

Revisionsrapport

Samverkan/samarbete i vård- och omvårdnadsinsatser mellan huvudmän

Margaretha K Larsson

My Nyström

Nov 15 – feb 16

Revisionskollegier inom
Gävleborgs län

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Revisionsfråga och kontrollmål.....	4
1.2.1. Kontrollmål.....	4
1.3. Metod och avgränsning	5
2. Nationellt lagrum och riktlinjer	7
2.1. Betalningsansvar	7
2.1.1. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård ..	7
2.1.2. Utredning om ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	8
2.2. Planeringsprocessen vid in- och utskrivning	8
3. Granskningsresultat	10
3.1. Ansvarsförhållanden och beslutsbefogenheter	10
3.2. Vårdkedjeprocessen	12
3.2.1. Organisation/verksamhet i vårdprocessen.....	13
3.2.2. Vårdplanering.....	13
3.2.3. Informationsöverföring	17
3.3. Läkarresurser	19
3.4. Bostadsanpassning	20
3.4.1. Övergripande	20
3.4.2. Rutiner för bostadsanpassning.....	21
3.5. Samverkan – goda exempel.....	22
Bilagor	
Tågordning och roller för Bostadsanpassningsbidrag	24
SKL;s arbete inom äldreområdet, samverkan mellan huvudmän. (Bilder seminarium SKL, Helena Henningsson).....	25

Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Gävleborg, Bollnäs, Gävle, Ockelbo och Söderhamns kommuner har PwC genomfört en granskning av samverkan och samarbete i vård- och omvårdnadsinsatser mellan huvudmän. Den övergripande revisionsfrågan var om Hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive kommuns omvårdnadsnämnd säkerställt att de samlade resurserna används optimalt?

Vår sammanfattande bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive kommuns omvårdnadsnämnd i allt väsentligt verkar för att säkerställa en ändamålsenlig samverkan och att de samlade resurserna används optimalt. Vi ser dock en risk med att de upprättade rutinerna inte följs till fullo, framförallt när det gäller vårdplanering.

Som grund för den övergripande bedömningen finns granskningens kontrollmål.

Kontrollmål	Kommentar
Det finns tydliga beslutsbefogenheter i organisationen.	Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt genom att det finns övergripande avtal, rutiner och delegationsordningar som tydliggör ansvarsfördelning mellan huvudmän i respektive organisation som i allt väsentligt stödjer och reglerar processerna i vårdkedjan.
Särskilda boenden får tillgång till läkarresurs i den omfattning som avtalats.	Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt då läkarmedverkan i särskilt boende i allt väsentligt följer upprättade avtal och överenskommelser.
Hemsjukvården får tillgång till avtalad läkarresurs/specialistkompetens.	Vi bedömer att kontrollmålet är uppfyllt då vi erfar att läkarmedverkan i kommunernas hemsjukvård i allt väsentligt följer upprättade avtal och överenskommelser. Vi erfar dock att problem med kontinuitet och kompetensöverföring kan uppstå på grund av primärvårdens förutsättningar avseende läkarbemanning.
Hembesök genomförs av läkare/distriktssköterska till personer i eget boende.	Vår bedömning är att kontrollmålet delvis är uppfyllt då avtal om läkarmedverkan finns och att dessa följs i hög grad. Dock kan exempelvis hälsocentralens läkartillgång påverka möjligheten att fullfölja avtalet om läkarmedverkan. Distriktssköterskorna inom primärvården utför hembesök i den omfattning uppdraget kräver inom ramen för hemsjukvårdsavtalet.
Vårdplanering genomförs utifrån rutin.	Vår bedömning är att kontrollmålet delvis är uppfyllt . Vår bedömning är att följsamheten till fastställda rutiner, riktlinjer och överenskommelser inte är optimal. Bl.a. används inte videolänk i den omfattning som tänkt, samt att det i stor utsträckning saknas rehabiliteringspersonal och medverkan från primärvården vid vårdplaneringarna trots att de kallats.

Kommunerna har en organisation för att planera insatser inför utskrivning från sjukhus. Vi bedömer att kontrollmålet är **uppfyllt**. Gemensamt för samtliga kommuner är att de på olika sätt rustat för att möta det ökade trycket av utskrivningsklara personer. "Trygg Hemgång" är ett arbetssätt som anammats av allt fler kommuner i hela landet liksom inom region Gävleborg och de granskade kommunerna. Inom Regionen finns ansvariga för vårdplanering inom slutenvården, via vårdkoordinatorer och patientansvariga sjuksköterskor på vårdavdelningarna.

Hemtagning sker i rimlig tid. Flaskhalsar? Vår bedömning är att kontrollmålet **delvis är uppfyllt**. Överlag har region Gävleborg korta vårdtider och få dagar som kommunerna betalar för utskrivningsklara patienter som är kvar inom slutenvården på grund av att kommunen inte har möjligheter att ge vård och omsorg på rätt nivå vid utskrivnings-tillfället. Huruvida detta är att bedöma som hemgång i rimlig tid blir motsägelsefullt då regionen har hög andel återinskrivning till slutenvård inom 30 dagar. Möjliga "flaskhalsar" som kan påverka utskrivning och hemgång är bristande vårdplanering. Enligt våra iakttagelser och vår bedömning påverkas utskrivningsprocessen av att vårdplanering inte alltid genomförs utifrån rutin. En annan påverkansfaktor är att ingen planering sker på helger vilket kan ge problem exempelvis vid storhelger med många helgdagar i följd och där kommunerna inte har resurser i tjänst. Även bostadsanpassningen och dess handläggningsprocess kan påverka utskrivningsprocessen vilket är ett aktuellt problem i Gävle kommun.

Fungerande rutiner för bostadsanpassning finns. När det gäller Bollnäs och Söderhamns kommuner är vår bedömning att kontrollmålet **är uppfyllt** då rutiner och arbetssätt kring bostadsanpassning i överlag är tillfredsställande. Handläggningstiden i Gävle är och har varit lång och enligt vår bedömning är detta inte tillfredsställande varför vår bedömning är att kontrollmålet **delvis uppfyllts**. Vi ser positivt på att detta är ett prioriterat område. Enligt vår bedömning är kontrollmålet för Ockelbo kommun **inte uppfyllt**. I Ockelbo finns praxis kring hantering av ärenden rörande bostadsanpassning dock inte i enlighet med aktuell lagstiftning och Boverkets handbok vilket enligt vår bedömning inte är tillfredsställande.

Sammantaget har vi i granskningen funnit att samverkan överlag fungerar bra och att det finns en vilja i att det ska fungera. Det är dock två kulturer som i detta arbete ska mötas och det kräver kunskap och förståelse för varandra. De brister en del av

de intervjuade lyfter handlar i stort om informationsöverföring kopplat till skilda journalsystem samt läkemedel och läkemedelslistor.

Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat och våra iakttagelser vill vi lämna följande rekommendationer:

Respektive vårdgivare och ansvarig nämnd behöver

- Säkerställa att ansvarsfördelning och beslutade rutiner är kända och tillämpas i organisationen.
- Säkerställa den praktiska följsamheten till avtal och fastställda rutiner.
 - Avtalsefterlevnad och följsamhet till aktuella rutiner behöver följas upp löpande och kan enligt vår uppfattning vara en del av ansvarig nämnds internkontroll.
- Informationsöverföringen mellan vårdnivåer behöver säkerställas.
- Löpande följa upp rutiner, volymer och handläggningstider avseende bostadsanpassning.

Utöver de generella rekommendationer vi lämnar har vi följande rekommendation till:

Ockelbo kommun

- Se över och åtgärda kommunens process och rutiner för bostadsanpassning i förhållande till aktuell lagstiftning och Boverkets handbok.

Gävle kommun

- Följa effekten avseende de åtgärder som vidtagits för att minska handläggningstiden genom löpande uppföljning av volymer och handläggningstider avseende bostadsanpassning.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Samverkan/samarbete mellan huvudmän är väsentligt för en effektiv vårdprocess. Regionen och kommunerna möter ofta samma personer/patienter i primärvård, hemsjukvård, sjukhusvård, särskilda boenden och hemtjänst.

Regionen har ett ansvar för slutenvården och läkarinsatser i särskilda boenden och hemsjukvård. Övriga insatser tillgodoses av kommunen. Många personer får stöd av hemtjänst/hemsjukvård för att klara av att bo hemma så långt som möjligt. Hälsocentralerna har en viktig roll för de patienter som inte omfattas av hemsjukvård eller andra stödinsatser.

Det förekommer att personer som vårdats på sjukhus blir kvar på sjukhuset trots att behandlingen är avslutad. Vid länets sjukhus vårdas i genomsnitt 25-30 utskrivningsklara patienter per dygn. Kommunerna övertar efter en tid betalningsansvaret för dessa patienter. Det kan bli betydande kostnader.

Kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård regleras i lagstiftning. Betalningsansvaret inträder fem vardagar (lördagar och vissa helgdagar oräknade) efter det att landstinget meddelat kommunen att patienten är utskrivningsklar. I lagen regleras även aktiviteter under vårdtiden ex inskrivningsmeddelanden, framtagande av vårdplaner och utskrivningsmeddelande. En central utredning diskuterar nu om tiden skall minskas till tre dagar.

Det är således viktigt att regionen planerar för en utskrivning i tid, kallar till vårdplanering. Båda huvudmännen måste använda sig av gemensamma informationsöverföringssystem i kommunikationen. Kommunen och Regionen måste vara flexibla i sitt arbetssätt för att snabbt kunna ordna servicen hemma då patienten blir utskriven.

En fungerande samverkan möjliggör för personer med vård- och omvårdnadsbehov att så långt möjligt kunna få sin vård där denne bor utan att behöva förflyttningar mellan huvudmän.

1.2. Revisionsfråga och kontrollmål

Granskningen syftar till att besvara den övergripande revisionsfrågan:

Har hälso- och sjukvårdsnämnden och respektive kommuns omvårdnadsnämnd säkerställt att de samlade resurserna används optimalt?

