

SAMVERKAN

ENKELT I TEORIN – SVÅRARE ATT PRAKTISERA

Några erfarenheter av samverkan
inom äldreområdet mellan
kommuner och landstinget i Stockholms län

**Ingrid Hjalmarson
Eva Norman**

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2005:3
ISSN 1401-51



Förord

Vintern 2001 tog dåvarande landshövdingen Ulf Adelsohn initiativet till Operation äldreomsorg. I inbjudan till upptaktsmöte i mars 2001 skrevs bl.a. att ”Samarbetet mellan kommun och landsting sviktar ibland vilket leder till att gamla inte alltid får den vård de behöver och har rätt till.” När projektet Operation äldreomsorg avslutades beslöt dess ledningsgrupp att ”**Samverkansgruppen** återupptar sitt arbete våren 2003 under ledning av Stiftelsen Äldrecentrum. Syftet är att ta reda på hur samverkansavtalen fungerar i praktiken.”

Samverkansgruppens ledamöter är Sigbritt Hagbardh (Länsstyrelsen), Rolf Lamborn (tidigare KSL, nu Stockholms läns landsting, SLSO, ersatt från KSL av Ulrika Wallin), Torsten Mossberg (Socialstyrelsens tillsynsenhet), Rose-Marie Nyborg (Stockholms läns landsting, Beställare vård), Gunnel Rohlin (Stockholms stad, äldreomsorgsberedningens kansli, ordf.), Sven Erik Wånell (Äldrecentrum, sekr).

Samverkansgruppen har kunnat konstatera att samtalsklimatet mellan huvudmännen blivit mycket bättre, och att de samverkansavtal som träffats inneburit att en rad frågor där det funnits intressekonflikter kunnat klaras av. Gruppen har beslutat om två fördjupade studier, en kring hur berörd personal ser på samverkansfrågorna, en kring hur – utifrån de äldres perspektiv – utskrivningsklara (dvs. anmälda för gemensam vårdplanering) får sina insatser tillgodosedda av slutenvård, närsjukvård och kommunens äldreomsorg.

I denna studie redovisas de erfarenheter personal har i tre delar av länet. Personal som arbetar nära med den äldre och personal med ledningsansvar har intervjuats. Bilderna av hur det fungerar skiftar i länet och mellan olika personalgrupper, men vissa drag framträder tydligt.

Det finns fortfarande brister i hur de olika aktörerna samverkar kring äldre som har omfattande behov. Alla har ansvar, men ingen tar helhetsansvaret. Bristen på korttidsboende i vissa länsdelar skapar stora problem vid utskrivning från sjukhus. Rehabilitering är alltså ett område där huvudmännen bara på enskilda ställen hittat former för gemensamt ansvarstagande. Det är svårt att hitta väl fungerande former för vårdplanering vid utskrivning från sjukhus. Samverkansgrupperna bör i större utsträckning arbeta med att utveckla gemensamt drivna verksamheter, och skapa säkrare rutiner för hur uppföljning sker.

Studien har utförts av utredarna Ingrid Hjalmarson och Eva Norman. Mats Thorslund, professor och forskningsledare på Äldrecentrum har haft det övergripande ansvaret.

Äldrecentrums förhoppning är att denna studie ska bidra till en bra och saklig diskussion om hur samverkan mellan huvudmännen kan fortsätta att utvecklas.

Stockholm 2005-04-26

Sven Erik Wånell
direktör

Sammanfattning	1
Inledning	5
Uppdraget.....	5
Bakgrund.....	6
Vad menas med samverkan?.....	6
Erfarenheter av samverkan	7
Ansvarsfördelningen i vården och omsorgen om de äldre	9
Vad styr samverkan inom äldreområdet?	9
Närsjukvård med ansvar för lokal samverkan	12
Syfte och frågeställningar	13
Metod och material	13
Resultat	14
Hur organiseras samverkan på övergripande nivå?	15
Gemensamma verksamheter	18
Gråzoner – i gränslandet mellan landstinget och kommunen.....	19
Kommunernas och landstingets samverkan på lokal nivå.....	21
Förbättrings/förändringsområden	28
Faktorer som underlättar samverkan.....	31
Faktorer som försvårar samverkan	33
Diskussion.....	35
Information istället för samverkan.....	35
Oklara ansvarsförhållanden kan ge konsekvenser för den enskilde	36
Svårt att samverka om rehabilitering	36
Vikten av att utvärdera effekterna av samverkan	37
Nya former av samverkan på väg att utvecklas	38
Referenser	39
Bilaga 1	41

SAMMANFATTNING

Kommuner och landsting har sedan länge enligt lag haft skyldighet att på olika sätt samverka med varandra inom äldreområdet. Samverkan skall ske både för att förbättra insatserna till den enskilde och för att hushålla med samhällets gemensamma resurser. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har i denna studie haft i uppdrag att undersöka hur samverkansavtalen mellan kommunerna och landstingen fungerar i praktiken. Syftet med studien har varit att undersöka vad kommunerna och landstinget samverkar om och hur samverkan sker och på vilka nivåer. Syftet var också att undersöka vilka erfarenheter personal från de olika huvudmännen har av samverkan, vad de ansåg behövde förbättras/förändras och vad som underlättade respektive försvårade samverkan.

Studien har genomförts genom intervjuer med företrädare för kommuner och landsting i tre områden i Stockholms län. Bland de intervjuade fanns både personer som övergripande leder samverkansarbetet inom kommunerna och landstinget och de som samverkar på lokal nivå om insatser till enskilda.

Mycket fungerar bra, berättar de intervjuade. Att samverka runt patienter med enklare sjukdomsbild och insatser är inga större problem. Ansvarsområden och befogenheter tycks vara mer tydliga då insatserna inte är så komplexa. Svårigheterna i samverkan gäller främst personer med sammansatta behov. De intervjuade var bekymrade över att samverkan inte fungerar som den borde och att de äldre därmed inte alltid får en god vård och omsorg. Intervjuerna har därför i hög utsträckning berört de svårigheter som finns, något som också avspeglas i denna rapport. Samtidigt redovisas här olika förslag som har framförts när det gäller hur samverkan kan utvecklas och förbättras.

Samverkan på övergripande nivå mellan kommunerna och landstinget sker främst i samverkansgrupper, som har i uppdrag att både leda och utvärdera samverkansarbetet. Intervjusvaren visar att samverkansgrupperna främst fungerar som ett organ där företrädare för huvudmännen ger varandra information om den aktuella situationen och kommande planer. Endast ett mindre antal exempel på gemensamma verksamheter eller samverkansprojekt redovisas. Uppföljning av samverkansavtalen saknas i stor utsträckning och avvikelserapportering av händelser där samverkan inte har fungerat genomförs inte systematiskt. Genomförda omorganisationer och byte av befattningshavare har inneburit att samverkan stannat upp och att det har tagit tid att komma igång igen. En genomgående uppfattning som framkommit i intervjuerna är att samverkan är svårare när de ekonomiska tillgångarna är begränsade.

Det framkommer att det finns ”gråzoner” där ingen av huvudmännen självklart tar på sig ett ansvar. Flertalet av de intervjuade menar att bristen på resurser bidrar till att gråzonerna blir större. De oklarheter som framkommer gäller främst ansvaret för rehabilitering för äldre. Oklarheter finns även i ansvarsfrågan om hälso- och sjukvårdsansvaret i de särskilda boendeformerna.

Flertalet av de intervjuade anser att de allt kortare vårdtiderna inom slutenvården innebär att patienterna inte hinner återhämta sig innan de skrivs ut. Hemgång upplevs inte alla gånger som det mest optimala, men är ofta det enda alternativet. Svårigheterna att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg accentueras vid vårdplaneringarna. Resultatet visar att personal från primärvården ofta inte medverkar vid vårdplaneringar. Vårdplaneringarna får ibland därför endast en begränsad funktion.

Primärvården och hemtjänst ger vård och omsorg till pensionärer med allt större behov än tidigare. Den sjukvård som ges i den enskildes hem ställer stora krav på samverkan. Av intervjuerna framkommer att primärvårdens och hemtjänstens organisation i olika avseenden inte hängt med i denna utveckling. Insatserna sker inte sällan parallellt från de båda organisationerna.

Faktorer som enligt de intervjuade underlättar samverkan är bland annat chefernas attityd till samverkan, något som är vägledande för medarbetarna. En tydlig ansvarsfördelning samt god personkontinuitet ses också som framgångsfaktorer vid samverkan. Gemensamma utbildningar för personal anställda inom kommuner och landstinget framhålls också som positivt för samverkan.

Faktorer som försvårar samverkan är främst gapet mellan behov och resurser. Bägge organisationerna har dålig ekonomi vilket leder till strider om ansvarsfördelningen och upplevelsen av att man försökte vältrar över kostnader på varandra.

Sammanfattande slutsatser

De sammanfattande slutsatser som redovisas nedan belyser några av de förhållanden som är angelägna att utveckla och förändra i samverkan mellan kommunerna och landstinget.

- Den samverkan som redovisas innebär att kommunerna och landstinget i hög utsträckning verkar bredvid varandra i stället för att verka gemensamt. Samverkan sker framförallt ur ett organisationsperspektiv. Helheten för brukarna saknas. Alla har ansvar men ingen tar ett helhetsansvar. Arbetet i samverkansgrupperna borde till en början mer handla om att kartlägga de resurser som finns och hur de bägge organisationerna på bästa sätt ska komplettera varandra för att kunna ge de enskilda en god vård och omsorg.
- Det framkommer att personal i öppenvården anser att många av de äldre patienterna inte har hunnit återhämta sig tillräckligt för att klara sig hemma efter en sjukhusvistelse och de identifierar olika problem. Korttidsboende kan vara ett alternativ, men behoven skulle också kunna tillgodoses om resurserna inom primärvård och hemtjänst vore bättre organiserade. Det som saknas är mångprofessionella och flexibla team med god tillgänglighet dygnet, runt som kan ta hand om varierande

vård- och omsorgsbehov. Att vid behov ha tillgång till ytterligare resurser i form av specialistvård och sjukhusplatser är angeläget.

- Frågan om rehabilitering för de äldre måste ses över. Huvudmännen måste till att börja med enas om vem som har ansvaret för vad. Det behövs också en kartläggning av vilka av de äldre som får olika former av rehabilitering samt konsekvenserna för dem som blir utan.
- Det är svårt att hitta väl fungerande former för vårdplanering vid utskrivning från sjukhus. De upplevs inte alltid som meningsfulla eller effektiva. Ett kvarstående problem är att primärvården ofta inte medverkar, men det finns även andra problem. Det är angeläget att utveckla nya former för vårdplanering. Att de i högre grad utformas efter den äldres behov av fortsatt vård och omsorg och att vårdplaneringarna görs i den äldres hem istället för på sjukhuset.
- Utvärdering av samverkan måste genomföras i större utsträckning. Kunskap behövs för att få en helhetsbild över hur vården och omsorgen ser ut i länet i förhållande till den äldre befolkningens behov.

INLEDNING

Många tidigare studier visar att en god äldrevård kräver insatser av både kommunernas äldreomsorg och av hälso- och sjukvården. Ju större vård och omsorgsinsatserna är desto mer avgörande är det att insatserna är samordnade och väl planerade. Studier visar också att bristande samordning leder till onödigt höga kostnader framförallt för vård på sjukhus. (Gurner & Thorslund, 2003)

Kommuner och landsting har sedan länge enligt lag haft skyldighet att på olika sätt samverka med varandra. Samverkan skall ske både för att förbättra insatserna till den enskilde och för att hushålla med samhällets gemensamma resurser. Under 1980-talet utvecklades samverkan mellan primärvården och hemtjänsten i många kommuner. Genom de förändringar i primärvården, som bl a husläkarreformen i början av 1990-talet medförde försvårades eller upphörde i många fall de tidigare samverkansformerna.

Den så kallade kvarboendepincipen är en stark ledstjärna i äldreomsorgen. Från att tidigare ha presenterats som en möjlighet för äldre att välja att bo kvar hemma trots omfattande behov av vård och omsorg framstår kvarboendet alltmer som huvudalternativet för de flesta. Hemtjänstens uppgifter har successivt förändrats från att ge service till omfattande vård och omsorg. Frågan om hur hemtjänsten och primärvården skall klara av de utökade uppgifterna aktualiseras ständigt. Studier om hemtjänsten och hälso- och sjukvården visar att de äldre som får hjälp i hemmet numera har allt större vård och omsorgsbehov. (Larsson, 2005) Flera rapporter uppmärksammar också olika problem för de enskilda som får vård och omsorg i hemmet. (Gurner & Thorslund, 2003). Under våren 2004 lämnade en statlig utredning betänkandet, Sammanhållen hemvård (SOU 2004:68), som föreslår att hemsjukvården för de äldre i framtiden ska överföras i kommunal regi.

UPPDRAGET

Stiftelsen Äldrecentrum har fått i uppdrag av ”Operation Äldreomsorg”¹ att undersöka ”*hur samverkansavtalen mellan kommunerna och landstingen fungerar i praktiken*”. Uppföljningen av samverkan ska göras i fem olika delstudier. En delstudie där aktuella samverkansavtal mellan landstinget och kommunerna i Stockholms län har sammanställts blev klar 2004 (Österman, 2004).

