



# Samverkan utskrivna patienter från slutenvård Nr 2, 2021

Revisionsrapport från  
Stadsrevisionen

Dnr: RVK 2021/62

Den kommunala revisionen är fullmäktiges kontrollinstrument för att granska den verksamhet som bedrivits i nämnder och bolag. Stadsrevisionen i Stockholm stad granskar nämnders och styrelser ansvarstagande för att genomföra verksamheten enligt fullmäktiges uppdrag. Stadsrevisionen omfattar både de förtroendevalda revisorerna och revisionskontoret.

I årsrapporter för nämnder och granskningspromemorior för bolagsstyrelser sammanfattar stadsrevisionen det gångna årets granskningar och bedömningar av verksamheten. Granskningar som genomförs under året kan också publiceras som projektrapporter.

Publikationerna finns på stadsrevisionens hemsida, [start.stockholm/revision](http://start.stockholm/revision). De kan också beställas från revisionskontoret, [revision.rvk@stockholm.se](mailto:revision.rvk@stockholm.se).

Till  
Äldrenämnden  
Farsta stadsdelsnämnd  
Hässelby-Vällingby  
stadsdelsnämnd  
Södermalms stadsdelsnämnd

## **Samverkan utskrivna patienter från slutenvård**

Revisorsgrupp 1 har den 23 februari 2021 behandlat bifogad revisionsrapport (nr 2/2021).

Region Stockholm och länets kommuner har ett gemensamt ansvar i samverka kring patienter/brukare som är i behov av såväl sjukhusvård som insatser inom äldreomsorgen. Patienten/brukaren ska inte behöva uppleva otrygghet eller brister i vård och omsorg som en följd av att ansvaret är fördelat på flera huvudmän. Granskningen visar på väsentliga brister i samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Samverkan sker endast i delar i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen.

År 2010 genomförde Stockholms stads revisorer en granskning i samverkan med landstingsrevisorerna och Täby kommuns revisorer. Revisionsrapporten beskriver flera allvarliga brister (se ”Sköra länkar i vårdkedjan”, d.nr.420-140 2010). Den granskning som nu genomförts visar att flera brister kvarstår. Alla patienter/brukare får inte den samordnade individuella vårdplanering som de har rätt till. Detta är inte acceptabelt. Det är primärvårdens ansvar att kalla till dessa möten.

I Stockholms stad har äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm granskats. Stadsdelsnämnderna rekommenderas att tillse att individuell vårdplanering genomförs då behov finns och primärvården inte tagit sitt kallelseansvar. De behöver också säkerställa att den interna kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare fungerar. Vi anser också att det är angeläget att staden regelbundet följer upp de effektmål som Region Stockholm och länets kommuner kommit överens om.

Vi hänvisar till rapporten och den bilaga där granskningen i sin helhet redovisas och överlämnar den till äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm för yttrande. Yttrandet ska ha inkommit till revisorsgrupp 1 senast den 31 maj 2021. Övriga stadsdelsnämnder får rapporten för kännedom.

På revisorernas vägnar

Ulf Bourker Jacobsson  
Ordförande

Therese Kandeman  
Sekreterare

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Inledning .....</b>	<b>4</b>
1.1 Bakgrund .....	4
1.2 Syfte och revisionsfrågor .....	5
1.3 Avgränsning .....	5
1.4 Granskade nämnder .....	5
1.5 Revisionskriterier .....	5
1.6 Metod .....	6
<b>2. Granskningens resultat .....</b>	<b>7</b>
2.1 Hur har nämnden hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen? .....	7
2.2 Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst? .....	8
2.3 Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen? .....	9
2.4 Hur säkerställs att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen? .....	10
2.5 Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och stadens behov? .....	11
2.6 Hur förebyggs undvikbara återinskrivningar? .....	12
2.7 Hur säkerställs att avvikelshantering används i stadens förbättringsarbete? .....	12
 Bilaga:	
Granskning av samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (Huvudrapport från gemensam granskning Region Stockholm och åtta kommuner i länet, EY)	



## Sammanfattning

En granskning har genomförts i syfte att bedöma om samverkan sker kring patienter som skrivs ut från slutenvård i enlighet med *Lag om utskrivningsklara patienter från slutenvård (LUS)* och den regionala överenskommelse som slutits mellan Region Stockholm och länets kommuner. Granskningen har avgränsats till patienter-/brukare som fyllt 65 år, har varit inlagda på sjukhus (somatisk vård) och efter utskrivning har behov av insats inom den kommunala äldreomsorgen (vanligen i form av hemtjänst eller annat stöd i hemmet, korttidsvård eller varaktig plats på vård- och omsorgsboende) eller regionens öppenvård.

Regionrevisorerna i Stockholm har initierat denna granskning och bjudit in samtliga kommuner i länet att delta. Stadsrevisionen i Stockholms stad, och ytterligare sju kommuners revisorer beslutade att delta. Denna rapport avser Stockholms stads verksamhet där äldrenämnden och stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm har granskats. I bilaga redovisas den rapport som redovisar granskningen i sin helhet.

### ***Generella slutsatser***

Granskningen visar på väsentliga brister i samverkan mellan Region Stockholm och länets kommuner kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Samverkan sker endast i delar i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen.

En central del i samverkansöverenskommelsen är genomförandet av vårdplaneringsmöten (SIP, samordnad individuell planering) där representanter från slutenvården, primärvården, äldreomsorgen och patienten/brukaren ska delta. Primärvården är enligt överenskommelsen sammankallande. Granskningen visar att primärvården i mycket begränsad omfattning kallar till dessa vårdplaneringsmöten. Enligt uppgift är arbetet med att koordinera vårdplaneringen administrativt krävande. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla ett ändamålsenligt IT-stöd som underlättar hanteringen. Det befintliga systemet har begränsningar som bedöms försvåra samverkansprocessen. Ett nytt IT-stöd är under utveckling.

I den regionala överenskommelsen finns tre effektmål:

- Den enskilde ska kunna lämna slutenvården när den behandlande läkaren bedömt att den enskilde är utskrivningsklar.

- Utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde.
- Alla involverade aktörer ska samverka effektivt och patientsäkert utifrån den enskildes behov.

Kommunförbundet StorSthlm har tillsammans med Region Stockholm ansvar för uppföljning av överenskommelsen på övergripande nivå och de effektmål som ingår i den. Någon uppföljning har inte genomförts eller planerats att genomföras vid tidpunkten för granskningen. Region Stockholm ansvarar för att tillhandahålla månatlig statistik för att varje kommun själv ska kunna följa sin utveckling avseende effektiv utskrivning och hemgång. I Stockholms stad följs dessa underlag upp av berörda förvaltningar.

#### ***Stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm***

Revisionskontorets samlade bedömning är att stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm samverkar med Region Stockholm, i enlighet med lag och den regionala överenskommelsen avseende utskrivningsklara patienter från slutenvård, när så är möjligt. Bedömningen grundar sig i att primärvården inte kallar till SIP i den omfattning som överenskommit. Det gör det svårt för stadsdelsnämnderna att ta ansvar för sin del av överenskommelsen, vilket också påverkar brukaren.

Stockholms stad arbetar med att implementera modellen *Tryggt mottagande i hemmet*. Modellen uppges fungera väl för de verksamheter där modellen är implementerad. Implementering sker succesivt, stadsdelsnämnd för stadsdelsnämnd.

Det sker ingen uppföljning av samverkan på det sätt som anges i överenskommelsen. Rapportering av avvikelser, som uppstår i hanteringen mellan staden och regionen, sker i ringa omfattning.

#### ***Stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm rekommenderas att***

- tillse att samordnad individuell planering genomförs, när behov finns, och primärvården inte sammankallat till möte.
- säkerställa att kommunikationen mellan biståndshandläggare och utförare av insats fungerar.
- utveckla rapporteringen av avvikelser.
- regelbundet följa upp att intentionerna i såväl lagstiftning som regional överenskommelse infrias.



***Äldrenämnden***

Revisionskontorets bedömning är att äldrenämnden i huvudsak har ett arbete som främjar stadens arbete med att efterleva krav och intentioner i lagstiftning (LUS) och den regionala överenskommelsen avseende samverkan kring utskrivningsklara patienter från slutenvård. Äldrenämnden arbetar bland annat med att stödja implementeringen av modellen *Tryggt mottagande i hemmet* i samtliga stadsdelsnämnder. Nämnden har också tagit initiativ till ett pilotprojekt för att utveckla samverkan med Region Stockholm. Nämnden följer dock inte upp om staden uppnår de mål som finns i den regionala överenskommelsen.

***Äldrenämnden rekommenderas att***

- regelbundet följa upp och analysera om intentionerna i såväl lagstiftning som den regionala överenskommelsen infrias för staden som helhet, bland annat med stadsdelsnämndernas avvikelser som grund.

# 1. Inledning

Regionrevisorerna i Stockholm har initierat denna granskning och bjudit in samtliga kommuner i länet att delta. Stadsrevisionen i Stockholms stad, och ytterligare sju kommuners revisorer beslutade att delta. Denna rapport avser Stockholms stads verksamhet. I bilaga redovisas den rapport som redovisar granskningen i sin helhet.

## 1.1 Bakgrund

### *Lag*

Den 1 januari 2018 trädde *Lag om samverkan vid utskrivning från slutenvård av utskrivningsklara patienter (LUS)* i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och omsorg för patienter/brukare som efter utskrivning från slutenvård behöver fortsatt vård och/eller insats från socialtjänsten. Utskrivning från slutenvård ska ske så snart behandlande läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar, vilket kräver god samverkan mellan region och kommun. Lagen ersätter tidigare lagstiftning inom området med liknande lydelse.

### *Regional överenskommelse*

Huvudmännen inom Stockholms län har tillsammans med Kommunförbundet Storsthlm<sup>1</sup> tagit fram en regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, samt en tillhörande gemensam riktlinje avseende samverkan. I riktlinjen beskrivs utskrivningsprocessen och huvudmännens ansvar för respektive del i processen. Överenskommelsen gäller från och med 1 januari 2020 och ersätter tidigare överenskommelse. Bland annat har antalet dagar innan kommunernas betalningsansvar träder in minskat samtidigt som avgiften höjts.<sup>2</sup>

Granskningen genomförs eftersom risker har identifierats i att parterna inte efterlever lagen eller har implementerat arbetssätt i enlighet med överenskommelsen.

---

<sup>1</sup> Storsthlm är en politiskt styrd organisation med länets samtliga 26 kommuner som medlemmar.

<sup>2</sup> Från tidigare 5 betalningsfria vardagar till 2 betalningsfria kalenderdagar (under 2020) och till i genomsnitt 1,3 kalenderdagar (2021). Kostnaden höjs till 7 800 kr per patient/dygn från tidigare 5 042 kr när tidsgränsen har passerat.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om staden och Region Stockholm samverkar i enlighet med lag och regional överenskommelse avseende utskrivningsklara patienter från slutenvård.

Syftet besvaras genom följande revisionsfrågor:

- Hur har staden hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?
- Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?
- Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- Hur säkerställs att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och stadens behov?
- Hur förebyggs undvikbara återinskrivningar?
- Hur säkerställs att avvikelshantering används i stadens förbättringsarbete?

## 1.3 Avgränsning

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan Region Stockholm och staden kring patienter/brukare som fyllt 65 år, har varit inlagda på sjukhus (somatisk vård) och efter utskrivning har behov av insats inom äldreomsorgen.

## 1.4 Granskade nämnder

Äldrenämnden samt stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm har ingått i granskningen.

## 1.5 Revisionskriterier

Revisionskriterier är de bedömningsgrunder som revisionen utgår ifrån vid analys och bedömning. Följande revisionskriterier har tillämpas i granskningen:

- Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård.
- Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård i Stockholms län (HSN 2019–1416).
- Kommunfullmäktiges budget 2020 och granskade nämnders verksamhetsplaner.

## **1.6 Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier.

Granskningen har genomförts av Nina Högberg, Caroline Trowald, David Leinsköld och Anders Hellqvist på EY. Iakttagelser har faktakontrollerats av förvaltningarna. Revisionskontoret har deltagit i arbetet i arbetet med att sammanfatta granskningen avseende staden och den analys som lett fram till samlad bedömning och rekommendationer.

## 2. Granskningens resultat

### 2.1 Hur har nämnden hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?

*Granskade nämnder redovisar i sina respektive verksamhetsplaner aktiviteter som ska bidra till att intentionerna i LUS och den regionala överenskommelsen infrias.*

Kommunstyrelsen godkände överenskommelsen om samverkan med Region Stockholm 30 oktober 2020. Stockholms stad ingår i den politiska styrgruppen för vård- och omsorgsområdet i Stockholms län, VIS. Ärendena bereds av ett socialchefsnätverk där stadens äldreförvaltning och socialförvaltningen är representerade.

**Äldrenämnden** har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I mål- och budget för äldrenämnden framgår däremot ett antal pågående aktiviteter för att anpassa verksamheten till LUS och säkerställa att den enskilde känner sig trygg vid hemgång från sjukhus.

Förvaltningen har påbörjat arbetet med att implementera modellen *Tryggt mottagande i hemmet* i stadsdelsnämnderna för att säkerställa en trygg hemgång från slutenvård eller korttidsboende. Implementeringen av modellen har i vissa stadsdelsnämnder blivit framskjuten på grund av hanteringen av Covid-19.

**Stadsdelsnämnderna Farsta, Hässelby-Vällingby och Södermalm** har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I respektive nämnds verksamhetsplan och budget presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående aktiviteter på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.

## 2.2 Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning avseende samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?

*Revisionskontorets bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan regionen och kommunerna men också mellan olika verksamheter inom Stockholms stad. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensam riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen.*

**Äldrenämnden** har en samordnande och stödjande roll i förhållande till stadsdelsnämnderna som ansvarar för den operativa implementeringen av LUS. Äldrenämnden representerar staden i kontakter med Region Stockholm och Kommunförbundet Storsthlm.

I **Farsta** noteras att det finns ett behov av att stärka samverkansprocessen kring patienter i behov av hemtjänstinsatser. Förvaltningen bör se över om det är möjlighet att involvera hemtjänstutförarna i ett tidigare skede i utskrivningsprocessen för att möjliggöra en bättre samordnad intern planering. Förvaltningen behöver också stödja hemtjänstutförarna i dialogen med primärvården för att tydliggöra stadens gränsdragning gällande hantering av läkemedelsdelegation.

I **Hässelby-Vällingby** noteras att samverkan mellan korttidsboenden i extern regi och slutenvård behöver stärkas. Likt Farsta finns också ett behov av en tidigare dialog mellan biståndshandläggare och hemtjänstutförare, då insatsbeställningen ofta föregås av kontakt från slutenvården.

Flera av de intervjuade på **Södermalm** uppger att samverkan med vårdgivarna har minskat sedan implementeringen av LUS eftersom få SIP genomförs. De tidigare samverkansformerna har avvecklats och nya har inte etablerats fullt ut. Ansvaret att kalla till SIP åligger primärvården. Stadsdelsförvaltningen kan kalla till SIP men gör inte det. Den interna samverkan mellan biståndsenheten och utförare uppges behöva utvecklas för att samtliga involverade ska få en gemensam bild av vilket behov av insatser och hjälpmedel som föreligger.

## 2.3 Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?

*Revisionskontorets bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Ansvaret för detta är dock inte primärt stadens.*

Utsedd vårdkontakt, inom primärvården, ska kalla till SIP inom tre dagar efter underrättelser att patienten är utskrivningsklar<sup>3</sup>. Statistik visar att så skett vid cirka 10 procent av genomförda utskrivningar. Av statistiken går det inte att utläsa hur stora behov av insatser patienten har vid utskrivningstillfället.

Rutiner är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler än vad överenskommelsen anger. Patienten/brukaren är inte involverad på det sätt som lagen anger. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på stadsdelsnämnderna.

*Stockholms Trygghetsjour* är en enhet som arbetar stadsövergripande. Handläggare kan på delegation från stadsdelsnämnderna fatta biståndsbeslut om hemtjänst och korttidsvård fram till nästkommande vardag under icke kontorstid.

**Farsta** utvecklade under 2019 ett nytt arbetssätt inom biståndsenheten för att möta kraven i LUS. Från att tidigare ha arbetat med vårdteam ansvarar nu alla biståndshandläggare för sina respektive äldre, oavsett vård- och omsorgsbehov. Övergången till detta arbetssätt uppges vara framgångsrik. Samtidigt har Farsta infört metoden *Tryggt mottagande i hemmet* inom utförrarverksamheten, vilket bland annat syftar till att ge den enskilde en tryggare hemgång i samband med utskrivning från slutenvården.

Det finns en samverkansöverenskommelse mellan avdelningen för äldreomsorg inom Farsta stadsdelsförvaltning och Rehab Södra. Överenskommelsens syfte är bland annat att förbättra samordningsinsatserna.

**Hässelby-Vällingby** omorganiserade under 2019 beställarenheten för att kunna möta vårdplaneringen i och med implementeringen av LUS. Idag består biståndsenheten av ett vårdplaneringsteam om fem

---

<sup>3</sup> Tidsspannet avser endast utskick av kallelse, planeringsmötet kan äga rum vid senare tidpunkt.

personer som sköter alla utskrivningar. Särskilt utsedda biståndshandläggare är ansvariga för planering i verktyget WebCare.

Modellen *Tryggt mottagande i hemmet* har implementerats och erbjuds efter biståndsbedömning.

Samverkansmöten sker regelbundet med St. Görans sjukhus och Brommageriatriken där medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) deltar. MAS och verksamheterna har i sin tur regelbundet samverkansmöten med läkarorganisationen. Stadsdelsförvaltningen upplever svårigheter i samverkan med akutsjukhusen eftersom upparbetade kontaktvägar saknas. Det uppges finnas en välfungerande samverkan med de geriatriska avdelningarna och en god dialog med primärvården. Samtidigt finns en frustration kring brister i SIP, bland annat att primärvårdsrehabilitering inte bjuds in till gemensam planering i den utsträckning som staden önskar.

**Södermalms** biståndsenhet omorganiserades i samband med införandet av LUS. Förvaltningen arbetar sedan hösten 2019 enligt modellen *Tryggt mottagande i hemmet* för att säkerställa en trygg hemgång från slutenvård eller korttidsboende.

Det finns enligt uppgift en välfungerande samverkan med slutenvården (Södersjukhuset samt Dalens sjukhus). Samverkan med primärvården uppges fungera mindre bra. I intervju med företrädare för Södermalms stadsdelsförvaltning uppges att medarbetare inom både slutenvården och öppenvården saknar väsentlig kunskap om stadens uppdrag i utskrivningsprocessen och i utförandet av vård- och omsorgsinsatser. Stadens och regionens medarbetare har därtill ofta olika syn på vilket skick en patient förväntas vara i när patienten är medicinskt färdigbehandlad, vilket påverkar utgångspunkterna för biståndsbeslutet.

## **2.4 Hur säkerställs att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?**

*Revisionskontorets bedömning att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig grad i den samordnade planeringen inför utskrivning.*

*Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i verktyget WebCare. Möten där patienten deltar genomförs i få fall.*

**Äldrenämnden** har tagit initiativ till ett pilotprojekt tillsammans med Region Stockholm för att utarbeta en lokal samverkansöversenskommelse med en ny samverkansform som på sikt ska omfatta



alla stadsdelsnämnder. Genom denna samverkansform finns förhoppningar om att lättare kunna hantera komplexa frågeställningar och gränsdragningsproblem kring enskilda patienter. Pilotprojektet involverar i första skedet Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsnämnd samt närmast berörda vårdgivare inom öppenvård, primärvård och slutenvård.

Inom **Farsta** stadsdelsnämnd sker vissa särskilda aktiviteter för att säkerställa att patientperspektivet tillvaratas i planeringen av insatser och inom ramen för de insatser som staden bistår med. Inom särskilda boenden tillämpas tydliga rutiner för planering av fortsatt vård efter hemkomsten, vilket innebär att patienten, anhöriga samt arbetslaget på boendet, samlas för att prata om fortsatt vård. Skillnaden mot SIP är att detta inte involverar aktörer inom öppenvården.

Intervjuade inom **Hässelby-Vällingby och Södermalms** stadsdelsnämnder upplever stora brister kopplade till primärvårdens samordnande roll. Det finns inga tydliga forum där problematiken kan adresseras. Planeringen av stadens egna insatser sker ofta i kontakt med patient och anhöriga. Ett sätt på vilket stadsdelsnämnden värnar om patientperspektivet är genom införandet av metoden *Tryggt mottagande*, vilket stärker förutsättningarna för en trygg hemgång med hög delaktighet.

## **2.5 Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och stadens behov?**

*Revisionskontorets bedömning att varken staden eller region har säkerställt en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat. Det finns ingen uppföljningsplan eller plan för utvärdering framtagen trots att parterna är överens om att så ska ske.*

På tjänstemannanivå följer staden upp statistikuppgifter relaterade till stadens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen följs inte upp på ett systematiskt sätt. Rapportering till nämnd uppges ske om något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan med regionen.

Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Kommunförbundet Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har heller inte efterfrågats av staden.

## 2.6 Hur förebyggs undvikbara återinskrivningar?

*Revisionskontorets bedömning är att stadsdelsnämnderna kan ta en mer aktiv roll i samverkan med regionen för att förebygga återinskrivningar till slutenvård.*

Det av **äldrenämnden** prioriterade arbetet med att införa modellen *Tryggt mottagande i hemmet* är en åtgärd för att minska undvikbara återinskrivningar. Införandet av modellen uppges haft god effekt för trygg hemgång och innebär att patienter med stora behov av insatser eller är oroliga får sina omsorgsinsatser tillgodosedda av ett specialistteam med särskilt fokus på kontinuitet, dialog och delaktighet under de två första veckorna efter hemgång.

Enligt företrädare för äldreomsorgen i **Farsta** sker flera återinskrivningar till slutenvård som en följd av bristande samverkan. Orsakerna anges vara flera. Ibland görs olika bedömningar av om patienten/brukaren är medicinskt färdigbehandlad. Hjälpmedel i hemmet kan också saknas vid utskrivning.

Biståndsenheten på **Södermalm** upplever stort stöd från överordnad förvaltningsledning att vid behov sätta in omfattande hemtjänstinsatser för att undvika återinskrivningar. Det uttrycks bland de intervjuade en önskan om fler upprättade SIP för att undvika återinskrivningar.

## 2.7 Hur säkerställs att avvikelshantering används i stadens förbättringsarbete?

*Revisionskontorets bedömning är att åtgärder bör vidtas för att säkerställa att avvikelserapportering sker på stadsdelsnämnderna. Avvikelserna bör analyseras på en för staden aggregerad nivå.*

**Äldrenämnden** gör inte någon samlad uppföljning av avvikelser relaterade till utskrivningsprocessen.

För **granskade stadsdelsnämnder** noterar vi att avvikelserapporter skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir ofta, vilket leder till att incitamenten för att rapportera avvikelser minskar. De

intervjuade på **Södermalm** uppger att de själva besvarar avvikelser de har fått, samt därefter gör en bedömning av huruvida situationen kan hanteras på ett annat sätt och vid behov ändrar rutiner samt informerar berörda enheter om den uppkomna situationen och den nya rutinen.



# Granskning av samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Stockholm, Stockholms stad,  
Haninge kommun, Huddinge kommun, Järfälla kommun, Nacka kommun,  
Sollentuna kommun, Sundbybergs stad och Värmdö kommun.



## Innehåll

1.	Sammanfattade slutsatser .....	2
2.	Inledning.....	6
2.1	Bakgrund.....	6
2.2	Syfte och revisionsfrågor.....	6
2.3	Ansvariga nämnder .....	7
2.4	Avgränsningar.....	7
2.5	Metod och genomförande .....	7
2.6	Bedömningsgrunder .....	7
2.7	Läsanvisningar .....	8
3.	Styrmodell och incitament för samverkan .....	9
3.1	Införandet av LUS har gett lagstadgade krav på effektiv samverkan.....	10
3.2	LUS implementeras genom en regional överenskommelse.....	11
3.3	Det finns en formaliserad styrande organisation på regional nivå .....	13
3.4	Omfattningen i de ansvariga nämndernas styrning och uppföljning varierar.....	13
3.5	På lokal nivå förekommer många olika samverkansformer och forum .....	18
3.6	Gemensamma verktyg för samverkan finns men behöver utvecklas.....	18
3.7	Bedömning .....	21
4.	Många inblandade aktörer skapar komplexitet i utskrivningen .....	22
4.1	Häls- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning reglerar samverkan.....	22
4.2	Kommunerna har anpassat sina LOV-avtal efter LUS .....	25
4.3	Bedömning .....	26
5.	Samverkan kring enskilda patientärenden.....	28
5.1	Steg 1: Skicka inskrivningsmeddelande.....	28
5.2	Steg 2: Utse fast vårdkontakt.....	31
5.3	Steg 3: Planera inför utskrivning.....	33
5.4	Steg 4: Kalla till SIP.....	37
5.5	Steg 5: Meddela om utskrivningsklar.....	40
5.6	Steg 6: Informera vid utskrivning.....	43
5.7	Steg 7: Upprätta eller uppdatera samordnad individuell plan.....	45
5.8	Steg 8: Följa upp och avsluta samordnad individuell plan.....	47
5.9	Bedömning .....	47
6.	Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar .....	51
6.1	Ett prioriterat område i överenskommelsen .....	51
6.2	Regionen följer upp återinläggningar inom slutenvården .....	51
6.3	Lokala insatser pågår för att minska undvikbara återinläggningar .....	52
6.4	Bedömning .....	53
7.	Övergripande uppföljning, förbättringsarbete och utveckling .....	54
7.1	Det sker ingen gemensam uppföljning av effektmålen i överenskommelsen.....	54
7.2	Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad .....	54
7.3	Statistiken tyder på att arbetet ändå ger god effekt.....	55
7.4	Det finns ett system för hantering av avvikelser men aktörerna förstår det inte .....	57
7.5	Bedömning .....	58
8.	Sammanfattade slutsatser per granskad nämnd .....	59
9.	Bilagor.....	88

## 1. Sammanfattade slutsatser

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Stockholm, Stockholms stad, Haninge kommun, Huddinge kommun, Järfälla kommun, Nacka kommun, Sollentuna kommun, Sundbybergs stad samt Värmdö kommun genomfört en granskning med syftet att bedöma om samverkan kring utskrivningsklara patienter sker så att en god vård och en social omsorg av god kvalitet främjas.

I detta avsnitt framgår EY:s sammanfattade slutsatser och bedömningar. De förtroendevalda revisorerna i de medverkande kommunerna har med utgångspunkt i granskningen själva bedömt vilka rekommendationer de vill rikta till respektive granskad nämnd och styrelse, med hänsyn till lokala förutsättningar och iakttagelser. Rekommendationerna framgår av varje revisionsgrupps eget missiv.

### Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

Genom införandet av *lagen om samverkan vid utskrivning* (LUS) har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare ledtider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Tillhörande riktlinjer och rutiner har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2020. Av LUS framgår ett antal dispositiva bestämmelser om betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter som är inneliggande på sjukhusen. En betalningsmodell har utarbetats i den regionala överenskommelsen, men till följd av det ansträngda läget i och med regionens och kommunernas hantering av Covid-19 har den tagits ur bruk.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I ytterligare några kommunerna har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2020. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. Organisatoriska anpassningar har hos samtliga skett på tjänstemannanivå.

I hälso- och sjukvårdsnämndens avtal med vårdgivare finns uttalade krav på samverkan, både med andra vårdgivare och med andra huvudmän. Samtliga granskade kommuner har säkerställt i sina förfrågningsunderlag för externa utförare av hemtjänst att det finns tillräckliga krav på inställelsetider för att kunna efterleva samverkansöverenskommelsen.

### Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

Avseende samverkan kring enskilda patientärenden, regleras detta i den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård. Processens samtliga steg definieras med tydlighet i riktlinjen och omfattar ett flertal olika aktörer från slutenvården, primärvården och kommunerna. Vår samlade bedömning är att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning är att ingen enskild aktör kan hållas ansvarig. Samtliga kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i LUS är att samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas redan vid inskrivningen. Denna process startar inte alltid i tid, till följd av att många medarbetare inom slutenvården sällan kommer i kontakt med dessa situationer. Det finns metodstöd och bedömningsmallar tillgängliga, men flödet av aktiviteter kopplade till utskrivningsprocessen är förhållandevis invecklat och tidsmässigt utdraget vilket kräver både kunskap och kontinuitet bland medarbetarna. Många är därtill sällananvändare av informationsöverföringssystemet WebCare vilket kan uppfattas som

svårtillgängligt. Eftersom primärvården ska ha den samordnande rollen i planeringsprocessen är det kritiskt att informationsflödet i tidigt skede fungerar så att de kan initiera sitt arbete. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner som leder till att utskrivningsplanering initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från primärvård eller socialtjänst efter utskrivning. En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och hos övriga aktörer är att sjukhusavdelningarna utser sjuksköterskor med ett särskilt ansvar för att koordinera utskrivningsprocessen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas.

Ett återkommande problem som lyfts i både vittnesmål och avvikelserapporter är därtill att primärvården inte alltid tar del av informationen inom föreskrivna tidsramar trots att den finns tillgänglig. Vi bedömer att SLSO behöver säkerställa att alla vårdcentraler har fungerande rutiner för att löpande bevaka och reagera på inskrivningsmeddelanden.

En obligatorisk nyckelfunktion i utskrivningsprocessen är den fasta vårdkontakt som ska utses inom primärvården. I granskningen noterar vi att den fasta vårdkontakten i hög grad fungerar som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Vi föreslår också att hälso- och sjukvårdsförvaltningen säkerställer att det finns riktlinjer som tydliggör vad uppdraget som fast vårdkontakt innebär för hushälsomottagningarna. Som del i detta föreslår vi att hälso- och sjukvårdsförvaltningen också överväger att utarbeta metodstöd och vägledning kring uppdraget för att främja likvärdighet mellan vårdgivare. Samtidigt bedömer vi att SLSO behöver säkerställa att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Dessa utvecklingsområden är kritiska eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

## Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

En annan central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patienten eller närstående ska ges möjlighet att delta. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Statistik visar att SIP endast sker i en mycket liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd från socialtjänst och öppenvård efter utskrivning.

Det låga antalet genomförda SIP kan till stor del härledas till att en samordnad planering mellan huvudmännen sker genom WebCare och i andra kommunikationskanaler som upplevs uppfylla aktörernas egna behov på ett mer effektivt sätt. I dessa kanaler är patienten i regel inte delaktig vilket får konsekvensen att patientperspektivet inte värnas i avsedd utsträckning. Frågan har aktualiserats ytterligare under 2020 i och med att covid-19 har försvårat möjligheten att genomföra fysiska möten på ett riskfritt sätt. Vi uppmärksammar att det förekommer motstridiga uppfattningar bland de granskade aktörerna om vilka arbetsformer och verktyg som är tillåtna för att genomföra SIP. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen behöver säkerställa att det finns riktlinjer som beskriver formkrav för genomförandet av ersättningsberättigad SIP samt att metodstöd och informationsmaterial anpassas därefter.

Vi noterar att de inblandade aktörerna upplever en administrativ börda som inte motsvarar den upplevda nyttan med SIP, därför att patientens behov av stöd ur primärvårdens eller kommunens perspektiv i många fall uppfattas som rutinemässigt eller litet. Det finns i dagsläget inte något systemstöd för att dokumentera bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Vi noterar också att primärvården bedömer att det saknas resurser (personellt såväl som ekonomiskt) för att kalla till SIP i den utsträckning det skulle innebära om samtliga berörda patienter skulle erbjudas SIP och att en värdering av behovet är nödvändig. Samtidigt har hälso- och sjukvårdsnämnden beslutat om att införa vite vid utebliven SIP från och med 2021. Här är vår



iakttagelse att LUS och den länsgemensamma riktlinjen innehåller ett stort tolkningsutrymme för när SIP måste genomföras, när det bör genomföras och i vilken mån patienten ska styra över valet. Mot denna bakgrund föreslår vi att hälso- och sjukvårdsförvaltningen tillsammans med Storsthlm utvärderar de föreskrivna formerna för SIP och anpassar de gemensamma riktlinjerna i syfte att, inom ramen för gällande lagstiftning, förenkla processen avseende vissa ärenden. Detta kan förslagsvis adresseras inom ramen för en övergripande utvärdering av den regionala överenskommelsen och dess effektmål (se nedan).

I granskningen uppmärksammar vi också att det enligt LUS är primärvården som bär ansvaret för att kalla till SIP. Det finns en utbredd frustration inom de granskade kommunerna över att primärvården inte kallar till SIP i den utsträckning som kommunerna upplever behövs. Vi bedömer att SLSO bör säkerställa att vårdcentralerna kallar till SIP i den utsträckning någon av de berörda parterna bedömer att det behövs. Av förarbetena till LUS framgår samtidigt att om den fasta vårdkontakten inte fullföljer sitt kallelseansvar är kommunen inte förhindrad att på eget initiativ kalla till samordnad individuell planering. Vi rekommenderar därför att kommunerna på eget bevåg kallar till SIP för att säkra en trygg hemgång för den enskilde, om de bedömer att behov finns och den fasta vårdkontakten i primärvården inte tar sitt kallelseansvar.

## **Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång**

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Att sjukhusens preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar problem i planeringen för både kommuner och primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning kan underlätta processen genom att säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt.

Många intervjuade inom slutenvården vittnar om att patienter återinskrivs på sjukhus av icke-medicinska skäl. Orsaken uppges vara att bostadsanpassningar, hjälpmedel, medicinering eller förbrukningsmaterial inte finns på plats enligt plan, men att detta uppdagas först efter hemgång vilket leder till återinskrivning. Vi bedömer att SLSO behöver säkerställa att primärvården före utskrivning kontrollerar, bedömer och vid behov vidareförmedlar remisser till rätt instans samt kontrollerar att nödvändiga hjälpmedel och dylikt är tillgängliga vid utskrivning.

Kommunerna har också ett uttalat ansvar för att säkerställa att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom kommunen inför utskrivning. Granskningen tyder på att kommunikationen mellan biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall. Det förekommer däremot svårigheter i den direkta kommunikationen mellan slutenvården och hemtjänsten, samt i informationsöverlämningen mellan olika utförare av hemtjänst i de kommuner där vård på nätter och/eller helger utförs av en annan aktör. Vi bedömer att kommunerna behöver säkerställa att det inom kommunen förs en dialog med utförarna av kommunala insatser i ett tillräckligt tidigt skede, så att de inte riskerar att få information från slutenvården innan de får information från kommunens biståndshandläggare. Vi bedömer också att de kommuner som tillämpar separat nattpatrull eller motsvarande behöver säkerställa att informationsutbytet omfattar denna utförare vid behov.

## **Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar**

Att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar är ett gemensamt fokusområde i den regionala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till och inga övergripande aktiviteter pågår.

Inom regionens verksamheter finns mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. SLSO nådde målet under föregående år medan hälso- och sjukvårdsnämndens samlade verksamheter fortfarande överstiger målvärdet. Inga särskilda åtgärder vidtas utöver implementeringen av den gemensamma riktlinjen kring LUS. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta tema, vilka involverar

både regionens verksamheter och länets kommuner. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel. Vi bedömer också att kommunerna på individnivå bör följa upp återinläggningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvården, för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts med avsedd kvalitet för att säkra en trygg hemgång.

## Uppföljningen är fokuserad på statistik och betalningsansvar

På tjänstemannanivå och inom ett fåtal av de granskade nämnderna följer aktörerna statistikuppgifter relaterade till patientflödet och kommunernas betalningsansvar. Det har inte utarbetats någon uppföljningsplan eller plan för utvärdering av den gemensamma överenskommelsen kring samverkan, trots att parterna är överens om att så ska ske. Vi bedömer att såväl hälso- och sjukvårdsnämnden som kommunerna bör verka för att överenskommelsen kring samverkan utvärderas och att effektmålen följs upp. Särskilt vill vi betona det andra effektmålet eftersom det varken inom regionen eller på kommunal nivå sker en systematisk uppföljning av patienternas egna uppfattningar och erfarenheter.

