

Läkarmedverkan i kommunens särskilda boenden

En uppföljning av samverkansavtalet 2008 mellan kommuner
och landsting i Västernorrlands län.

Författare: Helene Hillborg & Ove Granholm

Rapport: nr 2010:3

ISSN 1653-2414 ISBN 978-91-85613-38-0

Sammanfattning

I samverkansavtalet mellan kommuner och landstinget i Västernorrland angående läkarinsatser inom kommunernas äldreomsorg ingår att följa upp avtalet vartannat år. Det här är den andra uppföljningen sedan 2003 års avtal började gälla. Nuvarande uppföljningen avser det avtal som började träda i kraft den 2008-05-01 (bilaga 1).

Syftet med uppföljningen har varit att få en bild av hur berörda aktörer i kommunernas särskilda boenden och vårdcentralerna upplever att avtalet följs utifrån de områden som avtalet är indelat i. Det har också, där det varit möjligt, varit att jämföra nuvarande resultat med 2006 års uppföljning.

Som metod användes två enkäter riktade till var och en av de ovanstående aktörerna. Utformningen av dessa följde i stort den utformning som 2006 års uppföljning använde sig av, dock med viss revision för att få en mer och tydligare upplevelse av hur framförallt kommunernas boenden såg på samarbetet. 114 boenden/enheter med sammanlagt 120 respondenter och 21 vårdcentraler representerar uppföljningens resultat.

Övervägande del av kommunernas boenden/enheter och samtliga svarande vårdcentraler säger sig både känna till och har tagit del av innehållet i det länsövergripande avtalet. Den generella bilden av hur aktörerna upplevde följsamheten i avtalet varierar inom de olika områden som avtalet är indelat i, där *tillgänglighet*, *omfattning* och *kontinuitet* i genomsnitt ligger något högre än övriga kategorier. En stor variation av resultatet i de olika kommunerna har också noterats på de flesta variabler som undersökts. Av jämförelsen med 2006 års uppföljning framgår att det inte skett någon större förändring inom flera av avtalets områden. En viss förbättring kan dock noteras i kategorin *kännedom om avtalet* samt inom delar av kategorin *Tillgänglighet*.

Innehåll

Sammanfattning	2
Innehåll	3
Inledning	4
Tidigare uppföljning	4
Uppdrag	5
Syfte	5
Metod	6
Enkät	6
Population och bortfall	6
Resultat	8
Kännedom om samverkansavtalet	8
Tillgänglighet	9
Omfattning	14
Kontinuitet	15
Uppföljning av behandlingsinsatser	16
Handledning/fortbildning	20
Patientsäkerhet	22
Jämförelse med 2006 års uppföljning	23
Sammanfattande reflektioner	24
Tillgänglighet.	25
Omfattning	26
Kontinuitet	26
Uppföljning av behandlingsinsatser	27
Handledning/fortbildning	27
Patientsäkerhet	28
Jämförelse med 2006 års uppföljning	28
Bilaga 1	29
Avtal om läkarmedverkan	29
Bilaga 2	35
Boenden/enheter och antal svar fördelade över kommuner	35

Inledning

Sedan ädelavtalet inrättades har Landstinget Västernorrland ansvarat för de läkarinsatser som utförs inom kommunernas särskilda boenden för äldre människor i behov av särskilt stöd. Särskilda boendeformer för service och omvårdnad för äldre är bland annat ålderdomshem, servicehus, gruppboenden och äldreboende/sjukhem. Nuvarande avtal (bilaga 1) är länsövergripande och började gälla den 15 mars 2008. Det innefattar primärvården i Västernorrland samt kommunerna Härnösand, Sollefteå, Kramfors, Sundsvall, Timrå, Örnsköldsvik och Ånge. Utöver det länsövergripande avtalet finns lokala överenskommelser mellan berörda vårdcentraler och kommunernas socialtjänst.

Det övergripande avtalet syftar till god tillgänglighet, att vården skall ges på rätt nivå, att den präglas av delaktighet, kompetens och kontinuitet, samarbete och hög servicenivå samt att läkare medverkar i vården så att vårdbehoven hos målgruppen tillgodoses. Avtalet är nedbrutet till ett antal områden. Dessa områden är: tillgänglighet, kontinuitet, omfattning, informationsöverföring, telefonordination, patientsäkerhet, uppföljning, handledning och kompetensutveckling (bilaga 1). Dessa områden är också utgångspunkten för denna och för tidigare gjord uppföljning av avtalet.

Tidigare uppföljning

Under 2006 gjordes en uppföljning av dåvarande samverkansavtal. Avtalet skrevs 2003 mellan Härnösand - Medelpads Hälso- och sjukvård och kommunerna Ånge, Sundsvall, Timrå och Härnösand. Uppföljningen hade först och främst fokus på kommunens särskilda boenden. Resultaten visade bland annat att 15 procent av de särskilda boendena inte kände till avtalet och att 42 procent av dessa inte hade tagit del av avtalets innehåll, medan de flesta vårdcentraler hade både kännedom om avtalet och vetskap om dess innehåll. De flesta hade lokala överenskommelser men det framkom att de i många fall var muntliga.

Sammanfattningsvis framhöll man från kommunens sida att det fanns brister i kommunikation, tillgänglighet, ansvarsfördelning och rutiner. Kommunikationen mellan kommun och vårdcentral var bristande i relation till information om ersättare när den ordinarie läkaren var frånvarande och flera boenden upplevde att rutiner för provsvarshantering och eftersignering av telefonordinationer inte fungerade tillfredställande samt att läkemedelsgenomgångar i stor utsträckning inte genomfördes.

Uppdrag

Primärvårdens ledning och social/förvaltningscheferna i länet gav under hösten 2009 Primärvårdcentrum, nuvarande Forskning & Utveckling Landstinget Västernorrland och FoU Västernorrland i uppdrag att följa upp hur berörda aktörer upplever att det samverkansavtal som trädde i kraft den 1 maj 2008 angående läkarsamverkan i kommunernas särskilda boenden följs. Avtalet skulle följas upp med en enkätundersökning med fokus på avtalets olika delområden.

Medverkande kommuner var Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Timrå, Sundsvall, Örnsköldsvik och Ånge.

Syfte

Syftet med uppföljningen är att få en bild av hur berörda aktörer i kommunens särskilda boenden och vårdcentraler upplever att avtalet följs utifrån områden som avtalet är indelat i. Syftet är också, där det är möjligt, att jämföra nuvarande resultat med resultaten från 2006 års uppföljning.

Metod

Enkät

Utifrån avtalet konstruerades två enkäter, en som riktades till kommunernas särskilda boenden och en som riktades till berörda vårdcentraler.

Enkäterna följer den tidigare uppföljningens utformning vad gäller frågeområden och har såväl fasta svarsalternativ som möjlighet att under vissa frågor skriva kommentarer. Under konstruktionen av enkäten till kommunernas särskilda boenden fick kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor möjlighet att ge kritik och reflektioner på frågor och frågornas utformning utifrån avtalet. Den tidigare enkäten innehöll en del frågor som besvarade om det ”fanns” rutiner. Det framkom nu önskemål om att vissa frågor skulle vara mer inriktade att besvara om aktörerna utförde dessa rutiner än det var i den tidigare enkäten, vilket har medfört att en del frågor nu har förändrats och några frågor har tillkommit.

Population och bortfall

De enskilda kommunerna har via medicinsk ansvarig sjuksköterska delgivit listor med e-postadresser till ansvarig sjuksköterska/enhetschef på de boenden/enheter de ansett varit berörda av avtalet (bilaga 2). Det fanns en variation i hur många från varje boende/enhet som sedan besvarat enkäten; vissa boenden/enheter har samverkan med fler än en vårdcentral och vissa boenden har flera avdelningar/enheter. Det har medfört att några kommuner har fått ett större antal enkätsvar än population (se tabell 1; bilaga 2). Bortfallet redovisas därför med hänsyn till population, det vill säga antal boenden/enheter som är representerade från medicinskt ansvarig sjuksköterskas listor, och inte utifrån antal svarande sjuksköterskor/enhetschefer. Det totala antalet uppgick till 114 boenden/enheter och 26 vårdcentraler med ett bortfall på 17 respektive 19 procent.

I mitten av januari 2010 skickades en webbenkät ut till samtliga boenden/enheter och vårdcentraler. Tillsammans med enkäten bifogades ett följebrev med information om FoU-enheternas uppdrag och kontaktinformation vid eventuella frågor.

Efter två påminnelsetillfällen med ca två veckors mellanrum hade sammanlagt 120 respondenter från kommunerna och 21 respondenter från vårdcentralerna svarat. Åtta respondenter har valt att besvara vilken kommun de tillhör men inte vilket boende/enhet de arbetar på. Eftersom enkäten besvarats av personal även från jour har vissa frågor

uteslutits av dem (Härnösands kommun). Det innebär att antal svar från Härnösand pendlar mellan 9 och 11 besvarade på de flesta frågor. Härnösand är också den enda kommun som inte har någon vårdcentral representerad i uppföljningen.

Tabell 1: Population och bortfall, fördelade över kommuner

Kommun	Population	Antal boenden/enheter som svarat	Bortfall %	Antal medverkande	Vårdcentraler	Antal Svar	Bortfall %
Härnösand	14	11	21	11	1	0	100
Kramfors	14	10	29	12	3	3	0
Sollefteå	14	11	21	14	2	2	0
Sundsvall	30	30	0	33	10	8	20
Timrå	11	6	46	10	2	2	0
Örnsköldsvik	26	23	12	35	6	4	33
Ånge	7	4	43	5	2	2	0
<i>Totalt</i>	<i>114</i>	<i>95</i>	<i>17 %</i>	<i>120</i>	<i>26</i>	<i>21</i>	<i>19 %</i>

I kommunerna Härnösand (1), Sollefteå (3), Timrå (2), Örnsköldsvik (1) och Ånge (1) har sammanlagt åtta respondenter valt att besvara vilken kommun de tillhör men inte vilket boende/enhet de representerar. För mer detaljerad beskrivning efter kommun, se bilaga 2.

