

Umeå kommun och Västerbottens läns landsting

Granskning av samverkan
om hälso- och sjukvård i ordinärt
boende

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
1.1. Bakgrund.....	5
1.2. Syfte och revisionsfrågor	5
1.3. Avgränsning	6
1.4. Ansvariga nämnder och styrelser	6
1.5. Revisionskriterier.....	6
1.6. Genomförande	7
2. Granskningsresultat	8
2.1. Styrning.....	8
2.2. Lokala rutiner för läkarmedverkan	12
2.3. Samverkan i praktiken.....	13
2.4. Patientsäkerhet och riskanalys.....	19
2.5. Uppföljning och åtgärder vid avvikelser	20
2.6. Bedömning.....	21
3. Samlad bedömning	23
3.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna	23
3.2. Rekommendationer	24
Bilaga 1 Intervjuade funktioner	26
Bilaga 2 Källförteckning.....	27

Sammanfattning

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting och Umeå kommun genomfört en granskning av samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag att bedöma om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer en patientsäker hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Granskningen har avgränsats till att gälla hälso- och sjukvård i ordinärt boende och samverkan mellan Västerbottens läns landsting och Umeå kommun.

Den sammanfattande bedömningen är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden inte har vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa en patientsäker hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Samverkan fungerar bättre än vid revisorernas tidigare granskningar men det kan konstateras att det tar lång tid att komma framåt i frågan om en gemensam tolkning av avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Det finns kvarstående brister gällande bl.a. informationsöverföring och läkemedelshantering. Det pågår utvecklingsarbete inom ramen för Länssamordningsgruppen, d.v.s. vid sidan om linjeorganisationerna. Det är dock landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden som är ansvariga för verksamheterna och som ska säkerställa att samverkan fungerar genom tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll.

Vi har bland annat gjort följande iakttagelser:

- Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte nämnvärt stärkt sin styrning av hälso- och sjukvård i ordinärt boende och har inte vidtagit åtgärder för att säkerställa att samverkan i praktiken fungerar på ett tillfredställande sätt.
- Äldrenämnden har stärkt sin styrning av hälso- och sjukvård i ordinärt boende genom beslut om uppdragsplan samt åtgärder i nämndens internkontrollplan.
- Samordnade individuella planer upprättas endast i låg utsträckning.
- Informationsöverföringen fungerar inte tillfredsställande. Det gäller såväl mellan primärvård och slutenvård som mellan kommun och landsting.
- Det finns brister inom området rehabilitering och förebyggande arbete.
- Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden har inte säkerställt att riskanalyser med patientsäkerhetsperspektiv genomförs inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende.
- Landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer inte upp hälso- och sjukvård i ordinärt boende specifikt och har inte vidtagit några speciella åtgärder.
- Äldrenämnden har i tillräcklig grad följt upp och utvärderat hälso- och sjukvård i ordinärt boende samt agerar i syfte att åtgärda bristerna.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- ▶ Säkerställa att ansvar och roller gällande hälso- och sjukvård i ordinärt boende tydliggörs inom alla områden.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkra att informationsöverföringen fungerar såväl inom landstinget som mellan landsting och kommun.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering rörande samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- ▶ Vidta åtgärder för att säkra att informationsöverföringen fungerar såväl inom landstinget som mellan landsting och kommun samt att korrekta läkemedelslistor finns upprättade vid utskrivning.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering rörande samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi äldrenämnden att:

- ▶ Säkerställa att ansvar och roller gällande hälso- och sjukvård i ordinärt boende tydliggörs inom alla områden.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Hälso- och sjukvård i ordinärt boende överfördes i september 2013 från landstinget till kommunerna i Västerbottens län. I avtalet om ändrat huvudmannaskap regleras gränsdragning och ansvarsförhållanden mellan kommunens respektive landstingets verksamhet. Vidare reglerar avtalet verksamhetens finansiering samt överföring av medarbetare mellan huvudmännen. Efter genomförd ekonomisk kontrollstation 2015, har en ny skatteväxling beslutats om ytterligare 5 öre, gällande från 1 januari 2016.

Umeå kommuns revisorer granskade övertagandet av hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2014. Granskningen visade på behov av förbättringsarbete avseende informationsöverföring och samarbete kring vårdplanering. Revisorerna i Västerbottens läns landsting och Umeå kommun granskade 2016 vård av multisjuka äldre. Granskningen visade att det inte sker en tillräcklig samverkan i vårdkedjan. I granskningen framkommer att olika tolkningar av vad som är att betrakta som hälso- och sjukvård i hemmet försvårar samverkansarbetet och gör att insatser för patienter inte samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Samsynen brister avseende hur ansvaret för målgruppen är fördelat enligt avtalet samt ramavtalet för läkarmedverkan. Tolkning av gällande avtal fördröjer och försvårar samordningen av insatser för de äldre. Gränsdragning avseende ansvar för t.ex. respiratorvård och dialys i hemmet, tider för rond och läkemedelsgenomgångar samt kostnader för förskrivning och utprovning av hjälpmedel utgör exempel på områden som skapar frustration. Det senare exemplet kan försvåra arbetet med förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser. Samordnade individuella planer upprättas i mycket begränsad utsträckning. Sammantaget visade granskningen att brister i den samordnade vårdplaneringen försvårar samverkan mellan huvudmännen och skapar risker för den enskilde patienten.

Revisorerna i Västerbottens läns landsting och Umeå kommun har med hänsyn till risk och väsentlighet bedömt det angeläget att göra en uppföljande granskning inom ovan rubricerat område.

1.2. Syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden genom styrning, uppföljning och intern kontroll säkerställer en patientsäker hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Den övergripande revisionsfrågan är:

- Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden utifrån resultaten av revisorernas granskning av vård av multisjuka äldre vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten?

Följande revisionsfrågor besvaras:

- ▶ Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i Umeå kommun stärkt sin styrning av samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende?

- ▶ Har landstingsstyrelsen och äldrenämnden i Umeå kommun säkerställt att lokala rutiner för läkarmedverkan har upprättats mellan hälsocentraler och kommunen?
- ▶ Fungerar samverkan i praktiken på ett tillfredsställande sätt?
 - Har ansvar och roller förtydligats?
 - Följs upprättade rutiner för samordnad vårdplanering?
 - Upprättas samordnande individuella planer i enlighet med HSL och SoL?
 - Fungerar informationsöverföringen mellan parterna tillfredsställande?
 - Fungerar arbetet med förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser på ett tillfredsställande sätt?
- ▶ Genomför landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden riskanalyser som omfattar patientsäkerheten inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende och bedrivs det utifrån detta ett systematiskt patientsäkerhetsarbete?
- ▶ Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun i tillräcklig grad följt upp och utvärderat hälso- och sjukvård i ordinärt boende?
- ▶ I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, agerar landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i syfte att åtgärda bristerna?

1.3. Avgränsning

Granskningen har avgränsats till att omfatta hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Granskningen avgränsas till samverkan mellan Umeå kommun och landstinget och omfattar inte hela äldrenämndens ansvarsområde.

1.4. Ansvariga nämnder och styrelser

Granskningen avser landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden i Västerbottens läns landsting samt äldrenämnden i Umeå kommun.

1.5. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analys, slutsatser och bedömningar. I denna granskning utgörs revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen, 6 kap 7 §
 - o I KL 6 kap. 7 § framgår att nämnder och styrelser ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. Nämnder och styrelser ska också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen
 - o I HSL 5 kap. 1 § framgår att hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård. Detta innebär att den bland annat ska vara av god kvalitet, tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet,

bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet och vara lätt tillgänglig.

o I HSL 12 kap. 1-2 §§ framgår att landstinget ska avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda ska kunna erbjudas en god hälso- och sjukvård i ordinarie boende i ordinarie boende. Landstinget ska med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan. Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare, har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget. Landstinget och kommunen ska samverka så att en enskild, som kommunen har ansvar för, också får övrig vård och behandling, hjälpmedel samt förbrukningsartiklar enligt 8 kap. 9 § som hans eller hennes tillstånd fordrar.

o I HSL 16 kap. 4 § framgår att när den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan.

- ▶ Patientlagen 6 kap. 1 §
Av patientlagens 6 kap. 1 § framgår att patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet ska tillgodoses.
- ▶ Socialstyrelsens föreskrift (2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete
- ▶ Socialstyrelsens föreskrift (2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning i slutenvård
- ▶ Styrande och stödjande dokument inom området, t.ex. avtal och överenskommelser

1.6. Genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier och intervjuer med tjänstepersoner inom Västerbottens läns landsting och Umeå kommun. I bilaga 1 framgår intervjuade personer.