Äldrecentrums uppdrag i denna studie är att beskriva hur samverkan inom äldreområdet fungerar mellan huvudmännen med utgångspunkt från de samverkansavtal som finns mellan landstinget och respektive kommun samt ändringen av lagen om utskrivningsklara, som trädde i kraft den 1 juli 2003. I denna studie görs en kartläggning av hur berörd personal i olika befattningar inom hälso-

¹ Ett projekt inom Stockholms län med syfte att stimulera personalutveckling och samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län.

och sjukvården och kommuner beskriver att samverkan mellan huvudmännen fungerar.

Syftet är att ta tillvara deras erfarenheter, vad som underlättar eller försvårar samverkan, samt i övrigt kartlägga vad som underlättar eller försvårar vid samverkan.

BAKGRUND

VAD MENAS MED SAMVERKAN?

Samverkan betyder enligt Nationalencyklopedins ordbok (1996) gemensamt handlande för visst syfte och samverka; att handla eller fungera gemensamt för visst syfte (Nationalencyklopedins ordbok 1996). Synonymer till ordet samverka är medverkan, medarbetarskap, gemensamt uppträdande, samspel, samklang, harmoni, samråd (Ord för ord – svenska synonymer och uttryck, 1987)

Vad som menas med samverkan framgår inte i någon lag men i samverkanspropositionen (1996/97:63) beskrivs samverkan som ett medel att öka välfärden för den enskilde och ge ekonomiska vinster för samhället.

Samverkan en viktig framgångsfaktor

Ett annat sätt att beskriva samverkan är att försöka gradera den i olika nivåer. I Stockholms läns landstings utredning (2004) om den framtida närsjukvården finns en sådan skala. Nivåerna är:

- *”känna till kunskap om den andra organisationens existens och att den genomför aktiviteter riktade till målgruppen – men ingen direkt kontakt*
- *konsultation – envägskommunikation mellan de agerande till exempel att man efterfrågar något från den andre*
- *Samråd – en översiktlig information av de agerandes aktiviteter så att dessa inte kolliderar eller motverkar varandra*
- *Samarbete – samplanering av aktiviteter för att förstärka effekterna av dessa och utnyttja de gemensamma resurser a på ett mer optimalt sätt*
- *Sammansmältning/integration – då organisationerna lägger samman sina resurser för att på så vis uppnå största möjliga effekt av insatta resurser”*

I utredningen framhålls att en framgångsfaktor för närsjukvården blir att välja rätt typ av samverkan för olika behov. Den föreslår att så många samarbetspartners som möjligt tillsammans i dialog arbetar fram en gemensam bild av behoven. Förutom en kartläggning framhålls också behovet av en gemensam bedömning av behoven av samordnade insatser, att involvera patient och intresseorganisationer samt att ha en tydlig struktur för samverkan och för framtida utvecklingsområden.

Erfarenheter av samverkan

Socialstyrelsen har presenterat en serie utvärderingar av samverkansprojekt inom olika delar av offentlig sektor från hela landet.

Socialstyrelsen (2001) konstaterar, att samarbete inte är ett mål i sig utan ett medel för att åstadkomma en bättre process och ett gott resultat för individen som i sin tur kan leda till goda samhällsekonomiska effekter. För att resultatet av samverkan ska vara av god kvalitet för den enskilde behöver de berörda aktörerna stöd och tid för att utveckla ett gott samarbetsklimat. Några faktorer som bidrar till ett gott samarbetsklimat är ett gemensamt ledarskap, möjlighet till dialog och möten för de samverkande parterna, att aktörernas kompetenser kompletterar varandra, samt gemensamma värderingar och förebilder. Aktiviteter på alla nivåer i en organisation underlättar ansträngningarna att skapa ett bra samarbetsklimat. En annan framgångsfaktor som lyfts fram är fokusering på behov utifrån en helhetssyn.

Samverkan kan enligt Socialstyrelsen (2002) uppfattas som en del i arbetet att omdana välfärdssystemet. Några motiv för samverkan som lyfts fram är behovet av att överbrygga välfärdssystemets sektorisering som bland annat innebär att personer med sammansatta behov som inte kan lösas av en organisation riskerar att hamna i en gråzon mellan verksamheter. Erfarenheterna visar att det finns stor risk att försök att samverka misslyckas bland annat på grund av missförstånd eller motsättningar. Behovet av samverkan framgår också av de studier som gjorts om multisjuka av Stiftelsen Äldrecentrum (Gurner & Thorslund, 2003)

Ohlsson (1990) anger ett antal förutsättningar som ger en god grund för samverkan. Bland andra en bärande ide, eldsjäl, finansiering, förankringsprocess, långsiktighet och att minska personberoendet.

Fördelar och hinder med samverkan

Socialstyrelsen (2001) sammanfattar olika hinder och framgångsfaktorer för samverkan. Fördelar med samverkan beskrivs ur individ, organisation och samhällsperspektiv. De fördelar som Socialstyrelsen framhåller på individnivån är att förtroendet för offentliga organisationer ökar. Organisationerna vinner på att samverka genom att de får tillgång till andra organisationers resurser och ökade kunskaper om möjligheter att lösa problem utanför den egna organisationen. För samhället framhålls ekonomiska vinster.

De svårigheter som kan uppstå i samverkan beror enligt utredningen bland annat på

- att myndigheter har skilda uppdrag och mål som påverkar agerandet i olika frågor kan utgöra ett hinder för samverkan. För den enskilde är det svårt att överblicka vilka strukturer som påverkar och styr aktörerna.

- att insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna myndigheten ofta kan missgynna den enskilde
- att hinder för samverkan ofta finns hos de anställda. Osäkerhet och dålig kunskap om andra verksamheter är måhända den viktigaste orsaken
- att medarbetarnas värderingar och människosyn påverkar möjligheten till samverkan. Attityder och värderingar har växt fram under lång tid och utgör normer som är mycket svåra att förändra.
- att både organisatoriska och yrkesspecifika revir kan utgöra hinder för samverkan. Reviren finns, skapas och upprätthålls av dem som finns i organisationerna. Hur samarbetet utvecklas beror främst på hur trygga de anställda är sina roller och hur de stöds av sina organisationer.

Prioriteringar i vård och omsorg

I all vård och omsorg inom både kommun och landsting har det varit nödvändigt att ställa både olika behov och olika krav mot varandra och att göra prioriteringar (Lund 2003). Behovet av tydliga och öppna prioriteringar blir allt tydligare i tider då gapet mellan tillgängliga resurser och den enskildes behov av vård och omsorg ökar. Kommunerna har ett omfattande hälso- och sjukvårdsansvar för de äldre inom särskilda boendeformer och hälften av Sveriges kommuner har även ansvar för hemsjukvården.

Enligt Prioriteringsdelegationen² (SOU 2001:8) har kommunerna prioriterat alltmer kvalificerad omvårdnad på bekostnad av enklare serviceinsatser. Det är inte bara Ädelreformens ändrade ansvarsfördelning och kommunernas ansträngda ekonomi som gjort att de i högre grad prioriterat insatser med mer kvalificerad omvårdnad. Lika viktigt har varit landstingens förändrade inriktning mot allt kortare vårdtider i slutenvården och en uttalad inriktning mot öppnare vårdformer som har ställt nya krav på kommunerna. Fortsatt vård och omsorg efter sjukhusvistelse i det egna hemmet eller i särskilt boende har krävts i utökad utsträckning av kommunerna.

Lund (2003) konstaterar att Prioriteringsdelegationens slutsatser främst lyfter fram behovet av att diskutera gemensamma prioriteringar och strategier för bättre samverkan mellan kommuner och landsting. ”Sådan samverkan måste utvecklas både på den politiska nivån, i de administrativa rutinerna och i det rena patientarbetet. Detta är en nödvändig förutsättning för att enskilda inte ska riskera att hamna mellan stolar. Det gäller inte minst för vården i livets slutskede. ”Bättre samverkan angående läkarmedverkan, överföring av information mellan huvudmännen och rehabilitering är också nödvändigt” (a a sid 14). Författaren menar att öppna prioriteringar³ ställer stora krav på faktainsamling och analys av beslutsunderlag som belyser effekter av olika beslut.

² Prioriteringsdelegationen har haft regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera riksdagens beslut om prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

³ En öppen prioritering innebär enligt Liss (2000) refererad i Lund (2003) att prioriteringar ska vara resultatet av medvetna val, att grunder eller principer för prioriteringar ska vara kända, att konsekvenserna av prioriteringar ska vara kända samt att besluten grunderna och konsekvenserna ska vara tillgängliga för alla som önskar ta del av dem.

Ansvarsfördelningen i vården och omsorgen om de äldre

Ädelreformen 1992, genomfördes bland annat för att komma till rätta med de problem som fanns i samverkan mellan kommunerna och landstingen och det delade ansvaret för äldreomsorgen. Erfarenheterna har visat att Ädelreformen inte löste alla svårigheter och diskussionerna om hur vården och omsorgen om de äldre skall organiseras har sedan dess gått vidare. Det råder en stor enighet om att god vård och omsorg om de äldre förutsätter nära samverkan mellan såväl olika professioner som samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Efter Ädelreformen har kommunerna huvudansvaret för äldreomsorgen, både att anordna hemtjänst och driva äldreboenden. Inom äldreboenden ansvarar kommunerna för all vård och omsorg upp till sjuksköterskas, arbetsterapeuts och sjukgymnasts nivå, medan det är landstinget som ansvarar för läkarvården. Ansvaret för rehabilitering och för hjälpmedel för pensionärer som bor i ordi-närt boende är några områden där ansvaret mellan huvudmännen fortfarande är oklart.

Landstingen ansvarar för primärvården för alla som bor i eget boende, men hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen gör det möjligt för kommunerna och landstingen att avtala om att överföra ansvaret för hemsjukvården för de äldre till kommunen. I Stockholms län finns för närvarande en kommun, Sigtuna, som ansvarar för hemsjukvården för de äldre i eget boende. I landet i övrigt är andelen hälften.

All sjukvård som kommunen bedriver räknas enligt hälso- och sjukvårdslagen, som öppenvård, även de insatser som ges i ett särskilt boende. Landstingen ansvarar för all slutna sjukvård oavsett åldersgrupp, men kommunerna har betalningsansvar för de över 65 år, som ligger kvar på en slutenvårds-klinik fem dagar efter att de blivit utskrivningsklara.

Vad styr samverkan inom äldreområdet?

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ger kommunerna och landstingen skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre.

Kommunerna ska enligt socialtjänstlagen samverka med landstinget både på övergripande nivå och på individ nivå.

- Socialtjänstens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, med organisationer och andra föreningar. (SoL 3 kap 5§)

- ”Kommunen ska även i den uppsökande verksamheten till grupper och enskilda samverka med andra samhällsorgan, organisationer och föreningar.”(SoL 3 kap 4 §)
- Socialtjänsten ska delta i samhällsplaneringen och i planeringen av insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder finns en skyldighet att samverka med landstinget, andra samhällsorgan m fl (SoL 3 kap 1§ och 5 kap 8§)

Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården. (HsL §8)

Lagen om betalningsansvar

Många samverkanskontakter mellan kommunerna och landstingen sker med stöd av den så kallade betalningsansvarslagen (SFS 1990:1404). Den infördes i samband med Ädelreformen och reglerar hur landstingen och kommunerna ska samverka vid utskrivningen av äldre från sjukhus. Lagen ger kommunerna ett betalningsansvar för äldre som vårdas på sjukhus utan att längre ha behov av vård inom landstingets slutenvård. Efter en omarbetning av lagen (SFS 2002/03:193) som trädde i kraft den 1 juli 2003 infördes begreppet ”utskrivningsklar”. Tidigare användes begreppet ”medicinskt färdigbehandlad”. Fem dagar efter att en läkare har förklarat en person över 65 år utskrivningsklar inträder kommunens betalningsansvar. För personer som vårdats inom psykiatri inträder kommunernas betalningsansvar efter 30 dagar. I lagens förarbeten motiveras skillnaden med att ”huvudmännen behöver längre tid för kartläggning och planering för att kunna erbjuda boende som utgår från och är anpassade till psykiatriska patienternas samlade behov”

Syftet med omarbetningen av lagen var att förbättra samarbetet när äldre skrivs ut från sjukhus. Omarbetningen innebar att reglerna för samarbetet och ansvaret för de utskrivningsklara skärptes och tydliggjordes, bland annat när det gäller primärvårdens roll. Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Kommunernas betalningsansvar inträder först när en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

Bestämmelserna i betalningsansvarslagen påverkar idag i hög utsträckning både biståndsbedömarens arbete och arbetet på sjukhusen. Det genomförs dagligen många vårdplaneringar där förutom pensionärerna som är på väg att skrivas ut från sjukhuset också biståndsbedömare, läkare, sjuksköterskor, anhöriga m fl deltar. Vårdplaneringarna har enligt reglerna föregåtts av olika kontakter via fax, e-mail eller telefon.