I kommunerna Kramfors, Sundsvall, Timrå, och Örnsköldsvik har i vissa fall flera respondenter svarat per enhet/avdelning än antal enkätutskick på grund av samverkan med flera vårdcentraler eller boenden med flera enheter. Därför är antal enkätsvar fler än den population som fick enkätutskicket. För mer detaljerad beskrivning efter kommun, se bilaga 2.

Resultat

Nedan presenteras resultatet från enkätundersökningen utifrån kategorierna; *Kännedom om samverkansavtal, Tillgänglighet, Omfattning, Kontinuitet, Uppföljning,Handledning/fortbildning* och *Patientsäkerhet*. En sammanställning av resultaten utifrån kommun visas i slutet på varje kategori. I de fall där frågorna och kommentarerna överensstämmer med varandra redovisas även resultat från 2006 års uppföljning. Eftersom populationen har utökats med fler kommuner (Örn-sköldsvik, Kramfors och Sollefteå har tillkommit) och frågorna i vissa fall inte är exakt likadant ställda i nuvarande uppföljning vill vi dock understryka att resultaten bör tolkas med viss försiktighet vid en jämförelse med 2006 års uppföljning.

Kännedom om samverkansavtalet

Övervägande andel (99 %) av de svarande från boenden/enheterna kände till att det fanns ett samverkansavtal angående läkarinsatser inom kommunal äldreomsorg och de flesta som svarat ja på frågan hade också tagit del av det (88 %). Det var en positiv utveckling för kommunernas boenden i jämförelse med 2006 års uppföljning då 85 procent uppgav att de kände till avtalet och drygt hälften av dessa (58 %) hade tagit del av det.

Ungefär en tredjedel (77 %) svarade i nuvarande uppföljning att det fanns en lokal skriftlig överenskommelse mellan deras boende och vårdcentralen och en mindre andel (11 %) uppgav att de inte visste. Övervägande av dem som svarat att de hade en skriftlig lokal överenskommelse uppgav också att de hade tagit del av den (89 %).

Samtliga av de vårdcentraler som svarat uppgav att de både kände till och hade tagit del av samverkansavtalet. De flesta uppgav också att man hade en lokal skriftligt överenskommelse (90 %). De två vårdcentraler som inte hade en skriftlig överenskommelse uppgav att överenskommelsen var muntlig. Även här har en positiv utveckling skett sedan 2006 års uppföljning då flertalet respondenter uppgav att de lokala överenskommelserna var muntliga (67 %).

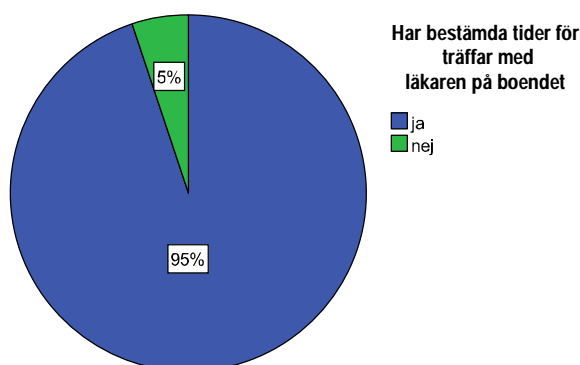
Tabell 2: Sammanställning av andelen boenden/enheter som har svarat ja på frågor rörande *kännedom om samverkansavtalet*.

Kommun	Har känne-	Har tagit del	Har en skriftlig	Har tagit del	Genom-
	dom om sam-	av samver-	lokal överens-	av den skrift-	
	verkansavtalet	kansavtalet	kommelse med	liga lokala	snitt
	Procent	Procent	Procent	Procent	
Härnösand	100	73	70	86	82
Kramfors	100	83	67	87	84
Sollefteå	100	93	93	100	96
Sundsvall	100	94	70	91	89
Timrå	100	90	70	57	79
Örnsköldsvik	97	83	71	100	88
Ånge	100	100	100	100	100
<i>Genomsnitt</i>	<i>99</i>	<i>88</i>	<i>74</i>	<i>92</i>	<i>88</i>
<i>för Länet</i>					
<i>Spridning</i>	<i>97-100</i>	<i>73-100</i>	<i>67-100</i>	<i>57-100</i>	<i>79-100</i>
	<i>(3)</i>	<i>(27)</i>	<i>(33)</i>	<i>(43)</i>	<i>(21)</i>

Tillgänglighet

Rutiner för gemensamma träffar på boendet

De allra flesta boenden/enheter uppgav att de hade bestämda tider för träffar med ansvarig läkare på boendet. De flesta vårdcentralerna (90 %) uppgav även de att de hade rutiner för regelbundna träffar med boendena/enheterna. Sedan 2006 års uppföljning framkommer att det skett en positiv utveckling, men även då uppgav en majoritet (83 %) att det fanns rutiner för regelbundna träffar på boendet/enheten.

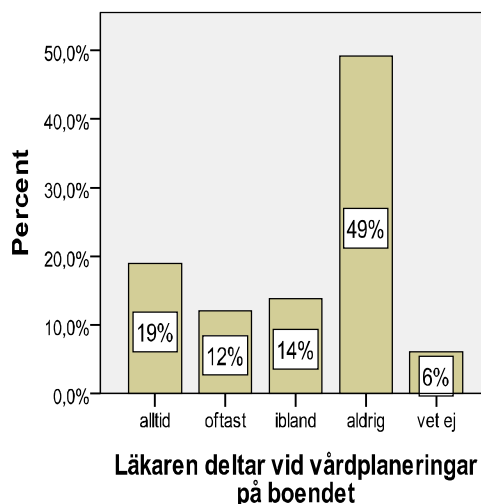


Figur 1: Boende enkäten (n: 117)

Vårdplaneringar

Drygt hälften av boenden/enheterna har uppgivit att läkaren aldrig eller bara ibland (63 %) deltar i de vårdplaneringar som man kommit överens om på boendet/enheten. Det finns dock en variation i resultat mellan de olika kommunerna; Ånge uppger att läkarmedverkan sker i mycket hög utsträckning medan det förekommer i mycket mindre omfattning hos övriga kommuner (tabell 3). Vid en jämförelse med 2006 års uppföljning, var det i nuvarande undersökningsgrupp en något

högre andel av boendena som uppgav att läkaren ibland eller aldrig medverkade. Resultatet var då 60 procent.



Figur 2: Boende enkäten (n: 116)

Från vårdcentralerna uppgav endast tre vårdcentraler (16 %) att de oftast deltar i vårdplaneringen för den enskilde vårdtagaren på boendet/enheten. Vid 2006 års uppföljning var resultaten likartade då endast två vårdcentraler (12 %) uppgav att det oftast förekom.

Sammanlagt var det 24 respondenter från kommunens boenden som gav öppna kommentarer i samband med frågan. Kommentarererna var fördelade över kommunerna Härnösand, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Örnsköldsvik och Ånge. Tretton kommentarer handlade om att läkaren endast var med vid behov vid dessa planeringar. Exempel på kommentarer:

*Jag har inte varit med om att läkare behövs på vårdplaneringar.
Deltar endast vid behov, vilket är sällan.*

Sex kommentarer handlade om avsaknad av rutiner eller att man hade andra rutiner. Exempelvis:

*Vi har inga rutiner vid vårdplaneringar ännu, men är på gång
Inte aktuellt, distriktssköterska åker till vårdcentralen
Vi har samtal innan med läkaren*

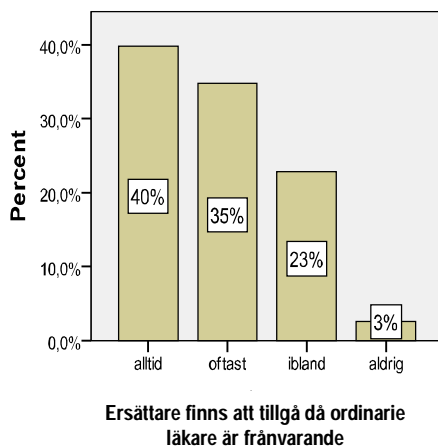
Två kommentarer handlade om bristande engagemang/tidsbrist.

Läkare inte påläst, inte bra i de fall läkaren har varit närvarande

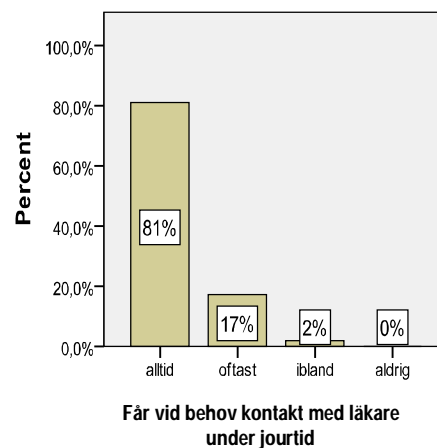
I jämförelse med 2006 års uppföljning är resultaten likartade. Från Vårdcentralernas sida uppgavs det då att läkaren sällan blev kallade till vårdplaneringar och när de var delaktiga skedde det oftast inte vid vårdplaneringstillfällena utan indirekt via sjuksköterskan på boendet/enheten. Från boendets sida ansåg då många att det inte fanns något behov av läkarens delaktighet i den individuella vårdplaneringen.

Ersättare vid frånvaro

En tredjedel av boendena/enheterna uppgav att det alltid eller oftast fanns en ersättare när ordinarie läkare var frånvarande och över hälften (60%) uppgav att vårdcentralen alltid eller oftast meddelade dem när läkaren var frånvarande. Andelen boenden som uppgav att vårdcentralen meddelar om ersättare är något högre i den undersökta gruppen jämfört med 2006 års uppföljning, där cirka hälften (48 %) av boendena uppgav att vårdcentralerna meddelar om ersättare.