## Brist på märkbara åtgärder leder till att färre avvikelser rapporteras

Det finns rutiner och systemstöd för att verksamheterna ska kunna rapportera avvikelser och brister som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningen är vår bedömning att antalet anmälda avvikelser bara utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. En stor del av de intervjuade beskriver att de tidigare har anmält avvikelser men att bristen på återkoppling och åtgärder har fått dem att sluta med detta. Det riskerar att ge en missvisande bild av att återkommande brister har åtgärdats. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunerna tydligare behöver kommunicera förväntningar om återrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelserapporter. Vi noterar också att det råder en osäkerhet bland aktörerna kring vilka olika funktionsbrevlådor som finns tillgängliga och vilken typ av rapporter de är avsedda att hantera, vilket vi föreslår att hälso- och sjukvårdsförvaltningen tydliggör.

Vi noterar i granskningen att VIS-styrgruppen under året har tagit del av analyser över vilka som är de vanligast förekommande kategorierna av avvikelser relaterade till samverkan. Denna typ av strukturell analys saknas hos övriga aktörer. Det beror delvis på praktiska begränsningar i systemstöden som gör det svårt att sammanställa tillförlitliga underlag. Vi bedömer att samtliga aktörer bör utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa en god bild av vilka strukturella problem som finns och hur de åtgärdas.

Stockholm den 9 februari 2021

Nina Högberg  
Certifierad kommunrevisor

Caroline Trowald  
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld  
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist  
Certifierad kommunrevisor

## 2. Inledning

### 2.1 Bakgrund

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutet vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvudmännen regionen och kommunen.

Huvudmännen inom Stockholms län har tillsammans med förbundet Storsthlm<sup>1</sup> tagit fram en gemensam riktlinje avseende samverkan. I riktlinjen beskrivs utskrivningsprocessen utifrån åtta aktiviteter. Riktlinjen fastslår även vilket ansvar slutenvård, primärvård, socialtjänst respektive den kommunala hälso- och sjukvården har i respektive aktivitet. Huvudmännen inom Stockholms län har träffat en överenskommelse som gäller från 1 januari 2020. I jämförelse med tidigare gällande överenskommelser har antalet dagar innan kommunernas betalningsansvar träder in minskat samtidigt som avgiften höjts.<sup>2</sup> Det ställer höga krav på samverkan i utskrivningsprocessen mellan regionen och länets kommuner. Det finns risk att parterna inte efterlever lagen och inte har implementerat och anpassat arbetssätt i enlighet med den nya överenskommelsens krav.

### 2.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att bedöma: Sker samverkan kring utskrivningsklara patienter mellan regionens slutenvård och primärvården samt socialtjänsten i berörda kommuner så att en god vård och en social omsorg av god kvalitet främjas? Den övergripande frågan besvaras genom åtta delfrågor:

- ▶ Hur skapas incitament i hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning av regionens utförare för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?
- ▶ Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?
- ▶ Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?
- ▶ Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- ▶ Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- ▶ Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?
- ▶ Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?
- ▶ Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?

<sup>1</sup> Storsthlm är en politiskt styrd organisation med länets samtliga 26 kommuner som medlemmar.

<sup>2</sup> Från tidigare 5 betalningsfria vardagar till 2 betalningsfria kalenderdagar (under 2020) och till i genomsnitt 1,3 kalenderdagar (2021). Kostnaden höjs till 7 800 kr per patient/dygn från tidigare 5 042 kr när tidsgränsen har passerat.

## 2.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar följande delar av organisationen inom Region Stockholm, Stockholms stad och angivna kommuner:

Region/kommun	Ansvarsprövande nämnd/bolag
Region Stockholm	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde
	Danderyds sjukhus AB
	Karolinska universitetssjukhuset
	Hälso- och sjukvårdsnämnden
Haninge kommun	Äldrenämnden
Huddinge kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Järfälla kommun	Äldrenämnden
Nacka kommun	Äldrenämnden
Sollentuna kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Stockholms stad	Farsta stadsdelsnämnd
	Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd
	Södermalm stadsdelsnämnd
	Äldrenämnden
Sundbybergs stad	Äldrenämnden
Värmdö kommun	Vård- och omsorgsnämnden

## 2.4 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan den somatiska slutenvården, primärvården och den kommunala omsorgen. Kompletterande uppgifter har inhämtats från vissa övriga verksamheter, se referenslista. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter över 65 år.

## 2.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier (se bilaga). EY följer SKYREVs riktlinjer avseende planering, rapportskrivning och avrapportering. Intervjuade har haft möjlighet att faktagranska samt ge synpunkter på rapportutkastet. Utförd september 2020 – januari 2021.

## 2.6 Bedömningsgrunder

Denna granskning har sin primära utgångspunkt i *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS)*. Den bedömningsgrund som bildar underlag för granskningen hämtats från lagar, överenskommelser, policyer och styrdokument. Nedanstående bestämmelser utgör bedömningsgrund mot vilka olika slutsatser och bedömningar kommer att ställas. Innehållet i bedömningsgrunderna redogörs för löpande i rapporten.

- ▶ Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, i sin helhet.
- ▶ Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård i Stockholms län (HSN 2019-1416), i sin helhet.
- ▶ Gemensam riktlinje för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård
- ▶ Sjukhusavtal för de regionägda sjukhusen avsnitt 2.3.1-2.3.4.<sup>3</sup>
- ▶ Avtal *Geriatrisk öppen- och slutenvård* (from 9 mars 2020): förfrågningsunderlag avsnitt 5.4.7<sup>4</sup>.
- ▶ Avtal *Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård* (from 1 maj 2020): förfrågningsunderlaget avsnitt 5.3.9.3-5.3.9.5.<sup>5</sup>
- ▶ Kommunfullmäktiges mål och budget för 2020 för respektive kommun

<sup>3</sup> HSN 2019-1826, HSN 2019-1837, HSN 2017-0570, HSN 2019-1825.

<sup>4</sup> HSN 2018-0370, HSN 2018-0368

<sup>5</sup> HSN 2019-1935

## 2.7 Läsanvisningar

Revisionsrapporten som följer är strukturerad utifrån fem kapitel (kapitel 3-7) där samtliga avslutas med EY:s bedömningar utifrån de bedömningsgrunder som är relevanta för avsnittets tema.

I **kapitel 3** ges en bakgrund till implementeringen av LUS och dess medföljande rutiner och riktlinjer, som bland annat stipulerar lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna genom samverkan ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården.

I **kapitel 4** redogörs de förväntningar på samverkan som framkommer i hälso- och sjukvårdsnämndens avtals uppdragsbeskrivningar samt i ersättningsmodellernas konstruktion. Vidare redovisas hur kommunerna har anpassat sina LOV-avtal utifrån LUS.

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård beskriver processen från inskrivning till utskrivning i form av ett antal obligatoriska aktiviteter: inskrivningsmeddelande, fast vårdkontakt i den öppna vården, planering inför utskrivning, underrättelse om att patienten är utskrivningsklar, informationsöverföring vid utskrivning, information till patienten samt samordnad individuell planering. I **kapitel 5** beskrivs direktiven närmare kring vart och ett av dessa moment, tillsammans med EY:s observationer och bedömningar av parternas förmåga att uppfylla sin del av ansvaret.

Att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar är ett gemensamt fokusområde i den regionala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutet vård. I **kapitel 6** redovisas hur regionen följer upp återinläggningar inom slutenvården, samt vilka lokala insatser som pågår för att minska undvikbara återinläggningar.

Den regionala överenskommelsen ska enligt densamma följas upp löpande. I **kapitel 7** redovisas parternas förmåga att följa upp och utvärdera överenskommelsen, samt hanteringen av inrapporterade avvikelser och avsteg.

I rapportens avslutande **kapitel 8** presenteras uppdelat per aktör sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. Där framgår även viss partsspecifik information som vi bedömer är för detaljerad för att tas upp i den samlade rapporten.

Längst bak i rapporten finns bilagor med referensförteckning.

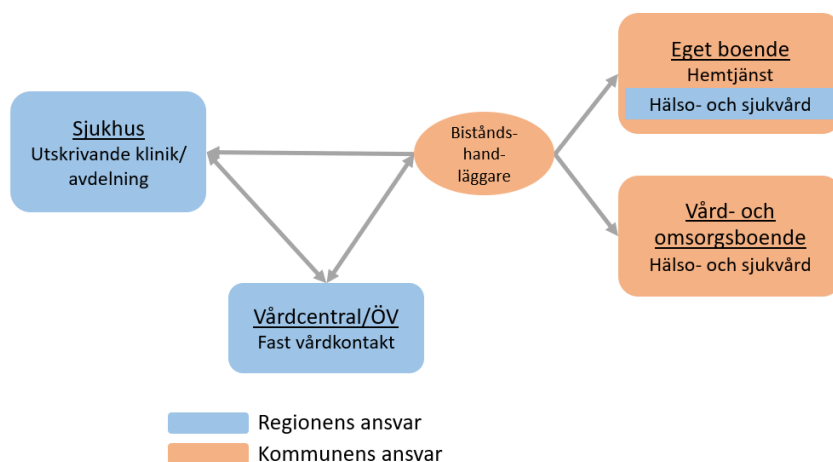
### 3. Styrmodell och incitament för samverkan

Samverkan handlar om att arbeta tillsammans, över organisationsgränser, för att säkerställa en god och säker vård för patienterna. Effektiv samverkan säkerställs genom aktivt deltagande och förutsätter en vilja hos deltagarna att bidra. Samverkan kan ibland försvåras av målkonflikter, infrastrukturella brister eller olika prioriteringar hos deltagande aktörer. Det är därför grundläggande för en effektiv samverkan att deltagande aktörer har en gemensam målbild av vad samverkan syftar till - det gemensamma uppdraget.

När personer har behov av vård och omsorg från flera olika vårdgivare ställs stora krav på planering och samverkan. Att vårdens aktörer har säkerställt välfungerande samverkansstrukturer är en grundförutsättning, men en trygg vårdkedja kräver även att planeringen utgår från den enskilde patientens behov och önskemål. Därför behöver patienten/brukaren och närstående involveras tidigt och strukturerat i arbetet för att utskrivningskedjan ska bygga på trygghet, kontinuitet och säkerhet.

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun.<sup>6</sup> Vid ett SIP-möte träffas parterna, inklusive patienten och eventuellt närstående, för att identifiera vilka behov som finns och samordna planerade och pågående insatser mellan verksamheterna. I arbetet med SIP ska den enskilde ha inflytande och få vara delaktig i planeringen och genomförandet av sin vård och omsorg.

I bilden nedan illustreras översiktligt ansvarsfördelningen mellan region och kommun:



Figur 1: Översikt på kommunikationsflödet mellan kommunens och regionens ansvarsområden

I riktlinjen för LUS har en processbeskrivning med tillhörande moment och arbetsfördelning beskrivits. Processen är indelad i följande steg:

<sup>6</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.



Figur 2: Översikt av utskrivningsprocessens åtta steg enligt den gemensamma rutinen vid utskrivning.

### 3.1 Införandet av LUS har gett lagstadgade krav på effektiv samverkan

Regeringen beslutade 2014 om en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Bakgrunden var att strukturella och medicintekniska förändringar lett till att en större del av hälso- och sjukvården kunde genomföras inom primärvården och inom kommunernas socialtjänst och äldreomsorg. Det fanns också ett behov av att minska den tid som utskrivningsklara patienter vistades i slutenvården i onödan på grund av långa ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. En viktig utgångspunkt med utredningen var därför att förbättra formerna för samverkan mellan huvudmännen.<sup>7</sup>

I betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*<sup>8</sup> presenterades ett helt nytt lagförslag, *Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård*, som beslutades av riksdagen<sup>9</sup> och trädde i kraft 1 januari 2018. Därmed uppförde den tidigare betalningsansvarslagen till förmån för en lag med tydligare incitament att åtgärda problemen med väntetider och ge tydligare verktyg för att skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja.

Lagens syfte är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutenvård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Av lagens inledande kapitel framgår att utskrivningen från slutenvården ska ske så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.<sup>10</sup> Lagen beskriver processen från inskrivning till utskrivning i form av ett antal obligatoriska aktiviteter: inskrivningsmeddelande, fast vårdkontakt i den öppna vården, planering inför utskrivning, underrättelse om att patienten är utskrivningsklar, informationsöverföring vid utskrivning, information till patienten, samordnad individuell planering.

Av LUS framgår också att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen<sup>11</sup>, samt ett antal dispositiva bestämmelser om betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter som är ineliggande på sjukhusen.<sup>12</sup>

<sup>7</sup> Dir 2014:27 Kommittédirektiv Betalningsansvarslagen

<sup>8</sup> SOU 2015:20

<sup>9</sup> Prop. 2016/17:106

<sup>10</sup> LUS 1 kap 3 §

<sup>11</sup> LUS 4 kap 4 §.

<sup>12</sup> LUS 5 kap 1-6 §§



## 3.2 LUS implementeras genom en regional överenskommelse

Huvudmännen inom Stockholms län har ingått *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län*.<sup>13</sup> Avtalet är en övergripande, vägledande ramöverenskommelse som utgår från en gemensam målbild. Initialt förekom en tillfällig överenskommelse, men parterna Region Stockholm och kommunförbundet StorSthlm kunde i juni 2019 enas om en långsiktig överenskommelse för vidare formellt beslutsfattande. Förhandlingarna däremellan avsåg framförallt valet av betalningsmodell och tillhörande antal fristdagar. Beslutet att ingå den nuvarande versionen av överenskommelsen togs under hösten 2019 av följande politiska organ:

- ▶ Region Stockholm - Hälso- och sjukvårdsnämnden
- ▶ Huddinge - Vård-och omsorgsnämnden
- ▶ Haninge - Socialnämnden
- ▶ Järfälla - Kommunstyrelsen
- ▶ Nacka - Kommunstyrelsen
- ▶ Sollentuna - Kommunstyrelsen
- ▶ Sundbyberg - Kommunfullmäktige
- ▶ Stockholms stad - Kommunstyrelsen efter remiss till stadsdelsnämnderna
- ▶ Värmdö - Kommunstyrelsen

Parterna är i överenskommelsen eniga om följande övergripande målformuleringar:

- ▶ *Arbetet med utskrivningsprocessen är en del i den samordnade vård och omsorgen.*
- ▶ *Ingen ska behöva vara kvar på sjukhus när hen inte behöver det.*
- ▶ *Den som behöver ska få sjukhusvård så länge hen behöver det.*
- ▶ *Region och kommun samordnar insatser på alla nivåer med den enskilde i fokus.*

Utifrån de övergripande målformuleringar ska följande tre effektmål uppnås:

- ▶ *Den enskilde ska kunna lämna slutenvården när den behandlande läkaren bedömt att den enskilde är utskrivningsklar.*
- ▶ *Utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde.*
- ▶ *Alla involverade aktörer ska samverka effektivt och patientsäkert utifrån den enskildes behov.*

I överenskommelsen fastslås att respektive part förbinder sig att uppdra till sina berörda verksamheter att samverka lokalt kring utskrivningsprocessen. Det framgår också att det i den lokala samverkan ska finnas rutiner för hur komplexa frågeställningar och ärenden hanteras. Enligt överenskommelsen ska avsteg från åtagande om möjligt lösas av parterna på lokal nivå, såvida dessa inte är av en sådan principiell karaktär att det kan antas påverka andra parter (denna hantering beskrivs närmare i rapportens avsnitt 7.4). Av överenskommelsen framgår också att den ska följas upp löpande, genom uppföljning av effektmål och genom statistisk uppföljning (se avsnitt 7.1 om uppföljning).

Överenskommelsen reglerar även kommunernas betalningsansvar (se nästa avsnitt).

Överenskommelsen stadgar också att det är Region Stockholm som ansvarar för att tillhandahålla ett välfungerande informationssystem/IT-stöd för utskrivningsprocessen (se avsnitt 4.5.2).

### 3.2.1 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

Enligt LUS ska kommunen ersätta den region som en patient vårdas inom efter att patienten bedömts utskrivningsklar.<sup>14</sup> En betalningsmodell har utarbetats i den regionala överenskommelsen

<sup>13</sup> HSN 2019-1416, giltig fr.o.m 2020-01-01.

<sup>14</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, 5 kap.



och den skiljer sig avsiktligt från lagstiftningens grundmodell, vilken är dispositiv och får ändas genom lokala överenskommelser. Från att räknas per inlagd patient tillämpas istället en genomsnittsmo-  
dell där kommunerna blir månadsvis betalningsansvariga om det genomsnittliga antalet utskrivningsklara dagar för månaden överskrider fristdagarna. Syftet med detta är att premiera arbetet med att korta ledtiderna på övergripande nivå snarare än att rikta fokus mot enskilda långliggande patienter.

För att främja det övergripande målet, att en patient med behov av insatser ska skrivas ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkare bedömt att patienten är utskrivningsklar, är parterna överens om att antalet fristdagar ska minska med början under 2020.<sup>15</sup> I modellen för betalningsansvar minskar antalet fristdagar succesivt så att kommunens betalningsansvar är 1,3 kalenderdagar inklusive dag noll senast den 1 november 2021. Parterna är också överens om särskilda övergångsbestämmelser för den psykiatriska vården. Mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län ska följande gälla avseende tidpunkt och ersättningsbelopp för det kommunala betalningsansvaret:

Reglering av kommunernas betalningsansvar	
1 jan 2020 till 31 okt 2020	2,0 kalenderdagar inkl. dag 0
1 nov 2020 till 31 okt 2021	Fastställs utifrån läns-genomsnittet för utskrivningsklara dagar, inkl. dag 0, per 31 okt 2020 <sup>16</sup>
Från och med den 1 nov 2021	1,3 kalenderdagar inkl. dag 0

För Stockholms stad ska genomsnittliga dagar beräknas och betalningsansvar fastställs per stadsdel i kommunen och inte för kommunen som helhet.

Det kommunala betalningsansvaret gäller inte:

- ▶ Om insatser som den regionfinansierade vården är ansvarig för inte är tillgängliga, eller det inte är klarlagt om sådana insatser är tillgängliga
- ▶ Om öppenvårdens fasta vårdkontakt inte har kallat till SIP när en sådan ska genomföras.
- ▶ Om en vårdplan inte har upprättats för enskilda individer som ska övergå från slutna till öppen psykiatrisk tvångsvård eller rättspsykiatrisk vård.

När betalningsansvaret har inträtt ska kommunen lämna ersättning för vård av utskrivningsklara patienter för samtliga efterföljande kalenderdagar med det Socialstyrelsens rekommenderade belopp som årligen fastställs och som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vård dygn i den slutna vården. För år 2020 är detta belopp 8 200 kronor per dygn.<sup>17</sup>

### 3.2.2 Betalningsmodellen har satts ur spel för att underlätta pandemihantering

Till följd av det ansträngda läget i och med regionens och kommunernas hantering av Covid-19 togs betalningsmodellen ur bruk under våren 2020. Beslutet togs enligt uppgift muntligen av den tjänstemannagrupp som bereder ärenden till styrgruppen Vård i samverkan (se avsnitt 4.1) och finns inte protokollfört. Det framgår av minnesanteckningar under hösten att diskussioner har förts kring lämplig tidpunkt att återinföra betalansvaret, preliminärt under våren 2021.

<sup>15</sup> HSN 2019-1416, avsnitt 12.3.

<sup>16</sup> Genomsnittet under perioden kan dock inte överstiga 2,0 kalenderdagar inkl. dag noll.

<sup>17</sup> HSLF-FS 2019:24 Socialstyrelsens föreskrifter om belopp för vård av utskrivningsklara patienter för år 2020.

Inkomstbortfallet för regionen bedöms av hälso- och sjukvårdsförvaltningen vara litet då endast ett fåtal situationer under året har föranlett ett möjligt betalningsansvar.

### 3.3 Det finns en formaliserad styrande organisation på regional nivå

Den regionala överenskommelsens parter är Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län. Av överenskommelsen framgår att kommunförbundet Storsthlm har utsetts att företräda kommunerna avseende tillämpning av överenskommelsen i relation till Region Stockholm samt avseende uppföljning och utvärdering av överenskommelsens övergripande och principiella frågor. Storsthlms uttalade ansvar är att vårda, följa upp och utveckla överenskommelsen i linje med kommunernas gemensamma intressen.

Regionen och kommunerna i länet har genom Storsthlms styrelse och hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm, en politisk styrgrupp för samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och hälso- och sjukvårdsnämnden. Den politiska styrgruppen benämns Vård i samverkan (VIS) och består av fem förtroendevalda politiker från regionen samt fem förtroendevalda politiker från olika kommuner. Styrgruppens uppdrag är att förvalta den gemensamma processen och de riktlinjer/rutiner som tagits fram för att stödja denna. Styrgruppen ansvarar för uppföljning av utskrivningsprocessen samt att initiera och prioritera aktiviteter som rör utskrivningsprocessen. På tjänstemannanivå leds samverkan av en styrgrupp som gemensamt ansvarar för att bereda ärenden till VIS. Syftet är att främja samverkan kring utskrivningsprocessen. Styrgruppen består av tjänstemän på ledningsnivå från Region Stockholm, Storsthlm samt ett antal kommuner.

Som stöd i sitt arbete kan VIS initiera arbetsgrupper och referensgrupper vid behov. I samband med utarbetandet av överenskommelsen och den inledande implementeringen av LUS fanns det i Storsthlms regi flera aktiva arbetsgrupper som arbetade med frågan. I dagsläget återstår en kvarvarande *restgrupp* med sex kommuner som på informell väg rådfrågas i olika ärenden, men inga formaliserade arbetsgrupper är aktiva under 2020. Inom Storsthlm finns dock ett *strategiskt nätverk* för socialtjänstfrågor där samtliga kommuner är representerade. Ett av nätverkets uppdrag är att bidra till att forma en sömlös vård och omsorg genom att utveckla samarbetet med Region Stockholm.

### 3.4 Omfattningen i de ansvariga nämndernas styrning och uppföljning varierar

#### 3.4.1 Hälso- och sjukvårdsnämnden agerar strategiskt gentemot primärvården

Hälso- och sjukvårdsnämnden beslutade den 18 juni 2019 om mål och strategisk inriktning för primärvården 2019-2025.<sup>18</sup> Primärvårdsstrategin beskrivs vara en del i omställningen till en nära vård, där husläkarmottagningarna ska utgöra navet för invånarnas hälso- och sjukvård och ha helhetsansvar för somatisk psykisk hälsa.

Den 28 januari 2020 fastslog hälso- och sjukvårdsnämnden en genomförandeplan för hur målet utifrån den strategiska inriktningen ska uppnås, samt följas upp.<sup>19</sup> Genomförandeplanen består av 22 prioriterade åtgärder för att nå målet och fullfölja den strategiska inriktningen. I genomförandeplanen finns ett flertal mål med bäring på LUS och dess medföljande rutiner och riktlinjer, däribland:

- ▶ Säkerställa att primärvården tar sitt samordnade ansvar för patienter som omfattas av LUS (2020-2023)
- ▶ Konkretisera vad vårdcentralernas samordningsansvar för individuella patienter innebär och implementera det (2021)

<sup>18</sup> Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019-2025 (HSN 2019-0945)

<https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2019/190618/6-primarvardsstrategi.pdf>

<sup>19</sup> Genomförandeplan för Primärvårdsstrategin 2019-2025 (HSN 2019-0945) [genomforandeplan-for-primarvardsstrategi.pdf \(sll.se\)](https://www.sll.se/globalassets/5.-politik/politiska-organ/halso-och-sjukvardsnamnden/2019/190618/6-primarvardsstrategi.pdf)

- ▶ Ge vårdcentralerna ansvar för att koordinera samverkan mellan vård- och omsorgsgivare inom kommuner/stadsdelsförvaltningar i det geografiska närområdet (2021-2025)
- ▶ Minska detaljstyrningen och skifta uppdrag, ersättningsmodell och uppföljning mot resultat och kvalitet (2022-2024)

Uppföljningen av primärvårdstrategin ska ske genom årsvis uppföljning av primärvårdens utveckling per strategisk inriktning genom kvartalsvis uppföljning av genomförandet per prioriterad åtgärd. Vidare framgår det att det utöver detta kommer ske fortsatt uppföljning inom ramen för avtalen med vårdgivarna samt uppföljning av överenskommelser med exempelvis kommunerna. Utfallet mäts med uppföljningsindikatorer, direkt eller indirekt styrda mot fullmäktiges beslutade mål för hälso- och sjukvården i Region Stockholm samt i linje med Socialstyrelsens kriterier för indikatorer. Av hälso- och sjukvårdsnämndens delårsbokslut för perioden januari till augusti 2020 framgår att uppföljning av strategins prioriterade åtgärder varit begränsad under 2020 på grund av pandemin.

Övrig styrning från hälso- och sjukvårdsnämnden är framförallt kopplad till avtalsstyrning, se kap 4.

### 3.4.2 I några av de granskade kommunerna har det tagits politiska beslut om samverkan

Vid granskning av styrande dokument från respektive granskad kommun framgår att frågor relaterade till LUS i varierande grad behandlas politiskt, i vissa fall från ansvarig nämnd och i vissa fall direkt i kommunfullmäktige. I Nacka, Järfälla, Sundbyberg och Stockholms stad har kommunfullmäktige beslutat om aktiviteter eller uppdrag till nämnderna som har direkt bäring på arbetet med LUS medan det i övriga granskade kommuner endast förekommer som liten del i beskrivande texter av övergripande mål.

Kommunfullmäktiges mål och budget för 2020		Ansvarig nämnds verksamhetsplan 2020
<b>Huddinge</b>	Övergripande mål: <i>Fler upplever god vård och omsorg. "För äldre i behov av samhällets insatser är en effektiv samverkan mellan kommunen, landstinget, frivilligorganisationer och anhöriga avgörande och kommer att öka i betydelse då en allt större andel av befolkningen blir äldre". Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</i>	Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.
<b>Haninge</b>	Övergripande mål: <i>I Haninge ska medborgarna vara trygga oavsett skede av livet. "För att skapa trygghet ska kommunal omsorg erbjudas när behov uppstår. Insatser utformas utifrån medborgarens egna förutsättningar. Äldre har tillgång till god omsorg med bibehållet oberoende. Multisjuka, ofta äldre personer, ställer höga krav på fungerande samverkan inom kommunen och med regionen". Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</i>	Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.
<b>Värmdö</b>	Övergripande mål: <i>Medborgarna har goda och trygga livsvillkor som främjar självständighet och utveckling. Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. Införandet av LUS nämns som en väsentlig förändring av vård- och omsorgsnämndens verksamhet.</i>	Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.
<b>Nacka</b>	Övergripande mål: <i>Bästa utveckling för alla. "Seniorer känner sig trygga och är delaktiga i hur omsorgen utformas. Individens behov är i centrum för utformandet av stödet och samordnas utifrån individens förutsättningar".</i>	Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.

	<p>Som aktivitet anges att utskrivningsprocessen förändras ska förändras för att möta kravet på en snabbare process från slutenvården samt öka tillgängligheten för seniorerna. Syftet är att den enskilde ska uppleva en samordnad och trygg utskrivning.</p> <p>Äldrenämnden tilldelas 0,5 miljoner kronor för satsning avseende LUS (jmf. 1 miljon kronor 2019).</p>	
<b>Järfälla</b>	<p>Övergripande mål: <i>God välfärd</i>. Kommundirektören ges i uppdrag att i samråd med Socialdirektören påbörja ett pilotprojekt tillsammans med olika aktörer inom Stockholms läns landsting med syfte att öka livskvaliteten för multistjuka och äldre. Inga specifika mål eller indikatorer med koppling till LUS.</p>	<p>Inga mål eller indikatorer kopplade till LUS. I mål- och budget för äldrenämnden presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående åtgärder på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.</p> <p>Särskild notering: i äldrenämndens mål och budget för 2020 hänvisas till <i>Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård</i> som en av de lagar som främst styr verksamheten. Denna lag ersattes av LUS 2018.</p>
<b>Sollentuna</b>	<p>Övergripande mål: <i>Trygghet och välfärd genom livet</i>. "Kvaliteten i äldreomsorgen ska bli ännu bättre genom ökad uppföljning på privata och kommunala utförare". Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</p>	<p>Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I mål- och budget vård- och omsorgsnämnden noteras att det tidigare år har skett en gynnsam utveckling av processerna i myndighetsutövningen kring samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård.</p>
<b>Sundbyberg</b>	<p>Övergripande mål: <i>Sundbybergs äldreomsorg ska präglas av omtanke, valfrihet och nytänkande</i>.</p> <p>Uppdrag till äldrenämnden är att vård- och omsorgskedjan ska utvecklas genom partnerskap mellan staden och vårdgivare så att individens behov alltid kommer i första hand.</p>	<p>Vård- och omsorgskedjan ska utvecklas genom partnerskap mellan staden och vårdgivare så att individens behov alltid kommer i första hand.</p> <p>Antal ärenden där myndighetsenheten fått betalningsansvar används som indikator på kvalitetsfaktorn <i>Effektiv myndighetshandläggning</i>. Indikatoren är ny och mäts för första gången 2020.</p> <p>Nämnden noterar att det finns en ekonomisk risk kopplat till att överenskommelsen kring LUS får fullt genomslag under året.</p>
<b>Stockholms stad - Äldre-nämnden</b>	<p>Övergripande mål: <i>I Stockholm har äldre en tillvaro som präglas av hög kvalitet, trygghet och självbestämmande</i>. "Samarbetet med Region Stockholms hälso- och sjukvård ska vara god för att underlätta den äldres vardag. Arbetsmodellen <i>Tryggt mottagande i hemmet</i> ska finnas i hela staden för att minska utskrivningsklara äldres dagar på slutenvård i enlighet med LUS och för att säkerställa en trygg hemgång för samtliga äldre i Stockholms stad."</p>	<p>Nämndmål: <i>Ett tryggt mottagande i hemmet av ordinarie hemtjänstutförare</i>.</p> <p>Vid utskrivning från sjukhus ska den enskilde känna sig trygg med att komma hem igen. För att säkerställa en trygg och säker hemgång finns <i>Tryggt mottagande i hemmet</i> i samtliga stadsdelsförvaltningar. Under första halvåret 2020 kommer möjligheten att ordinarie hemtjänstutförare kan handha <i>Tryggt</i></p>

	<p>Äldrenämnden och stadsdelsnämnderna ges i uppdrag att tillsammans utveckla de egna arbetssätten och fortsätta det pågående utvecklingsarbetet med Region Stockholm och Storsthlm utifrån LUS.</p> <p>Äldrenämnden ges i uppdrag att i samråd med stadsdelsnämnderna säkerställa en tillförlitlig informationsöverlämning mellan hemtjänsten, särskilda boenden och Region Stockholm.</p> <p>Äldrenämnden ges i uppdrag att följa upp konsekvenser av nya utskrivningsregler för personer som kommer från slutenvård</p>	<p><i>mottagande i hemmet</i> att utredas.<sup>20</sup></p> <p>Under 2020 kommer Äldrecentrum att medverka till att utveckla arbetssättet kring <i>Tryggt mottagande i hemmet</i>. Det kommer att ske vid Östermalms stadsdelsförvaltning. Syftet är att få arbetssättet att överensstämma med den nya regionala överenskommelsen.</p> <p>Äldreförvaltningen, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Äldrecentrum planerar för lokala vårdsamverkansmöten i stadsdelsförvaltningarna med målet att upprätthålla en trygg och säker utskrivning för den enskilde. Syftet med mötena är att följa upp och utveckla utskrivningsrutinerna tillsammans med stadsdelsförvaltningarnas beställarenheter, primärvården och slutenvården.</p> <p>Planerad aktivitet: Följa upp konsekvenser av nya utskrivningsregler för personer som kommer från slutenvård.</p>
<b>Farsta stadsdelsnämnd</b>	<i>Se äldrenämnden.</i>	<p>Planerad aktivitet: Kommunstyrelsen ska i samarbete med äldrenämnden och stadsdelsnämnderna påbörja ett pilotsamarbete med Region Stockholm för att stärka en sammanhållen vård och omsorg för äldre samt utveckla ett relevant systemstöd för detta.</p> <p>I verksamhetsplanen beskrivs vidtagna förberedelser inom förvaltningen inför förändrat betalningsansvar, risken för ökad efterfrågan på hemtjänst och korttidsplatser belyses. Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</p>
<b>Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd</b>	<i>Se äldrenämnden.</i>	<p>Planerad aktivitet: Kommunstyrelsen ska i samarbete med äldrenämnden och stadsdelsnämnderna påbörja ett pilotsamarbete med Region Stockholm för att stärka en sammanhållen vård och omsorg för äldre samt utveckla ett relevant systemstöd för detta.</p> <p>I verksamhetsplanen noteras att för att äldre ska få ett tryggt mottagande i hemmet efter en sjukhusvistelse anpassar förvaltningen arbetssätt för att arbeta i enlighet med Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</p>

<sup>20</sup> Av protokollsgranskningen framgår inte att en sådan utredning har genomförts.

Södermalm stadsdelsnämnd	Se äldrenämnden.	<p>Planerad aktivitet: Kommunstyrelsen ska i samarbete med äldrenämnden och stadsdelsnämnderna påbörja ett pilotsamarbete med Region Stockholm för att stärka en sammanhållen vård och omsorg för äldre samt utveckla ett relevant systemstöd för detta.</p> <p>I verksamhetsplanen noteras att förvaltningen kommer att fortsätta arbetet med att utveckla samverkan med slutenvården och öppenvården i enlighet med lagen om utskrivningsklara. Detta ska leda till att den äldre får färre dagar på sjukhus och fler samordnade individuella planer (SIP) ska ske i hemmet. Inga specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS.</p>
-----------------------------	------------------	--

Genomgående är att endast ett fåtal av de ansvariga nämnderna följer upp arbetet på övergripande nivå. Enligt intervjuade förvaltningschefer finns en stor tilltro till verksamheten och ingen särskild uppföljning efterfrågas under förutsättning att kommunen inte drabbas av omfattande betalningsansvar. Flera av förvaltningscheferna beskriver att de lämnat skriftlig eller muntlig information om pågående förändringar i samband med införandet av LUS men att det i dagsläget inte finns någonting som föranleder en kontinuerlig rapportering.

Den största direkta involveringen i frågorna återfinns hos de granskade nämnderna inom Stockholms stad. Av intervju med strateg inom äldreförvaltningen framgår att uppföljning av konsekvenserna av utskrivningsreglerna har visat brister inom fler olika områden. Därför har kommunfullmäktige genom sin verksamhetsplan ålagt respektive stadsdelsnämnd, äldrenämnden och kommunstyrelsen att påbörja ett pilotsamarbete med Region Stockholm för att stärka en sammanhållen vård och omsorg för äldre samt utveckla ett relevant systemstöd för detta. Utkast till en reviderad överenskommelse för samverkan mellan staden och regionen har utarbetats under 2020. Pilotverksamheten initierades inom Södermalms stadsdelsförvaltning och är planerad att därefter testas vidare i Enskede-Vantör och Årsta. Arbetet har enligt intervjuade försenats med anledning av rådande pandemi men beräknas starta igen under våren 2021.

### 3.4.2.1 Organisatoriska anpassningar har primärt skett på tjänstemannanivå

För de granskade kommunerna har implementeringen av LUS inneburit ökad administration och i vissa fall behov av nya arbetssätt. Förändringen har enligt uppgift från intervjuade hanterats genom omfördelning av befintliga resurser. I intervjuer framgår det att kommuner bland annat har ökat antalet biståndshandläggare eller infört olika former av tematisk indelning av arbetslag inom biståndsenheterna för att hantera snabbare utskrivningar.

