

# Revisionsrapport

## *Vårdkedjan* Botkyrka kommun

September 2013  
Lars Högberg

# ***Innehållsförteckning***

<b>1.</b>	<b>Sammanfattad bedömning och rekommendationer .....</b>	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Bakgrund .....</b>	<b>3</b>
2.1.	Revisionsfråga .....	3
2.2.	Revisionskriterier/kontrollmål .....	3
2.3.	Metod och avgränsning .....	3
<b>3.</b>	<b>Regelverk .....</b>	<b>4</b>
<b>4.</b>	<b>Granskningsresultat .....</b>	<b>6</b>
4.1.	Rutiner och riktlinjer .....	6
4.1.1.	Länsöverenskommelsen .....	6
4.1.2.	Lokala rutiner och riktlinjer .....	6
4.2.	Organisatorisk utveckling och förstärkning .....	7
4.3.	Tekniska hjälpmedel .....	8
4.4.	Brister i vårdplaneringsprocessen och hanteringen av WebCare .....	8
4.5.	Korttidsplatser .....	9
<b>5.</b>	<b>Bedömning utifrån revisionskriterier/kontrollmål.....</b>	<b>11</b>

# 1. **Sammanfattad bedömning och rekommendationer**

Denna granskning ska besvara den övergripande revisionsfrågan om vård- och omsorgsnämnden har fastställda riktlinjer, system och rutiner som tillgodoser samverkansavtalets krav på fungerande vårdplanering och genomförande av insatser.

Svaret på frågan är nej. Det finns inte några av nämnden fastställda och aktuella rutiner som lokalt för myndighetsfunktionen och dess handläggare fungerar som styrande och stödjande dokument för vårdplaneringsprocessen och genomförande av insatser. Detta är en brist som innebär att det finns en framtida risk för kritik och påpekanden i det fall Inspektionen för vård och omsorg (IVO) skulle genomföra en tillsyn av hur kommunen hanterar och genomför vårdplaneringsprocessen utifrån de bedömningskriterier som finns framtagna. Att det finns fastställda rutiner och riktlinjer innebär inte per automatik att det garanterar att enskilda inte får sina behov av en trygg och säker omvårdnad tillgodosedda. De har dock en avgörande betydelse för att tydliggöra vad vårdplaneringsprocessen ska omfatta och innehålla samt hur den ska dokumenteras. Vårdplaneringsprocessen är en myndighetsuppgift som genomförs på uppdrag och delegation från nämnden. Utan fastställda anvisningar och riktlinjer blir det i förlängningen svårt för nämnden att följa upp och utvärdera följsamhet, uppnådda effekter och nytta i vårdkedjan.

Samtidigt framkommer i denna granskning att vårdplaneringsprocessen, säkerställandet och genomförandet av den fortsatta vården för enskilda efter en sjukhusvistelse, i en klar majoritet av de enskilda fallen fungerar. Det är positivt att nämnden inför detta verksamhetsår har tagit initiativ till inrättandet av särskilda vårdplaneringshandläggare. Detta ger möjlighet till såväl specialisering som kompetensutveckling inom myndighetsfunktionen.

Granskningen visar att det behöver genomföras utvecklingsinsatser inom ett antal områden. Framför allt handlar det om att nämnden behöver säkerställa att det finns en stark och hållbar röd tråd som säkerställer att den enskildes behov blir tillgodosedda på ett säkert och tryggt sätt.

Utifrån granskningsresultatet lämnas följande rekommendationer:

- Ta initiativ till att utveckla och fastställa rutiner och riktlinjer för vårdplaneringsprocessen, då enskilda skrivs in och ut inom den slutna hälso- och sjukvården.

Dessa styrande som stödjande dokument är nödvändiga för att säkerställa att det finns ett gemensamt "ramverk" för vårdplaneringsprocessen som tydliggör nämndens ambitioner för vad processen ska omfatta och hur den ska genomföras.

Primärt för att säkerställa rättssäkerheten för den enskilde, men också för att motverka den risk som finns att upparbetad kunskap och erfarenhet inom förvaltningsorganisationen i detta specifika område går förlorad om det uppstår personella förändringar. Men det handlar också om nämndens förutsättningar att leva upp till de föreskrifter som Socialstyrelsen har utgett. Dessa betonar vikten av att det av respektive huvudman finns lokala rutiner för samverkan,

vårdplaneringens utformning samt överföring av information vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Att det finns anvisningar är också en grundläggande förutsättning för att ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete ska kunna etableras samt för senare uppföljning och utvärdering av verksamheten.

