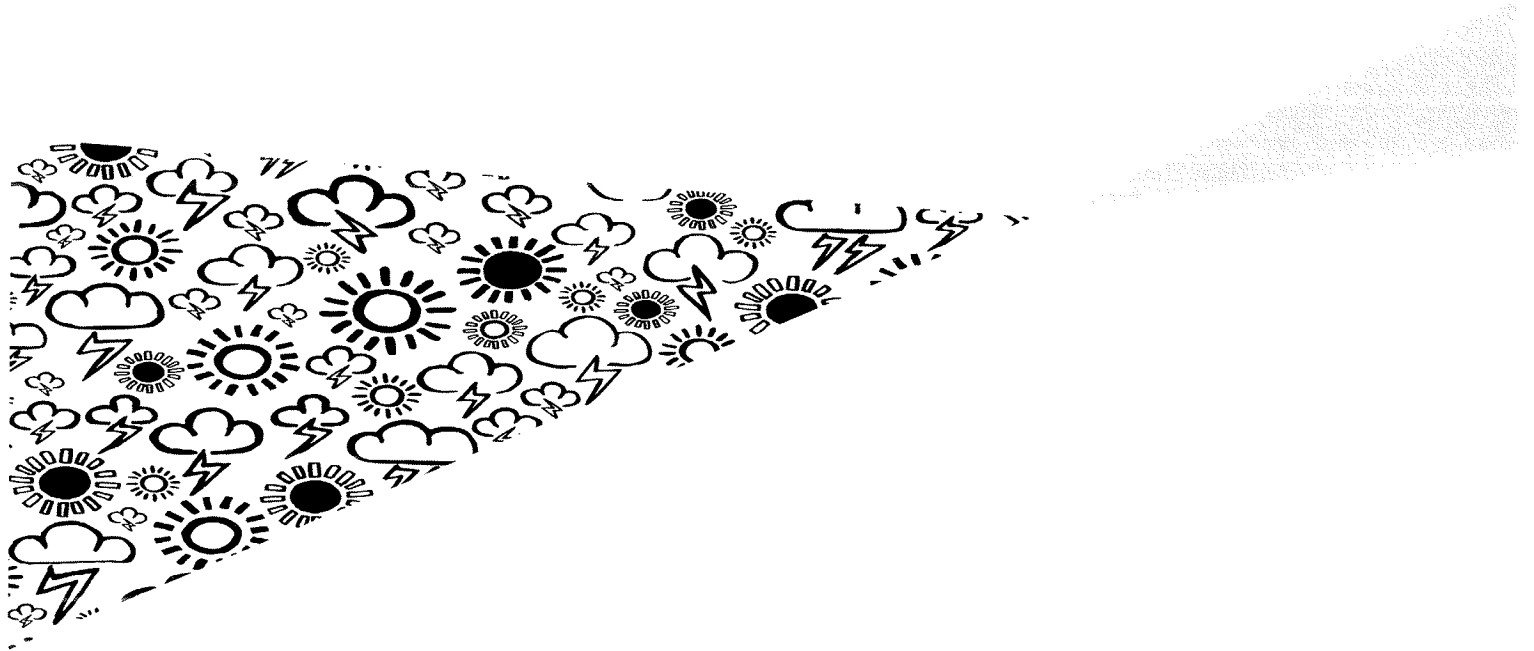


# Kalmar kommun

Granskning av vårdkedjan för sjuka äldre



## Innehåll

<b>1. Sammanfattning</b> .....	<b>2</b>
<b>2. Inledning</b> .....	<b>4</b>
2.1. Bakgrund .....	4
2.2. Syfte och avgränsning .....	4
2.3. Revisionsfrågor .....	4
2.4. Revisionskriterier .....	4
2.5. Ansvarig nämnd .....	5
2.6. Metod och genomförande .....	5
<b>3. Regelverk och förutsättning</b> .....	<b>6</b>
3.1. Lagstiftning och föreskrifter .....	6
3.2. Allmänna förutsättningar .....	6
<b>4. Organisation och forum för samverkan</b> .....	<b>8</b>
4.1. Omsorgsnämnden .....	8
4.2. Södermøre kommunalnämnd .....	9
4.3. Forum för samverkan .....	9
<b>5. Avtal, överenskommelser och styrdokument</b> .....	<b>11</b>
5.1. Avtal om samverkan .....	11
5.2. Direktiv inom Kalmar kommun .....	12
5.3. Verksamhetshandboken .....	12
5.4. Checklista för samordnad vårdplanering på sjukhuset .....	13
<b>6. Rutiner och riktlinjer för samordnad vårdplanering</b> .....	<b>15</b>
6.1. Inskrivning .....	15
6.2. Kallelse till och genomförande av vårdplanering .....	16
6.3. Utskrivningsklar från sjukhuset.....	17
6.4. Hemtjänst .....	18
6.5. Korttidsboende.....	18
6.6. Läkemedel .....	19
6.7. Avvikelsesystem .....	20
<b>7. Svar på revisionsfrågor och sammanfattande bedömningar</b> .....	<b>21</b>
7.1. Identifierade utvecklingsområden.....	23
<b>Källförteckning</b> .....	<b>25</b>

## 1. Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Kalmar kommun granskat effektiviteten i vårdkedjan för sjuka äldre inom Kalmar Kommun. Vår sammanfattande bedömning är att vårdkedjan i stort sett fungerar väl, med ett antal förbättringsområden som skulle ge en effektivare samverkan. Vi gör bedömningen mot bakgrund av att Kalmar kommun har sört för en god samverkan på politisk nivå och på nivån för högre tjänstemän, och att krav ställda i lagstiftning och föreskrifter kring överenskommelser och avtal är uppfyllda. Därtill har kommunen tydligt uttalade mål gällande en fungerande samverkan och vårdkedja. De förbättringsmöjligheter vi identifierat framgår nedan.

Hemsjukvårdsavtalet ska enligt dess 9 kapitel följas upp och parterna ska verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet. Skrivningen i avtalet är enligt vår bedömning tämligen otydlig och behöver därför klargöras.

Vi har i vår granskning noterat behov av förbättringar gällande samverkan på en klinisk nivå i organisationerna och behov av processbeskrivningar i kommunen. Forum för samverkan skapar en viktig och ökad förståelse för varandras verksamheter. Med en förbättrad dialog på rätt nivå bör brister kunna åtgärdas på ett effektivt sätt. Därutöver noterar vi ett behov av att kommunen blir bättre på att vidarebefordra den information och de resultat som kommer från arbetet i samverkansgrupperna till berörd personal inom kommunen.

Vårdkedjans olika delar finns beskriven i de avtal och överenskommelser som kommunen träffat med landstinget. Trots att rutiner och regler i många delar är tydliga framträder i vår granskning brister och kritik som uppkommer i den praktiska tillämpningen av dessa. Sammanfattningsvis noterar vi en efterfrågan på mer information, bättre kallelser till vårdplanering, högre deltagande på vårdplaneringar av vissa kategorier och en bättre kommunikation kring patienterna.

En av de största patientsäkerhetsriskerna som nämns vid ett flertal tillfällen är risken för felaktig medicinering till följd av att landstingets system Cosmic inte är integrerad med systemet Pascal. Problematiken med de olika systemen som inte är integrerade med varandra måste lösas på en nationell nivå. I väntan på en lösning måste frågorna lösas genom en god kommunikation mellan landstingets och kommunens personal.

Vår granskning har gett en tydlig och enhetlig uppfattning att rapportering och uppföljning av avvikelser kan förbättras. Kommunen har en rutin för hantering av avvikelser i verksamhetshandboken, men mot bakgrund av den kritik som framkommer i granskningen gör vi bedömningen att det finns behov av förtydligande riktlinjer som tydliggör definitionen av en avvikelse samt krav på hur uppföljning och återrapportering ska ske.

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till omsorgsnämnden/ och Södermöre kommunalnämnd:

- Enligt hemsjukvårdsavtalet ska en gemensam uppföljningsmodell tas fram och uppföljning ska ske. Detta har inte skett. Skrivning i avtalet är otydlig i avseendet vad som ska följas upp, vad den syftar till och vad uppföljningen ska innehålla. Detta behöver förtydligas.
- Forum för samverkan skapar en viktig och ökad förståelse för varandras verksamheter. Kalmar kommun och omsorgsnämnden och Södermöre kommunalnämnd har sört för en god samverkan, men vi rekommenderar att man ser över möjligheten till

samverkan för frågor av mer praktisk art. Därtill behöver rutiner ses över så att man säkerställer att all viktig information från samverkansgruppen kommer alla berörda till del.

