



# SKÖRA LÄNKAR I VÅRDKEDJAN

En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Inger Weurlander  
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:02 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Äldre med stora och sammansatta behov ska ha en trygg och sammanhållen vård och omsorg, om det är alla överens. Ändå visar studie efter studie att det inte förhåller sig så. Olika försöksverksamheter har startats för att finna fungerande former. Oavsett om dessa försök varit lyckosamma eller ej har de vanligen avvecklats.

Revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och i flera av länets kommuner har i flera tidigare granskningar pekat på brister i vård och omsorg för äldre med sammansatta vårdbehov. Revisionen i landstinget, Stockholms stad och Täby kommun har därför tagit initiativ till en ny granskning. Denna skulle koncentreras till gränssnitten mellan landstingets respektive kommunernas ansvarsområden. Den övergripande revisionsfrågan för studien är hur vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov fungerar i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare.

Studien har bedrivits dels genom intervjuer med tjänstemän med god insikt i problematiken i Täby kommun och två av Stockholms stadsdelar, Skärholmen och Östermalm, dels genom att ta del av andra aktuella studier inom området. En jämförelse har också gjorts med tidigare studier gjorda under 1990-talet. Vidare beskrivs kort några exempel på försök att få en mer sammanhållen vård och omsorg.

Intervjuerna har gjorts av Inger Weurlander och undertecknad, som också sammanställt denna rapport. Värdefulla synpunkter har lämnats av distriktssköterskorna vårdutvecklingsledare Ann Johansson och doktorand Ing-Britt Rydeman, båda vid Centrum för allmänmedicin (CeFAM). Rapporten har granskats av Äldrecentrums forskningsledare Mats Thorslund.

Stockholm 2011-01-31

Sven Erik Wånell

Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum



## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>4</b>
UPPDRAG .....	4
AVGRÄNSNING .....	5
METOD, INRIKTNING OCH AVRAPPORTERING .....	5
LAGAR, FÖRESKRIFTER OCH AVTAL.....	6
<i>Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen</i> .....	6
<i>Sekretesslagen</i> .....	7
<i>Egenvård</i> .....	7
<i>Delegeringsförfordningen</i> .....	7
<i>Lagen om betalningsansvar</i> .....	8
<i>Samverkansavtal</i> .....	8
<i>Avtal med utförarna</i> .....	10
<b>GENERELLA IAKTTAGELSER</b> .....	<b>11</b>
FAKTORER SOM FÖRSVÅRAR SAMVERKAN .....	11
STRUKTURERNA FÖR SAMVERKAN I STOCKHOLMS LÄN.....	11
<b>GRÄNSYTOR</b> .....	<b>13</b>
MELLAN SLUTEN OCH ÖPPEN VÅRD .....	13
<i>In till slutenvården</i> .....	13
<i>Direktintag geriatrisk klinik</i> .....	14
<i>Ut från slutenvården</i> .....	15
<i>Korttidsboendets möjligheter för rehabilitering</i> .....	20
PRIMÄRVÅRD OCH HEMTJÄNST .....	21
<i>Hemsjukvårdspatienten</i> .....	21
<i>Hemsjukvård dagtid och jourtid</i> .....	22
<i>Samarbetet hemtjänst - hemsjukvård</i> .....	22
<i>Individuell vårdplanering</i> .....	23
<i>Delegering</i> .....	24
<i>Rehabiliteringens roll</i> .....	25
<i>Gränsytan myndighetsutövning - utförande</i> .....	26
<i>Bostadsanpassning</i> .....	26
<i>Gränsytan basal - avancerad hemsjukvård</i> .....	27
<i>Samverkan psykiatri – primärvård - hemtjänst</i> .....	27
DET SÄRSKILDA BOENDET .....	28
<i>Läkaren och sjuksköterskan</i> .....	28

<i>När den äldre kommer från slutenvården</i> .....	29
<i>När den äldre sänds till slutenvården</i> .....	29
<b>AVSLUTANDE REFLEXIONER OCH SLUTSATSER</b> .....	<b>33</b>
FOKUS PÅ HEMMET .....	33
SAMORDNAD VÅRDPLANERING OCH INFORMATIONSOVERFÖRING .....	35
STRUKTURERAD FORM FÖR AVVIKELSEHANTERING .....	36
AVTAL OM SAMVERKAN OCH TYDLIGA RUTINER .....	36
NÅGRA SLUTSATSER .....	37
<b>BILAGA 1</b> .....	<b>39</b>
GRÄNSYTOR SLUTEN - ÖPPEN VÅRD .....	39
SÄRSKILT BOENDE .....	40
PRIMÄRVÅRDEN .....	40
SAMVERKAN PRIMÄRVÅRD – HEMTJÄNST; .....	41
REHABILITERING; .....	42
<i>Läkemedelsanvändning</i> ; .....	43
VÅRD VID LIVETS SLUT .....	43
PSYKISKA FUNKTIONSHINDER .....	44
ANHÖRIGSTÖD .....	44
<b>BILAGA 2</b> .....	<b>45</b>
<b>BILAGA 3</b> .....	<b>50</b>
<b>BILAGA 4</b> .....	<b>53</b>
<b>REFERENSER</b> .....	<b>56</b>

# SAMMANFATTNING

Denna studie har gjorts av Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum på uppdrag av revisionskontoren i Stockholms stad och Stockholms läns landsting och Täby kommuns revisorer. Den koncentreras till gränssnitten mellan landstingets respektive kommunernas ansvarsområden. Den övergripande revisionsfrågan för projektet är: *Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?* En del av granskningen är generell för länet, en annan del rör hur det ser ut i Täby och två stadsdelar i Stockholm, Östermalm och Skärholmen.

Studien har dels skett genom intervjuer med tjänstemän som har en god inblick i samverkansfrågorna, dels genom att ta del av andra aktuella studier om de gråzoner som uppstår i gränsytan mellan olika vårdgivares uppdrag.

Samverkansfrågorna har varit i fokus under decennier. En jämförelse har gjorts med ett antal studier från 1990-talet (bilaga 4), och slutsatsen är att det inte går att tala om några förbättringar idag jämfört med då. Olika försök har gjorts att forma samverkanslösningar, men de har sällan varit långlivade. Ett skäl kan vara att fokus i beställningarna från huvudmännen inte varit på att beställa helhetslösningar utan på att ge uppdrag till olika verksamhetsområden var för sig.

Gränssnitten mellan sluten och öppen vård är möjligen de tydligaste, vilket kan förklara att många av de intervjuade lyft fram dem som de svåraste. Viktigast för den enskilde torde dock vara att det fungerar i vardagen, i hemmet.

De problem i gränsytorna mellan vårdgivare som i denna studie framtonat som mest riskabla för den enskilde är

- att distriktssköterska och vårdbiträde är i olika organisationer och att samarbetet dem emellan i så hög grad är personberoende,
- att det inte finns en samsyn mellan huvudmännen kring vilken hälso- och sjukvård det särskilda boendet ska klara,
- att information vid in- och utskrivning från sluten vård inte alltid når fram till rätt person, och inte alltid är fullständig.

När vi ställt frågan till de tjänstemän som intervjuats i denna studie vad de vill ändra så svarar många ”kommunalisera hemsjukvården”. Mycket talar för att det blir så också i vårt län. Det är då önskvärt att kommunerna inte ger uppdragen hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering var för sig så att de blir skilda verksamheter. Då har man knappast vunnit något. De förhoppningar som de intervjuade knyter till denna framtida lösning får dock inte innebära att man lägger en blöt filt över det utvecklingsarbete som behöver ske redan nu.

Många av de intervjuade pekar på de problem som uppstår genom att huvudmannens beställningar är uppdelade, mellan olika verksamhetsområden och mellan dagtid och jourtid. Några lyfter också fram att även om t.ex. Stockholms stads avtal med hemtjänstutförare och landstingets regelbok för husläkarmottagningar är tydliga kring samverkan så stöds inte detta av de ekonomiska ersättningssystemen, och hur samarbetet bedrivs är inte i fokus i avtalsuppföljningarna. Det saknas också strukturerade former för att följa och lära sig av avvikelser mot god samverkan.

Det saknas rutiner mellan hemtjänst och hemsjukvård kring när gemensam vårdplanering i hemmet ska ske, vem som ska kalla, hur den ska dokumenteras och hur den ska följas upp. Sådan vårdplanering är numera påbjuden i lag, och finns med i avtalen med utförarna från både Stockholms stad och landstinget. Här finns ett stort utvecklingsområde för lokala samverkansgrupper mellan primärvård, primärvårdsrehab och hemtjänst.

Delegation av hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske under betryggande förhållanden och om det gagnar den äldre. Det framgår av denna studie att det varierar mycket hur delegationen genomförs. Ofta sker den i grupp – ibland till personal som går hemma hos någon som är listad hos annan husläkarmottagning. De pragmatiska lösningar som utformats svarar dåligt mot Socialstyrelsens föreskrifter. Diskussionen har dock mycket handlat om hur insatser utförda med delegation ska ersättas. Ur den äldres synpunkt är det viktigare att säkerställa rutiner istället för att diskutera kostnadsersättning.

Den generella uppfattningen hos samtliga som intervjuats i denna granskning är att den rehabilitering som kan betecknas som vardagsträning blivit en fråga som ingen äger. Landstinget och kommunerna bör utveckla olika former av gemensamt finansierad rehabilitering, såväl på korttidsboende som i hemmet. Goda exempel har funnits.

Ett problem denna studie påvisar och som stöds av andra är att det inte är en samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus eftersom alla aktörer inte är på plats. Det är inte heller realistiskt. Men med användning av modern teknik borde en samordnad planering kunna komma till stånd då det bedöms som nödvändigt, utan att ta alltför stora tidsresurser i anspråk.

Trygghetskvitto till den äldre förutsätter att informationssystemet WebCare blir en mer pålitlig informationskanal. Intervjuerna i denna studie visar att informationen via WebCare inte alltid är fullständig och inte alltid når fram. Flera lyfter behovet av att också hemtjänst, särskilt boende och primärvårdsrehabiliteringen ska ingå i WebCare.

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Samverkansavtalens viktigaste funktion är att skapa ett regelverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Sådana möten skedde fram till 2007, och behöver nu återskapas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas, förutsatt kontinuitet i deltagandet och en ömsesidig vilja att lösa problem. Vid dessa möten kan rutiner utarbetas och förankras avseende exempelvis:

- hur vårdplaneringen på sjukhus ska kunna bli såväl samordnad som effektiv,
- hur individuell vårdplanering i hemmet, gemensam för alla berörda, ska kunna bli verklighet,
- hur en patientsäker delegering ska kunna ske i dagens vårdvals- och kundvalssystem, och vilka rutiner som ska gälla för egenvård,
- hur avvikelser mot god samverkan ska dokumenteras och följas upp.



# BAKGRUND

Problemet att samverka mellan vårdens och omsorgens huvudmän, landsting och kommun har stått i fokus åtminstone de senaste 60 åren. Olika sätt att lösa dessa frågor har vidtagits under åren, allt från lokala lösningar till lagstiftning. I Stockholms län har huvudmännen angett vikten av samverkan genom att teckna särskilda överenskommelser om hur samverkan ska utformas på alla de områden där kommunernas socialtjänst och landstingets hälso- och sjukvård har beröringspunkter.

Revisionen har i flera tidigare granskningar pekat på brister i vård och omsorg för äldre med sammansatta vårdbehov. Vid en hearing hos landstingsrevisorerna 2008 framkom att problemen kring gränssnitten mellan de olika vård- och omsorgsgivarna består. Problemen handlar ofta dels om brister i informationsöverföring och vårdplanering vid övergång från en vårdgivare till en annan, dels om gränstvister avseende ansvaret. Gränstvister kan ofta härledas till resursfrågan.

I denna studie används begreppen gränssnitt och gränssytor för att beskriva den gråzon i ansvar som finns mellan olika vårdgivare. Det avser alla former av gränssytor, mellan öppen och sluten vård, mellan huvudmännen, inom huvudmännen och inom samma verksamhet mellan den som har ansvar dagtid och den på jourtid.

## Uppdrag

Denna studie koncentreras till gränssnitten mellan landstingets respektive kommunernas ansvarsområden. Den övergripande revisionsfrågan för projektet är: *Hur fungerar vården och omsorgen av äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan vård- och omsorgsgivare?*

Den övergripande revisionsfrågan har brutits ner i följande delfrågor:

- I vilka gränssnitt finns det problem?
- Vilka konsekvenser kan problemen leda till?
- Vad beror problemen på?
- Vad görs/kan göras för att minska problemen?

## Avgränsning

Granskningen har ett styr- och brukarperspektiv. Intervjuer har genomförts med ett strategiskt urval personal såväl på beställar- som utförarsidan. Granskningens målgrupp är äldre personer med sammansatta vårdbehov. En del av granskningen är generell för länet, en annan del rör hur det ser ut i Täby och två stadsdelar i Stockholm, Östermalm och Skärholmen. Med ledning av en inledande granskning landstingsrevisorerna gjort avseende gränssytor inom landstingets verksamheter har bland annat följande problemområden i gränssnitten mellan landsting och kommun kommit fram som revisionen vill ha belysta:

- Vårdplaneringen och utskrivningen av patient från slutenvården.
- Hemtjänsten och hemsjukvårdens insatser för personer som bor hemma.
- Den medicinska vård- och omvårdnadsnivån i vård och omsorgsboende.
- Tillgången på och regelverken för korttidsplatser.

Granskningen omfattar inte alla de gränssytor som finns mellan vårdgivare. Så har exempelvis tandvården inte berörts alls och psykiatrin bara marginellt. Detta ska inte ses som någon prioritering, utan att dessa båda områden bör belysas mer grundligt i separata studier.

## Metod, inriktning och avrapportering

Granskningen har genomförts genom intervjuer på olika nivåer i organisationerna och genom dokumentstudier. Däri ingår dokumentation från landstingsrevisorernas granskning våren 2010 om gränssnitten i landstingets verksamhet. De verksamheter som främst berörts inom landstinget är husläkarmottagning/hemsjukvård, läkarna i särskilt boende, geriatriken och den somatiska akutsjukvården. På kommunsidan är det bl.a. biståndshandläggare, hemtjänst, vård- och omsorgsboenden inklusive korttidsboenden. Valet av intervjupersoner har skett utifrån vilka personer som i respektive kommun/stadsdel har en god överblick och/eller insikt i hur samspelet är mellan olika vårdgivare. Detta för att få en så allsidig information som möjligt. Intervjuerna har varit semistrukturerade, dvs. fria men följande en intervjuguide.

Intervjuguiden och vilka yrkesgrupper som intervjuats redovisas i bilaga 6.

En styrgrupp från revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad och Täby kommun har tillsammans med Äldrecentrum stämt av intervjufrågor och också diskuterat analysen och utformning av rapporten.

Rapporten innehåller generella iakttagelser men även, i bilagor, sådant som är specifikt för hur det fungerar i gränssnitten i Täby respektive de två stadsdelarna i Stockholms stad. Rapporten har sin utgångspunkt i ett brukarperspektiv men även analyser av orsakssamband utifrån styrmekanismer i landsting och kommun. Utredarnas kommentarer ges löpande i resultatredovisningen.