- Säkerställa att det inom förvaltningen finns en checklista för nämndens handläggare som arbetar som vårdplanerare och som medverkar vid vårdplaneringsmöten på sjukhus.
- Att det arbetas fram ett informationsmaterial, till stöd för både vårdplanerarna och den enskilde och dennes anhöriga, över vilka stödinsatser och åtgärder som nämnden tillhandahåller och vid behov kan erbjuda.
- Att det arbetas fram en informationspärm som beskriver vilka stödinsatser som kommunen kan erbjuda och som finns tillgänglig på Karolinska sjukhuset i Huddinge och dess olika avdelningar.
- Systematisera och utveckla sin uppföljning och utvärdering av hur vårdkedjan och vårdplaneringsprocessen fungerar.

Dels av hur samverkan mellan huvudmännen fungerar i vårdplaneringsprocessen utifrån de intentioner och den roll- och ansvarsfördelning som länsöverenskommelsen har.

Dels av myndighetsfunktionens tillämpning och följsamhet i förhållande till de rutiner och riktlinjer som nämnden behöver utveckla.

- I förhållande till landstingshuvudmannen lyfta den problematik som gäller primärvårdens bristande medverkan i samband med vårdplaneringen och utskrivning av enskilda till eget boende.

Det finns en uppenbar risk att kommunen, som en effekt av denna svaghet i vårdkedjan exempelvis när det gäller tekniska hjälpmedel och tillgodoseende av den enskildes fortsatta rehabilitering, får genomföra kompenserade åtgärder och därmed ikläda sig ett ansvar och kostnad som inte primärt är kommunens.

## 2. Bakgrund

Botkyrka kommuns förtroendevalda revisorer har utifrån sin genomförda väsentlighets- och riskanalys beslutat att genomföra en granskning av kommunens arbetssätt och rutiner för samverkan med landstins huvudmannen vid in- och utskrivning av enskilda inom den slutna hälso- och sjukvården. PwC har fått i uppdrag att genomföra granskningen.

Det finns en sedan år 2011 träffad samverkansöverenskommelse mellan landstinget och länets kommuner. Sammanfattat är överenskommelsen en beskrivning av hur vårdkedja mellan parterna är uppbyggd och ska fungera. Syftet är att säkerställa att enskilda får en kvalitativt god och säker vård i samband med in- och utskrivning från sjukvården. En central del i vårdkedjeprocessen är den vårdplanering som ska genomföras om den enskilde har behov av fortsatta medicinska eller omvårdnadsmissiga insatser efter sjukhusvistelsen. Vårdplaneringen ska garantera att de enskilde *"inte hamnar mellan stolarna"*.

### 2.1. Revisionsfråga

Kommunens revisorer har mot bakgrund av sin tidigare genomförda väsentlighets- och riskanalys beslutat att genomföra en översiktlig granskning av vårdkedjan. För denna granskning är följande revisionsfråga fastställd:

*Har vård- och omsorgsnämnden riktlinjer, system och rutiner som tillgodoser samverkansavtalets krav på fungerande vårdplanering och genomförande av insatser?*

Inom ramen för denna granskning ska en uppföljning göras av de synpunkter som lämnades i tidigare granskning utifrån samverkansöverenskommelse 2007.

### 2.2. Revisionskriterier/kontrollmål

Utifrån revisionsfrågan har följande revisionskriterier/kontrollmål formulerats:

- Styrande och stödjande dokument inom området och följsamheten kring dessa
- Delar/sammanhang där det finns risk att vårdtagaren inte får de insatser som vårdkedjan ska garantera
- Roll och ansvarsfördelning samt svagheter i vårdkedja/vård- planering
- Tillgången på korttidsplatser/permanenta platser och kostnaden för utskrivningsklara inklusive framförhållning i planeringen

### 2.3. Metod och avgränsning

Förstudien baseras på:

- Genomgång av relevanta styrande dokument
- Intervjuer med verksamhetsföreträdare.