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

2. Granskningsresultat

2.1. Styrning

2.1.1. Vägledning till avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende

Avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende mellan Västerbottens läns landsting (VLL) och kommunerna i Västerbottens län omfattar hälso- och sjukvård i ordinärt boende, hembesök samt rehabilitering, habilitering och hjälpmedel i ordinärt boende för vuxna över 18 år. Enligt avtalet är det Länssamordningsgruppen som hanterar frågor som rör samverkan i länet mellan socialtjänsten och angränsande verksamheter i landstinget. De överväganden som gjordes inför avtalet finns inte dokumenterade och det har sedan kommunerna övertog hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2013 förts många diskussioner om vad det är som har skatteväxlats. Tre förtydliganden har arbetats fram, det senaste i januari 2016. Dock har tolkningsdiskussionerna fortgått framförallt mellan Umeå kommun och VLL. Länssamordningsgruppen tillsatte därför i oktober 2016 en arbetsgrupp som fick i uppdrag att arbeta fram en vägledning till avtalet om övertagandet. Vägledningen ska vara heltäckande, tydliggöra roller och ansvar, samt ersätta tidigare lämnade förtydliganden. Enligt intervjuade i Umeå kommun omfattar vägledningen även ett värdegrundsarbete, vilket rekommenderades i revisorernas tidigare granskning (nr. 8/2016) av samverkan kring äldre multisjuka. Arbetsgruppen har bestått av ett tjugotal personer från landstinget och länets kommuner som har träffats cirka tjugo gånger under ett års tid. Umeå kommun har företrätts av medicinskt ansvarig sjuksköterska, socialt ansvarig samordnare samt chef för hälso- och sjukvård i hemmet i arbetsgruppen. VLL har företrätts av strateger, chefläkare, utredare, verksamhetschefer, avdelningschefer och sjukhussamordnare.

Vid granskningstillfället (oktober 2017) är vägledningen utskickad på remiss till 130 personer inom kommunerna och landstinget. Tidplanen är att vägledningen ska presenteras för AC Konsensus i november och behandlas av Länssamordningsgruppen i december. AC Konsensus ska genom ordförande och viceordförande ta beslut om vägledningen innan årsskiftet 2017/2018 och därefter ska den beslutas av landstingsstyrelsen respektive äldrenämnden.

2.1.2. Förberedelser inför ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

I januari 2018 träder en ny lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i kraft. Den nya lagen ska främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Länssamordningsgruppen inledde hösten 2016 arbetet med att förbereda inför lagförändringen. I juni 2017 gjordes en gemensam riskanalys med företrädare från landstinget och kommunerna. Riskanalysen har presenterats för Länssamordningsgruppen som har kompletterat den. Ett arbete har därefter inletts med att revidera utskrivningsprocessen i Västerbotten utifrån den nya lagstiftningen. Länssamordningsgruppen beslutade 2017-08-15 att tillsätta en arbetsgrupp med uppdrag att arbeta fram en länsgemensam rutin för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Den finns en skriftlig uppdragsbeskrivning av

vilken det framgår att arbetet med rutinen ska ske parallellt med framtagandet av "Samverkansöverenskommelse mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbotten om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård". Länsrutinen ska ge vägledning till samtliga berörda i hur det praktiska arbetet ska genomföras för att patienter och brukare som behöver insatser efter utskrivning från slutenvården får en god primärvård och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård samt en socialtjänst av god kvalitet. Arbetsätten som beskrivs i länsrutinen, ska medverka till att ge patienten trygg och säker hemgång från sjukhus, minska att utskrivningsklara blir kvar på sjukhuset, minimera antalet återinskrivningar på sjukhuset inom 30 dagar och stärka samverkan mellan landsting och kommunerna. Länsrutinen ska också kunna fungera som bas vid upprättande av lokala rutiner för samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, utifrån respektive kommuns behov och förutsättningar. Förslag på länsrutin ska presenteras vid länsamordningsgruppens möte 2017-12-13.

Vid granskningstillfället är arbetet pågående och de intervjuade påtalar att det är en stor förändring som kommer att genomföras. Primärvården kommer att ansvara för att kalla till vårdplanering i samband med utskrivning. Primärvården ska ha en mer proaktiv roll och möta upp med tidiga insatser och hembesök efter utskrivning. Fast vårdkontakt ska utses för personer som skrivs ut. Inför 2018 har primärvården förstärkts med 9 mnkr för att hantera vårdplaneringen. Systemstödet Prator kommer enligt intervjuade att anpassas utifrån den nya lagstiftningen. Dock är den nya versionen inte färdig förrän i april 2018 och därav kommer den nya rutinen för utskrivning inte att börja gälla förrän då. Under de inledande månaderna av 2018 kommer utbildningar att anordnas.

2.1.3. Översyn av samverkansstruktur

I revisorernas tidigare granskning (nr. 8/2016) av samverkan kring vård till äldre multisjuka lämnades rekommendationen att besluta om riktlinjer och mål för hur samverkan mellan landstinget och kommunerna om vård till äldre multisjuka ska vara utformad. I svaren på granskningen gav landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att initiera ett arbete för att konkretisera målsättningar för samverkan för nämnderna inför 2018. Något sådant arbete har inte inletts vid granskningstillfället.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan för 2017 lyfts fördjupad samverkan med kommuner fram som en avgörande framgångsfaktor för att gemensamt klara av de utmaningar och den utveckling som verksamheterna kräver. Vidare konstateras att det finns behov av att tydliggöra syfte och uppdrag för respektive grupp samt förbättra processer för informationsspridning, kommunikation, förankring, beslut och uppföljning. Västerbottens läns landsting kommer att bilda regionkommun från den 1 januari 2019. Bildandet av regionkommun innebär bl.a. att Västerbottens läns landsting, Region Västerbotten och vissa uppgifter som hanteras av Länsstyrelsen förs samman till en gemensam organisation. Som en del av förberedelserna har en extern konsult fått i uppdrag att identifiera behov av förändringar i den befintliga samverkansstrukturen samt att ta fram förslag till ny struktur för samverkan mellan regionkommunen och länets kommuner avseende vård- och omsorg. Av förslaget ska framgå vilka politiska- respektive tjänstemannagrupper som bör finnas i den föreslagna samverkansstrukturen, deras uppdrag och beslutsmandat samt inbördes relation. Den föreslagna organiseringen ska klarlägga mandat, roller och rapporteringsvägar samt tydliggöra formella kopplingar mellan grupper på lokal nivå och länsnivå samt koppling till den samverkande partens styrning och ledning. Uppdragsägare är landstingsdirektören och Region Västerbottens regiondirektör och utredningen ska vara klar den 28 februari 2018.

2.1.4. Styrning inom VLL

Hälsocentralernas uppdrag regleras av *Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten*. Uppdraget riktas till alla hälsocentraler oavsett driftsform. Landstingsstyrelsen beslutar, i egenkap av beställare av primärvård, inför varje nytt år om revidering av dokumentet. I Uppdrag och regler för Hälsoval har följande krav funnits sedan flera år:

- Hälsocentralen ska organisera sin verksamhet så att listade personer med behov av sammansatta insatser, nedsatt autonomi, långvarig sjukdom eller psykisk funktionsnedsättning får kontinuitet i vården genom fast vårdkontakt. Hälsocentralen har ansvar för att erbjuda tillgång till fast läkarkontakt för de personer som önskar det.
- Hälsocentralen ska samarbeta med berörda vårdaktörer, annan huvudman och myndigheter när patientens behov inte kan tillgodoses enbart på hälsocentralen. Samarbetet ska bedrivas på ett sådant sätt att det bidrar till en väl fungerande vårdprocess utifrån ett patientfokuserat synsätt och med patientens samtycke och delaktighet. Samarbetet kring patienten vid vårdövergångar ska ske strukturerat och patientsäkert.
- Hälsocentralen ska aktivt medverka vid samordning och informationsöverföring mellan specialistvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. För patienter som bor i ordinärt boende och får insatser från Hälsocentralen och kommunens hälso- och sjukvård eller hemtjänst ska vårdplanering och uppföljning genomföras i samarbete med kommunen. Hälsocentralen ska också delta i de vårdplaneringar som initieras av kommunen.
- Upprättade riktlinjer och rutiner mellan VLL och länets kommuner som gäller när en patient är utskrivningsklar från den slutna vården ska följas.