## Lagar, föreskrifter och avtal

Huvudmännens skyldighet att samverka lyfts fram i såväl lagstiftning som i föreskrifter och i t.ex. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och omsorg för personer med demenssjukdom. Vidare finns det samverkansavtal inom några olika områden samt ett mer övergripande avtal mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad. Dessa lagar, föreskrifter och avtal är det ramverk som granskningen utgår från vid slutsatser och bedömningar.

### Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen

Kommuner och landsting har enligt både socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763) skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre (SoL 3 kap § 5 och 5 kap 6§). Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården (HSL § 8) och kommunerna har motsvarande skyldighet (HSL § 21).

Genom en lagstiftningsändring, likalydande i både SoL och HSL, som trädde i kraft vid årsskiftet 2009/2010 har kravet på samverkan ytterligare förtydligats;

*När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål.*

*Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.*

*Av planen ska det framgå*

- 1. vilka insatser som behövs,*
- 2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,*
- 3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än kommunen eller landstinget, och*
- 4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.*

(HSL § 3f, SoL 2 kap § 7)

### **Sekretesslagen**

Inom all vård- och omsorg finns regler om sekretess angående brukarnas/patienternas hälsa och personliga förhållanden. Enligt 7 kap 1 § sekretesslagen (SFS 1980:100) gäller sekretess inom hälso- och sjukvården. Motsvarande regel för socialtjänsten finns i 7 kapitlet 4 §. Inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård gäller sekretess enligt 2 kap 8 – 10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531). Bestämmelserna innebär att uppgifter kan lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om enskilda personer har lämnat sitt medgivande.

### **Egenvård**

Om den som förskriver läkemedel bedömer att patienten klarar att själv hantera sina läkemedel rör det sig om egenvård. Socialstyrelsen har i en författning (SOSFS 2009:6) redovisat det ansvar landsting och kommun har för samverkan. Huvudmännen ska *tillsammans säkerställa att övergripande rutiner för samverkan i samband med egenvård utarbetas*. Och vidare att *av rutinerna ska det framgå hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta i samband med egenvård, och hur huvudmännen för hälso- och sjukvården ska samarbeta med andra aktörer i samband med egenvård*. (3 kap 2 §).

### **Delegeringsförordningen**

Det är vanligt att distriktssköterskor ger hemtjänstpersonal delegation att utföra olika hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det vanligaste uppdraget som kräver delegation är att hemtjänstpersonal överlämnar läkemedel till den äldre. Exempel på andra uppgifter som ofta delegeras är att ge ögondroppar, ta på och av kompressionsstrumpor. Sjuksköterskornas rätt att delegera hälso- och

sjukvårdsuppgifter regleras i lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård.

I delegeringsförordningen, SOSFS 1997:14, ges närmare anvisningar. Där framhålls bl.a. att delegering inte är avsett att användas för att lösa brist på personal eller av ekonomiska skäl. Den arbetsuppgift som skall delegeras skall vara klart definierad. En arbetsuppgift som delegeras får inte beskrivas i allmänna termer såsom t.ex. "injektioner" eller "omvårdnadsuppgifter". I stället måste tydligt anges vilken eller vilka uppgifter som delegeringen avser samt under vilka förutsättningar denna delegering skall gälla.

Den som överlåter en arbetsuppgift skall försäkra sig om att den som skall motta uppgiften verkligen har förutsättningar för att fullgöra den. Detta bör ske genom kontroll av de praktiska och teoretiska färdigheterna. Den som meddelat ett delegeringsbeslut skall vid olika tillfällen under den tid som delegeringen gäller kontrollera att uppgiftsmottagaren fullgör uppgiften på ett riktigt sätt. Han/hon skall ge den som mottagit delegeringen den handledning som kan behövas.

### **Lagen om betalningsansvar**

Den så kallade betalningsansvarslagen reglerar hur landstingen och kommunerna ska samverka vid utskrivningen av äldre från sjukhus. Efter en omarbetning av lagen (SFS 2002/03:193) skärptes och tydliggjordes reglerna för samarbetet och ansvaret för de utskrivningsklara. 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. Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter att en läkare har förklarat en patient utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad, dock tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplaneringen.

### **Samverkansavtal**

#### *Samverkan vid in- och utskrivning i slutenvården*

Stockholms läns landsting och KSL arbetade under våren 2007 fram en överenskommelse mellan kommunerna och landstinget kring rutiner vid in- och utskrivning i slutenvården. Överenskommelsen har godkänts av länets samtliga kommuner. Social-

styrelsen, har efter granskning i ett par kommuner, påpekat att överenskommelsen behöver kompletteras och utvecklas. En ny reviderad överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner har varit på tjänstemannaremiss i kommunerna och därefter diskuterats på en dialogkonferens med kommunerna. I juni 2010 sände KSL ut den till kommunerna, med en rekommendation att anta den, vilket vid årsskiftet 2010/2011 18 kommuner gjort.

### *Övriga samverkansavtal*

År 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre. För att ytterligare förbättra möjligheten att skapa gemensamma samverkansrutiner mellan huvudmännen träffade Stockholms stad och Stockholms läns landsting en central överenskommelse 2002, vars syfte var att skapa en god samverkansanda, komplettera och förtydliga gällande lagstiftning samt utgöra en grund för lokala överenskommelser för att förbättra vården för den enskilde. Samverkansavtalets främsta funktion var att ge en stadga och skapa en ram för regelbundna möten (Österman 2007).

Landstinget önskade säga upp avtalen 2006 i samband med övergång till ny organisation av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f<sup>1</sup>), och de har i praktiken inte tillämpats sedan 2007.

Stockholms stad och Stockholms läns landsting har träffat ett nytt samverkansavtal som gäller från 2009-07-01. Avtalet avser hälso- och sjukvårdsansvar för äldre samt personer med vissa former av funktionsnedsättning. Avtalet reglerar formerna för samverkan på politisk nivå, stadsövergripande och på stadsdelsnivå. Av avtalet framgår att det ska vara regelbundna möten, att huvudmännen ska fastställa lokala samverkansrutiner och att, som ett led i ett fortlöpande förbättringsarbete, de lokala samverkansgrupperna ska upprätta system för hantering av avvikelser, klagomål och synpunkter rörande brister i samverkan, resurser eller arbetssätt.

Länsövergripande samverkansavtal finns avseende läkarinsatser i särskilda boenden och daglig verksamhet, beträffande personer i

---

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning förkortas i denna rapport HSN-f

behov av andningshjälp i hemmet samt avseende logopedinsatser och medicinsk fotvård i särskilda boendeformer. Arbetet pågår med en överenskommelse av bedömningen om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård.

### **Avtal med utförarna**

Uppdraget att samverka finns i de beställningar och uppdrag som huvudmännen har gett sina utförare. I såväl Stockholms stads avtal med hemtjänstutförare som i Stockholms läns landstings regelbok för husläkarmottagningarna finns tydliga skrivelser om hur samverkan ska ske med vårdgrannar. Utdrag ur avtalen redovisas i bilaga 6.

# GENERELLA IAKTTAGELSER

## Faktorer som försvårar samverkan

Socialstyrelsen pekade (2001) i rapporten *Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform* på ett antal omständigheter som kan skapa problem för den äldre i gränstorna mellan olika vårdgivare. Bl.a. lyfte Socialstyrelsen fram att myndigheter har skilda uppdrag och mål som påverkar agerandet i olika frågor och att insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna myndigheten ofta kan missgynna den enskilde. Kulturskillnader och bristande kunskap om andra verksamheter är hinder för samverkan, liksom organisatoriska och yrkesspecifika revir.

## Strukturerna för samverkan i Stockholms län

Landstingsrevisorerna skriver i rapport 5/2009: Vid centraliseringen av HSN-f försvann rollen som kommunsamordnare. Denna funktion saknas. Beställaren är inte närvarande ute i verksamheterna och det är oklart vem som ska föra landstingets talan, beställare eller utförare. Äldrevården sticker ut som det område där de svarande i kommunerna anser att det är svårast att veta vart de ska vända sig. Av intervjuerna som genomförts nu framgår att denna bild i vart fall delvis står sig.

Regelbundna möten sker mellan presidierna i Hälso- och sjukvårdsnämnden och KSL:s vård- och omsorgsberedning. Vidare mellan de tre sjukvårdsstyrelserna (norra länet, Stockholm + Ekerö, södra länet) och politiker från respektive kommun/stadsdel. I ovanstående möten deltar också tjänstemän från respektive förvaltning. I Stockholms stad sker möten på förvaltningsledningsnivå. Däremot finns det inga möten där t.ex. äldreomsorgschefer eller utförarchefer regelbundet möts med motsvarande funktioner i landstinget, så som var fallet fram till 2007. Genom omorganisationen av HSN-f 2007 saknar länskommunerna en tydlig samtalspart i HSN-f. För Stockholms stads del har en enda tjänsteman den funktionen. De äldreomsorgsansvariga i de båda stadsdelarna och i Täby efterlyser någon på HSN-f med mandat att företräda landstingets beställarsida.



Det kan därför ses som tveksamt om landstinget och länets kommuner uppfyller lagstiftningens regel om att planera sina insatser samordnat. Det kan vidare konstateras att bristen på gemensamma arenor försvårar att finna pragmatiska lösningar på olika samverkansproblem. Den positiva utveckling som kunde skönjas för fem år sedan har brutits, och det återstår nu att återknyta till den utveckling som var på gång.

Genom gemensamma möten byggs kontakter över huvudmanna-gränserna som är oerhört viktiga. Man får ett ansikte bakom organisationen, parterna vet vem som skall kontaktas om problem uppstår. De personer som ingår i samverkansgrupperna måste vara beredda både att finna lösningar och ha mandat att ta beslut och genomföra besluten. Omorganisationer kan inte undvikas, men det är då – om man vill prioritera samverkan – önskvärt att upprätthålla en personkontinuitet och att rutiner och regelverk är så tydliga att samverkansmötena överlever.

Vår bedömning är också att det måste vara inte bara tillåtet utan önskvärt med olika lösningar i länet. Det har dock i flera av intervjuerna framkommit att det inte upplevs som möjligt att hitta lokala lösningar för kommunen/stadsdelen. De för länets närsjukvård gemensamma uppdragen och regelböckerna försvårar på ett sätt som inte borde behöva vara nödvändigt. Det finns dock exempel på fungerande lokala lösningar som prövats/prövas, som Hökarängens närvårdcentral (Gurner 2006) och Huddinge äldreteam (Hjalmarson 2011) (se bilaga 5).

En etablerad form för förbättringsarbete är att lära sig av misstagen, att ha en systematisk avvikelserapportering och uppföljning. Såväl det tidigare som det nuvarande samverkansavtalet mellan Stockholms stad och landstinget anger att sådana rutiner ska finnas. Varken vid uppföljningen 2006 av det dåvarande avtalet eller i intervjuerna nu har framkommit att det finns några sådana rutiner. Härigenom avhänder sig huvudmännen ett viktigt förbättringsverktyg.

Ett annat mer övergripande önskemål som kommit fram i intervjuerna är önskan att arbetet med en patient - en journal ska komma i mål. Och då tänker man också på möjligheten med en journal som inte följer huvudmannaskapsgränser utan är patientens oavsett huvudmannaskap. Ett första steg borde vara att göra informationsflödet säkrare inom samma verksamhet, t.ex. för hemsjukvården mellan dagtid, helger och kvällar/nätter.

# GRÄNSYTOR

I det följande kapitlet redovisas först gränssytan slutet - öppen vård, därefter gränssytorna mellan närvård och hemtjänst och slutligen gränssytorna kring det särskilda boendet. Problemen med gränssytor beskrivs som störst mellan slutet och öppen vård. Dock måste vi ha i åtanke att den äldre inte lever sitt liv på sjukhuset utan i hemmet. Det är där det är viktigast att de olika utförare hon valt ska ge en samordnad vård och omsorg. Fokus bör därför i första hand vara på samspelet mellan hemtjänst - husläkarmottagning - primärvårdsrehabilitering.

Det saknas en systematisk uppföljning av avvikelser beroende av samverkansbrister. Det går därför inte att med ledning av de intervjuer som gjorts att uttala sig om hur vanligt de problem som identifierats i de olika gränssytorna är. I de fall andra studier är tillgängliga används de för att ge en så allsidig belysning som möjligt.

## Mellan slutet och öppen vård

### In till slutenvården

I den studie av gränssytor inom landstinget som Landstingsrevisorerna genomförde våren 2010 påtalade de intervjuade på sjukhusen att patienter som borde ha kunnat behandlas i hemmet kommer akut till sjukhus och sedan läggs in. Det har inte gått att belägga i denna studie hur vanligt eller hur stort detta problem är. Det kan dock konstateras att det inte finns några ekonomiska incitament för vårdgivarna i öppen vård, varken i ordinärt eller särskilt boende, att ta på sig ett omfattande hälso- och sjukvårdsansvar. Snarare gäller det omvända att det kan vara "lönsamt" att patienten läggs in på sjukhus i stället.

I intervjuer med hemtjänstutförare framkommer att vårdbiträden kan få rådet från husläkarmottagningen eller den som har ansvaret jourtid att "skicka in" den äldre, när distriktssköterska inte hinner komma och ta ställning.

Från sjukhusen berättas om att patienter sänds till sjukhus från särskilt boende där boendet borde ha kunnat hantera problemet. Detta styrks av en studie av effekterna av vårdval av läkare i särskilt boende som visar att det finns stora och svårförklarliga skillnader mellan olika särskilda boenden vad gäller andel av de

boende som under ett år lagts in för sluten vård (Hjalmarson 2010). Data från den longitudinella studien SNAC-K<sup>2</sup> visar dock att det är vanligare med slutenvårdsvistelser för personer som bor i ordinärt boende än för personer som bor i särskilt boende, resultat som stöds av en avhandling som bl.a. baserar sig på SNAC i Skåne (Condelius 2009).

Från slutenvårdens sida har några av de intervjuade påtalat att det är alltför knapphändig information om patienten även i de fall då endera husläkarmottagning eller hemtjänst varit involverad vid inläggningen. I Täby finns en blankett som ska kunna följa med patienten in. Den finns bl.a. i den ”gröna pärm” som förvaras hemma hos den äldre. Hos Danderydsgeriatriken var den inte känd, men uppskattad när geriatriken via intervjuaren informerades om dess existens.

### **Direktintag geriatrisk klinik**

I en översyn av geriatriken av HSN-f (Benner-Forsberg 2008) anges att direktintagning till geriatriken från hem eller akutmottagning skall öka. Detta dels för att patienter skall vårdas på lägsta effektiva omhändertagandenivå, dels för att minska onödiga och påfrestande förflyttningar inom vårdkedjan. Samtliga geriatriska vårdgivare har tecknat avtal om en bonusmodell för år 2009 som ger en förhöjd ersättning vid direktintagning. Andelen patienter som skrevs in direkt från hemmet ökade från i genomsnitt 23 procent år 2008 till 37 procent år 2009 (HSN-f 2010).

