planer upprättas.

Vi noterar att ett arbete pågår för att alla med behov ska ha en upprättad SIP i Prator vid utgången av år 2017.

Vi noterar också att det inte kan styrkas av granskningen hur genusperspektivet har beaktats i den praktiska samverkan.

2.3. Uppföljning

2.3.1. Kontrollmål och iakttagelser

2.3.1.1. Resultat och effekter – vård av multisjuka äldre

I socialnämndens uppdrag ingår att utöva rimlig kontroll över tilldelade ansvarsområden. Vår granskning av socialnämnden visar följande:

- I dagsläget görs ingen *specifik* uppföljning eller utvärdering av resultat och effekter av vården för multisjuka äldre på politisk nivå.
- I delårsrapport per april och augusti 2016 *informerades* socialnämnden om att:
 - Arbetet med *ingen på sjukhus i onödan* fortsätter genom dialog med landstinget. Fyra av fem brukare har skrivits ut inom 72 timmar (UK72) efter att de blivit utskrivningsklara.

⁹ Ska konkretisera aktiviteter, tydliggöra ansvar samt fastställa tidplaner. SIP:en ska bygga på den enskildes vårdplan.

- Vid revisorernas granskning av *kommunens övertagande av hemsjukvården (2015)* lyftes samordning mellan kommun och landsting som ett förbättringsområde. SIP är en del av den förbättring som identifierats. SIP ska upprättats, vid behov, där alla inblandade vårdgivare ska delta. Nämnden informeras om att en arbetsgrupp med kommun och landsting har satts samman i syfte att utarbeta rutiner för SIP, samt att dessa kommer att testas under hösten 2016.
- Nämnden *informerades* i mars 2016 om resultat av Inspektionen för vård och omsorg (IVO:s) tillsyn av samverkan och informationsöverföring mellan *ett* hemtjänstområde, hemsjukvården och *en* hälsocentral i Skellefteå. *Ärendet avslutades utan kritik*. Av tillsynen framgår att:
 - De tillsynade verksamheterna arbetar med samverkan (t.ex. via höken) och informationsöverföring enligt lag och föreskrift
 - Det vid intervjuerna med verksamheterna framkom att övergripande rutiner och policy finns för hur samverka ska ske mellan verksamhetsområdena. Man använder sig av IT-system där vårdgivarna pratar med varandra, lokala rutiner finns för kommunikationsvägar. Exempel på detta är ”Äldre direkt” där hemtjänstpersonal kan komma i kontakt med hälsocentralens ”Äldre-sjuksköterskor”
 - Rutin finns även för hur hemtjänstpersonal kan få kontakt med hemsjukvården, samt för gemensam uppföljning och riskbedömning
 - IVO konstaterar att det även finns andra dokumenterade rutiner för informationsöverföring mellan verksamheterna, bl.a. SIP-rutiner, samordnad vårdplanering, läkemedelsrutiner, gemensam journal för hemtjänst SoL och hemsjukvård HSL
 - Lokalt avtal för läkarmedverkan samt läkemedelsgenomgång och avvikelshantering finns
 - Inom ”Lärresan” och ”Trygg hemma projektet” sker samverkan mellan hemtjänst, hemsjukvård, hälsocentral och slutenvård
 - IVO bedömer även att de inspekterade verksamheterna arbetar med egenkontroll gällande samverkan och informationsöverföring enligt lag och föreskrift. Exempel på egenkontroll som genomförs är; avvikelshantering, läkemedelshantering, läkaravtal, sommaruppföljning, journalgranskning samt riskanalyser. Kommunen och hälsocentralen träffas med jämna mellanrum och går igenom vad som inte fungerar gällande samverkan och informationsöverföring, samt att gemensam händelse/riskanalys görs när behov finns
 - IVO bedömer att berörda parter har kännedom om individuell plan samt syftet med den och att rutiner för SIP finnas. IVO noterar att ett utvecklingsarbete gällande SIP pågår och riktar därmed inte någon kritik mot verksamheterna, även om de planer som granskades i tillsynen inte bedömdes uppfylla kraven i lag och föreskrift. Exempelvis framgick det inte om planen upprättats tillsammans med den enskilde. IVO anser att upprättande av individuella planer är ett förbättringsområde hos båda huvudmännen.
- Av granskningen framkommer att nämnden inte har nyttjat möjligheten att lämna synpunkter på tillsynen eller i övrigt fatta något direkt beslut utifrån informationen. Av granskningen framkommer också att vissa av IVO:s iakttagelser avser det enskilda hemtjänstområdet och hälsocentralen, medan andra iakttagelser är generella.
- Nämnden har i januari 2016 godkänt uppföljning av folkhälsopolitiska programmet 2015 och planering för 2016.
- Nämnden har i februari 2016 informerats om att kommunstyrelsen godkänt uppföljning av det folkhälsopolitiska programmet och planering 2016.