### 3. Regelverk

1992 genomfördes den så kallade Ädelreformen. Den innebar en förändrad roll- och ansvarsfördelning mellan landets kommuner och landsting när det gäller vård och service till äldre och handikappade. Några år innan Ädelreformen infördes ett kommunalt betalningsansvar för det som tidigare benämndes medicinskt färdigbehandlade<sup>1</sup> patienter inom den somatiska akutsjukvården och inom geriatriken. År 2003 ändrades lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård mot bakgrund av de brister som uppmärksammats i samverkan mellan slutna vård, öppna vård och socialtjänst då enskilda skrevs ut från vården. Lagändringen innebär en skärpning av kraven på en gemensam vårdplanering.

Kommunens betalningsansvar inträder då kommunen efter en genomförd vårdplaneringsprocess inte inom ett visst antal stipulerade dagar kan överta den fortsatta vården för den enskilde.

Innan utskrivning från sjukhus ska, i de fall en enskild patient har behov av fortsatta insatser från kommunen eller från den hälso- och sjukvården, en vårdplanering genomföras där representanter och kompetenser från de bägge huvudmännen ska medverka tillsammans med den enskilde. Syftet med denna samordnade vårdplanering är att säkerställa tryggheten och säkerheten för den enskilde/patienten genom att en vårdplan upprättas där ansvarsfördelningen mellan kommun och landsting och de fortsatta vårdinsatserna fastställs. Berörda enheter hos kommunen och landstingets öppna hälso- och sjukvård ska ta över ansvaret för sina insatser snarast möjligt efter att patienten är utskrivningsklar samt att en vårdplan är upprättad.

Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård reglerar fördelningen av ansvaret mellan kommuner och landsting för somatiskt akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård på följande sätt:

- Kommunen har betalningsansvar för patienten inom landstingets slutna hälso- och sjukvård som är utskrivningsklara och där en vårdplan är upprättad. En patient är utskrivningsklar när behandlande läkare bedömer att vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård inte längre behövs.
- Behandlande läkare ska genom ett inskrivningsmeddelande underrätta berörd i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter utskrivningen kan komma att behöva insatser från kommunen socialtjänst (hemtjänst eller omsorg), landstingets primärvård, öppensykiatrisk vård eller annan öppenvård.
- En vårdplan ska upprättas för patient som behandlande läkare bedömer har behov av kommunens, primärvårdens och öppensykiatrins insatser.
- Om en vårdplan ska upprättas ska behandlande läkare kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen påbörjas senast dagen efter det att kallelse har mottagits. Vårdplanen utformas i samarbete med företrädare för berörda enheter inom kommunens socialtjänst/hälso- och sjukvård, landstingets primärvård, den öppensykiatriska vården eller annan öppenvård.
- Vårdplanen ska innehålla uppgifter om det bedömda behovet samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Vårdplanen är upprättad när den har justerats av företrädare för ansvariga enheter.

<sup>1</sup> Idag används begreppet **utskrivningsklar**

- Senast dagen före det att patienten beräknas skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården ska behandlande läkare genom utskrivningsmeddelande underrätta ansvariga enheter.
- Kommunens betalningsansvar inträder dagen efter att patienten är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad. För patienten i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar (lördagar, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade) efter att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering. För patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar (lördagar, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade) efter att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering.
- Medverkar inte kommunen vid upprättandet av en vårdplan inträder kommunens betalningsansvar för utskrivningsklar patient som är kvar inom landstingets slutna hälso- och sjukvård omgående.

Socialstyrelsen har även utfärdat föreskrifter och bedömningskriterier gällande samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård. Föreskriften anger tillämpningsområdet; rutiner för samverkan, vårdplaneringens utformning samt överföring av information vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.

## 4. Granskningsresultat

### 4.1. Rutiner och riktlinjer

#### 4.1.1. Länsöverenskommelsen

Inom detta område har flera olika överenskommelser tidigare träffats mellan Stockholms läns landsting och kommunerna i länet om hur samverkan ska ske för personer som har behov av, eller som uppfattas kommer att behöva fortsatta insatser från kommunen efter sjukhusvård. Den senaste överenskommelsen, vilket har godkänts av Botkyrka kommun, träffades i början av 2011. Denna gäller fram till dess att överenskommelsen sägs upp eller omförhandlas.