I *Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten 2018*, beslutad av landstingsstyrelsen 2017, införs nedanstående nya krav som en följd av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård:

- Hälsocentralen ska tillhandahålla en samordningsfunktion med ansvar att samordna vårdplaneringsprocessen samt behovet av fast vårdkontakt för äldre patienter i samband med utskrivning från sjukhus. Samordningsansvaret omfattar kontakt med kommunernas hälso- och sjukvård samt kontakt med avdelningar på sjukhus.

När det gäller samverkan med kommuner och framtagande av riktlinjer och rutiner sker mycket av arbetet inom ramen för Länssamordningsgruppen. Enligt intervjuade tjänstepersoner i landstinget ska detta hanteras enligt följande. Om det är riktlinjer som ska beslutas på politisk nivå bereder Länssamordningsgruppen ärendet och AC Konsensus fattar beslut om att rekommendera att respektive kommun och landstinget beslutar om dessa. Beslut fattas sedan av berörd nämnd eller i förekommande fall av fullmäktige. Om det gäller rutiner och riktlinjer på tjänstemannanivå tar Länssamordningsgruppen beslut och sedan är det i landstinget den tjänsteman som har mandat att skriva under en sådan rutin eller riktlinje som gör det, t.ex. landstingsdirektör eller hälso- och sjukvårdsdirektör. Hälsovalets beställarfunktion är representerad i Länssamordningsgruppen via stabsdirektören. Stabsdirektören ska säkerställa att rutiner och riktlinjer som arbetas fram inom ramen för Länssamordningsgruppen blir gällande för samtliga vårdgivare som utför vård på uppdrag av landstinget. Rutiner och riktlinjer ska föras in i landstingets ledningssystem. Beslut som påverkar hälsovalsuppdraget kommuniceras till utförare av hälsoval via tjänstepersoner inom beställarfunktionen. Kommunikationen kan enligt uppgift ske via separata e-postmeddelanden till verksamhetschefer, via hänvisning till anvisad webbplats eller i samband med revidering av Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten.

Landstingsstyrelsen är både beställare av Hälsoval Västerbotten och ansvarig utförare av primärvård i egen regi. I landstingsstyrelsens verksamhetsplan för primärvård i egen regi 2017 nämns inte hälso- och sjukvård i ordinärt boende specifikt, men en långsiktig strategi är att sträva efter att etablera väl fungerande vårdprocesser i samarbete med andra verksamhetsområden och huvudmän. Inom området god vård för äldre införde landstingsstyrelsen 2017 en ny indikator: andel sköra äldre med komplext vårdbehov som erbjuds fast vårdkontakt.

I hälso- och sjukvårdsnämndens verksamhetsplan 2017 lyfts samverkan fram som en avgörande framgångsfaktor för att gemensamt klara av de utmaningar och den utveckling verksamheterna kräver. Det framgår vidare att samverkan med kommuner sker i många olika grupperingar och att det finns behov av att tydliggöra syfte och uppdrag för respektive grupp samt att förbättra processer för informationsspridning, kommunikation, förankring, beslut och uppföljning.

2.1.5. Styrning inom Umeå kommun

Av äldrenämndens reglemente framgår att nämnden ansvarar för de uppgifter som en socialnämnd ansvarar för enligt hälso- och sjukvårdslagen för personer som bor i ordinärt boende (hälso- och sjukvård i ordinärt boende). Av intervjuer och dokumentanalys framgår att äldrenämnden styr området genom den beslutade uppdragsplanen för 2017. Av uppdragsplanen framgår att det är äldrenämnden som ansvarar för insatser för hälso- och sjukvård i hemmet, genom förbättrat samarbete utifrån geografiska områden.

I uppdragsplanen beskrivs även att nämndens verksamheter står inför stora ekonomiska utmaningar under året, och att budgetramen för innebär höga krav på effektiviseringar och prioriteringar. Enligt uppdragsplanen är ökade behov av hälso- och sjukvård i hemmet samt ökade kostnader för betalningsansvar (se avsnitt 2.1.2) områden som kräver ytterligare aktiviteter och anpassningar. Av nämndens budget framgår att hälso- och sjukvård i hemmet för år 2017 har ett effektiviseringskrav om 5,7 mnkr.

Av uppdragsplanen framgår också att det ligger i äldrenämndens ansvar och uppdrag att samverkan ska ske, bland annat med landstinget. I planen beskrivs att ambitionen är att samordna kommunens hälso- och sjukvård för att kunna nyttja resurser och kompetens mer effektivt än idag.

I äldrenämndens internkontrollplan för 2017 identifieras att en risk är att samarbetet mellan kommunen och landstingens slutenvård samt primärvård brister. Planerade åtgärder utifrån risken är att tillämpa samordnad individuell plan (SIP) samt att samverka med landstinget i regelbundna dialogmöten.

2.1.6. Bedömning

Inom ramen för Länssamordningsgruppen pågår utvecklingsarbete vid sidan om linjeorganisationerna. Framtagandet av en vägledning till avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende, förberedelser inför ny lag om samverkan vid utskrivning samt en pågående översyn av samverkanstrukturen kan ge bättre förutsättningar för styrning av samverkan framöver. När det gäller samverkansstrukturen är det dock av stor vikt att mandat och beslutsvägar är tydliga och att respektive styrelse och nämnd fullföljer sitt ansvar utifrån reglemente och kommunallag. Inom landstinget är det landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden som är ansvariga för verksamheterna och som ska säkerställa att samverkan

fungerar genom tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll. Bedömningen är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte nämnvärt har stärkt sin styrning av samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Bedömningen är att äldregruppen har stärkt sin styrning av hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Bedömningen baseras på att nämnden, till skillnad från vid tillfället för revisorernas granskning av multisjuka äldre (rapport nr 8/2016), styr området genom beslut om uppdragsplan samt åtgärder i nämndens internkontrollplan.

2.2. Lokala rutiner för läkarmedverkan

Det finns ett länsövergripande ramavtal om läkarmedverkan i ordinärt boende som gäller fr.o.m. 2013-09-01. Avtalet är undertecknat av landstingsdirektör och regiondirektör. I avtalet fastställs att hälsocentral/sjukstuga och kommunens hälso- och sjukvård i respektive kommun gemensamt ska upprätta lokala rutiner för samarbetet avseende läkarinsatser i ordinärt boende. En mall för vad en lokal rutin bör innehålla finns som en bilaga till det länsövergripande ramavtalet. Mallen innehåller även förslag på vilka områden som ska vara föremål för årlig uppföljning.

Mellan Umeå kommun och hälsocentralerna i kommunen har en gemensam lokal rutin upprättats först under våren 2017. Dokumentet "*Gemensam lokal rutin för läkarmedverkan i ordinärt boende, Informationsöverföring och kontaktvägar*" är detsamma för samtliga hälsocentraler i kommunen, och alla hälsocentraler utom en privat har undertecknat det. Enligt de intervjuade verksamhetscheferna för hälsocentraler ses det som viktigt att ha samma rutin för att underlätta för kommunens personal som samarbetar med många olika hälsocentraler. I rutinen specificeras hälsocentralens ansvar, kommunens ansvar och det gemensamma ansvaret. Kontaktvägar (telefonnummer) anges vid akuta ärenden, ej akuta ärenden samt under jourtid. Mallen i avtalet är mer utförlig än den lokala rutinen. Enligt mallen ska rutinen t.ex. innehålla hur legitimerad kommunal personal får kännedom om hos vilken läkare patienten är listad, hur skyndsamma hembesök ska ske samt rutiner vid läkares ledighet/sjukdom/byte av ansvarig läkare.

Såväl privata som offentliga hälsovårdscentraler har varje vecka fasta rondtider då kommunens personal kommer till hälsocentralen och går igenom hälso- och sjukvård i ordinärt boendespatienter med läkare. Vid dessa möten hanteras avvikelser på individuell nivå. En del hälsocentraler har en utsedd läkare som alltid håller i rondtiden, medan det vid andra hälsocentraler erbjuds olika rondtider för olika läkare, så att kommunens personal får prata med patientansvarig läkare. Däremellan kan kommunens personal alltid ringa till hälsocentralen och få läkarstöd. Företrädare för Umeå kommun uppger att den gemensamma rutinen har bidragit till framsteg i samverkan och förbättrat strukturen för läkarmedverkan.