De intervjuade som har kunskap om direktintag anser att detta fungerat bra. Den enda invändning som kommit fram är att det finns en risk för att det kan leda till att det blir svårare för patienter inom somatisk slutenvård att få eftervård/rehabilitering inom geriatriken. Vid platsbrist på den geriatriska klinik som har områdesansvaret ska visserligen kliniken köpa plats på annan klinik, men det förutsätter att det finns platser att köpa. I intervjuer med företrädare för geriatriken har också framkommit att de priser som de geriatriska klinikerna debiterar varandra vid sådana platsköp kan innebära att det är en ekonomisk förlust för betalande klinik.

---

<sup>2</sup> Swedish National Study on Ageing and Care, Äldrecentrum svarar för den del av studien som avser Kungsholmen, där all långvarig vård och omsorg (mer än två månader) följs för personer 65 år och äldre.

I HSN-f:s årsrapport till sin nämnd redovisas att ”signaler om att geriatriska patienter inte får plats hos de geriatriska vårdgivarna behöver följas upp. Detta gäller även signaler om att patienter med geriatriskt vårdbehov onödigtvis vårdas vid akutsjukhusen” (HSN-f 2010). Samma signaler har kommit fram i denna studie.

## Ut från slutenvården

### *Patientgruppen*

Det finns få dokumenterade uppgifter om de äldre patienter där samordnad vårdplanering varit aktuell. En studie som ger en bild av patientgruppen genomfördes 2007. Av alla patienter 65 år och äldre boende inom Södermalms stadsdelsförvaltnings område som under oktober 2007 skrevs ut från sjukhus aktualiserades var fjärde för vårdplanering. Mediantiden inom slutenvård (somatisk och geriatrik) var 11 dagar. Två tredjedelar var kvinnor och hälften var 85 år eller äldre. Majoriteten av dem skrevs ut till sitt eget hem. Sex av tio gick med rollator och ett antal var rullstolsburna eller kunde ta enstaka steg med stöd.

Många bodde i bostäder med begränsad tillgänglighet. Hälften av dem som ingick i intervjustudien fick sin bostad anpassad, men även vid intervjutillfället 4-7 veckor efter utskrivningen väntade flera på anpassningsåtgärder.

Vid intervjun i hemmet efter utskrivning konstaterades att sju av tio av kvinnorna låg i riskzonen för undernäring. De flesta av dem hade hemtjänst men drygt hälften av de intervjuade uppgav att det gick elva timmar eller mer mellan måltiderna.

En fjärdedel av de som intervjuats tyckte att de skulle ha behövt stanna längre på sjukhuset för återhämtning eller rehabilitering medan tre fjärdedelar ansåg att de fått stanna på sjukhuset så länge de ville (Larsson 2008).

### *Informationen når inte fram till alla berörda*

En fungerande kommunikation mellan sluten och öppen vård är central för att detta gränssnitt inte ska innebära risker. Patienten får inte glömmas bort när hon kommer hem och viktig information om t.ex. behov av viss behandling eller omvårdnad, nya eller ändrade läkemedel etc. måste nå fram (SOSFS 2005:27). WebCare skapades som ett svar på olika rapporter som visade på en informationskedja som var både osäker och tidsödande. Intervjuerna i denna studie visar att detta IT-baserade informations-

system ännu inte når alla vårdens aktörer, och att det inte alltid används som det är tänkt.

Det finns på sina håll, särskilt på sjukhusen, brister i kunskapen om hur WebCare ska användas. Det kan också ske missar när information tas emot. I intervjuer med hemtjänstutförare framkommer t.ex. att det kan vara via dem, inte via WebCare, som distriktssköterskan informeras att en patient kommit hem.

I en del fall menar de intervjuade att informationen via WebCare är knapphändig, och epikrisen<sup>3</sup> kan dröja. Det kan innebära en risk att viss behandling eller omvårdnadsinsats inte kommer igång så snabbt som planerats från sjukhusets sida.

Att hemtjänstutförarna inte har tillgång till WebCare kan försena deras möjligheter att planera för t.ex. hemgång. I värsta fall når informationen inte alls fram. Det uppges dock vara ovanligt. I regel har man olika personbaserade rutiner för att säkra att den äldre inte glöms bort. En vanlig modell för att göra hemgången något så när säker är att sjukhus och hemtjänst har telefonkontakt med varandra. Systemet skapar således inte en säkerhet att informationen om utskrivning når fram så att den äldre därmed får sin hjälp. Eller att information kommer om t.ex. förändringar av läkemedel eller behov av vissa omvårdnadsinsatser.

Det särskilda boendet har inte heller tillgång till WebCare, vilket innebär att såväl läkaren som sjuksköterskan kan riskera att bli utan nödvändig information från sjukhuset om hur den fortsatta vården bör bedrivas.

Primärvårdens rehabiliteringsutförare saknar också tillgång till WebCare, vilket då och då resulterar i att den äldre inte får de hjälpmedel eller den träning han/hon är i behov av. Eftersom det inte förs någon statistik över avvikelser av denna art går det inte att uttala sig om hur vanligt detta är.

Patienten får inte heller veta om husläkaren och distriktssköterskan känner till det eventuellt förändrade behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser vid hemgången. Trygghetskvitto fungerar ännu inte som det var tänkt, trots att det fördes på tal första gången för mer än tio år sedan.

---

<sup>3</sup> En epikris är den journalanteckning som skrivs då en patient skrivs ut från en klinik. Den skall innehålla patientens vårdförlopp samt en sammanfattning av den viktigaste informationen under vårdtiden.

### *Samordnad vårdplanering inte samordnad*

När sjukhuset bedömer att det kommer att krävas omvårdnads- och omsorgsinsatser efter sjukhusvistelsen ska sjukhuset kalla till en samordnad vårdplanering. Intervjuerna visar att denna fungerar olika vid de sjukhus och geriatriska kliniker som är berörda. Generellt fungerar de geriatriska klinikerna bättre än de somatiska vårdavdelningarna. Detta beror enligt de intervjuade på att geriatriken har mer tid att lära känna patienten, att geriatriken har ett tydligare uppdrag i rehabiliteringskedjan samt att geriatriken har en struktur för hur vårdplanering ska bedrivas.

Den kritik som framförs avser bl.a. att vårdplaneringen inte är förberedd, att sjuksköterskan från sjukhuset inte alltid känner patienten och att hon/han inte ens alltid är beredd att delta alls. Vidare att det inte finns bra samtalsrum. Även en av stadsdelsförvaltningarna är självkritisk. Alla biståndshandläggare åker på vårdplaneringar och det finns inga goda rutiner för hur dessa ska genomföras säger man där. På andra håll finns en organisation med särskilda vårdplanerare, vilket gör att vårdplaneringen fungerar bättre, men påverkar kontinuiteten för den äldre. Bilderna av hur det fungerar varierar dock för de olika sjukhusen.

Det finns också en obalans genom att kommunen vanligen utför vårdplaneringen genom att vara på plats på sjukhuset, medan distriktssköterskan sköter den per telefon. Det innebär enligt några av de intervjuade att de medicinska frågorna inte uppmärksammas i den samordnade vårdplaneringen, och därmed inte heller om nästa nivå, husläkaren, kan klara att ge den vård som behövs. Det samma gäller för patienter som skrivs ut till särskilt boende. Läkaren i det särskilda boendet är sällan rådfrågad kring patienter hon/han ska ta ansvar för i det särskilda boendet. Patientsäkerheten är därmed inte säkerställd.

Kontaktperson från hemtjänst eller från det särskilda boendet är nästan aldrig närvarande. Primärvårdsrehab vet vanligen inte om att det är en samordnad vårdplanering.

Man kan därför knappast tala om *samordnad* vårdplanering. Denna brist skulle kunna kompenseras om denna första vårdplanering följdes upp med en individuell vårdplanering i hemmet någon tid efter sjukhusvistelsen. Det är dock, som redan nämnts, ovanligt.

Bristerna i den samordnade vårdplaneringen är väl kända. I en fokusrapport ges förslag till förbättringar utifrån en mörk bakgrundsbild; *Trots avtal om samverkan mellan de berörda vårdgi-*

*varna saknades struktur och en helhetsansats för att stödja de äldre multisjuka i utskrivningsplaneringen (Rydeman 2006).*

### *Kritik från båda håll*

Sjukhusen menar ganska generellt att kommunerna i för stor utsträckning använder sig av de fem betalningsfria dagarna. Ibland emot den äldres önskemål om att få gå hem. Från kommunhåll, men mer sällan från primärvården, berättas om alltför snabba utskrivningar av personer i mycket skört tillstånd. De intervjuade på sjukhusen menar att kommunerna i för hög utsträckning använder sig av kvarboendepincipen.

På kommunsidan menar man tvärtom att det är ett problem att sjukhuset (mer sällan dock geriatriken) ”lägger sig i” biståndsbeslutet och mer eller mindre förordar särskilt boende, eller korttidsboende. Att de anhöriga inte är överens med besluten och även önskar sig ytterligare rehabilitering redovisas främst från sjukhussidan som ett observandum.

De olika berättelserna visar enligt vår bedömning på avsaknaden av gemensamma fora. Där skulle problem som de olika aktörerna ser kunna lyftas fram för att söka lösningar. Man skulle få en ökad kunskap om varandras uppdrag. Alla involverade kunde till att börja med få en gemensam problembild.

### *Modeller för utveckling*

Olika modeller provas för att få den samordnade vårdplaneringen att fungera så att den kan skapa den trygghet och säkerhet för den äldre som det är tänkt. Nordostkommunerna, primärvården, Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken har genom FoU Seniorium ett gemensamt utvecklingsprojekt.

Östermalm har sedan något år särskilda vårdplanerare som alltid deltar i och fattar beslut vid vårdplanering både på S:t Görän och Stockholmsgeriatriken. Detta har förbättrat vårdplaneringen, men skapat ett nytt gränssnitt mellan vårdplanerarna på sjukhuset och de ordinarie biståndshandläggarna, och med hemtjänsten.

Stockholmsgeriatriken har en utskrivningssköterska på varje avdelning och har tydliga riktlinjer för hur hemgången ska genomföras. Också S:t Görän har en systematisk modell inför vårdplaneringen.

I landet pågår försöksverksamheter med att möjliggöra att fler deltar genom videokonferens (Lindström 2011). I en försöksverksamhet i vårt län (Bromma stadsdelsförvaltning) har hemsjuk-

vårdens, hemrehabiliteringens och hemtjänstens medverkan i vårdplaneringen ännu inte ökat (Henningson 2010),

### *Sjukhusets ansvar första dagen*

Den sjukhusavdelning som skriver ut en patient har ansvar för patienten under själva utskrivningsdagen. Om en äldre patient inte tidigare haft hemtjänst eller behöver mera avancerad hjälp än tidigare så är det viktigt att sjukhuset observerar detta. Om den äldre skrivs ut från sjukhuset på jourtid kan det vara nödvändigt att hjälpa till med att ta kontakt (om personen bor i Stockholm) med Trygghetsjouren och utföraren som har ansvar för basal hemsjukvård utanför kontorstid.

Stockholms trygghetsjour kan fatta ett tillfälligt beslut om hemtjänst. Jourverksamheten för hemsjukvård kan larmas via Vårdguiden. Jourverksamheten kan utföra och/eller delegera sjukvårdsinsatser tills ordinarie husläkarverksamhet kan ta över ansvaret. Dessa uppgifter var dock inte så kända hos sjukvårdens utförare vilket också det utförande företaget bekräftar.

### *Hjälpmedlen inte på plats*

Vår studie visar samma bild som studien på Södermalm 2007. De äldres hemförhållanden är inte alltid som vårdplaneringen förutsätter, och ibland verkar ingen planering ha skett alls. Det finns ingen säkerhet att hjälpmedel finns vid hemkomsten. Några av de intervjuade lyfter fram detta som det största problemet i gränssnittet mellan slutet och öppen vård.

Problemen är störst vid utskrivning från den somatiska akutsjukvården, där vårdtiderna är kortare, och där det inte är givet att rehabiliteringspersonal överhuvudtaget träffat patienten. Mer ovanligt är det att det klickar vid utskrivning från geriatriken. Sjukhuset har ansvaret att hjälpmedel ska finnas när patienten kommer hem, därefter tar primärvårdsrehabiliteringens ansvar vid. Rehabpersonal från sjukhuset bör ha gjort hembesök. Hembesök kan dock vara svårt att få till stånd eftersom det är tänkt att den äldre själv ska följa med hem vid besöket. Det kan då innebära att ingen sett hur lägenheten ser ut, och sjukhuspersonalen kan överskatta den äldres egen förmåga att bedöma hur det ska gå. Ibland händer det därför enligt några av de intervjuade att den äldre måste återvända till sjukhuset till dess att hjälpmedel ordnats.



## Korttidsboendets möjligheter för rehabilitering

Fram till 1994 svarade landstinget för konvalescentvård efter sjukhusvistelse, en verksamhet landstinget behöll ansvaret för vid Ädelreformen. När landstinget upphörde med konvalescentvård fick den korttidsvård kommunerna tagit över vid Ädelreformen delvis ta sig an den uppgift landstinget lämnade. I den proposition som ledde fram till Ädelreformen anges att i de verksamheter som förs över från landstingen till kommunerna ingår resurser för det kortvariga stödet. Regeringen menade att kommunerna med kort varsel ska kunna erbjuda vistelser för t ex rehabilitering, växelvård och avlösning som en del av det särskilda boendet.

Under 1990-talet byggde kommunerna ut denna korttidsvård, medan 2000-talet i flera av länets kommuner snarast kan beskrivas som en nedmontering. Särskilt är det rehabilitering som strukits ur korttidsvårdens ansvar. Alla kommuner har dock inte resonerat på detta sätt, Täby kommun är ett exempel på en kommun som tvärtom byggt ut korttidsvården och har rehabiliteringspersonal även om rehabilitering inte är ett uppdrag till deras korttidsboenden.

Enligt de intervjuade i Stockholms stads äldreomsorg är den tämligen enhetliga uppfattningen att korttidsboendet är ett boende för sköra äldre som under en period behöver få hjälp med t.ex. regelbundna måltider, dusch och hygien eller andra omsorgsaktiviteter. Den andra målgruppen är äldre som får vård av anhörig i hemmet och fungerar då som avlastning när den anhöriga behöver vila från sitt omhändertagande. Korttidsboendet är inte den form av "konvalescenthem" som sjukvården gärna vill uppfatta det som.

Kommunernas negativa hållning till att på korttidsboendet erbjuda rehabilitering bygger på att kommunen inte har ansvar för rehabilitering i ordinärt boende. En intervjuad hos geriatriken uttrycker att det känns "trist" att sköra äldre skrivs ut till ensamhet i hemmet, när förutom den medicinska kompetensen, gemensamma måltider, gympa i grupp och samtal med andra i ett korttidsboende skulle kunna ge förnyade krafter.

