



# Samverkan för multisyjuka äldres välbefinnande

Nationell tillsyn inom hälso- och sjukvård 2017

Du får gärna citera Inspektionen för vård och omsorgs texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Inspektionen för vård och omsorg har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

**Artikelnummer** | IVO 2018-12

**Foto** | mostphotos.com

**Utgiven** | April, 2018 [www.ivo.se](http://www.ivo.se)

# Förord

---

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) har ansvar för tillsyn över verksamheter inom socialtjänstområdet och inom hälso- och sjukvården. I det uppdraget ingår att myndigheten regelbundet ska återföra sammanställda resultat och iakttagelser från sin tillsyn. Denna rapport är en del av den återföringen.

Grunden för den här rapporten är en nationell tillsyn som IVO genomfört under 2017. Fokus för tillsynen var granskning av samverkan mellan slutenvård, primärvård och rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet kring multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende. I tillsynen granskades 38 verksamheter.

Rapporten är framtagen av utredaren och projektledaren Michael Dahlberg-Grundberg. Ansvariga tillsynsledare har varit inspektörerna Ann Bergman, Camilla Kindahl, Gitte Larsson, Gunilla Wivast, Lena Nilsson och Sylvia Norén.

Gunilla Hult Backlund

Generaldirektör

April 2018

# Sammanfattning

---

Multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende har ofta ett omfattande hälso- och sjukvårdsbehov och vårdas många gånger av personal från flera olika vårdgivare och verksamheter, såsom slutenvård, primärvård, rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet. För att tillgodose dessa behov krävs samverkan. Om samverkan mellan vårdgivare, verksamheter och yrkesgrupper inom vården brister kan det uppstå situationer där patienten riskerar att hamna i ett organisatoriskt mellanrum där ingen tar ett helhetsansvar för hens vård. Riskerna kan exempelvis bestå i att information om patienten, som läkemedelsbehandling, rörelseförmåga eller mental status, inte alltid följer med mellan olika vårdgivare eller verksamheter. En följd av otydliga ansvarsförhållanden och bristande kommunikation kan bli att behandling och uppföljning av patienten får sämre kvalitet eller uteblir.

När samverkan inte fungerar på ett adekvat sätt riskerar patienten att bli lidande. En välfungerande samverkan är följaktligen en förutsättning för att trygga vården för patienter som är multisjuka och i behov av vård från flera vårdgivare och verksamheter.

IVO har under 2017 genomfört en nationell tillsyn av 38 verksamheter med fokus på samverkan mellan slutenvård, primärvård, och rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende. Tillsynen är en del av IVO:s riskbaserade tillsyn och såväl patientgruppen multisjuka äldre som området samverkan identifierades genom att IVO gjorde en riskanalys där de framträdde som en riskgrupp respektive ett riskområde. De specifika verksamheterna valdes sedan ut via en riskobjektanalys (se bilaga 2). De områden som ingått i granskningen handlar om hur samverkan fungerar samt hur verksamheternas patientsäkerhetsarbete och egenkontroll bedrivs i relation till samverkan. Huvudsyftet med tillsynen var att granska de förutsättningar som finns för att äldre multisjuka får vård som utgår från den enskildes behov. Därtill syftade granskningen till att bidra till utvecklingen av samverkan för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende, men också till att sprida goda exempel till verksamheterna vad gäller systematiskt patientsäkerhetsarbete och egenkontroll av samverkan.

Tillsynen genomfördes genom dialogmöten (se bilaga 1). Till varje dialogmöte var representanter för 3-4 vårdgivare kallade. Vår målsättning var att granskningen skulle främja utveckling av samverkan och patientsäkerhetsarbete hos verksamheterna och att de skulle kunna utbyta erfarenheter. Granskningen eftersträvade med andra ord att vara lärande. I de fall där behov av utveckling var som störst riktade vi kritik mot verksamheterna och öppnade nya tillsynsinsatser.

Inför dialogmötena skickades en enkät ut till ett antal patient- och brukarorganisationer. Syftet var att få kunskap om vad patienter och anhöriga anser om hur samverkan fungerar samt vilka brister dessa grupper identifierade. Enkätresultatet låg till viss del till grund för de frågor som ställdes vid dialogmötet,

och de tillsynade verksamheterna presenterades med en sammanfattning av resultaten. Det fanns en viss brist på överensstämmelse mellan resultatet från IVO:s tillsyn och patienter och anhörigas synpunkter. Denna skillnad kan till viss del förklaras genom att samverkan med socialtjänst, något detta projekt inte granskat, fick mycket av kritiken (för en diskussion om denna skillnad, se avsnittet ”Enkätresultat” nedan).

Vår förhoppning är att rapporten ska vara till användning för beslutsfattare i vården, alla som arbetar med samverkan samt för representanter för de tillsynade verksamheterna. Även patienter och anhöriga ska kunna ha nytta av våra slutsatser.

## Samverkan fungerar på många sätt bra...

Granskningen visade en rad positiva exempel på hur samverkan kan bedrivas för att främja patientsäkerhetsarbetet för såväl patienter som verksamheter. I tillsynen har vi bland annat sett att:

- ⊕ Flertalet verksamheter har forum för regelbundna samverkansträffar
- ⊕ Avvikelse- och klagomålshantering sker ofta i samverkan
- ⊕ Riskidentifiering sker systematiskt och ofta i samverkan
- ⊕ Systematiskt patientsäkerhetsarbete kring samverkan sker ofta över verksamhetsgränserna

## ... men det finns utrymme för förbättring

Samtidigt som granskningen visar att samverkan ofta finns mellan verksamheterna, kan IVO konstatera att det finns utrymme för förbättring. Det framkommer även att verksamheterna själva är medvetna om att det finns områden med brister. I de fall där vi sett brister, dvs. där en god och säker vård är i riskzonen, har vi möjlighet att fortsatt granska de verksamheter det gäller för att trygga kvaliteten på den vård som ges. De huvudsakliga iakttagelserna av förbättringsområden vi sett i tillsynen handlar om att:

- ⊕ Egenkontroll av samverkan brister i systematik
- ⊕ Egenkontrollen brister när åtgärder inte följs upp
- ⊕ Verksamheternas informationsöverföring uppvisar brister
- ⊕ Frånvaron av eller bristande läkemedelslistor är ett återkommande problem
- ⊕ Vårdövergångar kan skapa otydlig ansvarsfördelning
- ⊕ Bemanning och personalkontinuitet påverkar hur samverkan och egenkontroll bedrivs
- ⊕ Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden i samverkan

# Innehållsförteckning

---

|  |    |
|--|----|
| Förord .....   | 3  |
| Sammanfattning.....  | 4  |
| Samverkan fungerar på många sätt bra.....  | 5  |
| ... men det finns utrymme för förbättring .....  | 5  |
| Multisjuka äldre och deras behov av samverkan.....   | 7  |
| Behovet av samverkan för multisjuka äldre kommer att öka .....                             | 8  |
| Brister i samverkan har identifierats tidigare.....  | 8  |
| Vårdgivarnas skyldighet att bedriva egenkontroll .....                                     | 9  |
| IVO granskar samverkan kring multisjuka äldre .....  | 11 |
| En samverkan med fungerande inslag .....   | 12 |
| Verksamheterna har regelbundna forum för samverkan .....                                   | 12 |
| Utvecklingsområden i samverkansarbetet.....  | 16 |
| Egenkontroll av samverkan brister i systematik.....  | 16 |
| Verksamheternas informationsöverföring uppvisar brister.....                               | 18 |
| Vårdövergångar kan skapa otydlig ansvarsfördelning .....                                   | 20 |
| Bemanning och personalkontinuitet påverkar hur samverkan och<br>egenkontroll bedrivs ..... | 21 |
| Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden i samverkan .....                             | 22 |
| Enkätresultat .....  | 23 |
| Ny lag ställer tydligare krav på samverkan .....   | 24 |
| Referenser .....   | 25 |
| Bilaga 1 – Metod för tillsyn.....  | 27 |
| Bilaga 2 – Så här har vi gått tillväga .....   | 30 |

# Multisjuka äldre och deras behov av samverkan

---

Multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende är en riskgrupp.<sup>1</sup> De har ofta ett omfattande vårdbehov och behöver många gånger vård av personal från olika vårdgivare och verksamheter, såsom slutenvård, primärvård, och rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet. Det är också en särskilt utsatt patientgrupp då den samtidigt med detta komplexa vårdbehov kan ha nedsatt förmåga att föra sin egen talan. Därför är patientgruppen i behov av att samverka mellan och inom verksamheter fungerar.<sup>2</sup> När flera verksamheter är involverade i multisjuka äldres vård uppstår en risk att den enskilde hamnar i en situation där ingen tar ett helhetsansvar för vården. Därmed kan även den samlade bilden av vilken vård den äldre är i behov av gå förlorad. Sådana otydliga ansvarsförhållanden kan leda till att behandling och uppföljning av patienten uteblir. En annan risk är att vården inte planeras utifrån den enskildes behov och situation utan från verksamheternas synvinkel. Ett sådant ”stuprörstänkande” hos verksamheterna kan medföra svårigheter att skapa samordnade vårdprocesser med ett helhetsperspektiv på patienten.<sup>3</sup> Samverkan fungerar dock bäst när patientens bästa, snarare än vårdgivares verksamhetsgränser, sätts i centrum.<sup>4</sup>