Övriga bestämmelser

Flera nya lagbestämmelser har införts under 2000-talet för att underlätta samverkan mellan kommunerna och landstingen och som ger huvudmännen möjligheter att organisera äldreomsorgen i nya former;

- Socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen har sedan 2002 likalydande paragrafer som ger kommunerna och landstingen möjligheter att träffa överenskommelser med försäkringskassan och länsarbetsnämnden om samverkan i syfte att uppnå en effektivare användning av tillgängliga resurser. (HsL 3§ 4p, SoL 2 kap 6§)
- Sedan den 1 juli 2003 finns en ny bestämmelse i Socialtjänstlagen som ger kommunerna och landstingen möjligheter att inrätta gemensamma nämnder inom vård och omsorgsområdet. (SoL 2 kap 4§)

Äldrevårdsutredningens betänkande; ”Sammanhållen hemvård” (SOU 2004:68), som presenterades våren 2004 går ett steg längre och föreslår att kommunerna får ett samlat ansvar för hemvården⁴ upptill läkares nivå. Om förslaget genomförs kommer de personalgrupper inom hemtjänsten och primärvården (bl a distriktsköterskorna) som idag samverkar i framtiden att tillhöra samma organisation.

Policy för Stockholms län - grund för samverkansavtalen

Samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget har sedan åttiotalet ofta, med några undantag, reglerats i olika samverkansavtal. 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre⁵. Enligt den är syftet med samverkan att

- tillförsäkra den enskilde en god vård, omsorg och rehabilitering,
- klargöra det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor, omsorg och rehabilitering samt
- verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna.

Enligt policyförklaringen skall

”i allt samarbete patientens /vårdtagarens bästa vara i fokus. Den enskildes rätt till vård och omsorg av god kvalitet skall vara riktpunkten i allt beslutsfattande och vid alla insatser. Brukarperspektivet och anhörigas inflytande blir en nyckel till såväl samverkan som till kvalitet i arbetet

De båda huvudmännen har ett sammanlänkat ansvar som innebär att få beslut inom vård och omsorgssektorn kan fattas av endera parterna utan att återverkningar skapas hos den andre huvudmannen. Före beslut av principiell betydelse skall gemensamma konsekvensbeskrivningar av förändringar göras av såväl vårdens kvalitet och

⁴ Med hemvård menas ”de integrerade sociala och medicinska insatser inklusive rehabilitering och hjälpmedel som den enskilde behöver i sitt boende”.

⁵ (Svenska kommunförbundets lokalavdelning 1998-03-04)

innehåll som kostnadseffekter. Den framtida medicintekniska utvecklingen och tillkomsten av nya vårdformer medför krav på helhetssyn nytänkande, gemensam planering och ett välutvecklat, strukturerat samarbetet på alla nivåer i organisationen”

I policyn anges vilka områden som är särskilt angelägna att samverka kring och som bör framhållas i de lokala avtalen. De är:

- Ömsesidigt ansvar att informera om planerade förändringar
- Rutiner för vårdplanering
- Samverkan kring rehabilitering
- Läkarinsatserna i de särskilda boendeformerna
- Samverkan mellan kommunal hemtjänst och landstingets hemsjukvård i det ordinära boendet,
- Utveckling av gemensamt förhållningssätt och kompetenshöjande insatser

Policyn är fortfarande aktuell och de samverkansavtal som nu gäller innehåller ovanstående punkter.

Närsjukvård med ansvar för lokal samverkan

Under 2004 har landstinget i Stockholms län genomfört en omfattande förändring av utförarorganisationen. Nu ansvarar åtta närsjukvårdsområden för primärvård, psykiatri och geriatrik. I närsjukvårdsområdenas uppdrag ingår också ansvaret för samverkan med kommunerna. Ansvaret omfattar även de enheter som drivs på entreprenad. Landstinget har genom omorganisationen fått en ny organisatorisk nivå med lokal anknytning som tidigare inte funnits och som kan underlätta både huvudmännens kontakter och samverkan. I utredningen om den nya organisationen framhålls att ”samordning mellan landsting och kommuner/stadsdelar blir alltmer en nödvändighet för att möta den förändrade behovsbilden”. En av målsättningarna är att styra en större del av hälso- och sjukvårdsinsatserna till primärvården och sjukhusen har fått ett mer uttalat ansvar att bedriva specialiserad sjukvård.

Den nya organisationen med närsjukvårdsområden motiveras av att befolkningens sjukdomsbild har ändrat karaktär. Den ökande andelen äldre i befolkningen kommer också att påverka hälso- och sjukvårdsbehoven. I landstingets utredning; Den framtida närsjukvården (2004) beskrivs målen för närsjukvården;

”Närsjukvården måste i större utsträckning byggas utifrån förändringar av ohälsa sjuklighet och vårdbehov i befolkningen. Vanliga sjukdomar ska i största möjliga utsträckning tas omhand av närsjukvården. För patienterna är det viktigt med tidig upptäckt och att vårdinsatserna sätts in tidigt i sjukdomsförloppet och är samordnade mellan olika vårdgivare.

Under perioden som denna studie pågick hade medarbetare från närsjukvårdsområdena ännu inte fullt ut etablerats och börjat delta i det reguljära samverkansarbetet.

SYFTE OCH FRÅGESTÄLLNINGAR

Syftet med denna studie är att undersöka vad kommunerna och landstingen samverkar om inom äldreområdet, hur samverkan sker och på vilka nivåer. Syftet är också att undersöka vilka erfarenheter personal från de olika huvudmännen har av samverkan, vad de anser behöver förbättras/förändras och vad som underlättar respektive försvårar samverkan?

- Vad innehåller samverkansavtalen och hur är de utformade?
- Vilken kännedom har berörda personalgrupper om de aktuella samverkansavtalen?
- På vilka sätt och om vad samverkar olika personalgrupper?
- Vilka är deras erfarenheter av samverkan hitintills?
- Vilka lokala utvärderingar har gjorts av samverkan mellan huvudmännen?
- Finns det planer på förändringar, samverkan i nya former o s v och hur motiveras i så fall dessa förändringar?
- Vad underlättar respektive försvårar samverkan?
- Vilka förslag finns till hur samverkan kan förbättras?

METOD OCH MATERIAL

Studien har genomförts genom intervjuer med företrädare för kommuner och landsting i tre områden i Stockholms län; Huddinge, stadsdelen Enskede-Årsta⁶ i Stockholms stad och Norrtälje och genom dokumentgranskning. Dokumentgranskningen har främst omfattat avtal, lagtext, tjänsteskrivelser och olika rapporter.

De som har intervjuats inom var och en av de undersökta kommunerna är beställarchef, hemtjänstchef, biståndsbedömare, enhetschef och en medicinskt ansvarig sjuksköterska. Från landstinget har beställarchef och avtalsekreterare från de tre berörda beställarkontoren intervjuats. Dessutom har läkare, sjuksköterskor, rehabpersonal inom geriatrik och primärvård intervjuats i de tre undersökta kommunerna/stadsdelen.

Intervjuerna har gjorts av författarna. De flesta intervjuerna har genomförts på de intervjuades arbetsplatser och har tagit mellan en och en och en halv timme. Intervjuerna har både varit individuella och i grupp och har dokumenterats med anteckningar, som har renskrivits. Totalt har 25 intervjuer genomförts varav två per telefon. Intervjuerna gjordes under perioden april-december 2004. Totalt har ca 35 personer intervjuats. (Intervjuguide se bilaga 1.)

⁶ Studien omfattar inte den övergripande samverkan mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting utan stadsdelen Enskede-Årsta behandlas här som en självständig kommun.

Val av undersökningsområden

De tre undersökta områdena valdes för att representera kommuner med olika storlek, befolkningssammansättning, social struktur, tätort och glesbygd.

Inom respektive kommun/stadsdel har de intervjuade biståndsbedömarna, hemtjänstcheferna och företrädarna för primärvården arbetat inom samma geografiska område; i Huddinge i ett förortsområde, i Enskede-Årsta i ett närförortsområde och i Norrtälje i glesbygd.

I Huddinge bor 86 000 invånare. Befolkningen är relativt ung. Ca 11 procent är 65 år och äldre. Genomsnittet i länet är 14 procent. I Huddinge är medelinkomsten 166 000 kr. Motsvarande belopp bland de äldre i hela länet är 169 000 kr (Stockholms läns landsting 2003) I Huddinge ligger ohälsnivån⁷ för de äldre nära genomsnittet för kommunerna i Stockholms län. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001)

I Enskede-Årsta bor ca 46 000 invånare och ca 17 procent är 65 år och äldre. Medelinkomsten är 148 000 kr. (Stockholms läns landsting, 2003) Befolkningens hälsa är relativt sett dålig och ohälsotalet för de äldre är bland de högsta i länet. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001)

Norrtälje kommun har den äldsta befolkningen. Där bor ca 54 000 invånare, varav ca 20 procent är 65 år och äldre. Medelinkomsten är 137 000 kr. (Stockholms läns landsting, 2003) Ohälsnivån Norrtälje ligger på samma nivå som i Enskede-Årsta. (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001)

RESULTAT

Studien ger en orientering av hur samverkan bedrivs på olika nivåer. Presentationen börjar med erfarenheter från det som i den här studien kallas övergripande nivå. Med övergripande nivå avses ledningsfunktionerna för äldreomsorgen i de undersökta kommunerna/stadsdelen och inom landstingets beställaravdelningar. Den lokala nivån är där olika yrkesgrupper i sitt arbete möter de äldre; bland andra läkare, biståndshandläggare, distriktssköterskor och enhetschefer.

I de tre undersökta kommunerna/stadsdelen finns både likheter och skillnader i hur samverkansavtalen är formulerade och hur samverkan organiseras och genomförs. Likheter och skillnader finns både på övergripande nivå och på basnivån där personal som arbetar direkt med de äldre möts.

- Redovisningen av resultatet inleds med en kortfattad orientering om samverkansavtalen i de tre undersökta områdena och hur samverkan sker övergripande bland chefer och tjänstemän.

⁷Ohälsnivå anger den förväntade andelen med svår ohälsa i åldersgruppen 65-84 år

- Följande avsnitt behandlar de intervjuades erfarenheter av samverkan inom de områden där ansvarsförhållandena är oklara, så kallade gråzoner,
- Därefter presenteras de lokala befattningshavarnas erfarenheter av att samverka på lokal nivå.
- Det avslutande avsnittet tar upp faktorer som de intervjuade anser underlättar eller försvårar samverkan samt deras förslag och tankar på hur det gemensamma arbetet kan utvecklas.

Hur organiseras samverkan på övergripande nivå?

Samverkansavtalen grunden för samverkan

De flesta kommunerna i Stockholms län har samverkansavtal med landstingets beställaravdelningar⁸. De tre undersökta områdena med sin geografiska spridning, har avtal med olika beställaravdelningar.

Det finns samverkansavtal på två nivåer; grundavtal och lokala överenskommelser. Kommunerna och landstingets beställarorganisation ingår i grundavtal vars huvudsakliga syften är att tydliggöra ansvarsgränser och klargöra vad som är gemensamt ansvar. De nuvarande grundavtalen förutsätter att samverkansöverenskommelser också görs på lokal nivå inom varje kommun. Grundavtalen om samverkan i de tre undersökta kommunerna/stadsdelen har olika utformning, men innehåller motsvarande punkter, som finns i den ovan redovisade policyn för Stockholms län från 1998. Särskilda överenskommelser finns dessutom bland annat om läkarinsatser i särskilda boenden, samordnad vårdplanering m m.

I Huddinge och i Enskede-Årsta finns sedan många år både grundavtal (se bilaga 2), och lokala överenskommelser mellan primärvården och äldreomsorgen. I Huddinge kände alla intervjuade väl till avtalen. I Enskede-Årsta var det nuvarande avtalet känt bland dem, som ingår i samverkansgruppen, men övriga kände till de tidigare avtalen.

Norrtälje kommun har sedan 2004 ett grundavtal med Stockholms läns landsting. Samverkan har tidigare ägt rum utan någon formell grund. Inom äldreområdet finns ännu inga lokala överenskommelser. De flesta av de intervjuade i Norrtälje kände ännu inte till avtalet eller dess innehåll.

⁸Landstingets beställaravdelningar ansvarar för beställningar och upphandlingar av vård. De arbetar också med utveckling och uppföljning av verksamheterna.

Samverkansgrupper leder samverkan

Samverkan mellan landstinget och kommunerna inom äldreområdet ska enligt samtliga avtal ledas av samverkansgrupper bestående av tjänstemän⁹ både på övergripande och på lokal nivå. Samverkansgrupperna har också ansvaret att utvärdera samverkan. I de tre undersökta kommunerna finns samverkansgrupper, men med olika utformning.

Samverkansgrupperna på övergripande nivå för äldre i de tre undersökta kommunerna/stadsdelen har delvis olika sammansättning. Där ingår ofta de högsta cheferna för den kommunala äldreomsorgen, beställarchef och utförarchef. Ibland ingår också kommunchef eller motsvarande och den medicinskt ansvariga sjuksköterskan. Landstinget representeras av chefer och tjänstemän från beställarkontoret.