Överenskommelsen kan sammanfattat jämföras med ett i länet lokalt förtydligande av det nationella regelverket, vilket betonar vikten av att det finns en kommunikation mellan huvudmännen för att enskilda patienter ska få en god och säker vård i samband med in- och utskrivning från den slutna hälso- och sjukvården. Länsöverenskommelsen omfattar och beskriver den samlade vårdplaneringsprocessen olika delar samt gäller enskilda i alla mål- och åldersgrupper. Syftet att säkerställa trygghet och säkerhet för den enskilde ska uppnås genom upprättandet av en vårdplan där ansvarsfördelningen mellan huvudmännen fastställs.

#### 4.1.2. Lokala rutiner och riktlinjer

Vård- och omsorgsnämnden fastställde 2004 lokala rutiner för vårdplanering på sjukhus och i hemmet. I en annan tidigare granskning av kommunens revisorer år 2010, som rörde vård- och omsorgsnämnden, framgick att denna rutin då var föremål för revidering. Denna granskning har inte presenterats några underlag som påvisar att en revidering har genomförts eller att förslag till nya rutiner har lyfts till nämnden för behandling och ställningstagande.

Nämnden har nyligen tidigare i år fastställt riktlinjer för biståndshandläggningen enligt socialtjänstlagen för personer över 65 år. Dessa riktlinjer ska vara en vägledning för myndighetsfunktionens biståndsbedömare och deras handläggningsprocess, såväl när det gäller bedömning av enskildas behov som inför fastställande av ett biståndsbeslut.

I inledningen till dessa riktlinjer betonas särskilt två ledord:

- **Trygghet**

Att det är viktigt att kommuninvånarna känner sig trygga i sitt eget hem och att det finns möjligheter till stöd och hjälp i hemmet för de som så behöver. Den enskildes behov ska prövas individuellt utifrån sina förutsättningar att klara sin vardag.

- **Respekt**

Nämndens verksamhet ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande och integritet. Allt bistånd och insatser bygger på frivillighet. Den enskilde kan tacka ja eller nej till en insats eller överklaga ett beslut som man inte är nöjd med.

Det finns i dessa riktlinjer inte några närmare riktlinjer eller preciseringar av vad vårdplaneringsprocessen i samband med enskildas in- och utskrivning från sjukhus ska omfatta eller innehålla.



Riktlinjerna anger vilka kriterier som ska vara uppfyllda för att enskilda ska vara berättigade till en korttidsplats eller annan permanent plats inom de särskilda boendeformerna.

I de fall behovet av vård, omsorg, säkerhet, tillsyn och trygghet inte kan tillgodoses i den enskildes egna bostaden kan denne ansöka om att få flytta till ett särskilt boende, permanent eller om det gäller under en kortare period, till ett så kallat korttidsboende. För att underlätta att bo kvar och slippa flytta flera gånger på grund av att man blir sämre i sitt funktionshinder ska boenden vara utformade efter den enskildes behov. I samtliga särskilda boenden ingår i grundtryggheten tillgång till att nå personal dygnet runt

Korttidsplats kan vara ett viktigt stöd för sökande i ordinärt boende, antingen vid enstaka tillfällen eller i form av växelvärd. En väl fungerande korttidsplats kan medföra att behovet av permanent plats i särskilt boende flyttas fram. Korttidsplats kan också vara en lösning under tiden biståndshandläggaren utreder sökandens framtida omvårdnadsbehov.

Korttidsplats vid särskilt boende kan ges till den som vid vårdplaneringstillfället har ett osäkert behov av kommande hjälpinsatser. Syftet med en korttidsvistelse är då att ge biståndshandläggaren bättre beslutsunderlag.

Generellt ska i beslutet om korttidsboende vad för form av korttidsplats och omfattning på insatsen. Beslut om korttidsplats ska vara tidsbegränsat.

För en permanent plats inom de särskilda boendeformerna gäller i övrigt att:

- Omvårdnadsbehovet ska vara stort och varaktigt över hela dygnet.
- Om inte behov av hjälp nattetid finns ska det ändå finnas ett stort behov av närhet till personal.
- Egna upplevelser av oro orsakad av ohälsa (fysisk, psykisk och social) ska påverka den sökandes förmåga att fungera i ordinärt boende.