Figur 3: Boende enkäten (n:118)



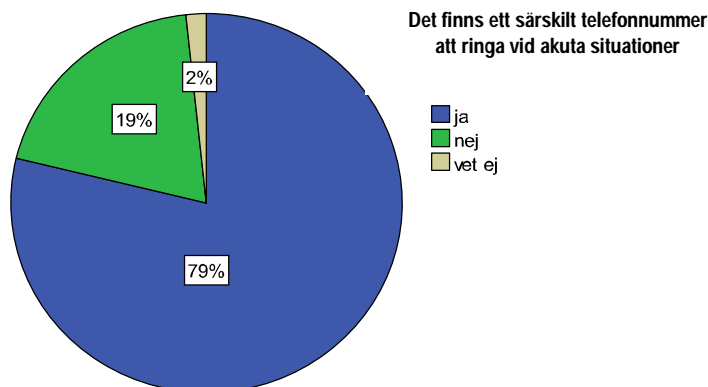
Figur 4: Boende enkäten (n: 111)

Kontakt med läkare under jourtid

I den undersökta gruppen uppgav de allra flesta boenden/enheter (98 %) att de alltid eller oftast kunde få kontakt med en läkare vid behov under jourtid. Vid 2006 års uppföljning var resultaten likartade med ett resultat på 97 procent.

Telefonnummer att ringa vid akuta situationer

Majoriteten av boendena/enheterna uppgav att det fanns möjlighet att ringa till personal på vårdcentralen via ett telefonnummer avskilt från övrig patientverksamhet vid akuta situationer. Det fanns dock en stor variation mellan kommunerna där andelen ja svar i Sollefteå och Timrå var märkbart lägre än för övriga kommuner (se tabell 3).



Figur 5: Boende enkäten (n: 118)

Trettio respondenter delgav kommentarer i samband med frågan. Kommentarererna handlade framförallt om brister trots att ett telefonnummer fanns. Kommentarererna är fördelade över Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå, Örnsköldsvik och Ånge. Bristerna handlade om svårigheter relaterat till kommunikation (4 respondenter).

Exempel var:

Vi har ett telefonnummer till sjuksköterskan på vårdcentralen som förmedlar. Hon pratar med doktorn och det är tur om han ringer upp.

Sjuksköterska blir ibland mellanhand och det är inte bra.

Finns ett nummer till sekreteraren som i nödfall kan lämna en lapp till doktorn.

Andra kommentarer (18 respondenter) handlade om svårigheter att komma fram på det särskilda numret. Exempel på kommentarer var:

Svårt att få tag på doktorn utöver avsatt rondtid.

Finns ett generellt nummer som växeln har, men de har instruerats att sälla samtalen till att gälla "liv och död".

Oftast inget svar på akutnummer till sjuksköterska, stängt mellan 12 och 13.

Övriga kommentarer handlade om rutiner som fungerade (8 respondenter). Exempel på kommentarer var:

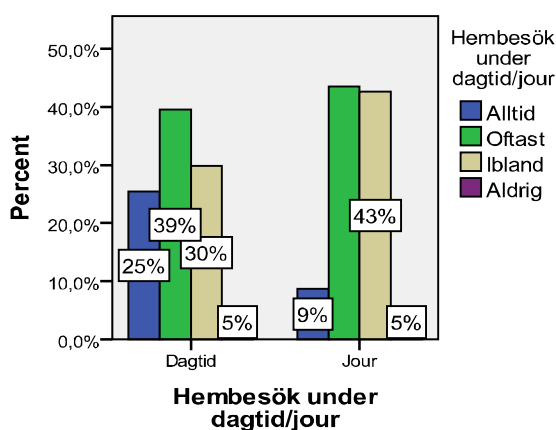
Har inget telefonnummer men kan gå dit direkt och prata med läkare.

Vi ringer PAL direkt, om han inte svarar ringer vi någon annan läkare eller receptionen som meddelar läkaren.

Vid 2006 års uppföljning uppgav 89 procent att det fanns rutiner för hur läkare och sjuksköterska skulle nå varandra vid akuta situationer, vilket är något fler än i nuvarande undersökning. Det framkom då som nu brister som då framförallt handlade om svårigheter att nå ansvarig läkare och att det tar lång tid innan man får respons på sin fråga.

Hembesök

Drygt hälften (64 %) av samtliga boenden/enheter uppgav att de alltid eller oftast genomfördes hembesök av läkaren när sjuksköterskan hade begärt det under dagtid. Under jour var motsvarande siffra något lägre med 52 procent. Det finns skillnader mellan kommunerna; Timrå hade en lägre andel boenden/enheter än övriga kommuner som uppgav att hembesök genomfördes under dagtid och i Ånge uppgav samtliga att läkaren endast ibland eller aldrig genomför hembesök under jourtid (se tabell 3).



Figur 6: Boende enkäten n: 118; 115)

Vid 2006 års uppföljning framkom liknande resultat då 67 procent uppgav att hembesök alltid eller oftast genomfördes under dagtid.

Tio informanter delgav öppna kommentarer i samband med frågan. Dessa handlade om svårigheter att kunna träffa läkaren utöver ordinarie rond. Kommentarererna är fördelade över alla kommuner. Exempel är:

Hembesök sker endast i samband med rond på dagtid, övrig tid skickas vårdtagaren till sjukhus

Hembesök kan göras den dag han är på orten, inga hembesök av jourläkaren, patienten får åka till sjukhus

Akuta jourbesök är mer undantag än regel

Även vid 2006 års uppföljning framkom i kommentarer svårigheter att få läkaren att göra hembesök.

Tabell 3: Sammanställning av andelen boenden/enheter som har svarat ja/alltid oftast på frågor rörande *tillgänglighet*

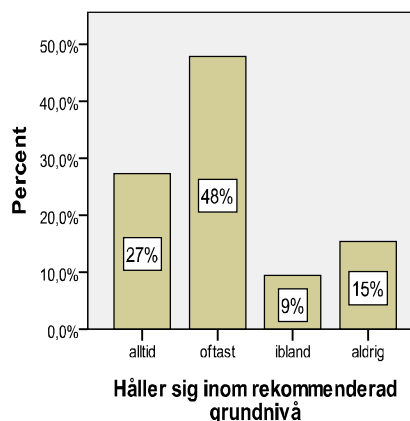
Kommun	Gemensamma tider för träffar på boendet finns	Vårdplaneringar med läkare på boendet utförs	Ersättare vid ordinarie läkares frånvaro finns	VC meddelar vid ordinarie läkares frånvaro	Får vid behov kontakt med läkare under jour	Särskilt telefonnummer att ringa vid akuta situationer finns	Hembesök av läkare under dagtid utförs vid behov	Hembesök av läkare under jour utförs vid behov	Genomsnitt
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Genomsnitt
Härnösand	100	11	89	37	100	100	55	60	69
Kramfors	100	9	83	100	100	75	75	54	75
Sollefteå	100	29	50	50	92	43	64	45	59
Sundsvall	91	31	61	55	97	82	61	55	67
Timrå	90	10	70	20	100	50	40	40	53
Ö-vik	94	40	91	65	100	94	69	60	77
Ånge	100	100	80	100	100	80	80	0	80
<i>Genomsnitt för Länet</i>	95	31	75	65	98	79	64	52	69
<i>Spridning</i>	90-100 (10)	9-100 (91)	50-91 (41)	20-100 (80)	92-100 (8)	50-100 (50)	40-80 (40)	0-60 (60)	53-80 (27)

Omfattning

Enligt avtalet rekommenderas en grundnivå på minst en läkartimme per tolv patienter och vecka. Majoriteten av respondenterna uppgav att de alltid eller oftast upplevde att läkarinsatserna till de särskilda boendena håller sig till den rekommenderade tiden. Det skiljer dock mellan kommunerna.

Tabell 4: Antal/andel boenden/enheter som uppger att läkaren håller läkartiden på boendet inom den rekommenderade grundnivån som avtalats

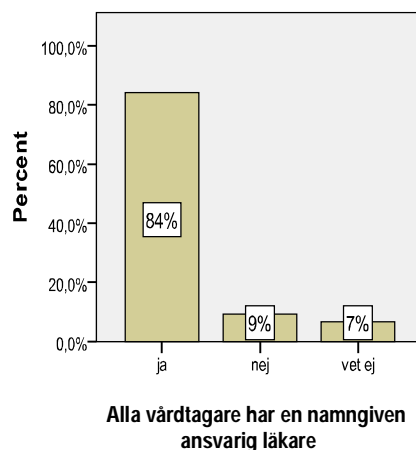
Kommun	Procent Alltid/oftast
Härnösand	78
Kramfors	58
Sollefteå	100
Sundsvall	67
Timrå	50
Örnsköldsvik	86
Ånge	60
Totalt:	75 %



Figur 7: Boende enkäten (n: 118)

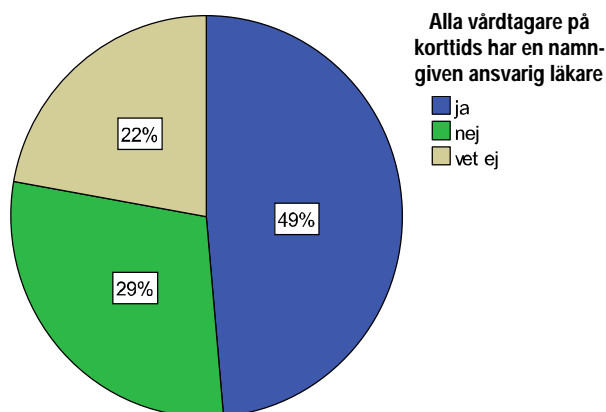
Kontinuitet

De flesta boenden/enheter upp-gav att alla vårdtagare hade en namngiven ansvarig läkare på boendet/enheten. Vid den upp-följning som gjordes 2006 framkom liknande resultat (88 %).