- ▶ Vi har gjort bedömningen att regler och rutiner i många delar är tydliga men att det framkommit brister i tillämpningen av dessa. Omsorgsnämnden och Södermöre kommunalnämnd måste verka för att rätta till dessa brister på ett effektivt sätt. Vi har i den sammanfattande bedömningen redogjort för de brister som noterats. Som exempel kan nämnas att verka för bättre kallelser till vårdplanering, större deltagande av vissa personalkategorier och en tydlighet kring utskrivning av patienter. Därtill kan personalen på omsorgsförvaltning bli bättre på att skicka med information vid inskrivning av patienter.
- ▶ Då vi har noterat ett behov av en bättre återkoppling och överföring av information kring individer i och från korttidsboenden bör nämnden tillse att bättre rutiner införs och efterlevs.
- ▶ Kalmar kommun har själva noterat avvikelshantering som ett förbättringsområde. Vår granskning har gett en tydlig och enhetlig uppfattning att rapportering och uppföljning kan förbättras. Kommunen inför våren 2016 en vårdkoordinator vars arbetsuppgifter inkluderar avvikelshantering. Vi rekommenderar omsorgsnämnden och Södermöre kommunalnämnd att ha fortsatt stort fokus på frågan.

## 2. Inledning

### 2.1. Bakgrund

Många äldre är i behov av insatser både från kommunens vård- och omsorgsverksamhet samt från landstinget. Det kräver samverkan. En fungerande samverkan förutsätter att informationen som behövs för vårdtagarens vård och omsorg finns tillgänglig och kan överföras mellan olika vårdgivare.

Den omstrukturering av vården som skett från sluten till öppen vård ställer ökade krav på, förutom samverkan, insatser från såväl kommunen som primärvården. Inom flera kommuner sker också en omstrukturering från särskilda boendeformer till insatser i ordinärt boende.

Enligt lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård har en kommun betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad.

### 2.2. Syfte och avgränsning

Syftet har varit att granska effektiviteten i vårdkedjan för äldre sjuka inom Kalmar Kommun. I detta ligger att bedöma om samverkan planeras, styrs, genomförs, utvärderas och förbättras på ett tillfredsställande sätt.

Granskningen har belyst vårdkedjan för äldre sjuka personer som vårdats på landstinget och som skrivs ut från sjukhuset till eget eller till särskilt boende. Fokus på granskningen har varit överföring mellan landsting och kommun.

### 2.3. Revisionsfrågor

I granskningen besvaras följande frågor:

- Finns avtal mellan Kalmar kommun och Landstinget i Kalmar län när det gäller samverkan? Hur är innehållet i dessa?
- Hur fungerar samverkan mellan sjukhus/primärvård och socialtjänst?
- Har omsorgsnämnden och Södermöre kommundelsnämnd sört för forum för samverkan? Forum för tjänstemän? Forum på politisk nivå?
- Hur används rutiner för samordnad vårdplanering i praktiken?
- Hur fungerar informationsöverföringen mellan sjukhus/primärvård och socialtjänst?
- Hur fungerar läkemedelshanteringen?
- Hur följs medicineringens effekter upp?

### 2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas ifrån lagar och förarbeten eller interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Lagen om kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård
- Kommunfullmäktiges mål och riktlinjer för äldreomsorgen
- Omsorgsnämnden och Södermöre kommundelsnämnds regelverk och policy

## **2.5. Ansvarig nämnd**

Granskningen omfattar Omsorgsnämnden och Södermöre kommundelsnämnd inom Kalmar kommun.

## **2.6. Metod och genomförande**

Granskningen har skett genom dokumentstudier och intervjuer. Dokumentstudierna inbegriper budget och verksamhetsplan, övergripande policydokument, fastställda rutiner och riktlinjer för samverkan, eventuella lokala överenskommelser samt socialstyrelsens föreskrifter. Vilka specifika dokument samt vilka som intervjuats framgår av bilaga 1.

### **3. Regelverk och förutsättning**

#### **3.1. Lagstiftning och föreskrifter**

Enligt socialtjänstlagen (SoL) respektive hälso- och sjukvårdslagen (HSL) ska huvudmännen samverka i vård och omsorg av äldre. Kommunerna har enligt socialtjänstlagen det yttersta ansvaret för dem som vistas i kommunen samt ansvaret för att ge biståndsinsatser till bland annat äldre. Kommunerna har även betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, som regleras genom betalningsansvarslagen.

##### **3.1.1. Hälso- och sjukvårdslagen (HSL)**

När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska enligt HSL landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Av planen ska bland annat framgå vilka insatser som behövs och vem som ansvarar för dessa insatser. I samverkansfrågor framgår särskilt att landstinget ska avsätta tillräckligt med läkarresurser samt att landstinget ska teckna avtal för läkarmedverkan med kommunen. Därutöver finns lagstadgat i HSL att landstinget och kommunen ska samverka så den enskilde får vård, behandling och övriga insatser som dennes tillstånd fordrar.

##### **3.1.2. Socialstyrelsens föreskrifter**

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter beträffande samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27. Även SOSFS 2005:12 gällande ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården behandlar samverkan och samarbete. Ledningssystem ska säkerställa att det finns rutiner som klargör ansvaret för samarbetet kring och planering av patienter samt för samverkan i vårdprocesser mellan olika vårdgivare.

Landsting och kommuner ska i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information. Rutinerna ska vara dokumenterade och enhetligt utformade, och bland annat innehålla vem som är ansvarig, vilka som ska kallas till vårdplanering, hur läkare ska informeras och vem som utsetts till att justera vårdplanen. Föreskriften innehåller även mer i detalj vad som ska gälla vid en vårdplanering samt vad som ska framgå av en vårdplan.

##### **3.1.3. Betalningsansvarslagen (BAL)**

Lagen om kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404) reglerar när och hur mycket en kommun ska betala till landstinget för utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhus. Kommunen är betalningsansvarig för en patient som är utskrivningsklar och för vilken en vårdplan är upprättad. En patient är utskrivningsklar när den behandlade läkaren bedömt att denne inte längre är i behov av landstingets slutna hälso- och sjukvård.

#### **3.2. Allmänna förutsättningar**

Efter Ädelreformen 1992 bär kommunerna ansvar för all långvarig vård och omsorg av äldre och funktionshindrade i särskilda boendeformer till och med kompetensnivån under läkare. Ansvaret omfattar således sjuksköterskor och övrig hälso- och sjukvårdspersonal såsom

arbetsterapeuter och sjukgymnaster. För läkares insatser ansvarar landstingen. Medicinsk behandling utövas alltid under läkares ansvar oavsett vem som är huvudman.

Hälso- och sjukvårdslagen ålägger landstingen och kommunerna skyldighet att samverka med varandra och samordna verksamheter. Socialtjänstlagens krav på kommunerna innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på landstingen. Samverkan mellan kommun och landsting behöver fungera i all långvarig vård och omsorg av äldre, genom landstingets ansvar för läkarinsatser. Samverkan är också nödvändig när äldre blir akut sjuka och behöver läggas in på sjukhus samt när de ska skrivas ut för att komma tillbaka till sin bostad igen eller behöver byta bostadsform.

Säkring av den medicinska kvaliteten för äldre i behov av vård och omsorg förutsätter väl fungerande relationer mellan de båda sjukvårdshuvudmännen. Samverkansavtal måste vara väl förankrade hos och kända av all personal med ansvar för vård, omsorg, organisation och administration. Exempel på områden som bör ingå i samverkansavtalet är vårdplanering och uppföljning, vårdinsatser, utbildning och stöd till kommunal sjukvårdspersonal, tillgänglighet, och kontinuitet.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd har tillkommit i syfte att skapa en struktur för samverkan över huvudmannagränser och mellan öppen och sluten landstingssjukvård. I dessa framgår att de i vissa fall fordras samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten för att ge en god och säker vård och omsorg. En grundläggande förutsättning för att vårdkedjan ska fungera är att den information som behövs om patienten överförs. Vidare framhålls att en gemensam vårdplanering stärker vårdkedjan och bidrar till att de olika insatserna är sammanhängande

Gemensam vårdplanering och upprättande av vårdplaner har tydligare kopplats till betalningsansvaret. Gemensam vårdplanering bör börjas så tidigt som möjligt i dialog med vårdtagaren och anhörig samt tillsammans med berörda aktörer.