När det gäller uppföljning och utvärdering på *verksamhetsnivå* har följande noterats:

- I dagsläget görs ingen *specifik* uppföljning eller utvärdering av resultat och effekter av vården för multisjuka äldre på verksamhetsnivå.
- Äldreomsorgen följer målsättningarna i *verksamhetsplanen* genom den s.k. Fyrfältaren. Fyrfältaren uppfattas möjliggöra att viktiga nyckeltal följs löpande, vilket är en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Vi noterar att statistik i möjligaste mån är könsuppdelad.
- Äldreomsorgen använder "Webbkollen"¹⁰ för alla som fått hemtjänst för första gången samt alla hemsjukvårdspatienter. Av nämndens delårsrapport per augusti framgår att det är ett utvecklingsområde att många äldre inte känner sig delaktiga i planeringen av sin vård och omsorg. Denna bild stärks av intervjuer där det framkommer att fyra av fem tillfrågade (i Webbkollen) angett att de inte varit delaktiga i framtagandet av sin SIP.
- Uppföljning av individuella biståndsbeslut görs inom ramarna för IBIC.

2.3.1.2. Åtgärda avvikelser i samverkan

I socialnämndens uppdrag ingår att vid behov vidta rimliga åtgärder för att förbättra måluppfyllelsen.

Vår granskning visar följande:

- Efterlevnad av höken ska följas upp av den *politiska styrgruppen* per september 2017. *Styrgrupp äldre* på förvaltningsnivå ska regelbundet rapportera sitt arbete till den politiska styrgruppen under verksamhetsåret, avseende upprättade handlings- och aktivitetsplaner.
- Hur *styrgrupp äldre* och *arbetsgrupperna* hanterat avvikelser i samverkan ska redovisas till den *politiska styrgruppen* två gånger årligen. Utifrån resultatet av avvikelshanteringen beslutar den politiska styrgruppen om styrgrupp äldres uppdrag.
- Avvikelser i samverkan som inte kan lösas på lokal nivå (höken) ska lyfts till LSG¹¹. Av intervjuer framkommer kritik mot att LSG inte lämnar tydliga besked, vilket i sin tur uppfattas påverka nämndens möjligheter att agera på avvikelser i samverkan.
- Arbetsgrupperna under styrgrupp äldre har hösten 2016 lämnat en statusrapport avseende genomförandet av uppdrag och aktiviteter. Detaljeringsgraden i den statusrapport som granskningen haft tillgång till är varierande.
- SNAU är representerat i den politiska styrgruppen för höken. Av intervjuer framkommer att fyra gånger per år ska socialnämnden få information av SNAU om samverkan om inom ramarna för höken. Av protokollsgranskning framgår att socialnämnden fått information i frågor relaterade till höken fyra gånger under 2015, men *ingen* gång under 2016. Av granskningen kan det inte alltid styrkas vad inom ramarna för höken nämnden har fått specifik information om. Av intervjuer framkommer att nämnden inte fått information om avvikelser från samverkan inom området multisjuka äldre under året. Det framkommer också att informationsöverföringen till nämnden är ett känt problemområde.
- Det kan *inte* styrkas i vilken utsträckning socialnämnden agerat i syfte att åtgärda brister vid eventuella avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska.

¹⁰ Ett utvecklingsprojekt som drivs av Sveriges kommuner och landsting. Webbkollen är ett verktyg som används för att ta reda på den äldres uppfattning av vården.

¹¹ Länssamordningsgruppen

2.3.2. *Bedömning*

Vi noterar att det på verksamhetsnivå pågår ett arbete för att på ett systematiskt sätt kunna följa upp och utvärdera resultat och effekter av äldreomsorgens insatser. Vi noterar dock att det i dagsläget inte görs någon specifik uppföljning eller utvärdering av vården för multisjuka äldre på verksamhetsnivå eller politisk nivå. Vi noterar att genusperspektivet beaktas i den meningen att statistik i möjligaste mån redovisas könsuppdelat.

Socialnämnden bedöms *inte i tillräcklig grad* följt upp och utvärderat resultat och effekter av vården för multisjuka äldre. Bedömningen baseras på att det i nämndens uppföljning saknas en sammantagen bild av hur vården för multisjuka äldre fungerar.

I vilken utsträckning socialnämnden agerat i syfte att åtgärda brister i händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, kan inte styrkas av granskningen.

Här bör noteras att socialnämnden med stöd av ett infört kvalitetsledningssystem (se revisorernas granskning av *socialnämndens kvalitetsledningssystem, 2012*), har etablerat en gynnsam förutsättning för att säkerställa att verksamheten lever upp till de kvalitetskrav som följer av lag och föreskrift.