I flera kommuner har särskilda arbetssätt utarbetats för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, vanligen under namnet *Trygg hemgång* eller *Tryggt mottagande*. Upplägget varierar något mellan kommunerna men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst av särskild personal som under en avgränsad tid om cirka två veckor säkerställer en välfungerande hemgång innan ordinarie insatser tar över. Intervjuande inom kommunerna redogör för att upprättandet av arbetssättet har skett i anslutning till införandet av LUS och den regionala länsriktlinjen för samverkan. I Stockholms stad har arbetet enligt denna modell intensifierats under det senaste året och ambitionen är att införa modellen i alla stadsdelsförvaltningar. Andra kommuner, däribland Haninge, Sollentuna och Sundbyberg, uppger att behovet har varit mindre än väntat och att trygg hemgång-verksamheten därför har avvecklats eller ställts om till att istället



hantera Covid-patienter. Även inom Stockholms stad har det funnits behov av att nyttja förstärkningsteam till Covid-patienter under 2020.

### 3.5 På lokal nivå förekommer många olika samverkansformer och forum

Samverkan och gemensamt utvecklingsarbete på lokal nivå förekommer i flera olika forum. Samtliga granskade kommuner medverkar i någon form av lokalt samverkansforum men omfattning och målgrupp varierar.

FOU-organisationerna i länet har en central roll i att samla olika huvudmän för dialog i utvecklingsfrågor, bland annat relaterat till utskrivningsprocessen. Några av sjukhusen bjuder in till eller medverkar i samverkansmöten med kommunerna i sina respektive upptagningsområden, vilket innefattar både Danderyds sjukhus samt geriatriken vid Karolinska universitetssjukhuset i Huddinge. Några av de granskade kommunerna, däribland Huddinge och Sundbyberg, uppger att de har regelbundna och välfungerande samverkansmöten med den vårdcentral som hanterar merparten av deras utskrivningsärenden. Andra kommuner uppger att de har motsvarande möten endast med sin närmaste geriatriska mottagning.

I flertalet granskade kommuner ingår medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i särskilda MAS-nätverk, i regel med andra MAS över kommungränserna. Inom Stockholms stad finns ett nätverk mellan stadsdelarna som sammankallas av äldreförvaltningen. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan, hantering av avvikelser och patientsäkerhetsarbete uppges vara frekvent förekommande.

I granskningen har även flera olika pilotprojekt mellan huvudmännen beskrivits av de intervjuade. Järfälla kommun, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Danderyds sjukhus har tillsammans med en geriatrisk mottagning och en vårdcentral genomfört ett projekt för att utveckla arbetsformer och informationsmaterial kopplat till vård och omsorg i hemmet efter sjukhusvistelse. I Stockholms stad har ett pilotsamarbete initierats mellan äldreförvaltningen, stadsdelsförvaltningen och regionens hälso- och sjukvårdsförvaltning kring sammanhållen vård för äldre. Dessa olika initiativ uppmuntras av hälso- och sjukvårdsförvaltningen men det finns ingen regionövergripande plan eller uppföljning.

Flera intervjuade vittnar om att samverkan med primärvården och kommunerna fungerar bättre dels i och med implementeringen av LUS:en, dels i och med Covid-19. Den gemensamma hanteringen av pandemin har krävt en ökad kommunikation mellan region och kommuner på såväl ledningsnivå som operativ nivå, vilket beskrivs ha gett utrymme och kanaler även för annan dialog. I intervjuer framkommer att den ökade kommunikationen upplevs positivt eftersom det skapat en förbindelse för samverkan. Det har bidragit till ökad kännedom kring respektive verksamhet och utmaningar inom kommun och region.

### 3.6 Gemensamma verktyg för samverkan finns men behöver utvecklas

#### 3.6.1 Parterna har gemensamt utvecklat riktlinje och rutiner som styr det operativa arbetet

Den 9 februari 2018 tog ledningsgruppen för Samverkan inom vård- och omsorgsområdet i Stockholms län (VIS) beslut om en ny riktlinje samt rutin för samverkan vid utskrivning från somatisk slutenvård och rutin för samverkan vid utskrivning från psykiatrisk heldygnsvård.<sup>21</sup> Syftet med riktlinjen är att huvudmännen gemensamt ska verka för en planeringsprocess som har den enskildes behov i centrum. Riktlinjen beskriver ansvarsfördelningen mellan regionen och kommunernas verksamheter i utskrivningsprocessen.

Riktlinjen utarbetades av en projektgrupp bestående av representanter från socialtjänst, socialpsykiatri, den kommunala hälso- och sjukvården, akutsjukhus, geriatriska sjukhus, husläkarmottagningar samt handläggare från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Ytterligare en

<sup>21</sup><https://www.storsthlm.se/download/18.150bf2de161b4e997f218daf/1552548443545/Gemensam%20riktlinje%20fr%C3%B6r%20utskrivning%20fr%C3%A5n%20sluten%20h%C3%A4lso-%20och%20sjukv%C3%A5rd.pdf>

projektgrupp har utfört motsvarande arbete med riktlinjer för psykiatrin. Förslag på riktlinje och rutiner skickades därefter på remiss till länets kommuner och regionen, varefter ett slutligt förslag sammanställdes och antogs av VIS. I december 2019 uppdateras riktlinjer och rutiner i linje med beslutet om den permanenta regionala överenskommelse för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård (HSN 2019-1416) som gäller sedan 1 januari 2020.

För att säkerställa tillämpningen av riktlinjen har gemensamma rutiner för utskrivningsprocessen utformats, anpassade för olika vårdformer. De gemensamma rutinerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Till rutinen för utskrivning från somatisk vård finns bilagor i form av checklista för en trygg och säker utskrivning för den enskilde, en separat bilaga med beskrivning av särskilda rutiner för individer som skrivs ut till vård- och omsorgsboende, en förteckning över tillgängligt metodstöd för SIP samt en beskrivning av gemensam rutin för avvikelshantering mellan Region Stockholm och kommunerna.

Av rutinbeskrivningen framgår att respektive huvudman ansvarar för att utveckla verksamhetsnära rutiner. Inom regionens verksamheter har sådana verksamhetsnära rutiner tagits fram av hälso- och sjukvårdsförvaltningen och publicerats på Vårdgivarguiden (se avsnitt 365.3 nedan). Av intervjuer framgår att både sjukhusen och vårdcentralerna är bekanta med detta material.

För kommunerna varierar förekomsten av verksamhetsnära rutiner. Det har inte funnits någon ambition om gemensam samordning eftersom valet av organisationsform varierar mellan kommunerna. Alla de granskade kommunerna har på olika sätt tagit fram processbeskrivningar och integrerat dem som del i sitt ordinarie kvalitetsledningssystem eller uppdaterat rutinbeskrivningar och checklistor för handläggare för att anpassa arbetsflödet till riktlinjen. I intervjuer framgår att uppdateringar av avtal kopplade till den gemensamma rutinen har genomförts tex. avtal med socialjouren som ansvarar för arbetet på kvällar och helger.

### 3.6.2 Alla väntar på det nya IT-systemet

Enligt den regionala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård<sup>22</sup> ansvarar Region Stockholm för att tillhandahålla ett välfungerande informationssystem/IT-stöd som är anpassat för utskrivningsprocessen från somatisk och psykiatrisk slutenvård. Region Stockholm ska enligt överenskommelsen också verka för att snarast lösa säker digital kommunikation inklusive videokommunikation. Detta ska ske tillsammans med länets kommuner via Storsthlm.

Vid tidpunkten för granskningen används systemet WebCare för informationsöverföring och utskrivningsplanering mellan slutenvård, kommun och öppenvård inom Stockholms län. Alla vårdtagare inom den somatiska slutenvården (oberoende av diagnos eller ålder) som behöver insatser från kommunen och/eller hälso- och sjukvården efter utskrivning inkluderas i målgruppen som ska skrivas in i WebCare. I WebCare finns kontaktuppgifter till alla berörda enheter, samt en koppling till systemet ListOn för att identifiera husläkarmottagningen där vårdtagaren är listad. Det finns ingen koppling till journalsystemen. Systemet innehåller stöd för trepartsdokumentation av varje steg i utskrivningsprocessen och har funktionalitet för tilläggsanteckningar och chattkommunikation fristående från de avgränsade aktiviteterna.

Alla enheter som berörs av samordningen kring dessa patienter har inte tillgång till WebCare, eftersom systemet upphandlades tio år före införandet av LUS och anpassades till dåvarande behov. Intervjuade framhåller det som särskilt problematiskt att rehabiliteringen saknar tillgång, eftersom det för målgruppen kan finnas ett stort behov av tidig kontakt med arbetsterapeut, sjukgymnast eller dietist för att möjliggöra en trygg hemgång. Inom kommunerna är det endast biståndsenheter som har tillgång till systemet, ingen direkt informationsförmedling sker till eller från hemtjänst eller särskilt boende. Med hänvisning till GDPR har hälso- och sjukvårdsförvaltningen gjort tolkningen att informationsöverföring av personuppgifter enligt LUS ska ske med fax eller brev i de fall då

---

<sup>22</sup> HSN 2019-1416



information måste föras över manuellt<sup>23</sup>, vilket innefattar all kommunikation med till exempel psykiatri och rehabiliteringen.

Intervjuade inom slutenvården beskriver att det för den nationella högspecialiserade vården är ett problem att systemet endast används för invånare folkbokförda i Stockholms län eftersom patienter även skrivs ut som är i behov av stöd från öppenvård och kommun utanför länet. För samtliga verksamheter är det en begränsning att systemet inte kan nyttjas för patienter med skyddad identitet, samordningsnummer eller reservnummer<sup>24</sup> vilket ökar den manuella informationsöverföringen.

En annan problematik som framkommer av intervjuerna är att sjukhusavdelningar som i liten utsträckning hanterar LUS-patienter är sällan användare av systemet, eftersom det endast används för informationshantering kring LUS. Bland intervjuade finns det konsensus kring att det är från dessa sjukhusavdelningar som rutinerna inte alltid efterlevs eller att kommunikationen brister. Varje vårdgivare och verksamhet ansvarar för att utbilda den egna personalen. För regionens medarbetare finns utbildningar i WebCare tillgängliga online och lokala verksamhetsstöd finns utsedda på sjukhusen samt inom SLSO. För kommunernas del finns ett lokalt verksamhetsstöd inom Storsthlm.

Ett nytt IT-stöd för utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ska ersätta WebCare under 2021. Det kommer också att införas i verksamheter som tidigare inte har använt något IT-stöd för utskrivning från slutenvården, till exempel primärvårdsrehab, ASIH och psykiatri. Det finns också möjlighet för kommunala särskilda boenden att ingå. Det nya systemet används av andra regioner i Sverige, är anpassat till nuvarande lagstiftning, ökar användarvänligheten och ger bättre uppföljningsmöjligheter. Driftsättning sker etappvis med start andra kvartalet 2021.

### 3.6.3 Metodstödet är omfattande och situationsanpassat

Vårdgivarguiden är en webbplats för information och tjänster till vårdgivare i Region Stockholm. Genom Vårdgivarguiden förmedlar hälso- och sjukvårdsförvaltningen information och stöd, både i administrativa frågor och i mötet med patienten. Flera typer av stöd finns tillgängliga på en samlingssida om LUS<sup>25</sup>, däribland:

- ▶ Två metodstöd vid in- och utskrivning som med händelsepilar och checklistor vägleder medarbetare i slutenvården respektive vid husläkarmottagning i varje steg av processen. Metodstödet innehåller detaljerade instruktioner till vilka uppgifter som ska skrivas in i WebCare, med hänvisningar till specifika flikar, fält och rutor. Metodstödet innehåller också en bedömningsmall som ska fungera som metodstöd för den medarbetare i slutenvården som avgör om patienten har behov av insatser efter utskrivning, och därmed avgör om patienten ska skrivas in i Webcare eller inte. Senaste uppdateringen av detta metodstöd skedde 2019-12-16.
- ▶ Kompletterande metodstöd finns tillgängliga som beskriver processen och rekommenderat förfarande vid specifika situationer, exempelvis utskrivning på lördagar, söndagar och helgdagar; inskrivning till och från ASIH; utskrivning till särskilt boende för äldre.
- ▶ Metodstöd om förberedelse, genomförande och uppföljning av SIP riktat till medarbetare inom öppenvården.
- ▶ Utbildnings- och diskussionsmaterial avsett för användning i personalgrupp, exempelvis fallbeskrivningar för diskussion om vilka patienter som omfattas av LUS.
- ▶ Instruktion för hantering av patientavvikelser.

Kommunerna uppmuntras av Storsthlm att ta del av den ovan nämnda information som finns på Vårdgivarguiden. Storsthlm tillhandahåller även ett visst eget stöd till kommunerna på sin hemsida,

<sup>23</sup> <https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/manuell-informationsoverforing/>

<sup>24</sup> Samordningsnummer är en identitetsbeteckning för personer som inte har varit eller är folkbokförda i Sverige. Reservnummer är till för att kunna registrera en patient som tex. saknar svenskt personnummer, bor utomlands eller är oidentifierad.

<sup>25</sup> <https://vardgivarguiden.se/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/>

däribland kontaktlistor till olika verksamheter samt en handbok med frågor och svar kring LUS. Handboken har inte uppdaterats efter att den nuvarande överenskommelsen antogs och innehåller därmed utdaterad information om bland annat betalningsansvar.

### 3.7 Bedömning

Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2020.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I ytterligare några kommunerna har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2020. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. I samtliga kommuner har organisatoriska anpassningar skett på tjänstemannanivå inom ramen för gällande delegationsordning. Ansvariga förvaltningschefer beskriver att återslag till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem.

Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer med tillhörande rutiner har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Vi bedömer att dessa på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vissa otydligheter har dock noterats på genomförandenivå, dessa redogörs för i rapportens 5:e kapitel där vi även föreslår utveckling av metodstödet i dessa avseenden. Vi bedömer dock att det på en övergripande nivå finns ett ändamålsenligt metodstöd kopplat till riktlinjen och rutinerna och noterar att materialet kontinuerligt har uppdaterats fram till 2019. Publiceringen av nya och uppdaterade stöd har därefter avstannat i väntan på det nya IT-systemet för informationsöverföring, vilket ska tas i drift 2021. Vi bedömer att det är rimligt att hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm prioriterar att säkerställa utbildningsinsatser och stödmaterial inför systemskiftet, eftersom systemet kommer att leda till förändringar i arbetssätt.

Av LUS framgår ett antal dispositiva bestämmelser om betalningsansvaret för färdigbehandlade patienter som är inlagda på sjukhusen. En betalningsmodell har utarbetats i den regionala överenskommelsen. Betalningsmodellen har till följd av det ansträngda läget i och med regionens och kommunernas hantering av Covid-19 tagits ur bruk efter beslut i beredningsgruppen. Överenskommelsen stadgar att avsteg från åtagande ytterst ska hanteras av den politiska ledningsgruppen VIS som har tolkningsföreträde kring överenskommelser och riktlinjer. Vi bedömer att frågan är så pass principiell att den borde ha beslutats av den politiska styrgruppen. Konsekvenserna för parterna bedöms dock vara små då patientflödet under året varit sådant att endast ett fåtal situationer har föranlett ett möjligt betalningsansvar.

## 4. Många inblandade aktörer skapar komplexitet i utskrivningen

### 4.1 Hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning reglerar samverkan

I hälso- och sjukvårdsnämndens olika avtal som reglerar vårdgivare inom somatisk vård framkommer förväntningar på samverkan. Fokus för granskningen har varit vad som framgår om samverkan i avtalens uppdragsbeskrivningar samt i ersättningsmodellernas konstruktion.

Avtalen innehåller inga uttalade konsekvenser om sjukhusen eller husläkarmottagningarna brister i sin samverkan med övriga parter. Enligt intervjuade vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen hanteras uppmärksammade brister genom dialog mellan ansvarig avtalshandläggare och verksamhetschef hos den enskilde vårdgivaren. Enligt uppgift från hälso- och sjukvårdsförvaltningen har inga brister kopplade till samverkan föranlett ytterligare åtgärder.

Sjukhusens och Stockholms Läns sjukvårdsområdes (SLSO)<sup>26</sup> följsamhet till avtalen beskrivs i rapportens kapitel 5.

#### 4.1.1 Sjukhusavtal för de regionägda sjukhusen

Sjukhusavtalen med regionens akutsjukhus är direktavtal som har slutits med regionens egenägda utförare. Syftet med avtalen beskrivs vara att säkerställa vårdutbudet inom regionen och samtidigt ge akutsjukhusen frihet och möjlighet att bedriva individanpassad, patientsäker och effektiv vård av god kvalitet. Sjukhusavtalen gäller åren 2020-2023 och är beslutade av hälso- och sjukvårdsnämnden i Region Stockholm.<sup>27</sup> Varje akutsjukhus specifika vårduppdrag preciseras i respektive Sjukhusavtal och avtalen för akutsjukhusen innehåller likalydande bestämmelser med inverkan på samverkan i utskrivningsprocessen:

- ▶ Vårdgivaren ska samverka med andra vårdgivare, huvudmän och organisationer i den omfattning som krävs för uppdraget. Vårdgivaren ska aktivt delta och vid behov ta initiativ till samordnad vård- och omsorgsplanering, samt ansvara för vårdövergångar till annan vård- eller omsorgsgivare.
- ▶ Vårdgivaren ska utse ansvarig person, som utifrån ett patient- och närståendeperspektiv säkerställer att verksamhetens vårdprocesser inklusive övergångar till annan vård- eller omsorgsgivare är sammanhängande. Detta omfattar även övergångar inom den egna organisationen.
- ▶ Vårdgivaren ska erbjuda patientföreträdare och berörda intresseföreningar samverkan för att utveckla vårdens kvalitet och patienters upplevelse av vården.
- ▶ Vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän och som berör Vårdgivarens Uppdrag. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till verksamhetsnära nivå tillsammans med andra berörda vårdgivare, huvudmän och organisationer.
- ▶ Vårdgivaren ska genomföra en kvalificerad bedömning av patientens rehabiliterings- eller habiliteringsbehov samt tillse att identifierat initialt rehabiliteringsbehov tillgodoses i slutenvård.

De granskade sjukhusen ersätts genom totalersättning bestående av ett antal olika komponenter. I detta ingår bland annat en utvecklingsrelaterad ersättning, vilken utgör en procent av totalersättningen, som utfaller för genomförda utvecklingsuppdrag kopplade till personcentrering, digitalisering och sammanhållen vård. Val av uppdrag görs i överenskommelse med beställaren.

<sup>26</sup> Den del av Region Stockholms organisation som erbjuder hälso- och sjukvård i egen regi.

<sup>27</sup> Se avtal för Danderyds Sjukhus AB (HSN 2019-1825) och Karolinska universitetssjukhuset (HSN 2019-1835).

#### 4.1.2 Vårdvalsavtal för geriatrisk öppen- och slutenvård

De granskade sjukhusen Danderyds sjukhus AB och Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge är utöver akutsjukhus även godkända vårdgivare med områdesansvar inom det geriatriska vårdvalsavtalet. Inom detta förfrågningsunderlag<sup>28</sup> krävs att vårdgivarna ska samverka med vårdgivare och huvudmän i den omfattning som krävs för uppdragets utförande och på ett sådant sätt att patienten upplever vård- och omsorgsprocessen som en helhet. I detta ingår att utveckla och dokumentera arbetssätt och rutiner för samverkan. Uppdraget kräver särskilt att samverkan finns med nedanstående aktörer:

- ▶ Akutsjukhusen för effektiv vårdkedja inom slutenvården
- ▶ Husläkarmottagningar inklusive basal hemsjukvård och kommuner/stadsdelar för effektiv vårdkedja vid direktintag från hemmet och vid utskrivning från geriatrisk slutenvård
- ▶ Rehabiliteringsenheter i öppen vårdform för samordning kring rehabiliteringsinsatser
- ▶ Andra vårdgivare av palliativ vård i livets slutskede såsom avancerad sjukvård i hemmet (ASiH) och den specialiserade palliativa slutenvården (SPSV)

Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Vårdgivaren ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan SLL och andra huvudmän och som berör Vårdgivarens uppdrag. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå. Vårdgivaren ska följa och vid behov upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med vård- och omsorgsgivare samt andra relevanta aktörer i sitt geografiska ansvarsområde.

I vårdvalsavtalet för geriatrisk vård utgår en särskild ersättning som premierar *direktintag från hemmet* framför direktintag från akutmottagning. Definitionen är att patienten ska vara remitterad från en öppenvårdsmottagning, närakutmottagning, avancerad hemsjukvård eller särskilt boende för äldre och inte ha varit inskriven i slutenvården samma eller närmast föregående datum.

#### 4.1.3 Avtal Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård (2020)

Inom området husläkarverksamhet med basal hemsjukvård<sup>29</sup> tillämpar Region Stockholm ett vårdvalssystem. Förfrågningsunderlaget revideras årligen. Nuvarande avtal är beslutat av hälso- och sjukvårdsnämnden<sup>30</sup> och gäller från 2020-05-01 till 2021-02-01.

Inom detta vårdval finns det 217 registrerade vårdgivare. I förfrågningsunderlaget<sup>31</sup> finns uttalade krav att samtliga av dessa vårdgivare ska:

- ▶ Följa överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård mellan Region Stockholms och StorSthlm. Särskilt noteras att vårdgivarna ska:
  - ▶ Utse fast vårdkontakt enligt LUS.
  - ▶ Kalla till Samordnad individuell planering enligt LUS.
- ▶ Känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän och som beror på Vårdgivarens uppdrag. Vårdgivaren ska delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.
- ▶ Upprätta skriftliga samverkansöverenskommelser med andra relevanta vård- och omsorgsgivare i kommunen/stadsdelen. Särskilt ska samverkan med lokal psykiatri och beroendevård prioriteras. Vårdgivaren bör delta i det befolkningsinriktade hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande

<sup>28</sup> HSN 2018-0370 Förfrågningsunderlag enligt LOV: Geriatrisk öppen- och slutenvård, Vårdval i Stockholms län exklusive Norrtälje, gäller fr.o.m. 2020-03-09.

<sup>29</sup> Hälso- och sjukvård som ges i patientens hem (exklusive särskilda boenden för äldre) och som inte kräver specialiserad palliativ vård eller avancerad vård i hemmet som annan vårdgivare ansvarar för eller täcks av annan huvudmans ansvar.

<sup>30</sup> HSN 2019-1935

<sup>31</sup> <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm.pdf>

arbete som bedrivs lokalt av kommuner/stadsdelar och andra aktörer för att gemensamt åstadkomma förbättringar kring levnadsvanor.

Ersättningssystemet inom detta vårdval består av flera delar, varav tre är av särskild relevans för denna granskning. Dels får vårdgivaren *listningsersättning* för patienter listade hos vårdgivaren, en basersättning för att utföra uppdraget och för alla de yrkeskategorier som krävs för att fullgöra uppdraget. I förfrågningsunderlaget beskrivs att listningsersättningen också är en kompletterande ersättning för sådana tjänster som inte ersätts (eller endast delvis ersätts) med en produktionsrelaterad ersättning. Övergripande samverkan samt samverkan på individnivå med kommun/stadsdel, övrig närsjukvård, specialistvård och andra institutioner lyfts i förfrågningsunderlaget fram som specifika exempel på vad listningsersättningen är avsedd för.

Vårdgivaren får även ersättning för vissa genomförda och i patientjournalen registrerade åtgärder, så kallad *åtgärdsersättning*. Tre sådana åtgärder har direkt koppling till samverkan vid utskrivning:

Åtgärdsersättning för 2020	
Samordnad Individuell Plan (SIP) enligt Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård där mottagningen följt tidsreglerna. <sup>32</sup>	2 500 kr
Samordnad Individuell Plan (SIP). <sup>33</sup>	750 kr
Vårdplanering i hemmet.	750 kr

Vårdgivaren får även en extra ersättning för hembesök i perifert belägna basområden<sup>34</sup>, vilket i denna granskning främst berör Haninge och Värmdö kommun.

Utöver dessa åtgärder får vårdgivaren ersättning med 800 kr per timme för *samverkan* med kommun/stadsdel eller annan myndighet som inte finansieras av landstinget och som inte kan hänföras till enskild patient, oavsett vem som deltar vid mötet.

Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2020 bedömt att den regionala överenskommelsen som reglerar kommunernas betalningsansvar inte har följts i önskvärd utsträckning, och att lagens intentioner inte uppnåtts. Enligt intervjuad vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen har förvaltningen gjort bedömningen att planering troligen sker i annan form, sannolikt på grund av brister i IT-stödet. Förvaltningen bedömer att det för transparens och patientdelaktighetens skull är viktigt att få in verksamheterna i det avsedda formatet. För att öka andelen SIP:ar beslutade hälso- och sjukvårdsnämnden den 24 november 2020 att belägga vårdgivare med vite vid bristande följsamhet till lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Ett nytt förfrågningsunderlag för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård för 2021 träder i kraft 2021-02-01.<sup>35</sup> En väsentlig skillnad i det nya förfrågningsunderlaget är att nämnden har beslutat att vårdgivaren ska erlägga vite motsvarande 4 000 kronor per individuellt ärende om kallelse till SIP inte är skickad i IT-systemet för utskrivningsprocessen för patienter som är kvar inom slutenvård tre (3) dagar eller mer efter den dag utskrivningsmeddelandet har skickats. Uppföljning sker kvartalsvis. I förfrågningsunderlaget är åtgärdsersättningen för genomförd SIP enligt *Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård* oförändrad medan åtgärdsersättningen för övrig SIP samt för vårdplanering i hemmet minskas från 750 till 600 kronor respektive från 750 till 675 kronor.

<sup>32</sup> Ersättning utbetalas om mottagningen kallat till och genomfört en SIP enligt de tidsregler som gäller enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

<sup>33</sup> Ersättning för aktivt deltagande i Samordnad individuell plan (SIP) utbetalas om vägledningen framtagna av Storsthlm och hälso- och sjukvårdsförvaltningen följs. Detta avser SIP som husläkarmottagningen deltar i men inte kallar till. Det kan också avse medverkan i SIP som inte berör LUS-processen.

<sup>34</sup> Basområden med tillhörande basområdeskartor är en statistisk geografisk indelning som tillhandahålls av Tillväxt- och regionplaneförvaltningen inom Region Stockholm.

<sup>35</sup> <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm-2021.pdf>

## 4.2 Kommunerna har anpassat sina LOV-avtal efter LUS

Bland de granskade kommunerna finns en stor variation, från att enbart nyttja privata utförare (Nacka) till att ha en varierad sammansättning av egenregiverksamhet och privata utförare i ett valfritetssystem.<sup>36</sup> Antalet inblandade utförare och utförarnas respektive kapacitet är för vissa kommuner en komplicerande faktor när det gäller samverkan kring utskrivningsklara patienter.

I samband med införandet av LUS och den gemensamma riktlinjen har kommunerna i sin tur sett över avtalen med externa utförare av omsorgstjänster. Äldreomsorgscheferna för de granskade kommunerna och stadsdelarna uppger generellt att det framförallt är inom vårdvalssystemet för hemtjänst som anpassningar har behövt ske, i första hand avseende inställelsetider för att möjliggöra ett snabbare verkställande av insatser för utskrivningsklara patienter. I respektive granskad kommuns förfrågningsunderlag för LOV inom hemtjänst förekommer det en variation i vilken grad kommunerna uttryckligen kräver att samverkan med regionens verksamheter tillämpas i efterföljande led. Den gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning innehåller aktiviteter som kräver direkt kommunikation mellan slutenvård och utförare av hemtjänst.

Inställelsetider i förfrågningsunderlag		Samverkan
<b>Huddinge<sup>37</sup></b>	Leverantören måste alltid kunna påbörja insatser inom 24 timmar veckans alla dagar. Detta gäller oavsett om det är en ny kund eller en redan befintlig kund.	Kommunen anordnar och bjuder in till möten, seminarium och utbildningar. Vissa av dessa kan vara obligatoriska för utföraren att delta i.  De av kommunens rutiner som ska tillämpas av externa leverantörer finns förtecknade på kommunens webbsida. <sup>38</sup> EY noterar att rutinen för samverkan vid utskrivning inte ingår i denna information.
<b>Haninge<sup>39</sup></b>	Verkställigheten av insatserna ska ske snarast, dock senast 48 timmar efter att muntlig eller skriftlig beställning via verksamhetssystemet inkommit, om kunden önskar. När omständigheterna så kräver ska insatserna ske omedelbart.	Leverantören ska till utan kostnad för kommunen komma på de samverkansmöten som kommunen ordnar. Leverantören ska även utan kostnad för kommunen delta på de introduktioner och utbildningar som kommunen kallar till.
<b>Värmdö</b>	Utföraren skall kunna påbörja insatsen (hemtjänst dagen efter att de mottagit en beställning. <sup>40</sup>	Utföraren ska delta i de samverkansmöten som kommunen kallar till. Samverkansmöten sker 1 till 4 gånger per år.
<b>Nacka<sup>41</sup></b>	Insatserna ska påbörjas senast 24 timmar efter det att anordnaren mottagit beställning, om det krävs för att tillgodose kundens behov.	Anordnaren ska samverka med Region Stockholm och primärvården och arbeta i enlighet med de skriftliga överenskommelser som kommunen träffar i de delar som avser hemtjänsten. Kommunen bjuder in till möten, seminarier och utbildningar i syfte att skapa ett förtroendefullt samarbete med anordnarna för att utveckla välfärden för Nackaborna. Vissa av dessa möten kan vara obligatoriska för anordnaren att delta i.

<sup>36</sup> Lag (2008:962) om valfritetssystemet, 1 kap. 1§. Uppdraget omfattar omsorgstjänster och servicetjänster hos personer med beviljad hemtjänst enligt Socialtjänstlagen (2001:453).

<sup>37</sup> Krav på tjänsten Huddinge kommun (2018-082)

<sup>38</sup> Skallkrav Huddinge kommun (2017-015)

<sup>39</sup> LOV Hemtjänst Haninge (SUN 2019-35)

<sup>40</sup> Enligt uppgift från biståndsenheten Värmdö kommun, framgår ej av förfrågningsunderlaget.

<sup>41</sup> Villkor för godkänd anordnare av hemtjänst (ÄLN 2018/60)



<b>Järfälla</b> <sup>42</sup>	Bekräftelse på mottagen beställning ska lämnas snarast eller senast inom 24 timmar. Leverantören ska kunna påbörja insatsen inom 24 timmar.	Leverantören ska samverka med landstingets verksamheter för hälso- och sjukvård för att brukaren skall få god vård och omsorg.
<b>Sollentuna</b> <sup>43</sup>	Från och med den tidpunkt utföraren har fått en beställning av ett uppdrag ska åtagandet i normalfallet kunna påbörjas inom 24 timmar.	Utföraren ska samverka med beställaren i utvecklandet av vård och omsorg i kommunen som helhet. Utföraren ska samverka med kommunens kontaktpoliser samt verksamhet för väntjänst.
<b>Sundbyberg</b> <sup>44</sup>	Från och med den tidpunkten utföraren har fått en beställning av ett uppdrag ska åtagandet i normalfallet påbörjas inom tjugofyra (24) timmar.	Den som ansvarar för den dagliga ledningen av verksamheten ska komma på de samverkansmöten som staden ordnar. Det åligger utföraren att kontinuerligt informera om verksamheten samt inbjuda till diskussion om verksamhetens utveckling.
<b>Stockholms stad</b> <sup>45</sup>	Utföraren ska senast inom tre arbetsdagar bekräfta beställningen och påbörja uppdraget.	Utföraren ska delta i de samverkansmöten som kommunen kallar till. Samverkansmöten sker 1 till 4 gånger per år.

Utförare av hemtjänst nattetid och/eller helger kan i flera kommuner vara en annan utförare än den enskildes ordinarie utförare av hemtjänst. I flertalet förfrågningsunderlag finns krav ställda om att samverkan ska ske mellan den enskildes hemtjänstutförare och utförare av hemtjänst nattetid och helger. Av denna granskning framgår dock att det ändå förekommer komplikationer när utskrivning från sjukhus sker sen eftermiddag eller helg, se avsnitt 5.5.2.2.

### 4.3 Bedömning

I hälso- och sjukvårdsnämndens avtal med vårdgivare finns uttalade krav på samverkan, både med andra vårdgivare och med andra huvudmän, för sjukhusen, den geriatriska vården och husläkarmottagningarna. Det är uttalat i samtliga avtal att vårdgivarna ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän, samt delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå. Vi bedömer mot denna bakgrund att hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit sitt ansvar för att säkerställa efterlevnad i alla led. Vissa former av åtgärdsbaserad ersättning finns kopplad till LUS men vår bedömning är att dessa inte utgör starka incitament utan primärt ger kostnadstäckning för de åtaganden och ansvar som samverkansöverenskommelsen påför vårdgivarna. Undantag från detta är vårdvalsavtalet för geriatrisk vård enligt vilket det utgår en särskild ersättning som premierar *direktintag från hemmet* framför direktintag från akutmottagning. Detta är inte ett direkt incitament för samverkan men vi bedömer att denna ersättningsmodell kan premiera att det finns en god dialog mellan verksamheterna även före inskrivning. Det finns ett tydligt incitament för de geriatriska verksamheterna att säkerställa att de kommunala verksamheterna har en god kännedom om deras uppdrag och omfattning, för att undvika att patienter hänvisas till akutmottagningar i första hand.

Vi noterar att avtalen inte innehåller några uttalade konsekvenser om sjukhusen eller husläkarmottagningarna brister i sin samverkan med övriga parter. Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2020 uppmärksammat bristande följsamhet till överenskommelsen inom primärvården, avseende ansvaret för att kalla till SIP. Vi bedömer att nämnden har vidtagit mycket kraftfulla åtgärder genom införandet av en vitesklausul i förfrågningsunderlaget, gällande från februari 2021. Som framgår av rapportens senare kapitel bedömer vi dock att det finns ett antal oklarheter kring

<sup>42</sup> Upphandling LOV Hemtjänst (SON 2019/585)

<sup>43</sup> Förfrågningsunderlag fritt val - Hemtjänst i Sollentuna (2012/221 VON 712)

<sup>44</sup> Förfrågningsunderlag 2018 LOV Hemtjänst (STN-0654/2018)

<sup>45</sup> Upphandlingsdokument Hemtjänst Stockholm stad (DNR 5.1.1-395/2017)

denna skyldighet som nämnden snarast bör adressera för att säkerställa att det inte bara finns incitament utan också goda förutsättningar för att nå önskad effekt: Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att det finns riktlinjer som beskriver formkrav för genomförandet av ersättningsberättigad SIP samt att metodstöd och informationsmaterial anpassas därefter. Vi bedömer också att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver tydliggöra om det finns situationer där en SIP alltid måste genomföras trots att vårdgivarna anser att planeringen kan utföras i annan form. Det finns i dagsläget inte något systemstöd för att dokumentera bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej (se avsnitt 5.4).

På kommunal nivå berörs externa utförare av omsorgsinsatser av samverkansöverenskommelsen. De granskade kommunerna har i första hand anpassat sin avtalsstyrning gällande hemtjänstutförare. Kommunerna har i regel betydligt fler olika utförare av hemtjänst än av SÄBO, ofta inom ett LOV-system, och vi bedömer utifrån det att det varit ett rimligt fokus. Samtliga granskade kommuner har säkerställt i sina förfrågningsunderlag för hemtjänst att det finns tillräckliga krav på inställelsetider för att kunna efterleva samverkansöverenskommelsen. Att många kommuner tillämpar inställelsetider på ett dygn har vi dock noterat leder till vissa följdproblem i samverkan, eftersom kommunikationen från slutenvården ofta förekommer beställningen från biståndsenheten (se avsnitt 5.6).



## 5. Samverkan kring enskilda patientärenden

För att säkerställa tillämpningen av LUS har gemensamma rutiner för utskrivningsprocessen utformats. De gemensamma rutinerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Rutinerna ska ligga till grund för verksamhetsnära rutiner som respektive huvudman ansvarar för att utveckla.



Figur 3: Översikt av utskrivningsprocessens åtta steg enligt den gemensamma rutinen vid utskrivning.

I granskningen har vi noterat att de olika aktörernas följsamhet till rutinens beskrivna utskrivningsprocess varierar. Nedan presenteras bedömningsgrunder för varje steg, observationer från granskningen samt sammanfattade bedömningar som berör alla de åtta steg som utskrivningsprocessen omfattar.