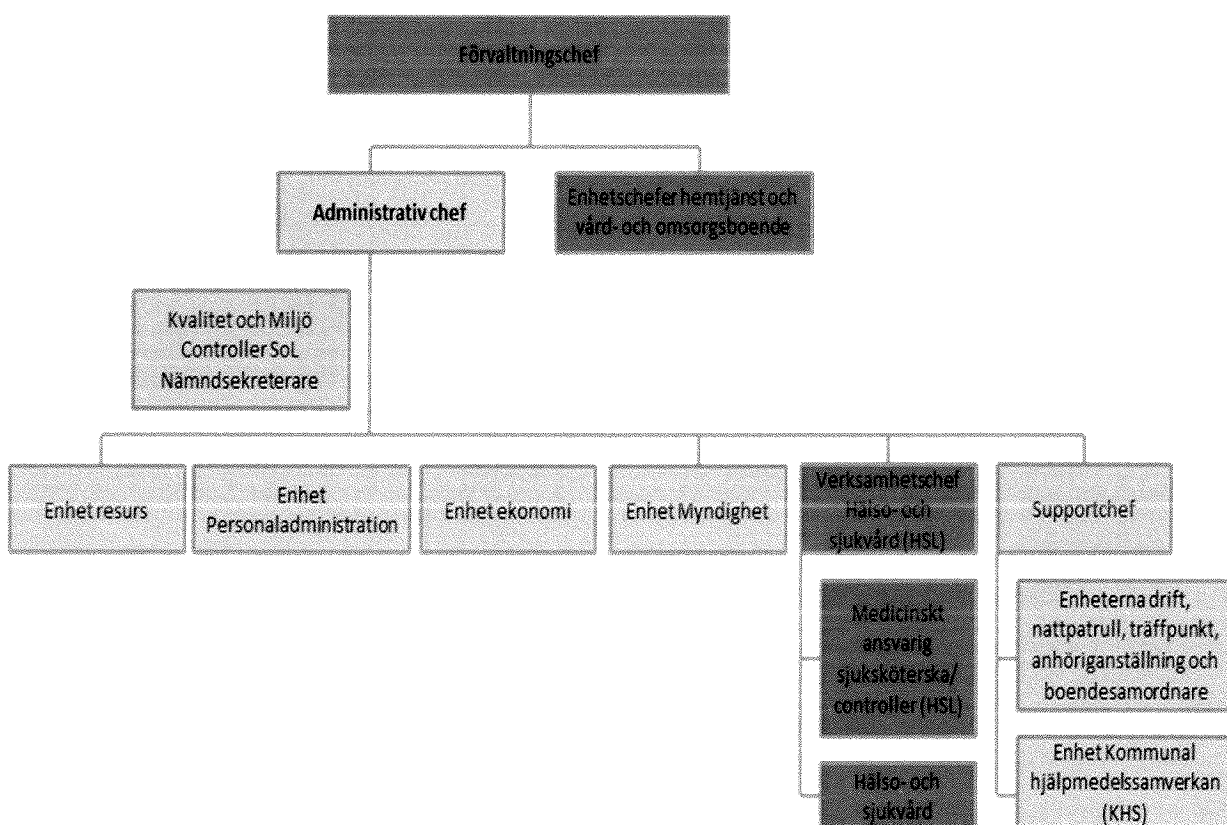


## 4. Organisation och forum för samverkan

### 4.1. Omsorgsnämnden

Omsorgsförvaltningen ansvarar för de uppgifter som kommunen har inom socialtjänsten, för hemtjänst, särskilt boende och andra stödinsatser till äldre personer. Förvaltningen ansvarar också för insatser inom socialtjänstlagen till personer under 65 år med mindre omfattande funktionsnedsättningar samt för hemsjukvård och den kommunala hälso- och sjukvården.

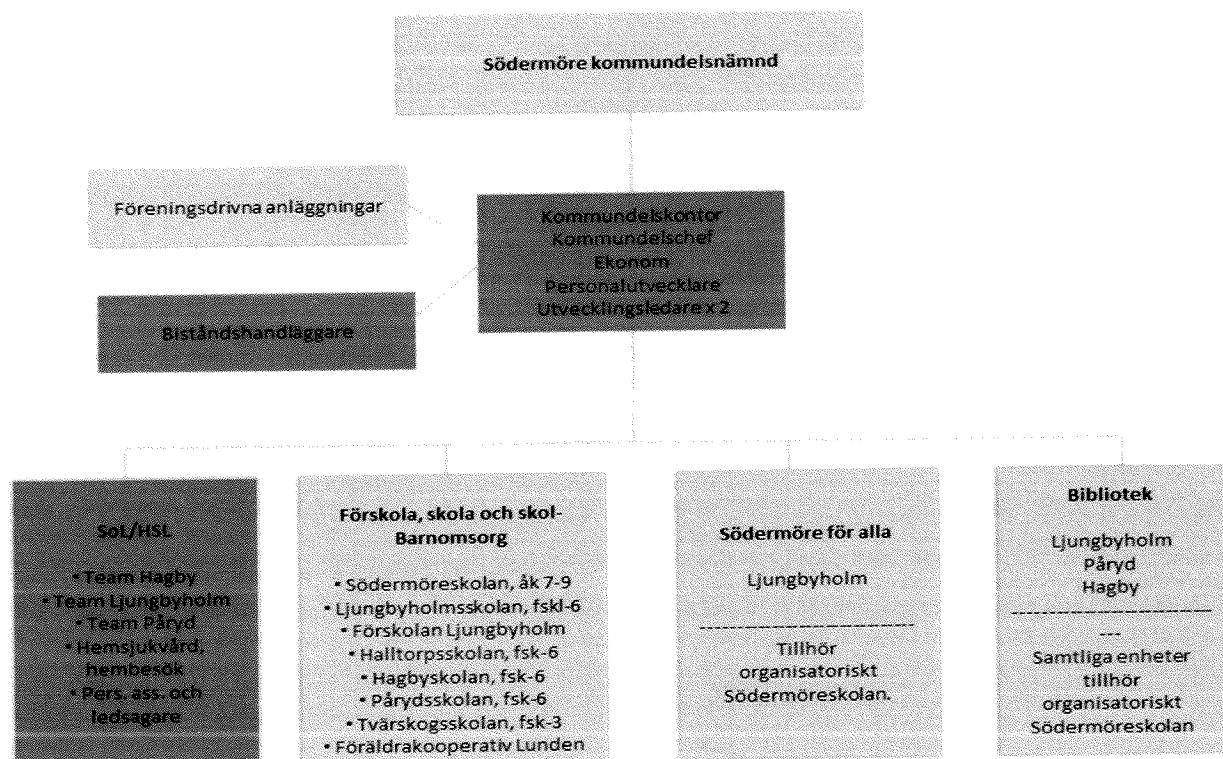
Nedan presenteras en organisationsskiss över omsorgsförvaltningen i Kalmar kommun.



## 4.2. Södermøre kommunalnämnd

Södermøre kommunalnämnd ansvarar för delar av den kommunala verksamheten som finns i södra delen av Kalmar kommun. Kommunalnämndens omsorg om äldre och hem-sjukvården.

Nedan presenteras en organisationsskiss över Södermøre kommunal.



## 4.3. Forum för samverkan

### 4.3.1. Läns-gemensam samverkan

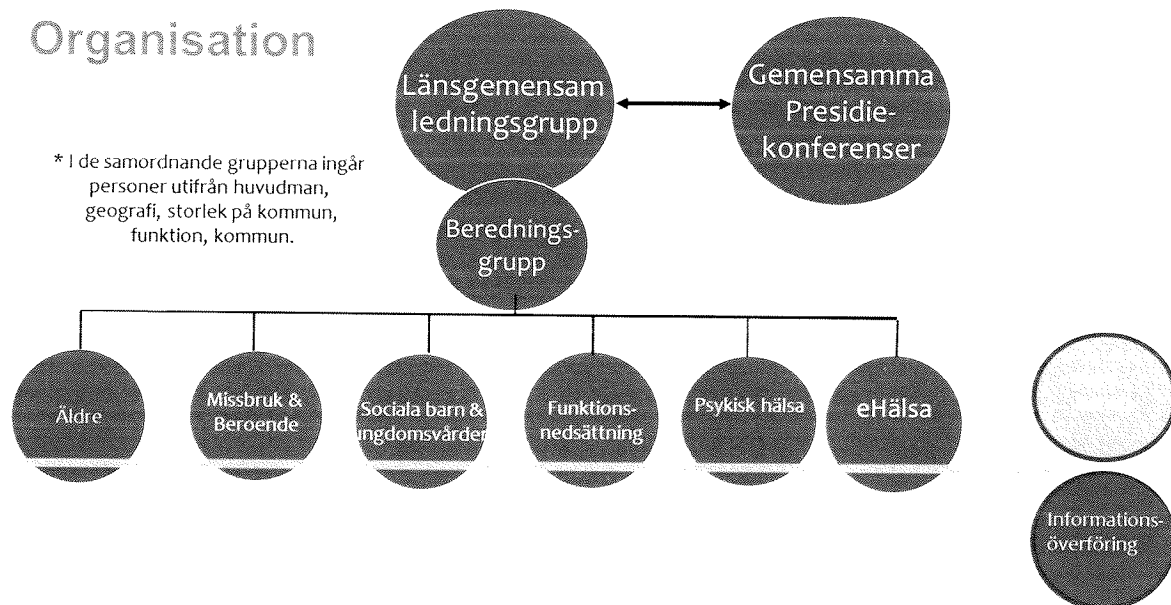
Inom ramen för Regionförbundet i Kalmar Län har en läns-gemensam samverkansgrupp bildats. Kommunerna representeras av samtliga kommuners social- och omsorgschefer. Landstinget representeras bland annat av hälso- och sjukvårdsdirektör och primärvårdsdirektör. På politisk nivå leds samverkan av en grupp som består av den primärkommunala nämndens presidium och av landstingsstyrelsens ordförande och förste vice ordförande.

