

Landstingsstyrelsen

Granskning av Ädelavtal

Landstingets revisionskontor har på uppdrag av oss förtroendevalda revisorer genomfört en granskning av samverkansavtalen mellan landstinget och länets kommuner (Ädelavtalen). Vi har granskat om det finns ändamålsenliga samverkansformer för översyn av samverkansavtalen, om det finns ändamålsenliga samverkansavtal och om det finns ändamålsenliga rutiner för hur samverkansavtalen ska följas upp.

Granskningen har avgränsats till samverkansavtalen som reglerar läkarinsatserna inom särskilt boende inom den kommunala hälso- och sjukvården. Granskningen är delvis en uppföljning av de noteringar om läkarmedverkan i äldrevården som gjorts i tidigare granskningar av läkemedelsanvändningen i äldrevården (REV/24/2007 och REV/23/2011).

Uppgifter har inhämtats via intervjuer och enkätundersökning till berörda inom landstinget och inom tre av länets kommuner (Berg, Strömsund och Östersund).

Resultatet av granskningen redovisas i bifogad granskningsrapport.

Granskningen visar sammanfattningsvis att det till stora delar finns ändamålsenliga former för landstingets samverkan med kommunerna på länsövergripande nivå när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor i allmänhet. När det gäller frågan om läkarmedverkan i äldrevården är bilden inte lika positiv. Vi noterar även en tämligen stor skillnad i uppfattning mellan landstinget och kommunerna. Endast 20 procent av kommunens representanter upplever att omfattning och former för läkarinsatser är helt och hållet tillräckliga för att uppnå en god vård mot 40 procent av landstinget representanter.

I det följande redovisas de förbättringsområden som framkommit i granskningen :

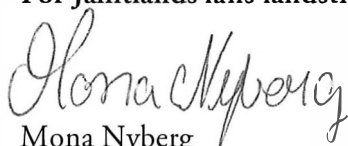
- Rutiner för att särskilt samverka om former och omfattning när det gäller läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården bör utvecklas. En del i detta är att landstingets egenkontroll av läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården måste bli bättre.
- Samverkansavtalen upplevs ha tämligen stor betydelse när det gäller att säkerställa läkarmedverkan inom särskilt boende. Dock är inte avtalen fullt ut ändamålsenliga. Den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats mot att bli allt mer vårdkrävande och komplex, men omfattningen av den i avtalet reglerade läkarmedverkan har varit oförändrad. Vi anser därför att omfattningen av läkarmedverkan kontinuerligt bör prövas för att säkerställa att den motsvarar behovet. Det

finns också stora variationer när det gäller rutiner för hur regelbundna läkarbesök i de särskilda boendena arrangeras. För att säkerställa en vård på lika villkor anser vi att dessa delar av samverkansavtalen bör förtydligas. Dessutom bör regleringen av formerna för akuta läkarbesök ses över.

- Granskningen visar att rutinerna för hur samverkansavtalen ska följas upp behöver förbättras. Vi anser att det bör tas fram rutiner för att säkerställa att de avvikelser i läkarmedverkan, som noterats på lokal nivå, sammanställs och förs vidare till de länsövergripande samverkansforumen. Detta så att de kan utgöra underlag inför samverkansdiskussioner på länsövergripande nivå.
- Helhetssyn bör enligt vår mening i ökad grad präglade förändringsarbetet i landstinget för att undvika att besparing i en del av landstingsverksamheten leder till kostnadsökningar i en annan del. Primärvården efterlyser konsekvensanalyser i samband med planering av vårdplatsneddragningar i specialistsjukvården. Detta med anledning av den läkarbrist som råder och att sådana neddragningar befaras öka behovet av läkarinsatser i primärvården och därmed även påverka möjligheterna att säkerställa läkarmedverkan i äldrevården.

Vi emotser senast den 10 juni 2013 en redovisning av vilka åtgärder som landstingsstyrelsen vidtar eller avser vidta med anledning av granskningsresultatet.

För Jämtlands läns landstings revisorer


Mona Nyberg
Ordförande


Annelie Bengtsson
V ordförande

Bilaga

Rapporten Granskning av Ädelavtalen

Kopia till

Fullmäktiges presidium
Tf Landstingsdirektören
Bitr. landstingsdirektören
Chefen för planering och beställarenheten
Centrumchefen för primärvården
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Bergs kommun
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Strömsunds kommun
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) i Östersunds kommun



Jämtlands Läns
Landsting

GRANSKNING AV ÄDELAVTALEN

Certifierad kommunal revisor: Jan-Olov Undvall

ÄNDRINGSFÖRTECKNING

Version	Datum	Ändring
1.0	200X-XX-XX	Nyutgåva.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	SAMMANFATTNING	4
2	INLEDNING/BAKGRUND	5
3	SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING	5
4	REVISIONSKRITERIER	6
5	GRANSKNINGSANSVARIGA	6
6	METOD	6
7	RESULTAT	7
7.1	RUTINER OCH FORMER FÖR SAMVERKAN.....	7
7.2	SAMVERKANSAVTALENS ÄNDAMÅLSENLIGHET	10
7.3	RUTINER FÖR UPPFÖLJNING	15
8	LITTERATURFÖRTECKNING	18
9	ENKÄTRESULTATET	19

1 SAMMANFATTNING

Landstingets Revisionskontor har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av samverkansavtalen mellan landstinget och länets kommuner (Ädelavtalen). Vi har granskat om det finns ändamålsenliga samverkansformer för översyn av samverkansavtalen, om det finns ändamålsenliga samverkansavtal och om det finns ändamålsenliga rutiner för hur samverkansavtalen ska följas upp. Granskningen har avgränsats till samverkansavtalen som reglerar läkarinsatserna inom särskilt boende inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Sammanfattande återges delar av resultatet i följande punkter:

- Granskningen visar att det till stora delar finns ändamålsenliga former för landstingets samverkan med kommunerna på länsövergripande nivå när det gäller hälso- och sjukvårdsfrågor i allmänhet. Däremot bör rutiner för att särskilt samverka om former och omfattning när det gäller läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården utvecklas. En del i detta är att landstingets egenkontroll av läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården måste bli bättre.
- Samverkansavtalen upplevs ha tämligen stor betydelse när det gäller att säkerställa läkarmedverkan inom särskilt boende. Dock är inte avtalen fullt ut ändamålsenliga. Den kommunala hälso- och sjukvården har förändrats mot att bli allt mer vårdkrävande och komplex, men omfattningen av den i avtalet reglerade läkarmedverkan har varit oförändrad. Vi anser att omfattningen av läkarmedverkan bör kontinuerligt prövas för att säkerställa att omfattningen motsvarar behovet. Det finns också stora variationer när det gäller rutiner för hur regelbundna läkarbesök av de särskilda boendena arrangeras. För att säkerställa en vård på lika villkor anser vi att dessa delar av samverkansavtalen bör förtydligas. Dessutom bör regleringen av formerna för akuta läkarbesök ses över.
- Granskningen visar att rutinerna för hur samverkansavtalen ska följas upp måste förbättras. Vi anser att det bör tas fram rutiner för att säkerställa att de avvikelser i läkarmedverkan, som noterats på lokal nivå, sammanställs och förs vidare till de länsövergripande samverkansforumen. Detta så att de kan utgöra underlag inför samverkansdiskussioner på länsövergripande nivå.
- Från primärvården efterfrågas konsekvensanalyser i samband med planering av vårdplatsneddragningar i specialistsjukvården. Detta med anledning av den läkarbrist som råder och att sådana neddragningar befaras öka behovet av läkarinsatser i primärvården och därmed även påverka möjligheterna att säkerställa läkarmedverkan i äldrevården. .