1.2.1. Kontrollmål

För att besvara den övergripande revisionsfrågan används följande kontrollmål:

- Får särskilda boenden tillgång till läkarresurs i den omfattning som avtalats?

- Får hemsjukvården tillgång till avtalad läkarresurs/ specialistkompetens?
- Genomförs hembesök av läkare/distriktssköterska till personer i eget boende?
- Genomförs vårdplanering utifrån rutin?
- Vilken organisation har kommunerna för att planera insatser inför utskrivning från sjukhus?
- Vad beror det på om hemtagning inte kan ske i rimlig tid? Flaskhalsar?
- Fungerande rutiner för bostadsanpassning?
- Finns det tydliga beslutsbefogenheter i organisationen?

I granskningen skall belysas goda exempel på samverkan inom länets kommuner men även nationella erfarenheter?

1.3. Metod och avgränsning

Granskningen inleddes med att ansvariga tjänstemän på region och divisionsnivå och i kommunerna informerades via mail eller telefon om uppdraget och granskningens omfattning.

Granskningen har genomförts genom studier av relevant dokumentation såsom avtal, dokumentation, rutiner, överenskommelser, etc. Exempel på dokument som har ingått i granskningen:

- Avtal hemsjukvård, mellan kommunerna och Landstinget i Gävleborg, 2013-01-03
- Länsgemensam rutin för fast vårdkontakt, 2012-10-17 (giltig till 2015-10-17)
- Direktinläggning av multisjuka äldre på Geriatrikavdelning 11, 2012-03-30 (giltig till 2014-03-30)
- Egenvård - Landstinget och Kommunerna. Länsgemensam rutin, hälso- och sjukvård, 2014-04-22 (giltig till 2016-04-22)
- Presentation. Gränsdragningsgruppen – Ett uppdrag från Länsledning välfärd.
- Samordnad individuell plan – Rutin, 2012-05-02 (giltig till 2016-05-02)
- Samordnad individuell plan – Vägledning, 2014-04-12 (giltig till 2016-04-12)
- SKL Cirkulär 12:2
- Lag 1990:1404 om kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
- Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.
- SOSFS 2005:27, Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård
- SOU 2015:20, Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård
- Samt lokala rutiner och riktlinjer för respektive kommun som omfattats av genomförd granskning

Intervjuer har genomförts med läkare och chef på respektive vårdcentral som ingått i granskningen. Inom slutenvården på Gävle och Bollnäs sjukhus har ansvariga för vårdplanering intervjuats. Utöver de verksamhetsnära intervjuerna har tjänstemän med stabsfunktioner inom region Gävleborg intervjuats. Intervjuer har således genomförts med företrädare och verksamhetsrepresentanter för hälso- och sjukvårdens institutionsvård och primärvård samt med representanter från de fyra

kommunerna i form av ansvariga för olika delar av omsorgen. Följande funktioner har intervjuats:

- Förvaltningschef
- Verksamhetschefer inom kommun och primärvård
- Enhetschefer hemtjänst och särskilt boende
- Ansvariga för hemsjukvård
- Representanter för omvårdnadsförvaltningarna
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS,
- Medicinskt ansvarig för rehabilitering MAR
- Socialt ansvarig socionom, SAS
- Läkare primärvård
- Vårdplaneringsansvariga, Vårdkoordinator, Patientansvarig sjuksköterska
- Verksamhetsutvecklare inom Region Gävleborg
- Handläggare bostadsanpassning

Totalt har cirka 40 personer intervjuats och granskningens iakttagelser har stämts av med ansvariga chefer på övergripande nivå inom respektive organisation.

Granskningen avgränsas till att omfatta åtta särskilda boenden och sex hemtjänstområden med tillhörande hemsjukvårdsområden i respektive kommun. Utifrån urvalet ovan har granskningen inom Region Gävleborg avgränsats till hälsocentraler inom respektive område samt vårdavdelningar på Gävle och Bollnäs sjukhus.

Som en del i granskningen avseende vårdprocessen på individuell nivå har vi tagit del av två personers hälso- och sjukvårdsjournal samt social dokumentation per kommunal enhet som ingått i granskningen. Detta material utgör ett arbetsmaterial och redovisas inte specifikt i rapporten.

Resultatet av rapporten presenteras i en skriftlig rapport till uppdragsgivarna. Därutöver har det skett en muntlig avrapportering till uppdragsgivarna i samband med ett seminarium i januari 2016.

Den skriftliga rapporten inleds med ett kapitel som har för avsikt att tydliggöra ansvarsförhållandet mellan huvudmännen, vilket baseras på aktuell lagtext.

Rapporten har faktaavstämts med ansvariga chefer samt de som i granskningen intervjuats under perioden 2016-02-27 – 2016-03-05

2. Nationellt lagrum och riktlinjer

I detta inledande avsnitt beskrivs några av de lagtexter och nationella riktlinjer som reglerar ansvarsförhållandet mellan landsting och kommuner.

2.1. Betalningsansvar

2.1.1. Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

Betalningsansvarslagen infördes som en del av Äldreformen på 1990-talet, syftet var att minska antalet personer som blev kvar i den somatiska akutsjukvården, trots att de inte längre behövde sjukhusets specialistkompetens (SKL Cirkulär, 12:2). En kommun har betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är *utskrivningsklara* och för vilka en *vårdplan är upprättad*.¹ En patient bedöms vara utskrivningsklar då den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre behöver vård vid enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård.

Lagen är till viss del dispositiv. För både tidpunkt och belopp för betalningsansvar kan lokala avtal träffas mellan landsting och kommun. Om inget annat överenskommit inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. Om patienten vistas i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret *tidigast fem vardagar*, (lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade), efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.

Ersättningsbeloppet för betalningsansvaret, om inget annat avtalats, fastställs varje år av regeringen och utgår från genomsnittet i riket för den omvårdnad patienten får på enheten.

Vid vissa situationer gäller inte kommunens betalningsansvar, dessa är för somatisk och geriatrisk vård:

- Om de insatser som landstinget ska ansvara för enligt vårdplanen inte kan utföras
- Om behandlande läkare inom landstingets slutna hälso- och sjukvård inte ser till att en vårdplan upprättas
- Om patienten förhindrar eller inte vill ha någon vårdplanering
- Om patienten inte ansöker om kommunala insatser
- Om patienten beviljats insatser av kommunen men är missnöjd med dessa och väljer att tacka nej eller att vänta på ett annat alternativ, t.ex. ett annat boende

¹ Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

2.1.2. Utredning om ny lag om samverkan vid utskrivning från slutenvården

Under 2015 har en utredning av betalningsansvarslagen genomförts och ett betänkande är lämnat (SOU 2015:20). Vissa problem med nuvarande lagstiftning har identifierats, bland annat de långa väntetider som finns för utskrivningsklara patienter, i snitt fyra dagar. Vården till utskrivningsklara patienter bedöms som en bidragande orsak till problematiken med överbeläggningar. Vidare förutsätter det kommunala betalningsansvaret att en vårdplanering sker *innan* utskrivning, vilket inte längre bedöms adekvat med de strukturella förändringar som skett sedan 1990.

Det finns idag färre vårdplatser och vårdtiderna är kortare, vilket innebär att mer hälso- och sjukvård bedrivs utanför sjukhusen samt att planeringstiden för mottagande enhet är kortare idag. Bland annat med bakgrund i detta har en ny lag föreslagits. Syftet med den nya lagen är att utskrivningsklara patienter så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården och möjliggöra för vårdplanering i efterhand. Detta ställer exempelvis krav på en förändrad planeringsprocess och att vårdplan i nuvarande form slopas till förmån för att den redan befintliga samordnade individuella planeringen (SIP) används i planeringsarbetet. Vidare ska patienten tilldelas en fast vårdkontakt, vilken enligt utredningen ska ansvara för att kalla berörda enheter till SIP.

2.2. Planeringsprocessen vid in- och utskrivning

Rutiner för vårdplanering och överföring av patientinformation ska utarbetas gemensamt mellan landsting och kommuner. Dessa rutiner ska vara dokumenterade och enhetliga inom ett län/en region (SOSFS 2005:27).

1. vilka som är ansvariga för att sända respektive ta emot in- och utskrivningsmeddelanden
2. vilka som skall kallas till vårdplaneringen
3. hur den behandlande läkaren skall kalla till vårdplaneringen
4. hur den behandlande läkaren skall få besked om att kallelsen tillvårdplaneringen har mottagits, och
5. vilka som har utsetts till att justera vårdplanen och hur den skall justeras

Inskrivning

När en patient blir inskriven i slutenvården ska den behandlande läkaren skicka ett inskrivningsmeddelande till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården om bedömning görs att patienten efter utskrivning kan komma att bedöva dess tjänster, Lag (1990:1404). Meddelandet ska informera om inskrivningen och att en samordnad vårdplanering kan bli aktuell och ska sändas till de enheter som bedöms bli aktuella efter utskrivning.

Ett inskrivningsmeddelande ska inte översändas slentrianmässigt för t.ex. alla över en viss ålder. Information behöver endast lämnas om de patienter där bedömningen är att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva kommunens

socialtjänst eller hälso- och sjukvård eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård.²

Vårdplanering

Om patienten bedöms komma att behöva insatser från ex. socialtjänsten, kommunens hälso- och sjukvård eller primärvården efter utskrivning ska en vårdplan upprättas. Vid dessa fall ska även den behandlande läkaren kalla till en vårdplanering, Lag (1990:1404). Vårdplanering är en samordnad planering av de insatser som kan bli aktuella efter utskrivning från slutenvård och ska utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter samt den behandlande läkaren. Vårdplanering ska påbörjas senast dagen efter att kallelsen mottagits³. Det ställs inga krav på att samtliga berörda måste vara fysiskt närvarande vid vårdplanering.