Utifrån huvudmännens politiska prioriteringar bildas arbetsgrupper som rapporterar till ledningen. Äldregruppen är en av arbetsgrupperna som diskuterar frågor gällande sköra äldre. I äldregruppen finns representanter från Kalmar kommun, däribland verksamhetschef för HSL<sup>1</sup> och avdelningschef för utveckling/kvalitet inom omsorgsförvaltningen. Inom varje arbetsgrupp finns tvärprofessionella grupper från både landstinget och kommunerna. En av dessa grupper är "Smida Vårdkedjan" där fokus bland annat är förbättrad planering, att få ett tydligt ansvar för de mest sjuka äldre, ett ökat stöd i hemsjukvården samt en förstärkt utskrivningsprocess på sjukhuset. I projektet deltar medicinskt ansvarig sjuksköterska, sjuksköterskor

<sup>1</sup> Hälso- och sjukvård

från kommunen, biståndshandläggare och från landstingets medicinklinik och geriatriska klinik, arbetsterapeuter samt sjukgymnaster. En ytterligare grupp som arbetar aktivt med vårdkedjan är informationsöverföringsgruppen som arbetar i ett länsövergripande perspektiv med bland annat hemsjukvårdsavtalet, LISA-avvikelser, cosmic messenger och cosmic LINK.

## Organisation



### 4.3.2. Diskussionsforum

Omsorgsförvaltningens förvaltningschef och verksamhetschef för hälso- och sjukvård har månadsvisa möten med landstingets sjukhuschef i syfte att skapa en god samverkan. Mötena är av informell karaktär där de bland annat diskuterar frågor rörande just vårdkedjan för äldre. Som exempel kan nämnas riktlinjer, avvikelser, vårdkoordinatorfunktionen samt förbättringsområden och utvecklingsprojekt.

Utöver möten på högsta ledningsnivå träffar verksamhetschef för HSL regelbundet chefer för de olika hälsocentralerna. Där deltar även annan personal. Tidigare fanns även en kommun – och primärvårdssdialog som personalen från kommunen och landstinget deltog i. Där deltog representanter från hälsocentralerna, förvaltningschef, chef för biståndshandläggare, chef för verkställigheten, kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) samt personal från sjukhuset.

Våra intervjuer visar att samverkan mellan kommun och landsting är högt prioriterat och att det finns såväl formella arbetsätt som informella mötesforum. Det som framkommit är att detta sker på en hög organisatorisk nivå och att det saknas forum som når ut till den personal som dagligen arbetar med vård och omsorg av äldre. Vi har noterat ett behov av ett mer konkret arbetsätt och mer konkret information som bättre når ut i organisationen.

## 5. Avtal, överenskommelser och styrdokument

### 5.1. Avtal om samverkan

#### 5.1.1. Hemsjukvårdsavtal

Hösten 2005 genomfördes överläggningar där samtliga kommuner i Kalmar län visade intresse för att ta över hemsjukvården från Landstinget i Kalmar län. Sedan 2007 har kommunen ansvar för hälso- och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden och bostäder med särskild service. I samband med övertagandet skrevs ett samverkansavtal mellan landstinget i Kalmar län och Kalmar kommun i form av ett hemsjukvårdsavtal. Ett tillägg till avtalet har träffats under 2015.

Avtalet omfattar övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län och behandlar kommunens och landstingets ansvar, konkretisering och precisering av ansvaret och dess definitioner för bland annat hemsjukvård och hembesök och läkarmedverkan. Ett avsnitt behandlar utskrivningsklara patienter där definitionen överensstämmer med betalningsansvarslagen och den överenskommelse som träffats sedan tidigare.

Enligt hemsjukvårdsavtalet ska kommunen och landstinget gemensamt utveckla smidiga och integrerade former för informationsöverföring och vårdplanering. Detta gäller såväl IT-struktur, elektronisk informationsöverföring som patientjournaler.

Avtalet ska följas upp och parterna ska verka för en enhetlig uppföljningsmodell.

Vid uppföljning av avtalet har kommunen och landstinget sett behov av ett antal förtydliganden. Dessa förtydliganden resulterade i ett tillägg till hemsjukvårdsavtalet och undertecknades 2015. Delar i detta tillägg omfattar patientansvarig läkare, vårdplanering och BAL<sup>2</sup>-rutiner. Vid inskrivning i hemsjukvården ska alla patienter ha en patientansvarig läkare inom primärvården. Ansvarsfördelningen som tidigare uttryckts mellan primärvården och kommunen avser landstinget i sin helhet. Ett förtydligande kring huvudmännens kostnadsansvar och hänvisning till BAL-rutinerna infördes.

#### 5.1.2. Överenskomna rutiner avseende betalningsansvarslagen och samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård

En arbetsgrupp med företrädare både från landstinget och från kommunerna har utarbetat en lokal anpassning avseende BAL. En överenskommelse har träffats för att underlätta, stödja och påskynda utvecklingen av samarbetet kring utskrivningsklara patienter. Denna gäller från 2012-01-01.

Överenskommelsen klargör lagtexten i BAL. En vårdplan ska vara upprättad för att kommunens betalningsansvar för en utskrivningsklar patient ska inträda. Det ankommer på den behandlande läkaren att avgöra om en patient är utskrivningsklar. Överenskommelsen omfattar praktiska och konkreta förtydliganden gällande inskrivningsmeddelande, kallelse till samordnad vårdplanering, vårdplaner samt utskrivningsmeddelanden. Detsamma gäller för kommunens betalningsansvar. Särskilt kan nämnas:

---

<sup>2</sup> Betalningsansvarslagen

- Läkaren ska redan vid inskrivningen i ett inskrivningsmeddelande underrätta de enheter som kan bli aktuella för hjälpinsatser
- Att översända ett inskrivningsmeddelande innebär inte att en vårdplanering inletts.
- Den behandlade läkaren vid sjukhuset är ansvarig för att kallelse till vårdplanering sker.
- Kallelsen ska kvitteras ut av kommunen inom 24 timmar. När kvitteringen är gjord betraktas vårdplaneringen som påbörjad.
- En samordnad vårdplan är upprättad när samtliga kallade i Cosmic LINK har dokumenterat och signerat. I Cosmic LINK likställs signering med justering.
- I vårdplanen ska alla planerade insatser och vilka som är ansvariga framgå.
- Utskrivningsmeddelande ska skickas till dem som har justerat vårdplanen, senast dagen före utskrivningen.

Enligt överenskommelsen finns möjlighet att göra undantag från vårdplanering. Detta avser snabba ärenden av patienter med oförändrat insatsbehov efter utskrivningen. Rekommendationer ges kring hur dessa ärenden lämpligast hanteras.

Det finns ett moment i överenskommelsen som inte är lagreglerat och som avser en blankett som benämns "Aktuell situation". I blanketten ska den enskildes status framgå och vad som föranlett sjukhusbesöket.

### **5.1.3. Ramavtal om läkarmedverkan**

Detta samverkansavtal mellan kommunerna och landstinget i Kalmar Län innehåller omfattning av läkarmedverkan och dess innehåll och tillgänglighet samt vad som gäller vid informationsöverföring. Särskilt nämns i avtalet att alla patienter ska ha en patientansvarig läkare inom primärvården och att detta ska framgå vid utskrivningen.

## **5.2. Direktiv inom Kalmar kommun**

I verksamhetsplan med budget 2016 och ekonomisk planering för 2017-2018 framhålls att Kalmar kommun strävar efter en omsorg i nationell framkant. Ett viktigt led för att lyckas med detta är att öka samverkan mellan personalen i de olika verksamheterna som berör omsorgen. Syftet är att få en bättre helhet kring varje enskild omsorgstagares behov av vård och omsorg. Kalmar kommun ska även vidareutveckla användandet av de tekniska trygghetslösningarna för omsorgsförvaltningen. Vidare ska verksamheten alltid se till helheten runt människan och detta ska genomsyra både biståndsbedömning och verkställigheten. Verksamheten ska samarbeta med både landstinget och universitetet för att få en utveckling av omsorgsarbetet.

## **5.3. Verksamhetshandboken**

I verksamhetshandboken finns en rad rutinbeskrivningar för förvaltningens olika verksamheter som förtydligar arbetssätt och ansvarsfördelning. Nedan presenteras de delar av verksamhetshandboken som har bäring på vårdkedjan.

### **5.3.1. Huvudprocesskarta**

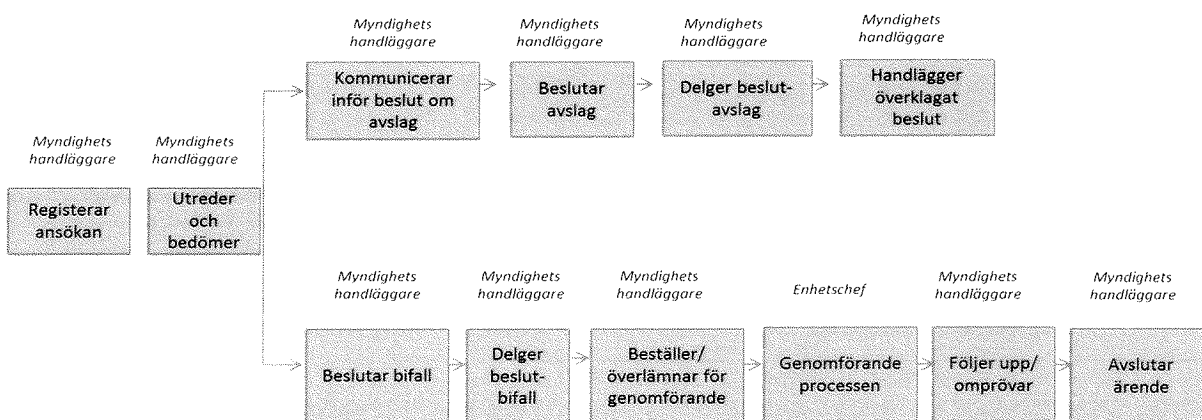
Kalmar kommun har tagit fram en huvudprocesskarta som beskriver ledningsprocesser, huvudprocesser och stödprocesser för kommunen. För varje huvudprocess finns delprocesser samt länkar till stödprocesser. Stödprocesserna är ett stöd för att huvudprocesserna ska fungera så bra som möjligt. En av huvudprocesserna som omnämns i dokumentet är "Ansvara

för vård, omsorg och sociala tjänster”. För denna huvudprocess finns delprocesser som beskriver olika delar inom huvudområdet som exempelvis ansvarar för stöd, omsorg och vård till äldre och till personer under 65 år med mindre omfattande funktionsnedsättningar. Det saknas nedtecknade stödrutiner som beskriver hur dessa delprocesser ska underlätta huvudprocessarbetet.