När det gäller enskilda med demensproblematik gäller att bedömningen av sökandes behov av ett boende ska grunda sig på en helhetsbedömning där den enskildes situation och möjligheter vägs samman med sociala, medicinska, psykiska och existentiella behov.

I den särskilda uppdragsbeskrivning som finns fastställd för den kommunala hemtjänsten anges att en brukare ska kunna återgå till sitt hem och få bibehållen eller utökad hemtjänst efter utskrivning från sjukhus. Om behovet är oförändrat ska hemtjänsten kunna utföra insatserna efter 24 timmar. Har behovet förändrats eller om brukaren är helt ny och har ett stort omsorgsbehov ska enheten kunna ta emot denne inom tre arbetsdagar.

Som verktyg och stöd i vårdplaneringsprocessen används inom myndighetsenheten även det material och modell som forsknings- och utvecklingscentret NESTOR har utvecklat. Modellen innehåller bland annat en manual som riktar sig till vård- och omsorgspersonal.

## **4.2. Organisationsutveckling och förstärkning**

Nämnden under de senaste åren genomfört flera åtgärder och förstärkningar när det gäller den myndighetsutövande delen av förvaltningsorganisationen.

Kommunens myndighetsfunktion och biståndshandläggarna är idag uppdelade i två grupper. En grupp handläggare som är inriktade mot målgruppen äldre respektive en handläggargrupp riktad mot gruppen funktionshindrade.

Även arbetsledningsresurserna har förstärkts, dels genom inrättande av en verksamhetschef som har ett övergripande ansvar för myndighetsfunktionen och dess utveckling, dels genom att det idag också finns en enhetschefsfunktion för respektive handläggargrupp. Enhetschefsfunktionernas ansvarar för den operativa arbetsledningen samt för fördelning av ärenden i respektive grupp.

Utöver detta har särskilda handläggare och vårdplaneringsfunktioner inrättats. Dessa ansvarar för och genomför de vårdplaneringarna som kommunens kallas till vid sjukhus.

Nämnden har på ett positivt och aktivt sätt arbetat med att utveckla och förstärka sin organisation för att leva upp till de nationella krav för en fungerande samverkan i vårdprocessen när enskilda skrivs in och ut inom de slutna hälso- och sjukvården.

Inrättande av särskilda vårdplaneringsfunktioner har också inneburit möjligheter att kunna utveckla och förstärka myndighetsfunktionens kompetens inom detta specifika område. Det har också för de övriga biståndshandläggarna tagit bort den ryckighet i arbetet som tidigare fanns då alla biståndshandläggare i sina funktioner hade ett ansvar för vårdplaneringen.

### **4.3. Tekniska hjälpmedel**

Granskningen visar att relativt ofta förekommer att enskilda skrivs ut ifrån sjukhus och till det egna boendet utan att det finns tillgång till de tekniska hjälpmedel som den enskilde behöver för att kunna klara sin livsföring.

Av det nationella regelverket och länsöverenskommelsen är det i de fall den enskilde återgår till sitt egna boende inte någon primärkommunal uppgift och ansvar. Det åvilar landstingshuvudmannen genom primärvården att säkerställa att den enskildes behov av tekniska hjälpmedel blir tillgodosett i den enskildes egna boende. När det gäller enskilda som bor inom de särskilda boendeformerna är det kommunen som har ett ansvar för att den enskilde har tillgång till nödvändiga tekniska hjälpmedel.

Den nuvarande situationen, och det glapp som här finns i vårdkedjan när det gäller enskilda som ska återgå till sitt egna boende, innebär att den enskilde i avvaktan på att situationen och hjälpbehovet i hemmet är löst tillfälligt kan behöva beredas en plats inom kommunens korttidsboende. Därmed binds korttidsboenderesurser felaktigt upp med risk för att andra utskrivningsklara, som inte kan eller ska återgå till sitt egna boende behöver bli kvar på sjukhus och med betalningsansvar för kommunen alternativt att kommunen tvingas köpa externa korttidsplatser.