I en fokusrapport konstateras att hemgång inte alltid upplevdes som det bästa men alternativ saknades (Rydeman 2006).

Från kommunhåll påtalas att sjukhusen gärna nyttjar korttidsboende, om det finns, för att kunna skriva ut patienter tidigare. I flera intervjuer i Täby framkom en uppfattning att Danderyds

sjukhus anmäler patienter som utskrivningsklara i förhoppningen att biståndsbeslutet ska bli korttidsvård. En förklaring som angavs från öppenvården är att det kan ta tid att invänta ledig plats på geriatriken. En annan förklaring som antogs var att en del av dessa patienter inte hade den rehabiliteringspotential som krävs för att bli en geriatrisk patient, men väl var i behov av ”mobilisering”.

En reflektion som kan göras med ledning av intervjuerna är att ingen av parterna identifierat samverkansmöjligheterna. Goda exempel har funnits, främst i nordvästra länet, men också i Södertälje och i Skarpnäck. Det har då handlat om samfinansierade verksamheter. Mest framgångsrikt under senare delen av 1990-talet i bl.a. Jakobsberg och Sollentuna. Där behövde personalen inte fundera över vem som hade ansvaret, de hade korttidsrehab på sjukhemmet, i dagrehab och i hemmet. *Vi är vårdkedjan* som en av de som intervjuades uttryckte det (Weurlander 1997). Denna modell lyftes fram som ett föredöme såväl i länet som nationellt. Det är därför anmärkningsvärt att det idag inte ens finns rester kvar av den.

## Primärvård och hemtjänst

### Hemsjukvårdspatienten

Personer som har hemsjukvård har vanligen också hemtjänst. Det saknas data för länet, men utifrån den longitudinella studien SNAC kan vissa data hämtas som belyser gruppen som har båda insatserna. Av personer som har långvarig hemsjukvård (mer än två månader) har 96 procent också hemtjänst. Av de som har hemtjänst har 31 procent också hemsjukvård.

Tre fjärdedelar av dem som har både hemtjänst och hemsjukvård är kvinnor, sex av tio är 85 år eller äldre. Medelåldern är 85,7 år. En klar majoritet (88 %) är ensamboende. Nästan ingen av dem klarar att städa själv, eller handla mat. Tre fjärdedelar behöver hjälp med matlagningen alternativt få hem matlådor. Nästan sex av tio behöver hjälp med bad/dusch, fyra av tio behöver hjälp att klä sig, var femte behöver hjälp med förflyttning och att komma till toaletten. Sju procent behöver hjälp med matning. Tre av tio har en kognitiv nedsättning. Knappt nio av tio har rörelsehinder. Var sjunde har svår synnedsättning.

Vanliga hemsjukvårdsinsatser enligt SNAC-studien är läkemedel (så gott som alla), provtagningar (nästan två av tre) och såromläggningar (tre av tio).

De insatser som ska ske i hemsjukvården kan jämföras med den som ges i sluten vård eller i särskilt boende. Förutsättningarna är dock inte alls desamma. Husläkaren förväntas ha patientansvaret, men är beroende av patientens distriktssköterska och även andra vårdgivare. Detta samspel är komplext och inte säkert (Modin 2010).

### **Hemsjukvård dagtid och jourtid**

Husläkarmottagningen har ansvaret för hemsjukvården måndag-söndag 17-08.00. Hälso- och sjukvårdsnämnden har upphandlat hemsjukvården kvällar och nätter. *Med tre vårdgivare för samma uppgift, hemsjukvård hela dygnet, så blir det problem med sammanhang. Det ökar risken för fel* konstaterar en intervjuad husläkare. I en annan studie från Äldrecentrum framkommer att det finns oklarheter hos de husläkarmottagningar som intervjuats kring uppdraget till jourutföraren. Det brister också i informationsöverföringen. Ett annat problem som påtalas är kontakten mellan hemtjänst och jourutförare som är tänkt att gå via Vårdguiden. Det är också problem med delegeringar nattetid, då ska jourföretagets sjuksköterska ge delegeringar till vårdbiträdena, men de får lita på husläkarmottagningens distriktssköterska (Hagman 2011).

### **Samarbetet hemtjänst - hemsjukvård**

I regelboken för husläkarmottagningarna tydliggörs ansvaret för att samverka, och också samordna, främst då genom att distriktssköterskans roll som ”spindeln i nätet” lyfts fram. Detta samordningsansvar har enligt de intervjuade inte fått det genomslag man kan tänka sig att beställarna avsett. Det finns helt enkelt inte tid, trots att man vill, är en vanlig kommentar. En förklaring som några av de intervjuade pekat på är att uppdraget inte stöds av de ekonomiska incitamenten och inte har någon framträdande roll i avtalsuppföljningen.

Det beskrivs av vissa intervjuade som tämligen omöjligt att klara gränsyrtorna på ett för de mest sjuka äldre säkert sätt i den nuvarande organisationen med ett så stort antal utförare utan inbördes samordning – valfriheten kan bli en fälla för de äldre med många behov menar man.

Intervjuerna visar på att det oftast saknas fungerande lokala rutiner för hur samarbetet ska ske mellan distriktssköterska och vårdbiträde. När distriktssköterska och vårdbiträde har ett gott samspel så fungerar det, har de det inte så uppstår missar som krånglar till det för den äldre och i värsta fall kan leda till medicinska komplikationer. Det som gör att det fungerar är när båda vårdgivarna präglas av en god omsorgsrationalitet, när det inte fungerar så kan man snarare tala om en företagsrationalitet, var och en optimerar att utföra just det som står i det egna uppdraget.

Ett sätt att hantera att det är många utförare berättar en distriktssköterska om. Hon ser till att göra hembesök hos den äldre när vårdbiträdet är där. Hon ser det som en fungerad modell för att hantera dagens verklighet med många utförare, som omöjliggör en tidigare arbetsform där distriktssköterskan regelbundet besökte vårdbiträdeslokalen. Den modellen var bra, men förutsatte att man hade ett gemensamt geografiskt ansvarsområde och få utförare.

Särskilt problematiskt synes det vara när ett behov av kontakt uppstår akut. Bilden är dock splittrad, inte mellan de tre studerade delarna av länet utan mellan olika utförare hur väl kommunikationen fungerar mellan distriktssköterska och vårdbiträde. När vårdbiträdet inte får tag på distriktssköterskan och/eller distriktssköterskan inte har tid att göra hembesök så ökar enligt de intervjuade risken att den äldre endera inte får en insats som behövs eller i onödan sänds in till sjukhus.

Dagens verklighet är dock enligt intervjuerna för personberoende, en bild som också framkommer i andra studier. Ett exempel är en rapport om att förstärka vårdkedjan för personer med begynnande demenssjukdom, där nuläget beskrivs som att *personkemi är ett centralt begrepp. Resultatet av arbetet tycks snarare bero på omständigheterna än ett väl strukturerat arbetssätt. Det innebär däremot inte att samarbetet per automatik inte fungerar, men avsaknaden av tydliga rutiner kan leda till att personen med demenssjukdom och dennes anhöriga blir drabbade på ett negativt sätt* (Hoffman 2010).

### **Individuell vårdplanering**

I intervjuerna med personal såväl inom primärvård som hemtjänst uttrycks önskvärdheten av vårdplaneringar i hemmet. Samma bild framkommer i andra studier, exempelvis den fokusrapport om basal hemsjukvård landstinget gav ut 2008. När

*många aktörer är involverade, som hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering, borde det vara en självklarhet med en gemensam individuell vårdplanering i hemmet, tillsammans med den äldre och anhöriga. Så är också föreskrivet i regelboken 2008 för husläkarverksamheten. Denna form av vårdplanering synes dock höra till undantagen. De olika aktörerna har sin egen vårdplan, som inte självklart kommuniceras och stäms av med de övriga vårdaktörerna, och inte ens alla gånger med den äldre själv. (Törnkvist 2008) Bilden är oförändrad nu, trots den lagändring som skedde vid årsskiftet 2009/2010 som ytterligare gör tydligt att sådan vårdplanering ska ske.*

## **Delegering**

Det framgår tämligen tydligt i intervjuerna att delegering är ett område där det finns stora säkerhetsbrister, men få avvikelserapporteringar och förhoppningsvis få faktiska fel. Alla (nästan) vet hur det borde gå till, vad lagstiftning säger och hur delegationen ska utföras. Ändå verkar det ytterst sällan genomföras på korrekt sätt. *Socialstyrelsens författningssamling är en karta som de distriktssköterskor jag intervjuat inte tycker följer verklighetens geografi* berättar Åsa Craftman, doktorand med delegering från distriktssköterska till vårdbiträde som sitt forskningsområde.

Distriktssköterskan ska inte delegera därför att det behövs för att hinna med arbetet, utan för den äldres skull, men en vanlig uppfattning är att de knappast skulle hinna med sitt arbete om hemtjänsten inte tog emot delegeringar.

En modell som tillämpas på flera håll är att husläkarmottagningarna delar upp hemtjänstutförarna sinsemellan och svarar för delegering till dessa utförare. Den äldre kan ha en distriktssköterska som inte är den som gett hennes vårdbiträde delegering. Man är medveten om att detta inte stämmer med delegeringsförordningen, men man ser ingen annan möjlighet att hantera situationen.

Av intervjuerna i denna studie framkommer att en distriktssköterska kan samla ett antal vårdbiträden för genomgång kring delegering. De enhetschefer i hemtjänsten som deltagit anser att den utbildning som getts varit adekvat och tydlig.

Alla distriktssköterskor säger att de går igenom Socialstyrelsens författning. När jag haft fokusgrupper med vårdbiträden har ingen kunnat minnas att de hört något om författningen, och de har vag kännedom om det som författningen tar upp (intervju med Åsa Craftman).

En del vårdbiträden har goda grundkunskaper, andra inte. I de fall då de har ytliga kunskaper, kanske är nya i arbetet, ser jobbet som något tillfälligt, då kan delegeringar vara en säkerhetsrisk för patienten.

Den största säkerhetsrisken för att det blir fel, som att den äldre får fel medicin eller ingen alls eller fel dos (t.ex. av ögondroppar) ligger nog inte i delegeringsförfarandet utan i utebliven handledning eller rutiner menar Åsa Craftman, en bedömning som stöds av övriga intervjuer i denna studie.

En utveckling bl.a. Äldreförvaltningens chefer pekar på, och som bekräftats i några ytterligare intervjuer, är en minskande vilja hos främst privata utförare att ta emot delegering. Stockholms stad har uppskattat kostnaden för delegerade uppgifter till den hemtjänst staden bedriver i egen regi till cirka 15 Mkr. Fokus i dialogen mellan huvudmännen kring delegering synes vara inte på hur delegeringsrutinerna kan säkerställas och Socialstyrelsens förordning efterlevas utan på vem som ska betala.

### **Rehabiliteringens roll**

Intervjuerna visar på ett sedan tidigare väl känt faktum, att rehabiliteringen innehåller flera besvärliga gränzoner. En förklaring som framskymtar i intervjuerna är olika syn på vad som skulle kunna benämnas vardagsträning – som att hjälpa den äldre gå istället för att köra henne i en rullstol, att vänta in att hon knäpper knapparna istället för att hjälpa henne med det.

Från hemtjänsten hävdas att de inte får någon extra tid för att arbeta med ett rehabiliterande förhållningssätt. Enligt dem är biståndshandläggarens motiv att rehabilitering är en landstingsuppgift. De intervjuade biståndshandläggarna håller inte helt med om denna bild, de menar att de exempelvis beviljar tid för promenad som gångträning. Från rehabsidan konstateras att denna vardagsträning inte är en rehabilitering som förutsätter en sjukgymnast på plats, och att det också tidsmässigt skulle vara helt omöjligt. Om sjukgymnasten inte hinner och den äldre inte själv klarar av att följa ett träningsprogram så blir det ingen träning. Vår slutsats är att detta för den enskilde äldre så viktiga stödet att återfå och behålla sina funktioner har blivit ingens ansvar.

Ett annat problem är möjligheten till handledning för vårdbiträden. De som intervjuats i primärvårdsrehab menar att de har en ambition att handleda vårdbiträden. Problemet är enligt dem att inte alla hemtjänstföretag tycker att det är viktigt att samordna

vårdbiträdets tid med sjukgymnastens eller arbetsterapeutens för att få handledning på plats, och inte heller köper utbildning i förflyttningsteknik. Från de intervjuade hemtjänstutförarna är bilden snarare att de gärna vill ha handledning, men att rehabpersonalen inte har tid.

Rehabiliteringen är möjligen det område där beskrivningen av dagens verklighet skiljer sig mest mellan huvudmännen. Det är påtagligt att man inte har ett gemensamt språk och ingen gemensam målbild. Den bild som kommer fram i intervjuerna nu är den samma som i studier på 1990-talet. Lösningen då var att söka lägga pengarna i en ”påse” så att personalen kan fokusera på individen och inte på vad som står i ens beställning.

### **Gränsytan myndighetsutövning - utförande**

Vi ska bara utföra det som kommunen beställer. Men ringer en anhörig och är orolig – min mamma verkar ha lagt tillbaka telefonluren fel, hur är det med henne – ja då går vi förstås hem till henne även om vi inte alls skulle besöka henne den dagen. Det får vi inte betalt för men vi gör det. Så beskriver en hemtjänstutförare glappet mellan den äldres behov och den beställning som egentligen ska styra vårdbiträdets arbete. Vissa för den äldre viktiga insatser, som delegerade uppgifter och träning, ingår inte i beställningen, och insatser den äldre behöver just nu är inte heller alltid beställda, eftersom de inte var förutsedda när biståndsbeslutet fattades.

### **Bostadsanpassning**

En gränsyta som inte heller uppmärksammas så ofta är den till kommunens bostadsanpassning. Bostadsanpassning regleras i Lag (1992:1574) om bostadsanpassningsbidrag m. m. Ansökan ska ske av den enskilde till kommunen. Ofta är bostadsanpassning nödvändig för att livet ska fungera, t.ex. efter en stroke. Bostadsanpassningen kan ta tid, och den äldre kan då endera behöva vistas i sitt hem trots att det inte är anpassat för hennes nytillkomna funktionsnedsättningar, eller också tvingas hon under tiden bo i korttidsboende. Det som framskyntar i intervjuerna är att det kan bli missar vid vårdplaneringen, att bostadsanpassningen inte kopplas in tillräckligt snabbt. Ett skäl som anförs för att det kan bli så är att de som deltagit vid vårdplaneringen på sjukhuset aldrig varit hemma hos den äldre.

## Gränsytan basal - avancerad hemsjukvård

Flera av de intervjuade har kommenterat ASIH:s andra uppdrag, dvs. att kunna bistå primärvården och det särskilda boendet exempelvis när det krävs behandlingar som den ordinarie personalen sällan eller aldrig gör. De intervjuade bedömer att denna möjlighet sällan används. Någon kommenterar detta med att det blir ett oklart ansvarsförhållande. Någon menar att ASIH säger nej när de inte hinner. Några av de intervjuade har pekat på hur värdefull denna möjlighet är eller skulle vara för den som behöver mera avancerade sjukvårdsinsatser i hemmet.