2 INLEDNING/BAKGRUND

Ädelreformen som infördes 1992 innebar att kommunerna fick befogenheter att bedriva viss hälso- och sjukvård i ordinärt- och i särskilt boende. Detta möjliggjordes genom skatteväxling och att landstinget och kommunerna upprättade samverkansavtal (Ädelavtal). Ansvaret för läkarinsatser övergick dock inte i de kommunala befogenheterna.

Revisorerna har noterat vid tidigare granskning¹ att vissa mellanhavanden inte reglerats på ett tydligt sätt i Ädelavtalen, bl.a. har landstingets medverkan i form av läkarinsatser inte tydligt framgått. Revisorerna anser att det kan finnas en risk för att en god kvalitet och patientsäkerhet inte kan tillgodoses om inte landstingets samverkan, med den kommunala hälso- och sjukvården, reglerats på ett tydligt och ändamålsenligt sätt.

3 SYFTE, REVISIONSFRÅGA OCH AVGRÄNSNING

Har landstingsstyrelsen säkerställt att det finns tillfredställande förutsättningar för en god kvalitet i den hälso- och sjukvård som bedrivs samverkan med kommunerna?

- Finns ändamålsenliga rutiner och former för hur landstinget ska samverka med kommunerna om planering och utveckling av samverkansavtalen med avseende på kvalitet och patientsäkerhet?
- Finns ändamålsenliga samverkansavtal med kommunerna?
- Finns ändamålsenliga rutiner för hur landstingets insatser enligt samverkansavtalen ska följas upp med avseende på kvalitet och patientsäkerhet?

Avgränsning

Granskningen har avgränsats till samverkan avseende läkarinsatser inom de särskilda boendena inom äldreomsorgen (SÄBO).

¹ Läkemedel i Äldrevården en uppföljning Rev/24/2007

4 REVISIONSKRITERIER

- Hälso- och sjukvårdslagen tillämpliga paragrafer och förarbeten
- Socialstyrelsens föreskrift om ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete 2011:9
- Förfrågningsunderlag Hälsoval Jämtlands län 2012 och 2013

5 GRANSKNINGSANSVARIGA

Ansvarig nämnd är styrelsen för Jämtlands läns landsting.

6 METOD

Djupintervjuer har genomförts med biträdande landstingsdirektören, chefen för planering och beställarenheten, centrumchefen för primärvården. Djupintervjuer har också genomförts i följande tre kommuner, Bergs-, Strömsunds och Östersunds kommun. Vi har intervjuat medicinskt ansvarig sköterska i alla tre kommunerna. I Bergs kommun deltog också chefen för hälso- och sjukvården vid intervjun. I Strömsunds kommun deltog även enhetschefer och distriktssköterskor vid intervjun.

Telefonkontakt har vi haft med regionförbundets representant för hälso- och sjukvårdsfrågor. Verksamhetschefen i Östersunds närvårdsområde, enhetschefen för Frösö hälsocentral, verksamhetschefen i Bergs närvårdsområde, samordnare för äldreår på SKL.

En enkät har skickats ut till samtliga verksamhetschefer för primärvården (inklusive privata utförare), verksamhetschefer för den kommunala hälso- och sjukvården, samt medicinskt ansvarig sköterska, totalt 25 stycket. Svarefrekvensen blev 96 %. Den som inte besvarade enkäten uppgav sig vara så pass ny som verksamhetschef och därmed inte ansåg sig ha kännedom om granskningsområdet.

För att på ett heltäckande sätt kunna granska lokala samverkansrutiner, avtalens ändamålsenlighet och rutiner för uppföljning av läkarmedverkan har enkäten skickats till verksamhetschefer inom både primärvården (landstinget och externa utförare) och den kommunala hälso- och sjukvården. Verksamhetschefer inom primärvården och kommunerna ansvarar för olika delar av hemsjukvården. Inom primärvården ansvarar verksamhetschefer för läkarinsatserna, medan kommunerna ansvarar för hemsjukvården upp till distriktssköterskenivå. I den kommunala hälso- och sjukvården har medicinskt ansvarig sköterska en särskild roll och ansvar för hemsjukvården och därför har enkäten även skickats till dessa.

Dokumentanalys har gjorts av lagtext, förarbeten, överenskommelse mellan staten och SKL, rapporter från SKL och Socialstyrelsen, samverkansavtal, lokala handläggningsrutiner samt olika landstingsinterna handlingar.

7 RESULTAT

Målet för hälso- och sjukvården är en vård på lika villkor för hela befolkningen. Enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska landstinget särskilt värna vissa grupper som är särskilt utsatta, t.ex. äldre och handikappade (1).

(Siffror inom parentes är hänvisning till källförteckningen)

7.1 RUTINER OCH FORMER FÖR SAMVERKAN

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 8 § har landstinget en skyldighet att samverka med kommunerna om planering och utveckling av hälso- och sjukvården. Denna samverkansskyldighet gäller bl.a. samverkan om läkarmedverkan inom den kommunala hälso- och sjukvården.

Nämnda samverkan skall utmynna i att landstinget och kommunerna upprättar och regelmässigt följer upp samverkansavtal avseende omfattning och formerna för läkarmedverkan. Denna reglering i HSL har tillkommit efter det att uppföljningar visat på brister i landstingens läkarmedverkan inom kommunal hälso- och sjukvård (2). Den läkarmedverkan som avses är den inom landstingens primärvård och/eller geriatriska del (1).

Läkarmedverkan inom specialistsjukvårdens sjukhusanknutna hemsjukvård och sådan öppen hälso- och sjukvård som kräver specialist kompetens, ska däremot inte omfattas av samverkansavtalet (2).

Samverkansformer mellan landsting och kommunerna

Enligt intervjuer finns tillfredställande rutiner och former för hur landstinget och kommuner på länsnivå ska samverka när det gäller planering och utveckling av samverkansavtalen. Forum för sådan samverkan är Fredagsgruppen² och SVOM³.

Dock framkommer i intervjuer att det behövs mer tid för diskussioner i Fredagsgruppen, för närvarande upplevs detta forum allt för agendastyr. Planer finns därför att utöka antalet sammanträden och därmed få möjlighet till ett mer processinriktat arbetssätt.

Vid Fredagsgruppen första möte utses ansvariga tjänstemän, en tjänsteman från landstinget och en tjänsteman från regionförbundet, för att se över samverkansavtalen⁴. På grund av en miss i tolkningen av avtalstiden gjordes ingen översyn under 2012 av det samverkansavtal som reglerar läkarmedverkan inom den kommunala hemsjukvården. En översyn kommer dock att ske under 2013. En arbetsgrupp ska tillsättas för detta under våren.