En vårdplan ska innehålla:

- Uppgifter om det bedömda behovet av insatser
- Vilken enhet som ansvarar för respektive insats

I förekommande fall ska vårdplanen innehålla uppgifter om:

- medicinska åtgärder och andra behandlingar
- aktuella läkemedelsförskrivningar,
- tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar
- allmän och specifik omvårdnad,
- omsorg, stöd och service, och
- rehabilitering och habilitering.

Av vårdplanen skall det även framgå:

- namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen
- vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd
- namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten
- om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte
- om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte
- målsättningen med insatserna samt hur och när dessa skall följas upp

Utskrivning

Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården skall den behandlande läkaren underrätta ansvariga enheter genom ett utskrivningsmeddelande, Lag (2003:193). Vidare ska information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst överföras från den slutna vården till berörda enheter i öppenvård och socialtjänst. Detta ska ske senast samma dag som patienten skrivs ut (SOSFS 2005:27).

² Sveriges kommuner och Landsting, Cirkulär 12:2

³ Det är även denna kallelse som avgör när kommunens betalningsansvar börjar gälla, vilket ställer höga krav på tillförlitlig dokumentation.

3. Granskningsresultat

3.1. Ansvarsförhållanden och beslutsbefogenheter

I kommunernas delegationsordningar finns ansvarshållandena reglerat vad gäller myndighetsutövning kring biståndsbeslut i enlighet med socialtjänstlagen och respektive kommuns organisation. Insatser och beslut kring hälso- och sjukvård finns reglerat både i lagstiftning och i lokala styrdokument såsom delegationsordning.

Rutiner och riktlinjer finns upprättade för olika områden. Exempelvis finns en rutin från 2012 som beskriver *Direktinläggning av multisjuka äldre på Geriatrikavdelning 11*, vilken riktar sig till hälsocentraler. Roller, ansvar och flöde vid inläggning beskrivs. I mån av plats kan familjeläkare på hälsocentralerna skriva remiss på direktinläggning för målgruppen, vilken ska godkännas av geriatrikläkare på avdelningen. Syftet är att målgruppen inte ska behöva passera akuten. Enligt uppgift vi tagit del av i intervjuerna används denna möjlighet till direktinläggning vanligen till personer boende inom Gävle kommun och som är anslutna till någon hälsocentral där.

Vidare finns en läns gemensam rutin för att utse *Fast vårdkontakt*, vars syfte bland annat är att beskriva ansvar och roller för att utse fast vårdkontakt för samordning av vårdens insatser för enskilda patienter. Andra läns gemensamma rutiner är *Egenvård - Landstinget och Kommunerna - Läns gemensam rutin, hälso- och sjukvård*, vilken tydliggör roller och ansvar kring egenvården samt de krav som ställs på hälso- och sjukvården vid egenvårdsbedömningar.

Från 1 februari 2013 övergick ansvaret för hemsjukvården⁴ från landstinget till kommunerna. I och med detta slöts ett avtal⁵ mellan parterna som reglerar ansvarsförhållandet. Övertagandet omfattade hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå, rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende. Tidigare hade tre parter, slutenvård, primärvård och kommun uppdrag och ansvar att verka i vårdprocessen. Efter hemsjukvårdsreformen har ytterligare en part tillkommit, kommunal hemsjukvård. Enligt avtalet innebär övertagandet inga förändringar av respektive huvudmans åtagande enligt betalningsansvarslagen (som beskrivits ovan).

Avtalet reglerar vissa kriterier som behöver uppfyllas för att kommunen ska överta ansvaret för hälso- och sjukvård:

- Insatserna ska räknas som hälso- och sjukvård
- Insatserna ges under minst två veckor
- Patienten är över 18 år
- Patienten kan inte ta sig till hälsocentralen

⁴ Hälso- och sjukvårdsinsatser enligt med HSL 1982:763 §§ 18 och 18b

⁵ Avtal hemsjukvård mellan kommunerna och Landstinget Gävleborg, 2013-01-03

- Vård- och omsorgsplanering⁶ ska upprättas före insättande av insatser

Kommunernas ansvar: hemsjukvårdsinsatser på primärvårdsnivå som utförs av distriktssköterskor, sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster dygnet runt. Vidare finns ansvar för så väl planerade som oplanerade hembesök.

Landstingets ansvar: den medicinska bedömningen och läkarinsatser inom hemsjukvård samt alla mottagningsbesök i öppenvård. Landstinget ansvarar även för hembesök hos patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

Avseende hjälpmedel ansvarar kommunerna för att tillgodose hjälpmedel för det dagliga livet och landstinget för avancerade hjälpmedel.

Trots att hemsjukvårdens ansvar och gränsdragningen mellan huvudmän finns tydligt beskriven i avtal mellan huvudmännen upplevs gränsdragning och ansvarsfördelning inte helt problemfri. Allmänt hos intervjuade kommunrepresentanter finns en upplevelse att kommunerna får stå emot för att inte få ett större ansvar än vad som avses i enlighet med gällande avtal och att patienterna i hemsjukvården ökar. Det finns därmed en viss diskrepans i huvudmännens tolkningar av avtalet.

Nuvarande avtal kring hemsjukvården är giltigt till juni 2016. Revidering pågår och de intervjuade ser inte att det behöver bli några större förändringar, mer förtydliganden av de oklarheter som identifierats. Avtalet upplevs i stort bra av de intervjuade, däremot upplevs skatteväxlingen delvis problematisk genom att antalet hemsjukvårdspatienter beskrivs ha ökat sedan växlingen.

Länsledning Valfärd har uppdragit till Gränsdragningsgruppen att verka för att reda i ansvarsfrågorna. Uppdraget handlar om flera delar, bl.a. vägledning i frågeställningar kring ansvar och att ge rekommendationer till respektive huvudman kring hantering av specifika ärenden samt att utveckla rutiner.

Områden som enligt kommunerna inte fungerar fullt ut är ansvaret kring läkemedel och hjälpmedel. Det upplevs vanligt att det förekommer diskussioner om betalningsansvar för vissa hjälpmedel.

Även när det gäller läkemedelsansvar ses brister. När patienten blir utskriven från slutenvården är det vanligt att nya läkemedel satts in på sjukhuset utan att någon övergripande läkemedelsgenomgång gjorts. En vanlig konsekvens av detta blir att läkemedelslistorna inte uppdateras.

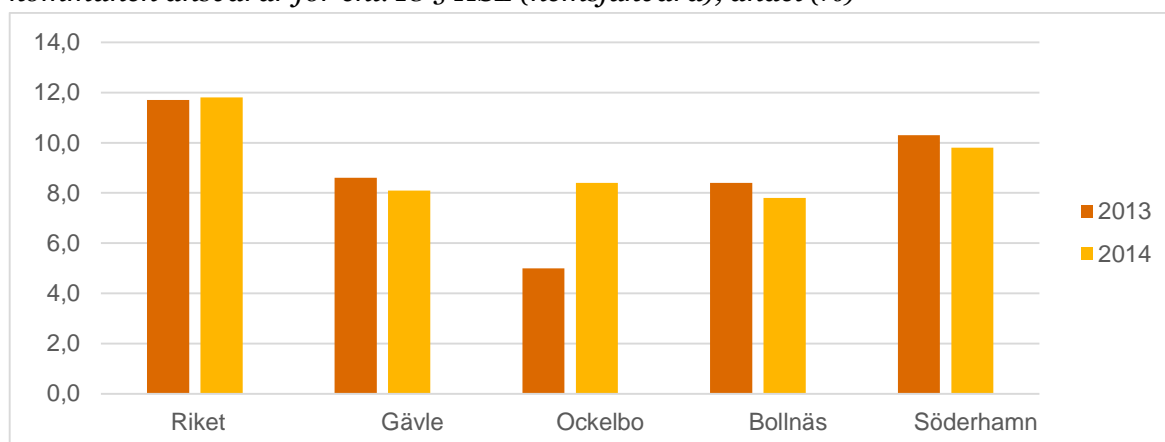
Hemsjukvårdens utveckling.

I tabellen nedan visas utvecklingen av hemsjukvården genom den andel invånare som varit mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för. Då statistik saknas för 2015 visas förändringen mellan 2013 och 2014. Det som kan konstateras är att samtliga granskade kommuner har en lägre andel hemsjukvård än genomsnittet för riket. Ockelbo ökade andelen hemsjukvård mellan åren med ca

⁶ Vårdplanering

3 %, medan övriga kommuner hade en mindre andel invånare som var mottagare av hemsjukvård 2014 mot 2013.

Diagram 1, Invånare 65+ som varit mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enl. 18 § HSL (hemsjukvård), andel (%)



Källa: Kolada

Bedömning ansvarsförhållanden och beslutsbefogenheter

Vår bedömning är att det teoretiskt finns en tydlighet i ansvarsfördelningen inom ramen för befintliga avtal och aktuella rutiner. Det finns gemensamt upprättade riktlinjer och rutiner för flera områden vilka reglerar ansvarsförhållandet samt har som syfte att tydliggöra rollfördelningen både på mer övergripande nivå och för individärenden. Det framgår trots detta som att oklarheter uppstår, framförallt kring enskilda ärenden.

För att minska risken för olika tolkningar av roller och ansvar finns det behov av att stödet kring enskilda ärenden utvecklas och att rutinerna tydliggörs och förankras inom samtliga verksamheter. Vi ser det positivt att det finns ett kontinuerligt arbete med att finna arbetsformer samt diskutera ansvar och gränsdragning.

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

Det finns ett behov av att säkerställa den praktiska följsamheten till avtal och fastställda rutiner.