Det fastställs i det länsövergripande ramavtalet att de lokala rutinerna årligen ska följas upp och rapporteras till Länssamordningsgruppen som ska ta ställning till om det länsövergripande avtalet behöver revideras. Det har dock inte skett någon sådan uppföljning. Landstingsstyrelsen, som är både beställare av hälsoavtalet och utförare av primärvård i egen regi, har inte gjort någon uppföljning av om lokala avtal upprättas och följs.

2.2.1. Bedömning

Lokala rutiner för läkarmedverkan har under 2017 upprättats mellan Umeå kommun och alla hälsocentraler utom en. Rutinerna innehåller dock inte all information som ska ingå enligt en

mall i det länsövergripande ramavtalet om läkarmedverkan. Det kan vidare konstateras att upprättandet av de lokala rutinerna har dröjt. Uppföljning av att lokala rutiner finns och fungerar har inte genomförts sedan det länsövergripande ramavtalet om läkarmedverkan tecknades 2013, vilket är en brist. Det är landstingsstyrelsen och äldrenämnden som ansvarar för att avtalet om läkarmedverkan följs och att lokala rutiner finns.

2.3. Samverkan i praktiken

2.3.1. Förtydliganden av ansvar och roller

De intervjuade från landstinget och Umeå kommun är samstämmiga i att samarbetet har utvecklats positivt under det senaste året. I det pågående arbetet med vägledning till avtalet har ansvar och roller blivit tydligare, men det finns, enligt företrädare för landstinget och Umeå kommun, kvarstående frågor att lösa. En knäckfråga som flera intervjuade tar upp handlar om primärvård respektive specialistvård, där företrädare för kommunen anser att hälso- och sjukvård i ordinärt boende sträcker sig upp till primärvårdsnivå, medan företrädare för landstinget menar att läkaransvar för delar av den medicinska vården kan kvarstå hos en eller flera läkare inom specialistvården även om patienten får hälso- och sjukvård i sitt ordinarie hem. Det finns vissa patientgrupper som återkommande är föremål för diskussioner, som t.ex. påsdialyspatienter och patienter med hemrespirator.

Vägledningsarbetet har tagit lång tid och så länge parterna på övergripande nivå inte är överens om hur avtalet ska tolkas får mycket fått lösas på lägre nivåer i organisationerna. Det påverkar enligt de intervjuade arbetsmiljön negativt. En annan konsekvens är att omhändertagandet av patienterna i brist på en gemensam tolkning av ansvarsgränsen blir personbundet. Enligt intervjuade löser personalen i stor utsträckning uppkomna situationer för de enskilda patienterna, med därefter kvarstår stridigheter om vem som ska betala för olika insatser.

Verksamhetscheferna vid hälsocentralerna uppger att samarbetet med Umeå kommun har förbättrats. Det har under 2017 inrättats en lokal chefsamverkansgrupp för hälsocentralernas verksamhetschefer och ansvariga vid kommunen som har månadsvisa möten. I detta forum diskuteras riktlinjer, rutiner och arbetssätt. Vidare diskuteras och hanteras avvikelser på systemnivå. Vidare har den lokala chefsamverkansgruppen arbetat med att förtydliga roller och ansvar i vårdkedjan. Gruppen tar vid behov fram skriftliga meddelanden, som t.ex. hantering av läkemedel i patientens hem och bedömning av patientens förmåga att klara hela eller delar av läkemedelshanteringen själv. Verksamhetscheferna för de privata hälsocentralerna är inbjudna till samverkansmötena men har hittills inte medverkat. Företrädare för Umeå kommun beskriver den lokala samverkansgruppen som välfungerande.

Under 2017 har även samverkan mellan kommunen och primärvården i SÖK Äldre förbättrats. VLL har från den 1 september 2017 tillsatt en samverkanssamordnare för Umeå-området som på 50 procent av arbetstiden arbetar med att samordna arbetet som sker på olika nivåer inom ramen för SÖK. VLL har också tillsatt en biträdande primärvårdsdirektör. Resursförstärkningarna underlättar enligt intervjuade samverkan med kommunerna.

Med slutenvården kvarstår enligt de intervjuade i Umeå kommun arbete för att säkerställa en tillfredställande samverkan. Frågan om kommunens samverkan med slutenvården har diskuterats i SÖK Äldre men de intervjuade i kommunen menar inte att det har lett till förbättringar. Intervjuad personal inom slutenvården uppger att kommunens personal ibland ifrågasätter medicinska bedömningar och föreslår andra insatser som kan göras av annan instans. Det

kan handla om att ifrågasätta om en patient som blivit ordinerad att få benen omlindade istället klarar sig med stödstrumpor. Intervjuade från landstinget uppfattar att det är resursbrist som ligger bakom dylika ifrågasättanden, då hemtjänsten kan sköta stödstrumpor men inte lindning av ben.

2.3.2. Rutiner för samordnad vårdplanering

Vid en samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan. Vårdplaneringen ska resultera i en samordnad vårdplan som beskriver vilka insatser slutenvård, öppenvård och kommun ska ge patienten i anslutning till utskrivning. Det finns en skriftlig rutin för samordnad vårdplanering som har beslutats av Länssamordningsgruppen och som gäller från 2017-03-01 (*Samordnad vård- och omsorgsplanering. Rutiner för samverkan mellan landstinget och kommunerna vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Västerbottens län med stöd av IT-tjänsten Prator*). Rutinen syftar till att säkerställa en sammanhållen vård- och omsorgskedja samt en tydlig ansvarsfördelning. Enligt rutinen ansvarar den behandlande läkaren för att bedöma om patienten är utskrivningsklar och för att kontakta mottagande läkare inom landstingets öppna hälso- och sjukvård. De ska gemensamt bedöma om det finns kompetens och resurser inom landstingets eller kommunens öppna hälso- och sjukvård för den fortsatta vården, och hur ansvarsfördelningen ska se ut efter utskrivning. Primärvårdsläkaren tar beslut om patienten ska bli inskriven i hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Nuvarande rutin kommer att upphöra när den nya lagstiftningen avseende utskrivning träder i kraft. I nuläget deltar primärvården inte vid vårdplaneringar på sjukhuset. När en patient skrivs ut ska ett meddelande sändas via Prator till primärvården, som ska kvittera att det är läst. De intervjuade från landstinget respektive Umeå kommun ser brister framför allt gällande informationsöverföringen (se avsnitt 2.3.4. nedan).

Vi har tagit del av kommunens statistik över följsamhet till det länsövergripande avtalet avseende samordnad planerad utskrivning, SPU, per augusti 2017. Statistiken används för att analysera processen i syfte att minska betalningsansvaret och översänds på månatlig basis till landstinget. Informationen delges även äldrenämnden månadsvis. Följande resultat framkommer:

- ▶ Av de underlag som landstinget tillhandahåller inför samordnad planerad utskrivning är 7-14 procent inte korrekta, vilket medför merarbete för båda parter.
- ▶ Enligt den gemensamma *Länsrutin samordnad vård och omsorgsplan (beslutad i mars 2017)* och hälso- och sjukvårdslagen ska slutenvårdens utskrivande läkare i samråd med mottagande läkare från primärvården göra en bedömning av huruvida patienten behöver skrivas in i den kommunala hälso- och sjukvården. Primärvårdsläkarens deltagande i SPU har enligt kommunens statistik inte förekommit i ett enda fall. Enligt uppgift från kommunen justeras vårdplanen av distriktssköterska. Enligt kommunen medför detta att läkare inom primärvården inte har kännedom om vilka insatser som utförs av den kommunala hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Det är enligt uppgift från kommunen en patientsäkerhetsrisk. Kommunen har två anställda medarbetare vars huvuduppgift är att hantera felaktigheter kring underlag för SPU.
- ▶ Knappt hälften av de personer som skrivs in i hälso- och sjukvård i ordinärt boende har inte ett eget läkemedelsansvar, enligt uppgifter från Umeå kommun. Av de som inte har ett eget läkemedelsansvar finns enligt kommunen bristfälliga egenvårdsbedömningar i 38 procent av fallen. Avsaknad av korrekt ifyllt underlag medför att hela kostnaden läggs på kommunen.