### **4.4. Brister i vårdplaneringsprocessen och hanteringen av WebCare**

En annan brist som kommer fram i denna granskning är att ansvariga läkare vid de särskilda boendeformerna inte har tillgång till WebCare. WebCare är det elektroniska informations- och uppgiftssystem som har utvecklats för att hantera informationsgivningen i vårdkedjans samtliga delar. Från meddelande om inskrivningsmeddelande, kallelse till vårdplanering, uppgift om upprättad vårdplan och vilka stödinsatser som ska genomföras till den enskilde efter sjukhusvården samt utskrivningsmeddelande.

Dokumentationen av vad som kommer fram och det som beslutas vid vårdplaneringstillfället hanteras inte på ett tillräckligt systematiskt och grundligt sätt i WebCare. Detta förhållande har tidigare också påtalats i olika andra uppföljningar och utvärderingsrapporter inom länet. Som exempel på detta kan nämnas att det i dessa rapporter har pekats på allvarlig kritik. Bland annat på att vårdplaneringsmöte på sjukhus har förlorat sin egentliga innebörd, att det genomförs ostrukturerat och utan helhetssyn på den äldre. I denna granskning framkommer att mycket av denna kritik kvarstår vilket är ett förhållande som verkar i motsatt riktning i förhållande till det som är själva grundsyftet med en fungerande vårdkedja. Samtidigt behöver det framhållas att det också finns stora variationer mellan sjukhusen och inom sjukhusens olika avdelningar. De sjukhus och avdelningar som har inrättat särskilda vårdplaneringskoordinatorer har en högre kvalitet och ambition i sitt vårdplaneringsarbete. Inom nämndens myndighetsfunktion pågår det också arbete med att dokumentera olika rutiner. Exempelvis när det gäller samspelet mellan vårdplanerare och förvaltningens boendesmordnaren.

Granskningen visar också att primärvården medverkar mycket sällan, i princip aldrig, vid vårdplaneringsmöten under den enskildes vistelse på sjukhus. I denna granskning har ett antal enskilda ärenden studerats där vårdplanering på sjukhus har genomförts. I samtliga dessa ärenden framgår att primärvården inte har medverkat. En komplexitet i detta är att primärvården i kommunen är uppdelad mellan flera olika parter. Det finns i kommunen både primärvårdsenheter som är landstingsdriven samt enheter som drivs av externa och av landstinget upphandlade parter.

Ett annat förhållande som kommer fram i intervjuerna under denna granskning är att det från sjukhusens sida råder missförstånd och oklarhet om det nationella regelverket, vad det anger och hur det ska tillämpas. Framför allt handlar det om att det inte är ovanligt att sjukhusen kallar till vårdplanering dagen efter en enskild har rapporterats som utskrivningsklar. Det innebär att vårdplaneringsprocessen för kommunens del blir mycket akutstyrd samt att vårdplaneringen i dessa fall måste genomföras under mycket snäva tidsramar om inte kommunen ska behöva ikläda sig ett betalningsansvar. I förlängningen av detta finns risk för att den enskildes behov inte blir tillräckligt belysta och beaktade i biståndsbedömningsprocessen. Och att den som senare ska utföra den beslutade fortsatta vården inte heller får möjlighet till nödvändiga förberedelser. Men framför allt handlar det om en risk för att enskilda inte får de insatser som behövs.

#### 4.5. Korttidsplatser

Från och med detta verksamhetsår har antalet korttidsplatser i kommun utökats från 15 till 23 platser.

Utöver dessa har kommunen också genom ramavtal med ett antal externa parter tillgång till korttidsboende. De externa korttidsplatserna utnyttjas om det egna korttidsboendet är fullt, om den enskilde har specifika behov, eller för att undvika betalningsansvar.

Volym- och kostnadsutvecklingen avseende köpta korttidsboende framgår av nedanstående sammanställning-

	2012			2013		
	Antal dygn	Utfall, kr	Dygns-kostnad (snitt), kr	Antal dygn, jan-aug	Utfall, kr	Dygns-kostnad (snitt), kr
Köpta platser						
Externa Korttidsplatser, somatik	2 570	5 235 391	2 037	1 389	2 765 277	1 991
Externa korttidsplatser, demens	1 629	3 168 395	1 945	963	2 070 410	2 150
<b>Summa</b>	<b>4 199</b>	<b>8 403 786</b>	<b>2 001</b>	<b>2 352</b>	<b>4 835 687</b>	<b>2 056</b>

---

Av sammanställningen framgår att

- Antalet vårddygn i genomsnitt per månad har minskat, både när det gäller behov som är kopplad till somatisk vård som till demensvård.
- Kostnadsutfallet för de bägge vårdformerna har minskat. Totalt handlar det om nästan 100 tkr i genomsnitt per månad.
- Den genomsnittliga vårddygnskostnaden är i princip oförändrad. Dock finns en liten ökning av dygnskostnaden för demensplatser.