Figur 8: Boende enkäten (n: 120)

I några kommuner är korttidsvård integrerat bland övriga avdelningar och i några kommuner finns särskilda avdelningar för korttidsvård. Här är svarsfrekvensen därför lägre än på övriga frågor. Hälften av de svarande uppgav att de vårdtagare som vistades på korttidsvård hade en namngiven ansvarig läkare.



Figur 9: Boende enkäten (n: 72)

Tjugo kommentarer delgavs angående namngiven ansvarig läkare på korttids boende. Kommentarererna var fördelade över kommunerna Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Örnsköldsvik och Ånge. Sju kommentarer handlade om att det inte alltid fanns en namngiven läkare att tillgå.

Exempel var:

Ibland en egen namngiven läkare, men inte ofta

De flesta har, annars kommer vi överens med husets ansvarige läkare som tar över vid längre korttids vistelser – fungerar bra

Tungarbetat och svårt att göra uppföljningar. Inte säkert för patienten

Fem kommentarer handlade om att vårdtagaren behåller sin ordinarie läkare där de bor. Exempelvis:

Behåller sin läkare från egna vårdcentralen

Beror på vilken vårdcentral de tillhör, det är krångligt med olika läkare från olika vårdcentraler

Tre kommentarer handlade om lokala överenskommelser, exempelvis:

En lokal överenskommelse håller på att utarbetas där alla skall få en namngiven läkare

PAL på boendet har ansvar enligt avtal

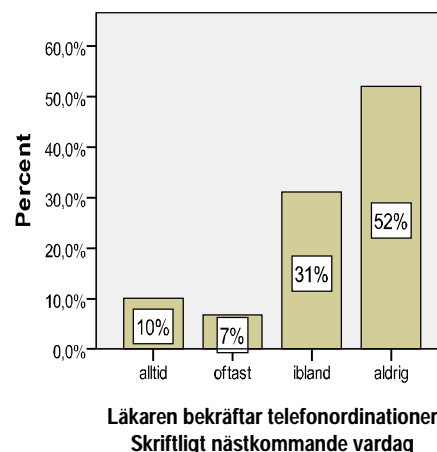
Tabell 5: Sammanställning av andelen boenden/enheter som har svarat Ja på frågor rörande *kontinuitet*.

Kommun	Vårdtagaren på boendet har en namngiven ansvarig läkare	Vårdtagare på korttidsvård har en namngiven ansvarig läkare	Genomsnitt
	Procent	Procent	
Härnösand	91	44	68
Kramfors	75	10	43
Sollefteå	86	83	85
Sundsvall	82	30	56
Timrå	80	75	78
Örnsköldsvik	89	48	69
Ånge	80	50	65
<i>Genomsnitt för Länet</i>	<i>84</i>	<i>49</i>	<i>66</i>
<i>Spridning</i>	<i>75-100</i>	<i>10-83</i>	<i>43-85</i>
	<i>(25)</i>	<i>(73)</i>	<i>(42)</i>

Uppföljning av behandlingsinsatser

Telefonordination

Drygt hälften av alla boenden/enheter uppgav att läkaren aldrig bekräftar telefonordinationer skriftligt nästkommande vardag. Resultaten skiljer sig dock mellan de olika kommunerna där 42 procent i Sundsvall uppgav att läkaren alltid eller

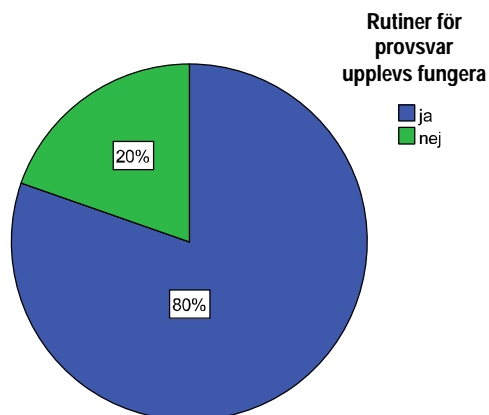


oftast eftersignerar telefonordinationer medan samtliga i Timrå och Ånge uppger att det bara ibland eller aldrig utförs (se tabell 6). Vid den uppföljning som gjordes 2006 var resultatet likartat då 56 procent uppgav att eftersignering av telefonordinationer aldrig utfördes.

Fungerande rutiner för provsvar

De flesta respondenter uppgav att rutinerna för provsvarshantering fungerade på boendet/enheten.

Vid den uppföljning som gjordes 2006 var det en något mindre andel boenden (71 %) som uppgav att det fanns rutiner för provsvarshantering



Figur 11: Boende enkäten (n: 117)

Tjugofem respondenter har givit kommentarer till frågan. Kommentarna handlar framförallt om bristande rutiner och bristande kommunikation mellan vårdcentralen och boendet. Kommentarna är fördelade över kommunerna Härnösand, Kramfors, Sollefteå, Sundsvall, Timrå och Örnsköldsvik.

Exempel var:

Kommer inte ihåg att meddela oss, vi måste påminna

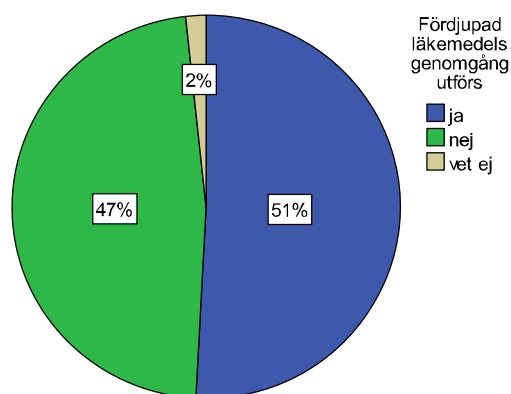
Får aldrig provsvar med automatik, måste själv ta upp frågan vid nästa rond

Får inte svaret trots att extra mottagare är ifylld

På korttids och olika vårdcentraler fungerar det nästan aldrig, vi får ringa och jaga

Läkemedelsgenomgång

Hälften av respondenterna uppgav att de gör en fördjupad läkemedelsgenomgång tillsammans med läkaren och annan expertis/miniQ minst en gång per år med de vårdtagare de kommit överens om. Det är dock påfallande skillnader mellan olika kommuner, där 92 procent i Kram-



Figur 12: Boende enkäten (n: 118)

fors uppger att det utförs medan ingen i Ånge har uppgett detta.

Fyrtio informanter har gett kommentarer till frågan. Kommentarererna handlade framförallt om bristande rutiner, brist på tid och engagemang från läkaren, att arbetsrutiner planerats men ännu inte börjat genomföras samt att kontinuerliga läkemedelsgenomgångar genomfördes men inte med annan expertis/miniQ.

Exempel på bristande rutiner (8 respondenter):

Finns inga rutiner för detta.

Vårdcentralen har bara stafett läkare som byts ut varannan till var fjärde vecka

Oklart vem som ska initiera det

Exempel på brist på tid och engagemang (7 respondenter):

Tiden räcker inte till – så genomgångar skjuts ofta på framtiden

Läkaren är generellt inte intresserad och tycker det är onödigt att blanda in farmaceut

Exempel på att läkemedelsgenomgångar med läkare och annan expertis/miniQ planerats och skall påbörjas (9 respondenter):

Har inte kommit igång ännu men skall börja 2010

Har inte kommit igång regelbundet med miniQ ännu men har jättebra läkare på vårdcentralen

Exempel på att läkemedelsgenomgångar utförs men inte alltid med annan expertis/miniQ (17 respondenter):

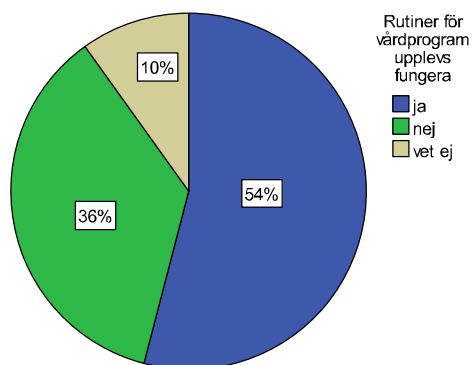
Kontinuerliga genomgångar med läkare och sjuksköterska görs vid medicinförändringar

Gör regelbunden översyn på veckoronder

Görs alltid en gång per år, tittar även kontinuerligt vid ronder

Rutiner för olika vårdprogram

Drygt hälften av boenden/enheterna uppgav att det fanns fungerande rutiner för olika vårdprogram.



Figur 13: Boende enkäten (n: 111)

31 respondenter har skrivit kommentarer till frågan. Kommentarererna är fördelade över samtliga kommuner. Exempel på kommentarer som handlar om att respondenternas tagit del av vårdprogrammen (2 respondenter):

Fungerade under 2009 men befarar att det kommer att bli sämre

Exempel på kommentarer där man inte tagit del av vårdprogrammen (10 respondenter):

Vi får inga vårdprogram. Den lokala överenskommelsen är inte nedskriven

Vet ej deras innehåll

Exempel som handlar om bristande rutiner (12 respondenter):

Finns inga klara rutiner skrivna av vårdcentralen

Behöver brytas ner till lokala rutiner och vi kommer inte åt landstingets interna webb och kommer därför inte åt allt och vet vad som gäller

Exempel på kommentarer som handlar om bristande information (5 respondenter):

Sjuksköterskan är inte informerad om de olika vårdprogrammen

Dålig information om det och otydlighet i vad som gäller

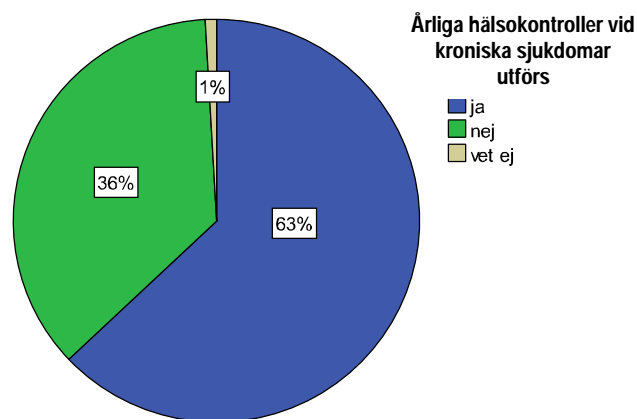
Exempel på kommentarer där man planerar att genomföra rutiner för vårdprogram (2 respondenter):

Vi har inte börjat med det ännu men planerar att starta under 2010 i samband med årshälsokontrollerna.