Egenvård är ett begrepp som ger upphov till många diskussioner. Egenvård innebär att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom sitt ansvarsområde ska bedöma och dokumentera om en patient själv under eget ansvar kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd. Det finns en skriftlig överenskommelse daterad och beslutad av Länssamordningsgruppen 2016-03-10 (*Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län för samverkan i samband med bedömning och planering av egenvård*). Överenskommelsen har dock inte löst gränsdragningsdiskussionerna. En del patienter behöver hjälp av personliga assistenter för att genomföra egenvården. Umeå kommun och VLL är inte överens om vem som ansvarar för att instruera och betala för personlig assistans. Det framkommer också av intervjuer att läkare vid sjukhusklinikerna inte har tillräckliga kunskaper om egenvård vilket får till konsekvens att patienterna inte informeras tillräckligt om vad egenvården innebär.

2.3.3. Samordnade individuella planer

Enligt (3 f § HSL och 2 kap 7 § SoL) ska en Samordnad Individuell Plan (SIP) upprättas när man bedömer att en enskild person har behov av insatser som ska bli tillgodosedda och behöver samordnas av minst två vårdgivare eller huvudmän. Den enskilde ska samtycka till att planen upprättas. Lagen anger att arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Intentionen med en samordnad individuell plan är att den ska ske i delaktighet med den enskilde. Det finns två överenskommelser mellan Västerbottens läns landsting och kommunerna i Västerbotten gällande SIP; *Samordnad individuell plan* daterad 2013-12-10, samt *Samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Prator - öppenvårdsmodul*, daterad 2014-12-02.

Antalet samordnade individuella planer registreras och kan således följas upp. Inom ramen för granskningen har statistik avseende antal upprättade SIP efterfrågats. I tabellen nedan framgår antal i länet samt i Umeå kommun (mellan kommunala enheter och landstingsenheter).

2017 Månad	Antal skapade SIP		Varav pågående SIP		Varav avslutade SIP	
	Länet	Umeå kommun	Länet	Umeå kommun	Länet	Umeå kommun
Januari	36	7	7	0	29	7
Februari	16	2	2	0	14	2
Mars	29	2	8	2	21	0
April	28	2	10	2	18	0
Maj	32	3	9	3	23	0
Juni	24	5	11	5	13	0
Juli	11	0	3	0	8	0
Augusti	17	2	7	2	10	0
September	12	1	3	1	9	0
Oktober	11	3	9	3	2	0
Totalt	216	27	69	18	147	9

Det sker inte någon systematisk uppföljning eller analys av antalet SIP. Flertalet intervjuade från landstinget uppger att SIP upprättas i för låg utsträckning men att det är svårt att veta hur många som borde göras. Verksamhetscheferna inom primärvården ger olika svar på frågan i vilken utsträckning som samordnade individuella planer upprättas. Några svarar att det sker i de flesta fall medan andra uppger att det sker i liten utsträckning. En del påtalar att det är svårt att skriva samordnade individuella planer så länge parterna inte är överens om hur avtalet om övertagandet av hälso- och sjukvård i ordinärt boende ska tolkas. Det uppges även vara svårt att skriva SIP när fler än två aktörer är inblandade. Ett utvecklingsområde

som nämns är att psykiatrin behöver delta mer. Företrädare för Umeå kommun uppger liknande erfarenheter kring användandet av SIP. Enligt intervjuade finns en förhoppning att strukturen för användandet av SIP ska bli mer enhetlig med anledning av de lagkrav kring samverkan vid utskrivning som träder i kraft vid årsskiftet.

2.3.4. Informationsöverföring

I dokumentet *"Förtydligande till Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2016-2017"* framgår att Länssamordningsgruppen ansvarar för att länsgemensamma rutiner för informationsöverföring finns och är kända i verksamheterna. Som stöd för informationsöverföring finns Nationell Patientöversikt, NPÖ, där vårdgivare inom hälso- och sjukvård ges möjlighet att ta del av information runt patientens vård- och behandling, inklusive läkemedelslista. IT-stödet Prator är landstingets och kommunernas gemensamma system för samordnad vård- och omsorgsplanering samt samordnad individuell plan.

Intervjuade från landstinget och Umeå kommun uppger att informationsöverföringen ofta brister vid utskrivning från sjukhus. Det sker felaktigheter rörande läkemedel, t.ex. att det inte följer med någon läkemedelslista, att läkemedelslistan inte är uppdaterad eller att patienten skickas hem utan att få med sig medicin för de första dagarna. Vidare kan det förekomma att slutenvården antecknar att primärvården ska göra uppföljningar men att det inte skickas någon remiss. Det händer också att primärvården inte får information om att en patient har skrivits ut från sjukhuset. Intervjuade verksamhetschefer vid hälsocentralerna upplever att personalen vid sjukhuset har låg kunskap om hälsocentralernas ansvar och roll i hälso- och sjukvård i ordinärt boende. En vanligt förekommande brist är att information fördröjs. Epikrisen är inte alltid klar när patienten blir utskriven och det kan ta tid innan läkardiktat skrivs ut. Det krävs mycket kompletterande samtal från primärvårdens sida. Intervjuade från Umeå kommun beskriver att de underlag som tillhandahålls från läkare i NPÖ och Prator ofta är bristfälliga. Underlagen är enligt uppgift dock förbättrade i dagsläget (oktober 2017) jämfört med tidigare. Representanter från Umeå kommun beskriver att berörda medarbetare inom kommunen behöver ägna tid till att begära kompletterande uppgifter för knappt hälften av de samordnade individuella planerna som genomförs. Tidigare uppskattades att 80 procent av underlagen varit bristfälliga, vilket föranlett behov av kompletteringar som medarbetare inom kommunen hämtat in.

Medicinkliniken har stor omsättning på patienter och korta vårdtider. Det uppges vara svårt att hinna med dokumentationen. Läkemedelslistorna ska vara uppdaterade när patienten skrivs ut men det blir inte alltid så. Under den korta vårdtiden kan det vara svårt att bedöma patientens behov av hjälpmedel samt om patienten kan ha eget ansvar för sin medicinering. Ofta behövs uppföljning av primärvården. För att förbättra utskrivningarna har vissa kliniker infört utskrivningssköterskor. Ett utvecklingsområde som sjukhusvården ser är kvaliteten på information om patienter som skrivs in. Sjukhusvården anser att den informationen ofta är otillräcklig och ostrukturerad.

Primärvården och slutenvården är inte överens om vem som ska hantera insättning av dosdispenserade läkemedel (APO-dos)¹. Chef läkarrådet i Västerbottens läns landsting har fastställt dokumentet *"Säkra rutiner för hantering och ordinationer av dosdispenserade läkemedel i Västerbotten läns landsting samt i länets kommuner"*. Av dokumentet framgår att den vårdenhet som gör bedömningen att patienten inte klarar att ta ansvar för sin medicinering

¹ Dosförpackade läkemedel, s.k. dosdispensering, är ett alternativ till den traditionella läkemedelshanteringen för personer med regelbunden och stabil medicinering som av olika skäl inte kan klara sin läkemedelshantering med recept och förpackningar själv.

och är i behov av dos ansvarar för uppstart av dosdispensering. Vid osäkerhet om behov av dosdispensering bör samråd ske med den vårdenhet som har bäst kännedom om patienten och dennes medicinering. Ansvar som ordinationsansvarig enhet kan aldrig tilldelas någon annan enhet utan samråd. Skrivningen tolkas olika av primärvård och slutenvård. De intervjuade från primärvården menar att den som upptäcker ett behov av APO-dos ska hantera det. Intervjuade från sjukhusvården menar att det är bättre att primärvården hanterar APO-dos eftersom det kan vara svårt att göra en medicinsk bedömning under en kort vårdtid på sjukhuset, samt att patientens behov är tydligare i patientens hem. Diskussionen har lyfts till hälso- och sjukvårdsdirektörerna och primärvårdsdirektören, men oenigheten kvarstår. Intervjuade menar att det saknas en instans som kan avgöra gränssnittsdiskussioner mellan primärvård och slutenvård.

Intervjuade från akutsjukvården uppger att det saknas ett system genom vilket de kan bidra med information till andra vårdgivare. Eventuellt kommer det att infogas en meddelandefunktion i Prator så att akutsjukvården kan informera om att en person har varit på akutmottagningen eller fått besök av ambulans. I nuläget kan den prehospitalla vården inte se om en patient är inskriven i hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Det får till konsekvens att fler personer kommer till akutmottagningen än vad som hade varit nödvändigt. Det blir enligt de intervjuade ett omhändertagande på fel vårdnivå som kan innebära risker för patienten. Om patienten går hem från sjukhuset utan att bli inskriven får inte hälso- och sjukvård i ordinärt boende vetskap om besöket. Det finns ingen systematik i att följa upp och analysera mångbesökare.