Det största problemet synes vara den samma som uppmärksammades i den ovan citerade fokusrapporten om den basala hemsjukvården, att ASIH kan säga nej när de inte har kapacitet, vilket husläkarmottagningen aldrig kan göra. En distriktsläkare säger att *störst problem är nog i de fall då personer faller mellan oss och ASIH. Händer inte ofta men är besvärligt för den enskilde och för oss när det händer. Beror nog vanligen på att ASIH säger nej, de har fullt, kan inte ta sig an patienten, och vi kan ju aldrig säga nej trots att vi inte har kapacitet, kan vara både kunskapsmässigt och tidsmässigt. Svårt också för vår del eftersom verksamheten är uppdelad på tre utförare eftersom två olika har insatserna kväll resp. natt. ASIH har ju allt dygnet runt, det passar de här patienterna mycket bättre.*

## Samverkan psykiatri - primärvård - hemtjänst

De intervjuade har haft olika uppfattning om problem för äldre med svåra psykiska problem. Några av de intervjuade har framhållit att dessa äldre är patienter som ingen vill befatta sig med, och de kan ta oerhört mycket resurser både från sjukvård och från äldreomsorg. Andra menar att psykiatrin fungerar, och att gränssnittet mellan psykiatrin och husläkaren inte skapar problem för den enskilde.

När problemen kring en enskild person blir stora kan avsaknaden av psykiatriskt stöd vara besvärande, och då finns det en risk att den personen inte får ett adekvat stöd. I en studie i Stockholms stad konstaterades att psykiatrins konsultationsansvar gentemot vårdgrannar sköts olika inom olika områden i länet och att hur det fungerar i alltför hög grad är personbundet (Ljungdahl 2009).

Ett problem några lyfter upp är den organisatoriska gränsen många stadsdelar och kommuner har mellan socialpsykiatrin och äldreomsorgen. När en person som haft t.ex. boendestöd fyller 65 år är det inte givet att denne får behålla detta stöd. Äldreomsor-



gen har inte den insatsen kan det då heta. Organisationen, inte personens behov, har då fått styra. Stockholms stad har uppmärksammat detta problem och försöker få bort 65-årsgräns för insatser. I Täby synes man gå åt andra hållet.

## Det särskilda boendet

Den gränsszon som pekats ut som ett problem för dem som bor i särskilt boende är den mot slutenvården. En bakgrund är det något oklara hälso- och sjukvårdsansvar de särskilda boendena har, en annan det dubbla huvudmannskapet för hälso- och sjukvården i det särskilda boendet.

### Läkaren och sjuksköterskan

Vid Ädelreformen 1992 bestämdes att läkarinsatserna skulle förbli ett ansvar för landstingen. Detta har inte varit en oproblematisk lösning. Det har funnits kritik från kommunalt håll om bristande kompetens och kontinuitet och för lite tid för de läkare som av sina landsting fått uppdraget att vara läkare vid de särskilda boendena.

Sedan 1992 har det skett stora förändringar i äldreomsorgen. En stor majoritet av dem som idag bor i det särskilda boendet har ett sjukdomspanorama som förutsätter en hög kompetens hos hälso- och sjukvården i det särskilda boendet för att de ska kunna få det värdiga liv alla önskar. Det krävs därför stabila läkarinsatser och ett bra samspel mellan läkare och den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen.

Stockholms läns landsting införde i maj 2008 ett vårdval för läkare i särskilt boende. Kommunerna gavs möjlighet att välja bland de läkarvårdgivare som auktoriserats för de särskilda boendena i kommunen och den enskilde gavs möjlighet att i stället välja läkare inom ramen för Vårdval Stockholm bland länets alla husläkarmottagningar.

Mycket tyder på att auktorisationsförfarandet varit en framgång. Den helt dominerande andelen av de äldre har valt att ha den läkare som har ansvar för boendet och har inte valt annan husläkare. Kommunerna har fått en reell möjlighet att påverka vilken läkarorganisation som ska ha uppdraget (Hjalmarson 2010).

Samtidigt finns det åtskilliga kvarstående utmaningar. Det nödvändiga samspelet mellan läkare och sjuksköterska försvåras av att de inte har samma journalsystem. Liknande problem kan

uppstå när det är ett annat företag som har hand om insatser under jourtid. Bemanningen kvälls- och nattetid är på sina håll alltför knapp såväl på landstings- som kommunsidan för att kunna säkerställa ett tryggt omhändertagande när det t.ex. behövs kontinuerlig smärtlindring.

### **När den äldre kommer från slutenvården**

I några intervjuer har påtalats att de äldre skrivs ut för tidigt, innan deras hälsotillstånd har hunnit bli stabilt. Som nämnts ovan synes detta vara särskilt vanligt vid utskrivning till korttidsboende. I en studie om läkare i särskilt boende framkom samma bild, att det förekom att alla provtagningar inte var klara eller att läkemedelsbehandlingen inte var inställd när den äldre kom från slutenvården (Hjalmarson 2010).

### **När den äldre sänds till slutenvården**

#### *Onödiga inläggningar?*

I de intervjuer landstingsrevisorerna genomförde vintern 2010 framkom från slutenvården att de anser att de ibland får in patienter som det särskilda boendet enligt dem borde ha klarat. Samma uppfattningar framkom i studien om läkare i särskilt boende (Hjalmarson 2010) och i en studie om samordnad vårdplanering i nordost (Lindström 2011).

Det finns bland de intervjuade i vår studie olika syn på i vilken mån de boende i för liten eller i för hög utsträckning sänds till sjukhus. Ett par av de intervjuade menar att om det förekommer kritik så är det vanligen från anhöriga som tycker att deras närstående borde ha sänts till sjukhus.

De flesta av de intervjuade läkarna i studien om läkare i särskilt boende sa att de försökte undvika att skicka in patienter till akut-sjukvården.

Störst synes risken för onödiga inläggningar vara på jourtid. Enligt intervjuade nattsjuksköterskor var det relativt vanligt att läkaren istället för att besöka patienten remitterade in honom eller henne till akutsjukhuset. Även flera av de intervjuade läkarna som arbetade jour sa att de ofta valde att skicka in patienter till sjukhus direkt utan att först besöka dem. Flera av läkarna betonade att de inte ville åka till patienter akut om inte en sjuksköterska först hade besökt patienten och undersökt puls, blodtryck och medvetandegrad. Det förutsätter att det finns en sjuksköterska på plats. De intervjuade sjuksköterskorna var eniga om

att jouren fungerade bäst hos de läkarvårdgivare som hade egen jour. En anledning var att läkarna oftare kände till de patienter som de ringde om och att de hade tillgång till läkarjournalerna och snabbt kunde bilda sig en uppfattning om situationen (Hjalmarson 2010).

De intervjuade MAS-arna i de två stadsdelarna och Täby känner inte igen att boende skulle sändas till sjukhus p.g.a. att det inte funnits sjuksköterska på plats eller bristande sjuksköterskekompetens. En MAS hade hört sig för hos "sina" sjukhus, och ingen av dem kände igen något sådant fall. Däremot säger en MAS att det kan hända att sjuksköterska efter samtal med läkaren kommit fram till att det ur patientsäkerhetssynpunkt är viktigt att den äldre får rätt vård för den aktuella situationen.

### *Stora skillnader*

Det är stora skillnader såväl mellan kommuner som särskilda boenden i antal vård dagar per boende. Det genomsnittliga antalet vård dagar inom slutenvården per boende i särskilt boende räknat för helt år var vintern 2009 knappt 14 dagar och det var knappt en vårdepisod per boende och år. Antalet vård dagar inom slutenvården per boende varierade mellan kommunerna/stadsdelarna från sju dagar till 33 dagar per år, lägst i Vaxholm och Farsta, högst i Älvsjö och Östermalm. Tjugotvå vård- och omsorgsboenden i sex kommuner/stadsdelar specialstuderades. Hos dessa varierade antalet vård dagar i slutenvård mellan vid 1:a percentilen<sup>4</sup> 9 dagar och vid 9:e percentilen 24 dagar, medianvärdet var 12 dagar.

Bland dem som hade mindre än tolv dagar var fyra av de fem bemannade med sjuksköterska dygnet runt. Ett av dessa äldreboenden hade endast sjuksköterskor på plats under kontorstid. Utifrån registerdata går det inte att förklara variationen i konsumtion av slutenvård (Hjalmarson 2010).

### *Olika syn på vad det särskilda boendet kan klara*

Att äldre sänds in akut till sjukhus kan bero på att gränsen för vad som ska ingå i det särskilda boendets hälso- och sjukvård dragits för snävt. I studien om läkare i särskilt boende framkom-

---

<sup>4</sup> 1:a percentil = 10 % har lägre värden; 9:e percentil = 10 % har högre värden.

mer att det finns olika uppfattningar om hur avancerad hälso- och sjukvård som ska kunna ges i det särskilda boendet.

### *Ekonomiska incitament*

En faktor kan vara de ekonomiska incitamenten. Uppdraget till de verksamheter som svarar för läkarinsatserna i det särskilda boendet avser hela dygnet. Många företag har valt att anlita en underentreprenör för att klara insatser på jourtid. Beställarna har valt att inte ha något specifikt ekonomiskt incitament för att läkare ska komma till det särskilda boendet på obehövlig arbetstid. Ersättning för hembesök är 102 kr när på dygnet det än sker. Ersättningen till läkarna i särskilt boende har, till skillnad mot ersättningen till husläkarna, en hög fast del och en låg rörlig del.

Det är svårt att av de intervjuer som genomförts dra några säkra slutsatser kring om ersättningssystemet för läkare i särskilt boende minskar läkares benägenhet till akuta hembesök i sådan grad att en äldre i stället behöver föras till sjukhus. Enligt uppdraget från HSN-f ska läkaren *vid behov av oplanerade insatser i samband med akuta sjukdomstillstånd inställa sig hos patienten inom två timmar efter förfrågan erhållits. Telefonkontakt med tjänstgörande sjuksköterska skall hållas under denna tid.*

### *Kompetent personal på plats*

En vanlig bedömning bland de intervjuade är att det avgörande för att den som bor i särskilt boende varken ska riskera att i onödan behöva sändas till sjukhus eller att få en undermålig vård på det särskilda boendet är att boendet har rätt tillgång till läkare och dygnetruntbemanning av sjuksköterska.

Vad det särskilda boendet klarar beror enligt Hjalmarson (2010) på;

- Bemanningen med sjuksköterska, läkare och omvårdnadspersonal.
- Kompetensen hos omvårdnadspersonalen.
- Tillgång till medicinsk utrustning.
- Tillgång till läkemedelsförråd att kunna sättas in snabbt.
- Att landstinget och kommunen har en gemensam målsättning.

### *Gemensam målsättning*

Ett grundläggande problem är att det saknas mål som Stockholms läns landsting och kommunerna är ense om, exempelvis vilken medicinsk kompetens som ska finnas i det särskilda boendet och vilken nivå hälso- och sjukvårdsinsatserna ska ha. Vidare är gränsen oklar mellan kommunens hälso- och sjukvårdsansvar, avancerad hemsjukvård och vård på sjukhus (Hjalmarson 2010).

### *"Sjukstuga"*

Det skulle underlätta, menar några av de intervjuade, om det i länet fanns möjlighet att erbjuda äldre en vårdform, som är mera avancerad än som kan erbjudas i flertalet vård- och omsorgsboenden men mindre rehabiliteringsinriktad än den nuvarande geriatriken. Vi kan inte bedöma hur stor målgruppen är för en sådan verksamhet. Ett bättre alternativ torde vara att det särskilda boendet för sjukvårdsinsatser som är mer komplexa biträds av t.ex. ASIH. Dess så kallade andra uppdrag i särskilt boende avser dock enbart avancerad palliativ vård. Insatser för andra patienter skulle kräva tjänsteköp av kommunen, i de fall då kommunen eller dess entreprenör inte har hälso- och sjukvårdspersonal med tillräcklig erfarenhet för den aktuella insatsen på plats.

# AVSLUTANDE REFLEXIONER OCH SLUTSATSER

## Fokus på hemmet

Gränssnitten mellan sluten och öppen vård är möjligen de tydligaste, vilket kan förklara att många av de intervjuade lyft fram dem som de svåraste. Viktigast för den enskilde torde dock vara att det fungerar i vardagen, i hemmet. Om någon kunde se helheten hette den första stora revisionsrapporten (1999), styckevis och delat (2006) den andra som byggde på omfattande intervjuer med de äldre själva och de vårdgivare som var involverade. Rubrikerna syftade på att, fastän alla gör ett bra jobb, så uppstod ingen trygghet för den äldre. Det brast i samordning och samarbete.

### *Kommunaliserad hemsjukvård lösningen?*

När vi ställt frågan till de tjänstemän som intervjuats i denna studie vad de vill ändra så svarar många ”kommunalisera hemsjukvården”. Med ledning av bl.a. den utvärdering Äldrecentrum gjorde av kommunal hemsjukvård i dåvarande socialdistrikt Maria-Högalid (Larsson 1997) kan man anta att en klokt genomförd samordning av hemtjänst och hemsjukvård ger bra förutsättningar till nära samarbete distriktssköterska - vårdbiträde liksom med rehabpersonal. En förutsättning är då att inte hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering upphandlas var för sig och blir skilda verksamheter om än under samma huvudman. Då torde man knappast ha vunnit något. Planerna på en kommunalisering av hemsjukvården får inte heller lägga en blöt filt över det utvecklingsarbete som behöver ske redan nu.

### *Beställ helheter*

Många av de intervjuade pekar på de problem som uppstår genom att huvudmannens beställningar är uppdelade, mellan olika verksamhetsområden och mellan dagtid och jourtid. Det kan därför ses som önskvärt att beställarna i kommun och landsting på ett bättre sätt tar vara på de möjligheter som finns lokalt i en kommun eller stadsdel att samordna verksamheter såväl över dygnet som över professionsgränser. Den fokus som beställarna har på tydliga uppdrag/regelböcker till utförarna innebär att utförarna på motsvarande sätt har sin fokus på sitt eget uppdrag, det man får betalt för och ska svara för mot uppdragsgivaren. Detta inne-

bär att ingen får en tydlig fokus på gråzonerna, gränsytorna mellan de olika vårdgivarna. *De nu så specialiserade enheterna fokuserar på egna interna mål och att klara sin egen budget, istället för att se till helheten och brukarnas totala upplevelse* (Kraus 2008)

### *Individuell vårdplanering i hemmet*

Individuell vårdplanering i hemmet är påbjuden i lag sedan årsskiftet 2009/2010. Den är föreskriven i regelboken för husläkarmottagningarna sedan 2008. Den anvisas som det viktigaste verktyget för att få en samordnad och trygg vård och omsorg för den äldre i en fokusrapport om den basala hemsjukvården (Törnkvist 2008). Ännu lyser de individuella vårdplaneringarna dock i huvudsak med sin frånvaro.