### 5.3.2. Behovsbedömningsprocess

Omsorgsförvaltningen har tagit fram en behovsbedömningsprocess som är fastställd av förvaltningschefen 2012-02-22. Processbeskrivningen är framtagen som ett stöd till biståndshandläggarna och syftar till att schematiskt beskriva processen från ansökan till beslut. Dokumentet beskriver hur en ansökan kommer in och registreras av biståndsbedömaren. Biståndsbedömaren utreder och bedömer ansökan för att sedan kommunicera ett beslut om bifall eller avslag.

Det finns en rad dokument, avtal och överenskommelser, som beskriver de olika komponenterna i vårdkedjan. I verksamhetshandboken saknas dock en processbeskrivning som beskriver vårdkedjan ur ett processperspektiv, hur arbetsgång och flöde ser ut samt vilka dokument som hör därtill.



### 5.4. Checklista för samordnad vårdplanering på sjukhuset

En checklista för samordnad vårdplanering som görs på sjukhuset har utformats av samverkansgruppen med utgångspunkt i betalningsansvarslagen (BAL). Checklistan används under vårdplanering där både sjuksköterskor på sjukhuset och personal från kommunen deltar. Syftet med vårdplaneringen är att med utgångspunkt från patientens behov tillsammans utforma en samordnad vårdplan.

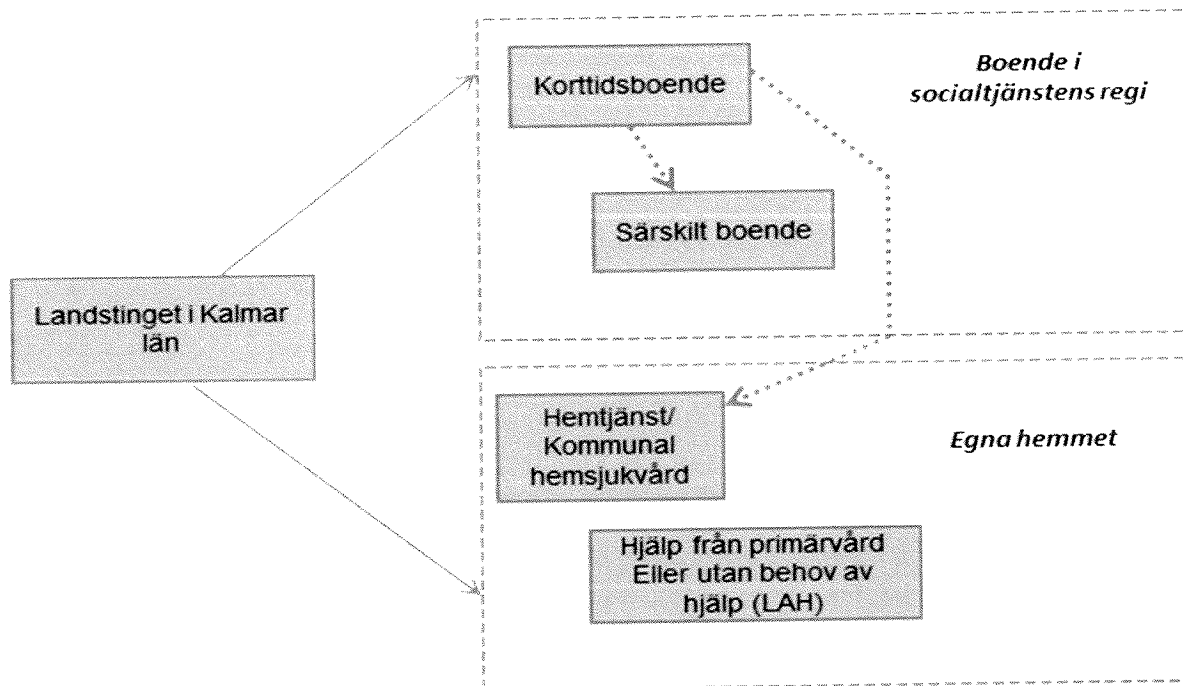
En broschyr ”Dags för samordnad vård- och omsorgsplanering med kommunen” ska lämnas ut i god tid till patienten. I broschyren får patienten information om var vårdplaneringen ska äga rum samt vad det innebär. I checklistan beskrivs sedan att sjuksköterskan från sjukhusavdelningen ansvarar för första delen av mötet där de bland annat informerar om mötet syfte samt hur mötet praktiskt kommer att gå till. Patient eller personal från sjukhuset berättar om varför patienten kommit till sjukhus och avslutar sedan med att sammanfatta vård/rehabiliteringen och vilka omsorgsbehov patienten kan tänkas ha.

Den andra och avslutande delen av vårdplaneringen ansvarar personal på kommunen för där de bland annat informerar om kommunens ansvarsområde, boende och närmiljö, be-

dömning och i vissa fall beslut om insats. Avslutningsvis görs en sammanfattning om kommunens insatser.

## 6. Rutiner och riktlinjer för samordnad vårdplanering

Nedan presenteras den gällande rutinen för en samordnad vårdplanering.



### 6.1. Inskrivning

När en äldre person blir inlagd på sjukhus registreras denne i Cosmic LINK som är ett gemensamt datasystem hos kommunen och landstinget. Ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter i den öppna vården och inom kommunens omsorgsförvaltning för att meddela att patienten är inskriven i landstingets slutna hälso- och sjukvård. När personen blir registrerad i Cosmic LINK blir personens situation känd för biståndshandläggaren på kommunen. Biståndshandläggaren läser av Cosmic LINK två gånger per dag för att hålla sig uppdaterad om eventuella förändringar eller nyligen inlagda personer, oftast 08.00 och 14.00.

#### 6.1.1. Kommentarer

Vi noterar vid våra intervjuer att rutinen kring inskrivningsmeddelande i stort sett fungerar väl. Det framkommer att kommunikationen i Cosmic LINK mellan sjukhuset och kommunen kan bli bättre då det ofta saknas information om orsaken till att en person blivit inskriven på sjukhuset. En förklaring som nämns är att kommunens personal ibland upplever att sjukhuspersonalen agerar som om de har tillgång till patienters journaler. Effekten av detta blir att kommunens personal saknar information och då måste kontakta sjukhuset. Samtalen fungerar väl, men det vore effektivare om all relevant information fanns tillgänglig redan i det första skedet i Cosmic LINK.



I våra samtal med personal från landstinget framkommer en något annorlunda bild. De upplever att de lämnar tillräcklig information och att samtalen från kommunen kommer när klargöranden behövs. Landstinget menar att det ibland kan vara svårt att veta vilken information kommunen saknar. Därutöver framför man från landstingets sida att information om patienten när denne kommer till sjukhuset kunde förbättras. Tidigare hade patienten med sig en pärm med värdefull information. Denna pärm saknas ofta idag. Kritiken som framförs indikerar på att blanketten "aktuell situation" som ska medfölja patienten till sjukhuset inte används i tillräcklig utsträckning.

## **6.2. Kallelse till och genomförande av vårdplanering**

Ska en vårdplan upprättas ska behandlande läkare kalla till en vårdplanering. Detta görs i praktiken av en sjuksköterska eller samordnare vid den klinik den enskilde blivit inlagd på. Kallelsen görs i Cosmic LINK där landstinget meddelar vilka som ska kallas till en vårdplanering. Från att kallelsen kommer in och en vårdplan har upprättats har kommunen fem dagar på sig att ta hem personen. Idag hålls vårdplaneringen oftast på sjukhuset men ibland även i hemmet. I vissa fall görs en genomgång per telefon. Det finns i nuläget planer på att ta fram videomöten som ett sätt att effektivisera vårdplaneringen.

En vårdplan ska så allsidigt som möjligt belysa patientens behov av insatser från kommunen och landstinget. Som stöd har den checklistan som berördes ovan i avsnitt 5.4 utarbetats.

I vissa fall är en vårdplanering inte nödvändig. Denna bedömning görs tillsammans av landstinget, kommunen och patienten. Den enskilde skrivs då ut direkt och återgår till sitt ordinarie boende.

### **6.2.1. Kommentarer**

Kallelsen till vårdplaneringen sker i enlighet med rutinerna i Cosmic LINK. Samtliga intervjuade synes väl införstådda med gällande rutiner och vad som förväntas av dem. Kommunens biståndshandläggare uttrycks vara "spindeln i nätet" och den person som håller samman vårdplaneringen för kommunens del.