Vid skatteväxlingen ingick inte dietisterna, vilket enligt intervjuade har fått negativa konsekvenser. Dietisterna tillhör primärvården och ska överrapportera till kommunens sjuksköterskor. Det blir en omväg som försvårar en sammanhållen vård och helhetsansvaret.

Informationsöverföringen mellan primärvård och kommun fungerar inte optimalt enligt intervjuade verksamhetschefer vid hälsocentraler. Vårdgivarna kan inte läsa varandras journaler. Det finns bestämmelser om sekretess i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvården som förhindrar delning av vissa uppgifter mellan landsting och kommun. Kommunens personal kan ta del av landstingets journalanteckningar i NPÖ när signering har skett. Företrädare för Umeå kommun beskriver att NPÖ saknar vissa funktioner, och att kommunens medarbetare endast har läsbehörighet, vilket försvårar hanteringen i systemet. SIP i Prator uppges ha brister i användarvänligheten. Landstingets personal kan inte läsa kommunens anteckningar. Som komplement används telefon och fax, enligt företrädare för både landstinget och Umeå kommun.

Verksamhetschefer vid hälsocentraler uppger att det har skett att kommunens sjuksköterskor har skrivit ut personer ur hälso- och sjukvård i ordinärt boende utan att meddela ansvarig läkare. I den vägledning till avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende som är under framtagande specificeras att läkaren ska vara delaktig vid in- och utskrivning och att kommunerna ska tillhandahålla listor på vilka som är inskrivna. Vid granskningstillfället har inte primärvården någon samlad bild över vilka patienter som har blivit utskrivna av kommunens personal. Det finns patienter som i landstingets system ser ut att vara inskrivna i hälso- och sjukvård i ordinärt boende men som inte är det längre.

2.3.5. Förebyggande insatser och rehabilitering

En slutsats i revisorernas granskning av Umeå kommuns övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2014 var att det är väsentligt för kommunen att följa hur rehabiliteringen utvecklas efter övertagandet och utarbeta en struktur och riktlinjer för hur arbetet ska

bedrivs. Företrädare för Umeå kommun uppger att vid skatteväxlingen 2013 redovisade landstinget ett behov av en sjukgymnast och åtta arbetsterapeuter för att kunna utföra de hembesök som tidigare utförts av hälsocentralerna. Vidare uppges att det inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Umeå kommun redan 2014 omfördelades skatteväxlade resurser till att motsvara 14 arbetsterapeuter och 4 sjukgymnaster. Enligt uppgift från intervjuade i kommunen har resurser för hjälpmedelsförskrivning som överflyttats till Umeå kommun varit 25 procent lägre än det faktiska behovet.

Av granskningen 2014 framgår att det i samband med övertagandet inrättades en tjänst som MAR (medicinskt ansvarig för rehabilitering) i kommunen. Enligt uppgifter från förvaltningen utökades den rehabiliterande personalen 1 maj 2016 med två arbetsterapeuter och två fysioterapeuter, bland annat i syfte att möjliggöra snabbare hemgång från sjukhus. Vid granskningstillfället (oktober 2017) vakanshålls tjänsten som MAR och två tjänster som fysioterapeut. Bakgrunden är att äldrenämnden i november 2016 beslutade om en åtgärdsplan för ekonomiska effektiviseringar inom hälso- och sjukvård i hemmet. Budgetunderskottet för hjälpmedel inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende i Umeå kommun är enligt företrädare för förvaltningen varje år cirka fem miljoner kronor.

Enligt äldrenämnden medför vakanshållningen att ambitionsnivån för rehabilitering/habilitering närmar sig den nivå som skatteväxlades vid övertagandet år 2013. Enligt intervjuade i kommunen bör vakanshållningen under fyra månader 2017 (två av sex fysioterapeuter) sättas i relation till det behov som redovisades 2013 från landstinget, som motsvarade en fysioterapeut. Enligt de intervjuade genomfördes ingen riskanalys av effekterna av vakanshållningen av MAR. En händelseanalysutredare har dock tillsatts på 40 procents tjänstgöringsgrad med fokus på patientsäkerhetsarbete, vilket bedöms väga upp en viss del av MARs tidigare uppgifter. Ansvar för rehabilitering/habilitering upplevs dock bli lidande. Äldrenämnden har under 2017 även gett enheten hälso- och sjukvård i ordinärt boende i hemmet (HSIH) i uppdrag att minska sina driftskostnader genom att fokusera på uppföljningar i relation till gränssnittet gentemot landstinget

Intervjuade från geriatriska kliniken upplever att Umeå kommun har för begränsad bemanning av sjukgymnaster/fysioterapeuter. Efter vårdplanering händer det att kommunen inte kan ta hem utskrivningsbara patienter på grund av att det tar flera dagar att ordna hjälpmedel. Medicinska kliniken menar att det kan ta tre till fyra veckor innan kommunen har möjlighet att göra en vårdplanering i hemmet, vilket ses som orimligt.

Det förebyggande arbetet behöver enligt intervjuade från landstinget utvecklas. Med ett bättre omhändertagande i hemmet skulle färre personer behöva sjukhusvård. Det förekommer t.ex. att döende personer läggs in på sjukhuset istället för att få somna in i hemmet. Personer med hjärtsvikt och multisjuka äldre skulle enligt intervjuade vid medicinska kliniken i större utsträckning kunna vårdas i hemmet om hälso- och sjukvård i ordinärt boende fungerade bättre.

Företrädare för Umeå kommun beskriver att det funnits en bristande överensstämmelse om vad som är hälso- och sjukvård i ordinärt boendes ansvar. Enligt uppgift finns en ambition att vägledningen ska förtydliga att hälso- och sjukvård i ordinärt boende avser de personer som inte kan ta sig till hälsocentraler för sin vård och rehabilitering, i enlighet med tröskelprincipen. I arbetet med den nya vägledningen till avtalet har det varit svårt att komma överens om gränsdragning inom områdena hjälpmedel och rehabilitering mellan landstinget och kommunerna. Det förekommer många diskussioner om vem som ska förskriva och bekosta olika hjälpmedel. Anledningen är enligt intervjuade från landstinget att hjälpmedel är förknippat

med stora kostnader, vilket även granskningen av övertagandet av hälso- och sjukvård i ordi-
närt boende belyste år 2014.

2.3.6. Bedömning

Bedömningen är att landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden och äldrenämnden i begränsad utsträckning har säkerställt att samverkan i praktiken fungerar på ett tillfredstäl-
lande sätt. Bedömningen baseras på att ansvar och roller delvis har förtydligats men att det
finns många kvarstående utvecklingsområden. Rutiner för samordnad vårdplanering tilläm-
pas inte fullt ut och samordnande individuella planer i enlighet med HSL och SoL upprättas i
begränsad utsträckning. Informationsöverföringen mellan parterna fungerar inte tillfredsstäl-
lande. Det gäller såväl mellan primärvård och slutenvård som mellan kommun och landsting.
Inte heller arbetet med förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser fungerar på ett till-
fredsställande sätt.

Det kan konstateras att det i dokumentet *"Förtydligande till Avtal om övertagande av hälso-
och sjukvård i ordinärt boende 2016-2017"* är inskrivet att Länssamordningsgruppen ansvar-
ar för att länsgemensamma rutiner för informationsöverföring finns och är kända i verksam-
heterna. Dock är det landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldre-
nämnden som är ansvariga för verksamheterna och som ska säkerställa att samverkan fun-
gerar genom tillräcklig styrning, uppföljning och intern kontroll.

2.4. Patientsäkerhet och riskanalys

Landstingets chefläkarfunktion arbetar på uppdrag av chefer inom landstinget, verksamheter
som efterfrågar stöd samt patientsäkerhetsrådet. Under 2016 fick chefläkarfunktionen i upp-
drag av landstingets samverkansansvariga funktion att se över samarbetet mellan primär-
vård, sjukhusvården och Umeå kommun. Bakgrunden var ett stort antal avvikelser. Cheflä-
karna inhämtade och analyserade avvikelser och gjorde en händelseanalys av ett typärende.