Centrumchefen för primärvården poängterar att förankringsprocessen i samband med översynen av samverkansavtalen måste förbättras. Denna ståndpunkt har han dragit utifrån erfarenheter från samverkansav-

² Beredningsgrupp för SVOM, tjänstemannagruppering inom samarbetsområdet hälso- och sjukvård, rehabilitering samt omvårdnad.

³ SVOM (Samverkan i Vård- och Omsorgsfrågor) Gruppen är en samverkansgrupp för Landstinget och Regionförbundet i Jämtlands läns kring vård och omsorgsfrågor. Gruppen är en politikerarena med tjänstemannarepresentation.

⁴ Det finns flera separata samverkansavtal som ryms inom Ädelöverenskommelsen, varav avtal om distriktssköterskor och läkarbemanning är ett. Övriga samverkansavtal inom Ädelöverenskommelsen är samverkansavtal om vårdplanering och samverkansavtal om sjukgymnastik, arbetsterapi och tekniska hjälpmedel. Övriga samverkansavtal finns om sjukvårdsmaterial, avtal om medicinska produkter medicinskt färdigbehandlade patienter etc.

talen om sjukgymnastik och arbetsterapi som, enligt honom, inte blev tillräckligt förankrade ute i kommunerna. I enkäten framkommer också synpunkter på att förankringsprocessen måste bli bättre.

Den tjänsteman inom JLL som ansvarar för att se över samverkansavtalen, poängterar att landstinget har som målsättning att samverkansavtalens utformning ska vara lika för alla kommuner. Detta dels för att få en mer rationell hantering, men även för att ge förutsättningar för en vård på lika villkor. Hon vill också att det tydligt ska framgå att det är landstinget som är avtalspart och inte enbart primärvården. Med detta vill hon framhålla att mellanhavanden mellan primärvård och specialistvården, som har betydelse för kommunernas hälso- och sjukvård, ska kunna förutsättas fungera och att kommunerna inte särskilt ska behöva avtala om detta. Några intervjuade anser emellertid att det är en brist att kommunernas samverkan med specialistsjukvården inte reglerats i avtalen.

Läkarmedverkan har inte diskuterats i samverkansforum

Läkarmedverkan inom hemsjukvården och särskilt boende har dock inte diskuterats inom nämnda samverkansforum. Enligt uppgift upplever man att läkarmedverkan inom hemsjukvården fungerar på ett tillfredställande sätt och därför inte anser sig behöva diskutera frågan. Man litar på att eventuella avvikelser skulle ha kanaliserats till samverkansgrupperna via undergrupperingar som t.ex. haverikommissionen⁵.

Saknar en riskanalys

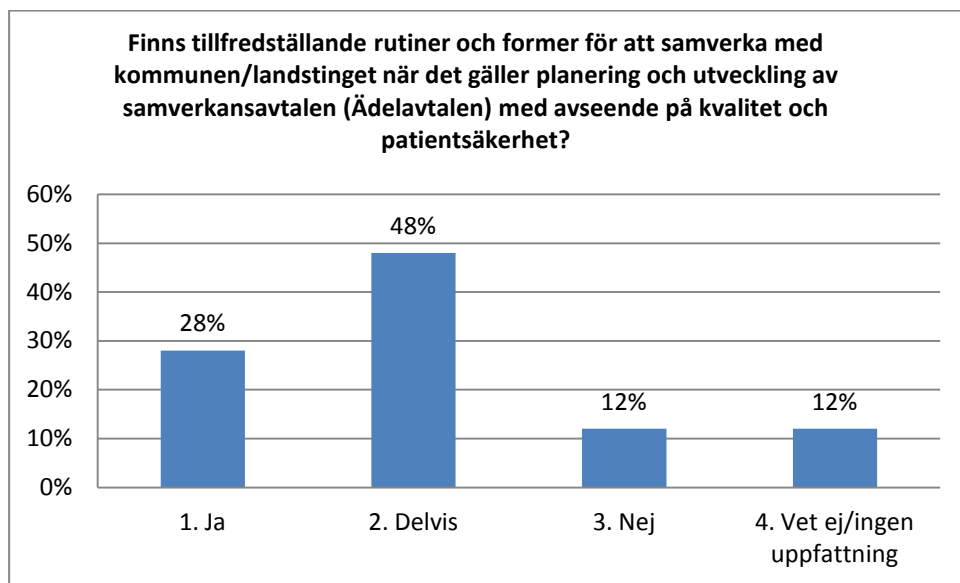
Centrumchefen för primärvården anser dock att han behöver mer förberedelsestid när det gäller utökning av särskilda boenden inom kommunerna. Han anser också att det bör göras en riskanalys av vilka konsekvenser neddragningar av vårdplatser inom specialistsjukvården får för primärvårdens möjligheter att tillgodose läkarmedverkan inom hemsjukvården.

Samverkan på lokal nivå

Enligt samverkansavtalen ska lokala handläggningsrutiner tas fram utifrån samverkansavtalen. Enligt centrumchefen för primärvården finns det lokala samverkansgrupper i varje kommun, bestående av verksamhetschef för respektive närvårdsområde, verksamhetschef inom kommunen, vård och omsorgsrepresentant och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Det finns dock en viss kritik när det gäller rutiner och former för lokal samverkan. Framförallt kommer då denna kritik från kommunerna.

⁵ Haverikommissionen ska fungera som ett forum för kvalitetsarbete med fokus på samverkan mellan huvudmännen. Gruppen ska verka för att analysera oklarheter, återföra och lämna förslag på förbättringsåtgärder avseende planering, informationsöverföring mm med innehållet i dokumentet "Etiskt förhållningssätt" i fokus. I första hand behandlas frågeställningar med anknytning till respekten för varandras uppdrag, otydligheter i samband med in- och utskrivningar samt vård i livets slut.



Verksamhetschefer inom landstingets primärvård inklusive privata utförare är mer positiva 40 % till rutiner och former för samverkan jämfört med sina motsvarigheter inom kommunerna 20 %.

Några kommentarer från enkätbesvararna: "dialogen från "golvet" behöver förbättras innan samverkansavtalet skrivs, mer tid behövs för att tänka igenom hur vi vill ha det, mer tid för diskussion och att det vore bra om läkarna får tid att vara med vid dessa diskussioner".

Enligt samverkansavtalet ska enhetschef med samordningsansvar inom landstingets primärvård och medicinsk sjuksköterska MAS ha uppföljningsträffar minst en gång per halvår eller vid behov. Övrig samverkan bestäms lokalt.

I Strömsunds kommun har man inte de senaste åren haft de regelmässiga träffarna två gånger om året som Ädelavtalet föreskriver. Kontakter och möten har skett vid behov utifrån frågor och ärenden som uppkommit. Detta beror dock till stor del på att det skett stora förändringar av huvudmannskapen inom primärvården i Strömsund. Man värdesätter dock regelbundna träffar och förhoppningen är att återuppta sådana när förändringarna satt sig. Rutiner för gemensamma träffar upplevs som ett utvecklingsområde i Strömsund.

I Bergs kommun upplevs att gemensamma träffarna med primärvården fungera väl, man genomför de i avtalet föreskrivna träffarna, dock saknas i vissa fall läkarmedverkan vid vissa specifika ärenden.

I Östersunds kommun uppges det också ske regelbundna möten mellan MAS och verksamhetschef där läkarmedverkan följs upp. Fredagsgruppen uppges också att vara en naturlig samverkansarena speciellt för Östersunds kommun pga. sin storlek.