3.2. Vårdkedjeprocessen

Som beskrivits ovan i avsnitt 2.1 gäller att för att ett kommunalt betalningsansvar ska föreligga krävs att behandlande läkare bedömer att patienten är medicinskt utskrivningsklar från den slutna vården, samt att en vårsplanering genomförs. Vårdplaneringen ska resultera framtagandet av en upprättad justerad vårdplan mellan slutenvården och berörda mottagande vårdgivare för patientens fortsatta vård och omsorg.

För patienter i somatisk akutsjukvård eller i den geriatriska vården inträder kommunens betalningsansvar tidigast fem vardagar efter att kommunen mottagit

kallelsen till vårdplanering, om inget annat avtalats. Det förutsätts att patienten skrivs ut från slutenvården så snart han/hon är utskrivningsklar utan att tidpunkten för betalningsansvar inväntas.⁷ Resursbrist får inte vara en anledning till att huvudmännen inte tar sin del av ansvar gällande vård, omsorg och stöd för patienten.

3.2.1. Organisation/verksamhet i vårdprocessen

Kommunerna har i regel en traditionell organisation kring planering och förberedande arbete i vårdkedjan när det gäller utskrivning från slutenvården. Denna utgår i första hand från socialtjänstlagen. Kommunernas biståndshandläggare med sitt ansvar för myndighetsutövning utreder och beviljar den enskilde olika insatser utifrån aktuellt behov.

När det gäller hälso- och sjukvårdsfrågorna är det i första hand primärvårdens ansvar så länge den enskilde inte är inskriven i respektive kommuns hemsjukvård enligt fastställda kriterier och regelverk kring inskrivningsprocessen.

Inom slutenvården finns på Gävle och Hudiksvalls sjukhus särskilda vårdkoordinatorer knutna till vårdavdelningarna. Deras uppgift är bland annat att ansvara för den samordnade planeringen inför utskrivning. På Bollnäs sjukhus finns inga vårdkoordinatorer. Där åvilar detta ansvar sjuksköterska i respektive vårdlag.

Förutsättningarna att organisera verksamheten vid hemkomsten från sjukhuset varierar naturligt i förhållande till kommunens storlek. Gemensamt för samtliga kommuner är att de på olika sätt rustar för att möta det ökade trycket av utskrivningsklara personer.

"Trygg Hemgång" är ett arbetssätt som anammas av allt fler kommuner i hela landet liksom inom region Gävleborg och de granskade kommunerna. Syftet är att underlätta återgång till eget boende efter en sjukhusvistelse. Trygg Hemgång innebär att kommunen ger extra mycket stöd under de första dagarna hemma. Allt går ut på att den enskilde ska klara så mycket som möjligt själv, men få hjälp och råd med det som individen inte klarar. Resultat från andra kommuner bland annat Ronneby kommun visar att komma hem till sin bostad och träna i sin hemmiljö gör att den enskilde snabbare återhämtar sig och får en ökad självständighet och livskvalitet.

Den allmänna uppfattningen som framkommit under intervjuer med hälsocentraler och de fyra kommunerna är att vårdtiden på sjukhus blir allt kortare och att patienter skrivs ut allt snabbare. De intervjuade inom slutenvården anser dock att vårdprocessen skulle kunna kortas och att patienten skulle kunna gå hem snabbare om vårdplaneringsprocessen fungerade bättre.

3.2.2. Vårdplanering

Att vårdplanering ska ske om bedömning görs att patienten kan behöva insatser från socialtjänsten regleras på flera håll, exempelvis i betalningsansvarslagen och i

⁷ Prop. 2002/03:20

avtal om övertagande av hemsjukvård. Det finns inom regionen flera rutiner för vårdplanering och för arbetet med den samordnade individuella planen (SIP). Exempelvis finns checklistor för både kartläggning (2012-04-12) och inför en samordnad vårdplanering. Vidare finns bland annat en *Rutin för samordnad individuell plan* (2012-05-02) vilken bland annat tydliggör roller och ansvar, kallelser och vad planen ska innehålla, *Dokumentationsplan*, *Kallelse* och en vägledning för SIP som beskriver roller och ansvar för den som kallar till mötet, den som deltar och den som blir kallad.

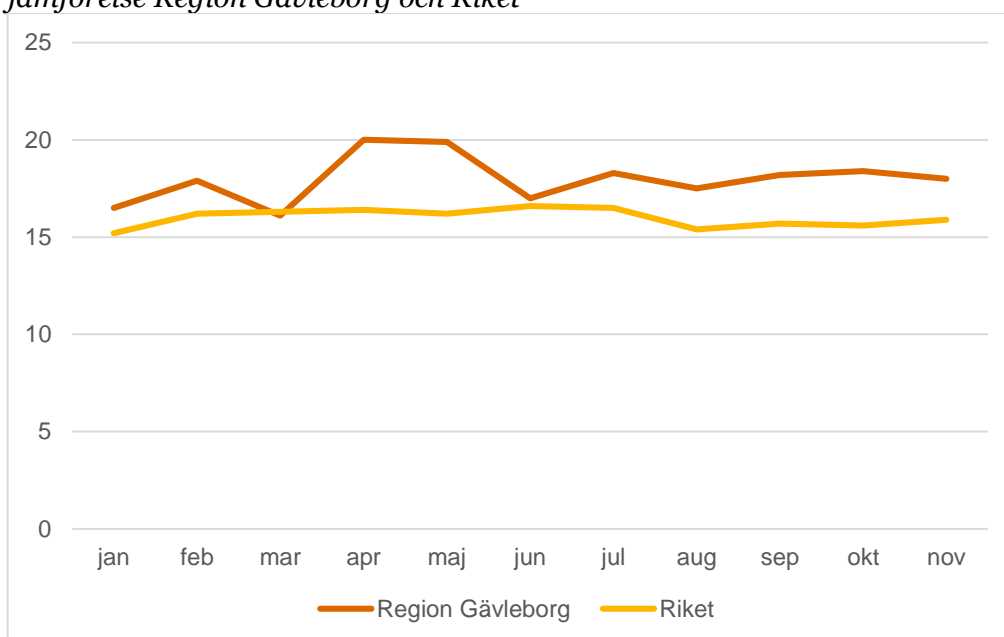
Vårdplanering sker i dag vanligtvis efter att en kallelse gått ut från slutenvårdsavdelningen där patienten vårdas och av behandlande läkare bedömts utskrivningsklar. Till vårdplaneringen kallas kommunrepresentant utifrån respektive kommuns organisation, biståndshandläggare, särskild vårdplanerare, eller representant från hemtagningssteam etc. För den medicinska planeringen kallas i regel både sjuksköterska eller motsvarande från både kommunens hemsjukvård och primärvården. När det gäller rehabiliteringsinsatser och hjälpmedel planeras detta kollegialt mellan arbetsterapeuter eller fysioterapeuter i respektive organisation.

Vårdplaneringsrutinerna och styrdokumenterna kring detta är enligt de intervjuade tydliga och väl implementerade i verksamheterna. Trots detta påpekas att vid vårdplaneringstillfället saknas ofta någon med hälso- och sjukvårdsansvar. Ansvariga vid slutenvården ser ett problem när deltagandet inte är hundra procent. Då det inte sker någon samlad vårdplanering går enligt uppgift mycket tid åt för telefonsamtal och överslag. Vårdplaneringen är grunden för att den fortsatta vården ska fungera bra och när det då brister finns risk för bl.a. återinskrivning till slutenvården.

Inom regionen har detta i flera år uppmärksammats och varit ett prioriterat utvecklingsområde. Genom flera projekt har regionen tillsammans med länets kommuner arbetat för en utveckling av samverkan och förbättrad vårdkedja. Bland annat i projektet Vårdig Äldre Vård (VÄV 12) fanns ett delprojekt avseende vårdplanering och informationsöverföring.

Av diagrammet på nästa sida framgår att återinskrivningar inom 30 dagar är relativt vanligt förekommande i Region Gävleborg och har ökat något mellan 2014 och 2015. Sett till enbart år 2015 visas viss variation mellan månader.

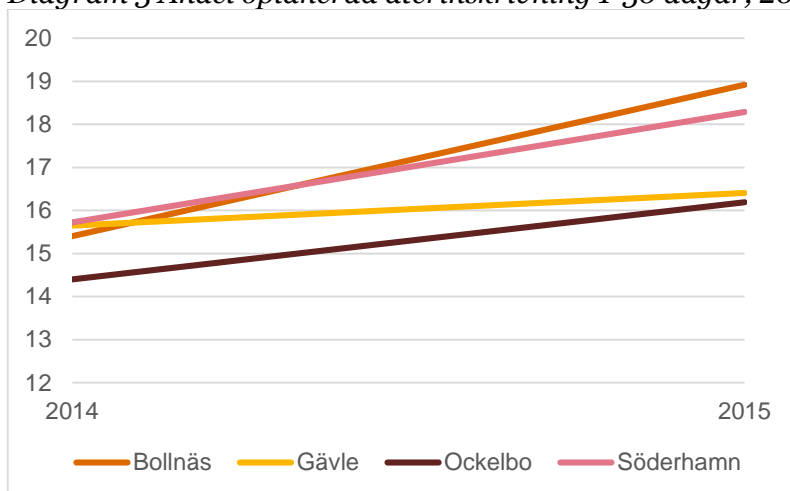
Diagram 2, Oplanerad återinskrivning inom 1 till 30 dagar, jan 2015 till nov 2015, jämförelse Region Gävleborg och Riket



Kvalitetsportalen

Vid jämförelse mellan kommunerna Bollnäs, Ockelbo, Gävle och Sandviken framgår en viss skillnad mellan kommunerna. Samtliga fyra kommuner har haft en ökning av antalet oplanerade återinskrivningar mellan år 2014 och 2015, däremot har Gävle haft en markant svagare ökning och ligger strax över föregående år. Bollnäs och Söderhamn har högst andel oplanerade återinskrivningar och har även haft den högsta ökningen mellan åren.