Vid ett flertal av våra intervjuer med kommunens personal framkommer att man upplever att sjukhuset ibland kallar för många eller för det enskilda fallet inte relevanta personer. Landstinget bekräftar att det vid vissa tillfällen kan vara för många som kallas, men sällan att det inte är relevanta personer. Ytterligare kritik som framförs från kommunens sida är att kallelses i vissa fall kommer för tidigt, då personen egentligen inte är redo att komma hem. Enligt intervjuade skiljer sig uppfattningen om när en person är utskrivningsklar mellan sjukhuset och kommunen och de saknar en tydlig definition av betydelsen av utskrivningsklar. Enligt personal på landstinget kan i vissa fall snabba förändringar i patientens tillstånd ibland göra att kommunen upplever att de skickar kallelsen för tidigt. I andra fall kan patientens förändrade och försämrade tillstånd i förhållande till dess tillstånd innan de skrevs in på sjukhuset vara en bidragande orsak till att kommunen upplever en för tidig kallelse.

Biståndshandläggaren är alltid med vid en vårdplanering, och är i vissa fall ensam den som genomför planeringen med patienten, ibland tillsammans med patientens anhöriga. Patientansvarig läkare deltar sällan. En klar förbättringspotential som framförs är närvaro av distriktsläkare som är den person som har kontakt med personen i ett senare skede. Information ges till och om patienten antingen av sjuksköterska, övrig vårdpersonal eller av patienten själv. Vid våra intervjuer framförs kritik från kommunens sida att landstingets sjuksköterskor sällan är med vid en vårdplanering. När personen är färdigbehandlad på sjukhus men måste

få fortsatt hjälp av kommunen är det sjuksköterskorna med sin kompetens som kan överföra kunskap om medicinska behov eller medicinteknisk utrustning.

En något annorlunda bild av närvaron vid vårdplaneringen får vi i våra samtal med landstinget. På vissa kliniker uppges sjuksköterskor alltid närvara, emedan det på andra bekräftas att de inte deltar, men mer upplever att de inte efterfrågas. Det framkommer att det oftast bara är biståndshandläggaren som är med vid vårdplaneringen.

I vår granskning har det inte framkommit något som tyder på brister i hantering av vårdplanering och dess signering/godkännande. Den checklista för samordnad vårdplanering på sjukhuset som finns upprättad bedöms var ett bra stöd vid vårdplaneringen. Den utgör ett stöd i att säkerställa att planeringen går rätt till och att viktig information överförs till och från kommunen och sjukhuset. Det är av stor vikt att checklistan hålls uppdaterad och används vid vårdplaneringar.

### **6.3. Utskrivningsklar från sjukhuset**

Att vara utskrivningsklar innebär att patienten är färdigbehandlad på sjukhus och kan skrivas ut till hemmet eller annat boende. När personen är utskrivningsklar från sjukhuset skickar de ett meddelande i Cosmic LINK till biståndshandläggaren. Innan sjukhuset skickar hem den enskilde måste biståndshandläggaren godkänna med signatur i Cosmic LINK. På detta sätt underrättas sjukhuset om att biståndshandläggaren fått informationen och kan ta över ansvaret. Meddelandet ska skickas senast dagen före utskrivningen.

Efter två till fyra veckor ska biståndshandläggaren göra en uppföljning med omsorgstagaren om de beviljade insatserna. Uppföljningen syftar till att följa upp individens behov och se om insatserna stämmer med beslutet eller om detta behöver ändras. Inom omsorgsförvaltningen arbetar personalen i olika hemteam som träffas en gång per vecka. Vid dessa möten inhämtas information från övriga professioner om hur stödet fungerar. Dokumentation från uppföljningsmötet ska ske i verksamhetssystemet Pro Capita.

#### **6.3.1. Kommentarer**

Vem som bedömer när en patient är utskrivningsklar är tydligt definierat, det är patientansvarig läkare. Det som framkommer i granskningen är att det delvis råder olika uppfattning om att patienter som är medicinskt färdigbehandlade också är utskrivningsklara. Reglerna är dock tydliga, en patient som av en läkare bedömts som medicinskt färdigbehandlad är också utskrivningsklar. I avsnitt 6.2 som behandlar kallelser och vårdplanering framkommer kritik och brister som även omfattar utskrivning av patienterna då problematiken kring en för tidig kallelse i vissa fall spiller över till för tidig utskrivning.

Biståndshandläggaren läser av Cosmic LINK två gånger per dag. Reglerna är tydliga att biståndshandläggaren måste bekräfta mottagandet av utskrivningsmeddelandet i Cosmic LINK innan sjukhuset skickar hem patienten. Skulle något fallera är det den mänskliga faktorn och kommunikationen som brister. Såväl kommunen som landstinget har uppfattningen om att detta endast har förekommit vid sällsynta tillfällen.

De rutiner som gäller för uppföljning av biståndsbeslut synes fungera väl. Systemet Pro Capita möjliggör en kontroll av hur många beslut som följs upp och vi har tagit del av dessa uppgifter. Enklare insatser, exempelvis i form av trygghetslarm, är inte föremål för uppföljning. I övrigt har merparten av besluten (ca 75 % av alla beslut) följts upp efter två till fyra veckor, vilket är i linje med kommunens riktlinjer.

## **6.4. Hemtjänst**

För att en person som har behov av stöd ska kunna bo kvar hemma och känna sig trygg i sin vardag kan hemtjänst beviljas. Det kan vara allt ifrån servicetjänster några timmar per månad till omfattande omvårdnad med insatser flera gånger per dygn. När en person beviljats hemtjänst och som har legat på sjukhus och sedan blivit utskrivningsklar får biståndshandläggaren på kommunen information i datasystemet Cosmic LINK.

Om den enskilde inte bedömts vara i behov av en vårdplanering på sjukhuset kontaktar biståndshandläggaren planeringsansvarig för hemtjänst för att informera om att personen är hemma igen och behöver det stöd den sedan tidigare är beviljad. Planeringsansvarig i hemtjänsten "aktiverar" då personen i datasystemet Lap Care, ett system som hanterar kommunens besöks- och insatsplanering. På detta sätt registreras den enskilde så att denne återigen finns i registret över de personer hemtjänstpersonalen ska besöka.

### **6.4.1. Kommentarer**

Vi har inte noterat några problem specifikt hänförliga till hemtjänsten, utöver de som nämns i tidigare avsnitt och som har bäring på personer boende i eget hem med rätt till hemtjänst.

## **6.5. Korttidsboende**

I vissa fall bedöms patienter vara i behov av utökad vård och omsorg och kan då placeras på ett korttidsboende. Efter en tid på detta boende återgår personen till sitt ordinära boende med hemtjänst eller i särskilt boende. Då en person inte har haft några insatser från kommunen tidigare kan också ett korttidsboende vara aktuellt, i väntan på ett beslut hos kommunen.

Enhetschefen på korttidsboendet får information från biståndshandläggaren i systemet Pro Capita om ett beviljat korttidsboende. I detta skede har en vårdplanering ägt rum. Personal från korttidsboendet deltar sällan i dessa vårdplaneringar, med undantag av de vårdtunga fall som kräver stort behov av planering och samarbete med landstingspersonal. Enhetschefen har också kontakt med kommunens boendesamordnare som kan informera om personer i behov av boende, vilket kan underlätta i de fall biståndshandläggaren inte hunnit få in informationen i Pro Capita. Under vistelsen håller biståndshandläggaren kontakten med den enskilde.

Undersköterskorna på korttidsboendet har inte tillgång till Pro Capita utan får information om den enskilde via en fax-rutin. Sjuksköterskorna har tillgång till Cosmic LINK. I Pro Capita finns en blankett, "hjälp i hemmet", som beskriver den enskildes situation, behov av insatser och eventuella förändringar till följd av sjukhusvistelsen.

En till två veckor efter att den enskilde kommit till boendet gör biståndshandläggaren en uppföljning tillsammans med den enskilde. Syftet med mötet är att fastställa aktuell status och planera inför kommande behov och förändringar.

När en person bedöms kunna återgå till sitt ordinära boende, antingen till hemmet med hemtjänst eller till särskilt boende, meddelar biståndshandläggare detta till berörda enhetschefer och ansvariga i det särskilda boendet. Det görs ingen formell överlämning från korttidsboendet i den betydelsen att personalen på ett dokumenterat och formellt sätt överlämnar eller säkerställer att information kommer det ordinära boendet till del.

### **6.5.1. Kommentarer**

Personal från korttidsboendet deltar sällan i vårdplaneringar, vilket de i vanliga fall inte heller bedömer som nödvändigt. Däremot är det viktigt att delta när det gäller personer som kräver komplicerad medicinteknisk utrustning, något som kommunens personal tycker fungerar väl.

Vid våra intervjuer har det framkommit att dokumentationen i Pro Capita som avser blanketten "hjälp i hemmet" inte alltid är aktuell och kan behöva uppdateras med uppgifter från vårdplaneringen. Vi noterar även att återkopplingen till personalen på korttidsboendet inte alltid fungerar efter de uppföljningsmöten som biståndshandläggaren har med den enskilde. För att dessa ska få en så god omvårdnad som möjligt, och att snabbt kunna återgå till sitt ordinarie boende är det viktigt att tydliggöra målet med vistelsen, hur situationen ser ut nu och vilka aktiviteter som behöver vidtas.