Bedömning

Det finns till stora delar ändamålsenliga former för landstingets samverkan med kommunerna om planering och utveckling av hälso- och sjukvården på länsövergripande nivå. Däremot saknas ändamålsenliga rutiner för att samverka om läkarmedverkan. Denna bedömning grundar vi på följande:

- Det finns ändamålsenliga forum för samverkan med kommunerna om hälso- och sjukvårdsfrågor i allmänhet, dock finns utrymmer för ett mer processinriktat arbetssätt och att utveckla förankringsprocessen vid översynen av samverkansavtalen.

- Läkarmedverkan har inte diskuterats inom nämnda länsövergripande samverkansforum. Enligt förarbeten till 26 § i HSL skall läkarmedverkan löpande omprövas i syfte att återspegla det aktuella behovet. I ett systematiskt kvalitetsarbete ingår dessutom egenkontroller av verksamhet som en viktig del. Vi anser att det också bör göras riskanalyser inför vårdplatsneddragningar inom specialistsjukvården, för att se vilka konsekvenser detta får för primärvårdens möjligheter att säkerställa nämnda läkarmedverkan. Detta med hänsyn till att det råder stor läkarbrist inom delar av primärvården.
- Rutiner för samverkan på lokal nivå upplevs som delvis tillfredställande. Verksamhetschefer inom primärvården är mer positiva till befintliga rutiner och former, jämfört med verksamhetschefer och MAS inom kommunerna. Några kritiska synpunkter är att det saknas tillräckligt med tid och regelbundenhet för dessa samverkansträffar, samt att man ibland saknar deltagande av läkare. Det kan därför finnas skäl att se över rutiner och former för lokal samverkan.

7.2 SAMVERKANSAVTALENS ÄNDAMÅLSENLIGHET

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen 26 d § ska landstingen avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda som omfattas av den kommunala hälso- och sjukvården, bl.a. hemsjukvårdspatienter inom särskilt boende, skall erbjudas en god vård. För att säkerställa detta ska landstinget och kommunerna sluta avtal om omfattning av och formerna för läkarmedverkan. Enligt förarbetena ska former för regelbundna läkarbesök, akuta insatser, samt former för läkarens stöd till olika yrkesutövare i deras respektive yrkesroller ingå i avtalet. Landstinget skall särskilt budgetera medel för nämnda läkarmedverkan. Om inte landstinget lyckas tillgodose den avtalade regleringen av läkarmedverkan har en kommun rätt att själv ordna läkarförsörjningen och debitera landstinget för kostnaden (1).

Enligt förarbetena till HSL 26 d § bör det i avtalet dessutom regleras vad som gäller vid tillfälligt ökade eller minskade behov av läkarmedverkan och ersättningsfrågan till kommunen i de fall inte landstinget klarar av att tillgodose den i avtalet reglerade omfattningen av läkarmedverkan (2).

Syftet med att upprätta avtal om läkarmedverkan är att säkerställa att målen och kraven i Hälso- och sjukvårdslagen uppnås, framförallt när det gäller kvalitet och trygghet i vården (2). När det gäller äldre människor poängteras i förarbetena särskilt betydelsen av kontinuitet i vården. Patienten, eller anhöriga i de fall information inte kan lämnas till patienten, ska också ges individuell anpassad information om hälsotillstånd och metoder för undersökning, vård och behandling (1).

Uppfattningen bland enkätbesvararna är att samverkansavtalen har tämligen stor betydelse för att säkerställa läkarmedverkan inom särskilt boende.

Behovet av läkarmedverkan har ökat

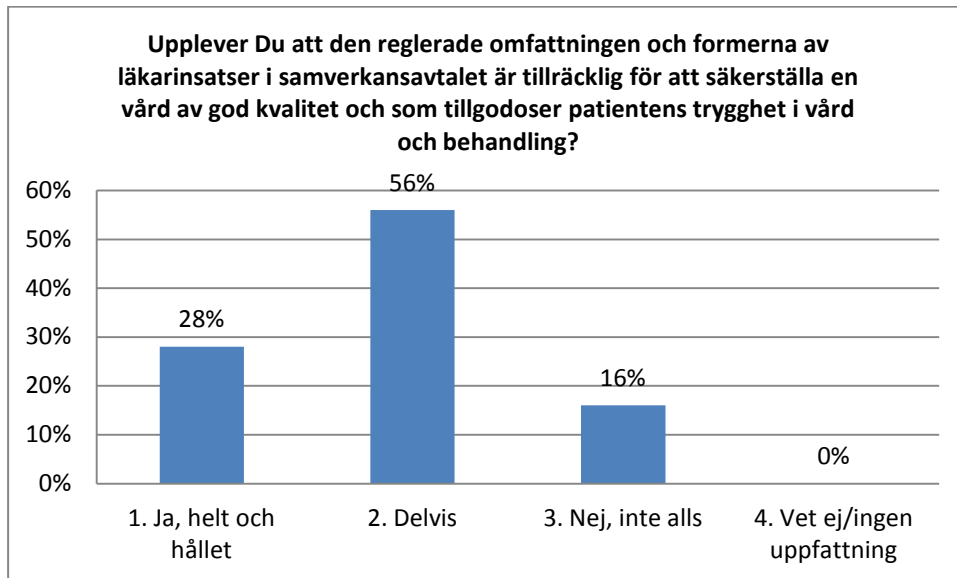
Rapporter från Socialstyrelsen visar att hemsjukvården över lag har blivit mer komplicerad och vårdkrävande sedan Ädelreformens införande, bl.a. som effekt av minskade vårdplatser inom specialistsjukvården vilket medfört att fler patienter med stora vårdbehov betraktas som utskrivningsklara och får därmed övertas för fortsatt vård inom den kommunala hemsjukvården (3).

Det finns ingen nationell rekommendation för grundnivån för läkarinsatser⁶. Enligt rapporten "Hemsjukvård i förändring" är den generella tiden för läkarens schemalagda besök 6 min. per boende och vecka (3).

Ingen av de intervjuade uppgav att sig veta vilket underlag som ligger till grund för den i Ädelavtalet reglerade miniminivån 3,5 minuter per vecka och hemsjukvårdspatient. Några intervjuade påpekar att förmod-

⁶ Telefonkontakt med Gert Alaby som är samordnare för äldre frågor på Socialstyrelsen den 18 januari 2013.

ligen är det något som reglerades i samband med Ädel- överenskommelsen 1992 och som sedan legat kvar på samma nivå.



Det är en märkbar skillnad i uppfattning mellan landstinget (inklusive privata utförare) och kommunerna när det gäller regleringen av läkarinsatser. Av den sist nämnda gruppen är det 20 % som upplever att omfattningen och formerna för läkarinsatser är helt och hållet tillräckliga mot landstinget inklusive privata utförare 40 %.

De som lämnat kommentarer i enkäten har nämnt att det behövs mer läkartid om man ska arbeta med brytpunktssamtal⁷, att det behövs en resurstilldelning för gruppen multisjuka och att det behövs mer tid för satsning "De mest sjuka äldre"⁸.