Chefläkarnas slutsats var att vårdgivarna inte lyckats tydliggöra övergripande riktlinjer och
ansvarsfördelning och därigenom inte gett vårdpersonalen förutsättningar att utföra god och
säker vård. Vid genomgången av avvikelser framträdde ett mönster av att verksamheternas
behov sattes i centrum, och inte patienternas. Exempel på detta var förekomst av ensidigt
fattade beslut, egna tolkningar för sin verksamhets riktning och återkommande hänvisningar
till annans ansvar. Anledningen uppfattades vara kompetensbrist och ekonomiska faktorer.
Chefläkarna bedömde att enskilda patienter definitivt utsatts för risk för vårdskada, men all-
varlighetsgraden var svår att bedöma på grund av bristfälliga avvikelsetredningar. Sannolik-
heten för att allvarlig vårdskada inträffat bedömdes som låg men upprepadet av liknande
händelser ökade allvarlighetsgraden. Sammantaget bedömdes bristerna i ansvarsfördel-
ningen utgöra en patientsäkerhetsrisk.

Chefläkarfunktionen avrapporterade till Länssamordningsgruppen i april 2017. I rapporten re-
kommenderas vårdgivarna att var för sig och/eller gemensamt genomföra riskanalys med pa-
tientsäkerhetsperspektiv. Någon sådan riskanalys har inte genomförts. Chefläkarna har där-
efter inte blivit anlitade igen. De har sett någon ansamling av avvikelser men har inte heller
fått bekräftat att samverkan fungerar bättre.

Av intervjuer med företrädare för Umeå kommun framkommer att riskanalyser inte genom-
förs specifikt inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Detta är enligt de intervjuade en
brist. Patientsäkerheten för personer som får hälso- och sjukvård i ordinarie hem bedöms av
företrädare för kommunen dock som god. Intervjuade uppger att patientsäkerheten stärkts i

samband med att Umeå kommun anställt en händelseanalysutredare samt erhållit utbildning i händelseanalys av anställda inom Västerbottens läns landsting.

Intervjuade vid sjukhuset uppger att det inte alltid skrivs avvikelserapporter gällande informationsöverföring vid utskrivning från sjukhus. Personalen har påtalat bristerna många gånger utan att förbättringar har skett, vilket sänker motivationen till att fortsätta skriva avvikelserapporter på samma tema. Vårdplatssamordnaren vid Norrlands universitetssjukhus samlar regelbundet in och analyserar avvikelser. Resultatet återkopplas till kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor två gånger per år. År från år är det enligt vårdplatssamordnaren samma brister som återkommer, bl.a. informationsöverföring, hjälpmedel och läkemedels-hantering. Inom landstinget saknar vårdplatssamordnaren en funktion att rapportera till. Vidare saknas mandat och tydlig beslutsgång. Avvikelse hanteras och diskuteras vid varje klinik för sig men det saknas enligt vårdplatssamordnaren ett övergripande systematiskt arbete. Analysen av avvikelserna rapporteras t.ex. inte till funktionen som arbetar fram landstingsövergripande patientsäkerhetsmål. För att komma till rätta med återkommande brister genomförs dock utbildningsinsatser.

2.4.1. Bedömning

Äldrenämnden, landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden har inte säkerställt att riskanalyser med patientsäkerhetsperspektiv genomförs inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

2.5. Uppföljning och åtgärder vid avvikelser

2.5.1. Västerbottens läns landsting

I revisionens tidigare granskning (nr. 8/2016) av samverkan kring vård till äldre multisjuka lämnades rekommendationen att genomföra uppföljningar av hur samverkan fungerar. I svaren på granskningen gav landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden landstingsdirektören och hälso- och sjukvårdsdirektören i uppdrag att bjuda in företrädare för Länssamordningsgruppen till hälso- och sjukvårdsnämnden och landstingsstyrelsen under 2017 för att informera om hur samverkansarbetet fungerar samt rapportera uppföljning av eventuella målsättningar. Så har vid granskningstillfället ännu inte skett men enligt intervjuade kommer företrädare för Länssamordningsgruppen att bjudas in till landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämndens arbetsutskotts sammanträden i november. I december kommer landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden att få den lämnade informationen i skriftlig form.

Landstingsstyrelsen tog 2017-04-04/§50 del av Patientsäkerhetsberättelsen 2016. Hälso- och sjukvårdsnämnden tog del av densamma 2017-04-12/§38. Ett av de patientsäkerhetsmål som följs upp är: Andel patienter med korrekt läkemedelslista vid utskrivning/besök. Målbilden är 100 procent och det uppfylls till 88,36 procent. Det framgår av rapporten att mätningar har gjorts sedan 2011 och att resultaten övergripande är desamma, men att förbättringar för enskilda verksamheter kan ses. I landstingsstyrelsens Plan för uppföljning av hälsoval Västerbotten 2017 nämns inte hälso- och sjukvård i ordinärt boende specifikt men det finns mål och mått för kontinuitet vid läkarbesök, säker läkemedelsförskrivning samt tillgänglig vård.

2.5.2. Umeå kommun

I revisorernas granskning av multisjuka äldre (rapport nr 8/2016) rekommenderades äldrenämnden att i ökad utsträckning följa upp och utvärdera resultat och effekter av vården. Detta för att säkerställa att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som gäller, och med en tillräcklig intern kontroll.

Internkontrollplanen följs upp vid delårsrapport per augusti samt vid årsbokslut. Under 2017 har revisorerna i Umeå kommun granskat kommunens struktur för intern kontroll. Granskningens övergripande slutsats var att arbetet med intern styrning och kontroll brister på flertalet punkter.

Av äldrenämndens delårsrapport per augusti 2017 framgår att hälso- och sjukvård i hemmet under 2017 fokuserat på att arbeta med ett tydligare gränssnitt mellan landstinget och kommunen. Enligt delårsrapporten ligger vägledningen till avtalet samt den lokala samverkansgruppen med primärvården till grund för positiva förtydliganden. Av rapporten framgår även att den lokala samverkansgruppen har tagit fram gemensamma rutiner, samt att fler gemensamma rutiner är påbörjade.

Av äldrenämndens delårsrapport per april 2017 framgår att betalningsansvaret² stadigt minskar under jan-april 2017. Orsaken är vidtagna åtgärder som anges vara bland annat systematisk uppföljning och utbildning för utförare kring den länsövergripande rutinen för samordnad vårdplanering. Av delårsrapporten framgår även att den vägledning som tas fram (se avsnitt 2.1.2) i syfte att klargöra tolkning av avtalet för övertagandet av hälso- och sjukvård i hemmet, avser att öka patientsäkerheten.

I äldrenämndens patientsäkerhetsberättelse för 2016 finns avsnitt som behandlar samverkan för att förebygga vårdskador, specifikt även samverkan med andra vårdgivare. Av patientsäkerhetsberättelsen framgår att rutin för läkarmedverkan har fastställs, samt att ett arbete med vägledningen inletts, som syftar till att komma tillrätta med de tolkningsproblem som uppstått i tillämpningen av avtalet för övertagandet av hälso- och sjukvård i ordinärt boende. I patientsäkerhetsberättelsen framgår även att MAS, sjukhussamordnare och landstingets utbildningsansvarige för Prator varje termin samverkar i enlighet med gällande rutin för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Västerbottens län med stöd av IT-tjänsten Prator. I patientsäkerhetsberättelsen beskrivs även avvikelser i vårdkedjan vid samverkan.

Enligt de intervjuade visar äldrenämnden ett tydligt intresse för rapportering av kvalitetsberättelse och patientsäkerhetsberättelse, som rapporteras i samband med bokslut. Nämnden har även begärt att delges en muntlig avstämning av kvalitets- och patientsäkerhetsarbetet i samband med delårsrapportering. Enligt de intervjuade är syftet med detta att möjliggöra att åtgärder vidtas innevarande år.

Kommunens statistik över följsamhet till det länsövergripande avtalet avseende samordnad planerad utskrivning delges äldrenämnden månadsvis.

2.6. Bedömning

Bedömningen är att landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden inte följer upp hälso- och sjukvård i ordinärt boende specifikt och inte har vidtagit några speciella åtgärder. Bedömningen är att äldrenämnden i Umeå kommun i tillräcklig grad följt upp och utvärderat

² Betalningsansvar åläggs kommunen i de fall en utskrivningsklar patient inte ankommer till sitt hem inom 48 timmar.

hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Bedömningen baseras på att det i tillräcklig grad kan styrkas att nämnden begär och får information om hälso- och sjukvård i ordinärt boende samt agerar i syfte att åtgärda bristerna.