Det saknas rutiner mellan hemtjänst och hemsjukvård kring när den ska ske, vem som ska kalla, hur den ska dokumenteras och hur den ska följas upp. Här finns ett stort utvecklingsområde för lokala samverkansgrupper mellan primärvård, primärvårdsrehab och hemtjänst.

I dagens värld med många aktörer måste samverkan utgå från individen. Individuell vårdplanering kan vara en metod att hantera mångfalden av utförare.Handledning genom att distriktsköterska och vårdbiträde eller sjukgymnast/arbetsterapeut och vårdbiträde möts hemma hos den äldre kan vara en annan form. Den tillämpas redan där man arbetar klokt. Men ett sådant arbetssätt får inte bli beroende av enskilda personer, det måste vara en självklar rutin, som stöds av ekonomiska incitament och krav av beställaren och som regelmässigt följs upp.

### *Delegation av hälso- och sjukvårdsinsatser till vårdpersonal*

Delegation av hälso- och sjukvårdsinsatser ska ske under betryggande förhållanden och om det gagnar den äldre. Som framgår av denna studie varierar det mycket hur delegationen genomförs. Oftast sker den i grupp – ibland till personal som går till någon som inte är "listad" hos aktuell husläkarmottagning. De pragmatiska lösningar som utformats svarar dåligt mot de föreskrifter som gäller.

Diskussionen har mycket handlat om hur insatser utförda med delegation ska ersättas. Ur den äldres synpunkt är det dock viktigare att säkerställa rutiner istället för att diskutera kostnadsersättning.

## *Rehabilitering*

Den generella uppfattningen hos samtliga informanter i denna undersökning är att den rehabilitering som kan betecknas som vardagsträning blivit en fråga som ingen äger.

Det finns utförare i denna undersökning som kan visa att när man får utökad tid en bestämd period efter hemgång så kan hjälpinsatserna senare minskas eftersom den äldre klarar sig bättre på egen hand. Men hemtjänstpersonal får alltför sällan tid för att bistå vid träning i hemmet, inte ens när det gäller vardagsträning som att våga stå i köket för att koka ett ägg eller gå på toaletten.

Landstinget och kommunerna bör utveckla olika former av gemensamt finansierad rehabilitering, såväl på korttidsboende som i hemmet. Goda exempel har funnits.

### *Att få välja helheten, teamet en framtidsmodell*

Ett steg mot en mer sammanhållen vård och omsorg är att ge hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att fokusera på den grupp där primärvården haft svårast att lyckas i sitt uppdrag för den äldre befolkningen, äldre med stora och sammansatta behov. Det kan då vara en fördel att enbart ha ansvar för denna grupp. En sådan verksamhet bör ha ett geriatriskt arbetssätt och ha en anknytning till en geriatrisk klinik och ASIH som ger närhet till den medicinska kompetensen och till personal dygnet runt.

Nästa steg är att huvudmännen finner former inom vård- och kundvalets ramar för att erbjuda äldre med stora och sammansatta behov ett sammanhållet team, där det finns undersköterskor och vårdbiträden, läkare, distriktssköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut, och möjlighet att knyta till sig andra specialister som apotekare, dietist och kurator.

## Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

Ett problem denna studie påvisar är att det inte är en samordnad vårdplanering vid utskrivning från sjukhus eftersom alla aktörer inte är på plats. Det är inte heller realistiskt. Distriktssköterskornas tid räcker inte, de känner till de flesta av sina patienter som finns intagna på sjukhus och de får sin nödvändiga information på andra sätt (telefon, WebCare). Risken med att distriktssköterskan inte deltar i den samordnade vårdplaneringen är att



de medicinska aspekterna inte alls blir belysta. Ett annat problem är att den äldres vårdbiträde sällan eller aldrig är med. Primärvårdsrehab kallas inte.

Med användning av modern teknik borde en samordnad planering kunna komma till stånd i de fall då det bedöms som nödvändigt, utan att ta alltför stora tidsresurser i anspråk.

## Strukturerad form för avvikelshantering

Avvikelse gällande samverkan dokumenteras dåligt. En strukturerad form för avvikelshantering, gemensamma genomgångar, åtgärder och uppföljning kan vara en strategi för att identifiera och minimera samverkansproblem och öka patientsäkerheten och tryggheten för den äldre.

## Avtal om samverkan och tydliga rutiner

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Av utvärderingen av det tidigare samverkansavtalet mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting kan vi lära att några viktiga faktorer för att samverkan skulle fungera bättre var att deltagarna betraktade mötena som viktiga och att det var en kontinuitet i vilka som deltog. De intervjuade menade att kontakter knöts och samverkanskanaler stärktes genom dessa samverkansmöten. Många problem kunde man enkelt klara av genom att man lärt känna varandra, de behövde aldrig växa sig stora eller behandlas vid samverkansmöte, man löste det underhand (Österman 2007). Härigenom kan många problem i gränsyrtorna mellan olika vårdgivare hanteras.

Samverkansavtalens viktigaste funktion är att skapa ett regelverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas, förutsatt kontinuitet i deltagandet och en ömsesidig vilja att lösa problem. Vid dessa möten kan t.ex. rutiner utarbetas och förankras avseende exempelvis

- hur vårdplaneringen på sjukhus ska kunna bli såväl samordnad som effektiv,
- hur individuell vårdplanering i hemmet, gemensam för alla berörda, ska kunna bli verklighet,

- hur en patientsäker delegering ska kunna ske i dagens vårdvals- och kundvalssystem, och vilka rutiner som ska gälla för egenvård,
- hur avvikelser mot god samverkan ska dokumenteras och följas upp.

## Några slutsatser

### *Prioritering*

Utifrån intervjuerna i denna studie och andra studier under senare år kan vissa gränssytor identifieras som mer problematiska än andra, och därmed skapa störst risker för den enskilde. Några av dessa är;

Att distriktssköterska och vårdbiträde är i olika organisationer och att samarbetet dem emellan i så hög grad är personberoende.

Att det inte finns en samsyn mellan huvudmännen kring vilken hälso- och sjukvård det särskilda boendet ska klara.

Att information vid in- och utskrivning från slutenvård inte alltid når fram till rätt person, och inte alltid är fullständig.

### *Tolv punkter för förbättring*

Några av de slutsatser som kan dras av studien är, i prioriteringsordning

Det krävs tydliga samverkansavtal mellan landstinget och länets kommuner. De avtal som nu bör arbetas fram ska stödja att det blir kontinuerliga gemensamma möten mellan såväl beställare som utförare. De ska vidare stödja att gemensamma rutiner utarbetas för bl.a. samordnad och individuell vårdplanering, delegering, informationsöverföring, gemensamt ansvar för rehabilitering och för insatser jourtid.

Det behöver utses tjänstemän såväl hos HSN-f som i respektive kommun och stadsdel med ett uttalat ansvar för och tid till att vårda dessa gemensamma mötesplatser genom att förbereda och följa upp.

Uppföljningen av brister i samverkan måste skärpas, bl.a. genom att skapa fungerande rutiner för hantering av avvikelser för att med detta som grund förbättra rutiner och därmed skapa god samverkan.

Alla berörda behöver tillsammans utarbeta lokala rutiner för att individuell vårdplanering i hemmet, gemensam för alla berörda, ska gå från lagstadgad och i avtal påbjuden till att bli verklighet.

Fokus måste flyttas från vem som ska betala för delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter till hur patientsäkerheten bäst kan säkerställas.

Det behövs kraftsamling kring den utveckling som är på gång av metoder för hur den samordnade vårdplaneringen på sjukhus ska göra skäl för begreppet *samordnad*, dvs. att alla berörda aktörer ges förutsättningar att delta med rimlig tidsinsats.

WebCare måste bli en mer pålitlig kommunikationskanal mellan alla berörda, även hemtjänst, särskilt boende och primärvårdsrehabiliteringen. Tekniken fungerar, men om all information inte sänds, blir läst eller kommunicerad till dem det berör så är systemet inte tillräckligt säkert. Med en pålitlig informationsöverföring kan trygghetskvittot till den äldre bli verklighet.

Beställningarna till utförare inom såväl primärvård som äldreomsorg har en tendens att göras för varje del för sig. En fungerande samverkan förutsätter beställningar som bygger på helhetslösningar. Det inbegriper ansvar hela dygnet och att den äldres olika behov tillgodoses och samordnas.

Det är önskvärt att kunna erbjuda äldre med stora och sammansatta behov huvudmannaskapsövergripande teambaserade lösningar, gärna i samverkan med ASIH och geriatriken. En utmaning är att ta vara på de goda erfarenheter som gjorts i olika försöksverksamheter.

Ekonomiska incitament bör på ett helt annat sätt än idag stödja samverkan, gränsöverskridande arbetssätt, ”omsorgsrationalitet”, och inte stödja suboptimerande ”företagsrationalitet”.

Huvudmännen bör arbeta fram ett gemensamt synsätt kring vilken hälso- och sjukvård som ska kunna erbjudas i det särskilda boendet och hur denna nivå ska uppnås, så att äldre personer ska få en god vård där hon/han bor och inte i onödan behöva läggas in i slutenvård.

Huvudmännen bör söka gemensamma lösningar för korttidsvård, rehabilitering och funktionsstödande träning i hemmet för att komma ifrån dagens situation där det för närvarande är viktigare att inte göra det som är den andra huvudmannens åtaganden än att ge den äldre de insatser hon behöver.

# BILAGA 1.

## SAMVERKANSPROBLEM UNDER 1990-TALET & EN JÄMFÖRELSE MED IDAG

Nedanstående sammanställning bygger på en rapport från Äldrecentrum till Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning 1999 (Gurner och Wånell 1999). I stor utsträckning överensstämmer, som framgår av kommentarerna under respektive punkt, iakttagelserna då med dem som gjorts i den nu föreliggande studien. Likheter och olikheter kommenteras efter varje avsnitt.

### Gränsytan slutet - öppen vård

#### a) Övergången slutet vård – öppen vård/äldreomsorg:

- För somatisk akutsjukvård skapar de allt kortare vårdtiderna problem att hinna med, för geriatriken de äldres sköra livssituation (*källa: Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2*).
- problem med *informationsöverföringen* till nästa led, t.ex. epikriser och behandlingsmeddelanden (*källor t.ex. Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2 och Färdigbehandlad ... och sen? Äldrecentrumrapport 1998:13*).
- Sällsynt att rehabpersonal i öppenvård får del av epikris eller annan information (*källa: Rehab äldre, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).
- Det de strokedrabbade hade tränat på sjukhuset kunde de många gånger inte överföra till hemmiljön och de tappade både initiativförmåga och självförtroende (*källa: Strokerehabilitering, produktion eller livsvärde? Äldrecentrumrapport 1999:4*).

**b) Korttidsrehabiliteringen** (kommunen) blivit ytterligare en länk i vårdkedjan (somatisk slutenvård – geriatrisk slutenvård – korttidsboende – hem) pga. de allt kortare vårdtiderna inom geriatriken (*källor: Äldrecentrum PM 1998-*

12-14 om Samrehab i nordväst och Rehab äldre 300 slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8).

**Kommentar 2010:** Samtliga punkter under a) är kvarstående. Vad gäller b) kan konstateras att situationen snarast försämrats för den äldre – inte ens korttidsrehabilitering i kommunalt korttidsboende finns längre tillgängligt i flertalet av länets kommuner.

## Särskilt boende

- Kommunerna har i en enkät 1998 nästan genomgående svarat att läkartillgången i de särskilda boendeformerna är för låg vilket medför dålig medicinsk säkerhet och att personalen känner sig utlämnad och pressad (källa: *Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).
- Av läkarna vid landets sjukhem hade då studien genomfördes i april 1998 18 procent geriatrisk specialistkompetens. Enligt en studie från Spri från 1993 ägnade läkarna i snitt 8 minuter per boende och vecka, nu (april 1998) är den nere i 4 minuter per vecka (källa: *Socialstyrelsen, Äldreuppsdraget 1998:11, Ädelparadoxen, sjukhemmen före och efter Ädelreformen*)

**Kommentar 2010:** Läkartillgången och läkarnas kompetens i särskilt boende har ökat, medan det däremot är för få sjuksköterskor, särskilt utanför ”kontorstid”, på vissa vård- och omsorgsboenden. En bidragande orsak är en på sina håll förekommande uppfattning att sjuksköterskan kan arbeta konsultativt i särskilt boende (källa: *Hjalmarson och Österman 2010*).

## Primärvården

### Husläkarreformen 1994

- Husläkarreformen innebar en fokusering på läkarkontakten på bekostnad av det teamarbete som tidigare hade framhållits som ett viktigt inslag i primärvårdens arbetsmetodik. Många av de intervjuade säger att det finns en konflikt mellan systemen valfrihet/listning respektive områdesansvar (källa: *Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).

- Utmärkande för den svenska primärvården var länge områdesansvar och teamarbete i vårdlag. Primärvården av idag ger ett splittrat intryck i sin organisatoriska mångfald och detta torde motverka den efterfrågade samverkan (*källa: Från slitna honnörsord till praktisk verksamhet, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar 1998:2*).

**Kommentar 2010:** Avtalen med husläkarmottagningarna saknar ett tydligt områdesansvar och har alltjämt sin fokus på husläkaren medan beställning av hemsjukvård inte är lika tydlig (*källa: fokusrapport 2008*).

### Krav på tillgänglighet

- ”Vi kan vara hur tillgängliga som helst, men på vilkas bekostnad? De äldre och långtidssjuka.” (*källa: Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*)

**Kommentar 2010:** Bilden är alltjämt att det är viktigt att kunna ta emot många korta besök. Äldre, patienter med psykiska problem och kroniker kan bli åsidosatta eller i alla fall nedprioriterade enligt några av de läkare som intervjuats i en studie Äldrecentrum genomfört hösten 2010. De framhåller att ersättningsystemet borde vara anpassat till vårdtyngd eller diagnosgrupper, då menar de att det skulle se annorlunda ut med prioriteringen.

## Samverkan primärvård - hemtjänst;

- **Samverkan;** Kommunernas svar i landstingets primärvårdsenkät 1998 tyder på att samverkan skiljer sig mellan olika vårdcentraler/vårdenheter och sammanhänger med det lokala engagemanget och förmågan att finna bra lösningar. Under arbetet har utredningen stött på många enskilda fall där alltför mycket energi gått åt till diskussioner om olika vårdgivares ansvar, brister i engagemang och resurser, betalningsansvar etc. (*källa: Hur mår primärvården i Stockholms län, HSN 1998*).
- **Helhetssyn;** Det saknas en helhetssyn på dessa multisjuka äldres behov av hjälp och stöd. Ingen tar idag ansvar för helheten i vård- och omsorgsinsatsen ... Det saknas en strukturerad och systematisk samverkan i alla faser i vård- och omsorgsprocessen, från behovsbedömning och planering av insatser till utförande och uppföljning av re-

sultat. (källa: *Tänk om någon såg helheten, Stockholms stads revisionskontor och landstingsrevisorerna, dnr 420/90-99*)

- **Vårdplaneringsgrupp;** gemensam vårdplanering var avtalad på 1980-talet och positivt utvärderad av Äldrecentrum i flera rapporter. Inför Ädelreformen framhölls från såväl handläggare som politiker värdet av att denna samverkan mellan distriktssköterska och hemvårdsassistent fortsätter. Trots det har vårdplaneringsgrupperna upphört på de flesta håll i länet. (källa: *Rehab äldre 300, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).