Enligt en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) är det svårt att få ytterligare läkarmedverkan utöver den reglerade grundnivån på 3,5 min. I Bergs kommun uppges att i läkartiden ingår även hemsjukvårdspatienter inom ordinärt boende, som transporteras till det särskilda boendet för att där bli undersökta av läkaren. Även tid för konsultation av arbetsterapeut och sjukgymnast ingår i denna tid.

Under sommaren och i samband med röda dagar blir läkarmedverkan allt knappare, på vissa håll förekommer det då enbart telefonronder, enligt uppgift från en MAS i Bergs kommun.

Enligt intervjuad MAS innebär bristen på läkarmedverkan att distriktssköterskan allt oftare blir "läkarens ögon" och får göra bedömningar åt läkaren när det gäller diagnostik och uppföljningar.

⁷ Det samtal som ansvarig läkare ska ha med patienten om det medicinska beslutet att övergå till palliativ vård. Brytpunktssamtal är ett sätt att markera en gräns där målet för vården ändrar riktning.

⁸ Inför 2013 års överenskommelse är avsikten att ytterligare utveckla och höja ambitionsnivån när det gäller att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

I kommande överenskommelser är avsikten att sätta större fokus på patient- och brukarsynpunkter på vård och omsorg. Inom området läkemedelsanvändning finns det många ytterligare initiativ för en säkrare läkemedelsanvändning som bör utvecklas så att de kan ingå i ramen för överenskommelsen. Vidare bör satsningen på olika kvalitetsregister till 2013 kunna resultera i att fokus riktas mer mot åtgärder som kan målrelateras utifrån informationen i registren. Ett inträdeskrav för 2013 blir att kommuner och landsting har ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd SOSFS 2011:9. Avsikten är också att ta in ytterligare inträdeskrav för 2013 gällande införandet av Nationell patientöversikt (NPÖ). Vad gäller landstingen är avsikten att öka kraven mot ett brett införande av NPÖ och kommunerna ska ha tagit väsentliga steg i införandet.

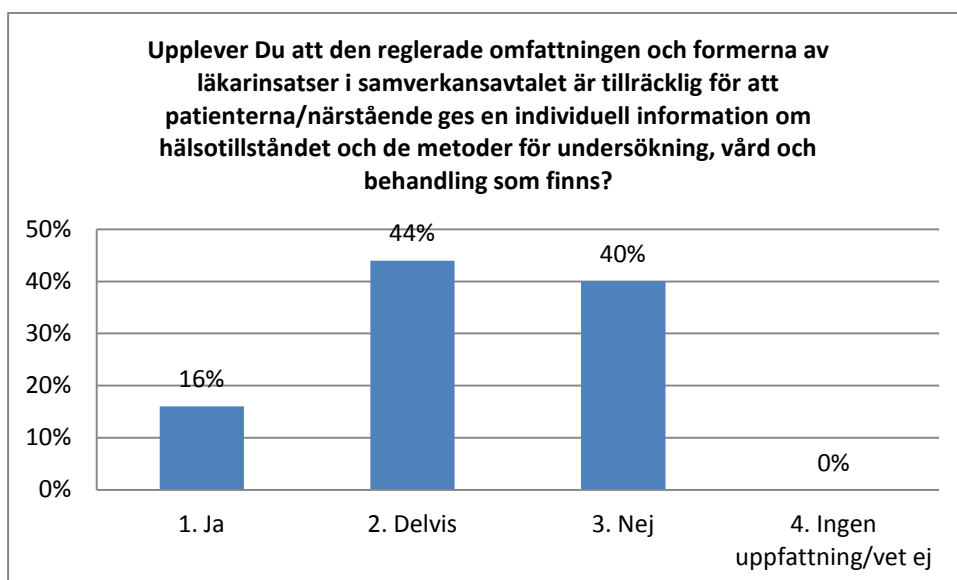
Kontinuitet och tillgång till fast läkare framhålls i intervjuerna vara av stor betydelse för hur mycket läkartid som behövs. Är det en läkare som inte känner till patienterna behövs mer läkartid. Det är stor skillnad i uppfattning mellan landstinget inklusive privata utförare och kommunerna om det behövs en tydligare reglering i avtalet för att säkerställa läkarkontinuiteten. 82% inom kommunerna anser att en tydligare reglering av detta behövs, mot ingen inom landstinget.

För personalens stöd i sitt arbete är tillgång till fast läkare också av stor vikt. Överlag visar dock enkäten och intervjuerna att läkaren ger stöd till olika yrkeskategorier på det särskilda boendet.

Den reviderade föreskriften om läkemedelsgenomgångar⁹ nämns också som en förändring som ställer större krav på läkarmedverkan.

Brister i informationen till patienter och anhöriga

Det finns en märkbar skillnad i uppfattning mellan landsting inklusive privata utförare och kommuner när det gäller omfattningen och formerna för att säkerställa att en individuellt anpassad information ges.



Enkätbesvararna inom kommunerna anser i högre grad att omfattningen och formerna inte är tillräckliga. I denna grupp var det enbart 7 % som uppgav att omfattning och former var tillräckliga, mot 30 % inom enkätbesvararna inom landsting inklusive privata utförare.

Rutiner för regelbundna läkarbesök av SÄBO ser olika ut

Rutinerna för läkarbesöken av särskilda boenden varierar. I Strömsunds kommun besöker läkaren det särskilda boendet en gång i veckan. I delar av Bergs kommun besöker läkaren de särskilda boendena varannan vecka och i andra delar av Bergs kommun 15 minuter varje dag. På Frösön sker regelbundna läkarbesök på några särskilda boenden, medan för andra särskilda boenden sker inga regelbundna läkarbesök. I det senare fallet får sjuksköterskan i stället bege sig till hälsocentralen för att där träffa läkaren, dock uppges det ske hembesök om sköterskan särskilt påkallar detta. Enligt enhetschefen på Frösö HC är det framförallt bristen på läkare som är anledningen till att regelbundna läkarbesök sker på hälsocentralen istället för på det sär-

⁹ SOSFS 2012:9 om enkel läkemedelsgenomgång innebär bl.a. att landstinget eller motsvarande privata vårdgivare ska erbjuda patienter som är 75 år och äldre och som är ordinerade minst fem läkemedel en enkel läkemedelsgenomgång minst en gång per år under pågående hemsjukvård.

skilda boendet. För Östersunds närvårdsområde i övrigt gör läkarna regelbundna läkarbesök på de särskilda boendena, enligt uppgift.