3. Samlad bedömning

3.1. Bedömning utifrån revisionsfrågorna

Revisionsfrågor	Bedömning
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldre- nämnden utifrån resultaten av revisorer- nas granskning av vård av multisjuka äldre vidtagit tillräckliga åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten?	Nej. Det finns kvarstående brister gällande bl.a. informationsöverföring och läkemedels- hantering.
Har landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldre- nämnden i Umeå kommun stärkt sin styr- ning av samverkan om hälso- och sjuk- vård i ordinärt boende?	Nej, landstingsstyrelsen och hälso- och sjuk- vårdsnämnden har inte nämnvärt stärkt sin styrning av samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Ja, äldre- nämnden har stärkt sin styrning av hälso- och sjukvård i ordinärt boende genom beslut om uppdragsplan samt åtgärder i intern- kontrollplanen.
Har landstingsstyrelsen respektive äldre- nämnden i Umeå kommun säkerställt att lokala rutiner för läkarmedverkan har upprättats mellan hälsocentraler och kommunen?	Ja, lokala rutiner för läkarmedverkan har under 2017 upprättats mellan Umeå kommun och alla hälsocentraler utom en. Rutinerna innehåller dock inte all information som ska ingå enligt en mall i det länsövergripande ramavtalet om läkarmedverkan. Det kan vidare konstateras att upprättandet av de lokala rutinerna har dröjt. Uppföljning av att lokala rutiner finns och fungerar har inte genomförts sedan det länsö- vergripande ramavtalet tecknades 2013, vilket är en brist.
Fungerar samverkan i praktiken på ett tillfredsställande sätt?	Nej, landstingsstyrelsen och hälso- och sjuk- vårdsnämnden respektive äldre- nämnden har i begränsad utsträckning säkerställt att samver- kan i praktiken fungerar på ett tillfredsställande sätt. Samverkan fungerar bättre än vid tidigare granskningar men det kan konstateras att det tar lång tid att komma framåt i frågan om en gemensam tolkning av avtalet om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende och att det finns kvarstående frågor att lösa.
Har ansvar och roller förtydligats?	Ansvar och roller har blivit tydligare sedan den förra granskningen men brister kvarstår. Inom ramen för Länssamordningsgruppen pågår ut- vecklingsarbete med att ytterligare förtydliga roller och ansvar.
Följs upprättade rutiner för samordnad vårdplanering?	Nej, rutinerna följs inte fullt ut.
Upprättas samordnande individuella plan- ner i enlighet med HSL och SoL?	Nej, endast i låg utsträckning upprättas sam- ordnade individuella planer.

Fungerar informationsöverföringen mellan parterna tillfredsställande?	Nej, informationsöverföringen fungerar inte tillfredsställande. Det gäller såväl mellan primärvård och slutenvård som mellan kommun och landsting.
Fungerar arbetet med förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser på ett tillfredsställande sätt?	Nej, arbetet med förebyggande insatser och rehabiliteringsinsatser fungerar inte på ett tillfredsställande sätt.
Genomför landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden riskanalyser som omfattar patientsäkerheten inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende och bedrivs det utifrån detta ett systematiskt patientsäkerhetsarbete?	Nej, landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden har inte säkerställt att riskanalyser med patientsäkerhetsperspektiv genomförs inom hälso- och sjukvård i ordinärt boende.
Har landstingsstyrelsen, hälso- och sjukvårdsnämnden samt äldrenämnden i Umeå kommun i tillräcklig grad följt upp och utvärderat hälso- och sjukvård i ordinärt boende? I händelse av avvikelser eller om samverkan inte fungerar som den ska, agerar landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden respektive äldrenämnden i syfte att åtgärda bristerna?	Nej, landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsnämnden följer inte upp hälso- och sjukvård i ordinärt boende specifikt och har inte vidtagit några speciella åtgärder. Ja, äldrenämnden har i tillräcklig grad följt upp och utvärderat hälso- och sjukvård i ordinärt boende samt agerar i syfte att åtgärda bristerna.

3.2. Rekommendationer

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi landstingsstyrelsen att:

- ▶ Säkerställa att ansvar och roller gällande hälso- och sjukvård i ordinärt boende tydliggörs inom alla områden.
- ▶ Vidta åtgärder för att säkra att informationsöverföringen fungerar såväl inom landstinget som mellan landsting och kommun.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering rörande samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi hälso- och sjukvårdsnämnden att:

- ▶ Vidta åtgärder för att säkra att informationsöverföringen fungerar såväl inom landstinget som mellan landsting och kommun samt att korrekta läkemedelslistor finns upprättade vid utskrivning.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.
- ▶ Säkerställa en ändamålsenlig uppföljning och återrapportering rörande samverkan om hälso- och sjukvård i ordinärt boende.

Utifrån granskningens resultat rekommenderar vi äldrenämnden att:

- ▶ Säkerställa att ansvar och roller gällande hälso- och sjukvård i ordinärt boende tydliggörs inom alla områden.
- ▶ Säkerställa att samordnade individuella planer upprättas och följs upp i enlighet med lagkrav och beslutad rutin.

Umeå den 24 november 2017

Ann-Mari Ek
Certifierad kommunal yrkesrevisor
Ernst & Young AB

Christer Marklund
Verksamhetsrevisor
Ernst & Young AB

Bilaga 1 Intervjuade funktioner

Västerbottens läns landsting:

- Biträdande hälso- och sjukvårdsdirektör, Verksamhetsområde sjukhusvård
- Primärvårdsdirektör
- Biträdande primärvårdsdirektör
- Utredare Verksamhetsområde sjukhusvård, länsspindel kommunsamverkan
- Sjukhussamordnare NUS
- Chefläkare
- Verksamhetschefer för två hälsocentraler i egenregi och en privat hälsocentral
- Verksamhetschefer och medarbetare vid akutmedicinskt centrum NUS, medicincentrum rehabiliteringskliniken och geriatriskt centrum

Verksamhetschefer vid hälsocentraler som inte har blivit intervjuade har fått svara på enkätfrågor om hur läkarmedverkan och samspelet med den kommunala hälso- och sjukvård i ordinärt boende fungerar. Fem av sju tillfrågade verksamhetschefer återkom med svar.

Umeå kommun:

- Verksamhetschef hälso- och sjukvård i hemmet
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska
- Vårdkoordinator
- Äldreomsorgsdirektör

Bilaga 2 Källförteckning

- Verksamhetsplan landstingsstyrelsen 2017
- Verksamhetsplan hälso- och sjukvårdsnämnden 2017
- Protokoll landstingsstyrelsen 2017
- Protokoll hälso- och sjukvårdsnämnden 2017
- Förtydligande till Avtal om övertagande av hälso- och sjukvård i ordinärt boende 2016-2017
- Patientsäkerhetsberättelse 2016, Västerbottens läns landsting
- Plan för uppföljning av hälsoval Västerbotten 2017
- Uppdrag och regler för Hälsoval Västerbotten 2017 och 2018
- Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
- Länsövergripande ramavtal om läkarmedverkan i ordinärt boende, gällande fr.o.m. 2013-09-01.
- Gemensam lokal rutin för läkarmedverkan i ordinärt boende, Informationsöverföring och kontaktvägar
- Samordnad vård- och omsorgsplanering. Rutiner för samverkan mellan landstinget och kommunerna vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Västerbottens län med stöd av IT-tjänsten Prator
- Länsrutin samordnad vård och omsorgsplan
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län för samverkan i samband med bedömning och planering av egenvård
- Samordnad individuell plan
- Samordnad individuell plan med stöd av IT-tjänsten Prator – öppenvårdsmodul
- Överenskommelse mellan landstinget och kommunerna i Västerbottens län för samverkan i samband med bedömning och planering av egenvård
- Säkra rutiner för hantering och ordinationer av dosdispenserade läkemedel i Västerbottens läns landsting samt i länets kommuner
- Äldrenämndens uppdragsplan och budget
- Äldrenämndens delårsrapporter per april 2017 samt augusti 2017
- Äldrenämndens internkontrollplan för 2017
- Äldrenämndens internkontrollrapport för 2016
- Äldrenämndens kvalitetsberättelse för 2016
- Äldrenämndens patientsäkerhetsberättelse 2016
- Lokal SIP-rutin för hälso- och sjukvård i hemmet (HSIH)
- Aktivitetsplanering för HSIH
- Beslutsprotokoll från äldrenämndens sammanträden för 2017
- Uppföljningsstatistik för äldreomsorgen (HSIH)