### 5.1 Steg 1: Skicka inskrivningsmeddelande

Enligt LUS ska berörda enheter underrättas om en patient vid inskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning.<sup>46</sup> Inskrivningsmeddelande ska innehålla beräknat utskrivningsdatum samt patientens personuppgifter och skickas senast 24 timmar efter inskrivning. Om ett behov av insatser från kommun eller öppenvård upptäcks eller uppstår senare under vårdtillfället ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter bedömningen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras efter det att ett inskrivningsmeddelande har skickats, ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

I den länsgemensamma rutinen anges att målsättningen i detta steg är att tillsammans med den enskilde tidigt bedöma vilka behov som behöver mötas för att uppnå en trygg och säker utskrivning, samt att tidigt meddela berörda enheter om att den enskilde har behov av insatser efter utskrivning.

<sup>46</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

### 5.1.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
<b>Slutenvården</b>	<p>Inhämta samtycke från den enskilde om informationsutbyte mellan berörda enheter. Om det finns behov av att genomföra en SIP ska slutenvården inhämta samtycke och informera den enskilde och eventuellt närstående om SIP.<sup>47</sup></p> <p>Skicka inskrivningsmeddelande <u>endast</u> för individer som bedöms behöva insatser från socialtjänsten och/eller öppenvården vid utskrivning.</p> <p>Vid behov av insatser enbart från öppenvården skickas inskrivningsmeddelande i WebCare endast dit. Vid behov av insatser enbart från socialtjänsten skickas inskrivningsmeddelande dit och för kännedom till öppenvården.</p> <p>Vid komplexa/omfattande behov av insatser från båda huvudmännen som behöver samordnas före utskrivning ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter inskrivning, eller senast 24 timmar efter att bedömning gjorts om att den enskilde kommer att ha behov av insatser efter utskrivning.</p> <p>Inskrivningsmeddelandet ska innehålla namn, personnummer, folkbokföringsadress, beräknad tidpunkt för utskrivning samt information om samtycke/menprövning. Den beräknade tidpunkten för utskrivning ska vid behov anpassas och bekräftas utifrån bedömning av den enskildes hälsotillstånd.</p>	<p>Av granskningen framkommer att aktiviteten <i>skicka inskrivningsmeddelande</i> generellt sett är fungerande och att slutenvården i regel skickar inskrivningsmeddelande till berörda aktörer enligt gällande rutin. Det finns samsyn bland de intervjuade om att rutinerna följs av de geriatriska verksamheterna, där en stor andel av patienterna omfattas av denna process och rutinen därför är väl förankrad bland medarbetarna.</p> <p>Inskrivningsmeddelanden uppges fungera mindre bra inom akutsjukvården och övriga avdelningar som är sällananvändare i WebCare. Inskrivningsmeddelanden uppges inte skickas i tid. Det förekommer också att inskrivningsmeddelanden skickas avseende patienter som inte är i behov av stöd eller insatser från kommun och primärvård efter utskrivning, vilket leder till merarbete för kommuner och öppenvård att filtrera informationen.</p> <p>Det finns metodstöd tillgängliga på Vårdgivarguiden som stödjer slutenvårdens tidiga bedömning av vilka patienter som behöver samordnade insatser och därför ska omfattas av LUS. Dessa förefaller inte vara kända hos alla berörda medarbetare inom slutenvården. På både Karolinska Universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus har vissa avdelningar valt att utse vårdssamordnare eller motsvarande vilket förefaller vara en framgångsfaktor (se utförligare resonemang nedan).</p>
<b>Öppenvården</b>	<p>Kvittera mottaget inskrivningsmeddelande inom 24 timmar på vardagar och förmedla informationen till berörda enheter i öppenvården.</p> <p>Informera slutenvården om den enskildes nuvarande vårdbehov och/eller pågående insatser från öppenvården. Förmedla kontaktuppgifter till fast vårdkontakt.</p>	<p>Bland intervjuade i denna granskning finns en samsyn kring att öppenvården i regel kvitterar informationen enligt gällande rutin. Vi noterar dock att det har inkommit avvikelserapporter till SLSO om att så inte har skett. De intervjuade vid vårdcentralerna uppges att kravet om kvittering inom 24h innebär tidskrävande administration.</p> <p>I samband med kvitteringen ska öppenvården informera om den enskildes nuvarande behov. Enligt intervjuer med slutenvården tycks följsamheten till denna rutin variera mellan olika öppenvårdsmottagningar.</p>

<sup>47</sup> Om samtycke inte kan inhämtas på grund av den enskildes hälsotillstånd gör ansvarig läkare sekretess/menprövning och samråder vid behov med närstående angående den enskildes inställning till SIP.

		Ang. fast vårdkontakt, se nästa steg.
<b>Socialtjänsten</b>	<p>Socialtjänsten kvitterar mottaget inskrivningsmeddelande inom 24 timmar på vardagar och meddelar berörda enheter i kommunen, till exempel den kommunala hälso- och sjukvården.</p> <p>Informera slutenvården om den enskildes befintliga vård-, stöd- och omsorgsinsatser.</p>	<p>De intervjuade inom socialtjänsten uppger att administrationen i WebCare, däribland kvittering av inskrivningsmeddelande, är en resurskrävande process. Samtliga granskade kommuner har vidtagit organisatoriska förändringar och tillsatt eller omfördelat handläggartjänster för att öka bevakningen av WebCare. På så vis säkerställs kvittering av inskrivningsmeddelandena inom 24 timmar på vardagar.</p>

## 5.1.2 Hantering av inskrivningsmeddelanden kräver stora anpassningar

### 5.1.2.1 Rutinen är inte förankrad hos alla berörda medarbetare inom slutenvården

Granskningen omfattar två sjukhus, Karolinska Universitetssjukhuset och Danderyds sjukhus. Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom sjukhusen utan anger endast vilka aktiviteter som *slutenvården* som helhet ansvarar för. Det finns inte en enhetlig utskrivningsprocess inom något av de granskade sjukhusen utan avdelningarna utformar egna rutiner.

Vid Danderyds sjukhus har det skett ett samlat arbete för att införa *vårdsamordnare*, sjuksköterskor som ansvarar för att koordinera vårdprocesser inom sjukhuset. Funktionen finns i dagsläget inom alla kliniker men inte inom alla avdelningar. Samtliga intervjuade beskriver att dessa funktioner varit kritiska till att få processen att fungera. Den fortsatta utvecklingen bromsas i första hand av svårigheten att avvara sjuksköterskor för administrativt arbete.

Inom Karolinska universitetssjukhuset förekommer motsvarande funktioner endast inom vissa *teman*<sup>48</sup>, bland annat *tema äldre* som en stor del av den geriatriska vården och patientflöden kring sköra och multisjuka patienter. Ansvar för utskrivningsprocessen är dock inom övriga verksamheter i regel utspritt på flera medarbetare, med ambitionen att alla ska ha tillräcklig kunskap. Denna typ av bemanningsbeslut tas av avdelningschef ihop med verksamhetschef och bromsas i regel av bristen på sjuksköterskor. Inom vissa avdelningar förekommer undersköterskor med ansvar för WebCare. Det uppges underlätta administrationen men innebär oönskade begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov och ha en proaktiv kommunikation med övriga professioner. Akut- och specialistmottagningarna upptar patienter från hela länet och bedriver högspecialiserad nationell vård som även omfattar patienter från andra län. I kombination med att alla verksamheter inte tillämpar samordningsfunktioner leder det till att ett stort antal medarbetare blivit sällananvändare av WebCare och behöver ha grundläggande insikt i LUS-utskrivningsprocessen. Det förekommer därtill stora variationer mellan avdelningarna hur stort antal inläggande patienter en sjuksköterska ansvarar för, vilket får konsekvensen att förutsättningarna att samordna kontakter internt och externt varierar.

På Karolinska Universitetssjukhuset finns en tydlig motsättning mellan gamla och nya rutiner. Före införandet av LUS fanns det en etablerad rutin där äldre patienter remitterades till geriatriken för vårdplanering. Införandet av LUS har inneburit att vårdplaneringen ska inledas redan vid inskrivning. Medarbetare vid geriatriken vittnar om att planeringen fortfarande ofta inte är påbörjad när patienterna skrivs över till deras verksamhet. Även kommunerna och primärvården vittnar om att patienter som skrivs ut direkt från akutmottagningar ofta saknar samordnad planering vid hemgång.

<sup>48</sup> På Karolinska Universitetssjukhuset är vården organiserad i interprofessionella och interdisciplinära team runt patienten som fördelas i temaområden.

### 5.1.2.2 Hanteringen på mottagarsidan är resurskrävande

Ett flertal kommuner/stadsdelsnämnder, däribland Hässelby-Vällingby, Huddinge och Järfälla har anpassat organisationen så att det finns fler behöriga personer som har som huvudsaklig del av sin tjänst att hantera kommunikation i WebCare, däribland att läsa och kvittera inskrivningsmeddelande och vidta nödvändiga åtgärder inom kommunen. Det framkommer en samstämmig bild att LUS med tillhörande rutiner har resulterat i mer administration och en större tidspress. En konsekvens av detta är enligt uppgift att kommunens biståndshandläggare behöver spendera avsevärt mycket mer tid i telefon än tidigare, vilket också kan förklaras med de upplevda problemen med WebCare. Flera biståndshandläggare vittnar om att det är svårt att upprätthålla en tillräcklig kontakt med slutenvården, vilket generellt sett fungerar bra med de geriatrika avdelningarna där det är en hög kontinuitet i dialogen.

Primärvården vittnar om liknande svårigheter. En av de granskade vårdcentralerna påtalar en ökad stress i och med att inskrivningsmeddelanden måste kvitteras inom 24 timmar i WebCare. En konsekvens är att medarbetarna behöver bevaka WebCare löpande under arbetsdagen på bekostnad av andra arbetsuppgifter. Ytterligare en problematik uppstår kring att medarbetare som arbetar mobilt och genomför hembesök måste återvända till mottagningen för att kunna öppna WebCare, vilket leder till att hanteringen vissa dagar riskerar att bli eftersatt.

Huddinge vårdcentral har tillsatt två koordinators vars huvudsakliga arbetsuppgift är att hantera olika former av kommunikationsflöden, däribland all samordning kring LUS. Det uppges av de intervjuade vara en nyckelfaktor för att avlasta övriga personal och minska stress i hanteringen. De påtalar vikten av att upprätthålla en nära dialog med biståndshandläggarna på kommunen. Inom Boo vårdcentral vittnar de intervjuade om ett behov av att tillsätta en motsvarande tjänst, vilket bedöms svårt på grund av resursbrist (såväl personellt som finansiellt).

### 5.1.2.3 Det finns en problematik kring var patienten är listad

Inskrivningsmeddelandet skickas till den vårdcentral där patienten är listad. I vissa fall är det en mottagning som ligger långt ifrån patientens bostadsort, vilket kan skapa komplikationer i samverkansprocessen och i utförandet av hemsjukvård. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har hanterat problemet genom att på Vårdgivarguiden informera om att det i dessa situationer kan vara lämpligt att personal på sjukhusavdelning eller på listad husläkarmottagning informerar patienten om att de kan lista om sig.<sup>49</sup> Om patienten listar om sig under slutenvårdstillfället ska en överlämning av redan påbörjad planeringsprocess ske från den gamla till den nya husläkarmottagningen. Vill patienten inte lista om sig ligger planeringsansvaret kvar hos den listade husläkarmottagningen.

Vi noterar att vårdvalsavtalet för hemsjukvården medger att en vårdgivare för listad patient som bor eller vistas långt ifrån mottagningen på eget bevåg kan göra en överenskommelse avseende hembesök och hemsjukvård med den vårdgivare som har ansvaret för basområdet där patienten vistas.<sup>50</sup> Enligt intervjuade kvarstår dock en problematik i att husläkarmottagningen för dessa patienter inte har en medicinsk helhetsbild vilket försvårar planeringsansvaret.

För olistade patienter ansvarar den husläkarmottagning som har områdesansvar där patienten bor.

## 5.2 Steg 2: Utse fast vårdkontakt

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom den öppna vården (oftast vårdcentralen), när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.<sup>51</sup> Uppdraget specificeras inte närmare i lagstiftningen. Av förarbetena framgår att patienter som omfattas av LUS alltid ska få en fast vårdkontakt, vilket tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens

<sup>49</sup> "Förtydligande kring husläkarmottagningarnas planeringsansvar vid utskrivning från slutenvård", v. 1.1 2019-12-16. [https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/utbildning-och-stod/fortydligande\\_huslakarmottagningarnas-planeringsansvar.pdf](https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/samverkansomraden/lagen-om-samverkan-vid-utskrivning/utbildning-och-stod/fortydligande_huslakarmottagningarnas-planeringsansvar.pdf)

<sup>50</sup> Förfrågningsunderlag enligt LOV Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2020, avsnitt 5.2.3.

<sup>51</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 2 kap 5 §.

hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen.<sup>52</sup> Utredningen menade på att den medicinska kompetensen i öppenvården måste vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst, även om patienten i huvudsak får sin dagliga vård från en annan verksamhet.

Enligt den läns gemensamma rutinen är målsättningen att utse en namngiven person i öppenvården som har det övergripande ansvaret för samordningen av de insatser den enskilde behöver. Det har i den gemensamma rutinen fastställts att en fast vårdkontakt ska utses inom 24 timmar från mottaget inskrivningsmeddelande.

Av rutinen framgår att valet av fast vårdkontakt ska utgå från den enskildes önskemål och vem som har bäst förutsättningar inom den berörda enheten att tillgodose den enskildes behov. Rollen kan antas av olika yrkesgrupper, t.ex. läkare, sjuksköterska, psykolog, kurator, fysioterapeut, arbetsterapeut, undersköterska eller mentalskötare.

### 5.2.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	<i>Inget ansvar i denna aktivitet.</i>	-
Öppenvården	<p>Verksamhetschefen på den enhet som har tagit emot inskrivningsmeddelandet ska utse en namngiven fast vårdkontakt för den enskilde inom 24 timmar på vardagar efter mottaget inskrivningsmeddelande.</p> <p>I WebCare ska namn, yrkestitel och tjänstetelefonnummer till den fasta vårdkontakten anges.</p>	Fast vårdkontakt utses inte i enlighet med rutinen på alla vårdcentraler. De intervjuade inom såväl kommuner som slutenvård lyfter fram att namngivna kontakter ofta saknas och att det för många patienter endast angivits ett växeltefonnummer till vårdcentralen. Synpunkterna styrks av att flera registrerade avvikelserapporter berör samma problematik.
Socialtjänsten	<i>Inget ansvar i denna aktivitet.</i>	-

### 5.2.2 Rollen som fast vårdkontakt måste förtydligas

#### 5.2.2.1 Det är inte tydligt uttalat vad uppdraget innebär

Uppdraget *fast vårdkontakt* för öppenvården är inte tydligt formulerat i varken LUS eller i den läns gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning till slutet hälso- och sjukvård. Uppdragets innehåll och omfattning är heller inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen eller i förarbetena till LUS. Av propositionen inför 2010 års förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, där rätten till fast vårdkontakt först infördes, framgår att landsting, kommuner och övriga vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner på övergripande nivå och att lokala rutiner kan upprättas för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ska ingå i uppdraget.<sup>53</sup>

Det saknas rutiner, vägledning och metodstöd till husläkarmottagningarna kring vad uppdraget som fast vårdkontakt innebär och vilka uppgifter som ingår i uppdraget. På Vårdgivarguiden hänvisas endast till den information som finns i lagstiftning och i Socialstyrelsens föreskrifter. Eftersom lagstiftningen är vag kring denna roll, samtidigt som region Stockholm har en omfattande sammansättning av inblandade vårdgivare, finns ett behov av förtydligande när det gäller processen kring LUS-patienter. Särskilt komplexa riskerar gränsdragningarna att bli när patienten är inskriven

<sup>52</sup> SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutet vård*, s. 211f.

<sup>53</sup> Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten – vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61f

på särskilt boende/korttidsboende eller ASiH. Där har patienten vårdkontakter som denne träffar med hög frekvens och kontinuitet. Samtidigt kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos vårdcentralen, som mer sällan har kontakt med patienten. Det samordnande helhetsansvaret för den fasta vårdkontakten bör därför definieras tydligare.

### 5.2.2.2 Fast vårdkontakt uppfattas som en administrativ lösning och inte ett helhetsansvar

De granskade vårdcentralerna redogör för att tilldelningen av fast vårdkontakt sker på olika sätt. Patienter som har en regelbunden kontakt med vårdcentralen, exempelvis genom befintlig hemsjukvård, behåller i regel sin befintliga vårdkontakt. För övriga utses ofta den sjuksköterska som ansvarar för utskrivningsprocessen och hanterar ärenden i WebCare. Orsaken är att planeringsansvaret och kontakterna med övriga parter ändå finns hos och hanteras av denna person. Konsekvensen är att en sjuksköterska kan vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter (mer än 150 patienter vid en av de tillfrågade vårdcentralerna) utan att det finns förutsättningar för denne att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention.

Vi noterar också att vårdkontakten oftast väljs utan att patienten har kännedom om detta, eller utan att vårdcentralerna efterfrågar eventuella särskilda önskemål. Bland de tillfrågade vårdcentralerna övervägs i regel heller inte andra yrkesgrupper än sjuksköterskor.

## 5.3 Steg 3: Planera inför utskrivning

Enligt LUS ska berörda enheter inom socialtjänsten och öppenvården vid mottaget inskrivningsmeddelande börja planera insatser nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivning få sina behov tillgodosedda.<sup>54</sup>

Målsättningen är enligt den gemensamma rutinen att parterna ska tillhandahålla ett underlag som täcker den enskildes vård-, stöd- och omsorgsbehov, för att på ett säkert sätt kunna överföra ansvaret till nästa vård- och omsorgsgivare. Målsättningen är också att säkerställa att de behov av insatser den enskilde behöver efter utskrivning blir tillgodosedda fram tills dess att en SIP kan genomföras.

### 5.3.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	Påbörja planering inför utskrivning och löpande informera berörda enheter om aktuell situation. Involvera den enskilde och närstående i processen.	Slutenvården registrerar aktuell information inför utskrivning WebCare. Bland annat registreras ADL-bedömningens <sup>55</sup> resultat, vilket är en förutsättning för att övriga aktörer ska kunna påbörja dokumentation inför utskrivning i WebCare. Dessförinnan är utskrivningsplaneringsfältet i WebCare låst för redigering.
	Ge relevant underlag om den enskildes behov av vård-, stöd- och omsorgsinsatser till berörda aktörer i kommunen och öppenvården för att en ändamålsenlig planering av den enskildes behov av insatser kan genomföras. Underlaget utgår från vårdteamets bedömning av den enskildes samlade vård- och omsorgsbehov, till exempel.	Följsamhet till rutinen som beskrivs ovan uppges vara god vid geriatriska avdelningar samt slutenvårdsinstanser som ofta hanterar samordnade utskrivningsprocesser med kommunal äldreomsorg.
		PUD bekräftas och justeras enligt rutinen. Olika avdelningar har olika rutiner för detta,

<sup>54</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 6 §.

<sup>55</sup> ADL står för "aktiviteter i det dagliga livet" och är en bedömning av en persons funktionsförmåga och behov av hjälp med olika aktiviteter. ADL-bedömningen fungerar som underlag när kommunen ska besluta om insatser.



	<p>Bekräfta, och eventuellt justera, det preliminära utskrivningsdatumet (PUD).</p> <p>Vid komplexa/omfattande behov av stöd från båda huvudmännen ska slutenvården även bedöma om den enskilde har behov av inledande SIP på sjukhus. Meddela berörda enheter om behov av inledande SIP på sjukhus och ge förslag på datum och tid utifrån den enskildes hälsotillstånd. Kvittera mottagen kallelse från fast vårdkontakt till inledande SIP på sjukhus. Delta vid inledande SIP på sjukhus om den fasta vårdkontakten har kallat.</p> <p>Behandlande läkare ska ta ställning till om remiss till annan vårdform är aktuell, t.ex. ASiH, slutenvårdsgeriatrik, rehabilitering eller annat sjukhus i samråd med den enskilde och närstående.</p>	<p>som exempel nämns att det kan vara ett stående inslag på rondan eller att avdelningen tillämpar standardiserade intervall för olika typer av inläggningar. Intervjuade biståndshandläggare uppger däremot att justeringar ofta sker med kort varsel vilket försvårar planeringen i hög grad.</p> <p>Det förekommer att slutenvården bedömer att den enskilde har behov av inledande SIP på sjukhus. Då registrerar slutenvården detta i WebCare. Intervjuade inom öppenvården uppger att det främst är vid dessa tillfällen som öppenvården kallar till SIP. Med anledning av besöksrestriktioner till följd av Covid-19 har antalet SIP som fysiskt genomförts på plats på sjukhusen varit mycket begränsat under 2020. Dessa planeringsmöten har primärt hanterats genom telefonkontakt eller ersatts av kommunikation mellan huvudmännen i WebCare utan patientens deltagande.</p>
<b>Öppenvården</b>	<p>Påbörja planering av de insatser som den enskilde behöver vid utskrivning så snart ett inskrivningsmeddelande har mottagits.</p> <p>Öppna WebCare minst två gånger per dag under vardagar för att ta del av information om den enskildes vårdbehov som slutenvården har lämnat.</p> <p>Undersöka om en SIP är upprättad sedan tidigare och bedöm om det finns behov av att uppdatera befintlig SIP.</p> <p>Vid komplexa/omfattande behov av stöd där slutenvården bedömer att den enskilde har behov av inledande SIP på sjukhus ska den fasta vårdkontakten säkerställa att SIP upprättas eller uppdateras. Fasta vårdkontakten ska informera och överlämna SIP när samtliga deltagare skrivit under. Upprättade/uppdaterad SIP ska dokumenteras i befintligt journalsystem.</p>	<p>Intervjuade inom öppenvården kontrollerar aktivitet i WebCare flera gånger dagligen. Som nämnts ovan uppges denna rutin vara tidskrävande på bekostnad av andra arbetsuppgifter. De intervjuade inom vårdcentralerna beskriver att de i detta skede tar del av information från slutenvården i WebCare och inhämtar ytterligare uppgifter ur egna journaler för att få en bild av patientens vårdbehov och förutsättningar. Vårdcentralen har inte någon direktkontakt med patienten förrän vid hemgång, all dialog sker via sjukhuspersonal och fast vårdkontakt. Beroende på fortsatt vårdnadsbehov samordnar den fasta vårdkontakten planering och bokning av besök/hembesök med berörda professioner inom öppenvården.</p> <p>De intervjuade inom öppenvården uppger att de aldrig uppdaterat befintlig SIP. Intervjupersonerna uppger att de enbart kallar till SIP om det framgår i WebCare att slutenvården begärt det. I dessa fall sker SIP på sjukhus och besöket registreras som en ny SIP oavsett om patienten tidigare haft en upprättad planering eller inte. Som nämnts ovan har mycket få SIP genomförts på sjukhus under 2020.</p>
<b>Socialtjänsten</b>	<p>Påbörja planering av de insatser som den enskilde behöver vid utskrivning så snart ett inskrivningsmeddelande har mottagits.</p> <p>Öppna WebCare minst två gånger per dag under vardagar för att ta del av den information om den enskildes stöd- och omsorgsbehov som slutenvården lämnat.</p>	<p>Biståndshandläggare ansvarar för kommunikation i WebCare samt för planering av de kommunala insatserna. Internt sker samordningen inom kommunerna genom att biståndshandläggaren fattar ett biståndsbeslut och förmedlar en beställning till utförarenhet eller extern utförare, enligt samma rutiner som vid biståndsärenden utanför LUS. Biståndsprövningen kan dock</p>

	<p>Begära kompletterande relevanta uppgifter om informationen från slutenvården är otillräcklig för att inleda planering och fatta beslut om kommunala insatser ska påbörjas direkt efter utskrivning.</p> <p>Involvera den enskilde och närstående i processen. Om möjligt, boka ett fysiskt möte, telefonmöte eller videomöte med den enskilde.</p> <p>Vid komplexa/omfattande behov av stöd från båda huvudmännen ska socialtjänsten kvittera mottagen kallelse till SIP på sjukhus om den fasta vårdkontakten kallat. Delta vid inledande SIP på sjukhus.</p>	<p>inte ske förrän slutenvårdens ADL-bedömning är klar. Detta sker ofta inte i anslutning till att kommunen fått inskrivningsmeddelande, vilket skapar osäkra tidsramar för när den interna planeringen kan ske. Det uppges också vara vanligt förekommande att biståndshandläggare begär kompletterande uppgifter med anledning av att inskrivningsmeddelandena varierar i omfattning och innehåll.</p> <p>Intervjuade biståndshandläggare beskriver att de av ovanstående skäl ofta måste ta telefonkontakt med slutenvården i syfte att få mer information om patientens tillstånd och behov, vilket upplevs öka den administrativa bördan ytterligare. Motsvarande bild förmedlas av intervjuade vårdsamordnare och läkare inom slutenvården, som upplever att det finns en från kommunernas sida orimligt hög förväntan om snabba besked trots att det kan finnas stor osäkerhet kring hur patientens tillstånd kommer att utvecklas under vårdtillfället.</p> <p>Kommunen har i regel direktkontakt med patienten före utskrivning. Se utförligare beskrivning nedan.</p> <p>I de fall en kallelse till SIP har skickats från regionen uppges de intervjuade att biståndshandläggare/socialtjänsten deltar. Detta uppges ske mycket sällan. Det framgår i intervjuerna att den samordnade planeringen (inom eller utanför SIP) mellan kommunala insatser och slutenvården fungerar väl där det finns upparbetade relationer till ansvariga. Detta uppges dock göra processen personberoende.</p>
--	---	--

## 5.3.2 Utskrivningsplaneringen sker men omfattar inte alla berörda

### 5.3.2.1 Informationsöverföring mellan parterna sker genom WebCare

Den huvudsakliga planeringen mellan huvudmännen inför utskrivning sker i WebCare. För att den gemensamma skriftliga planeringen ska kunna påbörjas måste slutenvården ha registrerat att en ADL-bedömning<sup>56</sup> har skett, dessförinnan är fältet för utskrivningsplanering låst. Eftersom planeringen ofta påbörjas innan ADL-bedömningen har registrerats i WebCare får detta till följd att planeringen sker i en chattfunktion fristående från det avsedda planeringsfältet. Såväl slutenvård som öppenvård och kommunernas biståndshandläggare uppges att planeringen inför utskrivningen primärt sker där. Detta gör översikten svår och mer tidskrävande, särskilt beaktat att både fasta vårdkontakter och biståndshandläggare i regel bevakar löpande kommunikation kring ett stort antal patienter parallellt.

<sup>56</sup> Bedömning av allmän daglig livsföring (ADL) innebär att avgöra om en individ behärskar de grundläggande aktiviteterna för att kunna ha ett självständigt vardagsliv.



De intervjuade vid vårdcentralerna uppger att det ofta är en omfattande planering som sker inför utskrivning i WebCare. Eftersom planeringen är samordnad menar flera av de intervjuade att en SIP därmed kan upplevas onödig då all samverkan redan har skett i WebCare. Behovet av ytterligare planering upplevs litet, sett till vårdgivarnas och kommunernas eget behov.

### 5.3.2.2 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom WebCare är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten tar, enligt uppgift från intervjuade vid vårdcentralerna, i regel inte kontakt med patienten förrän efter hemgång. Kommunernas biståndshandläggare har däremot direktkontakt med patienten före utskrivning. Under 2020 har detta företrädesvis skett över telefon eftersom fysiska besök på sjukhuset inte varit möjliga på grund av Covid-19. I dessa samtal får patienten information om kommunala omsorgsinsatser och ansöker om bistånd. Dessa samtal ska inte förväxlas med SIP utan sker enskilt mellan patient och kommun.

Kommunikationen med patienten förefaller ibland vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontakter patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

### 5.3.2.3 Rehabiliterings frånvaro i planeringsprocessen upplevs vara särskilt problematisk

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Vissa enklare hjälpmedel kan hämtas ur *basförråd* på sjukhusen för att medföras vid hemgång, exempelvis rullatorer eller anpassade toasitsar. Hjälpmedelsverksamheten inom SLSO upprätthåller också *lokala förråd* där verksamheterna utifrån sina patientgrupper kan styra över innehållet och därmed ha tillgång till direkt förskrivning av mer avancerade hjälpmedel såsom rullstolar.

Ett problem i utskrivningsprocessen är att vissa hjälpmedel i ordinärt boende ska förskrivas av Primärvårdsrehab (organiserat via vårdval i region Stockholm). Primärvårdsrehab har inte tillgång till WebCare och kan därför inte delta i utskrivningsplaneringen om inte någon annan part överför informationen via brev eller fax. Detta ska åtgärdas i och med införandet av ett nytt informationsöverföringssystem under 2021. För närvarande leder det dock till att hjälpmedel inte alltid förskrivs i tid. Detta kan leda till att patienter blir inneliggande, eller återinskrivs direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel. Enligt intervjuad inom SLSO Primärvårdsrehab är detta inte ett känt problem avseende patienter remitterade till hemrehabilitering eller neurovårdsteam utan avser andra patientgrupper.

Samtidigt finns det logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till inneliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är inneliggande. Även efter utskrivning beskriver intervjuad från SLSO Hjälpmedel Stockholm att hjälpmedelsverksamheten upplever i kontakten med patienten. Patienten är inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller öppenvård. Förskrivaren kan skriva kommentar, men krav på effektiv varudistribution gör att särskilda önskemål om tider kan vara svåra att beakta. SLSO Primärvårdsrehab upplever enligt uppgift inte samma problematik.

En annan väsentlig del i utskrivningsprocessen är rehabilitering och träning, som också utförs av Primärvårdsrehab. Även här belyser många av de intervjuade att rehabiliteringsinsatserna aktualiseras för sent i utskrivningsprocessen och att rehabträningen som är central för att minska risken för återinskrivning försenas. Primärvårdsrehabiliteringen efterlever de tidsramar som gäller enligt avtal, men de intervjuade inom kommunala korttidsboenden beskriver att det från regionens

sida verkar finnas en orimligt hög bild av vilken typ av rehabträning som är möjlig att utföra med de resurser som finns på ett korttidsboende. Deras uppfattning är att den initiala träningen blir eftersatt till dess att patienten gått vidare till ordinärt boende, eftersom kommunen själv endast utför rehabiliterande insatser i begränsad omfattning.

## 5.4 Steg 4: Kalla till SIP

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommun.<sup>57</sup> En kallelse till SIP ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården har meddelat att patienten är utskrivningsklar.<sup>58</sup>

Av den läns-gemensamma rutinen framgår att den fasta vårdkontakten ska kalla till SIP utanför sjukhus *så tidigt som möjligt* under vårdtiden utifrån det beräknade utskrivningsdatumet. SIP kan upprättas i den enskildes hem eller i lokaler i slutenvården, öppenvården, kommunen eller annan lämplig plats som den enskilde och den fasta vårdkontakten finner lämplig. Enligt rutinen kan SIP upprättas via fysiskt möte, över telefon eller videosamtal.

### 5.4.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	Enligt riktlinjen inget ansvar i denna aktivitet.	Av LUS framgår att öppenvården ansvarar för att kalla till SIP. Detta åsidosätter dock inte det ansvar slutenvården har enligt HSL <sup>59</sup> , att regionen tillsammans med kommunen ska upprätta en individuell plan om antingen regionen eller kommunen bedömer att den behövs. Det framgår även av sjukhusavtalet för de regionägda sjukhusen att vårdgivaren vid behov ska ta initiativ till samordnad vård- och omsorgsplanering. Detta ansvar för att initiera SIP vid behov, oavsett rollfördelning kring kallelse, har inte inkluderats i den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivningar.
Öppenvården	Fasta vårdkontakten kallar till SIP så tidigt som möjligt, men mötet genomförs efter utskrivning utanför sjukhus. Samtycke från enskild krävs för att genomföra SIP. <sup>60</sup> För enskilda individer med oförändrade insatser skickas kallelse till SIP endast om enskilde saknar SIP eller om behov att uppdatera SIP finns. Kallelse till SIP ska skickas senast tre kalenderdagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar.	De intervjuade cheferna inom primärvården beskriver att det inte är möjligt att genomföra SIP kring samtliga patienter som berörs av LUS. Personalresurser saknas även om ekonomisk ersättning utgår. Intervjuade beskriver att behovet av insatser från huvudmännen ofta är så pass standardiserat att det inte finns ett behov av att genomföra en SIP med den administration det innebär, även om det för den enskilda patientens del innebär en förändring av det stöd som ges. Planeringen upplevs som rutinmässig och möjlig att hantera över enklare kontaktvägar. De fasta vårdkontaktarna uppges sakna underlag för att göra bedömningen av när SIP är nödvändig och inte, eftersom informationen från slutenvården i WebCare

<sup>57</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.

<sup>58</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, 4 kap 3 §.

<sup>59</sup> Hälso- och sjukvårdslag (2017:13) 16 kap 4 §.

<sup>60</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, 4 kap 2 §.

		<p>från vissa avdelningar upplevs som bristfällig eller otillförlitlig.</p> <p>Av intervjuerna med en av de granskade vårdcentralerna framkommer att öppenvården kallar till SIP i de fall det framgår i WebCare att slutenvården bedömer att en SIP ska genomföras. I dessa fall sker SIP nästan uteslutande i form av <i>inledande SIP på sjukhus</i>. Den andra granskade vårdcentralen beskriver att kallelse till SIP i regel sker när det är en för dem okänd patient utan befintliga återkommande vårdinsatser, i syfte att vårdcentralen ska få en bättre bild av patienten och dennes behov. Intervjupersonerna beskriver att både slutenvården och kommunen verkar mer angelägna om att genomföra SIP på plats på sjukhuset hellre än i patientens hem eftersom de praktiska förutsättningarna är kända och från sjukhusets sida tidsbesparande. På grund av Covid-19 har få kallelser till fysiska SIP-möten alls skett under 2020, vårdcentralerna uppger att merparten samtalen har skett över telefon.</p>
<b>Socialtjänsten</b>	Kvittera mottagen kallelse till SIP utanför sjukhus om den fasta vårdkontakten har kallat.	<p>Intervjuade biståndshandläggare uppger att de kvitterar kallelse och deltar vid SIP i de fall en kallelse har skickats.</p> <p>Av LUS framgår att öppenvården ansvarar för att kalla till SIP. Detta åsidosätter dock inte det ansvar kommunen har enligt socialtjänstlagen<sup>61</sup>, att tillsammans med regionen upprätta en individuell plan om antingen regionen eller kommunen bedömer att den behövs. Detta ansvar för att initiera SIP vid behov, oavsett rollfördelning kring kallelse, har inte inkluderats i rutinen.</p>

## 5.4.2 Problemen kring SIP måste adresseras av flera aktörer

### 5.4.2.1 Samordnad individuell planering sker inte i förväntad utsträckning

Sedan LUS och dess tillhörande riktlinje och rutiner trädde i kraft 2018 har den nya arbetsprocessen lagt större vikt vid planering inför hemgång samt mer fokus på samverkan för de involverade aktörerna. SIP har följaktligen fått en mer framträdande roll vid planering av vård i fall där patienter är i behov av insatser från både regionen och kommunen.

Vårdcentralerna mottar en prestationsbaserad ersättning per genomförd SIP vilket innebär att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har statistik över registrerade SIP. Av den framgår att antalet genomförda SIP:ar inledningsvis ökade efter implementeringen av LUS. Under 2020 har antalet sjunkit kraftigt, trots att hälso- och sjukvårdsförvaltningen på grund av Covid-19 pandemin har tillåtit genomförande av telefonbaserade SIP.

<sup>61</sup> Socialtjänstlag (2001:453) 2 kap 7 §.