I Huddinge och i Norrtälje finns också samverkansgrupper på lokal nivå med företrädare för utförare från den kommunala äldreomsorgen och från primärvården. I Enskede-Årsta saknas lokala samverkansgrupper.

I flera av intervjuerna framkommer synpunkter på att landstingets och kommunernas organisationer inte passar ihop. Nivåerna är olika och ibland även de geografiska ansvarsområdena.

Vad gör samverkansgrupperna?

De intervjuade deltagarna i de övergripande samverkansgrupperna fick frågor om vad samverkansgrupperna arbetar med.

Samverkan vid förändringar och i planeringen av ny verksamhet

Av intervjuaren framkommer att det i samtliga undersökningsområden under det senaste året har skett olika förändringar både inom landstingen och i kommunerna, som rör vården och omsorgen av de äldre. Förändringarna har gällt både tillgängliga resurser och organisationerna.

Intervjuerna visar att samverkansgrupperna i första hand används av huvudmännen för att informera varandra om vad som händer i den egna organisationen, inte för att diskutera gemensamma lösningar. De arbetar endast i liten utsträckning med gemensamma projekt och har enligt de intervjuade heller inte någon direkt möjlighet att påverka varandras förslag om olika förändringar som genomförs. Några konsekvensbeskrivningar av förändringarna i verksamheterna har enligt de intervjuade inte redovisats.

Under 2004 har Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting också påbörjat ett gemensamt projekt där de ska se över organisationen av hälso- och sjukvården och den kommunala äldreomsorgen med målsättning att skapa en gemensam organisation. En viktig utgångspunkt för projektet är att Norrtälje sjukhus blir kvar som akutsjukhus. Arbetet med projektet har skett i olika ar-

⁹ Det finns även samverkansgrupper för politiker. De har inte intervjuats i denna studie.

betsgrupper. Några frågor som behandlas är vården av multisjuka, samordning av rehabiliteringsresurser och tillgången till sjukvårdskompetens i kommunala äldreboenden.

Utbildningsinsatser

I intervjuvaren framkommer det att samverkansgrupperna ännu inte har uppmärksammat de punkter i avtalen som rör utveckling av gemensamt förhållningssätt och kompetenshöjande insatser. Flera av de intervjuade menar att sådana insatser skulle bidra till att samverkan underlättas. I Huddinge genomfördes för några år sedan ett gemensamt projekt där olika yrkeskategorier fick gemensam utbildning om samordnad vårdplanering. Erfarenheterna var positiva. I Huddinge inbjuds också personalen kontinuerligt till föreläsningar på Novum, inom Karolinska institutet.

I samband med att Webcare introducerades (se nedan) erbjöds de blivande användarna en gemensam utbildning. Intervjuvaren visar att även denna utbildning var uppskattad.

Utvärdering och uppföljning

Det är samverkansgrupperna både på central och på lokal nivå, som har ansvaret att följa upp avtalen och samverkansgruppernas möten är också de forum där samverkan utvärderas. Några av de intervjuade framhåller att utvärdering och uppföljning är ett eftersatt område. De kontinuerliga uppföljningarna är muntliga och dokumenteras i minnesanteckningar. I Huddinge kommunen redovisas de muntligt för Äldrenämnden. I Huddinge har några särskilda uppföljningar gjorts bland annat av läkarinsatserna i särskilda boendeformer (2003). Samverkan i projektet Via Soléus (se nedan) utvärderades 2001 och ett projekt om informationsöverföring och samordnad vårdplanering 2003

I Enskede-Årsta genomfördes under 2004 en begränsad kartläggning, kallad Rätt väg i vårdkedjan. Enligt avtalet i Norrtälje ska samverkan utvärderas årligen. Den första utvärderingen ska göras under våren 2005.

Avvikelse rapportering

De intervjuade berättar att avvikelserapportering inte fungerar som det är tänkt. Intervjuvaren visar att det är oklart hur avvikelserna används i praktiken och det är också svårt att få en uppfattning om hur många avvikelseanmälningar som görs.

Rutiner och riktlinjer

Intervjuvaren visar att samverkansgrupperna också arbetar med att ta fram gemensamma riktlinjer i olika frågor. Exempel är lathundar och rutiner för bland annat vårdplanering och samordning vid utskrivning från sjukhus Dessa bidrar enligt de intervjuade till att underlätta samarbetet. De intervjuade berättar att den omarbetade lagen om utskrivningsklara som trädde i kraft den 1 juli 2003 har upptagit en stor del av samverkansgruppernas möten under det senas-

te året. Respektive huvudmän har brottats med svårigheter att tolka lagen. Tolkningar gjordes till en början på olika sätt och samarbetet fungerade dåligt.

Gemensamma verksamheter

Utöver de löpande samverkanskontakterna finns några gemensamma projekt i de tre undersökningsområdena som kommunen och landstinget driver tillsammans. Tidigare fanns det fler projekt men de allra flesta lades ner i och med att finansieringen genom det statliga projektet Rehab 300 upphörde.

”Via Soléus” i Huddinge

Huddinge kommun och landstinget driver en gemensam rehabiliteringsenhet, Via Soléus som kommunen är huvudman för och finansieras till 75 procent av kommunen och 25 procent av landstinget. Enligt avtalet har enheten ”ansvar när rehabiliteringen är mer omfattande och där det krävs insatser av mer än en yrkeskategori”, s k hemrehabilitering.

”Blidömodellen”

På Blidö arbetar en undersköterska i nära kontakt både med distriktssköterskan och med hemtjänsten. Erfarenheterna av denna resurs är mycket positiva. Kommunen och landstinget delar på lönekostnaderna.

”Bryggan”

Bryggan i Norrtälje är ett kommunalt korttidsboende med 16 platser där landstinget i mån av plats har möjlighet att köpa rehabplatser. De senaste månaderna har det inte varit möjligt för landstinget att ”köpa” några platser då alla platserna har varit upptagna.

Webcare - ett gemensamt program för samordnad vårdplanering

Ett annat exempel på samverkan är det IT-baserade vårdplaneringssystemet Webcare. Intervjuszvaren visar att under årens lopp har mycket arbete lagts ner på att utarbeta olika rutiner för att klarlägga hur informationen ska gå mellan de olika huvudmännen när äldre patienter som omfattas av lagen om betalningsansvar skrivs ut från sjukhus.

Under 2004 introducerades Webcare och används i studiens tre undersökningsområden. Programmet har utarbetats med utgångspunkt från befintliga dokument om hur samverkan ska ske i samband med utskrivning från slutenvården.

Något som alla de intervjuade tycker är positivt med Webcare är att slippa hanteringen av faxmeddelanden och att vårdplaneringsprocessen är lätt att följa.

I de tre undersökta områdena är det endast i Huddinge som Webcare är infört på alla nivåer. I Enskede-Årsta och Norrtälje har det ännu inte installerats hos samtliga befattningshavare. Förväntningarna har varit stora och de erfarenheter som har redovisats i intervjuerna är övervägande positiva. Det frågetecken som

finns rör systemets säkerhet och användbarhet. Synpunkter som har framkommit är att läkarna saknar att det inte går att skicka dokument via Webcare och att de upplever att administrationen har ökat. En annan kritik som framkommer i intervjuerna är att vårdcentralerna inte alltid öppnar kallelserna till vårdplaneringar som skickas i Webcare. Det innebär att Webcare ännu inte fungerar som det heltäckande vårdplaneringsredskap, som det är tänkt att vara.

Gråzoner – i gränslandet mellan landstinget och kommunen

Gråzoner uppstår när det inte är klart vilken huvudman som har ansvaret. Fenomenet med gråzoner är inte nytt utan har uppmärksammats under en lång följd av år. Gråzoner leder enligt intervjuaren till att samverkan försvåras och innebär att enskilda individer riskerar att inte få sina behov av vård och omsorgsinsatser tillgodosedda. Det är framförallt två områden där det enligt de intervjuade finns många oklarheter. När är en patient utskrivningsklar? Vilken rehabilitering ansvarar respektive huvudman för?

I de diskussioner som följer av den ansträngda ekonomiska situationen inom kommuner och landsting, finns mycket att reflektera över och att dra lärdom av påpekar några av de intervjuade. Flera av de intervjuade upplever att gråzonerna blir större ju mindre pengar respektive huvudman har och att de båda huvudmännen bevakar sina ansvarsområden och sätter tydliga gränser. Då blir det enligt de intervjuade viktigt att ha riktlinjer om ”vem gör vad”.

Två av de intervjuade beställarcheferna, en från landstinget och en kommunal, beskriver svårigheten att fånga intentionerna för samverkan, i de dokument som används som hjälp. Deras erfarenheter är att dokumenten främst fungerar för att avgränsa de olika aktörernas ansvarsområde och skyldigheter. Det som saknas är enligt dem delar som beskriver hur samverkan kan bidra till att vården och omsorgen för den enskildes bästa utvecklas.

När man skriver riktlinjer eller lathundar är det viktigt att fokusera på vad man ska göra och inte fokusera på vad man inte ska göra. Det är viktigt att ha det positiva i fokus

Beställarchef, landstinget

Oklart ansvar för rehabilitering

Intervjuerna visar att det finns stora oklarheterna i ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län när det gäller rehabilitering/återhämtning, både efter vård i slutenvården och för övriga rehabiliterande insatser. Var slutar slutenvårdens ansvar och när ska öppenvården ta över? Det är ingen lätt fråga att besvara. Under de korta vårdtiderna inom slutenvården kan rehabiliteringen enligt de intervjuade inte slutföras.

Rehabilitering är ett stort problem i Stockholms län. Kommunerna har olika syn på vilket ansvar de har för rehabilitering. Det gör att det blir svårt att ha en dialog om

rehabiliteringsansvaret. Många intressanta projekt om samverkan i rehabiliteringsfrågor har startat, men dessa har lagts ner då huvudmännen inte är överens om vem som ska betala.

Chefläkare, landstinget

Rehabilitering är ofta avgörande för i vilken utsträckning en person kan återfå sina funktioner efter en stroke eller liknande. Landstinget och kommunerna har sedan Ädelreformen haft olika målsättning för rehabiliteringen av äldre. Landstinget har ansvaret för rehabilitering för pensionärer som bor i ordinärt boende och målsättningen är förstärka den enskildes funktioner. Inom särskilda boendeformer har kommunen ansvar för rehabiliteringen och ansvaret definieras ofta som att ge hjälp till den enskilde att upprätthålla funktioner.

Vilken rehabilitering som den enskilde får beror på om personen bor i ordinärt boende eller i särskilt boende. En av de intervjuade beställarna inom landstinget ifrågasätter om en sådan uppdelning är förenlig med lagstiftarens intentioner om att ge den enskilde vård och omsorg av god kvalitet. Några andra av de intervjuade frågar sig om det är samhällsekonomiskt det bästa att inte alla får möjligheter att återfå så mycket av sin funktionsförmåga som möjligt. En biståndshandläggare inom kommunen undrar

..var ska man lägga ribban för de äldre när det gäller rehabilitering? Här krävs prioriteringar. Är det smart att utestänga gamla människor från rehabiliteringsinsatser och istället sätta in hemtjänstresurser?

Biståndshandläggarechef, kommunen

Hon säger att de äldre inte vill vara beroende av äldreomsorgen. De vill klara sig själva. Hennes förslag är att satsa mer på rehabilitering och på förebyggande hälsovård tex riktade hälsoundersökningar så att man i tid kan bromsa de gamlas omfattande behov av hemtjänst och särskilt boende.

Utifrån intervjuerna verkar frågor om vem som har ansvaret för rehabilitering mindre kontroversiellt i Huddinge än i de övriga områdena. Tillgången till korttidsplatser samt den gemensamma rehabiliteringsenheten Via Soléus (se ovan) innebär att det finns tillgång till resurser, som kan tillgodose behoven av rehabilitering.

Det medicinska ansvaret i de särskilda boendeformerna

Ett annat exempel på gråzon, som framkommer i intervjuerna är var gränsen går för kommunens ansvar för den medicinska vården i de särskilda boendeformerna. Vilka behandlingar ska de äldre som bor i de särskilda boendeformerna kunna få på plats utan att behöva flyttas till ett sjukhus? Flera av de intervjuade anser att det behövs en större klarhet vad kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar och att det skulle underlätta samverkan om det blev klarlagt. Frågan var på olika sätt aktuell i samtliga av de undersökta områdena. De intervjuade läkarna och sjuksköterskorna inom slutenvården anser att olikheterna försvårar samverkan. I intervjuerna framkommer exempel från samtliga områden som visar att kompetensen i hälso- och sjukvård varierar mellan de

olika särskilda boendena. Enligt de intervjuade vid de geriatriska klinikerna är det relativt ofta oklart om hälso- och sjukvårdskompetensen är tillräcklig i det särskilda boendet för att kunna ta emot en blivande hyresgäst. Det uppstår då och då även diskussioner om en enskild person kan återvända till sitt särskilda boende efter en sjukhusvistelse på grund av att omvårdnadsbehovet har ökat. I Huddinge har läkare med ansvar för särskilda boenden vid några tillfällen hindrat personer att skrivas ut från sjukhus med hänvisning till att det särskilda boendet inte skulle klara av att tillgodose vård och omsorgsbehovet.