Årliga hälsokontroller vid kroniska sjukdomstillstånd

Drygt hälften av boenden/enheterna uppgav att det utfördes årliga hälsokontroller av vårdtagare med kroniska sjukdomstillstånd. Det fanns även här en stor variation mellan kommunerna, där Timrå uppger att det utförs i liten utsträckning medan samtliga respondenter i Härnösands kommun uppger att det utförs.

26 respondenter har skrivit kommentarer i samband med frågan. Dessa handlar framförallt om att



Figur 14: Boende enkäten (n: 116)

kontroller görs tillsammans med läkaren vid behov på initiativ av sjuksköterskan på boendet (17 respondenter), att det sker med diabetespatienter (2 respondenter) samt att det inte genomförs på grund av brist på rutiner och tidsbrist och hos läkaren (4 respondenter).

Tabell 6: Sammanställning av andelen boenden/enheter som har svarat ja/alltid oftast på frågor rörande *uppföljning av behandlingsinsatser*.

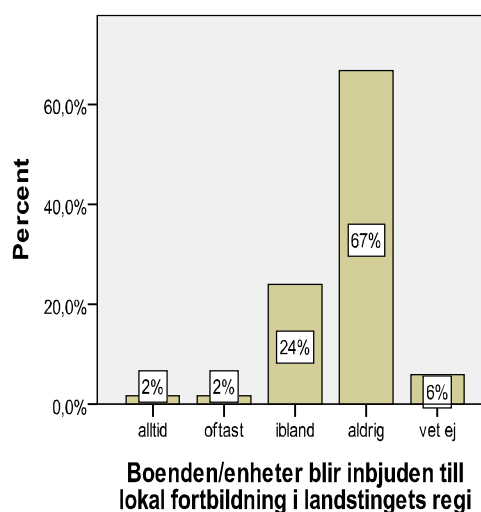
Kommun	Telefonor- dinationer bekräftas skriftligt av läkaren nästkomm- mande vardag	Rutiner för prov- svar upplevs fungera	Läkeme- delsge- nomgång med mi- niQ/annan expertis genomförs	Rutiner för olika vård- program upplevs fungera	Årliga häl- sokontrol- ler vid kroniska sjukdomar genomförs	Genom- snitt
	Procent	Procent	Procent	Procent	Procent	Genom- snitt
Härnösand	9	100	56	67	100	66
Kramfors	8	75	92	82	83	68
Sollefteå	7	71	43	46	86	51
Sundsvall	42	88	51	52	48	56
Timrå	0	60	20	22	22	25
Örnsköldsvik	9	77	54	56	60	51
Ånge	0	100	0	50	80	46
<i>Genomsnitt för Länet</i>	<i>17</i>	<i>80</i>	<i>51</i>	<i>54</i>	<i>63</i>	<i>52</i>
<i>Spridning</i>	<i>0-42</i>	<i>60-100</i>	<i>0-92</i>	<i>22-82</i>	<i>22-100</i>	<i>25-68</i>
	<i>(42)</i>	<i>(40)</i>	<i>(92)</i>	<i>(60)</i>	<i>(78)</i>	<i>(43)</i>

Handledning/fortbildning

Lokal fortbildning i landstingets regi

Drygt hälften av boendena/enheterna uppgav att de aldrig blir inbjudna till fortbildning i landstingets regi, medan en mindre andel (35 %) av vårdcentralerna uppger att man ibland (6 vc) eller ofta (1vc) inbjuder kommunens sjuksköterskor till lokal fortbildning.

Under uppföljningen 2006 var andelen inbjudningar från vårdcentralerna något färre än i nuvarande uppföljning. Då svarade (28 %) av vårdcen-

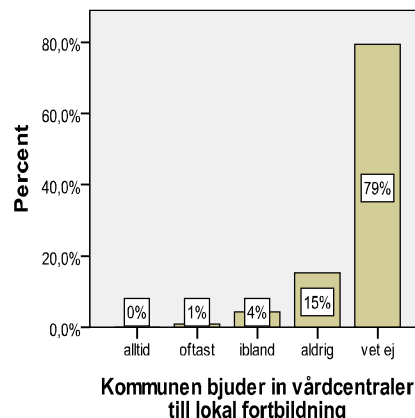


Figur 15: Boende enkäten (n: 117)

tralcheferna att de ibland eller ofta bjuder in kommunala sjuksköterskor till lokal fortbildning. Dessa inbjudningar skedde dock endast i Sundsvalls kommun. Huruvida kommunerna upplevde frågor rörande fortbildning framkom inte i den tidigare uppföljningen.

Lokal fortbildning i Kommunernas regi

Majoriteten av boendena uppger att de inte vet om vårdcentralerna blir inbjudna till lokal fortbildning i kommunens regi, medan nästan hälften (40 %) av vårdcentralerna upp gav att man ibland får inbjudan till utbildning i kommunens regi.

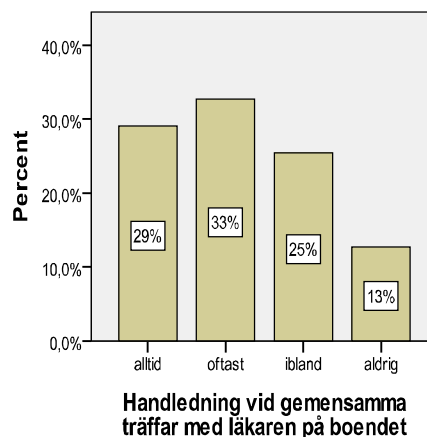


Figur 16: Boende enkäten (n: 117)

Det har skett en positiv utveckling sedan 2006 års uppföljning då endast 28 procent av vårdcentralerna upp gav att kommunerna ibland bjöd in dem till lokal fortbildning. Dessa inbjudningar skedde då endast i Sundsvalls kommun.

Handledning

En majoritet av kommunens boenden/enheter upp gav att de får handledning vid gemensamma träffar som de har tillsammans med läkaren på boendet. I kommentarer till frågan framkom att en respondent som svarat ”aldrig” heller aldrig efterfrågat handledning. I 2006 års uppföljning upp gav 69 procent av boendena att de fick handledning vid dessa träffar.



Figur 17: Boende enkäten (n. 110)

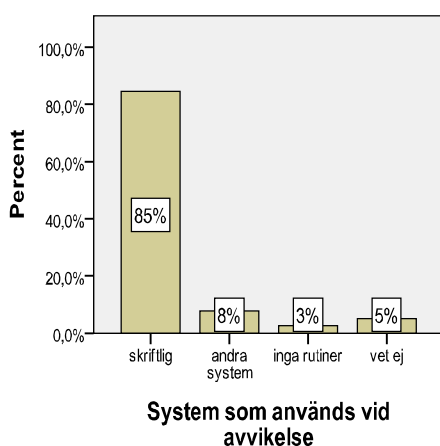
Tabell 7: Sammanställning av andelen boenden/enheter som har svarat alltid/oftast på frågor rörande *lokal fortbildning/handledning*.

Kommun	Boenden/enheter blir inbjuden till lokal fortbildning i landstingets regi	Kommunerna bjuder in vårdcentralerna till lokal fortbildning i kommunens regi	Sjuksköterskan får handledning av läkaren vid gemensamma träffar på boendet	Genomsnitt
	Procent	Procent	Procent	
Härnösand	0	0	89	30
Kramfors	0	0	55	18
Sollefteå	7	0	83	30
Sundsvall	0	3	60	21
Timrå	0	0	30	10
Örnsköldsvik	9	3	56	23
Ånge	0	0	100	33
<i>Genomsnitt för Länet</i>	<i>4</i>	<i>1</i>	<i>62</i>	<i>24</i>
<i>Spridning</i>	<i>0-9</i>	<i>0-3</i>	<i>30-100</i>	<i>10-33</i>
	<i>(9)</i>	<i>(3)</i>	<i>(70)</i>	<i>(23)</i>

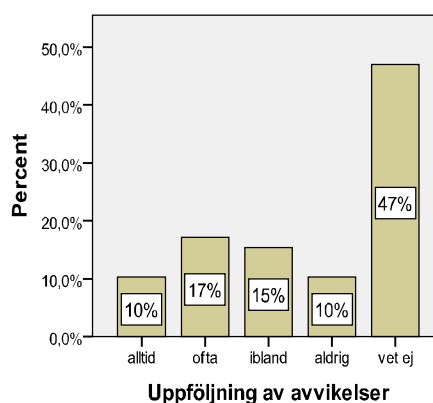
Patientsäkerhet

System för avvikelser

De flesta av boendena/enheterna uppgav att de använde någon form av skriftlig redovisning för hanteringen av avvikelser. Dessa var exempelvis ”avvikelse i vårdkedjan”, ”KPS” och ”Flexite”. Andra system för avvikelser var att gå via sin chef som vidare befordrar eller via telefon direkt till läkaren. Hälften uppgav att de inte visste om avvikelser följdes upp.