En välfungerande samverkan är en förutsättning för att trygga vården för patienter som är multisjuka och i behov av vård från flera verksamheter. Samverkan påverkas av hur många aktörer som deltar i vården av en patient. Samtidigt är det, oavsett mängden aktörer som är engagerade i en patients vård, den enskilda vårdgivarens lagstadgade skyldighet att tillgodose patientens behov.<sup>5</sup>

Såväl patienter som vårdverksamheter gagnas av tydlig samverkan. Patienterna kan tas emot på rätt sätt när de skrivs in hos eller ut från en verksamhet och därmed få tillgång till en god hälso- och sjukvård utan risken att hamna i ett organisatoriskt mellanrum. Dessutom behöver inte patienter och närstående förmedla information mellan aktörer inom vården vid exempelvis vårdövergångar. Verksamheterna kan å sin sida fokusera på att vårdens resurser sätts in på rätt plats och på så sätt minska patientsäkerhetsrisker.

Begreppet multisjuka äldre används i föreliggande rapport för en person som är äldre än 65 år, har tre eller fler diagnoser, och är i behov av hjälp av flera vårdaktörer.

---

<sup>1</sup> Med ordinärt boende avses egen bostad eller motsvarande som inte ingår i särskilt boende. I de tillsyner som rapporten avser har vi inte granskat vården i särskilt boende.

<sup>2</sup> Enligt Socialstyrelsens termbank är samverkan ett ”övergripande gemensamt handlande på organisatoriskt plan för ett visst syfte”. Här är syftet att tillgodose de multisjuka äldres vårdbehov.

<sup>3</sup> SOU 2016, s. 22.

<sup>4</sup> Socialstyrelsen 2017b, s. 28.

<sup>5</sup> 5 kap. 2§ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30), HSL.

Vissa aktörer använder istället begreppet de mest sjuka äldre. Eftersom det senare begreppet även inkluderar funktionstillstånd<sup>6</sup> och behov av insatser från socialtjänst, något som det här projektet inte granskat, valdes begreppet multisjuka äldre.

## Behovet av samverkan för multisjuka äldre kommer att öka

Antalet äldre patienter med olika samtidiga behov av vård och omsorg och med flera kroniska sjukdomar ökar för varje år i Sverige. Med en åldrande befolkning med stort vårdbehov kommer nya utmaningar för vård- och omsorgsgivare, i synnerhet som patientgruppens behov är komplexa. En ökad grupp multisjuka äldre med flera kroniska sjukdomar och ett mer komplext vårdbehov kommer att ställa nya krav på framtidens vård och dess samordning.<sup>7</sup> Något som också påverkar såväl vård som omsorg av äldre är det fria vårdvalet och patientgruppens ökade inbördes olikhet. En tilltagande individualisering utifrån den enskilde individens specifika önskemål kan komma att innebära att nya krav ställs på morgondagens vård av och omsorg om äldre.<sup>8</sup>

Vi ser en demografisk utveckling som innebär att vårdgruppen äldre, inom vilken fler kommer att ha kroniska sjukdomar och mer differentierade behov, växer. Parallellt med denna utveckling ser vi även att allt fler äldre vårdas i ordinärt boende i jämförelse med dem som vårdas i särskilt boende.<sup>9</sup> År 2015 fick totalt 224 000 personer, 65 år eller äldre, hälso- och sjukvård i ordinärt boende vilket är en ökning i jämförelse med tidigare år. Samtidigt minskade antalet som fick hälso- och sjukvård i särskilt boende under samma period, något som kan bero på att antalet platser på särskilt boende på en nationell nivå har minskat. En undersökning genomförd av Socialstyrelsen visar att multisjuka personer som bor i ordinärt boende i genomsnitt skattar sin hälsa som sämre än de som bor i särskilt boende.<sup>10</sup> Mot denna bakgrund framstår frågan om vård i ordinärt boende och samverkansfrågor kopplad till denna vård som ett viktigt område för granskning.

## Brister i samverkan har identifierats tidigare

För att en multisjuk äldre patient som vårdas i ordinärt boende ska få den vård hen behöver krävs en fungerande samverkan mellan de verksamheter som är involverade i patientens vård. Verksamheterna måste kommunicera mellan och stödja varandra för att kunna erbjuda patienten en god och säker vård. För att vården ska fungera, på den operativa nivån, krävs därför stabilitet och samordning på en strategisk och taktisk nivå.<sup>11</sup> Att det finns brister i samverkan, till exempel kring informationsöverföring mellan och inom verksamheter, har IVO belyst tidigare.<sup>12</sup> Detta gäller särskilt för patienter med stora eller komplexa vårdbehov. Brister i

---

<sup>6</sup> Socialstyrelsen 2013, s. 11.

<sup>7</sup> Vårdanalys 2016, s. 11 & 83; Socialstyrelsen 2016, s. 15.

<sup>8</sup> Vårdanalys 2015, s. 8 & 11.

<sup>9</sup> Socialstyrelsen 2017a, s. 13-15.

<sup>10</sup> Socialstyrelsen 2018, s. 38.

<sup>11</sup> Socialstyrelsen 2017a, s. 46-48; Vårdanalys 2016, s. 11-12.

<sup>12</sup> IVO 2013, s. 6.



samverkan kan även resultera i sämre kvalitet i den vård som ges och till utebliven vård. Det kan leda till att den äldre får felaktig vård men också till försämrad effektivitet och ökade kostnader. Som SOU:n *Effektiv vård* påpekar är bristande samverkan inte kostnadseffektivt och leder på sikt inte bara till svårigheter och risker för patienter och närstående utan även till otillfredsställande och onödigt dyr vård.<sup>13</sup>

Sverige har enligt Myndigheten för vård- och omsorgsanalys i jämförelse med andra länder svaga resultat när det gäller samordning av vård efter sjukhusbesök.<sup>14</sup> Svenska patienter och brukare är missnöjda med hur samordningen av vård och omsorg fungerar och knappt hälften av patienterna är enligt enkäter inom primärvården trygga med samordningen av deras vård.<sup>15</sup> Svårigheter att samverka kan bero på frånvaron av gemensam informationshantering och bristfälliga förutsättningar att dela information.<sup>16</sup> Det gäller både mellan olika verksamheter och inom en verksamhet.<sup>17</sup> Riskerna vid bristfällig samverkan blir särskilt tydliga vid vårdövergångar och rör då exempelvis ofta brister i informationsöverföring, bland annat kring läkemedelsordinationer. Eftersom en relativt stor grupp äldre patienter som skrivs ut från slutna vård även fortsättningsvis har behov av vård och omsorg är det viktigt att dessa vårdövergångar fungerar väl.

Hur vården i hemmet fungerar kan även påverka anhöriga och närstående.<sup>18</sup> Bristande samordning kan exempelvis leda till försämrade upplevelser för patienter och närstående och att ansvar för samordning överlämnas till dem. Utifrån material från patientnämnderna kan vi dra slutsatsen att samverkanbrister vid kommunikation mellan och inom verksamheter kan medföra att patienter inte blir delaktiga i sin vård.<sup>19</sup> Det kan få allvarliga konsekvenser för patientsäkerheten och gör det än mer viktigt att samverkan fungerar.<sup>20</sup>

## Vårdgivarnas skyldighet att bedriva egenkontroll

Samverkan inom och mellan vårdgivare är en av många kända risker i vården och ett område där vårdgivarna behöver arbeta systematiskt med förbättringsarbete och egenkontroll. När så krävs bör vårdgivarna också arbeta med de här frågorna tillsammans med sina samverkanspartners. IVO har tidigare noterat att egenkontroll av samverkan och informationsöverföring kan förbättras.<sup>21</sup> För att samverkan i vården ska kunna utvecklas är egenkontroll, genom ett systematiskt patientsäkerhetsarbete, av stor betydelse. Att vårdgivare måste ha ett ledningssystem för det systematiska patientsäkerhetsarbetet regleras i lag. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i

---

<sup>13</sup> SOU 2016, s. 20-21.

<sup>14</sup> Vårdanalys 2017a, s. 12.

<sup>15</sup> Vårdanalys 2016, 30-32.

<sup>16</sup> Vårdanalys 2017b, s. 15.

<sup>17</sup> SKL 2012, s. 9 & 37-40.

<sup>18</sup> Socialstyrelsen 2014, s. 14-15.

<sup>19</sup> IVO 2017, s. 13-14.

<sup>20</sup> Vårdanalys 2016, s. 27 & 42-43.

<sup>21</sup> IVO 2016, s. 7.

hälso- och sjukvårdslagen upprätthålls.<sup>22</sup> Vårdgivare måste systematiskt förhålla sig till risker i sin verksamhet. Vidare ska vårdgivare identifiera processer där samverkan behövs, klargöra hur samverkan ska bedrivas i den egna verksamheten samt säkerställa att samverkan möjliggörs med andra verksamheter.<sup>23</sup>

Vårdgivare måste bedriva egenkontroll med en frekvens och i en omfattning som säkerställer kvaliteten på den vård som ges.<sup>24</sup> En tillfredsställande egenkontroll är en nödvändig del av en vårdgivares arbete för att lära känna sin verksamhet bättre och identifiera förbättringsområden. Systematiskt patientsäkerhetsarbete utgörs av bland annat egenkontroll där en av delarna handlar om att identifiera risker och brister i verksamheten, till exempel genom insamling och analys av klagomål och data från olika kvalitetsregister. Genom att analysera risker och avvikelser på aggregerad nivå kan bakomliggande orsaker sedan identifieras varefter åtgärder kan vidtas på rätt plats. Vidare handlar egenkontroll om att vårdgivaren systematiskt följer upp om införda åtgärder eller nya arbetssätt har resulterat i önskvärda effekter.

Det är viktigt att erfarenheter från egenkontroll vad gäller samverkan sprids dels i den egna verksamheten, dels till andra vårdgivare som kan dra lärdomar. Genom ett sådant arbete kan vårdgivarna långsiktigt arbeta mot ökad patientsäkerhet. Det är ett kontinuerligt arbete som är ständigt pågående och därför inte kan sägas ha något slutmål. När samtliga delar av patientsäkerhetsarbetet fungerar och sker med regelbundenhet och systematik har vårdgivarna en tillfredsställande egenkontroll som uppfyller de krav på kontroll av verksamheten som ställs i patientsäkerhetslagens tredje kapitel.<sup>25</sup>

---

<sup>22</sup> 3 kap. 1§ Patientsäkerhetslagen (2010:659), PSL. Vidare framgår av 5 kap. 1§ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete att vårdgivaren fortlöpande ska bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

<sup>23</sup> 4 kap. 6§ SOSFS 2011:9.

<sup>24</sup> 5 kap. 2§ SOSFS 2011:9.

<sup>25</sup> 3 kap. 1-3§§ PSL.

# IVO granskar samverkan kring multisjuka äldre

---

Denna rapport baseras på ett nationellt projekt som IVO genomförde under 2017. I projektet granskades samverkan mellan slutenvård, primärvård samt rehabilitering och hälso- och sjukvård i hemmet kring multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende (se Bilaga 2). Projektet tillsynade även verksamheternas granskning av sin egenkontroll gällande samverkan. Då vår tillsyn koncentrerade sig på hälso- och sjukvård ingick inte samverkan med socialtjänst. Att socialtjänst inte ingick i tillsynen kan ha påverkat granskningens utfall och analysen nedan. Samtidigt var en sådan avgränsning nödvändig för tillsynens genomförande.

Projektets huvudsakliga syfte var att granska förutsättningarna för att äldre multisjuka som vårdas i ordinärt boende får hälso- och sjukvård som utgår från den enskildes behov. Granskningens mål var vidare att medverka till en hållbar och förbättrad samverkan och ansvarsfördelning mellan olika vårdnivåer så att multisjuka äldre som vårdas i hemmet får en god hälso- och sjukvård som utgår från deras individuella förutsättningar. Projektet ville även bidra till lärande genom att identifiera förbättringsområden som kan användas som underlag för egenkontroll och verksamhetsutveckling av vårdgivare.

Alla IVO:s tillsynsavdelningar deltog i tillsynen som resulterade i 12 inspektioner vilka genomfördes som dialogmöten. Till dialogmötena var tre, i somliga fall fyra, verksamheter kallade. Totalt granskades 38 verksamheter. Mötena syftade till att vara lärande, och förhoppningen var att verksamheterna under dialogen skulle dra lärdom av varandra. De verksamheter som kallades var de vars samverkan är nödvändig för att kunna erbjuda multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende en god och säker vård. Inför dialogmötena inhämtade IVO skriftliga redovisningar av de kallade verksamheternas samverkan och systematiska patientsäkerhetsarbete (se Bilaga 1 för en metodbeskrivning).

För att få ett tydligt patientperspektiv skickades en enkät ut till patient- och anhörigorganisationer för att få deras bild av hur samverkan för multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende fungerar. Vi ställde i enkäten frågor om bland annat upplevelse av samverkan, rehabilitering och habilitering, vård i hemmet samt brister i samverkan. Resultaten från enkäten lyftes vid dialogmötena i syfte att för verksamheterna synliggöra problemområden som patienter och anhöriga identifierat.

Vid granskningen diskuterades även lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård, LOS. Lagen trädde ikraft den 1 januari 2018 och gällde därför inte vid de genomförda inspektionerna. Eftersom ämnet ändå berördes vid dialogmötena, och lagen påverkar vårdgivare just vad gäller samverkan, avslutas rapporten med ett kortfattat kapitel som beskriver lagen.

# En samverkan med fungerande inslag

---

I tillsynen har vi sett att verksamheterna i många fall bedriver en god samverkan kring patientgruppen multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende. I den granskning som ligger till grund för denna rapport har vi tillsynat verksamheter från hela landet. Hur samverkan och samverkansavtal eller samverkansöverenskommelser ser ut mellan olika verksamheter kan skilja sig beroende på region.<sup>26</sup> Men även om det kan finnas regionala olikheter när det till exempel gäller samverkansavtal och framtagna rutiner för samverkan kan IVO ändå konstatera att de verksamheter som granskats tenderar att ha fungerande forum för samverkan.

Av de 38 verksamheter som tillsynades ansågs 9 ha sådana brister att kritik riktades mot dem. Merparten av verksamheterna hade följaktligen en god grund att stå på när det gäller samverkan, även om många av dem också var medvetna om att det fanns utrymme för förbättringsarbete.

## Verksamheterna har regelbundna forum för samverkan

*”Det är viktigt med någon typ av forum för att lära känna varandra och få en bättre förståelse för varandras verksamheter. Är man stressad och inte känner varandra finns grogrund för konflikt.”<sup>27</sup>*

I tillsynen framkom att en stor del av verksamheterna har regelbundna forum för samverkan. Granskningen visade en rad positiva exempel på hur samverkan kan bedrivas för att främja patientsäkerhetsarbetet för såväl patienter som verksamheter. De samverkansforum som aktörerna använder sig av träffades ofta regelbundet. Sådana mötesplatser för samverkan är en förutsättning för att verksamheter ska kunna trygga en god och säker vård för multisjuka äldre. Dessa möten måste inte vara fysiska. Det viktiga är att verksamheterna träffas, inte hur de träffas. Några av de tillsynade aktörerna lyfte tekniska kommunikationsmedel som en lösning, och påpekade att de hade samverkansträffar via videolänk.

Utifrån tillsynen kan vi se att samverkansträffar i praktiken bland annat innebär gemensamma möten för verksamhets- och enhetschefer. Vid sådana träffar har verksamheterna möjlighet att tillsammans lyfta gemensamma händelser, sprida lärdomar och informera om förbättringsarbete. Det är viktigt att dessa samverkansträffar sker med viss regelbundenhet och att problem för patientgruppen lyfts. Det är även av stor vikt att samtliga verksamheter närvarar, något granskningen emellertid visade inte alltid är fallet. Om en verksamhet saknas kan

---

<sup>26</sup> På grund av regionala skillnader ser strukturen för samverkan olika ut beroende på var i Sverige vården ges. I vissa regioner är hemsjukvården inte en kommunal angelägenhet utan något som erbjuds av landstinget. Hälso- och sjukvård i hemmet kan också utföras av många olika aktörer. I vissa fall utförs den av en enskild verksamhet medan den i andra fall utförs av flera olika verksamheter under ett och samma dygn.

<sup>27</sup> Alla citat i rapporten är hämtade från tillsynsprotokoll från dialogmöten.

samverkansarbetet kompliceras och goda vårdövergångar försvåras. Tillsynen visade att verksamheterna är medvetna om vikten av samverkan och de risker som är förknippade med bristande möten.

## Exempel från tillsynen

*Vårdgivare från kommuner och landsting har i en region en gemensam samverkansmodell, kallad SAMSPÉL, för planering och informationsöverföring rörande vård och omsorg för personer med ett större vårdbehov. Modellen har tre delar: SIP; beslutsstöd för vård på rätt vårdnivå; samt säker utskrivning. Det är en modell som togs fram för multisjuka äldre men som nu omfattar alla patienter. Den har tidigare reviderats (och kommer att revideras inför ikraftträdande av LoS, Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård). I modellen ska patienten vara i fokus. Vårdgivarna har även återkommande så kallade TRIAD-möten med representanter från primärvård, kommun och slutenvård (sammankallande) där exempelvis frågeställningar kring vårdkedjan kan lyftas, men även avvikelser eller vårdplanering. Dessa möten arbetar utifrån SAMSPÉL-modellen. Mötesdeltagarna har verksamhetsnära erfarenheter och utgår från ett tydligt patientperspektiv.*

Samverkan behöver inte bara handla om arbete direkt med patienter som är i behov av samordnad vård. Det kan även handla om gemensam planering av specifika arbetsrelaterade frågor som bemanning vid semesterperioder. Patientsäkerheten kan tryggas på sikt genom att sådana frågor diskuteras över verksamhetsgränserna. Samverkan kan även ske i andra former än för ändamålet framtagna samverkansforum. Det finns exempel där verksamheter har samverkansgrupper som är mer specifika, exempelvis kring rehabilitering. Flera verksamheter har även samverkansteam innehållande flera olika kompetenser. Inom slutenvården finns verksamheter som har team eller enskilda anställda som primärt arbetar med utskrivning och bedömer patienternas fortsatta vårdbehov i hemmet.<sup>28</sup> Så länge detta även leder till att de verksamheter som sedan tar över vården har god kännedom om vad som gäller kring patienten, kan det vara ett för patienten tillfredsställande arbetssätt.

Samverkan behövs inte bara mellan verksamheter. Det är IVO:s uppfattning att det även inom en verksamhet kan behövas möten för att förbättra samverkan. Också regelbundenhet och systematik vad gäller samarbete är av betydelse för att kunna säkra en fungerande samverkan. Saknas kontinuitet kan stora delar av de förtjänster som följer av aktörernas gemensamma möten och rutiner gå förlorade. Det är även viktigt att komma ihåg att rutiner för samverkan i sig inte utgör någon garanti för ett patientsäkert arbete och en fullödig samverkan som resulterar i god och säker vård.

---

<sup>28</sup> Socialstyrelsen 2014, s. 40-41, pekar på behovet av teambaserad vård och omsorg som sträcker sig över vårdgivargränser när det gäller vård av sjuka äldre.

## Avvikelse- och klagomålshantering sker ofta i samverkan

*”gemensamma händelseanalyser är en gemensam utmaning.”*

Verksamheterna arbetar ofta med avvikelser både i den egna verksamheten och i samverkan med andra. Genom det senare blir det möjligt att lyfta avvikelser i hela vårdkedjan. Verksamheterna har i många fall, när avvikelser eller klagomål rör samverkan, ett gemensamt utredningsarbete. Ett antal verksamheter har gemensamma system för att identifiera och bearbeta avvikelser. Där görs det en händelseanalys i samverkan om flera aktörer varit involverade i en specifik händelse. För att till exempel klagomålshantering ska fungera, krävs ett avvikelshanterings- och klagomålssystem för att möjliggöra systematiskt omhändertagande av inkommande klagomål. Det finns generellt sett bra system och rutiner för arbetet med patientsäkerhet.

Samtidigt finns det verksamheter som saknar en systematik i arbetet med avvikelshantering. Hos dessa finns förbättringsmöjligheter kring händelse- och avvikelsearbetet. Men för att detta ska fungera är det viktigt att samtliga involverade verksamheter kan delge avvikelser mellan varandra. Det är framförallt möjligt inom landstingsdriven vård, där sluten- och primärvården oftare än kommuner delar avvikelshanteringssystem. Ett flertal av de granskade verksamheterna inom den slutna vården och primärvården anger att det är en fördel att ha gemensamma system, och att det är en nackdel att de verksamheter som utför hälso- och sjukvård i hemmet ofta inte har del i det här informationsutbytet. Olika system försvårar gemensamma analyser där samtliga samverkansaktörer deltar. Här är verksamheterna överens om att ett gemensamt system för avvikelshantering vore önskvärt.

Den sekretess som vårdgivarna måste följa kan påverka arbetet med ett gemensamt system. Vårdgivarna har dock att förhålla sig till rådande sekretessbestämmelser och ändå försäkra sig om att den enskilde får den vård hen är i behov av.<sup>29</sup> På samma gång måste de också säkerställa att patienter får god vård oavsett användningen av sinsemellan olika dokumentations- och informationssystem.

## Riskidentifiering sker systematiskt och ofta i samverkan

*”En viktig sak är att arbeta med att se risker i verksamheterna och inte bara händelser.”*

IVO kan se att verksamheterna överlag har en systematik i sitt arbete med att identifiera risker rörande samverkan. Det gäller avvikelshanteringssystem och rapportering, nyttjandet av och jämförelser med nationella kvalitetsregister och att ta in synpunkter från patienter/anhöriga/personal kring verksamhetens arbete. Det rör även deltagande i samverkansmöten med andra aktörer, mottagandet av material från patientnämnder, analys av klagomål och händelser och arbetet med utredningar av ärenden som nått IVO. Utan riskidentifiering av det här slaget kan patientsäkerhetsrisker missas och brister bli bestående över tid. Det är därför av vikt att detta arbete sker systematiskt.

---

<sup>29</sup> 3 kap. 1§ PSL.

I samverkansforum diskuteras generella problem och iakttagelser, vad som på en strukturell eller systematisk nivå fungerat bra respektive mindre bra, snarare än enskilda avvikelser. Genom att sådana frågor lyfts gemensamt sker avvikelsearbetet i samverkan, också för att flera aktörer kan informera varandra om just samverkan. Det viktiga är att samtliga verksamheter som har nytta av den information som framkommer från sådana analyser också får ta del av den, något som granskningen visar ofta är fallet i och med verksamheternas återkommande samverkansforum.

## Systematiskt patientsäkerhetsarbete kring samverkan sker ofta över verksamhetsgränserna

*”Kommunen och närsjukvården har gjort egna kartläggningar gällande utskrivnings-processen som de sedan har jämfört för att hitta bristerna.”*

Tillsynen visar att verksamheterna generellt bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete gällande samverkansfrågor, även om det finns utvecklingsmöjligheter. Arbete med samverkan är av stor betydelse för patientsäkerheten. För att veta att vården lever upp till de krav som ställs enligt lag och för att säkerställa att patienter får sina vårdbehov tillgodosedda krävs därför att vårdgivare kontrollerar den vård de erbjuder. Vår tillsyn visade att hur verksamheterna bedrev patientsäkerhetsarbete varierade. Vissa genomförde stickprovsgranskning av journaler, årliga riskbedömningar, och uppföljningar av tillgänglighet. Andra använde enkäter beträffande aktuella läkemedelslistor och mätningar av läkemedelsgenomgångar hos patienter för att identifiera olämpliga läkemedel. I granskningen framkom även att patienter och närstående i somliga fall, hos vissa verksamheter, deltar i patientsäkerhetsarbetet.

För att samverkan ska kunna kontrolleras och säkras krävs gemensamma insatser över verksamhetsgränserna. Vid samverkansforum kan inblandade verksamheter gemensamt reflektera över och kartlägga uppkomna problem, avvikelser eller klagomål i syfte att förbättra sina verksamheter. Regelbundna möten mellan verksamheter när det gäller gemensam avvikelserapportering kan leda till bättre kvalitet i samverkan i sig och vad gäller avvikelshantering. Det är exempelvis möjligt med en gemensam kartläggning för att identifiera brister, där verksamheter först gör egna interna analyser som sedan jämförs verksamheterna emellan. Samverkan för att gemensamt hantera avvikelser kan då bättre lösa problem som återfinns hos, eller mellan, alla de verksamheter som är inblandade i samverkansarbetet. Det är viktigt att det här gemensamma arbetet sker regelbundet och med systematik. Saknas systematik försvåras ett långsiktigt förbättringsarbete. Granskningen visar att det här är något verksamheterna överlag arbetar med.

# Utvecklingsområden i samverkansarbetet

---

Även om samverkan kring multisjuka äldre som vårdas i ordinärt boende på många sätt fungerar finns det områden som kan förbättras. Granskningen visar att verksamheterna i många fall också själva är medvetna om detta. Mot bakgrund av det som lyftes tidigare, rörande fungerande och återkommande forum för samverkan, är det viktigt att påpeka att en riklig förekomst av samverkansforum i sig inte garanterar att den vård som erbjuds till patienter är säker och av god kvalitet.

## Egenkontroll av samverkan brister i systematik

*”det låter enkelt med samverkan men det är komplext att arbeta med samverkan mellan komplexa system.”*

I IVO:s tillsyn fick nio av de tillsynade verksamheterna kritik. Vid en granskning av de kritiserade verksamheterna framträder en tydlig bild. Det fanns hos dem en generell brist på systematik avseende hantering av avvikelserapporter, framförallt mellan verksamheter, dvs. i samverkan. Den kritik som ges i övrigt gäller särskilt brister i det systematiska arbetet med riskidentifiering och uppföljning av vidtagna åtgärder. Ett flertal av verksamheterna får också kritik för brister kring en mängd aspekter av sitt patientsäkerhetsarbete, däribland bristande analys, utredning och sammanställning av identifierade risker. Verksamheterna måste överlag utveckla sitt arbete med utvärdering och uppföljning (vilket diskuteras i ett separat avsnitt nedan).

Det genomgående temat är att verksamheterna brister i sin systematik vad gäller arbetet med patientsäkerhet och egenkontroll. Vidare utreds och analyseras inte samverkan med andra aktörer tillräckligt. Orsakerna till varför varierar men ett återkommande skäl som angavs var tidsbrist. Det finns enligt verksamheterna inte utrymme att arbeta med de här frågorna. IVO vill dock påpeka att vårdgivare är skyldiga att arbeta systematiskt med kvalitetsarbete för att säkerställa att kraven på god vård upprätthålls. Vårdgivarna ska säkra att det finns den personal och de resurser som behövs för att god vård ska kunna ges.<sup>30</sup> Vidare måste det här arbetet ske regelbundet och systematiskt. Brister i det systematiska kvalitetsarbetet kan utvecklingsinsatser inom verksamheterna förhindras eller försenas. Det kan medföra att patienter inte ges den vård de är i behov av och har rätt till. Det är först när patientsäkerhetsarbetet sker med nödvändig systematik som risker kan identifieras och korrigeras och en fungerande egenkontroll kan bedrivas.

---

<sup>30</sup> 5 kap. 2§ HSL.



## Egenkontrollen brister när åtgärder inte följs upp

*”Någonting blir ju gjort men om det var den bästa åtgärden och hur det systematiskt följs upp skulle behöva utvecklas.”*

*”Vi åtgärdar ofta, men det brister i uppföljning och utvärdering.”*

Tillsynen visar att en majoritet av de granskade verksamheterna har ett område inom egenkontrollen som de främst kan utveckla, nämligen uppföljning av vidtagna åtgärder. Utan systematisk uppföljning av genomförda förbättringsåtgärder är det inte möjligt att säkerställa att en önskvärd effekt inträffat eller förändring ägt rum. Några verksamheter brister i sitt interna systematiska arbete med uppföljning och utvärdering, samtidigt som många fler brister i systematik vad gäller utvärdering och uppföljning i relation till andra verksamheter. Det är naturligtvis viktigt att vid egenkontroll av samverkan ha en god kommunikation verksamheter emellan.

Samtidigt arbetar verksamheterna med viss uppföljning där de gör jämförelser med egna data efter interna mätningar, jämförelser med annan statistik, genomgångar av kvalitetsuppföljningar, avvikelser, eller lex Maria-anmälningar. Arbetet sker dock inte med den systematik som är nödvändig för att på sikt trygga patienters tillgång till en god och säker vård. Därför måste uppföljningsarbetet utvecklas.

Det är även viktigt att efterfråga patienters åsikter, och patientnyttan skulle kunna utvärderas bättre enligt vissa verksamheter. Det görs enligt granskningen ibland, men det sker i liten omfattning. Eftersom patienternas bästa alltid ska stå i första rummet bör deras erfarenheter i högre grad tas tillvara.

Att arbetet med uppföljning är ett förbättringsområde var även något som en stor del av verksamheterna själva noterade. Om ett steg i egenkontrollen brister är risken att efterföljande steg också påverkas negativt. I detta fall brister egenkontrollen då det systematiska patientsäkerhetsarbetet gällande att följa upp och utvärdera inte görs i tillräcklig omfattning. Om en åtgärd inte utvärderas är det svårt att säkerställa att den får de effekter som eftersträvas. Därför räcker det inte att åtgärder bara prickas av, även åtgärdens effekter måste granskas och analyseras. Det är sålunda av betydelse att inte bara följa upp sådant som är lätt att följa och mäta, som antalet genomförda åtgärder. Om en åtgärd inte får de effekter som är önskvärda krävs justeringar av förbättringsarbetet. Det är ett nödvändigt steg i utveckling av vården.

# Verksamheternas informationsöverföring uppvisar brister

## Olika journalsystem och bristande kommunikation

Granskningen visar tydligt att det är svårt för verksamheterna att kommunicera mellan varandra. Det kan i vissa fall bero på otillräckliga forum för samverkan. I än fler fall beror det emellertid på att aktörerna inte har likartade kommunikations- och journalsystem. Dessa problem framträder framförallt vid vårdövergångar. För fungerande samverkan är det viktigt med fungerande kommunikationskanaler. En utvecklad kommunikation med tydlig och tillgänglig utskrivningsinformation vid vårdövergångar och god möjlighet för informationsöverföring kan exempelvis förhindra återinskrivningar och ge bättre vård. Den kan även underlätta gemensamt patientsäkerhetsarbete och avvikelshantering.

*”Stora risker har identifierats vid övergångar inom vården som ofta grundar sig i att man har olika journalsystem i kommun, slutenvård och primärvård.”*

Brister vad gäller informationsöverföring kan medföra avsevärda risker för patienter, men också merarbete för personalen. Det kan till exempel innebära att vårdpersonal måste arbeta dubbelt då de själva måste skriva över information. Förutom att innebära merarbete skapar detta förlopp dessutom risker för patienten då information, bland annat på grund av felskrivningar, kan gå förlorad under arbetets gång eller vid övergångar. Vidare försvårar olika system för avvikelshantering ett gemensamt analysarbete vilket kan leda till svårigheter att identifiera brister och risker vad gäller samverkan. Det kan även medföra problem vid kommunikation kring just avvikelshantering.

*”Det finns tydliga rutiner för vad som ska skickas med vid inskrivning och utskrivning från slutenvården och mellan primärvård och kommunen men det finns inget tekniskt kontrollsystem vilket kan medföra att något glöms bort, speciellt när omsättningen av personal är stor och stor arbetsbörda.”*

Tydlig och för samtliga verksamheter tillgänglig utskrivningsinformation är därför av stor vikt för säkra vårdövergångar. Med hjälp av klar och tydlig informationsöverföring borde, vilket några verksamheter poängterade vid tillsynen, utskrivningarna bli säkrare och återinläggningar färre. Samtidigt är det inte bara utskrivningsinformation som kan vara ett problem. Patienterna måste även ha rätt information med sig till slutenvården. Bristande information in till eller ut från slutenvård ger båda ofullständiga förutsättningar för samverkan och en god och säker vård. För att en sådan vård ska kunna erbjudas krävs god informationsöverföring i alla riktningar.

Vid tillsynerna efterfrågade därför ett flertal verksamheter ett gemensamt journalsystem för att lösa problem med bristande kommunikation och för att underlätta informationsöverföring mellan verksamheter. Det framkom även önskemål om en nationell lösning då ett arbete på en sådan nivå sågs som nödvändigt. Ett gemensamt system skulle förmodligen inte förhindra att problem vid övergångar uppkommer. Men det kan minska problem samtidigt som förutsättningarna för att

arbetspatientsäkert förbättras. Samtidigt är vårdgivarna fortfarande skyldiga att erbjuda en god och säker vård, oavsett ett gemensamt system eller ej.

Mängden samverkanspartners och verksamheternas olika rutiner kan påverka samverkan

*”Det finns flera olika huvudmän kring den aktuella patientgruppen, där ekonomiska utmaningar finns vilket riskerar att påverka samverkan.”*

*”det finns så många vårdgivare att det inte blir hanterbart att ha möten där alla deltar. Det finns samverkansavtal, men när det gäller att följa upp och se hur det blir för patienten så är det sämre.”*

Många verksamheter påpekar att samverkan är en angelägenhet som tar mycket tid i anspråk och stundtals är en komplex uppgift. Detta blir tydligt när många verksamheter är involverade i vården av en patient. Ju fler aktörer som medverkar, desto svårare blir det att samverka påpekar några av de tillsynade verksamheterna. Dessutom kan det vara svårt att införa gemensamma samverkansrutiner, i synnerhet med många parter inblandade. En stor mängd samverkanspartners kan till exempel försvåra regelbundna möten och gemensamma händelseanalyser. Slutsatsen verkar vara att ju färre verksamheter som är involverade, desto mer effektiv blir också samverkan. Men vårdgivarna är, oberoende av dessa komplexa problem, ansvariga för att kunna erbjuda en samverkan som leder till att patienter omhändertas och vårdas på ett tillfredsställande sätt. Det här ansvaret gäller oavsett mängden samverkanspartners.

*”det blir svårare att samordna när det finns flera olika avtal, svårt med olika system när vi måste göra olika avtal eller lösningar mellan olika kommuner.”*

Ofta verkar samverkansträffar framförallt finnas mellan verksamheter som bedriver hälso- och sjukvård i hemmet och primärvården. Bristen på deltagande från slutenvården kan handla om att det sedan tidigare funnits behov av tydliga och väletablerade former av samverkan för patientgruppen multistjuka äldre just mellan primärvård och slutenvård. Samtidigt behöver det här inte tolkas som ett ointresse från slutenvården. Vi kan i tillsynen se att det i flera fall även finns regelbundna samverkansmöten mellan slutenvård och primärvård. Genom att chefsläkare och MAS:ar (medicinskt ansvarig sjuksköterska) träffas för att diskutera erfarenheter från patientsäkerhetsarbete kan lärdomar spridas och samverkan på sikt bli bättre.

## Exempel från tillsynen

*För att lösa problem rörande olika avtal mellan till exempel slutenvården och olika kommuner, något flera verksamheter belyser som en riskfaktor, har en region tagit fram en länsövergripande plan mellan region och kommun. Där är det på sikt en tanke om att lokala planer ska tas fram utifrån den gemensamma.*

Slutenvårdens representanter beskrev i tillsynen svårigheter vad gäller att samverka med både primärvård och hälso- och sjukvård i hemmet. Ett flertal av slutenvårdens representanter påpekade till exempel att det behövs avtal med samtliga kommuner de samverkar med för att skapa formella samarbetsformer. Arbetet försvåras emellertid av att många kommuner inom en och samma region i sin tur har olika rutiner för, bland annat, samverkan. Att skapa liknande avtal och rutiner med samtliga kommuner vore en lösning som enligt de granskade verksamheterna dessvärre är svår att genomföra. Som påpekats ovan måste dock vårdgivarna säkerställa att en fungerande samverkan finns tillgänglig.

Frånvaron av eller bristande läkemedelslistor är ett återkommande problem

*”Många avvikelser som handlar om läkemedel grundar sig i att kommunikationen mellan kommunen och vårdcentralen/närsjukvårdskliniken brister.”*

Frånvaron av eller felaktiga läkemedelslistor är en stor risk vid informationsöverföring mellan verksamheter. För goda vårdövergångar är det nödvändigt att läkemedelslistor är uppdaterade och korrekta. Granskningen visar att olika informationssystem, eller bristande informationsöverföring relaterad till att verksamheternas olika system har svårigheter att kommunicera med varandra, bland annat kan leda till att uppdateringar av en patients läkemedel blir felaktig. Här efterfrågar verksamheterna en statlig lösning. Problem med informationsöverföring i samband med läkemedel kan leda till risker för patientsäkerheten och bör därför belysas nationellt enligt verksamheterna. Det finns politiska initiativ för att åstadkomma en sådan lösning. En förstudie för en nationell läkemedelslista är initierad. Denna lista ska möjliggöra för behörig hälso- och sjukvårdspersonal att se vilka läkemedel som en patient har förskrivna oberoende vem som förskrivit dem.<sup>31</sup>

Eftersom brister i läkemedelslistor är en återkommande risk, och ett återkommande tema på arbetsplatsträffar hos vissa verksamheter, är det något som tar mycket tid i anspråk. Det syns även i vissa verksamheters avvikelser. Därför måste de bakomliggande orsakerna kartläggas och åtgärder vidtas för att stärka patientsäkerheten och minska antalet fel relaterade till läkemedelslistor. Arbetet kring detta måste präglas av samverkan. Att arbeta proaktivt med att säkra korrekta läkemedelslistor kan frigöra resurser som kan användas mer effektivt, för patienters bästa, och underlätta samverkan.

## Vårdövergångar kan skapa otydlig ansvarsfördelning

*”Det är oftast i sprickorna mellan vårdgivarna som de största problemen/riskerna finns.”*

Vårdövergångar framstår i granskningen som den största patientsäkerhetsrisken knuten till samverkan. En risk är att det uppstår en negativ spiral där bristande samverkan negativt påverkar vårdövergångar medan bristande vårdövergångar

---

<sup>31</sup> För mer information, se: <http://www.regeringen.se/pressmeddelanden/2017/10/nasta-steg-for-att-bygga-en-nationell-lakemedelslista>.

negativt påverkar samverkan. Gränserna mellan verksamheter, men även inom en och samma verksamhet, kan leda till risker vad gäller exempelvis ansvarstagande och fördelning av vem som ska göra vad. Otydliga gränssnitt för ansvar kan även orsaka risker för patienten då bristfällig överrapportering och informationsöverföring kan bli en följd.

*”Patienter ska inte märka av om vem som är huvudman.”*

Patienten ska vara i centrum, inte verksamheterna och deras ansvarsgränser. I en god samverkan bör patienter inte märka vilken verksamhet de vårdas av och inte tydligt märka vårdövergångar. Så är dock inte alltid fallet. Ett sätt att försöka hantera vårdövergångar är att verksamheterna använder sig av en standardiserad utskrivningsprocess. Vid dialogmötena framkom att vissa verksamheter arbetar med checklistor för att inför utskrivning kunna ge patienter skriftlig information om vårdtid och planering varigenom de blir mer förberedda och inkluderade. IVO ser att en tydlig utskrivningsinformation från slutenvården är av stor betydelse inte bara för patienten utan också för andra verksamheter. Genom bra utskrivningar och en helhetssyn på patienten kan samverkan stärkas och antalet återinskrivningar för patientgruppen minskas (för upplysning om nytt lagrum, se rapportens sista kapitel).

Enligt många verksamheter borde samordnad individuell plan, en så kallad SIP, användas oftare. Genom SIP kan i större utsträckning såväl samverkan som informationsöverföring vid vårdövergångar tryggas. SIP lyfts av vissa verksamheter fram som ett positivt verktyg då det är tidseffektivt för personalen samtidigt som det kan ge patientarbetet en högre kvalitet. Genom en ökad användning av SIP:ar kan även stödet till patienter bli bättre parallellt med att det tydliggörs för samtliga inblandade vad olika verksamheter ansvarar för. Dock tar, enligt vissa andra granskade verksamheter, verktyget alltför mycket tid och resurser i anspråk. Vidare kan det vara svårt att arbeta med då genomförande och dokumentation kan försvåras av olika journalsystem. Samtidigt finns det ett lagkrav för vårdgivare att upprätta en SIP när den enskilde är i behov av insatser från både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten.<sup>32</sup> Vi har, vilket nämndes i inledningen, emellertid inte tillsynat socialtjänsten i denna rapport.

## Bemanning och personalkontinuitet påverkar hur samverkan och egenkontroll bedrivs

*”Det är svårt att släppa personal [till samverkansmöten], då någon måste utföra det dagliga arbetet på avdelningen, vilket ses som ett stort hinder även för att kunna delta i utbildningsinsatser. Man kan för närvarande inte hålla alla vårdplatser öppna på grund av personalbrist.”*

I tillsynerna kan IVO se att samverkan påverkas negativt av brister i bemanning och personalkontinuitet. Otillräcklig bemanning kan leda till generella svårigheter med samverkan och det systematiska patientsäkerhetsarbetet. Vid tillsynen blev det tydligt att förekomsten av mycket hyrpersonal försvårar avvikelshantering och

---

<sup>32</sup> 16 kap 4§ HSL.

därmed kan leda till patientsäkerhetsrisker. Därmed försvåras samverkan i arbetet med avvikelser.

Som all annan vård kräver en fungerande samverkan, och en fungerande egenkontroll av samverkan, att det finns tillgång till tillräcklig personal med rätt kompetens och utbildning. Kring samverkan är risken med bristande bemanning att nödvändig kommunikation mellan verksamheter försvåras eller till och med förhindras. Har inte personal tillräckligt utrymme för att arbeta med avvikelshantering och -analys kommer vidare arbetet med att förebygga identifierade patientsäkerhetsrisker att göras svårare. Men inte bara frånvaron av personal utan också stress hos medarbetare kan bidra till avvikelser vid samverkan. Förutom att innebära direkta patientsäkerhetsrisker medför brist på personal även svårigheter angående uppföljning av både vård och vidtagna åtgärder. Därför påverkas även arbetet med patientsäkerhet av tillgång på personal.

*”Det blir en bättre följsamhet runt varje patienten när det är en och samma läkare som följer upp. Bra att vara så få inblandade runt patienten som möjligt. När det är många läkare på en hälsocentral som jobbar mot hemsjukvården blir det svårare.”*

För att stärka den personalkontinuitet som patienter i hemsjukvården ofta är i behov av kan fast vårdkontakt samt fasta, schemalagda tider för hembesök vara en lösning. Genom att utse en fast vårdkontakt kan en säkerhet etableras för de multisjuka äldre. Tillsynen visar att vissa verksamheter använder sig av ordinarie läkare som ansvarar för att säkra kontinuiteten för hemsjukvårdspatienter. Det skapar ökad trygghet och delaktighet.

## Rehabilitering och hjälpmedel är riskområden i samverkan

*”Slutenvården ansvarar för att de hjälpmedel som patienten behöver de första dagarna skrivs ut. Sedan tar kommunen över ansvaret. Det är en större svårighet att få detta att fungera när patienter skrivs ut till eget boende än när de ska till säbo [särskilt boende].”*

Det framkommer av granskningen att rehabilitering är ett problemområde. Även verksamheterna själva uppmärksammar detta. Så är fallet trots att det finns exempel där verksamheter har samverkansgrupper som är mer specifika, bland annat kring just rehabilitering. Ett skäl till varför rehabilitering anses vara ett riskområde och ibland brister är att en stor mängd vårdgivande verksamheter är involverade samtidigt som olika rutiner kan förekomma. När det finns samverkan med flera olika verksamheter och varje verksamhet har olika regler kring hemrehabilitering kan således risker uppstå. Andra svårigheter och risker är knutna till problemet att rekrytera personal med rätt kompetens trots att resurser för detta kan finnas avsatta.

Brister i samverkan gällande rehabilitering påverkar och påverkas av vårdövergångar och kan innebära att patienten blir lidande. Det är även tydligt att de hjälpmedel som patienten är i behov av vid vårdövergångar och utskrivning också är ett riskområde. Fungerar inte samverkan, och patienten därmed inte får sina hjälpmedel i tid, kan hen ta skada och rehabilitering försvåras. Det är därför av stor vikt att verksamheterna säkerställer att personal för rehabilitering är tillgänglig och att det

finns tillräcklig samverkan kring rehabiliteringsinsatser. Dessutom måste hjälpmedel finnas åtkomliga när den enskilda faktiskt behöver dem. Här kan vissa av de tillsynade verksamheterna genomföra ett förbättrande arbete.

## Enkätresultat

I samband med att vårdgivarna kallades till tillsyn inom ramarna för detta projekt skickades en enkät ut till ett antal patient- och brukarorganisationer som kunde tänkas ha synpunkter på och kunskap om vård av och samverkan för multisjuka äldre. Resultaten från enkäten låg delvis till grund för de frågor som lyftes med verksamheterna vid dialogmötena. Överlag var enkätsvaren kritiska till hur vården av och samverkan kring multisjuka äldre idag är utformad. Kritiken riktades mot ett flertal aspekter av vården. Samtidigt har vår tillsyn visat vissa fungerande dimensioner av samverkan.

Denna brist på överensstämmelse kan ha flera förklaringar. För det första ingår inte socialtjänst i tillsynen, och socialtjänsten är den verksamhet som i enkätsvaren får merparten av den kritik som formuleras. Det kan även tilläggas att de tillsynade verksamheterna själva pekade ut samverkan med socialtjänst som ett riskområde. Även om detta inte är ett direkt resultat av tillsynen, dvs. inget vi sett, så är det något som indikeras i och med att verksamheterna själva nämner det. För det andra har tillsynen framförallt visat att samverkan fungerar på organisatorisk nivå medan brister har identifierats på områden som vårdövergångar, informationsöverföring och rehabilitering. Dessa är enligt patient- och brukarorganisationernas enkätsvar stora riskområdena angående samverkan. Därför går det att argumentera för att tillsynens resultat och patient- och anhörigorganisationernas åsikter delvis är förenliga.

För det tredje är det viktigt att påpeka att den organisatoriska samverkan rapporten lyft fram som fungerande i sig inte garanterar en god samverkan för och vård av den enskilde. En mängd samverkansforum säkrar med andra ord inte att samverkan och vård för multisjuka äldre faktiskt är av en hög kvalitet.

# Ny lag ställer tydligare krav på samverkan

---

Det finns omvärldsfaktorer som påverkar hur samverkan bedrivs och fungerar. Omständigheter i bland annat politik eller juridik kan ändra förutsättningarna för hur verksamheter måste samordna vården kring den enskilde. 1 januari 2018 trädde lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, LoS, ikraft. Syftet med den nya lagen är att främja en god och säker vård och omsorg för enskilda som efter utskrivning från slutenvården är i fortsatt behov av vård och omsorg från socialtjänst, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den landstingsfinansierade öppenvården.<sup>33</sup> Lagen tydliggör att verksamheter som tar över patienter efter utskrivning från slutet vård tidigt måste börja planera sitt övertagande.<sup>34</sup>

## Vårdgivarnas förberedelser inför den nya lagen

Under de dialogmöten IVO genomförde så framkom det att lagen inte finns implementerad i alla verksamheter över hela landet från och med årsskiftet 2018. Det blev det tydligt att ett flertal verksamheter påbörjat förberedelser inför den nya lagstiftningen, medan flera andra hade förberedelser såsom utbildningsinsatser och revideringar av rutiner planerade. Verksamheterna såg utmaningar med den nya lagen, bland annat kring svårigheter med implementering, men hyste också förhoppningar på positiva effekter som att den ska bidra till bättre samverkan genom tydligare strukturer och naturliga forum för samverkan som tillsammans leder till gemensamt arbete för patientens bästa. Vidare tror verksamheterna att lagen kan bidra till att trygga en säker hemgång för patienten samtidigt som den kan minska risker för brister vid utskrivningar. För lagen tänkt effekt kommer vården att bli bättre för den enskilde genom utvecklad samverkan samtidigt som patienter inte kommer att behöva ligga kvar på sjukhusen i onödan.

---

<sup>33</sup> 1 kap. 2§ Lag om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård (2017:612), LoS.

<sup>34</sup> Den upphävda lagen fortsätter dock att gälla till 31 december 2018 för patienter som vårdas i slutet psykiatrisk vård.



## Referenser

---

Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2013, *Äldre efterfrågar kontinuitet Nationell tillsyn av vård och omsorg om äldre – slutrapport 2013*, artikelnummer 2013-2.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2016, *Samverkan för patienter och brukares välbefinnande – Hemsjukvård, hemtjänst och primärvård*, artikelnummer 2016-47.

Inspektionen för vård och omsorg, IVO 2017, *Hur upplever patienter och närstående vården? Sammanställning av klagomål som kommit in till patientnämnderna under 2016*, artikelnummer 2017-16.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys 2015, *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*, Rapport 2015:8.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys 2016, *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*, PM 2016:1.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys 2017a, *Vården ur patienternas perspektiv – 65 år och äldre. En jämförelse mellan Sverige och tio andra länder*, PM 2017:2.

Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys 2017b, *Från medel till mål – Att organisera och styra mot en samordnad vård och omsorg ur ett patient- och brukarperspektiv*, Rapport 2017:9.

Socialstyrelsen 2013, *Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre*, artikelnummer 2013-6-34.

Socialstyrelsen 2014, *Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre – Slutrapport*, artikelnummer 2014-5-4.

Socialstyrelsen 2016, *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2016*, artikelnummer 2016-2-29.

Socialstyrelsen 2017a, *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2017*, artikelnummer 2017-2-2.

Socialstyrelsen 2017b, *Om övergångar mellan slutenvård och öppen vård och omsorg*, artikelnummer 2017-1-13.

Socialstyrelsen 2018, *Så tycker de äldre om äldreomsorgen 2017 – En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och särskilt boende*, artikelnummer 2018-2-5.

Statens offentliga utredningar, SOU 2016, *Effektiv vård – slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*, SOU 2016:2.

Sveriges kommuner och landsting, SKL 2012, *Bättre liv för sjuka äldre – En kvalitativ uppföljning*.

## Bilaga 1 – Metod för tillsyn

---

IVO fick i regleringsbrev för 2016 i uppdrag att utveckla en metod för att följa upp hur hälso- och sjukvården sköter sin egenkontroll. Det är den metod som det uppdraget utmynnade i som föreliggande projekt har använt sig av. Det här projektet har haft särskilt fokus på att granska egenkontroll av samverkan.

Egenkontroll är en del av verksamheternas övergripande kvalitetsarbete. Egenkontroll innebär bland annat att vårdgivaren systematiskt ska följa upp och utvärdera arbetet som utförts och kontrollera så att de rutiner och processer som finns i verksamhetens ledningssystem följs.<sup>35</sup> Egenkontrollen kan ha olika fokus och när verksamheterna specifikt utför egenkontroll av patientsäkerheten kontrollerar de att det arbete som bedrivits varit patientsäkert, vilket innebär att inga patienter kommit till skada och att verksamheten arbetar förebyggande.

IVO:s tillsyn över hälso- och sjukvård har enligt myndighetens instruktion syftet att granska att befolkningen får god vård och omsorg som är säker, är av god kvalitet och bedrivs i enlighet med lagar och föreskrifter.<sup>36</sup> En verksamhet som har en fungerande egenkontroll kan förväntas ha ett arbetssätt med mindre risk för systematiska fel och brister. Det är däremot inte säkert att den egenkontroll som utförs har patientsäkerheten i fokus eller kontrollerar parametrar som säger något om hur patientsäker verksamheten är.

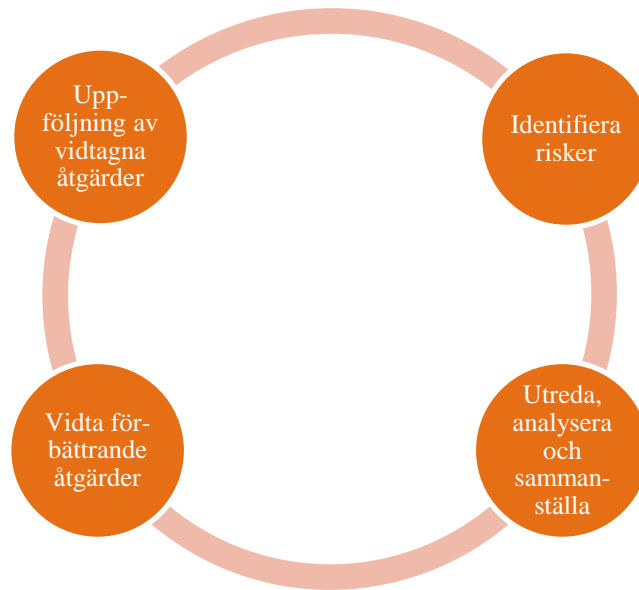
Då IVO ska granska om hälso- och sjukvården bedrivs i enlighet med PSL ska myndigheten undersöka om hälso- och sjukvården utför egenkontroll som kontrollerar patientsäkerheten och om den sker systematiskt. Egenkontroll ur ett patientsäkerhetsperspektiv ska vara en integrerad del av det systematiska kvalitetsarbetet och beaktas i alla steg, från identifiering av risker till uppföljning av vidtagna åtgärder (se figur 2).

IVO använder både främjande och kontrollerande metoder i sin tillsyn. Den aktuella metoden är utformad för att vara främjande. Den ska stödja verksamheterna att själva utveckla sin egenkontroll och på så sätt bidra till ökad patientsäkerhet. Metoden har som utgångspunkt att flera verksamheter ska kunna ingå i tillsynen samtidigt för att på så sätt åstadkomma ett utbyte av erfarenheter och ömsesidigt lärande. Genom att nå flera verksamheter på samma gång blir metoden också mer resurseffektiv än om IVO hade granskat en verksamhet åt gången. Metoden är framtagen för att passa olika typer av hälso- och sjukvårdsverksamheter.

---

<sup>35</sup> SOSFS 2011:9.

<sup>36</sup> Förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg.



**Figur 1,** Egenkontroll utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv

### **Metodbeskrivning**

Tillsynsmetoden som tagits fram består av ett antal steg (se figur 3).



**Figur 2,** Beskrivning av metodens olika steg

#### **Webbinarium**

Tillsynen inleds med ett webbsänt seminarium, ett så kallat webinarium, där IVO klargör syftet med tillsynen för de deltagande verksamheterna. IVO beskriver vad egenkontroll ur ett patientsäkerhetsperspektiv innebär och ger lärande exempel från tidigare tillsyner. Webbinariet spelas in så det går att ta del av vid ett annat tillfälle. Verksamheterna har därmed möjlighet att titta på det upprepade gånger.

#### **Självgranskning**

Efter att verksamheterna tagit del av webinariet ska de granska den egenkontroll som de utfört året innan. Till sin hjälp har de övergripande frågor som IVO skickat i förväg. Granskningen sammanställs skriftligen och IVO granskar och bedömer sedan underlaget.

### ***Inspektion i dialogform***

Samtliga verksamheter som omfattas av IVO:s tillsyn träffas fysiskt vid ett gemensamt dialogmöte. Då får de möjlighet att berätta om den egenkontroll de bedriver men får även ta del av det egenkontrollsarbete som utförs av övriga verksamheter. Inspektörerna från IVO förbereder dialogmötet utifrån egenkontrollens övergripande steg (se figur 1) och resultatet av självgranskningen.

### ***Beslut och återföring***

Utifrån resultatet av självgranskningen och vad som framkommit vid dialogmötet gör IVO en slutgiltig bedömning och skriver ett beslut som kommuniceras med respektive vårdgivare. Om det visar sig finnas stora brister kan IVO gå vidare i sin granskning genom att öppna ett nytt tillsynsärende eller på annat sätt följa upp tillsynen.

### ***Utvärdering***

IVO genomför slutligen en utvärdering av metoden för att se om den bidragit till lärande och utveckling i verksamheterna. Resultatet av utvärderingen använder IVO sig av i sitt fortsatta utvecklingsarbete.

## Bilaga 2 – Så här har vi gått tillväga

---

Denna rapport baseras på en nationell tillsyn av samverkan mellan slutenvård, primärvård, rehabilitering och hälso- och sjukvård i ordinärt boende. Tillsynen granskade även hur vårdverksamheterna bedrev egenkontroll. Då projektet var av en nationell karaktär var samtliga av IVO:s tillsynsavdelningar delaktiga i arbetet. Med andra ord medverkade avdelning syd i Malmö, sydöst i Jönköping, sydväst i Göteborg, öst i Stockholm, mitt i Örebro, och nord i Umeå.

Inspektionerna genomfördes som dialogmöten. Till dessa möten var 3-4 verksamheter kallade. Varje avdelning genomförde två dialogmöten. Sammantaget var 38 verksamheter föremål för tillsyn.

### ***Hur valdes verksamheterna ut?***

Enligt förordning (2013:176) med instruktion för Inspektionen för vård och omsorg ska tillsynen planeras och genomföras med utgångspunkt i egna riskanalyser om inte annat följer av lag, förordning eller särskilt beslut från regeringen. Detta för att säkerställa att den egeninitierade tillsynen inriktas mot de verksamheter som är mest angelägna att granska. På så sätt används tillsynens resurser så effektivt som möjligt och bidrar till en bättre och säkrare vård och omsorg.

Arbetet med att välja verksamheter för tillsyn utgick från kommuner. Först skulle en kommun identifieras. Därefter valdes en vårdcentral och en slutenvårdsavdelning ut. De senare verksamheterna skulle i vården av multisjuka äldre samverka med den valda kommunen. Då vi hade tillgång till få indikatorer som specifikt handlade om samverkan utgick vi istället från ett antal variabler som fokuserade på äldre och deras bedömningar av vård och omsorg. I arbetet med att först identifiera och välja kommuner använde vi till att börja med i huvudsak information från plattformen Kolada (Kommun- och landstingsdatabasen).<sup>37</sup> De indikatorer vi utgick från var:

- ⦿ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - helhetssyn, andel (%)
- ⦿ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - hälsotillstånd och rörelseförmåga, andel (%)
- ⦿ Personer 75+ år med hemtjänst med olämpliga läkemedel, andel (%)
- ⦿ Personer 75+ år med hemtjänst med tio eller fler läkemedel, andel (%)
- ⦿ Brukarbedömning hemtjänst äldreomsorg - sjuksköterska vid behov, andel (%) (-2015)

Efter att utifrån de här indikatorerna gjort en primär riskobjektanalys per regional avdelning trädde ett första urval av kommuner fram som riskobjekt efter genomgång och sortering. Sedan genomförde varje region fortsatta analyser för att identifiera

---

<sup>37</sup> [https://www.kolada.se/?\\_p=index](https://www.kolada.se/?_p=index)

slutgiltiga kommuner för tillsyn. I den fortsatta analysen utgick vi främst från myndighetens egna uppgifter. Analysen kollade bland annat på:

- ⊗ Klagomål till IVO
- ⊗ Kritikbeslut
- ⊗ Lex Maria
- ⊗ Samtal till upplysningstjänst
- ⊗ Klagomål till patientnämnderna

Efter att kommunerna valts ut identifierades samverkanspartners i form av en slutenvårdsavdelning och en vårdcentral. Såväl slutgiltigt val av kommun som val av vårdcentral och slutenvårdsavdelning utgick från variablerna i den andra punktlistan ovan.