Diagram 3 Andel oplanerad återinskrivning 1-30 dagar, 2014-2015



Kvalitetsportalen

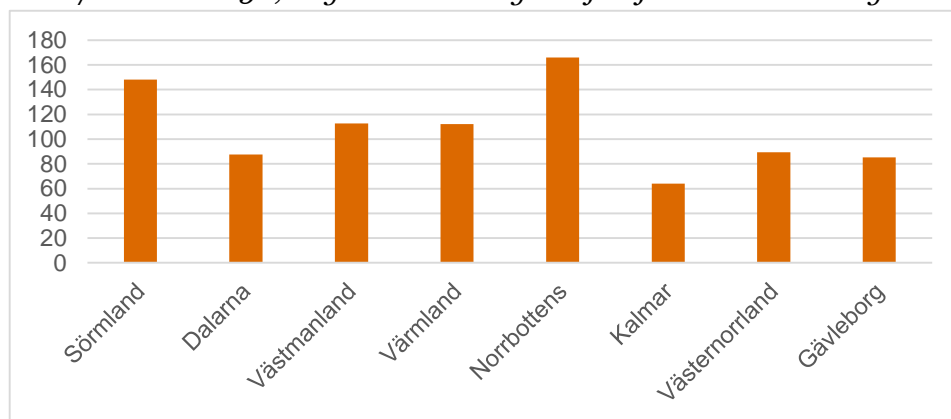
En del i att minska återinskrivning är en fungerande utskrivningsprocess. Regionen har bland annat en länsgemensam rutin för informationsöverföring vid utskrivningsklar patient.

Sedan hösten 2015 införs ett arbetssätt med arbetsnamnet ”Förbättrad utskrivningsprocess/Sammanhållen vård” inom hela Division Medicin-Psykiatri,

Division Operation, Division Primärvård och Aleris specialistvård i Bollnäs. Arbetssättet har testats inom Division Medicin-Psykiatri, VO Ortopedi och på alla hälsocentraler i länet sedan i mars 2015. Syftet med detta arbetssätt är att skapa en mer sammanhållen vård och förbättra kvaliteten i omhändertagandet av patienter med hög risk för återinskrivning inom 30 dagar. Den förbättrade utskrivningsprocessen ska underlätta övergången mellan slutenvården och primärvården. De enheter som ingått i pilotarbetet har minskat återinskrivningarna och uppsatt mål med införande av detta arbetssätt är att minska återinskrivningarna med tio procent.

Nedanstående diagram visar antalet vårddygn per 1000 invånare som vårdas på sjukhus som utskrivningsklara. Region Gävleborg hade 85,2 vårddygn per 1000 invånare där patienter vårdades på sjukhus som utskrivningsklara, vilket är lägre än flera jämförbara landsting. Enligt vår tolkning kan detta indikera på att i Gävleborg är kommunerna och primärvården bättre organisatoriskt rustade för övertagande av vårdansvaret i jämförelse med jämförbara landsting med liknande förutsättningar.

Diagram 4 Antal vårddygn patienter vårdas på sjukhus som utskrivningsklara, antal/1000 inv. 65+, Region Gävleborg och jämförbara⁸ landsting

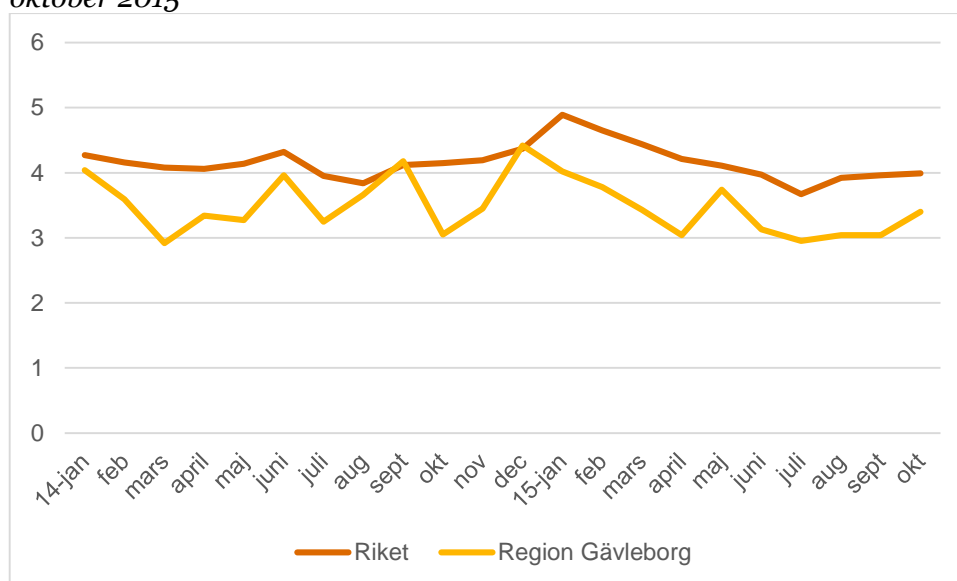


Kolada. Uppgifter finns endast för 2014

I diagrammet på nästa sida visas utskrivningsklara dagar i slutenvård i medeltal för Region Gävleborg samt riket som helhet. Region Gävleborg ligger under eller på samma nivå som riksnittet för samtliga månader. Under 2015 ligger medeltalet i nivå med samma period 2014.

⁸ Liknande landsting är enligt Kolada Sörmland, Dalarna, Västmanland, Värmland, Norrbotten, Kalmar och Västernorrland

Diagram 5 Utskrivningsklara dagar i medeltal, slutenvård, januari 2014 till oktober 2015



Kvalitetsportalen

3.2.3. Informationsöverföring

Det finns i avtalet om övertagande av hemsjukvård reglerat att landstinget och kommunerna gemensamt ansvar för att säkerställa att frågor kring IT-stöd och informationshantering sker patientsäkert. Ingen huvudman kan utan informationsöverföring och kvittering av denna informationsöverföring överföra en patient från en vårdnivå till en annan.

I dag sker informationsöverföring via Meddix, som är ett IT system där berörda parter i kommun och landsting kan följa ett patientärende. Systemet gör det möjligt att genomföra gemensamma vårdplaneringsmöten där alla parter samtidigt ser vad som dokumenteras i vårdplanen. Genom Meddix ges ett stöd för att lagstadgade dokumentationskrav uppfylls och att processen utförs på rätt sätt enligt "Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård" (SFS 2003:193). Gemensam rutin och checklista för användandet av Meddix finns framtagen och tillgänglig på Region Gävleborgs vårdgivarportal.

En medicinsk elektronisk epikris ska skickas till aktuell hälsocentral i Vårdöverföringssystem, VÖS, inom ett dygn efter utskrivningen. Detsamma gäller utskrivningsmeddelandet i Meddix. De enheter som inte har tillgång till VÖS ska få epikrisen inom 24 timmar via fax.

Primärvården bör alltid informera slutenvården om vilken kontakt/information som finns för aktuell patient. Detta underlättar och möjliggör för slutenvården att anse patienten som "inskrivningsklar", dvs. viktig information inför adekvat omhändertagande samt ställningstagande om behov finns för vårdplanering.

Akutmottagningarna i regionen är inte anslutna till Meddix varför en rutin för manuell informationsöverföring finns fastställd. Sedan många år tillbaka finns en blankett "Gul lapp" som stöd i detta. Den "Gula lappen" ska enligt rutinen följa den enskilde från kommunens verksamheter, SÄBO, hemsjukvård eller hemtjänst till

den vid tillfället aktuella vårdinrättning t.ex. akutmottagningen. Om personen blir inskriven i slutenvård ska "Gula lappen" följa med till vårdavdelningen och enligt rutinen där destrueras – den är ingen journalhandling. Informationen från kommunen till sjukhuset via den "Gula lappen" fungerar enligt uppgift i praktiken dåligt. Denna information som avses följa patienten inom slutenvården är ofta inaktuell, dåligt ifylld och finns sällan tillgänglig, har försvunnit på vägen, (kan blivit liggande i taxi eller ambulans eller lämnas på akutmottagning). Att kommunen förväntas få den åter tycks vara ett missförstånd då "Gula lappen" enligt rutinen ska destrueras på vårdavdelningen där patienten är inskriven.

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

Att inte verksamheterna har ett gemensamt datasystem för dokumentation och journalföring anses av flera av de som omfattats av granskningen som problematiskt när det gäller informationsöverföring. Att hemsjukvårdens personal inte har tillgång till primärvårdens journaler och vice versa försvårar arbetet. Man är hänvisad till dokumentet för in- och utskrivning, som i många fall skulle behöva kompletteras för att ge berörd personal tillräcklig information om patienten. Upplevelsen hos de intervjuade är att vården skulle kunna bedrivas mer enhetligt och ur ett helhetsperspektiv på ett bättre sätt med gemensam dokumentation/journal. Framför allt nämns att dilemmat med osäkerhet kring ordinationer och läkemedelslistor huruvida de är uppdaterade eller ej skulle bli bättre.

Vidare framförde de intervjuade en rad synpunkter på hur informationsöverföringen fungerar. Exempel som vi mött i genomförd granskning är:

- Slutenvården efterlyser en snabbare dialog i Meddix. De anser att det tar för lång tid för kommunen att efter vårdplanering i Meddix dokumentera sin del som handlar om hur och vilka insatser som planeras den enskilde i samband med utskrivning. Detta kan försvåra slutenvårdens planering.
- Sekretessproblematik.
- "Gula lappen" försvinner
- "Gula lappen" inaktuell information eller dåligt ifylld.
- Tar tid innan information om inskrivning kommer till den enhet som skickat någon till akutmottagningen.
- Epikriser efter vårdtillfälle på sjukhus dröjer.

Bedömning vårdkedjeprocessen

Vår bedömning är att det på övergripande nivå finns rutiner som i allt väsentligt stödjer och reglerar processerna i vårdkedjan.

Vi bedömer vidare att kommunerna på ett tillfredsställande sätt har skapat organisationer för att planera fortsatta vård och omsorg inför utskrivning från sjukhus.