Figur 18: Boende enkäten (n:94)



Figur 19: Boende enkäten (n: 118)

Jämförelse med 2006 års uppföljning

Inom följande områden upplevs det nu fungera bättre:

- *Kännedom om avtalet:* Resultatet visade att kännedomen om samverkansavtalet förbättrats betydligt för kommunerna sedan 2006 års uppföljning. Samtliga svarande, både från boenden och vårdcentraler hade nu en god kännedom om samverkansavtalet och dess innehåll. De lokala överenskommelserna uppges dock i vissa fall fortfarande vara muntliga.

Inom följande områden upplevs förbättring/försämring:

- *Tillgänglighet förbättring:* Rutiner med bestämda tider för träffar med läkaren på boendet fungerade i högre grad för samtliga kommuner och vårdcentraler. Majoriteten av kommunens svarande upplevde också att det i högre grad fanns en ersättare när ordinarie läkare var frånvarande. De allra flesta uppgav att de kunde få kontakt med en läkare vid behov under jourtid vilket var något bättre resultat än tidigare uppföljning.
Tillgänglighet försämring: En högre andel av de svarande från kommunerna uppgav att läkaren bara ibland eller aldrig deltar i vårdplaneringar på boendet vid nuvarande uppföljning jämfört med 2006. En lägre andel i nuvarande uppföljning uppgav också att det finns ett särskilt telefonnummer avskilt från ordinarie patientverksamheter att ringa vid behov och kommentarer speglar att det nu som tidigare ibland inte fungerade tillfredställande trots befintligt telefonnummer. En något mindre andel framkommer också i frågan rörande begäran om hembesök under dagtid.
- *Uppföljning av behandlingsinsatser förbättring:* De flesta av kommunens svarande uppger att rutiner för provsvar fungerar tillfredställande. Det har där skett en något positiv utveckling i jämförelse med tidigare uppföljning. Även hälsokontroller uppges genomföras i större utsträckning jämfört med 2006.
Uppföljning av behandlingsinsatser försämring: Drygt hälften av kommunens svarande uppger att eftersignering av telefonordinationer aldrig genomförs. Andelen är något mindre jämfört med den tidigare uppföljningen

Inom följande områden upplevs det fungera sämre:

- *Kontinuitet:* En något mindre andel svarande uppgav att alla vårdtagare har en namngiven ansvarig läkare på boendet.

Slutligen vill vi understryka att det förekom en variation i de olika kommunerna i hur de upplevde att läkaravtalet följdes.

Sammanfattande reflektioner

I denna uppföljning redovisas i första hand hur de särskilda boendena/enheterna har upplevt samarbetet med vårdcentralerna och till en mindre del hur vårdcentralerna uppfattat detta samarbete. Vi har valt detta redovisningssätt eftersom kommunernas boenden/enheter i grunden är beställare av vissa landstingstjänster utifrån det avtal som är skrivet mellan huvudmännen. Resultatet kommer att sammanfattas utifrån områden som avtalet är indelat i. Dessa områden är: kännedom, tillgänglighet, omfattning, kontinuitet, uppföljning, fortbildning/handledning och patientsäkerhet. Eftersom populationen har ökat med fler kommuner sedan 2006 års uppföljning (Örnsköldsvik, Kramfors och Sollefteå har tillkommit) och frågorna i vissa fall inte är exakt likadant ställda i nuvarande uppföljning vill vi poängtera att resultaten bör tolkas med viss försiktighet vid en jämförelse med tidigare uppföljning.

En förutsättning för att kunna diskutera uppfyllelsegraden av ett avtal är att de berörda är medvetna om att det finns och att man tagit del av innehållet. Här har en klar förändring till det positiva skett sedan 2006 års uppföljning. Övervägande del av kommunernas boenden/enheter och samtliga svarande vårdcentraler säger sig både känna till och har tagit del av innehållet i det länsövergripande avtalet. Med detta som grund är det lättare att diskutera enkätresultaten då de svarande bör vara medvetna om de olika områden som avtalet berör och vilka riktlinjer man kommit överens om i avtalet.

Tabell 8: Sammanställning av andel ja/alltid oftast svar från boenden/enheter fördelade utifrån avtalets områdesindelning.

Kommun	Känne- dom om av- talet	Till- gänglig- het	Om- fattning	Kon- tinuitet	Upp- följning	Fort- bildning/ Hand- ledning	Avvi- kelse- hanter- ing	Totalt
Genomsnitt inom frågeområde Spridning i de enskilda frågorna								
Härnösand	82 73-100	69 11-100	78	68 44-91	66 9-100	30 0-89	44	63 30-82 (52)
Kramfors	84 67-100	75 9-100	58	43 10-75	68 8-92	18 0-55	17	60 17-84 (67)
Sollefteå	96 93-100	59 29-100	100	85 83-86	51 7-86	30 7-83	0	62 0-100 (100)
Sundsvall	89 70-100	67 31-97	67	56 30-82	56 42-88	21 0-60	30	55 22-89 (67)
Timrå	79 57-100	53 10-100	50	78 75-80	25 0-60	10 0-30	20	45 20-79 (59)
Örnsköldsvik	88 71-100	77 40-100	86	69 48-89	51 9-77	23 3-56	34	62 25-88 (63)
Ånge	100 100	80 0-100	60	65 50-80	46 0-100	33 0-100	40	59 25-100 (75)
<i>Genomsnitt för Länet</i>	88 79-100 (21)	69 53-80 (27)	75	66 43-85 (49)	52 25-68 (43)	24 0-33 (33)	26	

Tillgänglighet.

Den genomsnittliga andelen Ja-svar; alltid/oftast svar för alla de frågor som ingår i kategorin *tillgänglighet* är för samtliga kommuner 69 procent och varierar mellan 53 procent till 80 procent (tabell 8). Om man tittar på de enskilda frågorna i denna kategori (tabell 3) ligger *läka-rens deltagande i vårdplaneringar på boendet* lägst för samtliga kommuner med ett genomsnittligt värde på 31 procent alltid/oftast svar. I avtalet föreskrivs att *alla berörda aktörer ska delta i vårdplaneringar*. Det framkommer dock både i boende/enhetsenkäten och i vårdcentralsenkäten att det sällan förekommer. En majoritet säger att det bara sker ibland och till och med aldrig. Om man tittar enskilt på frågan framkommer det skillnader mellan de olika kommunerna där samtliga respondenter i Ånge uppger att det alltid eller oftast inträffar

medan boenden/enheter i Härnösand, Kramfors och Timrå uppger att det sker i mindre utsträckning. Noterbart är också att läkarmedverkan vid vårdplaneringarna på boendet har minskat något sedan 2006 års uppföljning.

Viss svårighet framkommer vid begäran om hembesök, speciellt under jourtid där exempelvis Ånge kommun uppger att det bara ibland eller aldrig förekommer. Några kommentarer handlar om att man i några fall får skicka boende/patient till sjukhus istället för att i första hand få ett hembesök.

Övriga frågor under denna kategori har övervägande höga andelar ja/alltid oftast svar. De flesta är överens om att rutiner med bestämda tider för träff med ansvarig läkare på boendet fungerar. Dessa träffar förekommer nu i större utsträckning än de gjorde i 2006 års uppföljning.

En tredjedel av boendena/enheterna säger sig ofta eller alltid få en ersättare vid ordinarie läkares frånvaro. Även här skiljer det mellan kommunerna; 50 procent i Sollefteå och över 90 procent i Örn-sköldsvik (tabell 3). En möjlig orsak kan vara en större läkarbrist i Sollefteå. De allra flesta uppgav att de kunde få kontakt med läkare vid behov under jourtid.

I avtalet framgår att det speciellt i akuta situationer skall finnas rutiner för hur kontakt per telefon skall ske. Avtalet säger att *”telefonnumret ska vara avskilt från övrig patientverksamhetstelefon”*. En majoritet av boendena/enheterna har den möjligheten men Sollefteå och Timrå kommun har betydligt lägre andel ja svar jämfört med övriga kommuner (tabell 3). Det framkommer också utifrån kommentarer brister i möjligheten att komma fram på det angivna numret. Liknande brister framkom under 2006 års uppföljning.

Omfattning

Avtalet föreskriver en grundnivå på läkartid med 1 timma per 12 patienter och vecka. I stort uppfattar de svarande att avtalet uppfylls ur boendena/enheternas perspektiv. Dock föreligger stora skillnader i denna uppfattning på kommunnivå. I Sollefteå uppfattar samtliga att det alltid/oftast infrias medan endast hälften av de svarande i Timrå uppfattar att det följs (tabell 4).

Kontinuitet

Den genomsnittliga andelen ja svar i denna kategori är för samtliga kommuner 66 procent. Ser man till de enskilda frågorna i kategorin

hade vårdtagarna i huvudsak en namngiven ansvarig läkare på boendena/enheterna men de vårdtagare som vistades på korttidsvård hade det i lägre grad. En möjlig förklaring är att dessa vårdtagare har sin ordinarie ansvarig läkare på vårdcentralen där han/hon är listad. Huruvida detta är ett problem framkommer inte, men i några kommentarer framskyntar att det kan bli lite krångligare och lite mer tungarbetat. Några boenden/enheter har löst det genom lokala avtal där PAL även är ansvariga för dessa. Det finns även här en stor spridning mellan kommunerna, framförallt i frågan rörande korttidsvård där andelen ja svar endast är 10 procent i kramfors och hela 83 procent i Sollefteå (tabell 5).