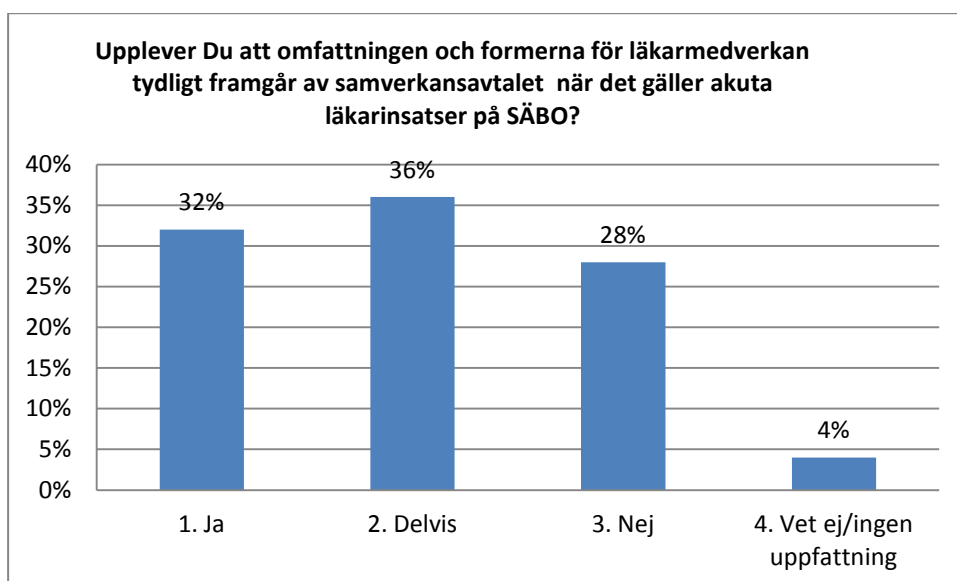
I avtalet saknas en reglering av vad som gäller vid tillfälligt ökade respektive minskade behov av läkarinsatser. Enligt uppgift kan behovet av läkarinsatser kraftigt variera över tiden. Variation kan bl.a. bero på andelen hemsjukvårdspatienter i palliativt och terminalt läge¹⁰, vilket förändras över tiden.

Akuta läkarinsatser

Enligt de intervjuade saknas rutiner för akuta hembesök av läkare. Dock uppges att akuta hembesök förekommer, som t.ex. i Backe där det särskilda boendet och hälsocentralen ligger i samma hus. Om en hemsjukvårdspatient är i behov av ett läkarbesök, vid en tidpunkt mellan de regelbundna besöken, transporteras patienten vanligtvis till hälsocentralen, många gånger sker detta med ambulanstransport.

Enligt intervjuade i Strömsunds kommun, uppges att det kan finnas vissa svårigheter att komma i kontakt med ansvarig läkare för det särskilda boendet. Ofta hänvisas man till akutläkaren och kontakten går då först via hälsocentralens sjuksköterska som bedömt ärendets angelägenhetsgrad. Man efterfrågar därför en rutin för direktkontakt med ansvarig läkare.

Enligt samverkansavtalet ska telefonkonsultation med läkare kunna genomföras dygnet runt. Jourlinjer för läkare inom primärvården finns dock enbart i Härjedalen och Strömsund. Enligt centrumchefen för primärvården pågår en översyn av jour och beredskap.



Det är en stor skillnad i uppfattning när det gäller formerna för akuta läkarinsatser. 13 % av enkätbesvararna inom kommunerna anser att omfattningen och formerna tydligt framgår av avtalen jämfört med 60 % inom landstinget inkl privata utförare.

¹⁰ Terminalvård är vården i slutskedet av en patients liv

Medel för läkarmedverkan budgeteras genom hälsovalet

I Hälsoval Jämtlands läns regleras ersättningsnivån till de hälsocentraler som har till uppgift att tillhandahålla läkarmedverkan i särskilda boenden. Ersättningsnivån är 5 tkr/plats (4).

Bedömning

Vi bedömer att samverkansavtalen med kommunerna inte fullt ut är ändamålsenliga. Denna bedömning grundas på följande:

- Omfattningen av läkarmedverkan i avtalet har inte ändrats under de senaste åren, enligt några intervjuade har omfattningen legat fast sedan 1992. Detta utan att det skett någon egentlig uppföljning av huruvida omfattningen av läkarmedverkan varit tillräcklig eller inte (se avsnittet om uppföljning). Mot bakgrund av att den kommunala hälso- och sjukvården förändrats mot att bli allt mer värdrävarande och komplex och att därmed ökade krav ställts på läkarmedverkan, är det av stor vikt att omfattningen av läkarmedverkan kontinuerligt prövas. Dessutom ställs krav på ökade läkarinsatser i och med den nya föreskriften om läkemedelsgenomgångar, men även genom satsningen "De mest sjuka äldre". Det som framkommit i intervjuer och enkäten antyder att omfattningen av läkarmedverkan är för liten.
- När det gäller frågan om formerna för läkarmedverkan tydligt reglerats i avtalet kan vi notera att det finns en stor variation i rutiner för regelbundna läkarbesök både mellan kommuner/närvårdsområden och inom kommuner/närvårdsområden. Avtalet ger sålunda stort utrymme för egen tolkning av hur rutinmässiga läkarbesök kan arrangeras. Landstingets ambition med att ha likalydande avtal med kommunerna i syfte att uppnå en vård på lika villkor, visar sig således inte ge avsedd effekt i detta avseende. För att landstinget bättre ska kunna uppnå sin ambition bör därför rutiner och former för läkarmedverkan tydligare regleras.
- Beträffande de delar av landstingets primärvård som inte genomför regelbundna besök på särskilda boendet, är det tveksamt om rutinerna är förenligt med Hälso- och sjukvårdslagen. Enligt förarbetena till HSL 26 d§ ska läkaren regelbundet besöka de boende. Det är också tveksamt om det är förenligt med Hälsoval Jämtlands län där det framgår att särskilda boende är en boendeform där läkaren gör regelbundna besök.
- Det bör finnas en reglering i avtalet om vad som gäller vid tillfälligt förändrade behov av läkarinsatser. Behovet av läkarmedverkan kan variera med andelen hemsjukvårdspatienter i terminalt läge, behov av palliativ vård, andelen multisjuka, dementa, förekomst av influensa, vinterkräksjuka etc. Enligt förarbetena bör en sådan reglering finnas med i avtalet
- Enligt förarbetena till HSL ska formerna för akuta läkarinsatser för de särskilda boendena regleras i avtalen. Den reglering som finns i avtalet är att det ska finnas möjlighet till telefonkonsultation dygnet runt. Läkarjour finns dock enbart i Härjedalen och Strömsunds kommuner. Det finns stora skillnader i uppfattning mellan landsting och kommuner huruvida akuta insatser tydligt reglerats i avtalet. Därför bör även denna del ingå i den kommande översynen av avtalet.
- Det saknas en reglering av hur ersättningen skall beräknas ifall kommunerna anlitar egen läkare. Enligt förarbetena bör en sådan reglering finnas med i avtalet.
- När det gäller regleringen av läkarkontinuiteten, är det en väsentlig skillnad i åsikter mellan landstinget inklusive privata utförare och kommunerna av om reglering behöver förtydligas. Enligt uppgift utses oftast en fast läkare som ansvarig för ett särskilt boende. Det förekommer dock pga. lä-