Rutiner, riktlinjer och checklistor är enligt vår bedömning ändamålsenliga, däremot är inte följsamheten till fastställda rutiner, riktlinjer och överenskommelser helt tillfredsställande. Det finns ett behov av att förankra rutinerna på alla nivåer i organisationen.

Efterlevnad och följsamhet till aktuella rutiner, riktlinjer och överenskommelser behöver följas upp löpande och kan enligt vår uppfattning vara en del av ansvarig nämnds internkontroll hos respektive huvudman.

En bidragande orsak till utmaningarna med följsamheten till rutiner och checklistor kan vara mängden dokument, vilket i sin tur kan innebära en svårighet att lokalisera vilka dokument och checklistor som ska användas.

Vidare ser vi en risk i att det används två parallella system för att hantera information. Vår bedömning är att informationsöverföringen behöver säkerställas och relevant patientinformation behöver vara tillgänglig för båda huvudmännen.

3.3. Läkaresurser

Avtal för former och omfattning av läkarmedverkan i ordinärt boende och kommunens särskilda boenden ska slutas mellan landstinget och respektive kommun.

Hälsocentralens läkartillgång kan påverka möjligheten att fullfölja avtalet om läkarmedverkan. Primärvårdens ansvar är överlag problematiskt utifrån hög omsättning läkare, hyrläkare.

I avtalet finns läkarresursen reglerat, bland annat i vilken omfattning avseende tid och innehåll kommunens SÄBO har att tillgå läkare. I samtliga granskade verksamheter finns en namngiven fast läkare med huvudansvaret för kommunens särskilda boenden.

Läkarmedverkan har lösts på olika sätt. Praktiskt kan detta exempelvis innebära att läkaren kommer på planerade tider till boendet samt i övrigt finns tillgänglighet via telefon.

Samtliga kommuner som omfattats av denna granskning uppger att läkarmedverkan på särskilt boende fungerar bra. Det har i varje enskild verksamhet utarbetats lokala avtal utifrån respektive boendeenhets specifika behov. Boendet har en namngiven läkare som har det yttersta ansvaret dock kan ersättare komma för hembesök när ordinarie läkare inte är tillgänglig.

På samma sätt som för särskilda boenden har avtal tecknats kring läkarmedverkan i hemsjukvården. Organisationen kring hemsjukvårdspatienterna kan vara rörig då patienter kan vara listad på annan hälsocentral än där man har sin bostad. Hälsocentralen där patienten är listad har då ansvar att vidarebefordra information till

aktuell hälsocentral utifrån vilket hemsjukvårdsområde patienten tillhör. Från en del hälsocentraler gör läkarna i regel hembesök vid inskrivning samt vid behov medan andra har problem med att det är svårt att få till hembesök.

Gemensamt är dock att läkare finns tillgänglig för hemsjukvården via telefon. Det är möjligt att ringa vid behov samt att det sker en kontinuerlig avstämning mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och primärvården.

Generellt anses läkarmedverkan på både särskilda boenden och inom hemsjukvården fungera bra. Under hösten 2015 har lokala avtal/överenskommelse avseende teamarbete, läkarmedverkan m.m. i hemsjukvård följts upp. Resultatet har vid granskningstillfället inte sammanställts dock har vi tagit del av arbetsmaterialet som påvisar ett positivt resultat för de granskade verksamheterna.

Bedömning läkarresurser

Vår bedömning är att läkarmedverkan både i särskilt boende och i kommunernas hemsjukvård i allt väsentligt följer upprättade avtal och överenskommelser.

Vi erfar dock att problem med kontinuitet och kompetensöverföring kan uppstå på grund av primärvårdens förutsättningar avseende läkarbemanning.

3.4. Bostadsanpassning

3.4.1. Övergripande

Bostadsanpassningsbidrag finns för att ge personer med en funktionsnedsättning möjlighet till ett självständigt liv i eget boende och regleras genom lagtext⁹. Lagen är en s.k. rättighetslag. Det är respektive kommun som ansvarar för att bidrag lämnas. Boverket har tillsyn över bidragsverksamheten.

Bidraget ska lämnas till enskild person för åtgärder och anpassning av bostadens fasta funktioner i och i anslutning till bostaden som ska anpassas. Grundtanken är att bidrag endast lämnas om åtgärderna är nödvändiga för att bostaden ska vara ändamålsenlig för den funktionsnedsatte, samt att funktionsnedsättningen är långvarig eller bestående¹⁰. Bidraget ska motsvara en skälig kostnad för åtgärderna och betalas ut efter att åtgärden är utförd. Det är den enskilde som ska ansöka om bidraget. Enligt boverkets föreskrifter ska även ett intyg från läkare, arbetsterapeut eller liknande om att åtgärden är nödvändig, lämnas tillsammans med ansökan.

En viktig del i detta är att den enskilde får överklaga kommunens beslut till förvaltningsdomstolen.

En översyn har lagen har gjorts av Boverket på uppdrag av regeringen, rapporten är klar och ett förslag till ny lag har presenteras. Bland annat föreslås att kommunen inte bara ska kunna lämna kontant bidrag, utan bidraget ska även kunna lämnas som ett åtagande från kommunen att låta utföra åtgärderna eller genom överlämnande av en begagnad produkt.

⁹ Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m.m.

¹⁰ Boverket

Exempel på vanliga bostadsanpassningar är borttagande av trösklar, stödhandtag och spisvakt. Mindre vanliga anpassningar, men dyra per styck, är exempelvis tillbyggnader, hissar och lyftanordningar.

Se bilaga 1 för vem som gör vad i ett bostadsanpassningsärende.

3.4.2. Rutiner för bostadsanpassning

Boverket har en handbok för personer som arbetar med bostadsanpassningsbidrag och återställningsbidrag. Under intervjuer uppger representanter från kommunerna att denna handbok är en bra vägledning i arbetet och den huvudsakliga rutinen/riktlinjen för handläggning av ärenden. Gävle har nyligen gjort en processkartläggning och nya rutiner och checklistor är under framtagande. De övriga kommunerna har inte några rutiner eller riktlinjer utöver bostadsanpassningslagen och Boverkets handbok.

I stora drag är arbetssättet inom Bollnäs, Söderhamn och Gävle likartat.

Ansökan och handläggning

Från intervjuer beskrivs att för att ett bostadsanpassningsbidrag ska beviljas krävs att den enskilde skickar in en skriftlig ansökan om bostadsanpassning. Till ansökan ska det bifogas ett intyg¹¹ från läkare/fysioterapeut eller liknande, samt en offert¹² från en entreprenör. Om ansökan beviljas får den enskilde sedan beställa åtgärden från entreprenören.

Ett problem som framhålls från tre av kommunerna är att det är möjligt att via en fullmakt överlåta inhämtandet av offerter till kommunen, detta leder till en oklarhet för entreprenören kring vem som är beställare av tjänsten. Då den enskilde äger ärendet och är beställare så gäller konsumentköplagen. Antalet fullmakter uppges minskat sedan Boverkets riktlinjer infördes.

Det finns en central skillnad mellan de granskade kommunernas hantering av bostadsanpassningsbidraget. Bollnäs, Gävle och Söderhamn beviljar kontant bidrag vilket betalas ut till den enskilde efter att anpassningen är utförd. Det är den enskilde som betalar fakturan från entreprenören. Ockelbo betalar aldrig ut bidraget till den enskilde utan betalar istället fakturan från entreprenören och skickar sedan i efterhand ett beslut i kronor till den enskilde. Detta tillvägagångssätt innebär i realiteten att den enskilde beviljas en anpassning och inte ett bidrag till en anpassning. Enligt Boverkets handbok ska bidraget betalas ut till den enskilde efter att anpassningen är utförd och godkänd.

Handläggningstid

Handläggningstiderna skiljer sig stort mellan kommunerna. I Bollnäs uppges att majoriteten av ärendena tar några dagar att handlägga samt att vid ärenden över fyra basbelopp måste beslut fattas av nämnden vilket fördröjer handläggningen. I Söderhamn är upplevelsen att de flesta ärenden blir färdiga inom en månad. I de fall där handläggningstiden dröjer handlar det vanligen om en ej komplett ansökan.

¹¹ Krävs inte alltid vid enklare anpassningar som borttagande av trösklar.

Gävle har till skillnad från de övriga kommunerna en lång kö. Just nu är väntetiden 3-4 månader innan handläggning kan inledas. Kötiden ligger kvar från 2012 då handläggarna var underbemannade och metoden för handläggning har gjorts om, vilket uppges ha tagit tid att få att fungera. Inför 2015 fanns ett mål om att halvera kötiden under året, vilket uppges vara uppfyllt. Handläggning prioriteras för de ärenden där omvårdnadsförvaltningen meddelar att personen blir kvar på korttids till dess att anpassningen är genomförd.

Ockelbo har till skillnad från de övriga kommunerna tillgång till en egen snickare som utför mindre omfattande anpassningar. Detta gör att vissa ärenden både kan handläggas och att anpassningen genomförs samma dag. Ockelbos tillvägagångsätt med att handläggaren även beställer tjänsten av den egna snickaren eller en entreprenör uppges även bidra till att väntetiden kan minimeras.

Bedömning bostadsanpassning

När det gäller Bollnäs och Söderhamns kommuner är vår bedömning är att rutiner och arbetsprocessen kring bostadsanpassning i allt väsentligt är tillfredsställande och i enlighet med gällande regelverk.

Handläggningstiden i Gävle är och har varit lång och enligt vår bedömning är detta inte tillfredsställande. Vi ser positivt på att detta är ett prioriterat område. Vår bedömning är dock att Gävle kommuns åtgärder för att minska handläggningstiden är tillfredsställande.

I Ockelbo finns praxis kring hantering av ärenden rörande bostadsanpassning dock inte i enlighet med aktuell lagstiftning och Boverkets handbok vilket enligt vår bedömning inte är tillfredsställande.