Anledningen till att en minskning av kostnaden för den externt köpta korttidsvården hänger samman med att nämnden utökat antalet platser inom det egna korttidsboendet i Tumba.

När det gäller antalet vårddygn som kommunen har fått ikläda sig ett betalningsansvar har det också skett en minskning under perioden januari – augusti 2013 jämfört med utfallet 2012. I snitt per månad har antalet betalningsansvarsdygn minskat från drygt 45 dygn år 2012 till knappt 40 dygn hittills under 2013.

Granskningen visar att utökningen av kommunens egna korttidsplatser inneburit att enskilda vårdbehov i ökad utsträckning har kunnat tillgodoses inom det egna korttidsboendet. Det har i sin tur inneburit en minskning av antalet vårddygn på sjukhus samt en minskning av nämndens kostnader för externt köpta korttidsplatser. Men det har också inneburit att flera utskrivningsklara patienter har kunnat få fortsatt vård på korttidsboende på hemmaplan vilket exempelvis är en kvalitetshöjning för både den enskilde och för anhöriga.

## 5. **Bedömning utifrån revisionskriterier/kontrollmål**

### *Revisionskriterium/kontrollmål 1*

Tillgång till styrande och stödjande dokument samt följsamhet till dessa

På nationell nivå finns ett styrande regelverk som anger roll- och ansvarsfördelningen mellan landstingshuvudmannen och kommunerna.

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter angett hur samverkan vid utskrivning av patienter från slutenvård till öppenvård och socialtjänst ska gå till samt hur samverkan kring informationsöverföring vid in- och utskrivning i slutenvård ska fungera. Där beskrivs att landstinget/regionen och kommunerna ska ta fram en gemensam rutin för vårdplanering och informationsöverföring. Rutinen ska vara densamma för alla kommuner i landstinget/regionen och innehålla ett antal uppgifter som räknas upp i föreskriften. Länsöverenskommelsen som ingicks 2011 tydliggör detta och hur samverkan och vårdkedjan är uppbyggd och ska fungera.

Socialstyrelsen utkom även i början av 2012 med bedömningskriterier vid in- och utskrivning för tillsyn av hur denna samverkan mellan de olika huvudmännen fungerar. Bakgrunden till utformningen för dessa bedömningskriterier var dels att få fram ett strukturerat underlag för tillsynsverksamheten, dels de brister i vårdplaneringsprocessen som på olika sätt uppmärksammats.

Utöver detta har Socialstyrelsen även utkommit med föreskrifter gällande ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

Föreskrifterna som Socialstyrelsen utfärdat pekar alla på vikten av att det hos varje huvudman finns lokalt fastställda och dokumenterade rutiner och ritlinjer som tydliggör hur handlägningsprocessen ska genomföras just i syfte att tillförsäkra att enskilda får en säker och trygg fortsatt vård i samband med in- och utskrivning från sjukhus.

Denna granskning visar att det utöver de ovanstående nationella bestämmelserna och länsöverenskommelsen inte finns några av nämnden aktuella och fastställda riktlinjer för hur vårdplaneringsprocessen i samband med en enskilds in- och utskrivning från sjukhus ska genomföras eller hur den ska dokumenteras. En tidigare av kommunens revisorer genomförd granskning inom nämndens ansvarsområde angav att det då fanns fastställda riktlinjer och att dessa var föremål för revidering och att målsättningen var att dessa skulle vara klara inför verksamhetsåret 2011. Några sådana lokala riktlinjer, styrande och stödjande dokument för hur vårdplaneringsprocessen ska genomföras, har inte påvisats i denna granskning vilket innebär att det råder en oklarhet om de tidigare fastställda fortfarande gäller. Om så är fallet är dessa inte idag ett levande dokument för handläggarna.