3. Avslutning

3.1. Sammanfattande revisionell bedömning

Kontrollmål	Bedömning
Har nämnden säkerställt att samverkan och samordning mellan kommunen och landstinget för vård av multisjuka äldre - på strategisk nivå - sker på avsett sätt?	<i>Till övervägande del</i>
Har nämnden säkerställt att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta vårdbehovet hos multisjuka äldre?	<i>I begränsad utsträckning.</i> Verksamheten bedöms dock till övervägande del säkerställt att det finns rätt och tillräcklig kompetens för att möta behovet hos multisjuka äldre
Bedrivs samverkan och samordning - på operativ nivå - i praktiken på avsett sätt?	<i>Till övervägande del</i>
Har nämnden i tillräcklig grad följt upp och utvärderat resultat och effekter för vård av multisjuka äldre?	<i>Inte i tillräcklig grad</i>
I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, har nämnden agerat i syfte att åtgärda bristerna?	<i>Kan inte styrkas av granskningen</i>

Vår sammanfattande revisionella bedömning är att socialnämnden **till övervägande del** säkerställt att det finns en ändamålsenlig samverkan mellan kommunen och landstinget i vården av multisjuka äldre.

3.2. Rekommendationer

För att utveckla verksamheten lämnas följande rekommendationer:

- Socialnämnden säkerställer att genusperspektivet beaktas i styrningen av samverkan
- Socialnämnden följer upp och utvärderar resultat och effekter av vården för multisjuka äldre
- Socialnämnden säkerställer att resultat och effekter av vården för multisjuka äldre återförs till respektive huvudman.

Bilaga 1 – Länsdokument

”Bättre liv för sjuka äldre” i Västerbotten – Handlingsplan 2014-2020” är en del av Västerbottens Äldreplan 2014-2020. Äldreplanen är antagen av AC konsensus i juni 2014.

I länsdokumentet redogörs för:

- nationella satsningen kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre
- definitionen av ”de mest sjuka äldre”
- resursanvändning, d.v.s. vad statsbidragen har använts till i Västerbotten
- strukturen för utvecklingsarbete för sjuka i äldre i Västerbotten; FOU Välfärd, ledningskraftsteam, Memeologen – landstingets utvecklingsenhet m.m.
- den tänkta fortsatta utvecklingen efter år 2014.

Handlingsplanen innehåller en beskrivning av Västerbottens modell för ledningssamverkan mellan kommunerna och landstinget; regional nivå (AC konsensus, länssamordningsgruppen (LSG), länsgrupp Barn och Unga), samt lokal nivå (lokal samverkan tjänstemän, lokal politisk samverkan). Här noteras att på kommunnivå skiljer sig samverkansformerna med landstinget åt beroende på lokala förutsättningar.

Handlingsplanen innehåller även en beskrivning av målbild och målområden:

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

Till varje målområde finns en analys/angelägna förbättringsområden samt mål för år 2020 formulerade.

Formerna för uppföljning av Äldreplanen är dokumenterad. En återkommande regional uppföljning av vad huvudmännen har gjort med anledning av Äldreplanen ska göras. LSG ansvarar för att detta genomförs. Resultatredovisning ska ske till AC konsensus samt direkt till kommunerna och landstinget i syfte att sprida goda exempel.

Bilaga 2 – Styrgrupper och arbetsgrupper Höken år 2016

	Ordförande	Vice ordförande	Sekreterare
Politisk styrgrupp	Kenneth Fahlesson	Karin Lundström	Malin Stare

	Ordförande	Vice ordförande	Sekreterare
Styrgrupp Barn och unga vuxna	Jan Söderström	Christina Viderlund	Malin Stare
<u>Arbetsgrupper:</u>			
Hälsofrämjande och förebyggande insatser	Christina Viderlund		
Tidig upptäckt och insatser, psykisk ohälsa	Carina Mörk Lidgren	Erik Burstrand	
Ungdomshälsan	Lokal ledningsgrp.		

	Ordförande	Vice ordförande	Sekreterare
Styrgrupp Vuxen	Lena Pettersson	Per Åhdén	Elenor Granström
<u>Arbetsgrupper:</u>			
Socialpsykiatri/neuropsykiatri	Håkan Viklund		
Funktionsnedsättning	Karin Åberg		
Missbruksrådet	Kent Jacobson	Håkan Viklund	
Våldsutsatthet	Åsa Lööv Wesslund	Håkan Viklund	
Suicidprevention (ska arbeta mot samtliga styrgrupper inom HÖK)	Åsa Lööv Wesslund Ann-Britt Olsson	Håkan Viklund	

	Ordförande	Vice ordförande	Sekreterare
Styrgrupp Äldre	Ejja Häman Aktell	Ingela Lundmark	Elenor Granström
<u>Arbetsgrupper:</u>			
Gemensamma processer	Maria Lingehall		
SIP	Elenor Granström		
Fallprevention	Kristina Nordmark		
UK72	Ejja Häman Aktell		
Strategi för framtidens SSK utbildning	Maria Lingehall		
Chefsgrupp vid gränsdragningsproblematik	Elenor Granström (sammankallande)		