Ockelbo behöver se över kommunens process och rutiner för bostadsanpassning i förhållande till aktuell lagstiftning och Boverkets handbok.

Vår bedömning är dock att det överlag finns ett behov av att ansvarig nämnd inom respektive kommun löpande följer upp rutiner, volymer och handläggningstider avseende bostadsanpassning.

3.5. Samverkan – goda exempel

Överlag uppges samverkan fungera bra. Det finns samverkansforum i organisationernas olika nivåer som skapar förutsättningar för en likvärdig vård och omsorg i regionen.

På verksamhetsnära nivå pågår olika samverkansaktiviteter. Lokalt samlas representanter kontinuerligt i olika forum. På övergripande nivå hanteras samverkansfrågor i bland annat Nätverk välfärd där flera operativa grupper satts samman.

Exempel som vi i granskningen tagit del av hur samverkan kan intensifieras och tydligt prioriteras är från Gävle kommun. Gemensamt har kommunens och regionens högst ansvariga tjänstemän inför medarbetare som samlats för en utvecklingsdag proklamerat värdet av samverkan.

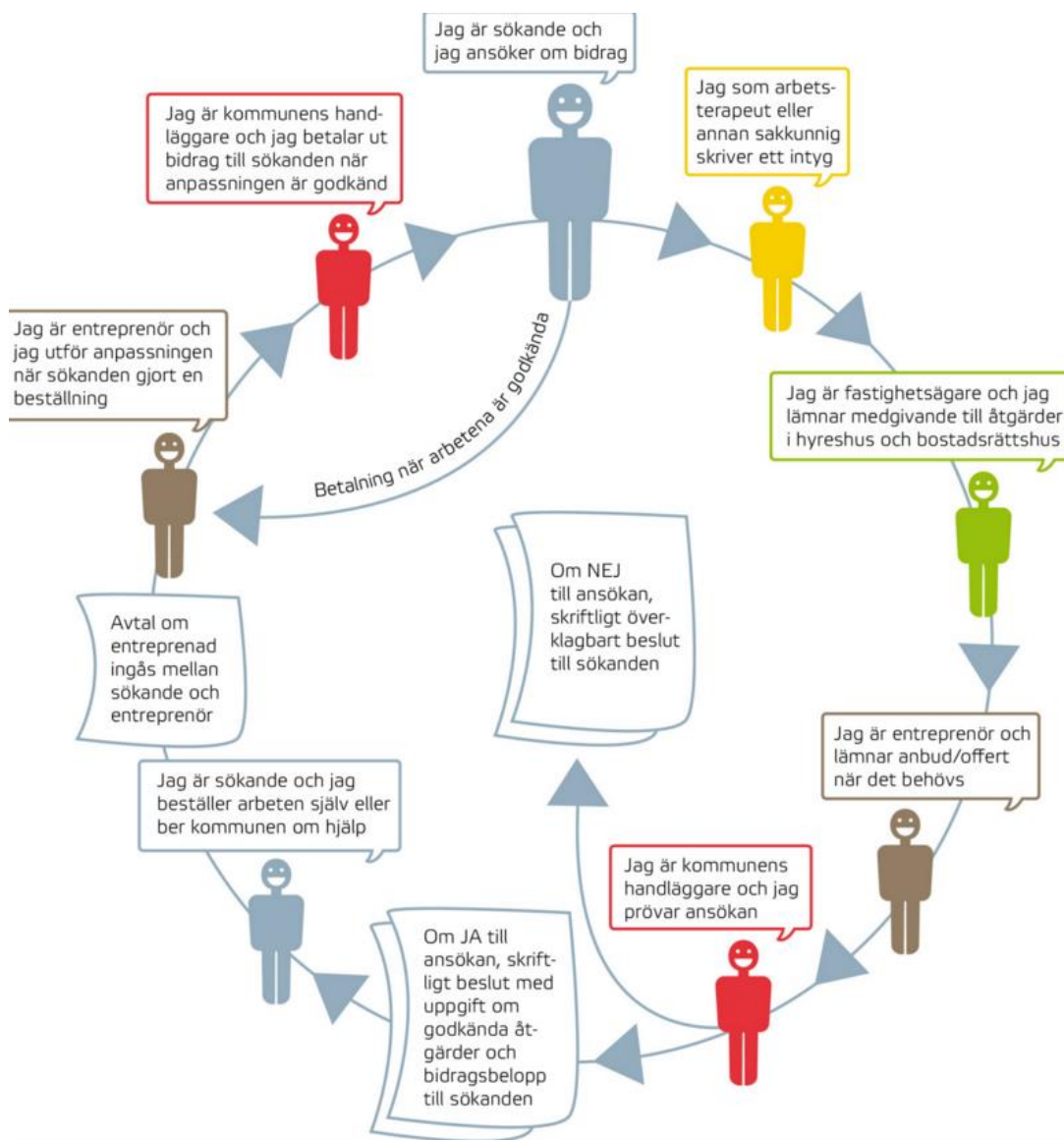
Nationellt har vi tagit del av SKLs arbete inom äldreområdet och samverkan (bilaga 2) där nämns bland annat Ängelholms kommuns projekt "Hälsostaden Ängelholm" med syfte att utveckla och effektivisera verksamheten inom Ängelholms kommun och Ängelholms sjukhusområde. I projektet finns tre uttalade mål.

- Ökad tillgänglighet
- Möjlighet att erbjuda vård/omsorg på rätt nivå
- Förbättra patientflöden mellan sjukhus, primärvård och kommun

Bilagor

Bilaga 1

Tågordning och roller för Bostadsanpassningsbidrag



SKL:s arbete inom äldreområdet, samverkan mellan huvudmän. (Bilder seminarium SKL, Helena Henningson)

SKLs arbete inom äldreområdet

Helena Henningson



Tänkte tala om

- Öppna jämförelser vård och omsorg om äldre
- Aktuella frågor
- Goda exempel på samverkan



Syftet med öppna jämförelser är...

bl a att skapa öppenhet och insyn
i offentligt finansierad vård och omsorg
och bidra till förbättring och lärande.



Öppna jämförelser

- signalsystem
- fokus på kvalitet och resultat – skapa värde för brukaren
- inga målvärden
- egna analyser behövs
- lära av andra
- underlag för faktabaserad dialog



”Produkterna” på äldreområdet



Excellfiler – resultat från riket ner till verksamheter om minst 7 svarande
Webbverktyg (hos Indikator) för analyser och jämförelser av resultat från riket ner till 30 svarande
Skräddarsydda rapporter till verksamheter med minst 7 svarande



Excellfiler med resultat på kommun- och verksamhetsnivå
Varje uppgiftslämnare får en **egen verksamhetsrapport**
Äldreguiden



Excellfiler med indikatorer på läns- och kommunnivå
Jämförelseverktyg (Socialstyrelsens) för analyser och jämförelser av indikatorer för kommuner och län.
Lokal återkoppling direkt till kommun- och landstingsdirektörer.

5

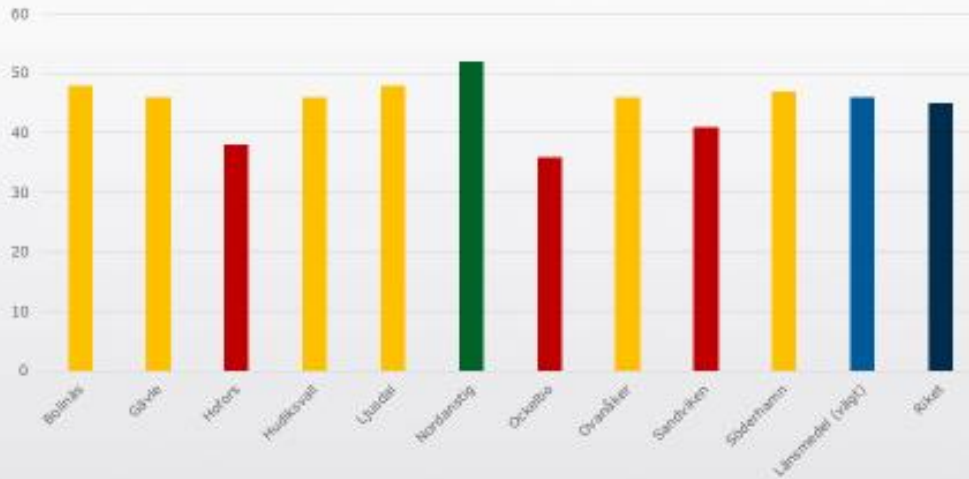


Några resultat ÖJ äldre 2014 för kommunerna i Gävleborg



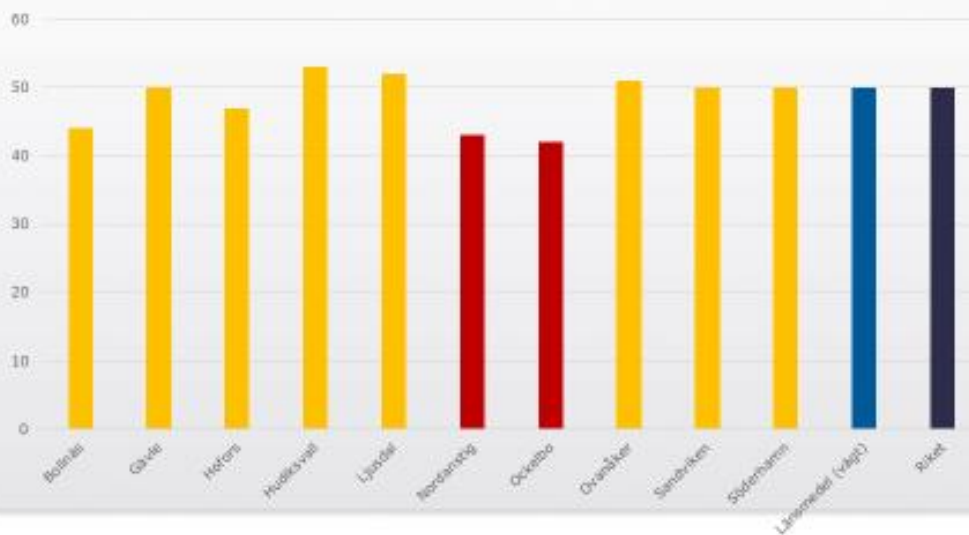
Andel mycket trygga med hemtjänsten

(Socialstyrelsen 2014)