Andra gråzoner

Vid intervjuerna framkommer ofta att det finns en osäkerhet om vem som gör vad inom öppenvården främst när det gäller vilka medicinska arbetsuppgifter som distriktssköterskorna kan delegera till hemtjänstpersonalen och i vilka situationer. När kan eller skall hemtjänstpersonal hämta läkemedel på apoteket, överlämna läkemedel till pensionärerna eller hjälpa till att ta på stödstrumpor? Flera av de intervjuade i de undersökta områdena upplever att diskussionerna oftare sker med utgångspunkt från den egna organisationens perspektiv än med utgångspunkt från den berörda individens. Att insatserna samordnas är extra viktigt för dem som har mer omfattande vård och omsorgsbehov.

Exempel ges också vid intervjuerna om ”nya” gråzoner. Ett exempel gäller ansvaret för att pensionärer som bor i ordinärt boende får i sig tillräckligt med mat. En biståndshandläggare berättade:

Vi ringer distriktssköterskan och jagar henne i ett – dom är så hårt pressade för de personer som vårdas hemma är riktigt knackiga i dagsläget. Jag har fem pensionärer som ligger hemma och svälter, de tynar bort. De skulle behöva in på sjukhus och få dropp eller matas. Hemtjänsten har inga medel att klara av detta.

En distriktssköterska ger ett annat exempel. Hon försökte delegera munvård till hemtjänsten, för en person som sondmatades, men där hemtjänsten inte ville åta sig den uppgiften.

Kommunernas och landstingets samverkan på lokal nivå

Samverkan om vad och vilka?

Kommunernas och landstingens samverkan lokalt om äldre äger rum i öppenvården främst mellan hemtjänsten och primärvården. Insatserna riktas till pensionärer som bor i sina ordinära bostäder och som behöver vård och omsorg för att klara sin livsföring. Kommunerna och landstingen samverkar även i de särskilda boendeformerna där landstinget ansvarar för läkarvården.

En svag punkt i samverkan om enskilda, påpekar några av de intervjuade, är när ansvaret för vård- och omsorgsinsatser övergår från en huvudmans verksamhet till den andre huvudmannens. Det gäller övergången från slutenvården

till öppenvård eller till särskilt boende. Primärvård och hemtjänst har ett parallellt ansvar för vård och omsorgsinsatserna hos pensionärer i ordinärt boende. Det är i många situationer som samverkan måste fungera.

Kortare vårdtider

En vanlig uppfattning bland de intervjuade är att de pensionärer som nu får vård och omsorg i öppenvård har större vård och omsorgsbehov än de som tidigare fick vård och omsorg i hemmet. När äldre skrivs ut från sjukhus händer det att de är i ett så dåligt skick att personalen både inom hemtjänsten och i primärvården frågar sig hur pensionären ska klara sig hemma utan kontinuerlig tillsyn.

Ibland är vi tveksamma till att ta det medicinska ansvaret, men vi har ingen möjlighet att säga nej, Svårast är det med dem med demensproblematik.

Distriktssköterska, primärvården

Flera av de intervjuade upplever att utskrivningstakten har ökat sedan ändringarna i lagen om utskrivningsklara infördes 2003, en utveckling som de inte anser har gagnat den enskilde.

Utskrivningsklara vårdplaneras på löpande band. De gamla hinner inte mobilisera sig den korta tid de ligger inne.

Biståndshandläggare, kommunen

”Lagen om utskrivningsklara har fått motsatt verkan mot hur det var tänkt. Innan var samverkan mer informell och började på ett tidigare stadium. Nu är fokus på betalningsansvaret, inte på den enskilde”

Ansvarig sjuksköterska geriatrisk klinik

Det är den behandlande läkaren som avgör om/när en patient är utskrivningsklar. Kriterierna är att den enskilde inte längre ska vara i behov av vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. Då är det öppenvården; primärvården, hemtjänsten och särskilt boende, som ska ta över ansvaret för eventuella kvarstående vård- och omsorgsbehov. En patient kan stanna kvar på sjukhuset ytterligare några dygn, men då på kommunens bekostnad.

Flera av de intervjuade läkarna uppger att trycket på de geriatriska platserna är stort och därför angeläget att nya patienter kan skrivas in. På Huddinge geriatriska klinik uppger man att medelvårdtiderna har minskat med två dagar sedan 2002 och uppgår nu till 14 dagar. På Dalen är medelvårdtiden också ca 14 dagar, men har legat på den nivån de senaste åren. I Norrtälje har medelvårdtiden minskat med en halv dag och är nu 12 dagar. Där framhåller en läkare att förhållandena varierar mellan olika patientgrupper och att det därför är svårt att uttala sig generellt om vårdtidernas längd.

Olika ekonomiska styrmodeller påverkar aktörernas beteende. Inom slutenvården finns incitament att minska antalet vård dagar vid varje vårdtillfälle. Kommunens biståndshandläggare har krav på sig att ”ta hem” de äldre innan betal-

ningsansvaret träder in d v s inom fem vardagar efter det att landstinget anmält att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan¹⁰ har upprättats. För att klara detta krav krävs snabba vårdplaneringar. Det finns inte något exempel från intervjuerna att någon av kommunerna har låtit en person stanna kvar något extra dygn på kommunens bekostnad utan de äldre skrivs oftast ut till hemmet med hemtjänstinsatser innan kommunens betalningsansvar träder in.

Kostnaderna för betalningsklara (utskrivningsklara) är låg, men skulle man räkna antalet flyttningar mellan olika vårdformer som den enskilde får göra blir inte bilden särskilt munter. Dessa personer flyttas runt i väntan på en permanent lösning.

Chef för biståndshandläggarna

Tillgång till korttidsplatser underlättar samverkan

I intervjuerna framkommer att de förändringar som har genomförts och som berör resurserna inom äldreomsorgen och sjukvården har påverkat förutsättningarna för samverkan. Det gäller inte minst tillgången till korttidsplatser. I samtliga områden som ingår i studien har antalet korttidsplatser minskat de senaste åren. I Enskede-Årsta har de tagits bort, i Norrtälje har antalet halverats och i Huddinge minskat mer marginellt.

I Huddinge kommun där det finns god tillgång till korttidsplatser upplever de intervjuade inga problem med de utskrivningsklara. Korttidsplatserna räddar situationen, menar både biståndshandläggarna och personal från den geriatriska kliniken. De anser att de äldre många gånger är i behov av någon form av konvalescens efter sjukhusvistelsen. Omedelbar hemgång är enligt deras bedömning inte alltid den optimala lösningen. Tillgången till korttidsplatser innebär att de utskrivningsklara äldre som ännu inte bedöms klara sig hemma kan erbjudas en vårdform som alla som deltar i vårdplaneringar oftast är helt eniga om.

Enligt de intervjuade från Norrtälje innebär bristen på korttidsplatser att det har blivit svårare att skriva ut de patienter från sjukhuset som bedömts vara utskrivningsklara, men som inte klarar att komma hem. Fler patienter ligger därför kvar på sjukhuset.

I Enskede-Årsta har man numera nästan inga personer som ligger kvar på sjukhus sedan betalningsansvaret har inträtt. Inriktningen är istället att ta hem de äldre direkt efter en sjukhusvistelse. Enhetscheferna inom hemtjänsten är införstådda och beredda att ge insatser till personer som skrivs ut från sjukhusen även de med omfattande vård och omsorgsbehov. Förutsättningarna är dock många gånger inte de bästa eftersom eventuella hjälpmedel enligt en intervjuad enhetschef oftast inte levereras i tid. Korttidsplatserna i Enskede-Årsta togs bort, sedan en undersökning visade att de hade använts som en förlängning av sjukhusvistelser eller för rehabilitering av personer i ordinärt boende. Enligt stadsdelsnämnden hade landstinget då ”vältrat över ansvaret” och därmed kostnaderna för vård som de är ansvariga för.

¹⁰ Vårdplan – plan som beskriver planerad och beslutad vård för berörd individ (SOU 2004:68)

Vårdplaneringar

Vårdplaneringar syftar till att samla all information om en enskild som underlag för planering och beslut om fortsatta insatser från kommunens och landstingets sida. Det är vid vårdplaneringar, ofta vid utskrivning från sjukhus, som de lokala företrädarna möts. Det är främst lagen om utskrivningsklara, som anger spelreglerna. Lagen har i sin nya utformning enligt flera av de intervjuade lett till konflikter mellan huvudmännen om hur den ska tolkas. En krångligare och mer svårtolkad lag får man leta efter, menar några av de intervjuade. Enligt de nuvarande reglerna har sjukhuset ansvaret att kalla in berörda parter. De som ska kallas är, förutom den enskilde som vårdplaneringen rör, biståndsbedömaren, representant från primärvården och anhöriga. Frågorna som ställs är vad den enskilde kan klara själv, vilken hjälp som behövs och vem som har ansvar att ge hjälpen.

Primärvården saknas ofta vid vårdplaneringarna

Intervjuerna visar att vårdplaneringarna ofta fungerar i de enkla fallen, men flera av de intervjuade undrar till vilken nytta. Vårdplaneringarna upplevs inte som effektiva eller meningsfulla. I de mer komplicerade fallen finns många kritiska synpunkter.

”Vårdplanering är ett forum för informationsutbyte. Detta möte skulle i mångt och mycket kunna avhandlas per telefon. Primärvården är aldrig närvarande trots att de har en central roll i samverkan kring den enskilde.

Chefläkare, landstinget

En viss irritation framkommer både från biståndsbedömarna och från de geriatriska klinikerna i samtliga områden, då de berättar att företrädare för primärvården sällan eller aldrig är med vid vårdplaneringarna. Vid den känsliga övergången mellan olika vårdgivare anser man att det finns risk för missar i informationsöverföringen. Länken till primärvården verkar dock enligt våra intervjupersoner även tidigare ha varit svag. Förändringarna i lagen om utskrivningsklara skulle bland annat bidra till att öka primärvårdens deltagande. De intervjuade upplever inte att så blivit fallet och frågan är varför.

Problemen verkar enligt de intervjuade bestå både i att primärvården inte alltid blir kallade och att de ofta har svårt att närvara om kallelsen kommer med kort framförhållning. Flera av de intervjuade som arbetar inom primärvården berättar att de sällan kallas till vårdplaneringar. Webcare verkar inte ha förbättrat detta förhållande på det sättet som man förväntat sig. En distriktssköterska berättade att hon under de 1,5 år som hon har arbetat på vårdcentralen har blivit kallad till vårdplanering vid 5 tillfällen. Liknande erfarenheter redovisades från alla undersökningsområden.

En distriktssköterska vid en vårdcentral berättade att de har lämnat in två avvikelsetjänstanmälningar till beställarkontoret där samverkan inte fungerade internt inom landstinget. Det gäller två fall när en vårdcentral inte blev kallade till vårdplaneringar och där patienterna skrevs ut från sjukhuset utan att de blev informerade. Primärvården fick heller ingen information från hemtjänsten.

Följden blev att insatserna från vårdcentralen sattes in först efter några dagar och inte direkt efter hemkomsten, som hade varit motiverat.

Begränsade resurser kräver prioriteringar

Flera av de intervjuade i Enskede-Årsta och i Norrtälje menar att kortsiktiga istället för långsiktiga beslut kännetecknar samverkan runt utskrivningsklara. De hårda kraven på att "budgeten" ska hållas både inom kommunerna och i landstinget innebär enligt flera av de intervjuade att konsekvenserna för dem som får eller inte får insatserna inte alltid uppmärksammas. En chef för biståndshandläggare beskriver situationen på följande sätt:

Plånboken är alltid först! Alla professionella använder tid och kraft för att avstyra att ta ansvar för den enskilde. Är detta verkligen mitt bord - är det inte landstingets? Det naturliga borde väl vara att ha den enskilde i fokus och med gemensamma krafter lösa dennes situation på bästa sätt.

Biståndshandläggarchef

De personalkategorier som i praktiken tvingas göra dagliga prioriteringar, bland andra läkare och biståndshandläggare, beskriver situationen vid vårdplaneringar som ansträngd och förklaringen som anges är att det saknas resurser inom bägge organisationerna. De intervjuade menar att det i praktiken innebär att försöka se till att den egna organisationen inte behöver ta på sig ansvaret för den enskildes behov och situation. Ingen av de vi intervjuat har nämnt samverkan som ett sätt att minska sina kostnader.

Vårdplaneringsmöten ett arbetsmiljöproblem?

En annan svårighet när det gäller att få samverkan att fungera är att olika befattningshavare också ifrågasätter andra professioners kompetens. I intervjuerna från de tre undersökta områdena framkommer att bristen på respekt för varandras professioner är ett problem. Kommunernas biståndshandläggare berättar att de får "slås" för att försvara sitt ansvarsområde t ex när läkaren lovar den äldre att få flytta till servicehus. Det händer också att läkare får den fastställda diagnosen ifrågasatt av biståndshandläggare, som ibland ställer frågor om undersökningar som har gjorts eller vad provsvar har visat.