Vi noterar att det inte sker någon dokumenterad övergång från korttidsboende till ordinärt boende. För att säkerställa att den enskilde tas om hand på ett bra sätt är det viktigt att säkerställa informationsflödet mellan korttidsboendet och personal som är kopplad till det ordinarie boendet.

I samband med vårt besök på korttidsboende får vi information om att uppgift om patientansvarig läkare ofta saknas i systemet Cosmic LINK. Enligt ramavtal om läkarmedverkan ska alla patienter ha en patientansvarig läkare inom primärvården. Sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård har sina kontakter via patientansvarig primärvårdsläkare. Det upplevs som mycket ineffektivt att behöva söka efter rätt läkare. Med tanke på att denna brist upplevs som stark finns här en uppenbar risk att det även förekommer i hemsjukvården och på särskilda boenden.

## **6.6. Läkemedel**

Rätten att skriva ut och ändra i en patients läkemedel är exklusiv för ansvarig läkare. En patients läkemedelslista finns i landstingets system Cosmic. För patienter som har dostjänst, det vill säga får sina mediciner förpackade i dospåsar, används ett nationellt system, Pascal. Enligt uppgift från klinikchefer på landstinget sker en avstämning av patientens läkemedelslista i Cosmic mot listan i Pascal vid inskrivning av patienten. Samma rutin används vid utskrivning. Läkemedelslistan i Cosmic sänds via Cosmic LINK till kommunen. På grund av en viss fördröjning i uppdateringen av listan i Pascal kan det förekomma avvikelser mellan läkemedelslistorna.

Medicinering ska följas upp av kommunens sjuksköterska vid behov och/eller annars en gång om året. Detta regleras även i ramavtalet för läkarmedverkan. En gemensam arbetsgrupp med representanter för landsting och kommuner har utarbetat en gemensam definition och arbetsprocess för läkemedelsgenomgångar. Denna fastställdes 2011. Av dokumentet framgår att läkemedelsgenomgångar ska göras minst en gång årligen för patienter inskrivna i den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare framgår att då kommunsköterskan övertagit läkemedelsansvaret för patienten ansvarar hen för att initiera genomgången. Rutinen behandlar också förberedelse, genomförande och dokumentation av genomgången.

### **6.6.1. Kommentarer**

En av de största patientsäkerhetsriskerna som nämns vid ett flertal tillfällen är risken för felaktig medicinering till följd av att landstingets system Cosmic inte är integrerad med systemet Pascal. Kommunen får information om patientens mediciner från läkemedelslistan i Cosmic. När de hämtar ut medicinen görs detta utifrån systemet Pascal och avvikelser kan före-

komma. Enligt uppgift från landstinget försöker de överbrygga tiden fram till att Pascal är uppdaterat genom att skicka med patienten rätt mediciner. Problematiken med de olika systemen som inte är integrerade med varandra måste lösas på en nationell nivå. I väntan på en lösning måste frågorna lösas genom en god kommunikation mellan landstingets och kommunens personal.

Ansvar för läkemedelsgenomgångar är tydligt definierat i den fastställda rutinen från 2011. Det finns ingen enkel funktion i kommunens verksamhetssystem som visar huruvida läkemedelsgenomgång har skett utan noteringar görs i fritext i omsorgstagarens journaler. Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) inom kommunen måste särskilt efterfråga denna information för att säkerställa att genomgångar görs. MAS betonar att såväl sjuksköterskorna som läkarna lägger stor vikt vid läkemedelsgenomgångar och att det snarare är minst en gång per år som detta sker, i de allra flesta fall flera gånger per år.

## **6.7. Avvikelsesystem**

För att kontinuerligt förbättra kvaliteten i informationsöverföringen mellan kommun och landsting krävs en fungerande avvikelserapportering. I Cosmic LINK finns ett digitalt avvikelssystem "LISA", som används av landstinget och kommunen för att rapportera avvikelser. En avvikelserapportering ska göras exempelvis då någon form av brist i kommunikationen mellan sjukhuset och kommunen har uppstått, brister i informationsöverföring gällande in- och utskrivningsmeddelande, tekniska problem, felaktiga instruktioner, avvikelser mot gällande avtal m.m. Avvikelser gällande brister i eller felaktig läkemedelshantering ska också rapporteras.

I omsorgsförvaltningens verksamhetshandbok finns ett dokument, fastställt av förvaltningschef, som omfattar avvikelshantering enligt Hälso- och sjukvårdslagen avseende läkemedel/specifik omvårdnad, fall och medicintekniska produkter. Dokumentet behandlar kort rutiner för avvikelser i vårdkedjan, vem som skriver avvikelser, till vilka denna ska skickas och vem som utreder och återrapporterar ärendet.

### **6.7.1. Kommentarer**

Vi får en enhetlig bild från samtliga våra intervjuer, det finns klara förbättringsmöjligheter i användandet av avvikelssystemet. Detta bekräftas även av kommunens patientsäkerhetsberättelse som har identifierat ett ökat användande och återkoppling i LISA som ett förbättringsområde. Vi får uppfattningen om att avvikelshanteringen fungerar bättre inom respektive organisation, kommun och landsting, och att svårigheter främst föreligger i de gränsöverskridande frågorna.

En av orsakerna till ett lågt användande är att det kan vara svårt att veta när något är en avvikelse. Personalen efterfrågar en tydligare och mer konkret definition. Ytterligare orsaker kan vara tidsbrist och en känsla av att rapporterade avvikelser ändå inte följs upp och åtgärdas. Samtliga intervjuade i granskningen är överens om att alla avvikelser måste rapporteras in för att både kommunen och landstinget ska kunna komma tillrätta med brister.

## 7. Svar på revisionsfrågor och sammanfattande bedömningar

### Revisionsfråga

Finns avtal mellan Kalmar kommun och Lands-  
tinget i Kalmar län när det gäller samverkan? Hur  
är innehållet i dessa?

### Svar

Ja. Det finns ett hemsjukvårdsavtal som syftar till att kommunen ska erbjuda en god hälso-och sjukvård åt dem som bor i särskilda boenden, bostäder med särskild service och dem som vistas i dagverksamhet och i daglig verksamhet. Kommunen och landstinget har även tecknat avtal gällande läkarmedverkan samt träffat en överenskommelse om rutiner avseende betalningsansvarslagen och samverkan vid in- och utskrivning i slutna vård.

Hur fungerar samverkan mellan sjuk-  
hus/primärvård och socialtjänst?

Det finns en god vilja till samverkan mellan sjukhus/primärvård och socialtjänst. Kommunens personal ser positivt på samarbetet mellan landstinget och kommunen

Samverkan upplevs på det stora hela som god. De brister som vi identifierat beror till del av förväntningsgap och brister i kommunikation mellan landstingets och kommunens personal. Med en förbättrad dialog på rätt nivå bör dessa brister kunna åtgärdas.

Har omsorgsnämnden och Södermøre kommun-  
delsnämnd sört för forum för samverkan? Forum  
för tjänstemän? Forum på politisk nivå?

Nämnderna har skapat goda förutsättningar för samverkansforum. Det länsgemensamma forumet har ett gott syfte där ledningsgruppen består av politiker och tjänstemän. I vissa fall upplevs detta vara ett arbete som bedrivs på ledningsnivå. I dagsläget nås inte alltid resultaten ut till personalen som i praktiken utför arbetet.

Hur används rutiner för samordnad vårdplanering  
i praktiken?

Granskning påvisar att vårdplaneringen till stora delar fungerar i praktiken, men att förbättringsmöjligheter såväl gällande urval av personal som kallas till vårdplanering, deltagande vid vårdplanering som informationsöverföring mellan huvudmännen föreligger. Till stor del bedömer vi att de områden där personalen inte är överens kan åtgärdas genom en bättre dialog på rätt nivå i organisationerna.

Hur fungerar informationsöverföringen mellan  
sjukhus/primärvård och socialtjänst?

Informationsöverföringen mellan sjukhus/primärvård och socialtjänst sker främst via datasystemet Cosmic LINK. Vid behov av ytterligare information och av förtydligande sker kontakt via telefon. Inom kommunen används systemet Pro Capita och i vissa fall fax.

Hur fungerar läkemedelshanteringen?

Det föreligger klara förbättringsmöjligheter gällande överföring av information av läkemedel. Till stor del beror detta på att systemen som används för ordination och utskrivning av läkemedel inte är integrerade och därför inte alltid stämmer överens. Detta ställer höga krav på en god dialog mellan landstingets och kommunens personal.

Hur följs medicinerings effekter upp?

Läkemedelsgenomgångar sker minst en gång per år. Kommunens sköterskor är ansvariga för att initiera dessa genomgångar.