*Revisionskriterium/kontrollmål 2*

Delar/sammanhang där det finns risk att vårdtagaren inte får de insatser som vårdkedjan ska garantera

Granskningen visar att vårdkedjan och vårdplaneringsprocessen i de flesta fungerar på ett tillfredsställande sätt. Detta trots att tiden för själva vårdplaneringen, biståndshandläggarnas bedömningar, planering och beslutsfattande när det gäller den fortsatta vården och insatserna för den enskilde, i de flesta fall sker under en mycket kort och koncentrerad tid. Inrättandet av särskilda vårdplaneringshandläggare inom myndighetsfunktionen har i detta sammanhang haft en avgörande betydelse. Genom denna uppdelning har dessa handläggare möjlighet att kunna specialisera sig inom detta specifika och många gånger komplexa område. De har också arbetat upp kontaktytor med vårdansvariga på sjukhusen, för att nämna några konkreta exempel.

Det finns samtidigt områden där det finns en risk för att enskilda inte får de insatser som en fungerande vårdkedja ska garantera. Framför allt handlar det om de fall då en enskild efter en vårdepisod på sjukhus skrivs ut och återgår till sitt egna ordinarie boende. Det finns i dessa situationer flera exempel på att enskilda har tillgång till nödvändiga tekniska hjälpmedel. Det handlar då om att informationsöverföringen mellan landstingets slutna hälso- och sjukvård och primärvården respektive öppenvårdens rehabiliteringsfunktioner inte har fungerat. I dessa fall finns en risk att den enskilde inte kan bo kvar i sitt egna boende, ånyo hamna på sjukhus eller behöver komma till ett korttidsboende i avvaktan på att de tekniska hjälpmedlen finns på plats respektive de rehabiliterande insatser är i funktion. I det sistnämnda fallet innebär det att kommunen får axla ett insats- och kostnadsansvar som primärt inte avilar kommunen.

Ett annat område som behöver uppmärksammas är att vårdansvariga läkare vid de särskilda boendeformerna inte har tillgång till WebCare och på så sätt enkelt och direkt kan ta del av nödvändig information som avser den fortsatta vården och medicinska insatserna för den enskilde.

Att primärvården dessutom mycket sällan, i princip aldrig, medverkar i samband med att vårdplaneringsmöten genomförs under den enskildes vistelse på sjukhus är en uppenbart brist förutom att det är avvikelser från såväl det nationella regelverkets grundläggande intentioner som det som framgår av länsöverenskommelsen.

*Revisionskriterium/kontrollmål 3*

Roll och ansvarsfördelning samt svagheter i vårdkedjan/vårdplaneringen

Det är länsöverenskommelsen från 2011 som lokalt i länet tydliggör det nationella regelverkets krav och som anger den roll- och ansvarsfördelning som ska gälla mellan huvudmännen. Denna är tydlig och dessutom undertecknad av företrädare för respektive huvudman.

Ovan har redovisats olika exempel på situationer där både roll- och ansvarsfördelningen inte fungerar och där det finns svagheter i vårdkedjan vilket innebär en risk för att vårdtagares rätt till en fortsatt trygg och säker vård efter en sjukhusvistelse inte kan säkerställas.

**Revisionskriterium/kontrollmål 4****Tillgång till korttidsplatser och kostnad för utskrivningsklara**

Från och med detta verksamhetsår har det skett en utökning av kommunens egna korttidsboende. Antalet har ökat från 15 till 23 stycken.

Det har inneburit att behovet av att utnyttja externa korttidsplatser, för vilka kommunen har ramavtal, har minskats vilket avspeglar sig i lägre kostnader för denna typ av vård och boende.

Utvecklingen under 2013, jämfört med år 2012, pekar också på att kommunens kostnader kopplade till betalningsansvaret har minskat.

Utökningen av de egna korttidsplatserna har även inneburit att flera vårdtagare i ökad utsträckning kan erbjudas vård i närområdet vilket av flera lyfts fram som en faktor av kvalitativ betydelse.

Utökningen av de egna korttidsplatserna i kombination med de platser som är ramavtalsupphandlade innebär att det finns en tillfredsställande balans mellan behov och tillgång.

2013-09-26

Lars Högberg  
Projektledare

Jan Nilsson  
Uppdragsansvarig