Det har hänt att jag har blivit ifrågasatt av biståndshandläggaren vid vårdplaneringarna. [...] Efteråt har jag tagit dem avsides och förklarat för dem att jag faktiskt inte sitter och ljuger för dem. De måste lita på det jag säger.

Geriatriker, slutenvården

Flera exempel ges av de intervjuade över situationer där de har blivit ifrågasatta av andra yrkeskategorier. De anser att det är ett problem som bottnar i okunskap om varandras arbetsområden och brist på tillit.

Intervjuerna visar att kontakterna mellan biståndsbedömarna och sjukhuspersonalen vid vårdplaneringar då och då upplevs som mycket obehagliga. Mötena kan vara så tuffa att läkare och sjuksköterskor inte vill delta. Enligt en av de

intervjuade har det hänt att sjuksköterskor valt att sluta sina anställningar för att slippa. På Dalens geriatriska klinik har personalen fått utbildning i de lagar som reglerar kommunens ansvar och som styr biståndsbedömarnas arbete för att öka förståelsen och underlätta kontakterna.

Biståndsbedömning med kort varsel

Det är många vårdplaneringar som görs och de anordnas ofta med kort framförhållning. Av intervjuerna framgår att det ibland kan innebära svårigheter framförallt för anhöriga och personal från primärvården att delta. För att kunna delta har biståndsbedömarna i de tre undersökta områdena organiserat sitt arbete på olika sätt.

I Huddinge och Enskede-Årsta deltar den biståndsbedömaren som är ansvarig för den aktuella personen i vårdplaneringen. I Enskede-Årsta har alla biståndsbedömaren avsatt tid för vårdplanering varje dag för att kunna delta med kort varsel.

Flera kommuner har förändrat sitt arbetssätt för att snabbt kunna vårdplanera när slutenvården kallar. Exempel på det är Norrtälje kommun som har tre biståndshandläggare som enbart arbetar mot sjukhusen och deltar i vårdplaneringar. Att begränsa antalet samverkanspartners visar sig också vara positivt för en god samverkan. När sjukhuset kallar till vårdplanering kan de snabbt komma dit och de har god överblick hur tillgången till korttidsplatser, hemtjänst, dagverksamhet och platser på särskilda boendeformer ser ut över kommunen. Biståndshandläggarna gör endast preliminära bedömningar med korta beslutstider. Tanken är att då den enskilde blivit bättre kan den ordinarie biståndshandläggaren ta över och göra en ny bedömning.

Detta arbetssätt får dock kritik från bland annat de intervjuade hemvårdsscheferna i kommunen och personalen inom slutenvården. Biståndshandläggarna känner inte pensionärerna och måste inhämta mycket information vid vårdplaneringarna. Besluten som sedan fattas blir enligt kritikerna inte alltid så bra för den enskilde.

Samverkan i öppenvården

Samverkan i öppenvården mellan primärvården och hemtjänsten ställer stora krav på personalen. De är den yttersta instansen i vårdkedjan och de har ingen att bolla över ansvaret till så länge den enskilde vill bo kvar hemma. Att det idag bor personer med större vård och omsorgsbehov hemma än tidigare är de intervjuade som arbetar i öppenvården överens om.

Det är primärvården som övertar det medicinska ansvaret från slutenvården. För de patienter som är i behov av insatser från hemsjukvården blir distriktsköterskan en viktig kontakt. Det är också distriktsköterskan som hemtjänsten kontinuerligt samarbetar med. Distriktsköterskorna kan delegera vissa arbetsuppgifter till hemtjänstens personal till exempel att överlämna läkemedel, eller att utföra enklare behandlingar. Omfattningen beror på hur kvalificerad hem-

tjänstens personal är. Primärvårdens sjukgymnaster och arbetsterapeuter ansvarar för rehabiliteringen i öppenvård och för förskrivning av hjälpmedel i hemmet. Framförallt arbetsterapeuterna samverkar mycket med kommunens hemtjänst.

I intervjuerna framkommer att primärvården är mycket hårt belastad. Man berättar om de ständigt ökade kraven på att klara av allt mer avancerad sjukvård i hemmen, något som också ställer stora krav på samverkan. Även kommunernas hemtjänst är hårt belastad.

En samstämmig bild är att samverkan om enskilda personer med behov av enklare insatser går bra även om det kan förekomma problem att få delegeringar om läkemedel att fungera. Svårigheterna i samverkan gäller främst personer med sammansatta behov. En distriktsläkare berättar följande.

De multisjuka patienterna som skickas in till sjukhus gång på gång är de svåraste fallen att samverka runt. ASIH¹¹ tar hand om många svårt sjuka i kommunen dygnet runt och det fungerar mycket bra. Tänk om det kunde finnas något motsvarande team som kunde åka hem till våra multisjuka. Bara vetskapen om att detta team fanns skulle spara många inläggningar på sjukhuset. Det är något både samhället och individen skulle tjäna på.

Distriktsläkare, primärvården

Av intervjuerna framkommer att hemtjänsten inte alltid kan erbjuda en stabil hjälp. Bemanningen är ofta låg och arbetsuppgifter blir inte alltid utförda då det saknas personal:

Jag kan inte garantera att insatserna kommer att utföras. Det är hårda prioriteringar som görs inom hemtjänsten. De får inte ta in vikarier när någon är sjuk, hur ska jag då kunna lämna in beställningar dit? Jag skäms – detta gagnar inte samarbetet.

Biståndshandläggare

Exemplet illustrerar de svåra förutsättningar som öppenvården arbetar under. Enligt våra intervjupersoner har satsningen på vård i hemmet, inte följts av att resurserna har utökats i motsvarande omfattning. Resurserna har inte anpassats till de behov som nu ska tillgodoses. Intervjusvaren visar också att de egna organisationerna upplevs som bräckliga och sårbara och insatserna inte alltid säkra och pålitliga.

Bostadsanpassning och hjälpmedel viktigt för att äldre ska kunna bo kvar i sina hem

Arbetsterapeuterna berättar om problem som uppstår då bostäderna inte är anpassade efter de äldres funktionsnedsättningar. Vårdplaneringarna görs på sjukhuset ofta utan kännedom om personens hemmiljö. Många gånger är bostäderna inte anpassade och stora svårigheter kan uppstå när den enskilde

¹¹ ASIH betyder avancerad sjukvård i hemmet

kommer hem. I glesbygden i Norrtälje bor många i sommarstugor, ibland med torrpass. Trappor och trösklar begränsar de äldre att kunna röra sig fritt i bostäderna. Det ställer krav på en god uppfinningsrikedom och okonventionella lösningar så att den äldre kan bo kvar hemma.

Utskrivningarna sker så fort idag så de äldre är i väldigt dåligt skick då de skickas hem. Patienten träffar läkare och sjuksköterskor på sjukhuset och där kan de ta sig ur sängen till toaletten. Men så kommer de hem, de kommer inte upp för trappan, tar sig inte över trösklar, kommer inte in på toan utan blir sittande i soffan där ambulanspersonalen lämnat dem.

Arbetsterapeut, primärvården

I Enskede-Årsta är utskrivningen av hjälpmedel ett problem för hemtjänstpersonalen eftersom leveranserna ofta drar ut på tiden och kommer långt efter att en person skrivits ut från sjukhuset. En hemtjänstchef berättar att det kan ta flera månader att få hem en lift. Under tiden arbetar hemtjänsten utan hjälpmedel vilket innebär stora påfrestningar för personalen och en riskfylld arbetsmiljö. Hemtjänstchefen anser att hjälpmedlen bör levereras när en person kommer hem från sjukhuset. Ju större behoven av vård och omsorg är ju viktigare är det.

Läkarinsatser i äldreboenden

Samverkan i öppenvård sker också i de särskilda boendeformerna där landstinget ansvarar för läkarinsatserna. I de tre undersökta kommunerna är ansvaret för läkarvården fördelat på läkare både på vårdcentraler, på den lokala avancerade hemsjukvårdsenheten; ASIH och de som arbetar på geriatriska kliniker. I Huddinge är planerna att ASIH i framtiden kommer att ansvara för läkarinsatserna vid samtliga särskilda boenden. Erfarenheten är att de har goda möjligheter att erbjuda bra kontinuitet i läkarvården.

Intervjusvaren ger både exempel på samverkan som fungerar till stor belåtenhet och där den inte löper problemfritt. De faktorer som de intervjuade framhåller för att samverkan ska fungera bra är från de särskilda boendeformernas sida främst att det är samma läkare som kommer och att läkaren är lättillgänglig vid akuta behov. De intervjuade läkarna framhåller vikten av att de särskilda boendena har tillräcklig bemanning med sjuksköterskor för att genomföra och följa upp givna ordinationer. En annan erfarenhet som framkommer är att kommunen och landstinget inte alltid är överens om vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som kan ges på ett särskilt boende. Några exempel är blodtransfusioner och dropp.

Förbättrings/förändringsområden

Under intervjuerna har förslag på olika förbättringar lyfts fram. De intervjuades förslag har gällt konkreta insatser för de äldre, organisationsförändringar anpassade efter de äldres behov, förnyade/förenklade arbetssätt samt utbildningsinsatser för personalen i samverkansfrågor och redovisas här nedan.

Förbättra informationen till de äldre och deras anhöriga

De intervjuade anser att informationen till de äldre måste förbättras. I dagsläget kan det vara svårt för de äldre och deras anhöriga att komma i kontakt med rätt instans både när det gäller hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala insatser. Det behövs en gemensam satsning mellan kommun och landsting som informerar om vart de äldre kan vända sig i olika situationer, anser flera av de intervjuade. Informationen ska vara lättillgänglig och finnas på offentliga platser som t ex vårdcentraler, bibliotek och apotek. De äldre skulle ha ett telefonnummer att ringa till för att få information om allt som gäller vård och omsorg. De befintliga trygghetsjourerna som finns i kommunerna idag är öppna dygnet runt och skulle kunna byggas ut och även innefatta hälso- och sjukvårdspersonal, påpekar de intervjuade biståndshandläggarna.

Ett exempel i denna riktningen är Vårdlotsen i Huddinge som startar våren 2005 i landstingets regi. Det är en jourverksamhet för multisjuka äldre. De personer som blir anslutna till Vårdlotsen, får tillgång till ett telefonnummer där de dygnet runt kan komma i kontakt med vården.

Tydliggör ansvarsfördelningen om rehabilitering

De intervjuade har framfört vikten av att tydliggöra ansvaret för rehabilitering mellan kommun och landsting. I intervjuerna ges flera exempel på personer som inte fått sitt rehabiliteringsbehov tillgodosett. Ansvarsfördelningen är inte klarlagd och kommunerna tolkar rehabiliteringsansvaret på olika sätt. Synen på rehabilitering måste klargöras, menar de intervjuade.

Anpassa insatserna och organisationen efter de äldres behov

Inför Äldreteam!

I intervjuerna med personal från primärvården och hemtjänsten framkommer förslag på att resurser måste omfördelas så att primärvården och hemtjänsten kan klara av att ta hand om personer med allt mer omfattande omsorgs- och omvårdnadsbehov. De intervjuade föreslår att äldreteam införs bestående av personal från primärvård och hemtjänst. De intervjuade beskriver ASIH som en väl fungerande vårdform för svårt sjuka i hemmet. Liknande team med olika personalkategorier som har uppbackning av läkarinsatser och tillgång till slutenvårdsplatser för snabb inläggning behövs för de äldre, anser de.

Möjlighet att återhämta sig efter sjukhusvistelse

Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver svårigheten med att bedöma de äldres behov direkt efter en sjukhusvistelse. De korta vårdtiderna är inte anpassade efter de äldres livssituation, betonar handläggarna. De behöver tid att vila upp sig, få tillgång till fortsatt omsorg och omvårdnad innan hemgång kan ske. Biståndshandläggarna föreslår att det skulle finnas konvalescenthem för de äldre där de kunde återhämta sig. Under den tiden skulle bättre möj-

ligheter finnas att planera hemgången för den enskilde i form av t ex hemtjänst-insatser och anpassning av bostaden med tekniska hjälpmedel.

Dalens geriatriska klinik har uppmärksammat att de patienter som skrivs ut till hemmet inte alltid får tillräcklig rehabilitering och erbjuder vissa patientgrupper fortsatt rehabilitering efter utskrivningen. Sjukgymnaster och arbetsterapeuter från kliniken fortsätter att träna patienterna i hemmet. En sjuksköterska har också kontakt med patienterna en tid efter utskrivningen och kan också vara stöd både till primärvård och hemtjänst.

Gemensamt ekonomiskt ansvar för de äldre med långa vårdtider

Ett annat förslag som framkommer i intervjuerna är att kommun och landsting ska ges ett gemensamt ekonomiskt ansvar för de äldre som har omfattande vårdtider. Dessa personer får insatser från både kommun och landsting men insatserna samordnas inte, konstaterar några av de intervjuade. En samfinansiering beskrivs som ett positivt ekonomiskt incitament och uppmuntrar till att ta gemensamt ansvar för de insatser som den enskilde är i behov av.