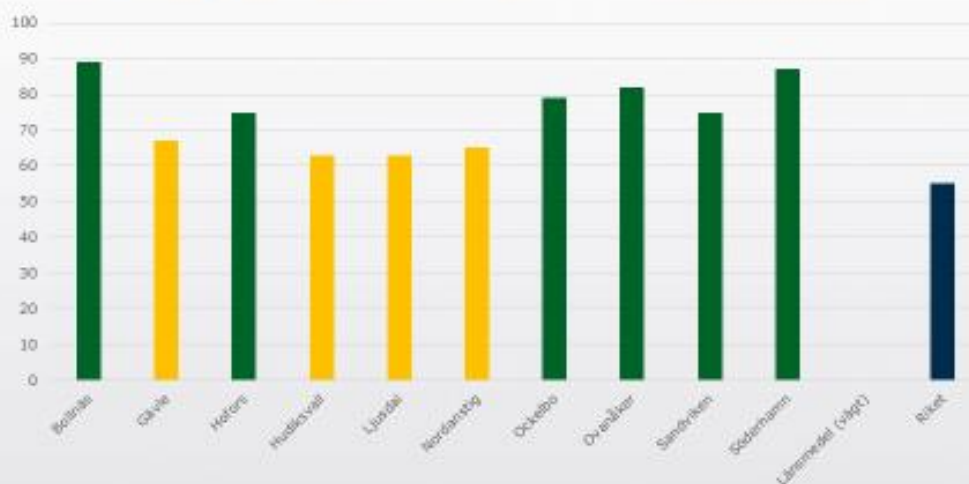


Andel mycket trygga med särskilt boende

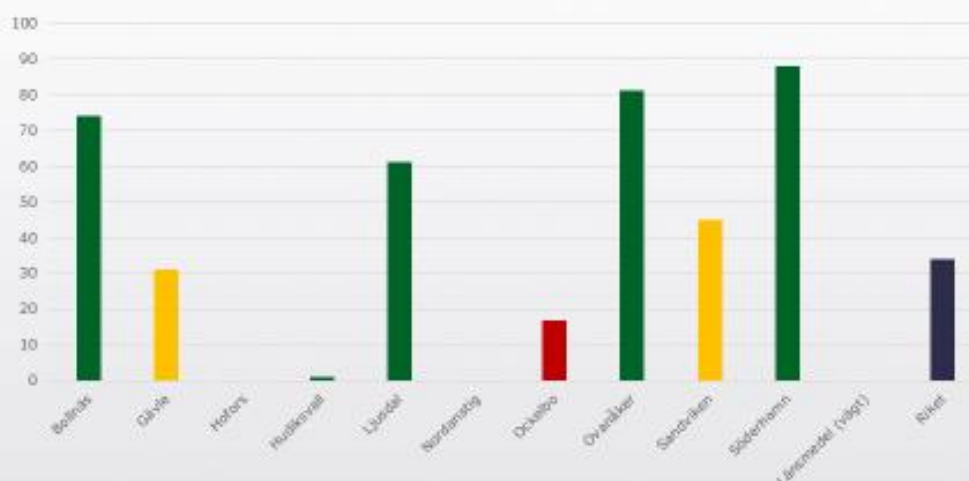
(Socialstyrelsen 2014)



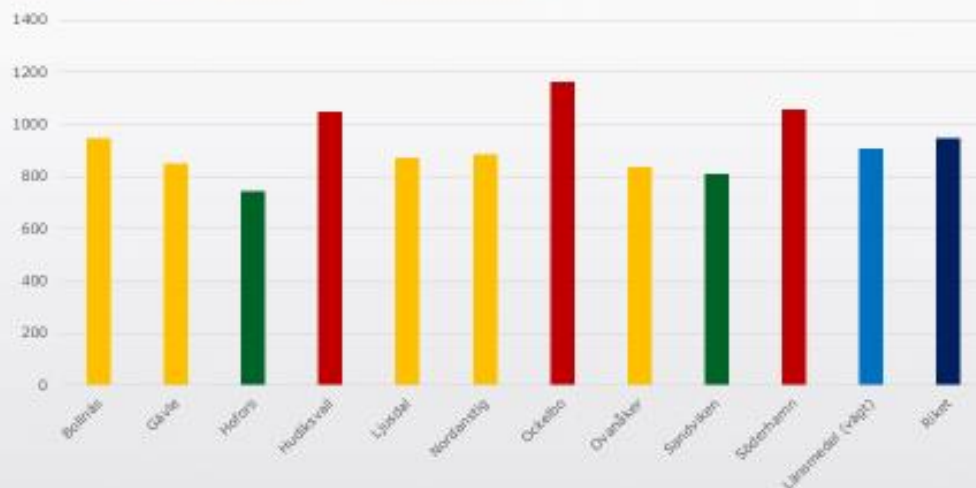
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa, säbo (Senior alert 2014)



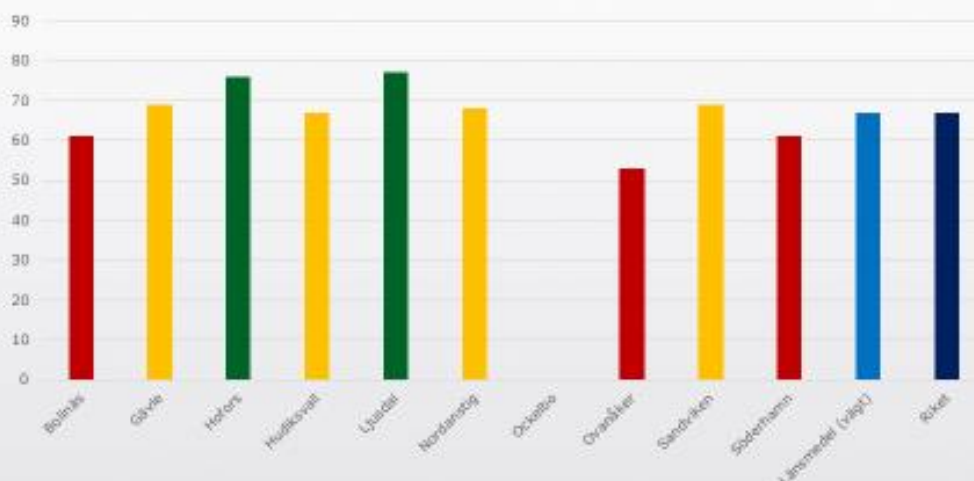
Åtgärder mot fall, undernäring, trycksår och dålig munhälsa, ord bo (Senior alert 2014)



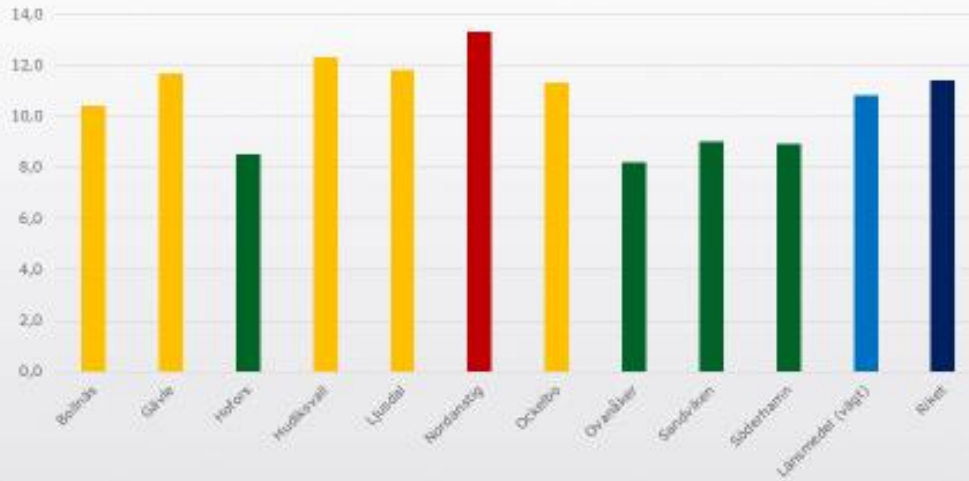
Frakturer på lår och höft, 65 + per 100 000 inv (Socialstyrelsen 2011-2013)



Funktionsförmåga 12 mån efter stroke (Riks-Stroke 2011-2013)



Andel personer över 75 år som behandlas med minst 1 av 4 olämpliga läkemedel (Socialstyrelsen 2014)



Aktuella frågor på äldreområdet

- [Bostäder för alla](#) – bostadspolitisk plattform bl a ökat byggande, skatteregler & fler boendeformer för äldre
- Patient- och brukarmedverkan [Förändra radikalt med brukarfokus](#)
- Kunskapsbaserad vård och omsorg – [Regionala stödstrukturer](#)
- [eHälsa](#) & välfärdsteknologi/[Innovationer](#)
- Främja rehabilitering och självständighet
- ÄBIC och gemensamma begrepp
- Samverkan kommun – landsting, Trygg & säker utskrivning från sjukhus



Samverkan kommun & landsting

Några ex:

[Mobila team](#)

[Hälsostaden Ängelholm](#)

[Samordnad individuell plan](#)

[Trygg hemgång i Ronneby](#)

[Närvården i Skaraborg](#)



Ange datum

Margaretha Larsson

Projektledare

Uppdragsledare