Uppföljning av behandlingsinsatser

Den genomsnittliga andelen ja/alltid oftast svar i denna kategori är för hela länet 52 procent. Timrå är den kommun som här ligger lägre än övriga med ett genomsnitt på 25 procent ja alltid/oftast svar (tabell 8). Tittar man på de enskilda frågorna i kategorin har frågan gällande *läkarens eftersignering av telefonordinationer* lägst andel ja svar med ett genomsnittsvärde på endast 17 procent för hela länet. Det skiljer även i denna fråga mellan kommunerna där samtliga i Timrå och Ånge uppger att eftersignering bara ibland eller aldrig sker medan nästan hälften av Sundsvalls boenden/enheter uppger att det alltid eller oftast sker (tabell 6).

I jämförelse med 2006 års uppföljning uppges fortfarande brister när det gäller bekräftelse av telefonordinationer i skriftlig form, fungerande rutiner för vårdprogram och läkemedelsgenomgångar. Trots satsningar på läkemedelgenomgångar uppger nästan hälften att det fortfarande inte sker som var tänkt, med läkare och med hjälp av MiniQ/annan expertis. En implementering kan inte ses som en enskild händelse utan innebär ofta en längre arbetsprocess där flera orsaker så som exempelvis datateknik eller införande av nya rutiner påverkar arbetet. Det framkommer också i kommentarer att det på flera håll i länet är ett pågående arbete där rutiner för detta håller på att genomföras men ännu inte är klart.

Handledning/fortbildning

Den genomsnittliga andelen ja/alltid oftast svar för hela länet är i denna kategori är 24 procent, där Timrå ligger lägst med 10 procent och Ånge ligger högst med 33 procent ja/alltid oftast svar (tabell 8).

Jämfört med 2006 års uppföljning är det lokala kunskapsutbytet mellan respektive huvudmän fortfarande relativt lågt. Kommunerna och vårdcentralerna uppger att de sällan bjuder in varandra till fortbildning

inom gemensamma kunskapsområden. Här framkommer dock inte om detta är ett problem eller i vilken grad sådana aktiviteter arrangeras centralt. När man tittar på de enskilda frågorna i denna kategori får kommunerna dock i betydligt högre grad handledning vid de gemensamma träffar läkaren och sjuksköterskan har på boendet. Här är det endast ett fåtal (13 %) som uppger att man aldrig erhåller någon handledning.

Patientsäkerhet

System för avvikelshantering finns och i de flesta fall i skriftlig form. De båda huvudmännen använder sig av olika avvikelshanteringssystem. En stor osäkerhet verkar råda avseende hur och om avvikelserna följs upp. Hälften av boendena/enheterna uppgav att de inte visste om avvikelserna följdes upp.

Jämförelse med 2006 års uppföljning

En jämförelse av hur de enskilda kommunerna som deltog vid 2006 års uppföljning upplevt hur läkaravtalet uppfyllts har gjorts där det varit möjligt. Av jämförelsen framgår att det inte skett någon större förändring inom flera av avtalets områden. Störst förbättring kan noteras i kategorin *kännedom om avtalet* samt delar av kategorin *Tillgänglighet* (detta även om man utesluter de kommuner som inte deltog i 2006 års uppföljning). En försämring har noterats inom framförallt kategorin *Tillgänglighet*.

Bilaga 1

Avtal om läkarmedverkan

Samverkansavtal mellan kommuner och landstinget i Västernorrlands län angående läkarinsatser inom kommunernas äldreomsorg.

1. Bakgrund

Landstinget Västernorrland har alltsedan Ädelavtalet ansvaret för läkarinsatserna i kommunala särskilda boenden. Inom länet finns lokala avtal mellan Primärvården och kommunerna. Dessa avtal har också följts upp under 2006.

Från den 1 januari 2007 regleras läkarmedverkan i kommunal vård och omsorg enligt § 26 d HSL, citat:

”Landstingen skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Det samma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.

Landstinget skall med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan.

Om landstinget inte uppfyller sina skyldigheter enligt avtalet att tillhandahålla läkare har kommunen rätt att på egen hand anlita läkare och få ersättning för sina kostnader för det från landstinget”.

2. Avtal

Detta avtal är ett länsövergripande avtal vilket skall följas upp av lokala överenskommelser mellan berörda vårdcentraler och kommunernas socialtjänst.

Avtalet tecknas mellan Primärvården Västernorrland och respektive kommun i Västernorrland och reglerar läkarmedverkan enligt § 26 d HSL avseende specialister i allmänmedicin.

På lokal nivå tecknas överenskommelser mellan vårdcentral och respektive boende vid vilket vårdcentralen har läkaransvaret. Bilaga: ”Lokal överenskommelse om läkarmedverkan”.

3. Gemensamma mål

Att den enskildes behov av adekvat medicinsk vård, trygghet och god tillgänglighet tillgodoses samt att vården ges på rätt nivå.

Att vården och omsorgen präglas av delaktighet, kompetens, kontinuitet, samarbete och hög servicenivå.

Att läkare medverkar i vården på ett sådant sätt att målgruppens ofta högt prioriterade vårdbehov tillgodoses.

4. Samverkan

Samverkan mellan aktörer skall vara en naturlig del i det dagliga arbetet, med vårdtagarens behov i fokus. I vårdplaneringar skall alla berörda aktörer delta. Samverkan mellan huvudmännen skall ske i befintliga samrådsorgan. Vid dessa sammankomster skall de gemensamma riktlinjerna, rutinerna och avtalen följas upp och utvärderas samt revideras vid behov. Vidare skall avvikelser i vården, förändringar i verksamheter och falldiskussioner tas upp i dessa samverkansforum.

5. Definitioner

Hembesök

Besök i vårdtagarens bostad eller där vårdtagaren vistas. Besöket skall ha ägt rum utanför vårdcentral.

Hemsjukvård

”Hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering”. Def. enl. Socialstyrelsen och SKL.

Särskilt boende

Boendeform som kommun, enligt 5 kap 5§ Socialtjänstlagen (SoL) skall inrätta för äldre människor som behöver särskilt stöd. Vid dessa kan omfattande service och vård förekomma dygnet runt. Till särskilda boendeformer för service och omvårdnad hör bl. a ålderdomshem, servicehus, gruppboenden och äldreboende/sjukhem.

Dagverksamhet

Dagverksamhet enligt 3 kap § 6 SoL där insatsen ges med stöd av 4 kap 1 § SoL.

6. Omfattning

Läkartiden skall anpassas till lokala behov tillsammans med berörd vårdcentral. Det är kommunen tillsammans med berörda vårdcentraler som fördelar tiden efter behov i särskilda boenden. Tiden kan variera i ett enskilt boende om behoven förändras. Grundnivån för läkarinsatser

i Västernorrland rekommenderas vara minst 1 läkartimme per 12 patienter/vecka.

I tiden ingår fast läkartid, planerade besök, akuta besök under dagtid vardagar, telefonkonsultationer, uppföljning av medicinska behandlingar samt årlig uppföljning av läkemedelsordinationer. I tiden ingår ej restid. Tiden kan omdisponeras av ansvarig sjuksköterska och läkare tillsammans efter behov. Cirka 75% av tiden ska avsättas till planerade besök i boendet och resterande 25% utgör tid för akuta besök, telefonkonsultationer och dokumentation.

Ansvarig tjänsteman för den lokala överenskommelsen inom kommunen skall kontakta och informera den verksamhetsansvarige på vårdcentral när kommunen anser att landstinget inte uppfyller villkoren om läkarinsatser. Om kommunen avser att anvisa annan läkare skall information om detta lämnas till Primärvårdsdirektören och verksamhetsansvarig vid vårdcentralen minst två veckor innan. Verksamhetschef vid vårdcentral skall på samma sätt snarast informera MAS och chef för boende/hemsjukvårdsområde när man ser att man inte kan uppfylla avtalet.

Parterna skall i första hand försöka lösa frågan med omdisponering av resurser för att tillgodose behovet av kontinuitet för boenden.

I det fall landstinget inte kan uppfylla de villkor om läkarinsatser (i enlighet med 26§ d HSL) som parterna kommit överens om, äger kommunen rätt att anvisa annan läkare vilken därefter skall anställas av landstinget. Landstinget står därmed för den faktiska kostnaden. I den faktiska kostnaden ingår även tidsåtgång för kommunen i samband med rekrytering.

Anvisad läkare ska anställas av landstinget för att kunna utföra det patientadministrativa arbetet som krävs för att patienten ska tillförsäkras en god och säker vård. Den av kommunen anvisade läkaren måste ha åtkomst till landstingets journalsystem, receptförskrivning och patientens medicinlistor.

7. Korttidsvård/-plats

Vid utskrivning från sjukhusvård är det den läkare/vårdcentral där patienten är listad som ansvarar för vårdplaneringen.

För patient som är beviljad korttidsvård enligt 4 kap1§ SoL är det den läkare vilken har ansvar för korttidsplatserna som har det medicinska ansvaret under vårdtiden. När patienten flyttar till annat boende, särskilt boende eller ordinärt boende, återtar ordinarie läkare/vårdcentral det medicinska ansvaret.

Patient skall ej listas om till korttidsplats.

8. Tillgänglighet

Vårdcentralen och ansvarig läkare för boendet skall komma överens med representant för kommunens boende om hur läkararbetet och samarbetet runt patienter skall vara organiserat.

I detta ingår;

- att särskilda boenden har ett system för regelbundna träffar med ansvarig läkare och bestämda tider avsatta för information, samtal och handledning i aktuella patientfall för berörd kommunal hälso- och sjukvårdspersonal.
- att det finns rutiner för hur kontakt per telefon och/eller via e-mail skall ske, speciellt för akuta kontakter. Detta telefonnummer skall vara avskilt från övrig patientverksamhets- telefon.
- att vårdcentralen ansvarar för att ersättare finns när ordinarie läkare är frånvarande.
- att kommunens sjuksköterska rådgöra med familjeläkare eller jourläkare innan patienten skickas till sjukhus, om det inte är uppenbart att det föreligger behov av akut sjukhusvård.
- att sjuksköterska i den kommunala hälso- och sjukvården ska ha möjlighet att begära planerade och akuta hembesök av patientansvarig läkare (PAL) från vårdcentral (VC) för vårdtagare med medicinska behov.
- att en kommunal sjuksköterska i samband med läkarbesök ska vara tillgänglig för att bistå med adekvat information.