Gemensam uppföljning eftervård på sjukhus

En av de intervjuade anser att det borde vara en obligatorisk uppföljning av den enskildes situation en eller ett par veckor efter utskrivning från sjukhuset för att på så sätt kunna bedöma vilka insatser som har fungerat bra och vilka som behöver förbättras. Någon sådan uppföljning förekommer inte i dagsläget.

Utveckla nya former för vårdplanering

Flera intervjupersoner har beskrivit svårigheter i samband med vårdplaneringar. Den nuvarande utformningen av vårdplaneringar är inte optimal varken för den enskilde eller ur resurssynpunkt. Flera förslag på olika modeller för vårdplaneringar har framförts. Vårdplaneringarnas utformning behöver anpassas efter den enskildes behov av fortsatt vård och omsorg. För de personer som har behov av enklare insatser bör vårdplaneringen kunna skötas per telefon medan de med mer komplicerade behov av olika insatser skulle vara föremål för vårdplaneringar på sjukhus eller i hemmen.

I intervjuerna lyfter olika personalkategorier fram behovet av gemensamma vårdplaneringar i hemmet. För att kunna göra en mer korrekt bedömning av de fortsatta vård- och omsorgsinsatserna måste de äldres hemmiljö vara känd. Gemensamma hembesök med biståndshandläggare och distriktssköterska och vid behov även andra yrkeskategorier som t ex sjukgymnaster, arbetsterapeuter eller vårdbiträden skulle ge en helhetsbild över den enskildes situation.

Gemensam journal

Inom slutenvården och primärvården beskriver flera av de intervjuade de problem som uppkommer då man inte har tillgång till en och samma journal som rör den enskilde. Som det nu är kommer remisser och andra papper lätt bort. Sjuksköterskor och distriktssköterskor lyfter fram behovet av en gemensam dokumentation mellan primärvård och slutenvården. En patient – en journal!

Funktionen ”Tillcare” är ännu inte tillgänglig för dem som använder Web Care men möjligheterna finns och borde därför provas.

Utbildning till personalen

De intervjuade beskriver gemensamma utbildningsinsatser som en framgångsfaktor i samverkansarbetet. Flera anser att utbildning, information samt att praktisera på varandras arbetsplatser skulle öka kännedomen och respekten för varandras yrkesroller och efterfrågas i betydligt större utsträckning än vad som erbjuds i dagsläget.

Faktorer som underlättar samverkan

I intervjuerna framkommer en relativt samstämmig bild av olika faktorer som gynnar samverkan mellan de bägge huvudmännen. Nedan sammanfattas de områden som de intervjuade har lyft fram som faktorer som underlättar samverkan.

Samma mål - den äldre och deras anhöriga i centrum

Den äldre i centrum

Att ha ett brukarperspektiv dvs den äldre människan i centrum i samverkanssituationer ses som en framgångsfaktor. Några betonar vikten av att hitta individuella lösningar i varje enskilt fall. Det ses framförallt som en nödvändighet i de mer komplexa fallen t ex de multisjuka. Att hitta ”patentlösningar” för den gruppen ses inte som realistiskt då det är stora skillnader mellan individernas behov av vård, omsorg och service. Samverkan ställer krav på att alla professioner bidrar med sin kunskap och förmåga till individuell problemlösning tillsammans med den enskilde och eventuella anhöriga.

Anhörigas medverkan

Anhörigas medverkan ses som en central men underskattad framgångsfaktor och bortglömd resurs i samverkansarbetet. De intervjuade beskriver att anhöriga i dag får ta ett allt större ansvar för vård och omsorg av den enskilda och utgör en alltmer utsatt grupp.

Anhörigas medverkan vid t ex vårdplaneringar är ofta en förutsättning för den fortsatta planeringen av vården och omsorgen i hemmet. Kallelse till vårdplaneringar sker med kort varsel och i intervjuerna beskrivs svårigheten för anhöriga att kunna delta på grund av detta. Men de intervjuades erfarenheter är att mycket värdefull information om den äldres situation ges då anhöriga deltar i vårdplaneringen, vilket kan innebära en säkrare bedömning av den enskildes behov av insatser.

Chefens ansvar och attityd

Chefens attityd vägledande för medarbetarna

Chefernas ansvar att leda samverkansarbetet beskrivs som viktigt av de intervjuade. Det gäller chefer på alla nivåer inom de båda organisationerna. Chefen är den som sätter ribban och förmedlar attityder till sina anställda. Att cheferna har rätt attityd styr mer än organisationsformen anser några av de intervjuade.

Samverkan sker inte av sig självt, menar de intervjuade, man måste hela tiden jobba med nya problemområden som kommer upp. Som chef är det viktigt att lyssna in attityder och reflektioner om samverkansarbetet.

De intervjuade betonar att det bästa sättet att hålla samverkan vid liv är att ha en särskilt utsedd person som leder samverkansarbetet inom landstinget respektive kommunen. Ständiga förändringar sker hela tiden i form av nya organisationer, entreprenörer, gränsdragningar och ny lagstiftning vilket innebär att aktuell information måste finnas tillgänglig för medarbetarna inom respektive organisation.

Ta tillvara personalens erfarenheter och utbildningsbehov

Att lyssna på personalen och ta tillvara deras erfarenheter av hur samverkan fungerar är även ett område som ses som en framgångsfaktor av de intervjuade. De betonar att cheferna på olika nivåer i de bägge organisationerna har ett avgörande ansvar att åtgärda och föra vidare problem som uppstår i organisationerna.

Tydlig ansvarsfördelning och respekt för varandras yrkesroller

Flertalet av de intervjuade poängterar också vikten av en tydlig ansvarsfördelning så att var och en vet vad som förväntas av dem. Det skapar en tydlighet och därmed trygghet för respektive profession, menar några av de intervjuade. Fler exempel ges på hur man konkret har arbetat med att tydliggöra ansvarsfördelningen. I lokala samverkansavtal har fokus legat på att arbeta fram rutiner för att klargöra vem som gör vad.

Respekten för varandras yrkesroller poängteras som en framgångsfaktor. Respekt och tillit ger en god grund för ett gott samarbete. Det innefattar även att ha både kunskap och förståelse för andra professioners arbete och verksamhet, påpekar de intervjuade.

Personlig kännedom och personliga egenskaper

Merparten av de intervjuade ser personliga kontakter som en framgångsfaktor. Det är mycket lättare att samarbeta om man känner varandra. En god personkontinuitet upplevs som avgörande för att få samverkan att fungera bra. Att bygga upp ett samarbete beskrivs som ”en process som tar tid och som måste få verka fram”.

Personlig kännedom är lättare att uppnå på mindre orter, menar de intervjuade. Småskaligheten innebär att "alla känner alla". En tidvis omfattande personalomsättning inom både kommun och landsting är ett stort problem ur samverkanssynpunkt.

Att på olika sätt försöka begränsa antalet samverkanspartners har genomförts inom t ex Norrtälje kommun där tre biståndshandläggare deltar i vårdplaneringar på sjukhuset. På så sätt uppstår personkännedom vilket underlättar samarbetet.

Personliga egenskaper är också viktiga, menar flertalet oavsett vilken nivå de intervjuade befunnits på i sin organisation. Några av de intervjuade anser att det är en avgörande faktor för en bra samverkan. De intervjuade poängterar att det först och främst måste finnas en vilja att samverka, inga organisationsformer i världen kan lösa samverkansproblem om viljan att samverka saknas. De personliga egenskaper som lyfts fram av de intervjuade är främst att vara samarbetsvillig, prestigelös och serviceinriktad.

Faktorer som försvårar samverkan

Nedan sammanfattas de försvårande faktorerna som de intervjuade beskrivit, såsom den ansträngda ekonomin, olika synsätt på vård och omsorg samt oenigheten som finns om ett huvudmannaskap.

Gapet mellan resurser och behov

Samverkan på det sätt som avtalen anger fungerar på en abstrakt nivå, anser fler av de intervjuade. En av de intervjuade menar att det inte är svårt att prata samverkan, men att praktisera det i verkliga livet kan vara svårt nog. I slutändan är det alltid pengarna som styr, berättar de intervjuade och beskriver att politikernas direktiv till tjänstemännen är att medborgarnas behov ska tillgodoses och att budgeten ska hållas. Det går inte ihop, menar de intervjuade. Gapet mellan resurser och behov är för stort.

Den ansträngda ekonomin går som en röd tråd genom de flesta intervjuerna. Majoriteten av de intervjuade beskriver de svårigheter som uppkommer i samarbetet då respektive huvudman står inför svåra prioriteringar på grund av bristande resurser. Det handlar i mångt och mycket om platsbrist både inom den slutna vården och inom kommunens särskilda boendeformer. De intervjuade beskriver vårdplaneringssituationer där var och en "håller på sitt". Någon samverkan är det inte tal om. Var och en tolkar vad som är bäst för den enskilde utifrån den egna organisationens knappa resurser och ansvarsområden.

Samtidigt som resurserna är begränsade för de bägge huvudmännen sker ingen samordning av de totala medlen. De faktiska resurserna utnyttjas på fel sätt, anser några av de intervjuade. Organisationerna arbetar allt för ofta parallellt, vilket kan innebära att t ex primärvårdens undersköterska kommer hem till den

enskilde för att lägga om ett sår och därefter (eller samtidigt) så är kommunens vårdbiträde där och ger frukost.

Olika utbildningar – olika synsätt

Ett annat hinder för samverkan som tas upp i intervjuerna handlar om att personalen inom landstinget och kommunen har olika synsätt på den enskildes behov och självbestämmande.

En tänkbar orsak, tror några av de intervjuade, kan vara att personalens olika utbildningar med social respektive medicinsk inriktning ger skilda synsätt på den enskildes situation, vilket kan innebära svårigheter att förstå varandra. Personal inom kommunen såsom biståndshandläggare och enhetschefer berättar om sjukvårdpersonalens mer ”omhändertagande” synsätt. När omvårdnadsbehoven kräver dagliga insatser anser vårdpersonalen att den enskilde bör flytta till särskilt boende medan biståndshandläggarna anser att den äldres önskemål om att bo kvar ska tillgodoses så långt det är möjligt.

Olika organisationstillhörigheter

De olika organisationstillhörigheterna ses som ett hinder för en bra samverkan. Här nämns bland annat att kommunens och landstingets olika geografiska organisationer försvårar samverkan.

En annan orsak är att bägge organisationerna har dålig ekonomi vilket leder till strider om ansvarsfördelningen och upplevelsen av att man ”vältrar över kostnader” på varandra. Vidare tar de intervjuade upp att en obalans mellan kommunen och landstingets insatser leder till konflikter. Det kan t ex gälla när kommunen drar in korttidsplatser eller drar ner sjuksköterskebemanningen inom de särskilda boendeformerna. Det innebär en ökad belastning för landstinget.

Lösningen på dessa problem skulle vara ett gemensamt huvudmannaskap, anser merparten av de kommunalt anställda som intervjuats. Det är främst de ekonomiska motiven som lyfts fram av de intervjuade som förespråkar ett huvudmannaskap. De menar att man tvingas samverka på ett annat sätt då pengarna kommer från ett och samma ställe. Men även den nuvarande organisatoriska strukturen lyfts fram som ett argument för ett gemensamt huvudmannaskap. De nuvarande ”stuprören” där var och en sitter med sina speciella och begränsade kunskaper och ansvarsområden skapar revir.

Av de intervjuade som är landstingsanställda betonar majoriteten att de inte tror att ett huvudmannaskap skulle lösa samverkanssvårigheterna. Några av dem menar istället att en gemensam bild av den totala samverkanssituationen saknas. Det behövs en samsyn mellan sjukhus, primärvård och kommun för att komma till rätta med och få en bättre fungerande samverkan - inte ett gemensamt huvudmannaskap. De intervjuade distriktssköterskorna uttrycker tveksamheter att inte tillhöra samma organisation som läkarna.

DISKUSSION

Trots den genomgående negativa bild som resultaten ovan förmedlar är det mycket som fungerar bra, berättar de intervjuade. Att samverka runt patienter med enklare sjukdomsbild och insatser är inga större problem. Ansvarsområden och befogenheter tycks vara mer tydliga då insatserna inte är så komplexa. Svårigheterna i samverkan gäller främst personer med sammansatta behov.

De intervjuade som möter de äldre visar ett stort engagemang för att de äldre ska få en god vård och omsorg. Det framkommer vid intervjuerna att en del av de förhållanden som de möter i sin vardag upprör dem mycket. Flertalet av dem som vi har intervjuat har lång erfarenhet och upplever att de insatser som de äldre med omfattande behov av vård och omsorg får har minskat i jämförelse med hur det var tidigare och att insatserna ibland är otillräckliga. Intervjuerna har i hög utsträckning berört dessa förhållanden där de intervjuade upplever att behovet av utveckling och samverkan är stort.

Information istället för samverkan

Avtalen om samverkan mellan kommunerna och landstinget anger att innan beslut fattas om verksamhets- eller strukturförändringar skall parterna föra en dialog med varandra. De ska också göra konsekvensanalyser och bedömningar av vilka effekterna blir för berörda enskilda, för verksamheten och för ekonomin.