Kalmar kommun och omsorgsnämnden och Södermöre kommunaldelsnämnd har enligt vår bedömning sörjt för en god samverkan på politisk nivå och på nivån för högre tjänstemän. Utöver krav på samverkan i hälso- och sjukvårdslagen ger socialstyrelsen ut föreskrifter som stipulerar att kommun och landsting tillsammans ska utarbeta rutiner för samverkan. Dessa krav bedöms som uppfyllda i och med hemsjukvårdsavtalet, avtal om läkarmedverkan samt överenskommelse kring rutiner avseende betalningsansvarslagen och samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård.

Hemsjukvårdsavtalet ska enligt dess 9 kapitel följas upp och parterna ska verka för en enhetlig uppföljningsmodell i länet. Under 2015 har en arbetsgrupp med deltagare från kommunerna och landstinget arbetat fram ett tillägg som tydliggör frågor kring ekonomi och juridik inom vissa specifika områden. Därutöver har ingen uppföljning skett, och någon gemensam eller särskild uppföljningsmodell har inte tagits fram. Skrivningen i avtalet är tämligen otydlig och behöver därför klargöras. I vilket avseende ska uppföljning göras, vad syftar den till och vad ska en enhetlig uppföljningsmodell innehålla?

Vi har i vår granskning noterat behov av förbättringar gällande samverkan på en klinisk nivå i organisationerna och behov av processbeskrivningar i kommunen. I flera fall bedömer vi att de brister som påtalats beror av olika förväntningar av information, olika uppfattning om definitioner och brister i kommunikation mellan landstingets och kommunens personal. Forum för samverkan skapar en viktig och ökad förståelse för varandras verksamheter och kan utvecklas till flera olika nivåer inom huvudmännens olika organisationer. Med en förbättrad dialog på rätt nivå bör brister kunna åtgärdas på ett effektivt sätt. Därutöver noterar vi ett behov av att kommunen blir bättre på att vidarebefordra den information och de resultat som kommer från arbetet i samverkansgrupperna till berörd personal inom kommunen.

Vårdkedjans olika delar finns beskriven i de avtal och överenskommelser som kommunen träffat med landstinget. Trots att rutiner och regler i många delar är tydliga framträder i vår granskning brister och kritik som uppkommer i den praktiska tillämpningen av dessa. Sammanfattningsvis noterar vi följande:

- Mer information vid inskrivning av en patient efterfrågas. Kritiken framförs från såväl kommunens som landstingets personal.
- Det finns behov av bättre kallelser till vårdplanering gällande vilka och hur många som kallas.
- Ett större deltagande av distriktsläkare och sjuksköterskor vid vårdplaneringen bör eftersträvas.
- En bättre kommunikation kring patienterna om huruvida dessa är utskrivningsklara efterfrågas. Granskningen visar att det föreligger olika uppfattningar om hur begreppet utskrivningsklar värderas.
- Patientansvarig läkare finns inte alltid angiven i vårdplanen.

I vår granskning har det framkommit kritik mot att kommunen inte alltid skickar med tillräcklig information om patienten till sjukhuset. För att underlätta behandlingen av patienten är information om patientens tillstånd och sociala situation, släktingar och kontaktpersoner värdefullt. Avsaknaden av information indikerar på att den blankett som ska skickas med patienten till sjukhuset inte används i tillräcklig omfattning.

I de fall vård och omsorg avser personer som kräver komplicerad medicinteknisk utrustning framträder en problematik kring ansvarsfördelning och behov av utbildning som ställer högre krav på samverkan mellan huvudmännen. I dessa fall har intervjuerna visat att både kommun och landsting tar ett stort ansvar. För att öka kompetensen hos personalen inom kommunen finns en möjlighet att delta i utbildningar inom landstingets kliniska träningscenter. Representer från landstinget menar att detta inte alltid utnyttjas i den utsträckning som erbjuds.

En av de största patientsäkerhetsriskerna som nämns vid ett flertal tillfällen är risken för felaktig medicinering till följd av att landstingets system Cosmic inte är integrerad med systemet Pascal. Det finns risk för att vissa avvikelser kan uppkomma när personalen på kommunen hämtar ut en omsorgstagares läkemedel. Problematiken med de olika systemen som inte är integrerade med varandra måste lösas på en nationell nivå. I väntan på en lösning måste frågorna lösas genom en god kommunikation mellan landstingets och kommunens personal.

Överföring av fullständig och relevant information är av största vikt för att ge omsorgstagare en bra vård och omsorg. Ett flertal av våra identifierade förbättringsområden gäller just informationsöverföring mellan landsting och kommun, men vi har också noterat möjligheter till förbättringar inom kommunen. I korttidsboendet efterfrågas mer aktuell och uppdaterad information i Pro Capita samt en bättre återkoppling från biståndshandläggarnas uppföljningsmöten med de enskilda. Därutöver ser vi ett behov av en mer strukturerad överföring av information från korttidsboende till ordinärt boende.

Ett mycket viktigt underlag i arbetet med att förbättra och utveckla verksamheten och dess kvalitet är att systematiskt arbeta med avvikelser. Vår granskning har gett en tydlig och enhetlig uppfattning att rapportering och uppföljning av avvikelser kan förbättras. Detta bekräftas även av kommunens patientsäkerhetsberättelse. Kommunen har en rutin för hantering av avvikelser i verksamhetshandboken, men mot bakgrund av den kritik som framkommer i granskningen gör vi bedömningen att det finns behov av förtydligande riktlinjer som tydliggör definitionen av en avvikelse samt krav på hur uppföljning och återrapportering ska ske. Kalmar kommun kommer från våren 2016 att ha en vårdkoordinator som också ska hantera avvikelser. Målet är att hanteringen ska bli mer systematisk och att förbättra arbetet med analyser och återkoppling.

## **7.1. Identifierade utvecklingsområden**

Utifrån granskningens resultat ges följande rekommendationer till omsorgsnämnden och Södermöre kommundelsnämnd:

- ▶ Enligt hemsjukvårdsavtalet ska en gemensam uppföljningsmodell tas fram och uppföljning ska ske. Detta har inte skett. Skrivning i avtalet är otydlig i avseendet vad som ska följas upp, vad den syftar till och vad uppföljningen ska innehålla. Detta behöver förtydligas.
- ▶ Forum för samverkan skapar en viktig och ökad förståelse för varandras verksamheter. Kalmar kommun har sört för en god samverkan, men vi rekommenderar att man ser över möjligheten till samverkan för frågor av mer praktisk art. Därtill behöver rutiner ses över så att man säkerställer att all viktig information från samverkansgruppen kommer alla berörda till del.
- ▶ Vi har gjort bedömningen att regler och rutiner i många delar är tydliga men att det framkommit brister i tillämpningen av dessa. Omsorgsnämnden och Södermöre kommundelsnämnd måste verka för att rätta till dessa brister på ett effektivt sätt. Vi har i sammanfattningen ovan redogjort för de brister som noterats. Som exempel kan nämnas att verka för bättre kallelser till vårdplanering, större deltagande av vissa personalkategorier och en ökad tydlighet kring begreppet utskrivningsklar. Därtill kan



personalen på omsorgsförvaltning bli bättre på att skicka med information vid inskrivning av patienter.

- Då vi har noterat ett behov av en bättre återkoppling och överföring av information kring individer i och från korttidsboenden bör nämnden tillse att bättre rutiner införs och efterlevs.
- Kalmar kommun har själva noterat avvikelshantering som ett förbättringsområde. Vår granskning har gett en tydlig och enhetlig uppfattning att rapportering och uppföljning kan förbättras. Kommunen inför våren 2016 en vårdkoordinator vars arbetsuppgifter inkluderar avvikelshantering. Vi rekommenderar nämnderna att ha fortsatt stort fokus på frågan.

Kalmar 2016-02-25

Kristina Lindstedt  
*Certifierad kommunal yrkesrevisor*

Helena Hallgren  
*Verksamhetsrevisor*

## Källförteckning

- *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län*
- *Avvikelsehantering enligt Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) avseende Läkemedel/Specifik omvårdnad, Fall och Medicintekniska produkter, Omsorgsförvaltningens verksamhetshandbok*
- *Behovsbedömningsprocessen, Omsorgsförvaltningens verksamhetshandbok*
- *Förtydligande tillägg till avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Kalmar län*
- *Hälso- och sjukvårdslag (1982:763)*
- *Kalmar kommuns patientsäkerhetsberättelse 2014*
- *Läkemedelsgenomgång definition och arbetsprocess 2011-08-10, Landstinget i Kalmar län och Regionförbundet i Kalmar län*
- *Läkemedelshantering, Kommunal hälso- och sjukvård, Lokala rutiner, Omsorgsförvaltningens verksamhetshandbok*
- *Omsorgsförvaltningens organisation och mötesstruktur, Omsorgsförvaltningens verksamhetshandbok*
- *Ramavtal om läkarmedverkan*
- *Reglemente för omsorgsnämnden*
- *Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27*
- *Verksamhetsplan med budget 2016 och ekonomisk planering för 2017-2018*
- *Överrensomna rutiner avseende betalningsansvarslagen och samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård*

Följande funktioner har intervjuats:

- Förvaltingschef omsorgsförvaltningen
- Kommundelschef
- Verksamhetschef HSL
- Enhetschefer
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Biståndshandläggare
- Vi har inhämtat information från personal på landstinget i form av intervjuer med läkare på medicinkliniken och geriatriska kliniken