Antal registrerade LUS SIP i förhållande till antal vårdtillfällen			
Period	2018	2019	2020
Antal registrerade SIP	419	1801	730 <sup>62</sup>
Antal vårdtillfällen med behov av insatser efter utskrivningsklar	10 557	10 774	10 569

Det finns inte något systemstöd för att dokumentera bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Mot den bakgrunden är det svårt att bedöma hur stort antalet rimligen borde vara. Kommunernas betalningsansvar är dock knutet till att primärvården har kallat till SIP, vilket alltså endast sker i en liten andel av de aktuella fallen. I denna granskning framkommer det en samstämmig bild från kommunerna om att det finns ett behov av SIP kring fler patienter än idag.

I granskningen framkommer flera olika bakomliggande orsaker som påverkar valet att kalla eller inte kalla till SIP. De intervjuade vittnar dock om att det i regel sker en samordnad planering kring den enskilda patienten, men att detta sker i andra former och forum än genom SIP. Chattkommunikation i WebCare och telefonkontakt mellan verksamheterna beskrivs som vedertagna arbetsformer som uppfyller verksamheternas egna behov av samordning.

#### 5.4.2.2 De fasta vårdkontaktarna anses inte ha rätt roll för att vara sammankallande

Innan implementeringen av LUS hade alla berörda parter ansvar för att kalla till SIP. I och med införandet av LUS har den fasta vårdkontakten i primärvården erlagts ansvaret att kalla till SIP; en förändring som syftar till att aktivera primärvården på ett tidigt stadium och därmed säkerställa samordning och kontinuitet.<sup>63</sup> Vi uppfattar ur intervjuerna att syftet bakom denna förändring i LUS inte är förankrad hos medarbetarna inom varken regionen eller kommunerna, utan det finns en utbredd misstro mot systemet. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsförvaltningen bör lägga större tyngdpunkt vid detta i kommande metodstöd och utbildningar.

Vi noterar också att det i hög grad är oklart vilket ansvar övriga parter har för att initiera SIP i enlighet med HSL/SoL. Ansvaret för att initiera SIP är inte definierat i överenskommelsen, bara ansvaret för att skicka kallelse till mötet. Av förarbetena till LUS framgår att om den fasta vårdkontakten inte fullföljer sitt kallelseansvar är kommunen inte förhindrad att på eget initiativ kalla till samordnad individuell planering.<sup>64</sup> Av våra intervjuer framgår att kommunerna och slutenvården har överlåtit till primärvården att vara sammankallande, trots att det finns en utbredd uppfattning om att för få kallelser kommer. I vissa fall uppmanar övriga aktörer primärvården att skicka en kallelse. Det sker främst från slutenvården som har möjlighet att i WebCare kryssa i att det finns behov av SIP. Det saknas dock vägledning kring hur primärvården ska förhålla sig till sådana förfrågningar, till exempel avseende om förfrågningarna är tvingande eller om primärvården förväntas göra en egen bedömning.

Det förekommer därtill olika uppfattningar bland de intervjuade angående vems ansvar det är att kalla till SIP rörande LUS-patienter som redan har kommit hem men där kallelse inte skickats före utskrivning. Detta förefaller inte ske alls, trots att samtliga granskade kommuner uppger att många av deras patienter hade gynnats av en SIP.

<sup>62</sup> Omfattar endast perioden januari-oktober.

<sup>63</sup> SOU 2015:20 s. 231

<sup>64</sup> SOU 2015:20 s. 231

#### 5.4.2.3 Systemkrav, formkrav och praktiska hinder försvårar arbetet

Primärvårdens fasta vårdkontakt kallar till SIP via WebCare om både avsändaren och mottagaren har tillgång till WebCare, vilket inte samtliga berörda verksamheter har. I övriga fall skickas kallelsen som fax eller brev, eller i vissa fall över journalsystemet om avsändare och mottagare inom den regionfinansierade vården har samma journalsystem.

Intervjuade från både primärvård, slutenvård och kommuner vittnar om olika former av logistiska hinder som leder till uteblivna SIP. Intervjupersonerna framhåller exempelvis att det saknas tillgång till ändamålsenliga mötesrum på sjukhusen, att SIP i hemmet kan medföra mycket långa restider för personal som är svår att avvara, att det saknas tillförlitliga och säkra lösningar för videosamtal samt att alla patienter inte har tillgång till mobiltelefon eller känner sig obekväma att genomföra SIP över telefon. De intervjuade beskriver att ad-hoc-lösningar tillämpas för att komma tillrätta med problemen men det finns en stor osäkerhet kring vilka former som är tillåtna och inte.

Båda de granskade vårdcentralerna problematiserar att SIP-formatet innehåller formkrav och medför administrativt arbete som inte alltid skapar värde eller ökad trygghet och kontinuitet för patienten jämfört med andra arbetssätt. Som exempel framhålls att Huddinge kommuns *trygg hemgångsteam* i regel agerar snabbt och säkerställer en trygg hemgång med hög kontinuitet redan innan en SIP har kommit till stånd, vilket minskar behovet av tidig samordning från vårdcentralens sida.

#### 5.4.2.4 Det saknas resurser för att genomföra SIP för samtliga patienter

Vårdcentralerna mottar en åtgärdsersättning per genomförd SIP. Intervjupersonerna har varierande bild av ifall det tilldelade beloppet (2500 kr) motsvarar den faktiska kostnaden eller inte. Faktorer som påverkar är vårdcentralens organisationsform, antal berörda parter inom vårdcentralen, antal möten, restid till möten, etc. Det är dock tydligt i hälso- och sjukvårdsnämndens avtal för husläkarverksamheter att listningsersättningen förväntas täcka samverkan på individnivå i den mån uppgiften bara delvis täcks av produktionsrelaterad ersättning<sup>65</sup>. Personella resurser uppges därtill vara en större problematik än de finansiella resurserna. De granskade vårdcentralerna har organiserat uppdraget så att planering och medverkan vid SIP i huvudsak hanteras av sjuksköterskor. Yrkesgruppen är svårrekryterad vilket medför en begränsning oberoende av den åtgärdbaserade ersättningen.

Kommunerna är samstämmiga i att det sker för få SIP idag men det finns bara en vag uppfattning om hur många SIP som skulle vara praktiskt möjliga att medverka i. Att genomföra SIP för samtliga patienter som är i behov av fortsatt stöd från båda parter skulle innebära närapå en tiodubbling, vilket inte i någon granskad kommun är möjligt inom befintlig ram.

### 5.5 Steg 5: Meddela om utskrivningsklar

Enligt LUS ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om att en patient är utskrivningsklar, när den behandlande läkaren har gjort denna bedömning.<sup>66</sup>

Målsättningen enligt den länsgemensamma rutinen för utskrivning är att tydliggöra när den enskilde inte längre är i medicinskt behov av landstingets heldygnsvård, vilket signalerar till kommun och öppenvård att verkställa sina insatser. Momentet syftar också till att säkerställa att nödvändiga förberedelser inför den enskildes utskrivning har utförts, genom att aktiviteten innehåller ett antal kontrollmoment avseende läkemedel, hjälpmedel och remisser.

<sup>65</sup> <https://vardgivarguiden.se/globalassets/avtal/vardavtal/vardval-stockholm/huslakarverksamhet-med-basal-hemsjukvard/ffu-hlm.pdf>

<sup>66</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 1 §.

### 5.5.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
<b>Slutenvården</b>	<p>Meddela berörda enheter om att den enskilde är utskrivningsklar.</p> <p>För en trygg och säker utskrivning ska slutenvården:</p> <p>Säkerställa att läkemedel finns tillgänglig för den enskilde i tre dagar eller fram till dess att den enskilde, dess närstående, sjuksköterska vid boende eller annan person i den enskildes närhet kan hämta ut förskrivna läkemedel på apotek. Pascal ska aktiveras och ordinationsändringar ska dokumenteras i Pascal och befintligt journalsystem. Har den enskilde APO-dos<sup>67</sup> och läkemedelsordinationen har ändrats ska en akutbeställning göras.</p> <p>Säkerställa att hjälpmedel som landstinget ansvarar för finns tillgängliga för den enskilde. Vid behov, initiera bostadsanpassning.</p> <p>Vid behov av insatser från primärvården skickas en omvårdnadsremiss till primärvården. Remissen ska innehålla tydlig frågeställning (t.ex. behov av såromläggning) samt åtgärder som begärs av primärvården samt angiven tidsram (till "exempel såromläggning i hemmet inom tre dagar").</p>	<p>Slutenvården meddelar öppenvården att patienten är utskrivningsklar. De intervjuade uppger att detta främst sker via telefonkontakt.</p> <p>Det uppges vara frekvent förekommande att den enskilde skrivs ut utan att ha fått med sig läkemedel hem, alternativt att patienten får med sig läkemedel hem men att primärvården inte i tid noterar den nya ordinationen och att patienten därför återgår till tidigare ordination vid nästa APO-dosleverans. <i>Se avsnitt 5.6.2.2 angående läkemedelsrelaterade problem.</i></p> <p>Som nämnts ovan skrivs patienten ibland ut utan att rätt hjälpmedel eller förbruksmaterial finns i hemmet, <i>se avsnitt 5.5.2.2 för mer utförlig information.</i> Det kan exempelvis handla om blöjor, kateterpåsar, medicinska madrasser etc. Bostadsanpassningen med rätt hjälpmedel fördröjer ofta processen.</p>
<b>Öppenvården</b>	<p>Ta del av meddelande och kvittera att den enskilde är utskrivningsbar. Informera berörda inom öppenvården att den enskilde är utskrivningsbar.</p> <p>Kontrollera löpande om slutenvården har skickat en remiss. Omgående bedöma om insatsen kan utföras inom primärvårdens uppdrag, om inte, säkerställ att remissen skickas till rätt instans. Dokumentera mottagande och bedömning av remissen i befintligt journalsystem. Svara skyndsamt.</p> <p>Säkerställa att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom öppenvården och att nödvändiga</p>	<p>Öppenvården kvitterar enligt rutinen att den enskilde är utskrivningsklar.</p> <p>Remissförfarandet uppges fungera enligt gällande rutiner. Detta är inte specifikt för LUS utan hanteras inom ramen för ordinarie remissregelverk i regionen.</p> <p>Angående hjälpmedel, se ovan.</p>

<sup>67</sup> APO-dos är dosförpackade läkemedel där doseringen görs av Apoteket och där alla patientens läkemedel som ska intas vid samma tillfälle förpackas i samma dospåse. Leverans sker varje eller varannan vecka vilket innebär risk för att patienten har kvar felaktiga dospåsar i samband med ändrad ordination. Akuta doseringar kan levereras dagen efter men kräver beställning från läkaren.

	hjälpmedel och dylikt är tillgängligt vid utskrivning.	
<b>Socialtjänsten</b>	<p>Ta del av meddelande och kvittera att den enskilde är utskrivningsbar. Informera berörda enheter att den enskilde är utskrivningsbar.</p> <p>Säkerställa att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom kommunen inför utskrivning.</p>	<p>Biståndshandläggare delges information om att den enskilde är utskrivningsklar. Detta sker ofta via telefonkontakt från slutenvårdens vårdsamordnare innan meddelandet registrerats eller uppmärksammats i WebCare. Problem uppstår när utskrivning sker med kort varsel, särskilt inför helger.</p> <p>Inför hemgång har slutenvården ofta direktkontakt med hemtjänstutförarna (nästa steg i processen). Intervjuade inom slutenvården uppger att hemtjänsten vid denna kontakt inte alltid har tagit emot eller hunnit läsa informationen från biståndsenheten.</p>

## 5.5.2 Föränderligheten kring tidpunkten för utskrivningsklar får följdproblem

### 5.5.2.1 Sena förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem

I samband med att den enskilde skrivs in på sjukhus ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter där bland annat preliminärt utskrivningsdatum ska framgå. Intervjuade biståndshandläggare uppger att en svårighet i planeringen av insatser inför den enskildes utskrivning är att det preliminära utskrivningsdatumet ofta förändras med kort varsel. Det primära problemet för kommunerna uppges vara att utskrivningsdatumet förkortas och att patienten blir utskrivningsklar med kort varsel. Detta föranleder problem med att hinna planera för mottagandet och verkställa planerade insatser. Flera av de intervjuade inom kommunal omsorg uppger att patienter ibland behöver återinskrivas på sjukhus då de kommunala insatserna inte har hunnit förberedas för att kunna bedriva den vård och omsorg som den enskilde har behov av.

Det förekommer också att utskrivningsdatum senareläggs med kort varsel. Detta blir ett problem då kommunen har avsatt resurser i form av exempelvis hemtjänstpersonal eller platser på korttidsboende som inte nyttjas, vilket skapar onödiga kostnader för kommunen.

### 5.5.2.2 Kommunernas interna informationsöverföring kring den enskildes behov brister

I samband med att den enskilde ska skrivas ut ska slutenvården överföra den information som är nödvändig till alla berörda enheter. Av intervjuer med hemtjänstföreträdare i granskade kommuner framkommer att det förekommer brister i slutenvårdens informationsöverföring. Ett exempel som lyfts är att den enskilde kan komma hem med ett utökat vårdbehov utan att detta har kommunicerats till hemtjänstutföraren. Det har bidragit till att insatser beviljats senare än nödvändigt och att den enskilde fått vara utan insatser under den perioden. Informationsbrist vid ökat vårdbehov har även föranlett återinskrivningar.

När hemtjänst nattetid, ofta en separat nattpatrull, ska överta insatser med kort varsel från ordinarie utförare kan ytterligare brister uppstå. Den enskildes utförare av hemtjänst nattetid/helger framkommer inte alltid i utskrivningsmeddelandet. Oftast krävs ett uppsökande arbete och kommunikation via telefon för att fastställa vilken aktör som ska överta insatserna. Detta bidrar till svårigheter i att i tid kommunicera vilka insatser i form av medicin och hjälpmedel den enskilde beviljats. Det påverkar hur väl insatser kan övertas. Insatser som meddelas med kort varsel är inte alltid genomförbara för utförare av hemtjänst nattetid/helger. Det föranleder att den enskilde kan få vara utan insatser tills samverkan mellan ordinarie hemtjänst utförare och utförare nattetid/helg har förankrats.



## 5.6 Steg 6: Informera vid utskrivning

Enligt LUS ska slutenvården överföra den information som är nödvändig för att berörda enheter ska kunna ge patienten socialtjänst eller hälso- och sjukvård, senast samma dag som patienten skrivs ut från vårdenheten.<sup>68</sup> Information ska också ges till patient och närstående i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821).

Enligt den läns gemensamma rutinen är målsättningen att bidra till att den enskilde och närstående är trygga genom att information ges efter den enskildes förutsättningar. Målet är också att tillgängliggöra information om vårdtillfället så att berörda enheter har den information som krävs för att utföra sitt vård- eller omsorgsuppdrag.

### 5.6.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	Ge den enskilde muntlig och skriftlig information om vårdtillfället och befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning <sup>69</sup> . Informera den enskilde och eventuellt närstående om datum och tidpunkt för utskrivning. Trygghetskvitto <sup>70</sup> ska vid utskrivning överlämnas till den enskilde i vilken information om vårdtillfället sammanfattas och tidpunkt för SIP specificeras.	Intervjuerna visar att slutenvården och socialtjänsten ibland inte är i fas när det gäller information till patienten kring utskrivningen. Det förekommer att biståndshandläggarna föregår läkarna med information om utskrivningsdatum, vilket riskerar att leda till bristande tilltro och minskad känsla av delaktighet för patienten.
	Överföra den information som är nödvändig <sup>71</sup> för planeringen av den enskildes fortsatta hälso- och sjukvård, omsorg och stöd till berörda enheter senast kl 12:00 vardagen innan planerad utskrivning. Informera kommunen och eventuell hemtjänstutförare om datum och tidpunkt för utskrivning för att planera för att den enskilde blir mött i hemmet vid utskrivning.	Enligt intervjuer med de granskade sjukhusen skrivs inte trygghetskvittot ut, istället används utdrag ur journalsystem. Detta innebär att endast information från slutenvården överförs. Intervjuade menar att när den enskilde är utskrivningsklar ska redan all information ha kommunicerats.
	Slutföra ärendet i WebCare vid utskrivning.	I intervjuer framkommer en samstämmig bild att informationen kring den enskildes behov vid utskrivning stundtals är bristfällig. Det förekommer att den enskilde skrivs ut från slutenvården utan att information har delgivits öppenvården och mottagande i hemmet uteblir därför.
		För enskild som inte har haft insatser tidigare finns ett biståndsbeslut att utgå ifrån. Informationsöverföringen fungerar generellt bättre då än om den enskilde är beviljad insatser sedan tidigare, eftersom det alltid föranleder ett större planeringsbehov.
		Om den enskilde är beviljad insatser sedan tidigare ökar risken för brister i kommunikation. I intervjuer framkommer det att handläggare inte alltid blir kontaktade då. Det förekommer således att enskild som är i

<sup>68</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, 3 kap 2 §.

<sup>69</sup> Av rutinbeskrivningen framgår vad informationen ska innehålla.

<sup>70</sup> Trygghetskvitto är en funktion i WebCare som genererar en utskrift av delar av informationen, i syfte att tilldelas patienten i samband med utskrivning. Trygghetskvittot ska kompletteras med läkemedelslista och läkemedelsberättelse från journalsystem för att vara komplett.

<sup>71</sup> Av rutinbeskrivningen framgår vad informationen ska innehålla.



		behov av utökade insatser vid utskrivning inte blir beviljad det.
<b>Öppenvården</b>	<p>Ta del av utskrivningsinformationen och begär kompletterande uppgifter om informationen från slutenvården är otillräcklig för att kunna överta det medicinska ansvaret och utföra nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser för den enskilde efter utskrivning.</p> <p>Överta det medicinska ansvaret för den enskilde vid utskrivning.</p> <p>Informera den enskilde om vilka insatser öppenvården kommer att ansvara för.</p>	<p>Det förekommer att den enskilde kommer hem utan korrekt medicinering. Öppenvården behöver då begära in kompletterande uppgifter/medicinering vilket kan vara en tidskrävande process.</p>
<b>Socialtjänsten</b>	<p>Ta del av utskrivningsinformationen och begär kompletterande uppgifter om informationen från slutenvården är otillräcklig för att kunna överta vård-, omsorg- och stödinsatser för den enskilde efter utskrivning.</p> <p>Informera den enskilde om vilka insatser som kommunen har beslutat om.</p>	<p>I intervjuer framkommer svårigheter i att planera den enskildes insatser efter utskrivning. Detta uppges påverkat av snabbare utskrivningstider och brister i utskrivningsplanering. Biståndshandläggare måste sköta en stor administrativ del i att komplettera uppgifter. Det förekommer främst brister i utskrivningsinformation från akutsjukhusen.</p> <p>Intervjuade uppger att delegering kring den enskildes medicinering ibland uteblir och begäran om komplettering måste då ske. Det föreligger ibland osäkerhet bland hemtjänstpersonalen huruvida mediciner är egenvård eller om de borde fått delegering.</p>

## 5.6.2 Bristande information vid utskrivning påverkar patientsäkerheten

### 5.6.2.1 Hemtjänstutförarna överraskas ibland av utskrivningen

I samband med att patienten ska skrivas ut har slutenvården i vissa fall direktkontakt med patientens hemtjänstutförare för att planera tidpunkt för mottagande i hemmet. Av intervjuerna med medarbetare inom sjukhus samt enhetschefer inom hemtjänst framgår att informationen om stundande utskrivning i dessa fall inte alltid har nått utföraren. Det kan förklaras av att flera kommuner tillämpar ett dygns inställelsetid, vilket framgår av tabellen i avsnitt 4.2.

Av samtal med biståndshandläggare framgår att sena beställningar är ett sätt att hantera att de preliminära utskrivningsdatumen förändras med kort varsel. För att minska risken att betala för tjänster som inte nyttjas avvaktar biståndshandläggare i vissa fall med att beställa insatser trots att behovet är känt. När slutenvården tar kontakt med hemtjänstutföraren senast klockan 12 dagen innan planerad utskrivning kan det därmed innebära att utföraren i vissa fall inte har tagit del av biståndsbeslutet från kommunen och således heller inte har kännedom om patientens behov och förutsättningar.

### 5.6.2.2 Hanteringen av läkemedel medför flera olika risker

Det förekommer flera komplicerande faktorer kring hanteringen av läkemedel som kan vara en risk för patientsäkerheten. När patienten skrivs ut från slutenvården ska det medicinska ansvaret övertas av vårdcentralen. För primärvården och även för ASIH är det en svårighet att länets kommuner tillämpar olika regler kring huruvida hemtjänsten mottar delegering eller inte. Det innebär att

hemtjänsten i vissa kommuner ger läkemedel till sina brukare medan det i andra kommuner är nödvändigt för hemsjukvården att göra detta. En bakgrund till denna brytning är att kommunerna inte får kompensation för att överta detta ansvar, som i vissa fall kan vara mycket tidskrävande eller fordra hög kompetens. I övriga landet har ansvaret för hemsjukvården överförs till kommunerna vilket ger andra förutsättningar för samordning av hembesöken.

Representanter för den kommunala hemtjänsten vittnar om att det ibland är svårt att tolka om en sjukvårdsinsats är egenvård, och därmed något som hemtjänsten ska stödja brukaren med, eller om det borde ha funnits delegation eller hanterats av hemsjukvården. Representanter för särskilda boenden vittnar om att utskrivna patienter ibland anländer till boendet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till behov av att eftersöka information.

Mellan slutenvården och primärvården förekommer olika system för läkemedelsordinationer. Behovet av manuell informationsöverföring mellan systemen medför en risk för att justeringen av ordinationer och dosering blir fördröjd.

## 5.7 Steg 7: Upprätta eller uppdatera samordnad individuell plan

Enligt LUS ska enheterna, vid den samordnade individuella planeringen, upprätta en individuell plan i enlighet med bestämmelserna i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och socialtjänstlagen (2001:453).<sup>72</sup> Lagarna har likalydande paragrafer som säger att när den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med regionen upprätta en individuell plan, om den enskilde samtycker till det och om antingen kommunen eller regionen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde och närstående ska om det är lämpligt ges möjlighet att delta. Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller regionen, och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.<sup>73</sup>

Av den länsgemensamma rutinen framgår att målsättningen är att genom samverkan mellan olika huvudmän och med utgångspunkt från den enskilde bedöma och tillgodose den enskildes vård-, stöd- och omsorgsbehov. Målet är också att gemensamt planera och fördela insatserna mellan kommun och region.

### 5.7.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	<i>Om det finns komplexa/omfattande behov genomförs SIP på sjukhus före utskrivning. Se aktivitet "Planera inför utskrivning". Slutenvården har i övrigt inget ansvar i denna aktivitet.</i>	-
Öppenvården	Arbetet med SIP ska påbörjas utan dröjsmål. Den fasta vårdkontakten ska säkerställa att en SIP upprättas eller uppdateras. Samtycke från enskild krävs för att genomföra SIP. <sup>74</sup>  Öppenvården ska internt ta ställning till om de pågående insatserna ska justeras.	Som tidigare nämnts i denna rapport upprättas SIP i liten utsträckning.  Det är en utbredd uppfattning bland de intervjuade att SIP inte kan/får göras över telefon samt att det saknas rättssäkra verktyg för digitala möten. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen har fram till våren 2020 inte medgett ersättning för telefonbaserade möten. Den gemensamma

<sup>72</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap. 2 §.

<sup>73</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 § samt Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §.

<sup>74</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap. 2 §.

	<p>SIP kan upprättas/uppdateras i den enskildes hem eller i lokaler i slutenvården, öppenvården, kommunen eller på annan lämplig plats som den enskilde och den fasta vårdkontakten finner lämplig. SIP kan genomföras genom ett fysiskt möte, över telefon eller videosamtal. Vid mötet beslutas om datum, tid och plats för uppföljande SIP som skrivs in i planen.</p> <p>Den fasta vårdkontakten ska dokumentera och överlämna den samordnade individuella planen till den enskilde när samtliga deltagare har skrivit under planen.</p> <p>Dokumentera upprättad/uppdaterad SIP i befintligt journalsystem.</p>	<p>rutinen uttrycker dock att SIP kan ske över telefon, vilket även framgår av den handbok som Storsthlm förmedlar till kommunerna.</p> <p>Dokumentation kring SIP uppges vara omfattande och tidskrävande. Detta är en av anledningarna till att öppenvården inte kallar till/upprättar SIP i större utsträckning. Intervjuade uppger att då en stor del av den samordnade planeringen har skett och dokumenterats i WebCare inför utskrivning bedöms det som dubbelarbete och onödigt tidskrävande att genomföra SIP med all den extra dokumentation och restid som det kräver.</p> <p>Det kommande informationsöverförings-systemet kommer att ha inbyggt stöd för SIP dokumentation. Kopior måste fortfarande föras in i respektive huvudmans journal.</p>
<b>Socialtjänsten</b>	<p>Delta vid SIP.</p> <p>Diskutera om de pågående insatserna från kommunen ska justeras.</p> <p>Dokumentera planen enligt etablerade rutiner.</p>	<p>Intervjuade biståndshandläggare deltar vid SIP då kallelse skickas. Det framgår att det finns ett behov av SIP. Biståndshandläggarna beskriver sin roll som övergripande ansvarig för att få ihop insatser för den enskilde, men ansvaret och därmed även mandatet att kalla till SIP beskrivs ha överförts till vårdcentralen.</p>

## 5.7.2 När SIP:ar väl genomförs uppfattas de som resurskrävande

Både hälso-och sjukvårdsförvaltningen och Storsthlm tillhandahåller metodstöd och mallar för SIP, som beskriver både förberedelser, genomförande och efterarbete. Ett fåtal intervjupersoner beskriver mallarna som svåra att förstå eller praktiskt svåra att fylla i på rätt sätt. I regel framförs dock inga synpunkter på formerna för genomförda SIP, med undantag för de logistikhinder som beskrivits ovan (se avsnitt 5.4).

Efterarbetet kring dokumenterade planer innebär i dagsläget viss administration då planen ska dokumenteras, därefter undertecknas av samtliga medverkande, (vilket ofta inte är möjligt vid samma tillfälle om exempelvis skrivare saknas i patientens hem), delas och journalföras av varje part. Det nya systemet som ska ersätta WebCare under 2021 kommer att innehålla funktionalitet för att dokumentera SIP:ar. Detta ger ett processtöd integrerat med informationsöverföringen kring patienten och underlättar utbytet mellan parterna. Det nya systemet är likt det nuvarande inte avsett att integreras med journalsystemen utan kräver att respektive part tar hem och dokumenterar planen enligt egna rutiner.

Att genomföra en SIP uppges vara tidskrävande och ta resurser i anspråk. De intervjuade inom öppenvården menar att det därmed är mycket kostnadsdrivande. Detta, tillsammans med det faktum att den samordnade planeringen redan bedöms ha skett i WebCare och dokumenterats, gör att det saknas incitament för öppenvården att initiera att fler SIP görs. Det är oklart bland de intervjuade inom såväl öppenvård, slutenvård samt socialtjänst i vilken omfattning SIP kan genomföras över telefon eller andra alternativa kanaler.

## 5.8 Steg 8: Följa upp och avsluta samordnad individuell plan

Att en SIP ska följas upp och avslutas beskrivs inte i lagstiftningen. I den länsgemensamma rutinen ingår detta som aktivitet i utskrivningsprocessen, med målsättningen att gemensamt justera pågående insatser för att säkerställa att den enskilde får en ändamålsenlig vård och omsorg.

### 5.8.1 Hur parterna tar sitt ansvar i detta steg

Ansvar i aktiviteten		EY:s observationer
Slutenvården	<i>Inget ansvar i denna aktivitet.</i>	
Öppenvården	<p>Den fasta vårdkontakten eller utsedd huvudansvarig kallar till uppföljning om så beslutats i SIP. Uppföljningen kan genomföras genom ett fysiskt möte, över telefon eller videosamtal. Den enskilde måste samtycka till uppföljande SIP.</p> <p>Utvärdera utifrån satta mål om de pågående insatserna från öppenvården ska justeras.</p> <p>Den fasta vårdkontakten ska dokumentera upprättad/uppdaterad SIP i befintligt journalsystem.</p>	<p>I samband med att en SIP genomförs tar deltagarna också ställning till om uppföljning behövs och beslutar i så fall tid och former för detta. Granskningen visar att detta vanligen hanteras under enklare former, exempelvis genom telefonsamtal snarare än i ett nytt möte som involverar samtliga parter och patient.</p> <p>Det finns ingen separat åtgärdskod för registrering av uppföljningsmöten, vilket medför att det inte med säkerhet går att veta hur många uppföljande SIP-möten som genomförts.</p>
Socialtjänsten	<p>Delta vid uppföljning av SIP om så beslutats i planen.</p> <p>Utvärdera utifrån satta mål om de pågående insatserna från kommunen ska justeras.</p> <p>Dokumentera planen enligt etablerade rutiner.</p>	<p>Se ovan.</p> <p>Insatserna omprövas och justeras löpande men detta sker fristående från utskrivningsprocessen, som en del av kommunens ordinarie uppföljning av beviljat bistånd.</p>

### 5.8.2 SIP följs upp mer sällan än de genomförs

Som framgår ovan visar granskningen att formaliserad uppföljning av SIP inte sker i någon betydande utsträckning och något formellt avslut sker sällan. Majoriteten av de äldre patienter som berörs av LUS väntas ha ett i någon form livslångt behov av stöd från kommunen och primärvården, vilket medför att parterna har en löpande kontakt i olika sammanhang och att insatserna justeras löpande oberoende av eventuella sjukhusvistelser.

## 5.9 Bedömning

Samverkan kring enskilda patientärenden regleras av den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård. Processen omfattar ett flertal olika aktörer från slutenvården, primärvården och kommunerna. I många fall har enheter och medarbetare kontakt med varandra för första gången, vilket ställer höga krav på fungerande rutiner och samverkan för att processen ska vara effektiv och trygg för patienten. Vår samlade bedömning är att samverkan sker, men att den inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner.

Samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas vid inskrivningstillfället. Vi noterar dock att det förekommer ett flertal avvikelserapporter och vittnesmål, avseende andra vårdcentraler än de granskade, om att primärvården inte har kvitterat inskrivningsmeddelanden enligt gällande rutin. Eftersom primärvården ska ha den samordnande rollen i planeringsprocessen är det kritiskt att vårdcentralerna är aktiva och agerar skyndsamt i detta. Vi bedömer att SLSO bör säkerställa att alla vårdcentraler har fungerande rutiner för att löpande bevaka och reagera på inskrivningsmeddelanden.

Det förefaller finnas en väl upparbetad samverkan och ansvarsfördelning mellan geriatriken och de geografiskt närbelägna kommunerna, på både strukturell nivå och kring enskilda patientärenden. Mellan dessa verksamheter finns det upparbetade rutiner och kontaktvägar som härstammar från innan etableringen av LUS. Det finns konsensus bland samtliga intervjuade att det av olika skäl har varit svårare att implementera och upprätthålla samverkansrutinerna vid akutsjukhusens övriga avdelningar. En väsentlig del i problematiken är att många medarbetare inom slutenvården är sällananvändare av systemet WebCare och det förhållandevis invecklade och tidsmässigt utdragna flöde av aktiviteter som kopplats till utskrivningsprocessen. Vår bedömning är att hälso- och sjukvårdsförvaltningen har säkerställt att det finns tydliga metodstöd och bedömningsmallar tillgängliga på Vårdgivarguiden, men att vårdgivarna inte har förankrat dessa rutiner och metodstöd hos samtliga berörda medarbetare. Av granskningen framkommer det exempelvis att slutenvården inte skickar inskrivningsmeddelanden i tid, eller att medarbetare skickar inskrivningsmeddelanden avseende patienter som inte omfattas av LUS, vilket leder till merarbete för kommuner och primärvård att filtrera informationen.

Vår observation är att utskrivningsprocessen även i det senare skedet är avhängig vilken typ av instans den enskilde skrivs ut ifrån. Det finns samsyn bland de granskade kring att även senare informationsöverföring är mer välfungerande vid geriatriken samt övriga sjukhusavdelningar som är vana vid att hantera utskrivning av enskilda med samordnade insatser. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner som leder till att utskrivningsplanering kan initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från primärvård eller socialtjänst efter utskrivning.

Vi noterar att samtliga aktörer upplever en ökad administrativ börda i och med införandet av LUS. Administrationen i WebCare är en tids- och resurskrävande process. Samtliga granskade kommuner har vidtagit organisatoriska förändringar och tillsatt eller omfördelat handläggartjänster för att öka kapaciteten att bevaka förändringar i WebCare. Bland de granskade vårdcentralerna har den ena avsatt flera tjänster för ändamålet medan den andra har fördelat arbetet mellan flera medarbetare. Vår bedömning är att den betungande administrationen är väl känd inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen och att problemen adresseras i och med implementeringen av ett nytt informationsöverföringssystem under 2021.

En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och på mottagarsidan är att sjukhusavdelningarna utser sjuksköterskor med ett särskilt ansvar för utskrivningsprocessen. Det säkerställer kontinuitet och nödvändig kännedom om processen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas. Orsaken är i första hand svårighet att avvara sjuksköterskor för administrativt arbete, samt i vissa fall en svårighet att upprätthålla kontinuitet i samordningen vid sjukdom eller vakanser. Eftersom förutsättningarna varierar för olika verksamheter och samverkan kring utskrivning endast är en liten del av sjukhusets samlade verksamhet och utmaningar bedömer vi att vi inte kan rekommendera val av organisationsform. Vi vill dock framhålla att det finns samsyn bland intervjuade inom såväl slutenvård, primärvård som socialtjänst kring att denna typ av nyckelfunktioner i hög grad stärker och underlättar processen.

En obligatorisk nyckelfunktion i utskrivningsprocessen är den fasta vårdkontakt som ska utses inom primärvården. Av granskningen drar vi slutsatsen att husläkarmottagningarna i detta arbete inte beaktar patientperspektivet eller intentionerna med lagstiftningen. Den fasta vårdkontakten fungerar i hög grad som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det

helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden inte har tagit ett tillräckligt ansvar för att tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att det finns riktlinjer som på övergripande nivå tydliggör vad uppdraget som fast vårdkontakt innebär för husläkarmottagningarna. Hälso- och sjukvårdsnämnden behöver också säkerställa att det finns metodstöd och vägledning kring uppdraget för att främja likvärdighet mellan vårdgivare. Samtidigt bedömer vi att SLSO behöver säkerställa att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Vår bedömning är att denna iakttagelse och rekommendation är kritisk, eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

När det gäller planering inför utskrivning observerar vi att denna i huvudsak sker mellan huvudmännen i WebCare. Planeringen försvåras dock genom systembegränsningar. Den skriftliga planeringen sker ofta på ett icke korrekt sätt eftersom vissa fält för dokumentation är låsta tills dess att tidigare steg i processen är uppfyllda. Detta blir ett problem när parterna befinner sig i olika faser av sin planering. En annan väsentlig begränsning är att samtliga berörda aktörer inte har tillgång till WebCare, och att övriga parter inte förmår involvera dem i ett tillräckligt tidigt skede. Dessa problem adresseras i och med införandet av ett nytt och för ändamålet bättre anpassat informationsöverföringssystem under 2021.

En central del i utskrivningsprocessen är genomförandet av SIP som verktyg för att säkerställa en gemensam behovsanalys och samordnad planering av insatser. SIP ska erbjudas samtliga individer med behov av samordning över huvudmannagränsen. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Det upprättas mycket få SIP i förhållande till antal vårdtillfällen där det finns ett fortsatt behov av insatser. Hälso- och sjukvårdsnämnden har uppmärksammat problemet och vidtagit åtgärder genom att införa ett vitessystem i avtalet för husläkarmottagningar med verkan 2021. Vi bedömer dock att det finns otydligheter som nämnden bör adressera för att säkra en ändamålsenlig implementering av detta krav (se avsnitt 4.3).