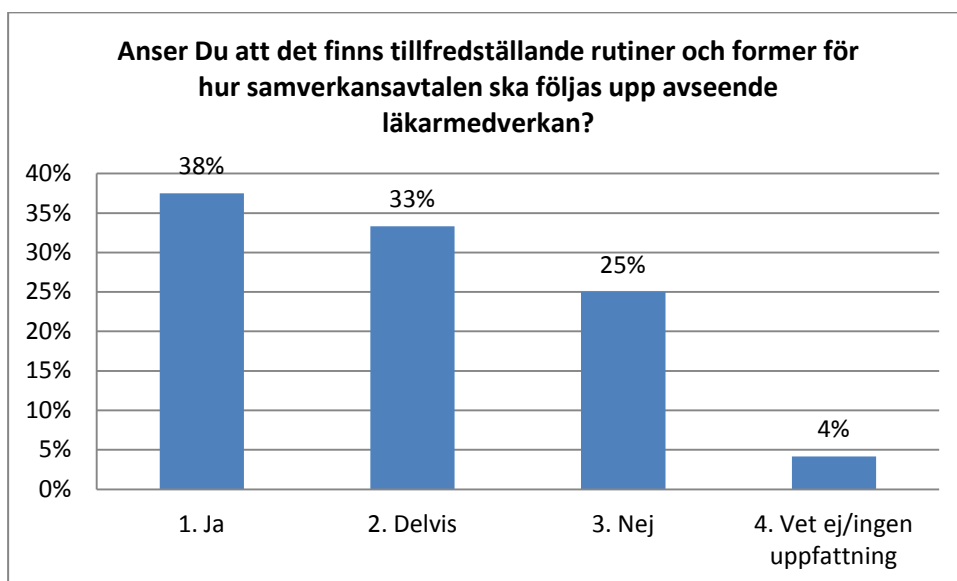
karbrist att stafettläkare blir ansvarig. Vi anser att mot bakgrund av läkarkontinuitetens stora betydelse för kvalitet och trygghet i vården bör även denna reglering ses över.

7.3 RUTINER FÖR UPPFÖLJNING

Enligt förarbetena till HSL om läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården (2) bör samverkansavtalet årligen följas upp. Enligt intervjuade på central nivå inom landstinget har dock ingen uppföljning av Ädelavtalen gjorts med avseende på läkarmedverkan. Samma intervjuade poängterar samtidigt att det kan finnas anledning att inför kommande översyn göra en sådan uppföljning. I samverkansavtalen saknas en klausul om uppföljning.

En viss uppföljning av läkarmedverkan sker på lokal nivå

På lokal nivå sker, som också tidigare nämnts, en viss uppföljning av läkarmedverkan kopplat till samverkansavtalen.



Det är en högre andel enkätbesvarare inom landstinget inklusive privata vårdgivare (56 %) som anser att det finns tillfredställande rutiner för uppföljning av läkarmedverkan jämfört med motsvarande andel inom kommunerna (27 %).

Följande kommentarer om uppföljning har lämnats i enkäten; "Jag har inte sett till några rutiner för uppföljning av avtalet, däremot förekommer lokala träffar där problem tas upp". "Det enda mått som finns är antalet minuter och det följs inte upp". "Hos oss finns krav på årlig uppföljning som rapporteras till ansvariga politiker och verksamhetschefer". "Jag har ingen kännedom om hur avtalet följs upp, vi behöver nog utforma en mall för uppföljning". "Tydligt avsätta en tid för genomgång där båda parter är väl förberedda. Det saknas uppföljningsrutiner där både landsting och kommuner tillsammans följer upp hur det fungerar med läkarmedverkan"

Uppföljning sker på förekommen anledning

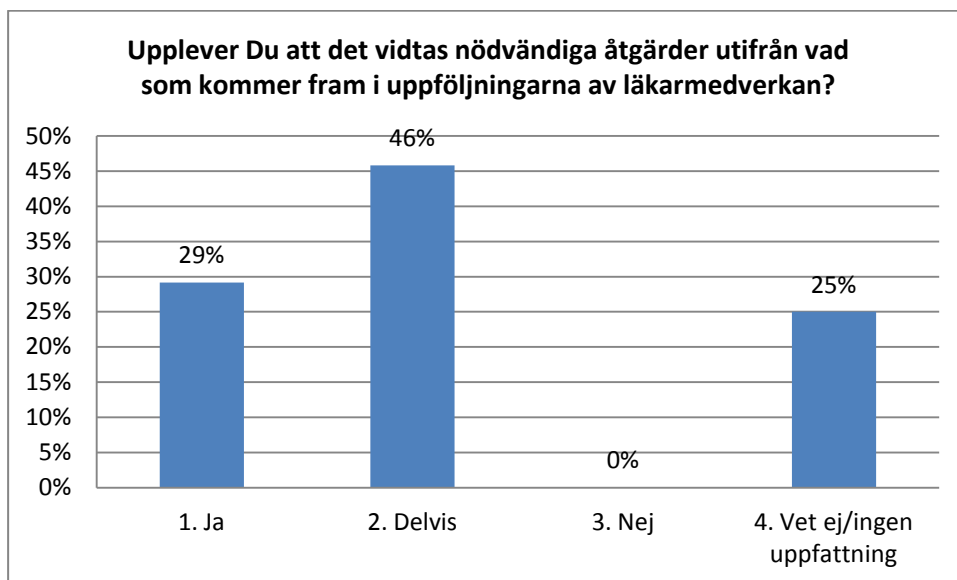
Enligt MAS i Östersund görs inga uppföljningar i Östersunds kommun av avtalets ändamålsenlighet. Hon anser emellertid att en reglering av sådan uppföljning bör finnas i avtalet. Brister i läkarmedverkan inom hemsjukvården har dock noterats, men pga. avsaknad av uppföljning finns inget samlat underlag som visar detta.

I Strömsunds kommun uppger MAS m.fl. att lokala uppföljningsträffar mellan kommunen och landstinget sker på förekommen anledning. Man löser då problemen i lokal samverkan när de uppstår. Det sker ingen planerad och regelmässig uppföljning. Det sker heller ingen regelmässig sammanställning av bristerna.

I Bergs kommun har det inte skett någon regelmässig uppföljning av läkarmedverkan inom äldreården, förutom en uppföljning som MAS gör av om det finns en namngiven läkare per boende på det särskilda boendet. Han poängterar dock att detta inte är någon uppföljning som visar om behovet tillgodoses eller inte. Samverkansträffar för att diskutera läkarmedverkan sker på förekommen anledning. Det är dock inte alltid som samverkansträffaren leder fram till någon förändring.

Brev från läkare om risker för patientsäkerheten

Både i Bergs och i Strömsunds kommuner har vi tagit del av brev, som relativt nyligen skrivits av ansvariga läkare för särskilda boenden, som beskriver en ohållbar arbetssituation och risk för patientsäkerheten för hemsjukvårdspatienterna. Enligt uppgift har arbetssituationen för dessa läkare nu förbättrats.



Det finns stora skillnader mellan svarande inom kommunerna och landstinget inklusive privata utförare i uppfattning om det vidtas nödvändiga åtgärder utifrån vad som kommer fram i uppföljningarna. Inom landstinget inklusive privata utförare är det 56 % som svarar ja, jämfört med 13 % av enkätbesvararna inom kommunerna.

Bedömning

Vår bedömning är att det inte finns ändamålsenliga rutiner för hur samverkansavtalen ska följas upp. Denna bedömning grundas på följande:

- Den kontinuerliga prövningen av det aktuella behovet av läkarmedverkan, som förarbetena till HSL 26 § förordar, görs inte. Vi anser därför att det borde finnas en reglering i samverkansavtalet om sådan uppföljning.
- Vi har, vid intervjuer med företrädare för lokala samverkansgrupper, noterat förekomsten av avvikelser när det gäller läkarmedverkan inom den kommunala äldreomsorgen. Det är oklart huruvida dessa avvikelser förts vidare till samverkansforum på länsnivå. Det är dock av stor vikt att avvikelser sammanställs och kanaliseras uppåt i ledningsnivåerna och inte enbart hanteras och stannar på lokal nivå. Detta för att ev. systembrister i form av brister i bl.a. organisation, teknik och/eller kompetens skall tydligt framträda och utgöra underlag för beslut på länsövergripande nivå, som t.ex. beslut om förändringar i samverkansavtalen.