**Kommentar 2010:** Flera faktorer har medverkat till att samverkan försämrats 2010 jämfört med situationen på 1980-talet. Kommunernas uppdelning av hemvårdsassistentrollen i biståndshandläggare och enhetschef ändrade de geografiska gränserna samt skapade osäkerhet om vem som skulle delta i omvårdnadsplaneringen, biståndshandläggaren, enhetschefen eller båda. I samband med husläkarreformen upphörde det nära geografiska ansvaret för husläkaren. Antalet möjliga involverade blev stort och det fanns inte längre någon naturlig samordnare av mötena. Utvecklingen av kundval och vårdval har successivt ökat valmöjligheterna för den enskilde, men också av antalet enheter som ska samverka. Denna utveckling har inte följts av en utveckling av nya strukturer för samarbete och gemensam individuell vårdplanering.

## Rehabilitering;

- Gränsdragningsförsök och gråzonsproblematik har i många fall lett till att äldre, framför allt i eget boende, inte fått de rehabiliterande insatser de varit i behov av. Ett annat problem har varit frågan om det är primärvården eller kommunen som har ansvaret för att handleda vårdbiträden i den öppna hemtjänsten. Försök att dra strikta ansvarsgränser och driva verksamheten efter dessa har lett in i en återvändsgränd. De projekt som sammanfört resurserna till en rehabiliteringsfunktion har haft bättre förutsättningar. (Källa: *Rehab äldre 300, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8*).
- Det var först i hemmet som effekten av skadorna efter stroke visade sig tydligt. När de kom hem och kraven på

problemlösningsförmåga ökade föll deras mycket begränsade, på sjukhuset, intränade strukturer. Rehabiliteringsinsatserna inom öppenvården var utspridda på flera olika enheter och i olika huvudmäns regi. Samtliga vårdnivåer och verksamheter arbetar med kort tidsperspektiv. Rehabiliteringsarbetet koncentreras starkt kring funktionsträning. De psykiska och sociala problem som de flesta brottas med lämnas därhän (*källa: Strokerehabilitering, produktion eller livsvärde? Äldrecentrumrapport 1999:4*)

**Kommentar 2010:** Strokerehabiliteringen har blivit bättre, men gränsdragningsproblematiken mellan landstinget och kommunerna är snarare ännu tydligare än vad som framkom i studierna 1997 och 1999.

### Läkemedelsanvändning;

- Det saknas idag heltäckande kunskap om vilka mediciner som förskrivs, liksom om äldre verkligen hämtar ut förskrivna mediciner. Det är ofta socialtjänstens personal som sköter medicineringen, medan läkaren och vanligen även distriktssköterska befinner sig långt borta (*källa: Tidskriften Äldre i Centrum 1999:2*).

**Kommentar 2010:** under 2000-talets första hälft har kunskapen om polyfarmaci förbättrats, hjälpmedel tagits fram för såväl förskrivande läkare som sjuksköterskor. Regelbundna läkemedelsgenomgångar är numera ett krav som ställs både från kommun- och landstingshåll.

## Vård vid livets slut

- De döendes egna val var de ville sluta sitt liv spelade relativt liten roll. Många flyttades mellan olika miljöer de sista dagarna. Enligt flera personalgrupper vid sjukhus i de studerade kommunerna sänds den gamle till sjukhus från äldreboendena därför att dessa saknar personal med tillräcklig medicinsk kompetens och medicinsk utrustning för att kunna ge palliativ vård (*källa: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:14, inför döden*).

**Kommentar 2010:** Problemen kvarstår på en del håll. Under de senaste åren har omfattande fortbildning genomförts för att förbättra det palliativa omhändertagandet i det särskilda boendet.



## Psykiska funktionshinder

- Det är angeläget att starta ett arbete med att identifiera bortglömda och dolda vård- och omsorgsbehov bland äldre, tre som lyfts fram är psykiska besvär, reumatiska sjukdomar och tandhälsan (*källa: Socialstyrelsen Äldreuppdraget årsrapport 1998*)
- Nästan hälften av patienterna vid Östermalm-Lidingö äldrepsykiatriska hemvårdsteam hade ingen tidigare kontakt med psykiatrisk vård. Innan teamet startade under 1996 hamnade många äldre med psykiska besvär mellan stolarna (*källa: Psykiatriskt stöd för äldre personer i hemmet, Äldrecentrumrapport 1999:1*)

**Kommentar 2010:** Det team som utvärderades 1999 är sedan länge nedlagt. Det finns kvarstående samverkansproblem såväl inom som mellan huvudmännen, dock med geografiska olikheter, vilket uppmärksammas av HSN-f.

## Anhörigstöd

- Stödet som erbjuds måste vara individuellt utformat. Vad som saknas är en större grad av flexibilitet och lyhördhet för de anhörigas behov. Uppbyggnaden av vården och omsorgen har hittills alltid utgått från systemets premisser (*källa: Socialstyrelsen, Äldreuppdraget 98:1, Stöd till de äldres anhöriga, en nationell kartläggning*).

**Kommentar 2010:** i flertalet av länets kommuner finns numera anhörigkonsulenter, och olika former av anhörigstöd har utvecklats. Ännu finns dock mycket att göra för att utveckla samverkan såväl mellan vård- och omsorgspersonal i stödet till de anhöriga som i samarbetet mellan vården och de anhöriga.

## BILAGA 2.

### NÅGRA EXEMPEL PÅ ATT SPRÄNGA GRÄNSER MELLAN VÅRDGIVARE

#### *Vårdcentral och hemtjänst ihop, exemplet Hökarängens närvårdcentral*

Hökarängens närvårdcentral drevs från juli 2004 som projekt i samarbete mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Här fanns en vårdcentralsdelen och en öppen hemtjänstenhet som lokalmässigt var sammanförda och leddes av en gemensam enhetschef. Stiftelsen Stora Sköndal hade hälso- och sjukvårdsuppdraget medan hemtjänstenheten drevs av Farsta stadsdelsförvaltning. Projektet avvecklades i samband med att husläkarmottagningarna fick nya avtal 2008. Från Äldrecentrums huvudrapport kan utläsas att det tog tid att smälta samman olika kulturer och forma ett team. Framgångsfaktorer var att närvårdcentralen hade en drivande projektledare och en gemensam chef.

Personalen såg stora vinster med att arbeta under samma tak. Inte minst uttryckte läkarna och vårdbiträdena vilken ömsesidig nytta man hade av varandra. De multisjuka äldre som intervjuades uttryckte att de var mycket nöjda med de insatser de fick, och då särskilt att det var enkelt att få besök av läkare och distriktsköterska i hemmet. Närvårdcentralen genomförde betydligt fler hembesök av såväl läkare som distriktsköterska än vad som var vanligt i primärvården (Gurner m.fl. 2007).

Verksamheten bedrevs inom ramen för vårdval och kundval. Den kostade inte mer för Farsta stadsdelsförvaltning. Däremot bedömde Stiftelsen Sköndal att det inte skulle vara möjligt att driva en husläkarmottagning med närvårdcentralens uppdrag inom ramen för det ersättningssystem som infördes 2008, varför verksamheten avvecklades.

#### *Teambaserade lösningar, tre exempel*

##### *Äldreteam i Huddinge*

Äldreteamet i Huddinge startade under 2006 och har fått förlängning hela 2011. Det finansieras delvis med nationella stimulansmedel. Det skall ge hemsjukvård och vissa omsorgsinsatser.

Det ska ha en hög tillgänglighet dygnet runt. Hemrehabilitering skall erbjudas kontorstid, måndag - fredag.

Teamet skall vara multiprofessionellt och vård- och omsorg skall utgå från en helhetssyn på den åldrande människan och hennes ofta mångomfattande behov. I tjänsten skall förebyggande, utredande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande samt trygghetsskapande insatser ingå. Under projektperioden har teamet tillgång till två så kallade mellanvårdsplatser inom Stortorps Äldrecentrum för direktinläggning.

Målet för samverkan är att det inte ska ha någon betydelse för den enskilde vilken huvudman eller vilken verksamhet som ansvarar för vård, omsorg och rehabilitering. För att möjliggöra fortsatt vård i hemmet skall läkare från teamet göra hembesök för snabb bedömning vid försämrat tillstånd.

De äldre som intervjuats är genomgående mycket nöjda med teamets insatser, som har skapat en helt annan trygghet än när de tidigare hade basal hemsjukvård från en husläkarmottagning (ännu ej publicerade data från en Äldrecentrumstudie).

### **Solna äldrevårdcentral**

Stockholms läns landsting och Solna stad arbetade tillsammans fram en modell för en äldrevårdscentral som inrättades våren 2006 i Hallen i Solna. Verksamheten riktade sig till personer som är multisjuka/multisviktande över 75 år och personer med komplicerad demensproblematik över 65 år boende i ordinärt boende och folkbokförda i Solna Stad och som valt att lista sig hos Äldrevårdscentralen. Äldrevårdscentralen svarade också för läkarinsatser i särskilt boende samt hälso- och sjukvården för boende i servicehus under avveckling. Äldrevårdscentralen avvecklades därför att den bedömdes vara för kostsam, men ersattes med ett äldreteam, som har ett dygnetruntansvar för de mest sjuka äldre.

Med ledning av de intervjuer som gjordes med personal och vårdgrannar kan konstateras att styrkan låg i det avgränsade uppdraget Äldrevårdscentralen hade. Flera av de intervjuade framhöll att den största skillnaden var att Äldrevårdscentralens verksamhet kunde koncentrera sig på en och samma målgrupp. Det gav möjlighet till en bättre helhetssyn av de äldre och deras livssituation. Personalen var närmare sina patienter, och det var inte så många inblandade vilket gav en bra kontinuitet (Hagman 2007).

## **Äldreheten i Nynäshamn**

Under 2003 fick Nynäs vård, som bedriver geriatrisk vård i Nynäshamns kommun, uppdrag att som försöksverksamhet bedriva ett Äldreteam, senare benämnd Äldreheten. Syftet var att ge trygghet för äldre personer i eget boende som har långvariga omfattande och sammansatta vårdbehov. Från september 2004 övertog Nynäs vård därutöver ansvaret för all hemsjukvård, såväl den basala som ASIH, i kommunen och även för en öppen geriatrisk mottagning.

Kriterier för att bli inskriven och delaktig av äldrehetens insatser är att man fyllt 65 år, bor i ordinärt boende och har ett eller flera komplicerade sjukdomstillstånd med varaktighet om minst sex månader, behov av regelbunden och omfattande vårdinsats, funktionshöjande eller upprätthållande rehabilitering, eller behov av snabb medicinsk bedömning och omprövning av vårdbehovet.

Äldreheten i Nynäshamn var när studien genomfördes en väl fungerande enhet för de äldre i Nynäshamn. Man hade tillgång till snabb kontakt dygnet runt, möjlighet att få hembesök och kunna träffa läkare med mycket kort varsel. Även kontakter med specialister kunde samordnas hos Äldreheten/ASIH. Samspelet mellan basal hemsjukvård, äldreheten och ASIH var smidig eftersom det var samma utförare. Samarbetet med hemtjänsten fungerade väl, sjuksköterskorna från hemsjukvården deltog tämligen regelbundet i hemtjänstens personalmöten och man gick igenom aktuella frågor (Nilsson 2008).

### **Äldreteamen bedöms vara kostnadseffektiva**

I en studie från Stockholms läns landsting (Nilsson 2008) har förändringarna i vårdkonsumtion för patienter hos Nynäs vård och ett team med bas i Handengeriatriken studerats. I båda fallen kunde påvisas en klar minskning av antalet slutenvårdstillfällen efter det att den äldre skrivits in i äldreteamet.

Preliminära data tyder på liknande effekt för patienterna hos Huddinge äldreteam. Bedömningen från Huddinge kommun är att kostnaderna för utskrivningsklara har minskat och att fler kunnat bo kvar hemma i stället för att flytta till ett vård- och omsorgsboende. En liknande bedömning gjordes i en studie av Solna Äldrevårdcentral, genomförd på uppdrag av Solna stad (Bowin 2007). Om dessa bedömningar stämmer så är teamen i hög grad kostnadseffektiva.

## *Samordningstjänst för äldre i Järfälla och Upplands-Bro*

Befintliga kommunalt och landstingsfinansierade verksamheter har gemensamt etablerat en samordningstjänst för att stärka och samordna omsorgs- samt hälso- och sjukvårdsinsatserna om äldre, multisviktande personer. Samordningstjänsten fungerar dygnet runt tack vare en knytning till Jakobsbergsgeriatriken som också svarar för ASIH i de båda kommunerna. Samordningssjuksköterskan ska kunna samordna samtliga insatser oavsett om de kommer från kommunen eller landstinget.

Avsikten är att vården och omsorgen ska fungera och uppfattas som en helhet, oberoende om resurserna kommer från privat eller offentlig vård- och omsorg. Ytterligare syften är att försöka påverka tillgängligheten att göra akuta bedömningar och/eller åtgärder i hemmet.

De äldre som haft tillgång till tjänsten berättar om en ökad trygghet. Man orkar mer i vardagen berättar några av de som intervjuats. Redan vetskapen om att kunna kontakta samordningssjuksköterskan och snabbt kunna få stöd per telefon eller hembesök har varit en trygghet. Däremot går det inte att spåra någon skillnad i antal akutbesök och antal direktintag på geriatrisk klinik för de som inkluderats i projektet och en jämförelsegrupp. Hemtjänstpersonalen uppger att samordningstjänsten underlättat deras arbete (Uvhagen 2010).

### *Strukturerad samverkan*

Stadsdelsförvaltningen i Älvsjö bedrev under 2007 och 2008 ett försök att utveckla samverkan mellan de vårdaktörer; biståndshandläggare, personal i hemtjänsten, hemsjukvården och hemrehabiliteringen, som arbetar med de mest sjuka äldre. Målsättningen för försöket var att vård- och omsorgsinsatserna skulle bli tryggare och säkrare, underlätta kvarboende och minska kostnaderna. Två projektmedarbetare, en från kommunen och en från landstinget, delade uppgiften att leda projektet.

Kärnan i den utvärderade modellen är de samverkansmöten där de medverkande vårdaktörerna träffas. Där behandlas både allmän information och frågeställningar om de aktuella brukarna/patienterna. Ett annat, men mindre frekvent inslag i projektet, var att ha samordningsmöten i den äldres hem.

Kriteriet för att delta var att de berörda personerna själva skulle vilja att deras olika vård- och omsorgsinsatser samordnades. Alla

som fick vård och omsorg av flera vårdaktörer tillfrågades om de ville att de skulle samverka. De som tackade ja lämnade ett skriftligt medgivande. De flesta av dem som tillfrågades var positiva till att delta.