Av LUS framgår att öppenvården ansvarar för att kalla till SIP och detta ansvar har integrerats i den gemensamma riktlinjen vid utskrivning. Vi noterar i granskningen att parterna har tagit fasta på denna rollfördelning i mycket hög grad. Vår bedömning är att detta olyckligt har lett till att parterna bortser från det ansvar slutenvården har enligt hälso- och sjukvårdslagen och det ansvar socialtjänsten har enligt socialtjänstlagen, att tillsammans upprätta en individuell plan om antingen regionen eller kommunen bedömer att den behövs. Det finns en utbredd frustration inom de granskade kommunerna över att primärvården inte kallar till SIP i den utsträckning som kommunerna skulle vilja. Vi bedömer att samtliga kommuner bör säkerställa att medarbetarna har kunskap om sin skyldighet att initiera SIP, om de bedömer att behov finns, även om den fasta vårdkontakten i primärvården inte tar sitt kallelseansvar. Vi bedömer samtidigt att hälso- och sjukvårdsnämnden omgående bör verka för att VIS i den länsgemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning tydliggör parternas ömsesidiga ansvar för att initiera SIP samt klargör hur detta förhåller sig till primärvårdens ansvar för att kalla till SIP. Hur detta ansvar ska förhålla sig till rollfördelningen kring kallelser bör även kommenteras i de rutiner och metodstöd som hälso- och sjukvårdsförvaltningen ansvarar för, eftersom primärvården inte alltid skickar kallelse på anmodan.

Samtidigt är vår bedömning att primärvården inte har tagit sitt ansvar för att kallelse till SIP sker före utskrivning. Det kan till viss del härledas till en otydlighet i uppdraget som fast vårdkontakt samt till att en samordnad planering sker genom WebCare och i andra kommunikationskanaler som upplevs uppfylla aktörernas behov på ett mer effektivt sätt. Genom alternativa planeringsformer riskerar patientperspektivet att försummas eftersom patientens och anhörigas delaktighet försvinner. Det finns samtidigt en bred samsyn i de granskade kommunerna om att behovet av SIP är mycket större än vad vårdcentralerna kallar till. Samtidigt noterar vi att det i intervjuerna med primärvården framkommer en bild som vittnar om ett långt avstånd mellan lagens intentioner och verkligheten. Primärvården upplever sig sakna stöd och resurser (personellt eller ekonomiskt) för att kalla till SIP, samtidigt som hälso- och sjukvårdsnämnden har beslutat om vite vid utebliven SIP utan



att höja ersättningen vid upprättad SIP. LUS och den länsgemensamma riktlinjen innehåller samtidigt ett stort tolkningsutrymme för när SIP måste genomföras, när det bör genomföras och i vilken mån patienten ska styra över valet. Mot bakgrund av detta bedömer vi att hälso- och sjukvårdsnämnden bör utvärdera de rekommenderade formerna för SIP och anpassa riktlinjerna i syfte att inom ramen för gällande lagstiftning förenkla processen. Vi bedömer samtidigt att SLSO behöver säkerställa att vårdcentralerna kallar till SIP i den utsträckning någon av de berörda parterna bedömer att det behövs.

Utifrån granskningens observationer ser vi också att metodstöd och teknikstöd bör utvecklas. Frågan har aktualiserats i och med att covid-19 har försvårat möjligheten att genomföra fysiska möten på ett riskfritt sätt. Digitala möten såsom videokonferenser och telefonmöten tillämpas i varierande grad. Det förekommer i dagsläget motstridiga uppfattningar bland de granskade aktörerna om vilka arbetsformer och verktyg som är tillåtna. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden behöver säkerställa att det finns riktlinjer som beskriver formkrav för genomförandet av ersättningsberättigad SIP samt att metodstöd och informationsmaterial anpassas därefter.

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera moment som skapar risker för att hemgång ska ske på ett tryggt sätt, men som också är svåra för aktörerna att hantera. Att preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar följdproblem i planeringen för både kommuner och primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning behöver säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt. I granskningen noterar vi också att förberedelserna bland kommuner och inom primärvård brister till den grad att många intervjuade inom slutenvården vittnar om att patienter återinskrivs på sjukhus. Orsaken uppges vara att bostadsanpassningar, hjälpmedel, medicinering eller förbrukningsmaterial inte finns till hands utifrån patientens behov, men att detta uppdagas först efter hemgång vilket leder till återinskrivning. Vi bedömer att SLSO behöver säkerställa att primärvården före utskrivning i enlighet med riktlinjen kontrollerar, bedömer och vid behov vidareförmedlar remisser till rätt instans samt kontrollerar att nödvändiga hjälpmedel och dylikt är tillgängligt vid utskrivning för att säkerställa en trygg hemgång och minska risken för undvikbar återinläggning. Vi bedömer samtidigt att kommunerna bör följa upp återinläggningar av patienter för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har skett på ett tryggt och säkert sätt.

Kommunerna har också ett uttalat ansvar för att säkerställa att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom kommunen inför utskrivning. Kommunen har en skyldighet att begära kompletterande uppgifter om informationen från slutenvården är otillräcklig för att kommunen ska kunna överta vård-, omsorg- och stödinsatser för den enskilde efter utskrivning. Här bedömer vi utifrån vad som framkommit i granskningen att kommunerna särskilt behöver uppmärksamma risken att patienter som skrivs ut i nära anslutning till helger och sent på eftermiddagar inte erhåller den vård och omsorg de har behov av. Granskningen tyder på att kommunikationen mellan biståndshandläggare och slutenvård fungerar väl i de flesta fall, men att det förekommer svårigheter i kommunikationen mellan slutenvården och hemtjänsten samt mellan olika utförare av hemtjänst i de kommuner där vård på nätter och/eller helger utförs av en annan aktör. Vi bedömer att denna samverkan kan förbättras genom att kommunikation sker i ett tidigare skede och inte enbart i form av insatsbeställning. Vi bedömer att kommunerna behöver säkerställa att det inom kommunen förs en dialog med utförarna av kommunala insatser i ett tillräckligt tidigt skede, så att de inte riskerar att få information från slutenvården innan de får information från kommunens biståndshandläggare. Vi bedömer också att de kommuner som tillämpar separat nattpatrull eller motsvarande behöver säkerställa att informationsutbytet omfattar denna utförare vid behov.

## 6. Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar

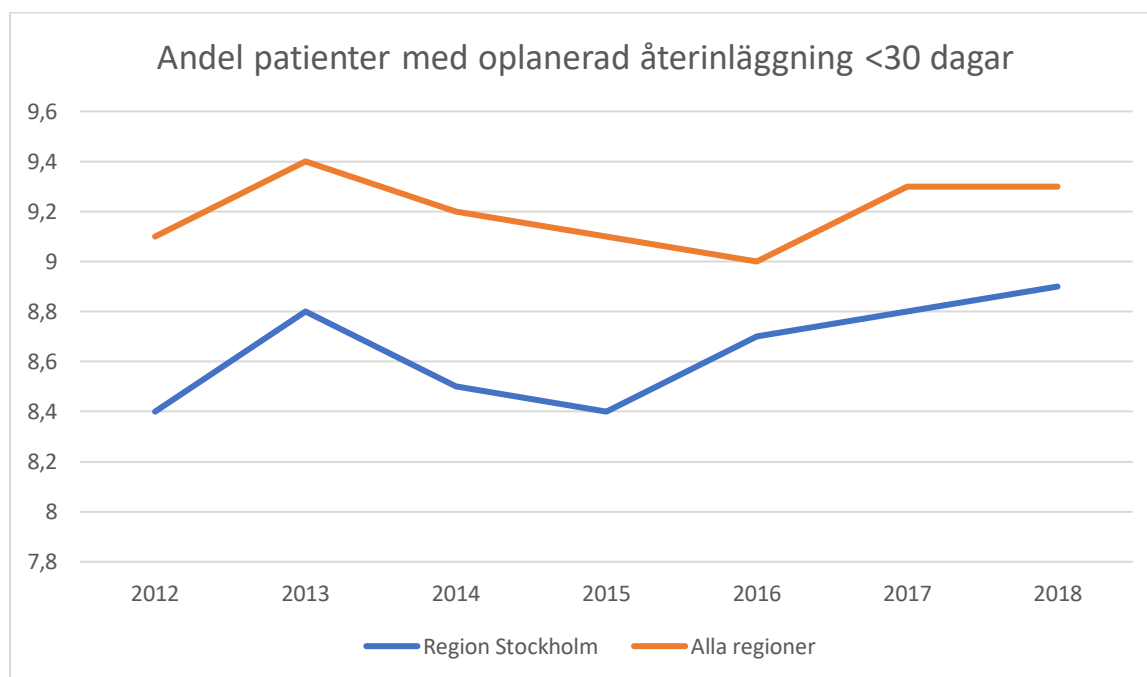
I den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från somatisk slutenvård framkommer att målsättningen med lagen är att den enskilde ska ha en trygg och säker utskrivningsprocess. Vilket ska bidra till att den enskilde inte behöver tillbringa tid i den slutna vården i onödan.

### 6.1 Ett prioriterat område i överenskommelsen

I den regionala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvård har *”förebyggande av undvikbara inskrivningar och återinskrivningar”* identifierats som ett av fem gemensamma fokusområden. I överenskommelsen eller dess bilagor finns inga närmare definitioner av området eller av planerade aktiviteter.

Enligt intervjuad processledare vid Storsthlm fanns en oro för att en påskyndad utskrivningsprocess skulle kunna leda till att vårdtiderna blev kortare än nödvändigt, med ett ökat antal återinläggningar som följd. Tjänstemannastyrgruppen har därefter inte haft anledning att prioritera frågan då problemet inte har utvecklats som befarat.

Tillgänglig data för andel patienter med oplanerade återinläggningar finns till och med 2018. Indikatorn följs fortfarande av Socialstyrelsen men enligt ansvarig statistikhandläggare är det oklart när data för 2019 kommer att publiceras. I denna statistik tas ingen hänsyn till samsjuklighet, diagnossättning, utförd egenvård eller andra faktorer som försvårar tolkning. Jämförelsen tyder dock på att det under senare år har skett en viss ökning av oplanerade återinläggningar, men att Region Stockholm alltjämt har bättre resultat än genomsnitt för övriga regioner.



Figur 4: Andel patienter 65 år eller äldre med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Källa: Socialstyrelsen/Patientregistret via Socialstyrelsens data för jämförelser.

### 6.2 Regionen följer upp återinläggningar inom slutenvården

Ett av målen i hälso- och sjukvårdsnämndens respektive SLSO:s verksamhetsplaner är att andelen återinläggningar inom 7 dagar inom slutenvården ska vara mindre än 7,5% för personer i ålder 80+. Detta följs upp på årsbasis i patientsäkerhetsberättelsen för SLSO som för 2019 visar ett resultat på 7,3 % inom SLSO. Hälso- och sjukvårdsnämnden följer indikatorn genom sin verksamhetsberättelse



där resultatet för 2019 uppges vara 7,9%.<sup>75</sup> I delårsrapporten för 2020 var resultatet förbättrat och uppgick till 6,8 % i augusti, men utifrån variationer i utfallet per månad görs bedömningen att det alltså finns osäkerhet om målvärdet kan uppnås för helåret<sup>76</sup>. Både i årsredovisningen 2019 och i delårsrapporten för 2020 framförs att det finns skillnader på utfall mellan olika kommuner som kan analyseras mer ingående.

I nämndens delårsrapport framförs att de åtgärder som pågår är ett fortsatt och intensifierat arbete med implementering av arbetsprocesserna kring LUS och den regionala överenskommelsen. Inga övriga åtgärder presenteras.

Bland de intervjuade på sjukhusen framkommer en oroskänsla inför vissa utskrivningar. Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara medicinskt färdigbehandlade, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Problem som lyfts fram är framförallt upplevelsen av att det är otydliga eller ineffektiva gränsdragningar mellan hemsjukvård och ASIH samt att det finns en stor brist på rehabiliteringsplatser för vissa patientgrupper. Läkare belyser också att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser.

### 6.3 Lokala insatser pågår för att minska undvikbara återinläggningar

Bland de intervjuade framgår att arbete med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention och samarbete med vårdcentralerna för att nå ut med information till inläggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att *trygg hemgång* används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Som nämnts i avsnitt 3.4.2.1 har dock flera kommuner nyligen valt att avveckla trygg hemgångsverksamheten.

I en kommun har frågan lyfts politiskt. På uppdrag av kommunfullmäktige i Järfälla kommun<sup>77</sup> har representanter från Järfälla kommun tillsammans med Danderyds sjukhus, Jakobsbergs geriatriken, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Barkarby vårdcentral drivit det så kallade *Järfällaprojektet*. Målet med projektet är förbättrad vård av äldre och multisjuka, för att undvika inläggningar och återinläggningar i de fall patienten inte har behov av akutsjukhusets resurser. Projektet har resulterat i förbättrade samverkansrutiner mellan parterna samt informationsmaterialet *Vård och omsorg i hemmet efter sjukhusvistelse*.<sup>78</sup>

I granskningen har det noterats att vårdcentralerna i stor utsträckning betraktar fast vårdkontakt som en administrativ roll, samt att många fasta vårdkontakter hanterar ett stort antal patienter. En konsekvens av detta riskerar att bli att den fasta vårdkontakten arbetar reaktivt istället för att bidra till förebyggande åtgärder och att förhindra undvikbar slutenvård.

---

<sup>75</sup> HSN 2019-0218

<sup>76</sup> HSN 2020-0592

<sup>77</sup> Mål- och budget 2019-2021, Järfälla kommun

<sup>78</sup> *Vård & omsorg i hemmet efter sjukhusvistelse* - Information till dig som är äldre eller närstående. Järfälla kommun

## 6.4 Bedömning

Att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar är ett gemensamt fokusområde i den regionala överenskommelsen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till och inga övergripande aktiviteter pågår.

Inom såväl hälso- och sjukvårdsnämnden som nämnden för SLSO finns mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. SLSO nådde målet under 2019 medan hälso- och sjukvårdsnämndens samlade verksamheter fortfarande överstiger målvärdet. Delårsrapporten för 2020 visar ett förbättrat resultat men det råder fortfarande osäkerhet kring helårsutfallet. Inga särskilda åtgärder vidtas utöver implementeringen av den gemensamma riktlinjen kring LUS. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel.

## 7. Övergripande uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

### 7.1 Det sker ingen gemensam uppföljning av effektmålen i överenskommelsen

Den regionala överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följas upp löpande.<sup>79</sup> Uppföljningen ska mäta överenskommelsens tre effektmål<sup>80</sup> och om de övergripande målen uppnås. Region Stockholm ska månatligen tillhandahålla statistiskt underlag per kommun, som kommunerna själva kan bearbeta, och regelbundna uppföljningsrapporter ska presenteras till VIS. Parterna har åtagit sig att delta i länsövergripande uppföljning genom att lämna nödvändigt underlag inom avsatt tid. Storsthlm (för kommunerna) och hälso- och sjukvårdsförvaltningen (för regionen) ansvarar för att planera och genomföra den uppföljning som parterna beslutar om och rapportera detta till VIS. Av överenskommelsen framgår att gemensamma former för uppföljning ska utvecklas och en detaljerad plan för utvärdering och uppföljning, inklusive rapportering av avsteg från samverkan på strukturell nivå, ska tas fram senast under våren 2020.<sup>81</sup> Uppföljningsplanen ska beslutas av VIS.

Av granskningen framgår att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen av parterna följer upp de tre effektmålen på en övergripande nivå. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

Rapportering till VIS består av lägesuppdateringar, vilka under 2020 främst har berört Covid-19 pandemins påverkan på utskrivningsprocessen, status för införandet av nytt IT-system samt i februari månads uppföljning av avvikelser och rapporterade problem i samverkan (se nästa avsnitt ang. avvikelsehantering). VIS tar också regelbundet del av aggregerad statistik över betalansvarsdagar, utskrivningstider och vårdtillfällen. På tjänstemannanivå inom både Storsthlm och hälso- och sjukvårdsförvaltningen följs statistik över utskrivningar varje månad och finns även tillgänglig för kommunerna via en statistikportal.

Enligt processledare vid Storsthlm finns det framgent behov av att hitta en lämplig modell för att fånga in patientens upplevelse av utskrivningsprocessen. Den nationella patientenkäten väntas framöver kompletteras med ytterligare frågor om upplevelse vid utskrivning från slutenvård.

### 7.2 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

Den generella uppfattningen bland de intervjuade är att detta inte är en politisk fråga eller styrelsefråga, så länge verksamheten förmår efterleva överenskommelsen och inte ådrar sig omfattande betalningsansvar. Bland de granskade nämnderna och styrelserna noterar vi att endast följande följer upp mål eller nyckeltal kopplade till LUS:

- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämnden följer i sina delårsrapporter bland annat:
  - *Antal dagar utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus.*
  - *Återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården för personer 80+.*
- ▶ Äldrenämnderna i Järfälla och i Sundbyberg följer i delårs- och årsredovisning antal ärenden där myndighetsenheten fått betalningsansvar.

Inom övriga kommuner och inom de granskade sjukhusen följs denna utveckling av förvaltningsledning eller ledningsgrupper på sjukhus- och avdelningsnivå, ej av respektive nämnd eller styrelse.

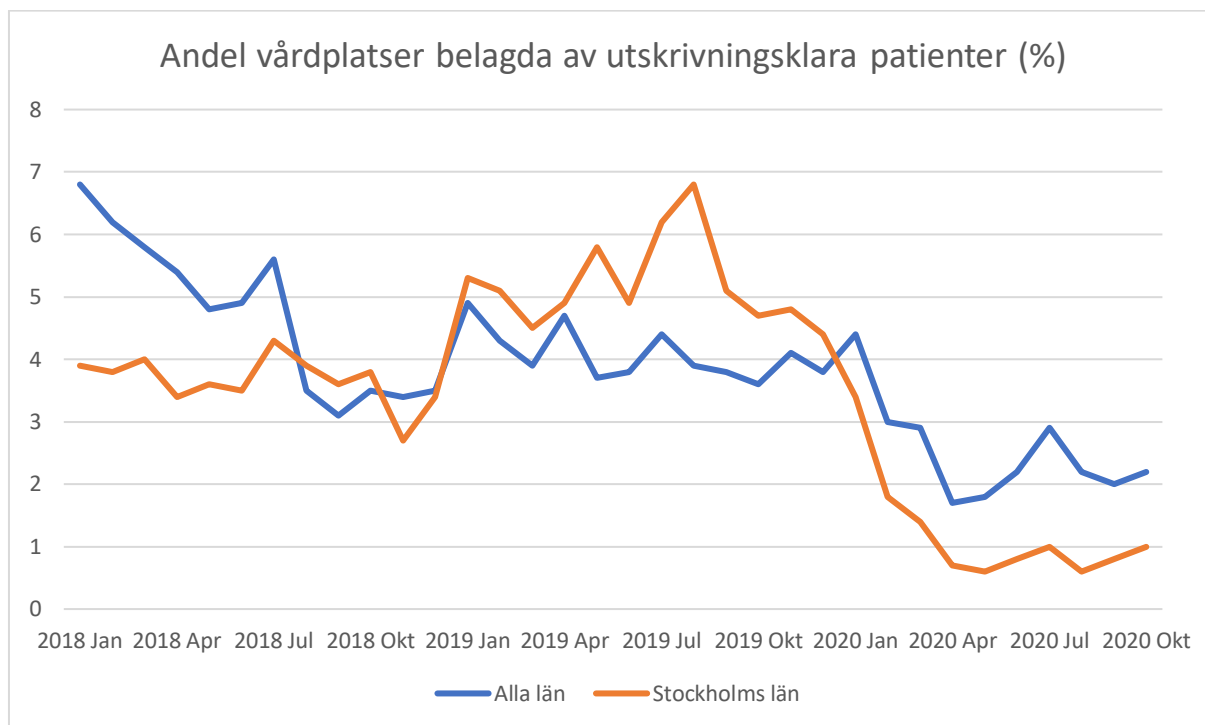
<sup>79</sup> HSN 2019-1416, avsnitt 13.

<sup>80</sup> Den enskilde ska kunna lämna slutenvården när den behandlande läkaren bedömt att den enskilde är utskrivningsklar. Utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde. Alla involverade aktörer ska samverka effektivt och patientsäkert utifrån den enskildes behov.

<sup>81</sup> HSN 2019-1416, avsnitt 13.

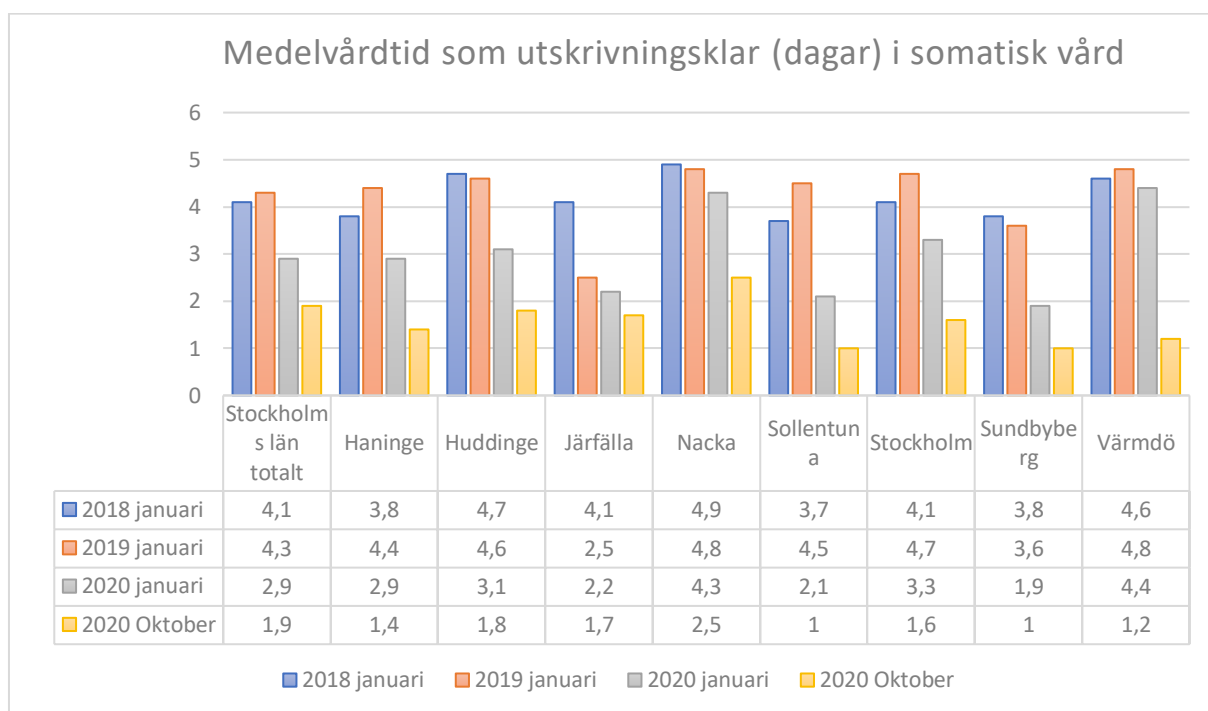
### 7.3 Statistiken tyder på att arbetet ändå ger god effekt

Trots de problem och hinder som observerats i granskningen har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en mer effektiv utskrivningsprocess. Andelen vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter har minskat kraftigt sedan mitten av 2019 och är för Stockholms län avsevärt lägre än genomsnitt i övriga landet.



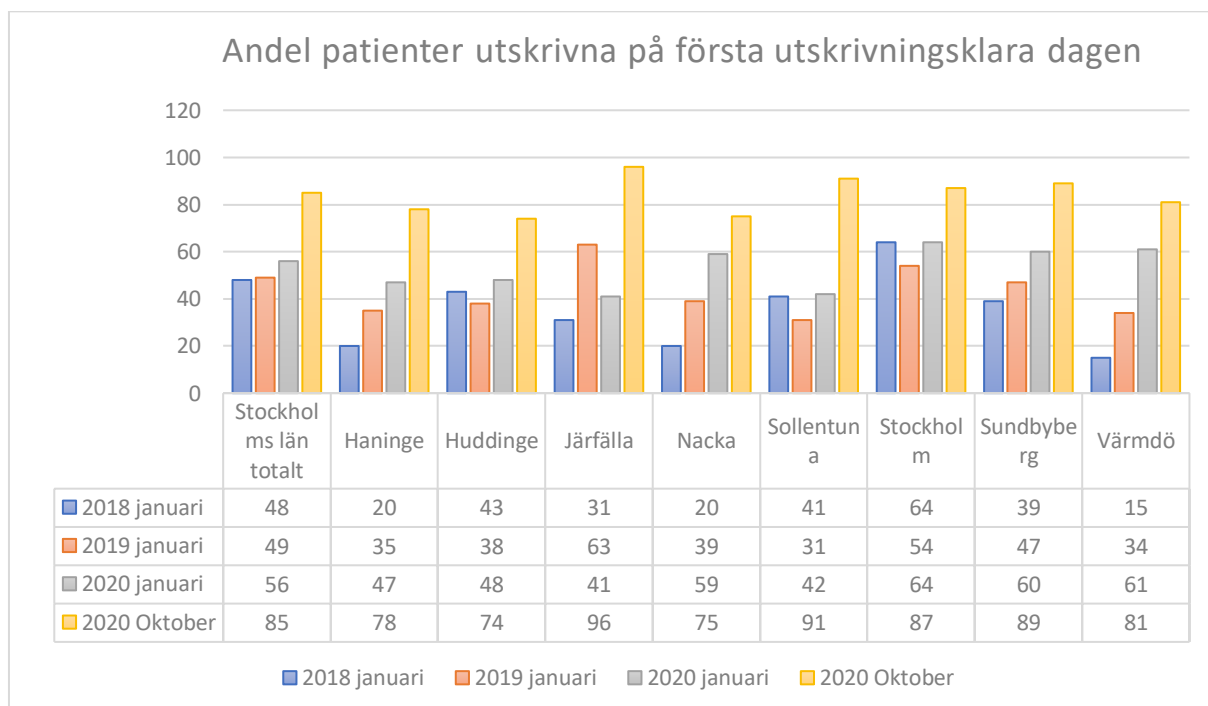
Figur 5: Belagda platser, som visar andel (%) disponibla vårdplatser som i genomsnitt under månaden varit belagda av utskrivningsklara patienter, källa SKR Väntetider i vården.

I illustrationerna nedan presenteras endast ett urval av månader, genomsnittet mäts månadsvis och varierar både uppåt och nedåt för kommunerna under året. Värt att notera är att det är stor skillnad mellan kommunerna i hur många patienter som omfattas av denna lagstiftning, vilket innebär att en enskild patient får ett större genomslag i statistiken i exempelvis Värmdö än i Stockholm.



Figur 6: Dagar i snitt, som visar medelvårdstiden som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under månaden och som varit utskrivningsklara minst en dag. Källa: SKR Väntetider i vården.

Den medelvårdstid som presenteras av SKR innehåller, till skillnad från den beräkningsmodell för betalansvar som tillämpas i Stockholms län, inte patienter som skrivs ut på noll dagen. Av redovisning framgår att andelen patienter som skrivits ut på noll dagen också har ökat kontinuerligt sedan LUS infördes:



Figur 7: Andel patienter som skrivs ut på utskrivningsklardagen i förhållande till antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller mer. Källa: SKR Väntetider i vården.

## 7.4 Det finns ett system för hantering av avvikelser men aktörerna förstår det inte

Enligt *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Stockholms län* ska avsteg från åtagande om möjligt lösas av parterna på lokal nivå, såvida dessa inte är av en sådan principiell karaktär att det kan antas påverka andra parter.<sup>82</sup> Avsteg från åtagandet ska enligt riktlinjen för kommunernas del rapporteras till Storsthlm och för Region Stockholms del till hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Enligt överenskommelsen ska Storsthlm och hälso- och sjukvårdsförvaltningen gemensamt följa upp och bedöma inkommande rapporter och återkoppla förslag till lösning med berörda parter. Vid behov lyfts frågan till den av VIS (Vård i samverkan) utsedda styrgruppen. Ytterst hanteras avsteg från åtagande till den politiska ledningsgruppen VIS som har tolkningsföreträde kring överenskommelse och riktlinjer, detta har dock än så länge inte skett med undantag för revidering av riktlinjerna i sig.

Enligt direktiv från hälso- och sjukvårdsförvaltningen ska avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutiner i respektive verksamhet. Det innebär i regel direkt kontakt mellan de berörda enheterna. Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras dessa avvikelserapporter av berörd medarbetare, ansvarig enhetschef eller av MAS/MAL/patientsäkerhetssamordnare.

Återkommande avvikelser eller systematiska fel kopplade till samverkan ska för regionfinansierade verksamheter rapporteras till en funktionsbrevlåda på hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Från kommunerna ska motsvarande rapporter rapporteras till Storsthlm. Dessa avvikelser hanteras sedan av en länsgemensam arbetsgrupp. Av granskningen framkommer att det råder osäkerhet bland de intervjuade vilka olika funktionsbrevlådor som förekommer och vilken typ av rapporter de är avsedda att hantera. Under andra halvåret 2019 inkom 41 rapporter till Storsthlm och 41 rapporter till hälso- och sjukvårdsförvaltningen.<sup>83</sup> Enligt Storsthlm har bara hälften av länets kommuner vid något tillfälle rapporterat in avvikelser genom denna kanal. De intervjuer som genomförts med de granskade kommunerna styrker denna bild: en stor del av de intervjuade företrädarna känner inte alls till denna rutin, eller tycker att det är oklart vilka typer av rapporter som ska rapporteras till vilken mottagare. En liknande problembild framkommer av samtal med medarbetare inom slutenvård och primärvård, där de intervjuade är osäkra på när rapporter ska skickas till olika funktionsbrevlådor eller registratorer inom regionen och när de ska skickas direkt till berörd enhet. På Vårdgivarguiden finns instruktioner där detta tydligt framgår men informationen förefaller inte vara känd i de berörda verksamheterna. Inom SLSO arbetar enheten *Verksamhetsstöd Patientsäkerhet* som expertstöd för bland annat stödjande övriga verksamheter i sin avvikelshantering. Enligt patientsäkerhetshandläggare krävs ett aktivt och kontinuerligt stöd till följd av den höga personalomsättningen bland chefer inom primärvården. Motsvarande problematik finns troligen även inom slutenvård och kommunala enheter.

Storsthlm har identifierat följande teman i de avvikelser som inkommit:

- ▶ Brister i kommunikation eller missförstånd mellan parterna
- ▶ Någon part efterlever inte rutinerna
- ▶ Synpunkter på att utskrivningsdatum ändras
- ▶ Olika syn på fristdagar
- ▶ Synpunkter på länsgemensamma riktlinjen och rutiner

<sup>82</sup> HSN 2019-1416, avsnitt 11.

<sup>83</sup> "Status i samverkan kring utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS)", rapport till VIS daterad 2020-02-24.

Storsthlm noterar särskilt att rapporterna ofta handlar om att inskrivningsmeddelande eller utskrivningsmeddelande inte skickats korrekt, att fast vårdkontakt inte utsetts, att rutinen inte följts kring hur SIP ska genomföras eller att SIP inte har genomförts alls.

Inom SLSO samt flera av sjukhusen används avvikelshanteringssystemet Händelsevis, vilket möjliggör rapporter direkt i systemet mellan slutenvård och primärvård. Enligt lokal systemförvaltare har det under 2019-2020 registrerats cirka 180 utgående avvikelserapporter (anmälningar från SLSO till en annan aktör) med koppling till brister i samverkan, varav uppskattningsvis 8 har direkt koppling till LUS. Antalet inkommande avvikelserapporter under samma period är 530 varav 13 berör LUS, samtliga 13 riktade mot primärvården. Exempel på rapporterade avvikelser i Händelsevis är snarlika de som rapporteras till hälso- och sjukvårdsförvaltningen: att patient inte har skrivits in i WebCare, att ingen fast vårdkontakt har angivits, att vårdcentral har kallat till SIP men inte själva kan delta, att vårdcentral inte öppnat inskrivningsmeddelanden eller övrig kommunikation i WebCare i tid, att fax-kommunikation ej nått fram, att nödvändiga hjälpmedel saknats i hemmet vid hemkomst, etc.

Innehållet i rapporterna till såväl Storsthlm som till SLSO överensstämmer i huvudsak med den problembild som framkommer av intervjuerna inom denna granskning. Det tyder dels på att de intervjuade har en god insikt i problematiken, och dels på att problemen är avsevärt mer utbredda än vad anmälda avvikelser ger uttryck för.

## 7.5 Bedömning

Granskningen visar att uppföljning utifrån överenskommelsens tre effektmål inte sker. Det finns inte någon uppföljningsplan eller plan för utvärdering framtagen trots att parterna är överens om att så ska ske. Det är förståeligt att parterna under 2020 har prioriterat hanteringen av Covid-19 vilket förefaller ha överskuggat mycket utvecklingsarbete. Samtidigt är konsekvenserna av det att rutiner och metoder inte revideras i den utsträckning som behövs. Riskerna är att avvikelser och avsteg fortgår, vilket påverkar både patientsäkerheten och arbetsförhållanden för medarbetare inom vården. Vi bedömer att såväl hälso- och sjukvårdsnämnden som kommunerna bör verka för att överenskommelsen kring samverkan utvärderas och att effektmålen följs upp, så snart det är möjligt. Uppföljningen bör särskilt stärkas gällande överenskommelsens andra effektmål, "utskrivningsprocessen ska upplevas som trygg och samordnad för den enskilde." Varken inom regionen eller på lokal nivå sker en systematisk uppföljning av patienternas egna uppfattningar och erfarenheter.

Gällande avvikelshantering kan vi konstatera att det finns systemstöd utvecklade för att verksamheterna ska kunna rapportera de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Av granskningen framkommer det att det råder en osäkerhet bland aktörerna kring vilka olika funktionsbrevlådor som finns tillgängliga och vilken typ av rapporter de är avsedda att hantera. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att alla parter är införstådda med vilka verktyg och funktionsbrevlådor som ska användas i avvikelshantering och för vilka syften. Vi noterar också att en stor del av de intervjuade beskriver att de tidigare har anmält avvikelser men att bristen på återkoppling och åtgärder har fått dem att sluta med detta. Det riskerar att ge en missvisande bild av att återkommande brister har åtgärdats. Hälso- och sjukvårdsnämnden och kommunerna behöver tydligare kommunicera förväntningar om åiterrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser. Vi noterar i granskningen att Storsthlm under året har presenterat för VIS-styrgruppen vilka som är de vanligast förekommande avvikelserna i länet. Denna typ av strukturell analys saknas hos övriga aktörer, delvis till följd av att systemstöden gör det praktiskt svårt att sammanställa underlag. Vi bedömer att samtliga aktörer bör utveckla formerna för avvikelshantering i samverkansprocessen för att säkerställa en god bild av vilka strukturella problem som finns och hur de åtgärdas.

## 8. Sammanfattade slutsatser per granskad nämnd

I detta avsnitt presenteras sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. I tabellerna framgår även viss partsspecifik information av sådan detaljnivå att den inte varit relevant att ta upp i den samlade rapporten men som vi bedömer kan vara av intresse för respektive kommuns egen revisionsgrupp.