De intervjuade deltagarna i samverkansgrupperna på övergripande nivå i de tre undersökta områdena beskriver att de (när de möts) *informerar* varandra om planerade förändringar av vården och omsorgen. Förändringarna innebär ofta neddragningar och motparten ges ingen möjlighet att påverka förslaget. Eftersom båda huvudmännen har begränsade resurser är prioriteringar nödvändiga. Diskussionerna i samverkansgrupperna borde, som vi ser det, handla om att kartlägga de resurser som finns och hur de ska användas för att bäst kunna tillgodose befintliga vård- och omsorgsbehov inom de ekonomiska ramar som finns. Samverkan skulle då också följa de intentioner som finns i lagar och avtal.

Följden av att företrädare för kommunerna och landstinget på övergripande nivå inte gör gemensamma prioriteringar eller fattar gemensamma beslut om hur resurserna kan användas blir att frågeställningarna förs ner i organisationerna. Konsekvenserna aktualiseras när bland andra läkare och biståndsbedömare möts vid vårdplaneringar om enskilda individer eller när distriktssköterskor och vårdbiträden möts hemma hos en gemensam patient/vårdtagare. Intervjuerna har visat att fokus vid vårdplaneringarna alltför ofta inte läggs på hur

vården och omsorgen för den enskilde bäst ska utformas. Istället tycks företrädarna för de båda huvudmännen inrikta sig på att minska den egna organisationens kostnader. Resultatet blir att fel frågor avhandlas på fel nivå. Detta leder också till att vårdplaneringarna upplevs som ett arbetsmiljöproblem av flera av de intervjuade.

Oklara ansvarsförhållanden kan ge konsekvenser för den enskilde

Huvudmännen omprövar sitt eget ansvar och avgränsar sina respektive ansvarsområden. De gråzoner som då uppstår leder till oklarheter om vem som gör vad. Flera exempel har getts på att olika uppgifter som de båda huvudmännen tidigare har utfört inte längre uppfattas som deras ansvar. Exempel är vårdbiträden som inte längre hämtar medicin på apoteket eller korttidsboenden som slutar ge rehabilitering.

Problemen och riskerna med gråzonerna blir också uppenbara när äldre med stora vård- och omsorgsbehov bor kvar i ordinärt boende. Oklarheter om vem av huvudmännen som har ansvaret uppstår nu även för mer grundläggande behov när det krävs både mer tid och kompetens för att tillgodose dem. Det gäller bland andra undernärda personer med svårigheter att äta. Exemplet visar på den svaghet det innebär när två huvudmän har ett gemensamt ansvar men ingen tar det. Frågorna hamnar mellan stolarna. I andra delar av Sverige har man en huvudman för hemsjukvården. Här finns intressanta erfarenheter att ta del av.

Oklarheter finns även när det gäller vilken nivå den kommunala hälso- och sjukvården i de särskilda boendena har eller kan förväntas ha och innebär att samverkan försvåras. Ur ett planeringsperspektiv t ex vid utskrivning från sjukhus är det viktigt att veta vilken kompetens ett särskilt boende kan upprätthålla (dygnet runt). De många variationerna skapar förvirring och merarbete. Det behövs en översyn av hur hälso- och sjukvården i de särskilda boendeformerna är dimensionerad och organiserad.

Svårt att samverka om rehabilitering

Det problem som oftast tagits upp är de oklara ansvarsförhållandena när det gäller rehabilitering för äldre. Följden av att äldre inte får rehabilitering riskerar att leda till mänskligt lidande, ett ökat beroende och ett ökat behov av hjälpinsatser. Att utestänga gamla människor från rehabiliteringsinsatser och i stället sätta in hemtjänstresurser leder inte till att de äldre får en så god vård och omsorg som möjligt eller till att resurserna utnyttjas på bästa sätt. Frågan om rehabilitering för de äldre måste därför ses över. Huvudmännen måste enas om vem som har ansvaret för vad. Det behövs en kartläggning av vilka av de äldre som får rehabilitering och i vilken utsträckning samt konsekvenserna för dem som blir utan.

De utvidgade vårdkedjorna på Dalens geriatriska klinik som bland annat erbjuder patienterna fortsatt rehabilitering efter vårdtidens slut och att personal som arbetar i öppenvården får tillgång till andra resurser innebär ett nytänkande. Arbetssättet innebär att gränsen mellan slutenvården och öppenvården inte är så strikt.

Utskrivningsklara med stora omvårdnadsbehov kräver nya samverkansformer

I intervjuerna framkommer att de som arbetar i öppenvården (både inom kommunerna och i landstinget) upplever att de äldre som skrivs ut från sjukhus allt för ofta inte har hunnit återhämta sig. Patienterna som skrivs ut upplevs vara i behov av ytterligare vård och omsorg som det många gånger är svårt att tillgodose i hemmiljön. Många av de intervjuade önskar att det skulle finnas mer korttidsvård att tillgå. I den kommunen som kan erbjuda korttidsvård – Hudinge - är uppfattningen att den räddar situationen.

Troligen skulle behovet av korttidsplatser vara mindre om resurserna inom primärvården och hemtjänsten vore bättre organiserade och anpassade efter hur behoven ser ut. Huvudmännen behöver ge primärvården och hemtjänsten bättre förutsättningar för att kunna klara av att tillgodose större vård och omsorgsbehov. Det som saknas är mångprofessionella och flexibla team med god tillgänglighet dygnet runt, som kan ta hand om varierande vård och omsorgsbehov. Att vid behov ha tillgång till ytterligare resurser i form av specialistvård och sjukhusplaster är också angeläget.

Att utveckla ett gemensamt synsätt är en förutsättning för att minska de nuvarande motsättningarna mellan öppenvården och slutenvården. Idag är det alltför sällan så, utan mycket energi går åt till att ifrågasätta de nuvarande förhållandena.

Studien visar att hjälpmedel ofta inte hinner levereras hem till de äldre innan de skrivs ut från slutenvården och det kan ta lång tid innan de finns på plats. Hjälpmedel bör kunna provas ut och levereras omgående både för de äldres och för personalens skull. Bristen på hjälpmedel kan för de äldre medföra stora inskränkningar i den dagliga livsföringen och för personalen är det en fråga om att förbättra arbetsmiljön.

Vikten av att utvärdera effekterna av samverkan

Vad ska utvärderas och hur?

Utvärderingar av samverkan både på övergripande och lokal nivå genomförs i liten utsträckning. Flera av de intervjuade menar att man inte drar lärdom av de erfarenheter som görs i samverkan när utvärderingar inte genomförs.

Uppföljningar och granskningar av äldreomsorgens kvalitet sker oftast ur ett verksamhetsperspektiv. Uppföljningar genomförs inom landstingets akutsjukvård, geriatrik och i kommunernas äldreboenden, dagverksamheter och hem-

tjänst. Dessa bedöms efter gällande styrdokument såsom lagar, avtal och kvalitetskriterier. Det är en nog så viktig kunskap om hur verksamheterna fungerar var och en för sig, men det räcker inte för att få en bild av hur samverkan fungerar. Uppföljningen måste utvecklas genom att omfatta samverkan mellan landstinget och kommunen ur *ett brukarperspektiv*. Vad blir resultatet av de insatser av vård och omsorg som ges till de äldre? Hur upplevs insatserna? Är de tillräckliga? Uppföljningen bör även utvecklas och omfatta ett *medborgarperspektiv*. Det saknas idag en helhetsbild över tillgången på vård och omsorg i förhållande till den äldre befolkningens behov. Det saknas ofta konsekvensbeskrivningar över vad t ex olika neddragningarna innebär för den enskilde. De dolda prioriteringarna behöver granskas.

Länsstyrelsen och Socialstyrelsen behöver gemensamt granska samverkan slutenvård – primärvård – hemtjänst/särskilda boendeformer. Kunskap behövs för att få en helhetsbild över hur vården och omsorgen ser ut i länet i förhållande till den äldre befolkningens behov både för de som är inne i systemet d v s brukarna och för de medborgare som av olika anledningar inte kommer in i systemet.

Nya former av samverkan på väg att utvecklas

Flera av de intervjuade har ansett att olikheterna i landstingets och kommunernas organisation innebär en svårighet för samarbete. I Stockholms län genomförs nu olika förändringar som kommer att förändra och förhoppningsvis förbättra strukturen för samverkan. Stockholms läns landsting har infört närsjukvårdsområden som ansvarar för primärvård, geriatrik och psykiatri. I närsjukvårdsområdenas organisation finns både öppenvård och slutenvård och den lokala anknytningen ger landstinget en lokal nivå där de kan möta kommunerna. I närsjukvårdsområdenas uppdrag ligger också ansvaret att på bred front samverka med kommunerna. Den nya organisationen bör kunna förenkla möjligheterna att samverka lokalt. Resultaten i denna studie, speglar i allt väsentligt personalens erfarenheter av den tidigare organisationen.

I Norrtälje förbereder företrädare för kommunen och landstinget att inrätta en gemensam omsorgsnämnd. Den planerade samverkan där innebär, att de två huvudmännen i framtiden går samman i en gemensam organisation.

Referenser

Gurner,U.& Thorslund,M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm, Natur och Kultur

Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763)

Larsson K, (2005) *Är utvecklingen av hemtjänsten de senaste 15 åren relaterade till förändrade behov i den äldre befolkningen? Analys av data från ULF-undersökningar 1988/89 – 2002/03*. Stockholm, Socialstyrelsen

Lund, K (2003) *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg? Rapporter/ PrioriteringsCentrum 2003:5 ISSN 1650-8475*

Nationalencyklopedin (1996) *Nationalencyklopedins ordbok*. Höganäs, Bra Böcker

Ohlsson, Ö. (1990) *Samverkan och handling: Studier av internorganisationsprojekt*. Göteborg.

Regeringens Proposition (1996/97:63) *Samverkan, socialförsäkringens ersättningsnivåer och administration m m*. Stockholm, Riksdagen

Socialtjänstlagen (SFS:2001:453)

Socialstyrelsen (2001 a) *Samverkan för särskilt utsatta. Utvärdering av frivillig samverkan FRISAM*. Stockholm, Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2001 b) *Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform*. Stockholm, Socialstyrelsen

SOU 2001:8 *Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare. Slutbetänkande från prioriteringsdelegationen*. Stockholm, Socialdepartementet

SOU 2004:68 *Sammanhållen hemvård. Betänkande från Äldrevårdsutredningen*. Stockholm, Socialdepartementet

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (2001). *Äldres hälsa och välbefinnande. En utmaning för folkhälsoarbetet*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Stockholms län landsting (2004) *3S-utredningen, Den framtida närsjukvården*.

Stockholms läns landsting (2003) *Områdesdata 2004 för Stockholms län*. Regionplane- och trafikkontoret. Örebro, SCB-tryck

Österman, J.(2004) *Sammanställning av samverkansavtalen i Stockholms län*
Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Övriga referenser

Samverkansavtal Norrtälje och Stockholms läns landsting

Samverkansavtal Huddinge och Stockholms läns landsting

Samverkansavtal Stockholms stad och Stockholms läns landsting

Svenska kommunförbundets lokalavdelning 1998-03-04 *Policyförklaring om
vården och omsorgen av de äldre.*

Intervjuguide – Samverkan mellan kommun och landsting

Frågeområde	Frågor
<i>Inledning</i>	<ul style="list-style-type: none">• Syftet med projektet
<i>Vem intervjuar vi?</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vilken är din befattning/funktion? Beskriv din verksamhet
<i>Samverkan i dagsläget</i>	<ul style="list-style-type: none">• Hur ser samverkan ut idag mellan huvudmännen?• Vilka möjligheter/hinder för samverkan ser du i din verksamhet?• Vad får dessa möjligheter/hinder för konsekvenser för den enskilde?• Finns något pågående projekt kring samverkan i dagsläget? Något planerat längre fram?
<i>Samverkansavtalet</i> Grundavtalens huvudsakliga syfte är att: 1. tydliggöra ansvarsgränser 2. klargöra gemensamt ansvar 3. verka för att lokala samverkansöverenskommelser uppkommer	<ul style="list-style-type: none">• Hur har du fått information om innehållet i samverkansavtalet?• Hur arbetar ni med samverkansavtalet mellan huvudmännen?• Vad ska ni samverka kring?• Finns särskilda prioriterade områden enligt samverkansavtalet?• Finns lokala samverkansöverenskommelser?• Följs samverkansavtalet upp?
<i>Samverkan runt den enskilde</i>	Hur fungerar samverkan kring den enskilde vad gäller: <ul style="list-style-type: none">• Utskrivningsklara• Korttidsplatser• Rehabilitering• Primärvård• Geriatrik• Kommunen – Hemtjänst• Kommunen – Särskilda boenden
<i>Förbättrings/förändringsområden</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vilka förbättringsområden finns vad gäller samverkan runt den enskilde?• Finns pågående förändringsområden runt samverkan i din verksamhet idag?
<i>Framgångsrika faktorer för samverkan</i>	<ul style="list-style-type: none">• Vilka framgångsfaktorer ser du för en bra samverkan runt den enskilde?
<i>Fungerande verksamhetsformer</i>	<ul style="list-style-type: none">• Känner du till någon väl fungerande verksamhetsform med betoning på samverkan mellan huvudmännen?