Ort och datum

Namnsteckning
Revisionsdirektör

8 LITTERATURFÖRTECKNING

1. **Lars-Åke Jonsson, Jan Sahlin.** Hälso- och sjukvårdslagen med kommentarer åttonde upplagan. Solna : Nordstedts Juridik AB, 2010. ISBN: 978-91-39-11122-1.
2. **Socialdepartementet.** Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre. 2006. Prop. 2005/06:115.
3. **Socialstyrelse.** Hemsjukvård i förändring En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. 2008. ISBN: 978-91-85999-78-1.
4. **Jämtlands läns landsting.** Hälsoval Jämtlands läns 2013. Dnr: LS686/2012.
5. **Socialdepartementet.** Nationella handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården . Stockholm : u.n., 2000. prop. 1999/2000:149.
6. **Socialdepartementet.** Nationell utvecklingsplan för vård och omsorg om äldre . Prop: 2005/2006:115.
7. **Jämtlands läns landsting .** Avtal mellan Primärvården i Jämtlands läns landsting och benämnd kommun angående reglering av sjuksköterske-/distriktsköterskeinsatser samt läkarmedverkan. . 2011. Dnr: LS/256/2011.
8. **Socialstyrelsen.** Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. 2011. Artikel nr: 2011-12-19.

9 ENKÄTRESULTATET

Vilken befattning har Du		Antal	Procent
	1. Verksamhetschef	17	68,00%
	2. MAS	8	32,00%
	3. Annan befattning	0	0,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,32	
2	Vart arbetar Du?	Antal	Procent
	1. Kommun	15	60,00%
	2. Landsting	8	32,00%
	3. Annan huvudman	2	8,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,48	
3	Har Du i någon form deltagit i planering och utveckling av samverkansavtalen (Ådelavtalen)? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
	1. Ja, till stora delar	8	32,00%
	2. Ja, till mindre delar	11	44,00%
	3. Nej	6	24,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,92	
4	Finns tillfredställande rutiner och former för att samverka med kommunen/landstinget när det gäller planering och utveckling av samverkansavtalen (Ådelavtalen) med avseende på kvalitet och patientsäkerhet?	Antal	Procent
	1. Ja	7	28,00%
	2. Delvis	12	48,00%

Revisionskontoret

Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

	3. Nej	3	12,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	3	12,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	2,08	
6	Vilken betydelse anser Du samverkansavtalen mellan kommunerna och landstinget (Ädelavtalen) har för att säkerställa läkarmedverkan inom särskilt boende (SÄBO) på en skala 1-5? (1=liten betydelse och 5 stor betydelse)	Antal	Procent
	1. 1	0	0,00%
	2. 2	2	8,00%
	3. 3	4	16,00%
	4. 4	7	28,00%
	5. 5	12	48,00%
	6. Ingen uppfattning/vet ej	0	0,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	4,16	
8	Upplever Du att den reglerade omfattningen och formerna av läkarinsatser i samverkansavtalet är tillräcklig för att säkerställa en vård av god kvalitet och som tillgodoser patientens trygghet i vård och behandling? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
	<u>1. Ja, helt och hållet</u>	7	28,00%
	<u>2. Delvis</u>	14	56,00%
	<u>3. Nej, inte alls</u>	4	16,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	0	0,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,88	

Revisionskontoret

Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

9	Upplever Du att den reglerade omfattningen och formerna av läkarinsatser i samverkansavtalet är tillräcklig för att patienterna/närstående ges en individuell information om hälsotillståndet och de metoder för undersökning, vård och behandling som finns? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
	1. Ja	4	16,00%
	2. Delvis	11	44,00%
	3. Nej	10	40,00%
	4. Ingen uppfattning/vet ej	0	0,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	2,24	
10	Upplever Du att omfattningen och formerna för läkarmedverkan tydligt framgår av samverkansavtalet?	Antal	Procent
	10.1 När det gäller regelbundna läkarbesök på SÄBO?		
	1. Ja	16	64,00%
	2. Delvis	7	28,00%
	3. Nej	2	8,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	0	0,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,44	
	10.2 När det gäller akuta läkarinsatser på SÄBO?		
	1. Ja	8	32,00%
	2. Delvis	9	36,00%
	3. Nej	7	28,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	1	4,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	2,04	
	10.3 När det gäller stöd till olika yrkeskategorier på SÄBO?		
	1. Ja	10	40,00%
	2. Delvis	8	32,00%
	3. Nej	6	24,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	1	4,00%

Revisionskontoret

Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	1,92	
12	Anser Du att det tydligt framgår av samverkansavtalet vad som gäller vid tillfälligt ökade resp. minskade behov av läkarmedverkan? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
	1. Ja, helt och hållet	3	12,00%
	2. Delvis	9	36,00%
	3. Nej, inte alls	11	44,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	2	8,00%
	Totalt	25	100,00%
	Medelvärde	2,48	
13	I vilken grad anser Du att läkarkontinuiteten tillgodoses för boende på SÄBO? (Du kan lämna kommentarer i textrutan)	Antal	Procent
	1. I hög grad	11	45,83%
	2. I ganska hög grad	8	33,33%
	3. I låg grad	5	20,83%
	4. Inte alls	0	0,00%
	5. Vet ej/ingen uppfattning	0	0,00%
	Totalt	24	100,00%
	Medelvärde	1,75	
14	Anser Du att det behövs en tydligare reglering i samverkansavtalet för att bättre säkerställa läkarkontinuiteten?	Antal	Procent
	1. Ja	9	69,23%
	2. Nej	3	23,08%
	3. Vet ej/ingen uppfattning	1	7,69%
	Totalt	13	100,00%
	Medelvärde	1,38	
15	I vilken grad anser Du att samverkansavtalet är tillräckligt anpassat till lokala förhållanden?	Antal	Procent
	1. Helt och hållet	1	4,17%
	2. I hög grad	14	58,33%
	3. I låg grad	3	12,50%

Revisionskontoret

Jan-Olov Undvall

Certifierad kommunal revisor

	4. Inte alls	2	8,33%
	5. Vet ej/ingen uppfattning	4	16,67%
	Totalt	24	100,00%
	Medelvärde	2,75	
17	Anser Du att det finns tillfredställande rutiner och former för hur samverkansavtalen ska följas upp avseende läkarmedverkan?	Antal	Procent
	1. Ja	9	37,50%
	2. Delvis	8	33,33%
	3. Nej	6	25,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	1	4,17%
	Totalt	24	100,00%
	Medelvärde	1,96	
19	Upplever Du att det vidtas nödvändiga åtgärder utifrån vad som kommer fram i uppföljningarna av läkarmedverkan?	Antal	Procent
	1. Ja	7	29,17%
	2. Delvis	11	45,83%
	3. Nej	0	0,00%
	4. Vet ej/ingen uppfattning	6	25,00%
	Totalt	24	100,00%
	Medelvärde	2,21	