### 8.1 Region Stockholm

#### 8.1.1 Hälso-och sjukvårdsnämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur skapas incitament i hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning av regionens utförare för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>I hälso- och sjukvårdsnämndens avtal med sjukhusen, den geriatriska vården och husläkarmottagningarna finns uttalade krav på samverkan, både med andra vårdgivare och med andra huvudmän. Det är uttalat i avtalen att vårdgivarna ska känna till och följa samverkansöverenskommelser mellan Region Stockholm och andra huvudmän, samt delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå. Vi bedömer mot denna bakgrund att hälso- och sjukvårdsnämnden har tagit sitt ansvar för att säkerställa efterlevnad i alla led.</p> <p>Vissa former av åtgärdsbaserad ersättning finns kopplad till LUS men vår bedömning är att dessa inte utgör starka incitament utan primärt ger kostnadstäckning för de åtaganden och ansvar som samverkansöverenskommelsen påför vårdgivarna.</p> <p>Avtalen innehåller inte några uttalade konsekvenser om vårdgivarna brister i sin samverkan med övriga parter. Hälso- och sjukvårdsnämnden har under 2020 uppmärksammat bristande följsamhet till överenskommelsen inom primärvården, avseende ansvaret för att kalla till SIP. Nämnden har vidtagit kraftfulla åtgärder genom införandet av en vitesklausul i förfrågningsunderlaget, gällande från februari 2021. Vår bedömning är dock att denna granskning pekar på vissa oklarheter som bör ha omfattas i beredningen av detta beslut, se nedan.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Det är hälso- och sjukvårdsnämnden som för Region Stockholms del har ingått en regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, tillsammans med kommunerna i länet. Överenskommelsen och de tillhörande riktlinjer som har utarbetats reglerar på en övergripande nivå roll- och ansvarsfördelning i samverkan. Hälso- och sjukvårdsnämnden har vidare utsett representanter till den gemensamma styrgrupp som har fått i uppdrag att förvalta, utveckla och följa upp den gemensamma processen med tillhörande riktlinjer och rutiner.</p> <p>Riktlinjen och de vårdområdesspecifika rutiner som har utarbetats ger en på operativ nivå i huvudsak tydlig roll- och ansvarsfördelning. I granskningen uppmärksammar vi att det finns väsentliga otydligheter kopplade till ansvaret för att initiera och kalla till SIP. I övrigt bedömer vi att roll- och ansvarsfördelningen är tydlig men att det fortsatt finns ett behov av ytterligare system- och metodstöd, vilket faller inom hälso- och sjukvårdsnämndens ansvarsområde.</p>



Revisionsfråga	Bedömning
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<i>Se bedömning för respektive aktör.</i>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten har nära kontakt med medarbetare inom slutenvården under pågående vårdtillfälle men liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Det saknas uppföljning av om patienterna upplever detta som ett problem eller om patientperspektivet kan tas tillvara på ett tillfredsställande sätt genom andra kontakter.</p> <p>I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samtliga ärenden. Aktörerna upplever att en tillfredsställande samordning mellan parterna i regel kan genomföras utan patientens delaktighet. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvisa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>Hälso- och sjukvårdsförvaltningen sammanställer statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för övriga aktörer att löpande följa sina resultat. Förvaltningen tillhandahåller en webbportal där kommunerna kan ta del av statistik. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret. Urval av data ur denna uppföljning återkopplas till hälso- och sjukvårdsnämnden.</p> <p>Ingen övergripande uppföljning har skett avseende samverkansprocessen, den regionala överenskommelsen eller de effektmål som definierats i överenskommelsen. Under implementeringsfasen diskuterades denna typ av frågor löpande mellan parterna i olika samverkansforum men under 2020 har fokus på samordning och hantering av Covid-19 tagit fokus vid motsvarande möten.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Hälso- och sjukvårdsnämnden nådde under 2019 inte målet om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. Delårsrapporten för 2020 visar på ett förbättrat resultat men det råder fortfarande osäkerhet kring helårsutfallet. Inga särskilda åtgärder vidtas utöver implementeringen av den gemensamma riktlinjen kring LUS. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner. Vi bedömer att hälso- och sjukvårdsnämnden bör överväga om det finns ett värde att samordna uppföljning av dessa initiativ i syfte att identifiera framgångsfaktorer och insatser som bör implementeras på bredare front.

Revisionsfråga	Bedömning
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	Inom regionen finns det systemstöd för att verksamheterna ska kunna rapportera de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna. Här behöver kommunikationen kring avsedda verktyg och mottagare tydliggöras. Förväntningar om återrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.

## 8.1.2 Nämnden för SLSO

Revisionsfråga	Bedömning
Hur skapas incitament i hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning av regionens utförare för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	SLSO:s verksamheter omfattas av vårdgivaravtal i vilka det finns uttalade krav på samverkan, både med andra vårdgivare och med andra huvudmän. I denna granskning har ett urval av SLSO:s vårdcentraler ingått. I avtalet för husläkarmottagningar med basal hemsjukvård är det uttalat att varje vårdcentral ska känna till och följa samverkansöverenskommelser mellan Region Stockholm och andra huvudmän, samt delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till lokal nivå.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Inom SLSO bedömer vi att roll- och ansvarsfördelningen är tydlig. Verksamhetschef för respektive vårdcentral ansvarar för att efterleva avtalet med Region Stockholm samt den länsgemensamma överenskommelsen. Vi uppmärksammar dock att det finns otydligheter i överenskommelsen kopplade till vårdcentralernas ansvar (se ovan).</p> <p>I och med hanteringen av Covid-19 har arbete med införande av lokala klusterorganisationer tidigarelagts. Detta väntas på sikt stärka samordningen kring övriga strukturella samverkansfrågor. Diskussioner pågår om att kontakt med kommuner kan lyftas till klusternivå och inte hanteras av varje enskild vårdcentral.</p> <p>Inom SLSO finns stödfunktioner i form av exempelvis patientsäkerhetshandläggare, vilket kan avlasta vårdcentralerna och bidra till verksamhetsutveckling men fråntar inte i något avseende respektive enhet deras ansvar i den regionala överenskommelsen.</p> <p>Inom SLSO finns även andra verksamheter som berörs av samverkan kring LUS, exempelvis rehabilitering, hjälpmedel och avancerad sjukvård i hemmet (slutenvårdsverksamhet). Även för dessa verksamheter är roller och ansvar i samverkansprocessen reglerad i avtal och utövas gentemot vårdcentraler och övriga aktörer i form av ett remiss- eller beställarförfarande.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i	Utskrivningsprocessen leder till att patienter till övervägande del kan skrivas ut och komma hem inom de tidsramar parterna har enats om. Vår bedömning är dock att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare,

Revisionsfråga	Bedömning
respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner.</p> <p>Primärvårdens ansvarstagande brister främst i två avseenden: 1) fasta vårdkontakter utses men har i praktiken inte det helhetsansvar som lagen föreskriver och tar inte det övergripande ansvaret för samordningen av insatser som den läns gemensamma överenskommelsen stadgar. 2) vårdcentralerna kallar inte till SIP-möten i den utsträckning som övriga parter upplever behövs.</p> <p>Kring båda dessa områden finns ett antal komplicerande faktorer som inte till fullo kan påföras primärvårdens eget ansvar utan som behöver adresseras av övriga aktörer (se rapportens kapitel 5). SLSO bör dock säkerställa att samtliga vårdcentraler i enlighet med avtalet för husläkarverksamhet har deltar i arbetet med att anpassa och utveckla de läns gemensamma riktlinjerna till lokal nivå samt att de i enlighet med överenskommelsen samverkar lokalt kring utskrivningsprocessen. Övriga aktörer uppfattar att graden av lokal samverkan i hög grad är personberoende.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Patienten har annars i regel liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Genom att genomföra SIP kan SLSO på ett strukturerat sätt säkerställa att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården.</p> <p>I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samtliga ärenden. Aktörerna upplever att en tillfredsställande samordning mellan parterna i regel kan genomföras utan patientens delaktighet. Det saknas uppföljning av om patienterna upplever detta som ett problem.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>Primärvårdsledningen följer upp den statistik som sammanställs av hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Ansvarig områdeschef återkopplar vid behov till ansvariga enhetschefer. Antal genomförda SIP har särskilt varit föremål för diskussion under slutet av 2020 med anledning av de förändrade förfrågningsunderlaget för husläkarmottagningarna som träder i kraft våren 2021.</p> <p>Urval av nyckeltal följs upp av nämnden för SLSO, däribland antal dagar utskrivningsklara patienter är kvar på sjukhus samt återinläggning inom 7 dagar inom slutenvården för personer 80+.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>SLSO har ett mål i sin verksamhetsplan om att andelen återinläggningar inom 7 dagar inom slutenvården ska vara mindre än 7,5% för personer i ålder 80+. Under föregående år uppnåddes målet. Inga särskilda uppdrag eller aktiviteter har lyfts av nämnden med koppling till detta mål. Dialog förekommer med hälso- och sjukvårdsförvaltningen kring hur primärvårdsstrategin ska implementeras, vilken i hög grad betonar en sammanhållen vård.</p> <p>Det finns en utmaning i att få närliggande vårdval att remittera till primärvård istället för att hänvisa till sjukhus. Vårdcentralernas begränsade öppettider är ytterligare en bidragande faktor.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>Hemsjukvården har en särskilt central roll i det dagliga arbetet genom att säkerställa en god vård, arbeta med fallprevention, säkra tillgång till nödvändiga läkemedel och hjälpmedel, etc.</p> <p>På enhetsnivå förekommer olika former av projekt och pilotverksamheter. Ingen av de granskade vårdcentralerna ingår i sådana, men bland de granskade kommunerna nämns exempel som involverar andra vårdcentraler.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Avvikelser hanteras i första hand lokalt inom respektive vårdcentral. De granskade vårdcentralerna beskriver att detta sker på olika sätt, ibland via avvikelserapporter i avsedda system och ibland via direktkontakt eller i samverkansmöten.</p> <p>SLSO har en central verksamhetsstödsenhet som ger stöd i patientsäkerhetsarbete. Detta omfattar bland annat utbildning, råd och stöd till verksamhetschefer, expertstöd vid utredningar, central hantering av avvikelserapporter samt handläggning av klagomål och synpunkter från andra aktörer. Genom denna funktion finns möjlighet till sammanställd uppföljning. Antalet formellt inrapporterade avvikelser med bäring på LUS är dock lågt.</p>

### 8.1.3 Danderyds sjukhus AB

Revisionsfråga	Bedömning
Hur skapas incitament i hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning av regionens utförare för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Danderyds Sjukhus AB omfattas av sjukhusavtal för de regionägda sjukhusen samt av vårdvalsavtal för geriatrisk öppen- och slutenvård. Av båda avtalen framgår att sjukhuset ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän samt delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till verksamhetsnära nivå tillsammans med andra berörda vårdgivare, huvudmän och organisationer.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Danderyds Sjukhus utan anger aktiviteter som <i>slutenvården</i> ansvarar för. Riktlinjer för utskrivningsprocessen är på övergripande nivå. Det finns inte en gemensam tillämpningsanvisning inom sjukhuset utan avdelningarna utformar egna rutiner. Sjukhuset har infört <i>vårdsamordnare</i> , sjuksköterskor som ansvarar för att koordinera vårdprocesser inom sjukhuset. Funktionen finns i dagsläget inom alla kliniker men inte inom alla avdelningar.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	Utskrivningsprocessen för merparten av de berörda patienterna hanteras av vårdsamordnare. Vårdsamordnarna hanterar all kommunikation i WebCare, kontakten med externa aktörer samt den interna samordningen och kontakten med läkare, arbetsterapeuter och övrig vårdpersonal. Vårdsamordnarna från olika verksamheter träffas regelbundet vilket främjar utbyte och samverkan vid övergångar mellan olika verksamheter inom sjukhuset. Många patienter skrivs över från akutmottagning till sjukhusets egen geriatrik före hemgång.

Revisionsfråga	Bedömning
	Danderyds Sjukhus har etablerade samverkansmöten med de närmaste kommunerna för att diskutera övergripande utvecklingsfrågor. Motsvarande dialog finns inte med övriga kommuner. Sjukhuset hanterar geografiskt spridda patientgrupper och kommer därigenom i kontakt med ytterligare kommuner i utskrivningsprocessen.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Sjukhusavdelningarna har olika rutiner för hur patienten görs delaktig i utskrivningsprocessen. Inom vissa avdelningar diskuteras framtida steg i processen tillsammans med patienten vid gående rond, medan andra avdelningar i första hand diskuterar planeringen vid teamrond inom arbetslaget. Den informella kontakten mellan patient och sjuksköterska är viktig.
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	Sjukhuset har på avdelnings-/kliniknivå en överblick på patientflödet och inneliggande utskrivningsklara patienter. Uppföljning specifikt relaterad till LUS bedöms inte vara en styrelse-/ledningsfråga utan hanteras i första hand inom verksamheten med betoning på de samordnande och stödjande funktioner som har etablerats.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>Danderyds sjukhus har under 2019–2020 medverkat i ett projekt tillsammans med Järfälla kommun, Jakobsbergs geriatriken och Barkarby vårdcentral som syftar till att undvika inläggningar och återinläggningar i de fall patienten inte har behov av akutsjukhusets resurser. Projektet har resulterat i förbättrade samverkansrutiner mellan parterna samt nya informationsmaterial riktade till utskrivna patienter.</p> <p>Bland intervjuade medarbetare betonas att den viktigaste insatsen är noggrannhet i utskrivningsprocessen, att undvika för tidig hemgång samt att säkerställa en tillräcklig informationsöverföring. Vårdsamordnarna beskrivs som nyckelpersoner i det arbetet.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	Avvikelse hanteras i regel mellan berörd sjukhusavdelning och berörd kommun. Sjukhuset har nyligen tagit ett samlat grepp om avvikelshanteringen för att kunna fånga upp strukturella frågor och ta upp dem vid samverkansmöten med kommunerna.

#### 8.1.4 Karolinska universitetssjukhuset

Revisionsfråga	Bedömning
Hur skapas incitament i hälso- och sjukvårdsnämndens avtalsstyrning av regionens utförare för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Karolinska universitetssjukhuset omfattas av sjukhusavtal för de regionägda sjukhusen samt av vårdvalsavtal för geriatrisk öppen- och slutenvård. Av båda avtalen framgår att sjukhuset ska känna till och följa beslut och riktlinjer i samverkansöverenskommelser som finns mellan Region Stockholm och andra huvudmän samt delta i arbetet med att anpassa och utveckla dessa till verksamhetsnära nivå tillsammans med andra berörda vårdgivare, huvudmän och organisationer.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Karolinska universitetssjukhuset utan anger aktiviteter som <i>slutenvården</i> ansvarar för.</p> <p>Alla avdelningar är ålagda att följa LUS och att använda samt lägga in korrekt information i WebCare. Det är dock upp till respektive avdelning att tillse hur ofta medarbetarna utbildas, uppdateras, om alla ska vara ansvariga eller om man ska ha en utskrivningsansvarig och detta varierar inom sjukhuset. Ansvaret för den enskilda patientens utskrivningsprocess är i regel utspritt på flera medarbetare, med ambitionen att alla ska ha tillräcklig kunskap. Inom vissa teman, bland annat geriatriken, finns utskrivningssjuksköterskor och koordinatörer. Inom geriatriken finns en koordinator även ansvarar för samverkansmöten med kommunerna Huddinge och Botkyrka. Besluten tas av avdelningschef ihop med verksamhetschef och bromsas i regel av bristen på sjuksköterskor. Inom vissa avdelningar förekommer undersköterskor med ansvar för WebCare. Det uppges underlätta administrationen men innebär oönskade begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov och ha en proaktiv kommunikation med övriga professioner.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Före införandet av LUS fanns det en rutin inom sjukhuset där äldre patienter remitterades till geriatriken för vårdplanering. Införandet av LUS har inneburit att vårdplaneringen ska inledas redan vid inskrivning, vilket har fått stora konsekvenser som sjukhuset inte har lyckats anpassa sig till. Akut- och specialistmottagningarna upptar patienter från hela länet och bedriver högspecialiserad nationell vård som även omfattar patienter från andra län. I kombination med att alla teman inte tillämpar samordningsfunktioner leder det till att ett stort antal medarbetare blivit sällananvändare av WebCare och behöver ha grundläggande insikt i LUS-utskrivningsprocessen. Det förekommer stora variationer mellan avdelningarna hur stort antal inläggande patienter en sjuksköterska ansvarar för, vilket får konsekvensen att förutsättningarna att samordna kontakter internt och externt varierar. Medarbetare vid geriatriken vittnar om att planeringen ofta inte är påbörjad när patienterna skrivs över till deras verksamhet, och kommunerna och primärvården vittnar om att patienter som skrivs ut direkt från akutmottagningar ofta saknar samordnad planering vid hemgång.</p> <p>Det finns en väl upparbetad samverkan och ansvarsfördelning mellan geriatriken och de geografiskt närbelägna kommunerna, på både strukturell nivå och kring enskilda patientärenden.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att	Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Sjukhusavdelningarna har olika



Revisionsfråga	Bedömning
patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	rutiner för hur patienten görs delaktig i utskrivningsprocessen. Kommunikation sker löpande mellan patient och behandlande vårdpersonal. Det uppfattas som ett stort problem att den fasta vårdkontakten inom primärvården inte börjar planera för den fortsatta vården redan under vårdtillfället, vilket skapar osäkerhet i vad sjukhuset ska/kan förmedla i sin kontakt med patienten.
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	Sjukhuset har på avdelnings-/kliniknivå en överblick på patientflödet och inneliggande utskrivningsklara patienter. Uppföljning specifikt relaterad till LUS bedöms inte vara en styrelse-/ledningsfråga utan hanteras i första hand inom verksamheten. Sjukhuset har en verksamhetsstödfunktion dedikerad till hanteringen av WebCare som följer aggregerade data och inom vissa teman finns ytterligare samordnande och stödjande funktioner.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.  Sjukhusets <i>Tema äldre</i> har under året initierat ett samarbete med Botkyrka kommun och vårdcentralerna i kommunen för att säkra en bättre samordning, men till följd av Covid-19 har endast ett inledande möte kunnat hållas.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	Avvikelse hanteras i regel mellan berörda enheter. Enligt intervjuade skriver medarbetarna inom sjukhuset inte avvikelserapporter i lika hög utsträckning som vid införandet av LUS. Orsaken är att samma brister kvarstår och graden av återkoppling och åtgärder från övriga parter, i synnerhet primärvården, uppfattas som låg.  Inom geriatriken förekommer samverkansmöten med kommunerna och vid dessa kan avvikelser tas upp för diskussion på en övergripande nivå. Geriatriken medverkar även vid samverkansmöten inom FOU Nestor. Där har önskemål om ett gemensamt avvikelshanteringssystem tagits upp. <i>Händelsevis</i> upplevs som komplext och ger inte stöd för dialog och uppföljning tillsammans med kommunerna. På grund av Covid-19 har dessa typer av möten minskat under 2020 för att sjukhuset behöver fokusera på kärnverksamheten.

## 8.2 Stockholms stad

### 8.2.1 Äldrenämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Äldrenämnden beslutade 2019-09-24 att tillstyrka att kommunstyrelsen beslutar att ingå i den regionala överenskommelsen. Kommunstyrelsen godkände i sin tur överenskommelsen 2019-10-30. Stockholms stad ingår i styrgruppen för vård- och omsorgsområdet i Stockholms län, VIS.

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>Äldrenämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I mål- och budget för äldrenämnden framgår däremot ett antal pågående aktiviteter för att anpassa verksamheten till LUS.</p> <p>Förvaltningen planerar med hänvisning till implementeringen av LUS sedan hösten 2019 att implementera modellen <i>Tryggt mottagande i hemmet</i> i stadsdelarna för att säkerställa en trygg hemgång från slutenvård eller korttidsboende. Implementeringen av modellen har i vissa stadsdelar blivit framskjuten på grund av hanteringen av Covid-19.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen. Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Stockholms stad utan anger endast vilka aktiviteter som <i>socialtjänsten</i> ansvarar för. Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade nämnderna i Stockholms stad. Äldrenämnden har en samordnande och stödjande roll i förhållande till de 13 stadsdelsnämnder som ansvarar för den operativa implementeringen av LUS. Äldrenämndens verksamheter representerar staden som helhet i kontakterna med Region Stockholm och kommunförbundet Storsthlm.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p><i>Se bedömning av stadsdelsnämnderna.</i></p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Äldrenämnden har tagit initiativ till ett pilotprojekt tillsammans med Region Stockholm för att utarbeta en lokal samverkansöverenskommelse med en ny samverkansform som på sikt ska omfatta alla stadsdelar. Genom denna samverkansform finns förhoppningar om att lättare kunna hantera komplexa frågeställningar och gränsdragningsproblem kring enskilda patienter. Pilotprojektet involverar i första skedet Enskede-Årsta-Vantör samt närmast berörda vårdgivare inom öppenvård, primärvård och slutenvård.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets</p>



Revisionsfråga	Bedömning
undvikbara återinskrivningar?	<p>kommuner.</p> <p>Det av äldrenämnden prioriterade arbetet med att i hela staden införa Tryggt mottagande i hemmet är en åtgärd för att minska undvikbara återinskrivningar. Vi föreslår att äldrenämnden på en övergripande nivå följer upp andelen återinläggningar av patienter för att följa upp vilka effekter satsningen har i detta avseende.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Äldreförvaltningen gör inte någon samlad uppföljning av avvikelser relaterade till utskrivningsprocessen. Vi föreslår att äldreförvaltningen utvecklar formerna för uppföljning av avvikelser inom staden för att säkerställa en god bild av vilka strukturella problem som finns och vilka stadsdelsövergripande åtgärder som bör vidtas.</p> <p>När det gäller avvikelser som stadsdelarna rapporterar på övriga vårdgivare kan äldreförvaltningen bistå genom att tydligare kommunicera vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som ska användas samt stödja arbetet genom att stärka kraven på återrapportering vid mottagna avvikelse rapporter.</p>

## 8.2.2 Farsta stadsdelsnämnd

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Stadsdelsnämnden godkände 2019-08-17 stadsförvaltningens förslag till svar på remiss gällande medverkan i den regionala överenskommelsen kring samverkan. Nämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I stadsdelsnämndens verksamhetsplan och budget presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående åtgärder på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen. Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Stockholms stad utan anger endast vilka aktiviteter som <i>socialtjänsten</i> ansvarar för. Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade nämnderna i Stockholms stad.</p> <p>I Farsta noterar vi särskilt att det finns ett behov av att stärka samverkansprocessen kring patienter i behov av hemtjänstinsatser. Stadsdelsförvaltningen bör se över om det finns möjlighet att involvera hemtjänstutförarna tidigare i utskrivningsprocessen för att möjliggöra en bättre samordnad intern planering. Stadsdelsförvaltningen behöver också stödja hemtjänstutförarna i dialogen med primärvården för att tydliggöra stadens gränsdragning gällande hantering av läkemedelsdelegation.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten</p>

Revisionsfråga	Bedömning
för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på Farsta stadsdelsnämnd.</p> <p>Under 2019 utvecklades ett nytt arbetssätt inom biståndsenheten för att möta kraven i LUS. Från att tidigare ha arbetat med vårdteam, så ansvarar nu alla biståndshandläggare för sina respektive äldre oavsett vård- och omsorgsbehov. Övergången till detta arbetssätt uppges vara framgångsrikt. Samtidigt har Farsta stadsdel infört metoden <i>Tryggt mottagande i hemmet</i> inom utförarverksamheten vilket bland annat syftar till att ge den enskilde en tryggare hemgång i samband med utskrivning från slutenvården. I Stockholms stad finns enheten Stockholms Trygghetsjour som arbetar stadsdelsövergripande. Där arbetar jourhandläggare under icke kontorstid och har delegation från stadsdelsnämnderna att fatta biståndsbeslut om hemtjänst och korttidsvård fram till nästkommande vardag.</p> <p>Det finns en samverkansöverenskommelse mellan avdelningen för äldreomsorg inom Farsta stadsdelsförvaltning och Rehab Södra. Överenskommelsens syfte är bland annat att förbättra samordningsinsatserna. Detta är ett positivt då många kommuner upplever problem särskilt i samverkan med rehabiliteringen.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Vår bedömning att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig grad i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig. Inom Farsta stadsdel sker dock vissa särskilda aktiviteter för att säkerställa att patientperspektivet tillvaratas i planeringen av insatser och inom ramen för de insatser som kommunen bistår med. Inom särskilda boenden tillämpas tydliga rutiner för planering av fortsatt vård efter hemkomsten, vilket innebär att patienten, anhöriga samt arbetslaget på boendet, samlas för att prata om fortsatt vård. Skillnaden mot SIP är att detta inte involverar aktörer inom öppenvården.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Åtterrapporering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>Enligt intervjuade företrädare för äldreomsorgen i Farsta sker många återinskrivningar efter hänvisning av hemtjänst/SÄBO till följd av brister i samverkan med primärvården, att hjälpmedel i hemmet saknas vid utskrivning samt att hemtjänsten inte delar slutenvårdens bild av att</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>patienten är medicinskt färdigbehandlade. Stadsdelsnämnden har svårt att vidta omedelbara åtgärder för att förebygga detta utan arbetar långsiktigt med stärkt samverkan med regionen.</p> <p>En konkret åtgärd från stadsdelsnämndens sida för att minska undvikbara återinskrivningar är införandet av <i>Tryggt mottagande i hemmet</i>, vilket uppges ha gett god effekt. I praktiken innebär det att patienter med stora behov eller stor oro får sina omsorgsinsatser tillgodosedda av ett specialistteam med särskilt fokus på kontinuitet, dialog och delaktighet under de två första veckorna efter hemgång.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>I Farsta stadsdel noterar vi att problematiken avseende avvikelshantering i LUS-processen inte skiljer sig nämnvärt från andra kommuner/stadsdelar. Avvikelser skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir vilket leder till att incitamenten för att skriva avvikelser minskar.</p> <p>Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering. Det behöver kommuniceras tydligare till utförarna vilka verktyg och funktionsbrevlådor som ska användas. Krav på åiterrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p>

### 8.2.3 Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Stadsdelsnämnden godkände 2019-09-19 stadsdelsförvaltningens förslag till svar på remiss. Stadsdelsnämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I stadsdelsnämndens verksamhetsplan och budget presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående åtgärder på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen. Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Stockholms stad utan anger endast vilka aktiviteter som <i>socialtjänsten</i> ansvarar för. Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade nämnderna i Stockholms stad.</p> <p>I Hässelby-Vällingby noterar vi särskilt att samverkan mellan korttidsboenden i extern regi och slutenvård behöver stärkas. Likt Farsta stadsdelsnämnd finns också ett behov av en tidigare dialog mellan biståndshandläggare och hemtjänstutförare, då insatsbeställningen ofta föregås av kontakt från slutenvården.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten</p>

Revisionsfråga	Bedömning
för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd.</p> <p>Under föregående år omorganiserades beställarenheten för att kunna möta vårdplaneringen i och med implementeringen av LUS. Idag består biståndsenheten av ett vårdplaneringsteam om fem personer som sköter alla utskrivningar. Särskilt utsedda biståndshandläggare är ansvariga för planering i WebCare. Inom äldreomsorgen ska förstärkt hemtjänst av särskild personal ge tryggt mottagande i hemmet vid den äldres hemgång från slutenvård ("Tryggt mottagande i hemmet") om biståndshandläggare bedömer att patienten har behov av det. I Stockholms stad finns enheten Stockholms Trygghetsjour som arbetar stadsdelsövergripande. Där arbetar jourhandläggare under icke kontorstid och har delegation från stadsdelsnämnderna att fatta biståndsbeslut om hemtjänst och korttidsvård fram till nästkommande vardag.</p> <p>Samverkansmöten sker regelbundet med St. Görans sjukhus och Brommageriatriken där MAS deltar. MAS och verksamheterna har i sin tur regelbundet samverkansmöten med läkarorganisationen. Stadsdelsförvaltningen upplever svårigheter i samverkan med akutsjukhusen, där det inte finns upparbetade kontaktvägar. Det finns en välfungerande samverkan med de geriatrika avdelningarna. Det finns en god dialog med primärvården men samtidigt en frustration kring att inte komma tillrätta med problematik med att SIP inte kallas i önskad utsträckning samt att primärvårdsrehabilitering inte bjuds in till gemensam planering i den utsträckning kommunen önskar.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Vår bedömning att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig grad i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig. Denna bild delas av de intervjuade inom stadsdelen som upplever stora brister kopplade till att primärvårdens samordnande roll. Det finns inga tydliga forum där stadsdelsförvaltningen kan adressera denna problematik. Planeringen av kommunens egna insatser sker ofta i kontakt med patient och anhöriga.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	En konkret åtgärd från stadsdelsnämndens sida för att minska undvikbara återinskrivningar är införandet av Tryggt mottagande i hemmet, vilket uppges ha gett god effekt. I praktiken innebär det att patienter med stora behov eller stor oro får sina omsorgsinsatser tillgodosedda av ett specialistteam med särskilt fokus på kontinuitet, dialog och delaktighet under de två första veckorna efter hemgång.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	I Hässelby-Vällingby stadsdel noterar vi att problematiken avseende avvikelshantering i LUS-processen inte skiljer sig nämnvärt från andra kommuner/stadsdelar. Avvikelser skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir vilket leder till att incitamenten för att skriva avvikelser minskar. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering. Det behöver kommuniceras tydligare till utförarna vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som ska användas. Krav på återrapporering vid mottagna avvikelser bör stärkas.

#### 8.2.4 Södermalm stadsdelsnämnd

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Stadsdelsnämnden godkände 2019-09-26 stadsdelsförvaltningens förslag till svar på remiss till godkännande av den regionala överenskommelsen kring samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Stadsdelsnämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I budget- och verksamhetsplan för nämnden 2020 presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående åtgärder på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen. Den gemensamma riktlinjen för samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård innehåller inte några direktiv kring den interna roll- och ansvarsfördelningen inom Stockholms stad utan anger endast vilka aktiviteter som <i>socialtjänsten</i> ansvarar för. Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade nämnderna i Stockholms stad.  Flera av de intervjuade i Södermalms stadsdelsförvaltning uppger att samverkan med vårdgivarna har minskat sedan implementeringen av LUS, med anledning av att det inte längre sker möten (pga. det närmast obefintliga antalet kallade SIP:ar) varken på sjukhus eller i hemmet. De tidigare samverkansformerna har avvecklats men nya har inte etablerats fullt ut. Ansvaret att kalla till SIP åligger primärvården men stadsdelsförvaltningen är inte hindrad att på eget bevåg kalla till SIP, vilket heller inte sker.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på Södermalms stadsdelsnämnd.



Revisionsfråga	Bedömning
	<p>I samband med införandet av LUS har omorganisation inom biståndsenheten i Södermalms stadsdelsförvaltning skett. Förvaltningen har med hänvisning till implementeringen av LUS sedan hösten 2019 börjat arbete enligt modellen <i>Tryggt mottagande i hemmet</i> för att säkerställa en trygg hemgång från slutenvård eller korttidsboende. I Stockholms stad finns enheten Stockholms Trygghetsjour som arbetar stadsdelsövergripande. Där arbetar jourhandläggare under icke kontorstid och har delegation från stadsdelsnämnderna att fatta biståndsbeslut om hemtjänst och korttidsvård fram till nästkommande vardag.</p> <p>Det finns enligt uppgift en välfungerande samverkan med slutenvården (Södersjukhuset samt Dalen). Samverkan med primärvården uppges fungera mindre bra. I intervju med företrädare för Södermalms stadsdelsförvaltning uppges att dock att medarbetare inom både slutenvården och öppenvården saknar väsentlig kunskap om kommunens uppdrag i utskrivningsprocessen och i utförandet av vård- och omsorgsinsatser. Kommunens och regionens medarbetare har därtill ofta olika syn på vilket skick en patient förväntas vara i när den är medicinskt färdigbehandlad, vilket påverkar utgångspunkterna för biståndsbeslutet. Likt övriga granskade stadsdelar belyser hemtjänsten att det finns svårigheter att anpassa bemanningen av insatser med så kort varsel som dagens utskrivningsplanering leder till.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	Vår bedömning att patientperspektivet inte beaktas i tillräcklig grad i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig. Denna bild delas av de intervjuade inom stadsdelen som upplever stora brister kopplade till att primärvårdens samordnande roll. Det finns inga tydliga forum där stadsdelsförvaltningen kan adressera denna problematik. Ett sätt på vilket stadsdelsnämnden värnar om patientperspektivet är genom införandet av metoden <i>Tryggt mottagande</i> vilket stärker förutsättningarna för en trygg hemgång med hög delaktighet.
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>En konkret åtgärd från stadsdelsnämndens sida för att minska undvikbara återinskrivningar är införandet av <i>Tryggt mottagande i hemmet</i>. Biståndsenheten upplever stort stöd i att vid behov sätta in omfattande hemtjänstinsatser för att undvika återinskrivningar.</p> <p>Det uttrycks bland de intervjuade en önskan om fler upprättade SIP för att undvika återinskrivningar. Vi bedömer att stadsdelsförvaltningen bör ta en mer aktiv roll i detta för att säkerställa patientsäkerheten om samverkan med primärvården brister.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>I Södermalms stadsdel noterar vi att problematiken avseende avvikelshantering i LUS-processen inte skiljer sig nämnvärt från andra kommuner/stadsdelar. Avvikelser skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir vilket leder till att incitamenten för att skriva avvikelser minskar. Avvikelseberättelser som initialt skedde i samverkansgrupper har minskat. De intervjuade uppger att de själva besvarar avvikelser de har fått, samt därefter gör en bedömning av huruvida situationen kan hanteras på ett annat sätt och vid behov ändrar rutiner samt informerar berörda enheter om den uppkomna situationen och den nya rutinen.</p> <p>Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering. Det behöver kommuniceras tydligare till utförarna vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som ska användas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p>

### 8.3 Haninge kommun - Äldrenämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Socialnämnden beslutade 2019-10-22 att ingå i den regionala överenskommelsen kring LUS.<sup>84</sup> Haninge har haft en av Storsthlm utsedd representant i den politiska ledningsgruppen för samverkan inom vård- och omsorgsområdet i Stockholms län (VIS). Äldrenämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. Arbetet med utskrivningsprocessen har primärt hanterats på tjänstemannanivå.</p> <p>Kvalitetsledningssystemet och avtal med externa utförare har anpassats till LUS. Förändringarna har i huvudsak bestått av åtgärder för att skapa ett snabbare flöde inom såväl handläggning som avseende tid för att aktivera insatser. Initialt infördes ett <i>trygg hemgångsteam</i> för att möta ett förväntat ökat behov av trygghet vid hemgång men underlaget var mindre än väntat. Teamet har idag ställts om till att istället hantera Covid-19-patienter.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen.</p> <p>I Haninge kommun har ytterligare rutinbeskrivningar integrerats som en del i det ordinarie ledningssystemet, med fokus på in- och utflytt vid korttidsboenden.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner.</p>

<sup>84</sup> DNR SN 2019/207

Revisionsfråga	Bedömning
	I Haninge kommun noterar vi särskilt att informationsflödet gentemot hemtjänst och vård- och omsorgsboende/korttidsboende bör stärkas i det tidiga skedet av processen. Intervjuade problematiserar bland annat att brukare ibland kommer hem med ökade behov okända för hemtjänsten, att det saknas tillgång till nödvändiga hjälpmedel eller förbrukningsmaterial på grund av bristande kommunikation med hemrehabiliteringen/hemsjukvården, eller att korttidsboendet inte delar den förmedlade bilden av vårdbehovet.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	Vår bedömning är att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig. Samordnad individuell planering förekommer sällan.
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.  Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.  Haninge kommuns strategi är att tillämpa generösa biståndsbedömningar vid utskrivning för att säkerställa att nyligen utskrivna patienter inte har för få hemtjänsttimmar. Trygg hemgång har funnits men avvecklades under 2019.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelsehantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	I Haninge noterar vi att problematiken avseende avvikelsehantering i LUS-processen inte skiljer sig nämnvärt från andra kommuner. Avvikelser skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir vilket leder till att incitamenten för att skriva avvikelser minskar. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelseanmälan. Det behöver kommuniceras tydligare till medarbetarna vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som ska användas.

## 8.4 Huddinge kommun – Vård- och omsorgsnämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd nämnd i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att	Vård- och omsorgsnämnden beslutade 2019-08-19 att ingå i den regionala överenskommelsen om samverkan kring utskrivning från slutenvård och sjukvård. <sup>85</sup> Vård- och omsorgsnämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. Anpassningar har skett på tjänstemannanivå.