De deltagande vårdaktörerna var i hög utsträckning positiva till projektet. Samverkan hade underlättats av att de hade lärt känna varandra och upplevde att det underlättade kontakterna. Samtidigt angav majoriteten av de intervjuade vårdaktörerna att det var svårt att prioritera att delta i samverkansmötena, trots att de ansåg att samverkan sparade tid. En annan orsak var att de inte fick någon ersättning för den tid de ägnade åt att samverka (Hjalmarson 2009).

## BILAGA 3.

### UPPDRAGEN TILL HEMTJÄNST I STOCKHOLMS STAD OCH HEMSJUKVÅRD ENLIGT LANDSTINGETS REGELBOK

#### *Stockholms stads hemtjänst*

De företag som ingår i Stockholms stads kundval inom hemtjänsten verkar med ettåriga avtal som grund. Av det gällande ramavtalet (Stockholms stad Dnr 125-2441/2009) framgår att

*Utföraren ska samverka med landstingets primärvård, anhöriga/närstående och andra för den enskilde viktiga personer och organisationer liksom med gode män och förvaltare när det är aktuellt. Representant för utföraren ska vid behov delta i vårdplanering där individuell vårdplan ska upprättas i samverkan mellan huvudmännen och den enskilde eller om detta inte är möjligt med dennes företrädare.*

*Utföraren ska samarbeta med primärvården i de fall den enskilde har insatser från primärvården som berör hemtjänsten samt med sjukhusansluten hemsjukvård när det gäller personer som vårdas i livets slutskede.*

#### *(1.14.1.7 Samverkan)*

*Utförarens personal får inte ta på sig ansvar för hälso- och sjukvård om detta ansvar inte delegerats från hälso- och sjukvården. När den enskilde inte själv kan svara för sina läkemedel och sitt läkemedelsintag gäller att utföraren inte kan vara behjälplig utan delegering från hälso- och sjukvården. Utföraren erhåller ingen ersättning från staden för uppdrag som görs på delegering från hälso- och sjukvården.*

*Om den enskilde behöver praktisk hjälp med fördelning och intag av mediciner kan det bli aktuellt för hemtjänstpersonal att hjälpa t.ex. att öppna burkar. Insatserna är då att betrakta som del av egenvård och kan ingå i beslut om biståndsinsatser. Även andra hälso- och sjukvårdsuppgifter kan utföras som egenvård ... (SOSFS 2009:6) ...*

#### *(1.14.1.10 Hälso- och sjukvård)*

*Landstinget har ansvaret för rehabiliteringsinsatser för dem som bor i ordinärt boende. I hemtjänsten ska utföraren ha ett rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. En förutsättning för att arbetet ska bli framgångsrikt är att utföraren finner goda former för samverkan med såväl landstinget, frivilligorganisationer som med andra verksamma inom området.*

*(1.14.1.9 Rehabilitering, aktivering och förebyggande insatser)*

### *Husläkarmottagningen*

Av avtalet med husläkarmottagningarna framgår i Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010 att

*Vårdgivaren ska känna till och följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan Stockholms läns landsting och andra huvudmän ... delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.*

*Vårdgivaren skall aktivt bidra till samverkan för patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän. Vårdgivaren skall säkerställa att vårdkedjan, ur patient och närstående perspektivet, är så sammanhängande som möjligt.*

*Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare.*

*Vårdgivaren skall ha dokumenterade rutiner för samverkan med andra vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för Avtalets utförande.*

*(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 3, moment 8 Samverkan)*

I uppdragsbeskrivningen för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård anges inledningsvis bl.a.

*Väl fungerande samverkan är en grundläggande förutsättning för att nå ett gott resultat av vård och behandling. Samverkan med andra vårdgivare och huvudmän skall bedrivas på ett sådant sätt att patienten upplever vården som en helhet.*

*(Utdrag ur uppdragsbeskrivning, kapitel 4, inledningen)*

Vidare framgår att vårdgivaren skall



*prioritera äldre med stora och sammansatta vårdbehov samt kroniskt sjuka patienter till fasta och kontinuerliga vårdkontakter samt koordinera vården och läkemedelsbehandlingen för dessa patientgrupper.*

*Vid behov hjälpa patienten vidare till rätt instans i hälso- och sjukvårdssystemet eller rätt huvudman/myndighet och aktivt bidra till samordning med dessa.*

*(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 4 moment 2 Vårdtjänst)*

För basal hemsjukvård skall vårdgivaren bland annat säkerställa att

*distriktssköterska har en koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov*

*distriktssköterska ansvarar för att en planering och kontinuerlig bedömning av vården genomförs som dokumenteras för varje patient när behov av hemsjukvård blir aktuellt. Planeringen skall genomföras i samråd med andra berörda vård- och omsorgsgivare och beskriva vårdens planering, genomförande, uppföljning och resultat. Patient och närstående skall erbjudas att delta i planeringen av vården samt informeras.*

*(Utdrag ur uppdragsbeskrivningen kapitel 4, moment 2.1 Basal hemsjukvård)*

### ***Läkarinsatser i särskilt boende***

För läkarinsatser i särskilt boende gäller samma generella regler som redovisas i de två första punkterna ovan från avsnitt 9 i uppdraget till husläkarmottagningarna. Specifikt för läkarna i särskilt boende anges vilka som är samarbetspartners på boendet och kommunen samt att

Vårdgivaren skall medverka i vårdplaneringsgrupper och samarbetsgrupper.

Vårdgivaren skall medverka till framtagande av lokala samverkansöverenskommelser om gemensamma rutiner samt även innehålla en gemensam uppföljningsplan.

(Regelboken för läkare i särskilt boende kapitel 4 uppdragsbeskrivning, avsnitt 8 samverkan)

# BILAGA 4.

## INTERVJUGUIDE, FÖRTECKNING INTER- VJUADE, FÖRKORTNINGAR

### *Intervjuguide*

#### *Generella frågor*

- Finns det samverkansavtal, om ja vilka och mellan vem? Tillämpas de?
- Finns gemensamt överenskommen struktur för vem som gör vad, t.ex. hur löpande vård- och omsorgsplanering görs gemensamt och följs upp eller rutiner för kontakt slutenvård?
- Gemensamma möten? Mellan vilka, mandat, resultat?
- Hur ser beställningen ut vad gäller samverkan med vårdgrannar?
- Hur följs samverkan upp? och
- finns det en struktur för hantering av avvikelser mot god samverkan, om ja hur och eventuella resultat?

#### *Frågor som ställs inom respektive frågeområde nedan*

1. Inom vilka gränssytor kan man säga att det ofta uppstår risker för att vården och omsorgen för den äldre inte blir optimal, avvikelser mot god samverkan?
2. Vilka är då de vanligaste problemtyperna?
3. Vad beror dessa risker och de problem som de kan skapa på?
4. Finns det andra oklara ansvarsområden som kan ge problem?
5. Vad går att ändra på för att undvika eller minimera riskerna för problem?
6. Vad har gjorts när gränssytor inte är problem?

#### *Frågeområden*

Frågeområdena används i tillämplig omfattning beroende på vem som intervjuas

#### *1. Byte av vårdgivare (t.ex. vid utskrivning från slutenvård)*

- a) Gränssytor öppen – slutenvård:**
- när patient läggs in
  - direktinlägg geriatrik
  - vid utskrivning

- specifikt vad gäller vårdplanering för utskrivningsklar
- informationsöverföring, webcare, tillgång till journaler
- (för) korta vårdtider?
- korttidsboendets roll
- bostadsanpassning, hjälpmedel vid hemgång
- gränslandet slutna vård – vad det särskilda boendet kan klara
- vård vid livets slut

## *2. Flera vårdgivare involverade, t.ex.*

- Husläkarmottagning – hemtjänst, t.ex. vid delegeringar, handledning, behov av snabb konsultation
- Samverkan mellan de som har ansvar dagtid, kväll resp. natt (gäller både inom hemsjukvård och hemtjänst och dem emellan)
- Samverkan mellan hemtjänst/hemsjukvård och primärvårdsrehab
- Samverkan vid biståndsbedömningen med läkare, arbetsterapeut, sjukgymnast
- Hemtjänstens och hemsjukvårdens samverkan med psykiatri
- annan specialistvård

## *3. Vårdgivare som borde men inte har involverats, särskilt fråga om*

- Psykiatri
- Primärvårdsrehabilitering
- Tandläkare/tandhygienist

## *4. Framtiden, förslag.*

### *Intervjuade*

#### *Skärholmen*

Avdelningschef äldreomsorgen, sektionschef biståndshandläggare, MAS, enhetschef hemtjänst; verksamhetschef husläkarmottagning; VD, vice VD och klinikchef Reageraklinikerna; samordnare geriatriska kliniken KS Huddinge;

#### *Täby*

Beställarchef äldreomsorg, MAS, biståndshandläggare, boendesamordnare, chef och enhetschefer för egen regi äldreomsorg, chef privat hemtjänst, chef privat särskilt boende; verksamhetschef husläkarmottagning, distriktssköterska, verksamhetschef, sjukgymnast och arbetsterapeut primärvårdsrehab.; läkare särskilt boende; sjukgymnast Danderydsgeriatriken; avtalshandläggare

HSN-f; samt tillgång till intervjuer Landstingets revisionskontor genomfört med ansvariga och personal vid Täby husläkarmottagning, Danderyds sjukhus och Danderydsgeriatriken

### *Östermalm*

Äldreomsorgschef, MAS, enhetschefer biståndshandläggare, verksamhetscontroller äldreomsorg, chef privat hemtjänst; chefsdistriktssköterska, distriktsläkare; verksamhetschef Stockholmsgeriatriken; chefssjuksköterska Capio S:t Göran

### *Övriga*

Direktör och avdelningschefer Äldreförvaltningen, chef Stockholms stads trygghetsjour; Avdelningschef och handläggare HSN-f; chef PR-vård, Åsa Craftman, doktorand Äldreforskningens hus

### *Förkortningar*

ADL = aktiviteter i dagligt liv (klä sig, förflytta sig, äta, gå på toaletten mm)

HSN-f = Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning

MAS = medicinskt ansvarig sjuksköterska

SLSO = Stockholms läns sjukvårdsområde (landstingets egen regi verksamhet)

# REFERENSER

- Benner-Forsberg G m.fl. (2008), Geriatriköversyn, Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning april 2008, HSN 0802-0260
- Bowin R, Norén D (2008) Kartläggning och analys av Äldrevårdscentralen i Solna i ett vårdsystemperspektiv – kostnader, värden & utvecklingspotentialer. HCM Health Care Management 17 april 2008
- Condelius A (2009) Utilization of medical healthcare among older people : in relation to long-term municipal care; akademisk avhandling Lunds universitet, 2009.
- Gurner U och Wånell SE (1999) Den geriatriska patienten i vårdkedjan, var finns hindren och utmaningarna? Äldrecentrumrapport 1999
- Gurner U, Hagman L m.fl. (2007) Hökarängens närvårdcentral, Äldrecentrumrapport 2007:5
- Hagman L (2007) Solna Äldrevårdcentral, Intervjuer med personal och samverkanspartners Äldrecentrumrapport 2007:15
- Hagman L, Österman J (2011) Hemsjukvårdspatienten i vårdvalet, Äldrecentrumrapport 2011:05 (ännu ej publicerad)
- Henningson A (2010) Uppföljning av delprojekt Samordnad vårdplanering via videokonferens, ett projekt inom TGS, Consider december 2010
- Hjalmarson I (2009) Goda relationer, Utvärdering av ett projekt att utveckla samverkan i vården och omsorgen för de mest sjuka och äldre i eget boende, Äldrecentrumrapport 2009:11
- Hjalmarson I och Österman J (2010), Doktorn kan komma, men vad kan hon göra? Äldrecentrumrapport 2010:12
- Hjalmarson I (2011) Huddinge äldreteam, Äldrecentrumrapport 2011:04 (ännu ej publicerad)
- Hoffman H och Wäljamets M (2010) delrapport VillGott, demensvård, Solna stad, omvårdnadsförvaltningen 2010-02-04
- Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (2010), Årsrapport geriatrik, tjänsteutlåtande 2010-05-17, HSN 1005-0491
- Juslin M och Nordenram G (2007), Uppsökande tandvård, många berättigade är okända, Äldrecentrumrapport 2007:9
- Kraus M (2008) Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldre vården, EFI Handelshögskolan 2008

- Landstingsrevisorerna och Täby kommuns revisorer (2003) Samverkan inom vård och omsorg för äldre i Täby, Landstingsrevisorerna rapport 5/03
- Landstingsrevisorerna och Stockholms stads revisorer (2006) Styckevis och delat, även som Äldrecentrumrapport 2006:7
- Landstingsrevisorerna (2009) Landstingets samverkan med kommunerna inom vård och omsorg, rapport 5/2009
- Landstingsrevisorerna (2010) Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov, Projektrapport 5/2010
- Larsson K (1997) Hemsjukvårdspatienter i Maria-Högalid, Katarina-Sofia och Enskede, Äldrecentrumrapport 1997:4
- Larsson K (2008) Kallelse till samordnad vårdplanering – hur gick det sedan, Socialstyrelsen september 2008 (2008-126-19)
- Lindström E (2011) Samordnad vårdplanering, varför fungerar det inte alltid, FoU Seniorium rapport 2011:01
- Ljungdahl B och Wånell SE (2009) Äldre med psykiska funktionshinder, en kartläggning, Äldrecentrumrapport 2009:5
- Modin S (2010) The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective, akademisk avhandling Karolinska Institutet 2010
- Nilsson T, Ljunggren G, Emilsson T (2008) Erfarenhetsåterföring avseende fyra äldreteam inom Stockholms läns landsting, Stockholms läns landsting, Forum för kunskap och gemensam utveckling
- Rydeman I-B och Törnkvist L (2006) Utskrivningsplanering för äldre - samverkan och samordning i vårdkedjan. Fokusrapport Landstingets medicinska programarbete 2006
- Socialstyrelsen 2001, Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform. Stockholm, Socialstyrelsen
- Törnkvist L och Wånell SE (2008) Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga behov – hur kan den förbättras? Fokusrapport Landstingets medicinska programarbete 2008
- Uvhagen H och Brodin H (2010) Utvärdering av projekt Samordningstjänst för äldre, FoU äldre norr rapport 2010:03
- Weurlander I och Wånell SE (1997) Rehab äldre, slutrapport, Äldrecentrumrapport 1997:8.
- Österman J och Wånell SE, (2007) Avtal vägen till samverkan, Äldrecentrumrapport 2007:2

Äldre med stora och sammansatta behov har vanligen insatser av många olika vårdgivare. Hur gränstorna mellan dessa fungerar är avgörande för hur trygg vården och omsorgen blir för den äldre. I denna studie sammanfattas olika studier avseende Stockholms län, och redovisas en intervjustudie som genomförts på uppdrag av revisionskontoren i Stockholms läns landsting och Stockholms stad och Täby kommuns revisorer.



Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg