

Kartläggning av samverkan mellan kommun och primärvård i Stockholms län vid insatser för äldre personer med psykisk ohälsa

Anders Nordlund
Eva Lindqvist
September 2018

Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
tel. 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se
webbplats: www.nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på www.nestorfou.se

Citera oss gärna, men ange källan.

Nestor FoU-center 2018

ISSN 1652-4608
ISBN 978-91-85347-28-5
Nestor FoU-centers Skriftserie nr 03/18

Förord

Stockholms fyra FoU-enheter som arbetar inom äldreområdet har gemensamt tagit på sig ett uppdrag från Uppdrag psykisk hälsa i Stockholms län, att analysera det stöd som personer över 65 år kan ta del av inom länet vid psykisk ohälsa, utifrån fyra frågeställningar. Nestor FoU-centers del i arbetet har varit att kartlägga hur samverkan mellan kommun och landsting ser ut i länet för målgruppen och resultatet presenteras i denna rapport.

Ett av Nestors huvuduppdrag är att arbeta för god samverkan mellan kommun och landsting i frågor som rör äldre personer. Samverkan är en viktig förutsättning för att kunna ge god vård och omsorg för äldre som lider av psykisk ohälsa. Det är sedan länge känt att samverkan är svår att få till och i den här kartläggningen har Nestor undersökt hur olika faktorer, som anses nödvändiga för god samverkan, fungerar i Stockholms län i dag. Det har gjorts genom en enkät till representanter i kommuner och primärvård.

Kartläggningen pekar på bristande kunskap om den andra samverkande aktörens uppdrag och att det i allt för låg grad finns gemensamma dokumenterade processer för samverkan. Positivt är att det finns befintliga mötesplatser för kommun och primärvård. Vi ser här en möjlighet att använda mötesplatserna till att lära sig mer om varandras uppdrag och att gemensamt arbeta fram processer för samverkan, som innefattar att man planerar, utför och utvärderar insatser tillsammans med den berörda personen.

Nestor har arbetat mycket med området psykisk ohälsa under åren. Till exempel tog Nestor för sex år sedan fram en webbutbildning, ”Våga fråga - Våga se” (reviderad 2017), om psykisk ohälsa hos äldre som riktar sig till medarbetare inom omsorg och vård. Vi har också utbildningar om psykisk ohälsa för olika professioner i våra ägarkommuner, som skräddarsys efter behov. Med denna kartläggning som ett underlag av flera, hoppas vi tillsammans med Uppdrag psykisk hälsa i Stockholms län, chefer och medarbetare i kommun och landsting och Stockholms FoU-miljöer, kunna fortsätta arbetet för en god psykisk hälsa för äldre personer i länet.

Eva Lindqvist

FoU-chef
Nestor FoU-center

Innehåll

Förord	3
Inledning	5
Bakgrund	5
Samverkan – behov och utmaningar	5
Lagar, föreskrifter och principer i hälso- och sjukvård och omsorg som påverkar samverkan.....	6
Stockholms regionala samverkansöverenskommelse	8
Patient/Brukarmedverkan – för en högre kvalitet	9
Studiens frågeställningar	9
Metod	10
Resultat	10
Beskrivning av respondenterna	10
Riskerar äldre personer med psykisk ohälsa drabbas av bristande samverkan?.....	11
Planeras, utförs och följs insatser upp utifrån den enskildes erfarenheter och önskemål?	12
Har de inblandade aktörerna kunskap om varandras uppdrag?	13
Tas ett övergripande ansvar för samverkan avseende vård och omsorg för målgruppen?	14
Är samverkansfrågorna förankrade i organisationers ledningssystem?	16
Sammanfattande slutord	18
Referenser	20

Inledning

Den gemensamma styrgruppen för Uppdrag psykisk hälsa i Stockholms län, beslutade i oktober 2017 att en fördjupad analys av hur kommun och landsting arbetar för personer över 65 år med psykisk ohälsa skulle genomföras under 2018. De fyra FoU-verksamheter inom länet som har inriktning på äldrefrågor (65+) fick i uppdrag att gemensamt utföra analysen, som bestod av fyra övergripande frågeställningar. Den här rapporten tar upp en av frågeställningarna, hur samverkan ser ut i dag mellan kommun och landsting för personer med psykisk ohälsa. De andra frågeställningarna besvaras i rapporter skrivna av de tre andra FoU-verksamheterna. Frågeställningarna är: Vilka stödinsatser ges för äldre med psykisk ohälsa samt vilka förebyggande stödinsatser ges till gruppen med risk för psykisk ohälsa? Hur ser förutsättningarna ut hos medarbetare (i hemtjänst, socialtjänst och primärvård) för att upptäcka signaler om, och att initiera åtgärd vid, psykisk ohälsa? Hur ser erfarenheter ut hos representanter för patient-, brukar- och anhörigorganisationer av det stöd som ges från kommuner och landsting till personer över 65 år med psykisk ohälsa? För att få en övergripande bild av uppdrag, bakgrund, resultat och slutsatser hänvisar vi till huvudrapporten, ”Analys av stöd till personer över 65 år som har eller riskerar psykisk ohälsa inom Stockholms län - om primärvårdens och kommunernas samverkan och stödinsatser, deras förutsättningar att upptäcka psykisk ohälsa samt hur personer med psykisk ohälsa ser på dessas insatser”.

Bakgrund

Syftet med denna rapport är att kartlägga hur samverkan fungerar mellan kommun och landsting i Stockholms län när det gäller hälso- och sjukvård och omsorg för personer över 65 år med psykisk ohälsa. Psykisk ohälsa är ett samlingsbegrepp som i ”Uppdrag psykisk hälsa” beskrivs rymma ”allt psykiskt illamående från lindriga psykiska tillstånd som lättare ångest och nedstämdhet till allvarliga tillstånd...”. Äldre personer med psykisk problematik har ofta en komplex problemsituation. För att ge rätt hjälp och stöd från hälso- och sjukvård och omsorg är en välfungerande samverkan mycket viktig. Kända problem vid samverkan mellan huvudmännen är att många upplever vården som fragmenterad, där ingen aktör tar ansvar för helheten, vilket ökar riskerna för onödiga sjukhusinläggningar och risker för personens hälsa (SOU 2016:2). Bristande samverkan kan medföra onödigt lidande, försämrad livskvalitet och oro hos den enskilda personen och anhöriga (Johansson & Thorslund, 2014).

Samverkan – behov och utmaningar

Vid mer komplexa situationer har det påtalats att en enskild aktör sällan har mandat eller resurser att själv lösa en persons problem (SOU 2016:2). I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting¹ om psykisk hälsa framhålls att ”Vid komplex problematik behövs samtidiga och samordnade insatser från flera huvudmän och i vissa fall integrerade verksamheter för att kunna möta personens behov. Samverkan inom och mellan olika verksamheter och huvudmän är en fortsatt stor utmaning..” (s 7-8). Syftet med samverkan mellan kommun och

¹ Insatser inom psykisk hälsa-området. 2018. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

primärvård i Stockholm² är att ”personer med psykisk sjukdom eller funktionsnedsättning ska ges möjlighet till återhämtning och delaktighet i samhällslivet på samma villkor som andra. Vård och insatser ska bidra till att individen behåller och/eller förbättrar sin hälsa samt sina funktioner inom livsområden som boende, arbete och mellanmännsliga relationer” och detta kräver, som tidigare nämnts att personer får samordnade insatser från kommun och landstingets verksamheter. Samordnad vård och omsorg kan beskrivas som ” .. när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur [patientens/brukarens] perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare” Vårdanalys, 2016, s 13). Samverkan leder dock inte nödvändigtvis till en sådan samordning (ibid).

Samverkan kan beskrivas som att verka eller uträtta något gemensamt och kan enligt Anell och Mattisson (2009) genomföras på tre nivåer: Intersektoriell samverkan, interorganisatorisk samverkan och interprofessionell samverkan. Ofta lyfts både strukturella förhållanden och kulturella företeelser fram som de stora utmaningarna vid samverkan (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013). De strukturella hindren kan vara att man har olika lagar och förordningar, ekonomiska restriktioner eller politiska direktiv att förhålla sig till. När kulturella företeelser upplevs hindra samverkan mellan olika organisationer kan det handla om skillnader i utbildningsbakgrund eller i professionella och organisatoriska kulturer. Dessa skillnader kan bidra till skilda språkbruk, attityder eller värderingar . De kulturella hindren blir ofta de mest avgörande och kan leda till revirtänkande, bristande kommunikation och minskat förtroende mellan de parter som ska samverka (Axelsson & Bihari Axelsson, 2013).

En förutsättning för att kunna samverka är att de olika aktörerna har god kännedom om varandras uppdrag. Det handlar om kunskap om den andra aktörens kompetens och hur olika utförares kompetens och uppdrag kompletterar varandra (Axelsson & Bahari Axelsson, 2013). Faktorer som kan underlätta samverkan är bland annat gemensamma mötesplatser där samverkan kan äga rum (Åhlfeldt, 2018) och att systemövergripande policyer, lagar och riktlinjer ger förutsättningar för samordning. Förekomsten av en patient- och brukarcentrerad organisationskultur med en gemensam vision av en samordnad vård och omsorg kan också ha betydelse för samverkan. För att uppnå detta är det viktigt med ett ledarskap där den enskilde sätts i centrum för verksamheten och dess utveckling (Vårdanalys, 2016; Åhlfeldt, 2018).

Lagar, föreskrifter och principer i hälso- och sjukvård och omsorg som påverkar samverkan

I Sverige görs åtskillnad mellan hälso- och sjukvård å ena sidan och omsorg å den andra. Hälso- och sjukvård regleras i första hand av hälso- och sjukvårdslagen och omsorg främst av socialtjänstlagen. För äldre människor med psykiska besvär som kräver medicinsk behandling ligger ansvaret i första hand hos primärvården, som vid behov remitterar till specialistpsykiatri. Primärvården är basen för en långsiktig behandling enligt principen om ”Lägsta effektiva

² Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning. Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och kommuner i Stockholms län. 2012

omhändertagandenivå” (SOU 2016:2) – långsiktig samverkan sker främst mellan vårdcentraler inom primärvården och andra utförare, exempelvis kommunal omsorg.

Individens rätt till omsorg bedöms av kommuner utifrån socialtjänstlagen, och omsorg utförs av kommunala organisationer eller privata företag som har avtal med kommunen. Socialtjänstlagen specificerar inte vilka insatser som en individ kan få, men det handlar ofta om hjälp och stöd från hemtjänst. Hälso- och sjukvård respektive omsorg omfattar alltså insatser som utgår från olika lagar och utförs av olika organisationer. För att insatserna för personer som behöver både hälso- och sjukvård och omsorg ska hålla hög kvalitet och sträva åt samma håll krävs det intersektoriell, interorganisatorisk och interprofessionell samverkan mellan dessa två aktörer.

Ett verktyg för samverkan är Samordnad Individuell Plan (SIP). I både socialtjänstlagen och i hälso- och sjukvårdslagen finns sedan 2010 en bestämmelse om när kommun och landsting ska ta initiativ till att upprätta en SIP: ”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde”. En SIP omfattar identifiering av behov, förberedelser, planering, genomförande och uppföljning och ett SIP-dokument ska ge en samlad beskrivning av alla pågående och planerade vård- och omsorgsinsatser för en person (SKL 2016). Det är svårt att ta fram statistik över hur mycket SIP används, men det har konstaterats att i åldersgruppen över 65 år har det gått trögt att införa denna lagstiftning. Hinder som har lyfts fram är brist på kunskap om SIP, brist på tid, att inte de viktigaste aktörerna deltar i vårdplaneringen, men även ålderism (Socialutskottet, 2017).

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) framhålls att de som bedriver socialtjänst eller är vårdgivare ska identifiera de processer där samverkan behövs för att säkra kvalitet respektive förebygga vårdskador. I dessa processer och rutiner ska det framgå hur samverkan ska bedrivas och här ska det även säkerställas att samverkan med andra aktörer möjliggörs. I Stockholms län har en kompletterande överenskommelse tagits fram mellan landstinget och Storsthlm, "Rutin för sammanställning av avvikelser i överenskommelsen om samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning" (2015). I rutinen beskrivs avvikelshantering utöver det som föreskrivs i SOSFS 2011:9.

Stockholms regionala samverkansöverenskommelse

I överenskommelsen ”Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning” från 2012, beskrivs hur regional samverkan i Stockholms län ska ske mellan hälso- och sjukvård och omsorg om personer med psykisk ohälsa. Målet med överenskommelsen är att den enskilde får vård och insatser som är samordnade mellan kommunens och landstingets verksamheter. Kommun och landsting har ett gemensamt ansvar för att rutiner och arbetssätt är koordinerade. (Se informationsruta nedan.)

Enligt den regionala samverkansöverenskommelsen ”*Samverkan kring vuxna med psykisk sjukdom/funktionsnedsättning*” (2012), har båda huvudmännen ansvar för att:

- tidigt uppmärksamma psykisk sjukdom och psykisk funktionsnedsättning,
- involvera de huvudmän och verksamheter som behövs för att individen ska få adekvat vård och stöd och samordna dessa,
- ta initiativ till att upprätta en samordnad individuell plan (SIP) då den enskilde har behov av vård och insatser från flera verksamheter och om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda,
- erbjuda vård och insatser för att uppnå ökat självbestämmande, delaktighet och inflytande för den enskilde,
- ge rehabiliterande insatser för att den enskilde ska nå stabilitet i sitt boende, sina behandlingskontakter och i sitt arbete/sysselsättning,
- erbjuda olika former av hjälpmedel,
- erbjuda stöd och insatser till närstående, såväl vuxna som minderåriga.

En förutsättning för god samverkan är enligt överenskommelsen att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen. I vissa fall ger lagar, föreskrifter och riktlinjer tydlig vägledning om ansvarsgränser. Om gränserna inte är tydligt definierade i lagstiftningen ska frågan lösas mellan huvudmännen. God kunskap om de andra parternas uppdrag är också en viktig förutsättning för god samverkan som lyfts fram i överenskommelsen. Det ska även finnas mötesplatser där representanter på olika nivåer från kommun, landsting och andra aktörer kan träffas för att tillsammans diskutera och besluta om gemensamma frågor. Överenskommelsen har kompletterats med: ”Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning” (2015) som omfattar personer som är 65 år och äldre. Här betonas att samverkansområdet befinner sig mellan områdena psykiatri, geriatrik, socialpsykiatri, äldreomsorg och primärvård och de många aktörerna ställer höga krav på samverkan mellan olika verksamheter samt personalens kompetens. (Se informationsruta nedan.)

Tillägget ”*Tilläggsöverenskommelse avseende samverkan kring äldre med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning*” (2015) innebär:

- fortsatt fokus på samordnad individuell plan (SIP),
- kontinuitet och sammanhållande insatser även för dem som har fyllt 65 år,
- att huvudmännen åtar sig att erbjuda samordningsresurser som vid behov koordinerar vård och stöd för personer med psykisk sjukdom och funktionsnedsättning,
- stöd till anhöriga och närstående,
- patient- och brukarutbildning.

Patient/Brukarmedverkan – för en högre kvalitet

Att patienter ska få möjlighet att bli mer delaktiga i sin vård och omsorg har lyfts allt oftare. Även i överenskommelsen mellan SLL och kommunerna poängteras att insatserna ska planeras och utvärderas tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde och/eller dennes närstående eller företrädare har. Båda parter ska enligt överenskommelsen ansvara för att erbjuda vård och insatser för att uppnå ökat självbestämmande, delaktighet och inflytande för den enskilde. I utredningen om effektiv vård (SOU2016:2) framhålls att det bör vara vägledande att hälso- och sjukvården utgår från vad som ökar nyttan för patienten och att se patienten som medskapare i vården. I samma utredning beskrivs att patientens deltagande i planering och genomförande ofta underutnyttjas och att hälso- och sjukvården inte möter individuella behov och önskemål i tillräckligt hög grad. Ett mer patientcentrerat förhållningssätt medför enligt utredningen exempelvis förbättrad livskvalitet och minskade kostnader.

Inom socialtjänsten finns en liknande beskrivning, till exempel att multisjuka äldre och deras anhöriga inte har fått tillräcklig möjlighet att definiera behov och påverka utformningen av omsorg. Också här finner man att de äldres potential underutnyttjas, trots kännedom om att ett större patient- och brukarinflytande och delaktighet leder till lägre vårdbehov (SKL, 2012). Dessa generella erfarenheter bör gälla även för äldre med psykisk ohälsa, bl a för att de ofta ingår i gruppen multisjuka äldre.

Studiens frågeställningar

Utifrån de lagar och överenskommelser som reglerar samverkan mellan hälso- och sjukvård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa har fem frågeställningar formulerats. Dessa bedöms fånga viktiga aspekter av samverkan för målgruppen. En till fyra frågor är kopplade till varje frågeställning.

- Riskerar äldre personer med psykisk ohälsa att bli utan den hjälp han eller hon behöver, på grund av bristande samverkan mellan primärvård och hemtjänst?
- Planeras, utförs och utvärderas insatser för äldre personer med psykisk ohälsa tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde har?
- Hur stor är de inblandade aktörernas kunskap om varandras uppdrag?
- I vilken mån finns en tydlig ansvarsfördelning och struktur för samverkan avseende vård och omsorg för målgruppen?
- I vilken mån finns processer och rutiner för samverkan med andra utförare beskrivna i den egna organisationens ledningssystem (SOSFS 2011:9)?

Metod

I den här studien kartläggs samverkan mellan primärvård och hemtjänst eftersom lagstiftningen föreskriver att det framför allt är där samverkan ska påbörjas och den långsiktiga samverkan ska ske. Tyngdpunkten i rapporten ligger därför på interorganisatorisk samverkan d v s samverkan mellan olika organisationer.

Frågeställningarna har formulerats utifrån uppdraget, författningar och den regionala överenskommelsen. För att besvara frågeställningarna har tretton frågor med flervalsalternativ tagits fram. Begränsningen till tretton frågor skedde för att inte riskera bortfall p g a tidsbrist hos respondenterna. Frågorna lades i en webbenkät tillsammans med frågor för en annan delstudie som behandlade stödinsatser för äldre som har psykisk ohälsa eller riskerar att få psykisk ohälsa. Sammantaget innehöll enkäten 19 frågor till vårdcentralerna och 20 frågor till kommunerna och i föreliggande studie var samtliga tretton frågor lika för båda grupperna. Detta gemensamma utskick syftade till att förenkla för målgruppen att svara på frågor från två delstudier samtidigt.

Enkätens mottagare var förvaltningschef i samtliga kommuner, avdelningschefer i samtliga stadsdelar och verksamhetschefer för samtliga vårdcentraler i länet. De rekommenderades att vid behov skicka enkäten vidare till den person inom organisationen som bäst ansågs kunna besvara enkäten. Två påminnelser gick ut till samtliga mottagare. Respondenterna representerar tillsammans samtliga delar i länet, både inom gruppen kommun och gruppen vårdcentraler. Resultatet kommer dock inte att visas utifrån denna uppdelning eftersom materialet är alltför litet. I stället presenteras resultatet uppdelat efter kommuner/stadsdelar respektive vårdcentral. Detta möjliggör jämförelse mellan utförare med olika huvudmän. När det gäller de kommunala utförarna presenteras materialet utan att särskilja om svaren kommer från en kommun i länet eller en stadsdel i Stockholms stad. För att försäkra anonymitet går det inte att härleda vilka organisationer som har svarat på frågorna och då heller inte att jämföra enskilda samverkande organisationer med varandra.

Resultat

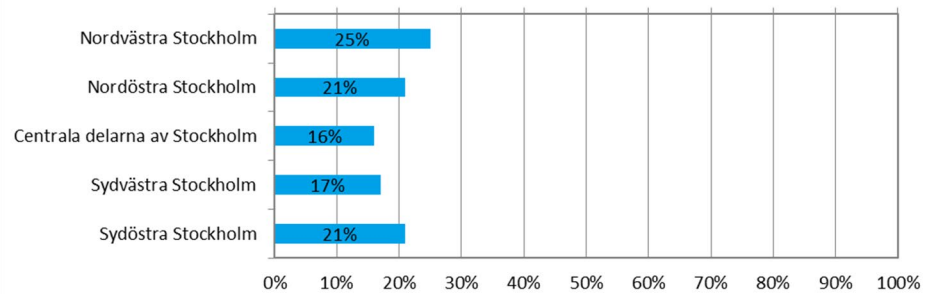
Resultatet rapporteras i tabellform och i en sammanfattande text utifrån varje frågeställning. De viktigaste fynden sammanfattas slutligen i korthet. Resultaten från denna kartläggning kommer att analyseras tillsammans med övriga delrapporter som ingår i uppdraget. I första stycket beskrivs respondenterna. I resultatet kommer begreppet primärvård användas för vårdcentraler och husläkarmottagningar.

Beskrivning av respondenterna

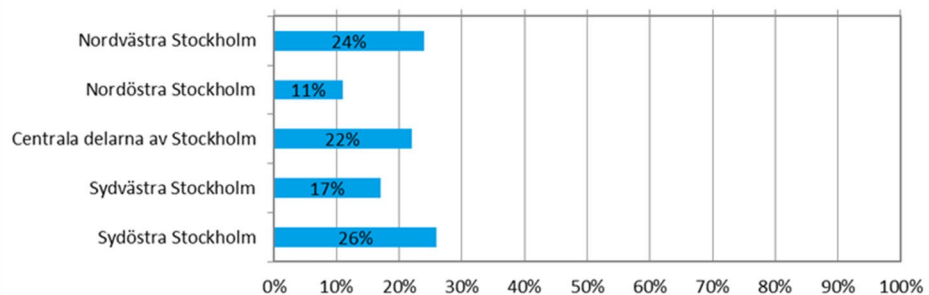
Samtliga delar av länet är representerade i studien och svarsfrekvensen ligger på 22/39 (dvs 56 %) av kommunerna/stadsdelarna och 54/220 (dvs 25 %) av vårdcentralerna (Se figur 1, nästa sida).

Figur 1: Verksamheternas geografiska placering

Kommuner och stadsdelar som besvarat enkäten ligger geografiskt i följande områden:



Primärvårds-aktörer som besvarat enkäten ligger geografiskt i följande områden:

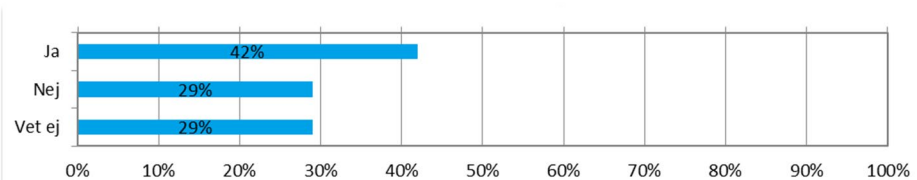


Riskerar äldre personer med psykisk ohälsa drabbas av bristande samverkan?

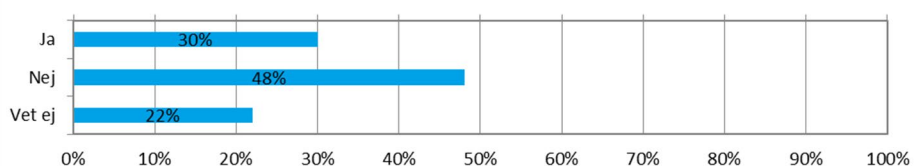
Svaren på fråga 1 visar att respondenter från båda grupper har kommit i kontakt med äldre med psykisk ohälsa som blivit utan den vård eller omsorg som personen behövt, p g a bristande samverkan (Kommun: 42%, Primärvård 30 %). Det är en extra tydlig uppfattning hos kommunrepresentanter, där endast 29 % uppger att de inte har varit i kontakt med en sådan händelse (Primärvård 48%). Det framgår dock inte hur ofta respondenterna har kommit i kontakt med en sådan händelse eller vilken typ av vård eller omsorg som inte har blivit av. En relativt stor andel (Kommun 29%, Primärvård 22 %) vet inte om en sådan situation har inträffat. Utifrån detta resultat kan man anta att det finns en potentiell risk att personer i målgruppen kan komma att bli utan vård eller omsorg p g a bristande samverkan.

Fråga 1: Har du under det senaste året kommit i kontakt med minst en händelse där en äldre person med psykisk ohälsa har – på grund av bristande samverkan mellan primärvård och hemtjänst - blivit utan den vård eller omsorg som personen behövde?

Svar från kommunernas representanter



Svar från primärvårdens representanter



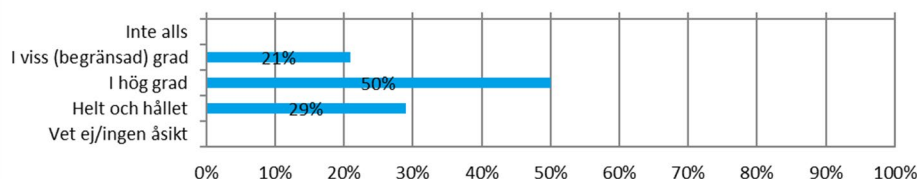
Planeras, utförs och följs insatser upp utifrån den enskildes erfarenheter och önskemål?

Ungefär 80 procent, både inom primärvård och inom kommuner, rapporterar att de i hög grad eller helt och hållet arbetar lyhört utifrån personens behov, vid planering av insatser (fråga 2). Vid utvärdering av insatser med den enskilde (fråga 3) rapporterar kommunerna ungefär samma siffror (84%), men primärvården rapporterar en något lägre grad när det gäller att utvärdera insatserna tillsammans med patienten (59%). Ungefär tre fjärdedelar av respondenterna i båda grupperna uppger att SIP används för målgruppen (fråga 4, sid 12). Vad som däremot inte framkommer är hur ofta SIP används och hur processen genomförs.

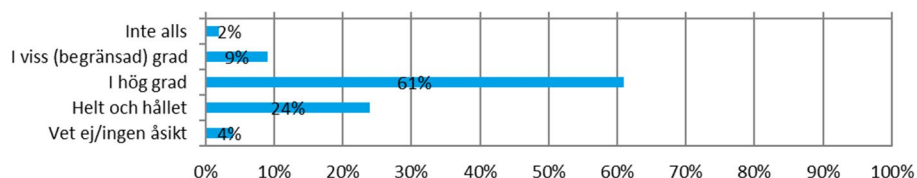
I samverkansöverenskommelsen mellan kommunerna och SLL i länet poängteras vikten att den äldre personen med psykisk ohälsa har inflytande i de insatser som personen erbjuds. Fråga 2 till 4 belyser aspekter för ett personcentrerat arbetssätt och brukarinflytande. I denna kartläggning framkommer dock inte hur brukarinflytandet och det personcentrerade förhållningssättet uppfattas, d v s i vilken grad målgruppen upplever att deras erfarenhet och önskemål höras. Både inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten finns rapporter på brister på brukarinflytande. Tidigare uppgifter har också visat att SIP generellt sett används sällan för äldre personer.

Fråga 2: Planeras era insatser för äldre personer med psykisk ohälsa tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde har?

Svar från
kommunernas
representanter

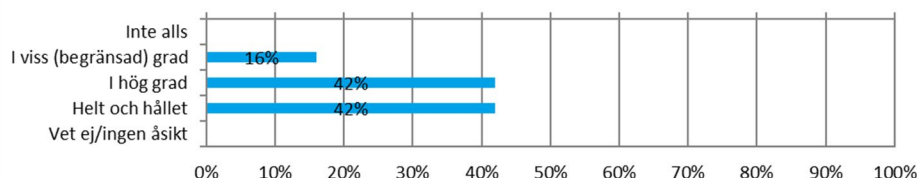


Svar från
primärvårdens
representanter

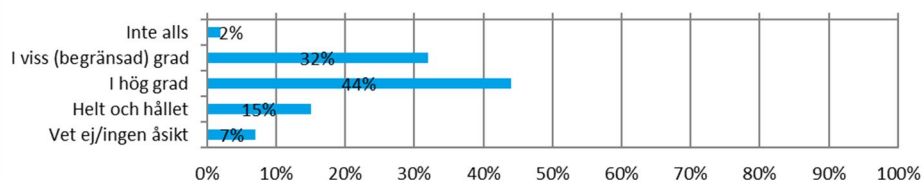


Fråga 3: Utvärderas era insatser för äldre personer med psykisk ohälsa tillsammans med den enskilde och med respekt och lyhördhet för de erfarenheter och önskemål som den enskilde har?

Svar från
kommunernas
representanter

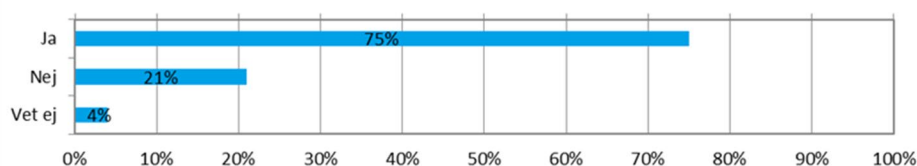


Svar från
primärvårdens
representanter

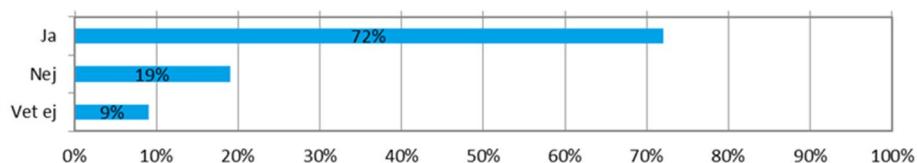


Fråga 4: Används samordnad individuell plan (sip) för att underlätta samverkan mellan olika utförare avseende vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter



Svar från
primärvårdens
representanter



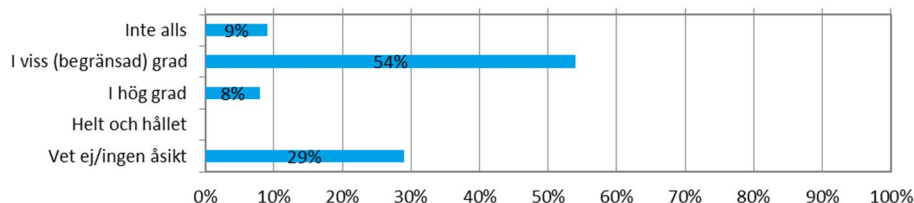
Har de inblandade aktörerna kunskap om varandras uppdrag?

Frågorna 5 och 6 (se sid 13) visar hur aktören (antingen kommun eller primärvård) uppfattar sin egen verksamhets kunskap om den andres uppdrag, respektive hur den andra verksamheten uppfattar aktörens kunskap om samma uppdrag. 62 procent av respondenterna från kommunerna uppger att medarbetare inom kommunen inte har, eller endast i begränsad grad har, kunskap om primärvårdens uppdrag. Endast 21 procent av kommunernas representanter uppger att kommunerna i hög grad har kunskap om primärvårdens uppdrag och 17 procent har svarat att de inte har någon uppfattning, inte vet. Respondenterna i primärvården har en liknande uppfattning om kommunernas kunskapsgrad om primärvårdens uppdrag, men främst framgår det att primärvården inte har någon uppfattning/ inte vet (45%), vilken kunskapsgrad som kommunerna har. Dessa siffror skiljer sig markant från primärvårdens svar om primärvårdens kunskap om kommunens uppdrag, där 48 procent uppger att primärvården i hög grad eller helt och hållet har den kunskapen. 5 procent har svarat att de inte har någon uppfattning/ inte vet. Detta bör jämföras med kommunens uppfattning, där endast 8 procent av respondenterna svarar att primärvården i hög grad innehar god kunskap om kommunens uppdrag.

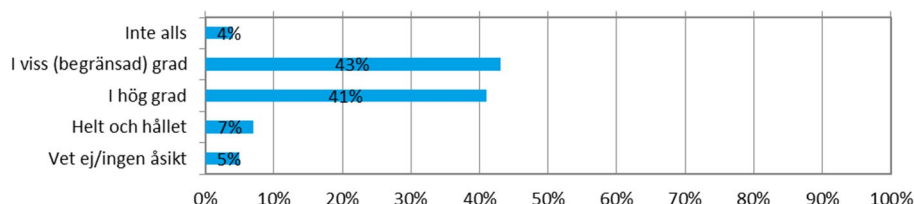
Det är värt att notera att många har rapporterat en begränsad kunskap om den andres uppdrag. Att ha kunskap om samverkanspartners uppdrag är en förutsättning för god samverkan. Ytterligare värt att notera är att primärvårdens uppfattning om graden av sin egen verksamhets kunskap om kommunens uppdrag inte motsvaras av kommunernas svar. Det kan indikera att kunskapen om kommunens uppdrag är lägre hos primärvården än vad som uppfattas av dess respondenter. Det bör också uppmärksammas att närmare hälften av respondenterna inom primärvården inte vet eller inte har någon åsikt om kommunens kunskap om primärvårdens uppdrag.

Fråga 5: Har personal anställd av primärvården god kunskap om kommunens uppdrag avseende omsorg till äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter

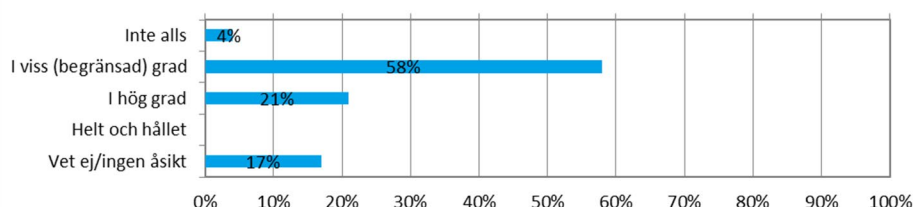


Svar från
primärvårdens
representanter

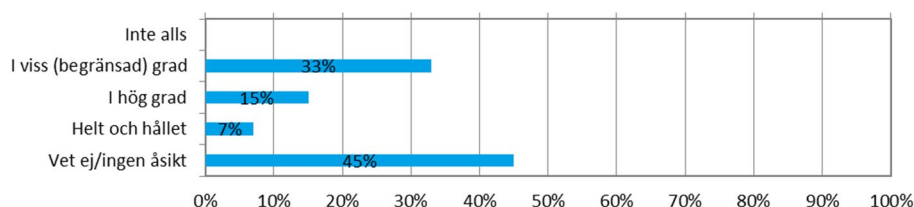


Fråga 6: Har personal anställd av kommunen god kunskap om primärvårdens uppdrag avseende äldres psykiska hälsa?

Svar från
kommunernas
representanter



Svar från
primärvårdens
representanter



Tas ett övergripande ansvar för samverkan avseende vård och omsorg för målgruppen?

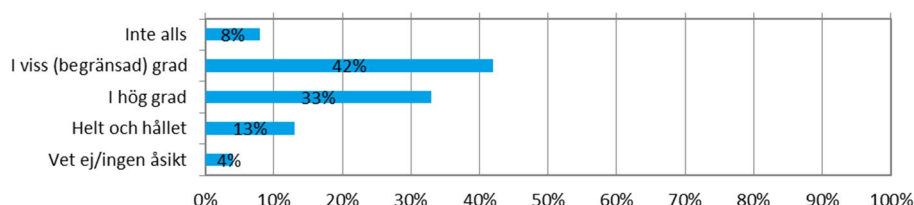
Det finns en relativt god samstämmighet (fråga 7, sid 14) mellan kommunernas och primärvårdens representanter om att det i hög grad, eller helt och hållet, finns en tydlig ansvarsfördelning mellan parterna avseende vård och omsorg för målgruppen (dvs, kommun 46%, primärvård 39 %). Anmärkningsvärt är svaret på frågan om det tas ett gemensamt ansvar för rutiner och arbetssätt av de olika huvudmännen (fråga 8, sid 14). Resultatet visar att 39 procent av primärvårdens representanter har uppfattningen att det görs i hög grad, eller helt och hållet, medan endast 17 procent av kommunens representanter har samma uppfattning. Detta visar en skillnad mellan de olika utförarna som behöver undersökas vidare.

Det finns en hög samstämmighet mellan grupperna när det gäller mötesplatser för att diskutera samverkansfrågor; en knapp majoritet i båda grupperna anser att dessa mötesplatser finns (fråga 9, sid 15). En femtedel av de tillfrågade i båda grupperna känner dock inte till om det finns några mötesplatser. Det som inte framgår i resultatet är vilka typer av frågor som avhandlas, på

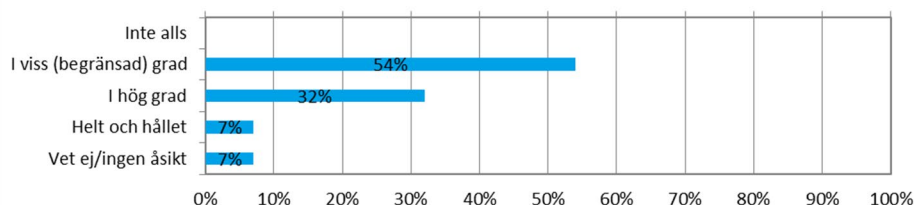
vilken nivå dessa mötesplatser verkar och vad diskussionerna leder till konkret. Med tanke på svaret på fråga 8, att det upplevs finnas brister i hur företrädare för kommun och landsting tar gemensamt ansvar för rutiner och arbetssätt vid samverkan, kan det finnas anledning att närmare undersöka hur dessa mötesplatser kan främja samordnad vård och omsorg för personer i målgruppen.

Fråga 7: Finns det en tydlig ansvarsfördelning mellan huvudmännen avseende vård och omsorg av äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter

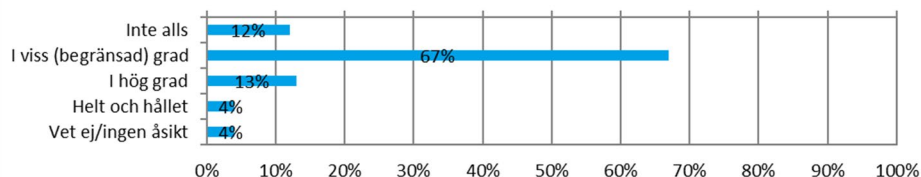


Svar från
primärvårdens
representanter

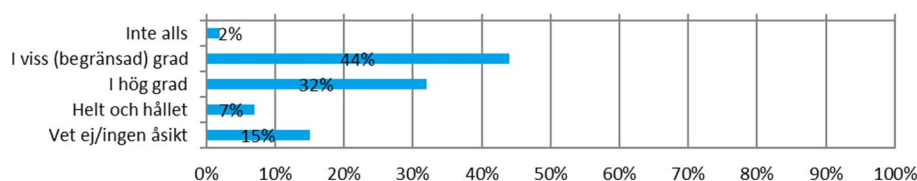


Fråga 8: Tar företrädare för kommun och primärvård ett gemensamt ansvar för att rutiner och arbetssätt samspelar avseende vård och omsorg av äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter

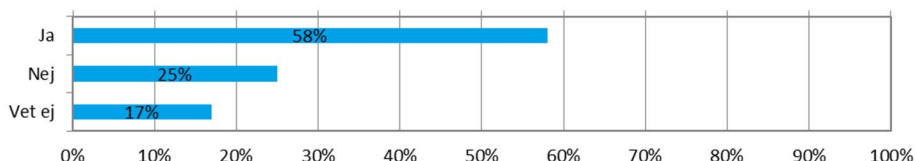


Svar från
primärvårdens
representanter

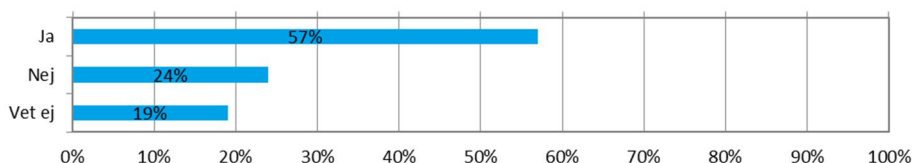


Fråga 9: Finns det mötesplatser där företrädare för kommunen och primärvården kan träffas för att tillsammans diskutera samverkansfrågor avseende vård och omsorg av äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter



Svar från
primärvårdens
representanter

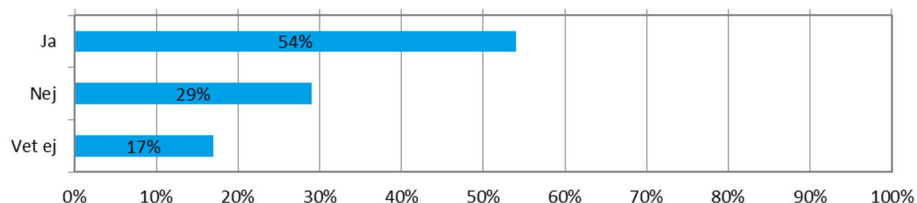


Är samverkansfrågorna förankrade i organisationers ledningssystem?

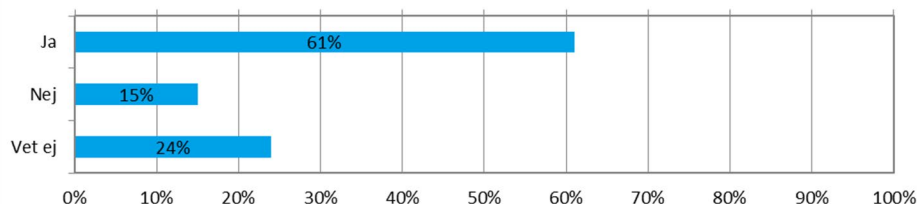
En knapp majoritet av respondenterna, oavsett huvudman (kommun 54%, primärvård 61%), uppger att det finns rutiner för samverkan med andra utförare beskrivna i den egna organisationens ledningssystem (fråga 10, sid 16). Det finns indikationer på att dessa rutiner verkar strikt inom den egna organisationen: En stor majoritet i bägge grupper rapporterar att det finns rutiner som säkerställer att brister i samverkan hanteras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet (fråga 12), men hälften av kommunrepresentanterna och en tredjedel av primärvårdsrepresentanterna anser inte, eller vet inte, att det finns samverkansformer mellan kommun och primärvård för att åtgärda brister inom samverkansarbetet för målgruppen (fråga 11). Detta kan uppfattas gå i linje med fråga 10 där det framgår att runt 40 procent av representanterna från kommun och primärvård rapporterar att det inte finns, eller att man inte känner till att det finns, processer och rutiner för samverkan med andra aktörer beskrivna i organisationens eget ledningssystem. Frågan är om dessa processer finns beskrivna i andra gemensamma dokument eller egna dokument utanför det ålagda ledningssystemet. Att nästan samtliga representanter i båda grupperna rapporterar att de har rutiner i sitt ledningssystem för att hantera brister i samverkan, men endast ca 60 procent uppger att det finns processer och rutiner för samverkan i den egna verksamhetens ledningssystem kan uppfattas som motsägelsefullt då hantering av brister bör ingå i processer för samverkan i ett ledningssystem.

Fråga 10: Finns processer och rutiner för samverkan med andra utförare beskrivna i din organisations ledningssystem (SOSFS 2011:9)?

Svar från
kommunernas
representanter

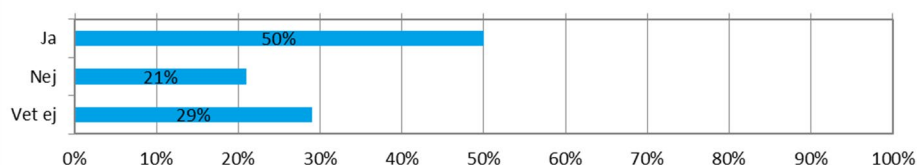


Svar från
primärvårdens
representanter

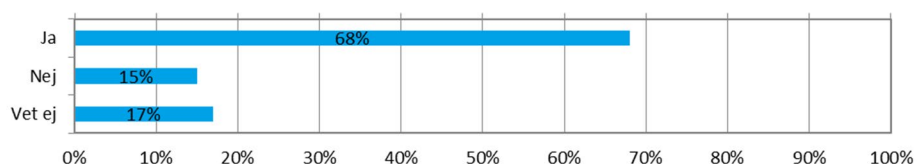


Fråga 11: Finns det samverkansformer mellan kommun och primärvård för hur brister i samverkan (avvikelser) uppmärksammas och åtgärdas avseende vård och omsorg för äldre personer med psykisk ohälsa?

Svar från
kommunernas
representanter

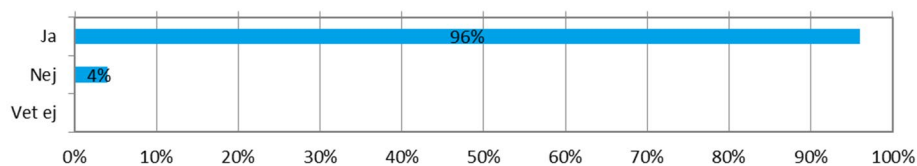


Svar från
primärvårdens
representanter

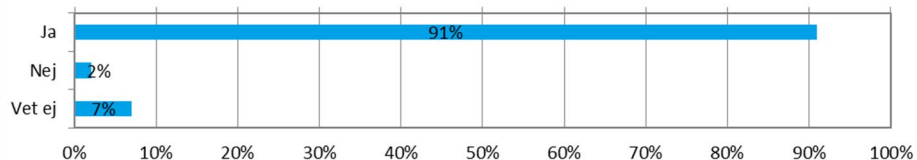


Fråga 12: Finns rutiner i din egen organisations ledningssystem (SOSFS 2011:9) som säkerställer att rapporter, klagomål och synpunkter om brister i samverkan analyseras och hanteras inom ramen för det systematiska kvalitetsarbetet?

Svar från
kommunernas
representanter



Svar från
primärvårdens
representanter



Sammanfattande slutord

Denna kartläggning visar att det finns skäl att öka ansträngningarna för att förbättra samverkan mellan hälso- och sjukvård och omsorg för äldre med psykisk ohälsa. Bland annat rapporteras att det finns risk för att personer i målgruppen blir utan den hjälp de behöver på grund av bristande samverkan. Representanter ur båda grupperna (kommunerna 42%, primärvården 30 %) har sett exempel på detta.

Ur kartläggningen vill vi lyfta fram att det rapporteras om bristande kunskap om den andres uppdrag och att det i allt för låg grad finns gemensamma och dokumenterade processer för samverkan. Det rapporteras om att mötesplatser för kommun och primärvård finns, även om de i viss mån är okända, och vi ser här en möjlighet att använda dessa mötesplatser till att lära sig mer om varandras uppdrag och gemensamt arbeta fram processer för samverkan. Här vill vi betona vikten att forma processer som följer skrivningen i överenskommelsen mellan Stockholms läns landsting och kommunerna, att man planerar, utför och utvärderar insatser tillsammans med den enskilde utifrån dennes erfarenheter och önskemål. Nedan diskuteras resultatet lite närmare.

Ansvarsfördelning och kunskapen om den andres uppdrag: I stort kan sägas att det både hos kommun och primärvård finns begränsad kunskap om den andres uppdrag, vilket har visat sig försvåra samverkan (Axelsson & Bahari Axelsson, 2013). Att notera är dock att respondenterna inom primärvårdens uppfattar att de har god kunskap om kommunens uppdrag, vilket i hög grad står i motsats till uppfattningen hos kommunernas respondenter. Vad denna skillnad betyder kan vara viktig att undersöka vidare. Både respondenter i kommun och primärvård anser att det i hög grad, eller helt och hållet, finns en tydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och kommuner avseende vård och omsorg för målgruppen. Att se en tydlig ansvarsfördelning, samtidigt som man inte anser sig ha tillräcklig kunskap om den andres uppdrag kan ses som motsägelsefullt. Detta visar att det finns behov av att öka kunskapen om den andres uppdrag i relation till sitt eget.

Rutiner för samverkan: Ungefär 40 procent av representanterna från kommun och primärvård rapporterar att det inte finns, eller att man inte känner till att det finns, processer och rutiner för samverkan med andra aktörer beskrivna i organisationens eget ledningssystem. Enligt Socialstyrelsen (2011) ska aktörerna säkerställa att samverkan kan möjliggöras. Hälften av kommunrepresentanterna och en tredjedel av primärvårdsrepresentanterna anser inte, eller vet inte, att det finns samverkansformer mellan kommun och primärvård för att åtgärda brister inom samverkan. Detta kan sättas i samband med respondenters åsikter, särskilt respondenter inom kommuner, att företrädare för de olika organisationerna inte tar, eller endast i begränsad grad tar, gemensamt ansvar för att arbetssätten samspelar. Detta visar att ett antal organisationer behöver ta fram gemensamma processer och rutiner för samverkan och ansvarsfördelning för denna målgrupp, som för andra sköra målgrupper.

Mötesplatser för kunskapsutbyte och utvecklingsarbete: Ungefär 60 procent av de tillfrågade uppger att det finns mötesplatser för samtal om samverkan, vilket ses som en viktig förutsättning för samverkan (Åhlfeldt, 2018). Det framgår dock inte i kartläggningen hur dessa mötesplatser bidrar till en fungerande samverkan. Kanske används dessa mötesplatser redan nu till att öka

kunskapen om varandras uppdrag och att ta fram gemensamma processer och rutiner för samverkan för målgruppen. Om inte, borde dessa mötesplatser kunna utvecklas till arenor för den typen av utvecklingsarbete. Att notera är dock att en femtedel av respondenterna i båda grupperna inte känner till om mötesplatser för samverkan finns.

Personcentrerat arbetssätt: I kartläggningen framkom att majoriteten, runt 80 procent både från kommun och primärvård, rapporterar att de planerar och utför insatser tillsammans med den enskilde utifrån dennes erfarenheter och önskemål och i stort sett gäller det även för utvärdering av insatser (kommun 84 %, primärvård 69 %). Att man ska arbeta på detta sätt är fastslaget i överenskommelsen mellan kommuner och landsting och ses också som nödvändigt för att insatser ska göra god nytta hos personen, ge god livskvalitet och också för att minska kostnader (SOU 2016:2). Det är dock viktigt att betona att kartläggningen inte tar upp hur målgruppen uppfattar sin delaktighet och sitt inflytande. Tidigare kunskap har visat att personens potential ofta underutnyttjas vid planering av insatser från hälso- och sjukvård eller socialtjänst (SOU 2016:2; SKL 2012), vilket gör att det kan finnas anledning att undersöka detta vidare. Ett personcentrerat förhållningssätt bör få en framskjuten plats i samverkansarbetet eftersom syftet med att ta fram processer och rutiner för samverkan är att gynna den enskilda personen och öka effekten av insatserna.

Referenser

- Anell, A., Mattison, O. (2009). *Samverkan i kommuner och landsting : en kunskapsöversikt*. Studentlitteratur.
- Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (2014). Samverkan som samhällsfenomen - några centrala frågeställningar. I: Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (Red). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Studentlitteratur. Lund.
- Johansson, L., Thorslund, M. (2014). Samverkan i vården och omsorgen om äldre – en evig fråga. I: Axelsson, R., Bihari Axelsson, S. (Red). *Om samverkan – för utveckling av hälsa och välfärd*. Studentlitteratur. Lund.
- Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Vårdanalys. (2016). 2016: 1. *Samordnad vård och omsorg – En analys av samordningens utmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*
- SKL. (2016). *Samordnad Individuell plan för äldre – när det behövs samordning*
- SKL. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*
- Socialutskottet. (2017). *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. 2017/18:RFR5. Riksdagstryckeriet, Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2011). *SOSFS 2011:9. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*.
- SOU 2016:2. (2016). *Effektiv vård. Slutbetänkande av en nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården*. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- Åhlfeldt, E. (2018). *Mötesplatser för lokal och regional samverkan - En FoU-verksamhet som intermediär i en fragmenterad vård och omsorg om äldre*. I manuskript. Nestor FoU-center.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
tel. 08-777 99 16
adm@nestorfou.se
www.nestorfou.se