<sup>85</sup> VON-2019/693.109



Revisionsfråga	Bedömning
främja samverkan i utskrivningsprocessen?	I samband med antagandet av riktlinjen påbörjades en översyn av organisationen inom biståndsenheten i Huddinge kommun. En särskild tjänst tillsattes för att bevaka WebCare och totalt sex biståndshandläggare arbetar som utskrivningsplanerare. I april 2019 infördes Trygg hemgång i Huddinge i syfte att möta de nya krav som LUS innebär.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen.</p> <p>Intervjuade i Huddinge uppger att roller och ansvar gällande samverkan inom kommunen i regel är välfungerande. Införandet av Trygg Hemgång uppges vara en framgångsfaktor. Såväl utförare av äldreomsorg som biståndshandläggare konsulterar MAS vid behov. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>För att kunna efterleva LUS på ett bra sätt har ett samverkansforum initierats i Huddinge mellan MAS, biståndskansliet och läkarorganisationen inom SÄBO avseende tema äldre och geriatrik. Här diskuteras bland annat LUS, uppdrag och organisation, roller och ansvar.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på Huddinge kommun.</p> <p>I Huddinge kommun noterar vi särskilt ett behov av att säkra informationsflödet mellan hemtjänstutförare dagtid och nattpatrullen som utför hemtjänst nattetid. Risken för brister i informationsöverföring gällande en patientens omvårdnadsbehov är stor när insatser ska övertas med kort varsel. Insatser som meddelas med kort varsel är inte alltid genomförbara av nattpatrullen. Det föranleder att den enskilde kan få vara utan insatser tills samverkan har förankrats. I värsta fall återinskrivs patienten på sjukhus.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Vår bedömning är att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer.</p> <p>Vi kan dock konstatera att det genomförs en rad aktiviteter inom Huddinge kommun för att säkerställa att patientperspektivet tillvaratas i planeringen av insatser och inom ramen för de insatser som kommunen bistår med. Här vill vi främst lyfta införandet av Trygg hemgång. Dessutom säkerställer biståndsenheten att utskrivningsplanering tillsammans med den enskilde och utförare av hemtjänst genomförs (detta skall inte förväxlas med samordnad planering enligt LUS).</p>

Revisionsfråga	Bedömning
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>I Huddinge kommun noterar vi exempelvis att fallprevention är ett prioriterat arbete inom exempelvis korttidsboende. Dessutom har Trygg hemgång införts som bland annat syftar till att undvika återinskrivningar genom bland annat vardagsrehabilitering i hemmet.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p> <p>I Huddinge är problembilden avseende avvikelshantering och rapportering med anledning av brister i LUS i stora drag densamma som i övriga kommuner. Avvikelserapporteringen minskar i takt med att återkoppling och åtgärder uteblir. Avvikelser till sjukhusen skickas i regel direkt till utskrivande enhet.</p>

## 8.5 Järfälla kommun - Äldrenämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Kommunstyrelsen i Järfälla kommun beslutade 2019-10-07 att ingå i den regionala överenskommelsen.<sup>86</sup> Äldrenämnden har inte antagit specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. I mål- och budget för äldrenämnden presenteras ett antal redan vidtagna eller pågående åtgärder på enhetsnivå för att anpassa verksamheten till LUS.</p> <p>Äldrenämnden i Järfälla bedrev under två år, 2017–2018, ett projekt för att testa och utveckla Trygg hemgång som en ny insats. <i>FOU nu</i> bedrev lärande utvärdering under pilotprojektet vilket resulterade i en utvärderingsrapport med lärdomar vid införande av Trygg hemgång. Rapporten tillgängliggjordes till andra kommuner som med anledning av LUS planerade att införa Trygg</p>

<sup>86</sup> DNR KST 2019/362

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>hemgång. Sedan år 2019 är Trygg hemgång en del av ordinarie hemtjänstverksamhet i Järfälla kommun.</p> <p>Av nämndens verksamhetsberättelse för år 2019 framkommer att LUS har inneburit en snabbare biståndshandläggning, men också mer administration för biståndshandläggarna. I intervjuer framkommer att en viss omorganisation inom biståndsenheten därmed skett. Exempelvis är en WebCare-ansvarig handläggartjänst tillsatt med uppdrag fördela ansvar för utskrivningsklara patienter mellan utskrivningsplanerare. Inom enheten finns fem biståndshandläggare med rollen som utskrivningsplanerare.</p> <p>I syfte att arbeta aktivt med samverkan inom kommunen har former för dialogmöten upprättats i Järfälla. Här möts biståndshandläggare med hemtjänst i egen regi och privat regi samt SÄBO för att driva utvecklingsfrågor gällande det gemensamma arbetet kring bland annat LUS:en.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinjer och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen</p> <p>Under 2019–2020 bedrev Järfälla kommun ett samverkansprojekt med Danderyds sjukhus, Jakobsbergsgeriatriken, Barkarby vårdcentral och Region Stockholms hälso- och sjukvårdsförvaltning. Syftet var att öka livskvaliteten för multisjuka och äldre. Intervjuade i Järfälla kommun uppger att detta underlättade samverkan enligt LUS och förståelsen för olika aktörers roller och ansvar.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt på Järfälla kommun.</p> <p>I Järfälla lyfts särskilt problematiken avseende brister i överrapportering från slutenvård till kommunen. Patienter som återkommer till särskilt boende kan ofta ha ett större vårdbehov än det som kommunicerats från slutenvården. Ansvaret för att överföra informationen ligger på slutenvården, men samtidigt har kommunen också en skyldighet att bevaka och efterfråga kompletterande information i den mån det är nödvändigt för att överta vård- och omsorgsinsatser på ett tryggt sätt.</p> <p>Som nämnts ovan har Järfälla kommun initierat ett samverkansprojekt som bland annat lett till tydligare samverkan mellan olika parter. Projektet har resulterat i förbättrade samverkansrutiner mellan parterna samt informationsmaterialet <i>Vård och omsorg i hemmet</i> efter sjukhusvistelse. Projektet var dock begränsat till ett sjukhus och problematik i samverkan med andra sjukhus kvarstår.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas	<p>Vår bedömning är att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den</p>

Revisionsfråga	Bedömning
tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer.</p> <p>Intervjuade företrädare för Järfälla kommun vittnar om att aktörerna inte delar samma behovsbild av när SIP är nödvändigt, och att kommunen inte är enig med primärvården kring vilka patienter som ska prioriteras för SIP. Vår bedömning i denna granskning är att Region Stockholm både behöver tydliggöra formerna för behovsprövning och behöver kalla till fler SIP, men samtidigt att kommunen tills vidare bör ta en mer aktiv roll i att själv initiera SIP när de fasta vårdcentralerna inte tar sitt kallelseansvar.</p> <p>Ett sätt att säkerställa patientperspektivet i utskrivningsprocessen är genom Trygg hemgång. Järfälla kommun har infört denna modell och även kunnat delge andra kommuner lärdomar kring arbetsmetoden, genom den lärande utvärdering som genomfördes av FOU-nu under pilotprojektet.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p> <p>Vi noterar att äldrenämnden i Järfälla i delårs- och årsredovisningarna följer antal ärenden där myndighetsenheten fått betalningsansvar.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>I Järfälla noterar vi särskilt arbetet inom ramen för Järfällaprojektet, där representanter från Järfälla kommun tillsammans med Danderyds sjukhus, Jakobsbergsgeriatriken, hälso- och sjukvårdsförvaltningen och Barkarby vårdcentral arbetat för ökad samverkan. Målet med projektet är förbättrad vård av äldre och multisjuka, för att undvika inläggningar och återinläggningar i de fall patienten inte har behov av akutsjukhusets resurser.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Utifrån vad som framkommit i granskningen är vår samlade bedömning att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna gällande brister i samverkan enligt LUS. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p> <p>Biståndsenheten inom Järfälla kommun uppger att avvikelserapporter inte skrivs lika ofta som det sker avvikelser kopplade till samverkan. Det upplevs ibland svårt att identifiera relevant mottagare. I intervju uppges dock att</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	biståndsenheten för en dialog med vårdcentralerna där ökad avvikelserapportering uppmuntras.

## 8.6 Nacka kommun - Äldrenämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Kommunstyrelsen i Nacka kommun beslutade 2019-12-02 att ingå i den regionala överenskommelsen. <sup>87</sup> Kommunfullmäktige har under 2020 uppmärksammat vikten av att förändra utskrivningsprocessen så att den enskilde upplever en samordnad och trygg utskrivning. Äldrenämnden har inte beslutat om några särskilda mål eller indikatorer kopplade till LUS.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen. Kommunen har en intern samordnare/processledare som ansvarat för utvecklingsarbete kopplat till LUS.</p> <p>I samband med införandet av LUS skedde en omorganisation inom biståndsenheten för att möta de nya kraven. I den nya organisationen arbetar biståndshandläggarna i ett mottagningsteam och tre hemmahandläggarteam. Mottagningsteamet hanterar alla hemplaneringar från slutenvård och handlägger uppföljning av de förenklade ärendena. Målet är bland annat att öka tillgängligheten för möten. Äldrenämnden har informerats om omorganisationen genom sin kvalitetsrapport för år 2019.</p> <p>Nacka kommun har reviderat förfrågningsunderlagen inom ramen för LOV med anledning av LUS. Det framgår bland annat att utförarna ska samverka inte bara med kommunen utan också med regionen, samt arbeta i enlighet med de skriftliga överenskommelser som kommunen träffar i de delar som avser hemtjänsten.</p> <p>I granskningen observerar vi att det kan finnas behov av att stärka den interna dialogen mellan biståndshandläggare och den kommunala hälso- och sjukvården i Nacka kommun. Det förekommer oenigheter kring myndighetsbeslut i hälso- och sjukvårdsfrågor och relevansen av de insatser som beviljas.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Ansvaret för detta ligger dock inte primärt hos Nacka kommun.

<sup>87</sup> KFKS 2017/607

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>Av intervjuer framgår att Nacka kommuns biståndshandläggare tar ett större ansvar än förväntat i utskrivningsprocessen. Biståndshandläggarna kompenserar för att alla vårdcentraler inte tar den samordnande roll som förväntas av dem i uppdraget som fast vårdkontakt. Biståndshandläggare i kommunen kallar även till SIP men upplever att övriga parter inte alltid medverkar. Vår bedömning är att det är positivt att kommunen värnar om patientsäkerheten och säkerställer en fungerande process trots att samverkan mellan parterna brister, men att åtgärder skyndsamt måste vidtas av regionen för att lösa situationen.</p> <p>Samverkan uppges i övrigt vara välfungerande med Nackageriatriken men svårare att komma tillrätta med avseende akutsjukhusavdelningarna (primärt Södersjukhuset), i linje med vad övriga kommuner vittnar om.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Som framkommit i denna granskning är vår bedömning att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer. De intervjuade i Nacka kommun uppger särskilt att SIP systematiskt uteblir när den enskilde skrivs ut till korttidsboende.</p> <p>Nacka kommun har en större del externa utförare av vård- och omsorgsinsatser än övriga kommuner i denna granskning. Vi noterar att kommunen årligen bjuder in till flera anordnarmöten, seminarier och utbildningar i syfte att skapa ett bra samarbete. Nacka är också en av få kommuner som genom avtal reglerar att alla utförare även ska samverka med Region Stockholm. Nacka kommun har inte infört Trygg hemgång.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Hälso- och sjukvårdsnämnden nådde under 2019 inte målet om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>Enligt intervjuade inom biståndsenheten i Nacka kommun genomförs månadsvisa uppföljningar inom enheten avseende återinskrivningar. Syftet är att redovisa vad återinskrivningarna beror på, exempelvis snabba utskrivningar, felaktiga bedömningar samt brist på hjälpmedlen.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från	<p>Utifrån vad som framkommit i granskningen är vår samlade bedömning att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna gällande</p>



Revisionsfråga	Bedömning
avvikelsehantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>brister i samverkan enligt LUS. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p> <p>Inom Nacka kommun noterar vi att avvikelsehantering med anledning av brister enligt LUS tills stor del stämmer överens med vad övriga kommuner vittnar om. Det uppges vara oklart var avvikelser ska rapporteras. Avvikelser skickas direkt till sjukhusen, främst Södersjukhuset., men återkoppling uteblir i regel. Äldreheten har god överblick på avvikelser som uppstår hos anordnarna men bör följa upp och stödja dem i att rapportera när avvikelser uppstår i samverkan med Region Stockholm.</p>

## 8.7 Sollentuna kommun – Vård- och omsorgsnämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Kommunstyrelsen i Sollentuna kommun beslutade 2019-11-11 att ingå i den regionala överenskommelsen.<sup>88</sup> I mål- och budget för vård- och omsorgsnämnden noteras att det tidigare år har skett en gynnsam utveckling av processerna i myndighetsutövningen kring samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård.</p> <p>Av intervjuer framkommer att nämndens ordförande kontinuerligt har redovisat utvecklingen avseende kommunens arbete enligt LUS till nämnden. Av kommunens LOV-avtal framkommer ett utföraren ska samverka med beställaren i utvecklandet av vård och omsorg i kommunen.</p> <p>I Sollentuna kommun arbetar man inte enligt modellen Trygg hemgång.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen</p> <p>Det uppges vara ett problem för Sollentuna kommun att sjukhusen gör andra bedömningar av patientens behov av kommunala insatser än vad som sedan beviljas från biståndsenheten. Detta leder till att patienter kan uppleva sig ha blivit felinformerade och biståndshandläggarens beslut blir ifrågasatt. Detta är ett tecken på att roller och ansvar inte på ett tydligt sätt är implementerade enligt riktlinjer då slutenvården informerar patienten om insatser som kommunen är ansvarig för att bevilja.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Detta är primärt inte Sollentuna kommuns ansvar.</p>

<sup>88</sup> DNR 2019/0418 KS-4

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>Under 2019 rekryterade vård- och omsorgskontoret extra personal för att hantera de nya kraven som LUS för med sig. Idag arbetar tre biståndshandläggare uteslutande med utskrivningsprocessen. Vi noterar att det i Sollentuna särskilt framhålls att en stor del av utskrivningsplaneringen sker över telefon. Detta uppges vara ett resultat av att samtliga aktörer (exempelvis kommunens hemtjänst och särskilda boenden) inte har tillgång till WebCare samt att verktyget inte upplevs användarvänligt. Detta uppges dels vara ineffektivt och dels leda till att planeringen inte blir samordnad. Särskilt betungande är det för vård- och omsorgsboenden som behöver efterfråga mycket kompletterande information i samband med hemgång. Det är Region Stockholm som ansvarar för att tillhandahålla IT-verktyg, men kommunen ansvarar för att samordna planeringen och informationsöverföringen mellan sina enheter utifrån de förutsättningar som finns.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>Vår bedömning att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer. Intervjuade från Sollentuna kommun vittnar om att samordnad planeringen i enlighet med LUS-lagstiftningen inte sker i önskvärd utsträckning.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte målet om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>I Sollentuna uppges antalet återinskrivningar ha ökat i takt med att utskrivningsprocessen påskyndats. Förvaltningsledningen uppger att läget nogsamt följs upp i syfte att vidta åtgärder om läget förvärras.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Utifrån vad som framkommit i granskningen är vår samlade bedömning att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna gällande brister i samverkan enligt LUS. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p> <p>Av intervju med MAS i Sollentuna framkommer att rapportering av avvikelser med anledning av brister i samverkan mellan kommunen och regionen har avstannat från kommunens sida. Anledningen uppges vara att</p>



Revisionsfråga	Bedömning
	återrapportering uteblir och att problemen är återkommande trots avvikelserapporter.

## 8.8 Sundbybergs stad – Äldrenämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	<p>Kommunfullmäktige i Sundbyberg kommun beslutade 2019-12-16 att ingå i den regionala överenskommelsen.<sup>89</sup> Äldrenämnden har antagit målet om att vård- och omsorgskedjan ska utvecklas genom partnerskap mellan staden och vårdgivare så att individens behov tillgodoses. För att mäta kvalitetsfaktorn Effektiv myndighetshandläggning används antal ärenden där myndighetsenheten fått betalningsansvar som indikator och mäts för första gången 2020.</p> <p>Av verksamhetsplanen för 2020 framgår även att nämnden noterar att det finns en ekonomisk risk kopplat till att överenskommelsen kring LUS får fullt genomslag under året.</p>
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	<p>Vår övergripande bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen</p> <p>Sedan införandet av LUS arbetar två biståndshandläggare enbart med utskrivningsprocessen, dessutom har en turordningslista upprättats bland övriga handläggare för de ärenden som utskrivningsplanerna inte hinner med. I intervjuer med företrädare för Sundbybergs kommun framkommer problematiken kring att patienter skrivs ut men att överföring av patientinformationen från slutenvården i vissa fall helt uteblir vid samverkan med akutsjukvården. Detta föranleder en administrativt tidskrävande process för att efterfråga och följa upp information om patienten.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	<p>Vår övergripande bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Detta är dock inte primärt Sundbybergs kommuns ansvar.</p> <p>Samverkan internt inom kommunens enheter (bistånd, hemtjänst och SÄBO) uppges vara välfungerande. Samverkan uppges även fungera bra med Jakobsbergsgeriatriken som enligt uppgift ofta är snabba med ADL-bedömning. Detta gör att utskrivningsplaneringen kan startas snabbt. Svårigheterna finns primärt i kontakten med akutsjukvården. MAS i Sundbyberg, ingår i ett samverkansnätverk med den vårdcentral inklusive primärvårdsrehab som hanterar merparten av deras utskrivningsärenden. Uppföljning av LUS brukar vara en del av dagordningen.</p> <p>I förfrågningsunderlagen till utförare av hemtjänst enligt LOV framgår att den som ansvarar för den dagliga ledningen av verksamheten ska komma på de</p>

<sup>89</sup> DNR KS-0488/2019

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>Samverkansmöten som staden ordnar. Det åligger utföraren att kontinuerligt informera om verksamheten samt inbjuda till diskussion om verksamhetens utveckling.</p>
<p>Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?</p>	<p>Vår bedömning är att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer.</p> <p>I intervjuer med företrädare för Sundbyberg noterar vi särskilt att patientperspektivet problematiseras. Flera av de intervjuade uppger att kundens perspektiv har tappats bort i takt med att SIP inte genomförs. Här hänvisas även till att inskrivningar ofta sker i direkt anslutning till helg och med kort varsel. Patienter kommer då ofta hem utan hjälpmedel och till en otrygg tillvaro då planering inte har hunnits med.</p> <p>MAS uppger att kontakt i förekommande fall får tas med utskrivande enheten inom slutenvården för att påpeka att patienten inte är utskrivningsklar.</p>
<p>Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?</p>	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p> <p>Vi noterar att äldrenämnden i Sundbyberg i delårs- och årsredovisningarna följer antal ärenden där myndighetsenheten fått betalningsansvar.</p>
<p>Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?</p>	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte målet om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p> <p>I Sundbyberg noterar vi särskilt att biståndshandläggare uppger att återinskrivningar följs upp i syfte att undersöka orsak. De intervjuade uppger att fler SIP:ar i hemmet hade kunnat leda till färre återinskrivningar, eftersom det säkrar samsyn mellan parterna på behov samt ger möjlighet att bedöma risker och förutsättningar i hemmiljön.</p>
<p>Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelsehantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?</p>	<p>Utifrån vad som framkommit i granskningen är vår samlade bedömning att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna gällande brister i samverkan enligt LUS. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg och funktionsbrevlådor som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	I Sundbyberg noterar vi att problematiken avseende avvikelshantering i LUS-processen inte skiljer sig från andra kommuner. Avvikelse rapporter skrivs i vissa fall men återkoppling och åtgärd uteblir vilket leder till att incitamenten för att rapportera avvikelser minskar.

## 8.9 Värmdö kommun – Vård- och omsorgsnämnden

Revisionsfråga	Bedömning
Hur har berörd(a) nämnd(er) i respektive kommun hanterat styrningen av omsorgsinsatser för att främja samverkan i utskrivningsprocessen?	Kommunstyrelsen i Värmdö kommun beslutade 2019-11-06 att ingå i den regionala överenskommelsen. <sup>90</sup> Vård- och omsorg har inte formulerat några specifika mål eller indikatorer kopplade till LUS. Enligt intervjuerna har inga organisatoriska förändringar skett med anledning av de nya kraven. De intervjuade uppger dock att ärendehantering har skyndats på för att processen ska gå snabbare.
Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning i samverkan mellan slutenvård, primärvård och socialtjänst?	Vår bedömning är att det finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de inblandade aktörerna. I den gemensamma överenskommelsen med tillhörande gemensamma riktlinje och rutiner finns en tydlig uppdelning av roller och ansvar i alla delar av utskrivningsprocessen  De intervjuade beskriver arbetsformer som tyder på att Värmdös biståndshandläggare tar ett större ansvar än förväntat för en sammanhållen utskrivningsprocess. Detta uppges i mångt och mycket ske via telefonkontakter med ansvarig sjuksköterska på sjukhuset och vårdcentral. Vi bedömer att det är positivt att kommunen värnar om en trygg hemgång för sina invånare, men samtidigt är det viktigt att regionen tar sitt ansvar i processen. I Värmdö noterar vi särskilt att de intervjuade upplever att samverkansprocessen är starkt personberoende från sjukhusens sida.
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?	Vår bedömning är att samverkan inte sker i den form som parterna kommit överens om. Rutinerna är inte förankrade hos alla medarbetare, kommunikation hanteras genom andra kanaler och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner.  I intervjuer med företrädare för äldreomsorgen i Värmdö kommun noterar vi särskilt att planeringsprocessen i samband med utskrivning till hemtjänst behöver stärkas. De intervjuade uppger att information från slutenvården ofta sker i direkt anslutning till utskrivning eller efter att patienten redan har kommit hem. Inte sällan har patienten ett ökat vårdbehov.  Såväl chef för biståndsenhet som MAS uppger att samverkan med vårdcentralen har stärkts, detta främst som ett resultat av coronapandemin som föranlett en närmare dialog än tidigare.
Hur säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas	Vår bedömning är att patientperspektivet inte beaktas i den samordnade planeringen inför utskrivning. Denna bedömning grundar vi på att den

<sup>90</sup> DNR 2019SCN/0103

Revisionsfråga	Bedömning
tillvara i utskrivningsprocessen?	<p>huvudsakliga planeringen sker genom dokumentation i WebCare där patienten inte är delaktig samt att SIP sällan förekommer.</p> <p>I Värmdö noterar vi att det förekommer liknande problem avseende patientens delaktighet som i övriga kommuner. SIP förekommer mycket sällan och patienterna skrivs ibland ut med kort varsel utan att planering har skett.</p> <p>I Värmdö kommun finns inget dedikerat hemgångsteam. Enligt en tjänsteskrivelse från 2017 som vård- och omsorgsnämnden bifallit (2017VON/0013) bedömdes det inte föreligga behov för ett hemgångsteam bland annat med anledning av utskrivningsprocessen bedömdes fungera mycket bra. Detta är upp till kommunen att avgöra. Enligt vår protokollsgranskning har frågan dock inte aktualiserats och omprövats i samband med förändrade riktlinjer kopplade till LUS, till skillnad från övriga granskade kommuner.</p>
Hur säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och kommunernas behov?	<p>På tjänstemannanivå följer kommunen upp statistikuppgifter relaterade till kommunens betalningsansvar. Resultat kopplade till LUS eller utskrivningsprocessen är inte en väsentlig del i nämndens uppföljning. Återrapportering till nämnden uppges ske på förekommen anledning i händelse av att något särskilt inträffar. Det sker ingen systematisk uppföljning av avvikelser kopplade till samverkan.</p> <p>Kommunerna har genom den regionala överenskommelsen uppdragit åt Storsthlm att följa upp överenskommelsen och dess effektmål. Detta sker inte och har inte efterfrågats av kommunen.</p>
Hur tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	<p>Region Stockholm nådde under 2019 inte sitt mål om att minska andelen återinläggningar av äldre patienter. I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ och pilotprojekt kopplade till detta ämne, vilka involverar både regionens verksamheter och kommunernas.</p> <p>I Värmdö pågår för närvarande inga särskilda satsningar för att minska återinläggningar, utöver hemtjänstens och omsorgsboendenas ordinarie arbete med fallprevention, kontinuitet, etc. Intervjuade inom hemtjänst uppger att den vanligaste orsaken till återinskrivningar är att patienten inte är färdigbehandlad vid utskrivning eller försämras efter hemgång.</p>
Hur säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?	<p>Utifrån vad som framkommit i granskningen är vår samlade bedömning att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl hälso- och sjukvårdsförvaltningen som inom kommunerna gällande brister i samverkan enligt LUS. Här behöver kommunikationen kring vilka verktyg (funktionsbrevlådor) som finns tillgängliga stärkas. Krav på återrapportering vid mottagna avvikelser bör stärkas.</p> <p>I Värmdö är problembeskrivningen avseende avvikelser i LUS-processen densamma som i övriga kommuner. I vissa fall skrivs avvikelserapporter direkt till sjukhuset men i takt med att åtgärder uteblir samt avsaknad av återkoppling minskar incitamenten att rapportera avvikelser.</p>

## 9. Bilagor

### Dokumentförteckning

- ▶ Haninge kommun, *Förfrågningsunderlag LOV hemtjänst*, med bilagor (SUN 2019-35)
- ▶ Haninge kommun, *Kvalitetsgranskning 2019*.
- ▶ Haninge kommun, *Mål och budget 2020-2021 med ekonomisk plan för mandatperioden samt investeringsbudget 2020-2023*
- ▶ Haninge kommun, protokollsutdrag § 143 *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län* (SN 2019/207)
- ▶ Haninge kommun, *Strategi och budget 2020-2021 Äldrenämnden*
- ▶ Huddinge kommun, *Mål och budget 2020 och planeringsramar för 2021-2022 för Huddinge kommun*
- ▶ Huddinge kommun, Protokollsutdrag *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län - remissvar* (VON-2019/693.109)
- ▶ Huddinge kommun, *Upphandling av hemtjänst med bilagor* (KSF 2017-015)
- ▶ Huddinge kommun, *Verksamhetsberättelse vård- och omsorgsnämnden 2019* (VON-2020/53.118)
- ▶ Huddinge kommun, *Verksamhetsplan 2020 Vård- och omsorgsnämnd* (VON-2019/374.111)
- ▶ Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd, *Verksamhetsberättelse 2019* (DNR HV2020/6)
- ▶ Järfälla kommun, *Mål och budget 2020-2022*
- ▶ Järfälla kommun, *Mål och budget år 2020 Äldrenämnden i Järfälla*
- ▶ Järfälla kommun, protokollsutdrag §169 *Rekommendation om regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län* (Kst 2019/362)
- ▶ Järfälla kommun, *Upphandling LOV Hemtjänst, avlösar- och ledsagarservice med bilagor* (Äld 2019/289)
- ▶ Järfälla kommun, *Verksamhetsberättelse äldrenämnden 2019 inkl. Bilaga 1 Uppföljning av mål och resultat*.
- ▶ Mål och strategisk inriktning för primärvården 2019-2025 (HSN 2019-0945)
- ▶ Nacka kommun, *Internbudget för äldrenämnden år 2020* (ÄLN 2018/92)
- ▶ Nacka kommun, *Kvalitetsberättelse äldrenämnden 2019*.
- ▶ Nacka kommun, *Mål och budget 2020-2022*
- ▶ Nacka kommun, protokollsutdrag §356 *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län* (KFKS 2017/607)
- ▶ Nacka kommun, upphandlingsdokument och bilagor i ärende *Kundvalssystem för hemtjänst, ledsagning och avlösarservice* (ÄLN 2015/16)
- ▶ Prop. 2009/10:67: *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*
- ▶ Region Stockholm / Storsthlm, *Gemensam riktlinje för utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*
- ▶ Region Stockholm / Storsthlm, *Gemensam rutin för samverkan vid utskrivning från somatiskt hälso-och sjukvård* (version 2, 2019-12-16)
- ▶ Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem gällande geriatrisk öppen- och slutenvård. Stockholms län exklusive Norrtälje* (HSN 2018-0370, 2018-0368)
- ▶ Region Stockholm, *Förfrågningsunderlag Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård* (HSN 2019-1935 samt HSN 2020-0222)
- ▶ Region Stockholm, *Förtydligande kring husläkarmottagningarnas planeringsansvar vid utskrivning från slutenvård* (v.1.1 2019-12-16)
- ▶ Region Stockholm, *Genomförandeplan för Primärvårdsstrategin 2019-2025* (HSN 2019-0945)
- ▶ Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Fallbeskrivningar med diskussionunderlag - Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård* (Maj 2018)



- ▶ Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Funktionsbeskrivning Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård WebCare* (version 1.7)
- ▶ Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Förtydligande kring uhsläkarmottagningar planeringsansvar vid utskrivning från slutenvård* (version 1.1)
- ▶ Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Metodstöd Husläkarmottagning på Vårdgivarguiden* (Version 1.4)
- ▶ Region Stockholm, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, *Metodstöd Slutenvård på Vårdgivarguiden* (Version 1.4)
- ▶ Region Stockholm, *Manuell informationsöverföring* information på Vårdgivarguiden
- ▶ Region Stockholm, *Patientsäkerhetsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde 2019*
- ▶ Region Stockholm, *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län* (HSN 2019-1416)
- ▶ Region Stockholm, Sjukhusavtal med regionägda sjukhus: Danderyds Sjukhus AB (HSN-2019-1825), Karolinska universitetssjukhuset (HSN 2019-1835).
- ▶ Region Stockholm, *Stockholms läns sjukvårdsområde Verksamhetsplan 2020*
- ▶ Region Stockholm, *Verksamhetsplan 2020 för hälso- och sjukvårdsnämnden och planering för åren 2021-2023* (HSN 2019-0219)
- ▶ Socialstyrelsen HSLF-FS 2019:24, *Föreskrifter om belopp för vård av utskrivningsklara patienter för år 2020*
- ▶ Sollentuna kommun, *Budget 2020 med plan 2021-2022*
- ▶ Sollentuna kommun, *Kvalitetsrapport vård- och omsorgsnämnden 2019*.
- ▶ Sollentuna kommun, protokollsutdrag §199/2019 *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län* (Dnr 2019/0418 KS-4)
- ▶ Sollentuna kommun, upphandlingsdokument och bilagor i ärende *Fritt val - Hemtjänst i Sollentuna* (2012/221 VON 712)
- ▶ Sollentuna kommun, *Verksamhetsplan 2020 Vård- och omsorgsnämnden*
- ▶ Stockholms stad, *Bokslut och verksamhetsberättelse 2019 för Södermalm stadsdelsnämnd* (DNR SÖD 2019/1382)
- ▶ Stockholms stad, *Budget 2020-2022*
- ▶ Stockholms stad, *Budget och verksamhetsplan 2020 Södermalms stadsdelsnämnd*
- ▶ Stockholms stad, *Farsta stadsdelsnämnds patientsäkerhetsberättelse 2019* (FAR 2020/023)
- ▶ Stockholms stad Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd, protokollsutdrag §7 *Remiss om regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län* (HV 2019/284)
- ▶ Stockholms stad, kommunstyrelsen, protokollsutdrag § 5 *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län* (KS 2019/1039)
- ▶ Stockholms stad, upphandlingsdokument och bilagor i ärende *Hemtjänst - Stockholms stad* (Dnr 5.1.1-395/2017)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsplan och budget 2020 Farsta stadsdelsnämnd* (FAR 2019/613)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsberättelse 2019 Farsta stadsdelsnämnd* (DNR FAR 2019/658)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsberättelse 2019 för Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd* (HV2020/6)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsberättelse med bokslut för 2019 Farsta stadsdelsnämnd* (FAR 2019/658)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsplan 2020 för Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd* (HV 2019/755)
- ▶ Stockholms stad, *Verksamhetsplan 2020 för äldreomsorgen* (Dnr 1.2.1-530/2019)
- ▶ Stockholms stads äldreförvaltning, protokollsutdrag § 15. *Remiss av Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Stockholms län* (Dnr: 1.6-396/2019)
- ▶ Storsthlm, *Lägesrapport om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (LUS)*. Underlag till VIS 2020-09-29
- ▶ Storsthlm, *Rapportering till VIS status i arbetet med samverkan kring utskrivning från slutet hälso- och sjukvård*. Underlag till VIS 2020-05-28

- ▶ Storsthlm, *Status i samverkan kring utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (LUS)*. Underlag till VIS (2020-02-24)
- ▶ Storsthlm, utgående rekommendation kring *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård mellan Region Stockholm och kommunerna i Stockholms län* (KSL/17/0049-316)
- ▶ Storsthlm. *Statsitsik nov 2019-okt 2020*. Underlag till VIS.
- ▶ Sundbybergs kommun, *Verksamhetsberättelse äldrenämnden 2019*.
- ▶ Sundbybergs stad, protokollsutdrag kommunfullmäktige §696 *Rekommendation från kommunförbundet Storsthlm att anta regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård* (KS-04882019)
- ▶ Sundbybergs stad, *Sundbybergs stads budget 2020 med plan 2021-2022*
- ▶ Sundbybergs stad, *Synpunkter och klagomål - Helårsrapport 2019 Äldrenämnden* (ÄN-0012/2020)
- ▶ Sundbybergs stad, upphandlingsdokument och bilagor i ärende *LOV Hemtjänst* (STN-0654/2018)
- ▶ Sundbybergs stad, *Verksamhetsberättelse med bokslut 2019 Äldrenämnden*
- ▶ Sundbybergs stad, *Verksamhetsplan med budget och internkontrollplan 2020 Äldrenämnden*
- ▶ Sundbybergs stad, *Äldrenämndens kvalitetsdeklaration*.
- ▶ Trygg och effektiv utskrivning från slutet vård (SOU 2015:20)
- ▶ *Vård & Omsorg i hemmet efter sjukhusvistelse - information till dig som är äldre eller närstående* - Järfälla kommun
- ▶ Värmdö kommun, *Förfrågningsunderlag för bedrivande av hemtjänst enligt lagen om valfrihetssystem* (2018VON/0077)
- ▶ Värmdö kommun, *Mål och budget 2020*
- ▶ Värmdö kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för år 2019* (2020VON/0022)
- ▶ Värmdö kommun, protokollsutdrag §85 *Regional överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Stockholms län* (2019SCN/0103)
- ▶ Värmdö kommun, *Verksamhetsberättelse vård-och omsorgsnämnden 2019*
- ▶ Värmdö kommun, *Vård- och omsorgsnämndens indikatoruppföljning 2019*
- ▶ Värmdö kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2020*

## Intervjuförteckning

### Region Stockholm

Enhetschef inom Hälso-och  
sjukvårdsförvaltningen

Utredare Hälso-och sjukvårdsförvaltningen

Verksamhetschefer inom ASIH SLSO

Verksamhetschef inom Hjälpmedel Stockholm  
SLSO

Verksamhetschef inom rehabilitering SLSO

Verksamhetsområdeschef primärvården SLSO

Patientsäkerhetshandläggare SLSO

Verksamhetsstöd WebCare Karolinska  
Universitetssjukhuset

Medarbetare Karolinska Universitetssjukhuset  
(grupp av läkare och sjuksköterskor)

Chefläkare Danderyds sjukhus

Medarbetare Danderyds sjukhus (grupp av  
läkare och sjuksköterskor)

Verksamhetschef Huddinge vårdcentral

Medarbetare Huddinge vårdcentral (grupp av  
distriktssköterskor)

Verksamhetschef Boo vårdcentral

Medarbetare Boo vårdcentral (grupp av  
distriktssköterskor)

*Kompletterande erfarenheter har inhämtats  
via e-post från ytterligare vårdcentraler.*

### Stockholms stad

Strateg äldreförvaltningen

### Farsta stadsdelsnämnd

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef beställarenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

Biståndshandläggare

**Hässelby-Vällingby stadsdelsnämnd**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

Biståndshandläggare

**Södermalm stadsdelsnämnd**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Biståndshandläggare

**Haninge kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

Biståndshandläggare

**Huddinge kommun**

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef korttidsboende

Biståndshandläggare

**Järfälla kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef korttidsboende

**Nacka kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

**Sollentuna kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

Biståndshandläggare

**Sundbyberg kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef korttidsboende

Biståndshandläggare

**Värmdö kommun**

Avdelningschef äldreomsorg

Medicinskt ansvarig sjuksköterska

Enhetschef hemtjänsten

Enhetschef biståndsenheten

Enhetschef vård- och omsorgsboende

Biståndshandläggare

**Storsthlm**

Processledare LUS

Ansvarig digitalisering