Om/när sjuksköterska behöver rådgöra med läkare eller har behov av akuta hembesök till patient under jourtid, ska Primärvårdsjour eller Jourcentral kontaktas.

9. Kontinuitet

Grundprincipen bygger på att alla som bor i särskilt boende skall ha en namngiven ansvarig läkare (PAL).

Kommunens sjuksköterska ska informera den enskilde om boendets utsedda läkare samt meddela berörd vårdcentral när personen flyttar in. Det är viktigt att beakta den enskildes fria vårdval.

När ordinarie läkare ej är i tjänst ska vårdcentralen meddela ansvarig sjuksköterska vem som är ersättare.

10. Informationsöverföring och dokumentation

Informationsöverföring vid in- och utskrivning från slutenvård skall ske enligt fastställda länsövergripande rutiner för utskrivningsklara patienter. Aktuell, väsentlig medicinsk information enligt SOSFS 2005:27 4 kap 3 § skall medfölja vid utskrivning. Informationen skall ange vem som är patientansvarig läkare samt innehålla aktuell vårdplan, enligt ovan.

11. Telefonordination

Ordination av läkemedel per telefon får endast tas emot och noteras i ordinationshandling av legitimerad sjuksköterska. En telefonordination ska bekräftas skriftligt via telefax nästkommande vardag av den som ordinerat läkemedlet. Bekräftelsen görs på blankett fastställd av Läkemedelskommittén 2007 03 09.

12. Patientsäkerhet/ avvikelser

Avvikelse i vård och omsorg som berör huvudmännen skall rapporteras. System för avvikelshantering skall finnas mellan parterna. Avvikelserna följs upp kontinuerligt i samverkansträffar för att förebygga liknande situationer och förbättra vården.

13. Uppföljning av behandlingsinsatser

De medicinska behandlingsinsatserna skall följas upp kontinuerligt. Läkemedelsgenomgångar skall ske en (1) gång/år. Ansvarig sjuksköterska har gemensamt med läkare ansvar för planeringen.

Det skall finnas rutiner för:

- på vilket sätt handlingsprogram/ vårdprogram tillämpas
- på vilket sätt provsvarshantering tillämpas mellan sjuksköterska och vårdcentral
- uppföljning av läkemedelsbehandling, t ex läkemedelsgenomgångar, signering av läkemedelslistor och ordinationer/telefonordinationer.

14.Handledning

I samband med konsultation och vårdplanering skall handledning i form av råd och stöd i enskilda patientärenden ges av ansvarig läkare.

15. Kompetensutveckling

Behov av kompetensutveckling styrs av verksamhetens behov. Huvudmännen bör eftersträva att bjuda in varandras personal på gemensamma utbildningsaktiviteter för att stärka utvecklingen av teamarbete och öka samverkan. Respektive huvudman står för kostnader för sin personal.

16. Uppföljning av avtalet

Landstinget och kommunerna har ansvar för gemensam uppföljning och utvärdering av avtalet. En länsgemensam utvärdering ska genomföras vartannat år. Revidering av avtalet får ske utan att utvärdering har skett, om parterna är överens om detta. Kostnaderna för utvärdering fördelas lika mellan avtalsparterna.

17. Avtalstid

Avtalet gäller från och med 2008-05-01 och tillsvidare. Detta avtal kan sägas upp av var och en av parterna för sig. Uppsägningstiden är tolv (12) månader.

Uppsägningstiden för lokala överenskommelser är sex (6) månader.

18. Tvister

Eventuella framtida tvister mellan parterna angående läkarinsatser i kommunernas vård och omsorg ska lösas i sedan tidigare etablerade samverkansorgan:

i första hand lokal samverkansgrupp på tjänstemanna-/ chefsnivå

(vårdcentralschef och kommunal enhetschef/områdeschef eller motsvarande)

i andra hand övergripande samverkansgrupp(chefläkare primärvården, kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterska samt verksamhetschef, boendechef eller motsvarande)

i tredje hand samrådsgrupp på förvaltningschefsnivå (primärvårdsdirektör, förvaltningschef, socialchef eller motsvarande).

Detta avtal är upprättat i två likalydande exemplar varav parterna tagit var sitt. Avtalet är gällande från och med 2008-03-15.

Bilaga 2

Boenden/enheter och antal svar fördelade över kommuner

I tabellerna 1 till 7 redovisas kommunernas utvalda population samt antal svar fördelade efter respektive kommun. I kommunerna Härnösand, Sollefteå, Timrå, Örnsköldsvik och Ånge finns sammanlagt åtta respondenter som enbart namngivit vilken kommun de tillhör, dock ej vilket boende/enhet de representerar. Dessa är markerade med *.

Tabell 9: Population och antal svar, Härnösand

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal represente- rade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal enkät- svar
Brunnegården	1		1
Härnögråden	1		1
Högsjögården	1		1
Jour	1		1
Jour	1		1
Jour			
Koltrasten	1		1
Källvägen	1		1
Solbrännan	1		1
Södergården			
Ugglan	1		1
Ädelhem			
Ålandsbro Servicehus	1		1
Ålandsgården	1		1
			1*
Totalt: 14	11	21 %	12

* En respondent har uppgett kommuntillhörighet men ej boende/enhet.

Tabell 10: Population och antal svar, Ånge

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal represente- rade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal enkät- svar
Torpsro	1		1
Furubacken	1		1
Utsikten, Gläntan, Idyllen			
Spångbrolund	1		1
Hallstaborg	1		1
Lyktan			
Parkbacken Granen, enen			
			1*
Totalt: 7	4	43 %	5

* En respondent har uppgett kommuntillhörighet men ej boende/enhet.

Tabell 11: Population och antal svar, Kramfors

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal representerade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal enkät- svar
Kaptenen & Kvarnbacken			
Kaptenen	1		1
Kvarnbacken	1		2
Kvarnbacken	1		1
Viktoriagården	1		1
Viktoriagården			
Solsidan	1		1
Ytterlännäsgården	1		1
Ytterlännäsgården			
Nybo	1		1
Sundbrolund	1		1
Sundbrolund	1		1
Sundbrolund			
Sunnebo	1		1
<i>Totalt: 14</i>	<i>10</i>	<i>29 %</i>	<i>11</i>

Tabell 12: Population och antal svar, Sollefteå

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal representerade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal svar
Nipudden	1		1
Nipgården	1		1
Gunillagården	1		1
Lissgården	1		1
Ärebo	1		1
Aspen och Graningebyn	1		1
Syrenen	1		1
Syrenen			
Tallen och Granen	1		1
Lärkan	1		1
Linden och Vallänget	1		1
Solgården			
Solgården			
Rönnen och Skogsglantan	1		1
			3*
<i>Totalt: 14</i>	<i>11</i>	<i>21 %</i>	<i>14</i>

*Tre respondenter har uppgett kommuntillhörighet men ej boende/enhet

Tabell 13: Population och antal svar, Sundsvall

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal representer- ade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal svar
Allegården	1		1
Alnö Servicehus	1		2
Attmarhem	1		1
Matfors servicehus	1		1
Skönsmohuset	1		3
Tomtegränd	1		1
Almedalen	1		1
Alnösol	1		1
Björkbacken	1		1
Bruksgården 1	1		1
Bruksgården 2	1		1
Granbacken	1		1
Granlunda	1		1
Havssundet	1		1
Hellbergsgården	1		1
Knutsgården	1		1
Knutshemmet	1		1
Kristinelund 1-3	1		1
Kristinelund 4-5	1		1
Lindgården Pilen/kastanjen	1		1
Lindgården Boken/Granen	1		1
Lindgården Tallen/Linden	1		1
Ljustagården	1		1
Rutsgården	1		1
Skogsbrynet	1		1
Skottsundsbacken 1-8	1		1
Solgården	1		1
Solhaga	1		1
Tingsta	1		1
Tunastrand & Thulegården	1		1
<i>Totalt: 30</i>	<i>30</i>	<i>100 %</i>	<i>33</i>

Tabell 14: Population och antal svar, Timrå

Population Boende/enhet utifrån delgivna listor	Antal representer- ade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal enkätsvar
Merlogården	1		1
Merlogården	1		1
Hagalids Servicehus	1		2
Hagalids Sjukhem	1		1
Hagalids korttids	1		2
Timrågården			
Tallnäs sjukhem			
Tallnäs sjukhem			
Strandbo	1		1
Strandbo			
Strandbo			
			2*
11	6	46 %	10

*Två respondenter har uppgett kommuntillhörighet men ej boende/enhet

Tabell 15: Population och antal svar, Örnsköldsvik

Population Boende/enhet	Antal representer- ade boen- den/enheter	Bortfall %	Antal svar
Arnäsgården	1		1
Bjästagården	1		1
Bjästagården	1		1
Björkhem	1		1
Björnaborg	1		3
Båtmanstorpet	1		1
Eken	1		1
Husums sjukhem	1		2
Lingbo	1		5
Mogårn	1		1
Myrtengården 3, 4	1		2
Myrtengården 1-2	1		2
Prästbordet	1		1
Rosenborg			
Rönnen	1		1
Rönnen	1		1
Sidensjögården	1		1
Sundhem	1		1
Sörgården	1		3
Söränget servicehus	1		1
Söränget sjukhem	1		1
Valla sjukhem	1		2
Äldrecentrum (2, 3, 5, 6, 7, 8)	1		1
Äldrecentrum			
Äldrecentrum			
Örnsköldsgården	1		1
			*1
Totalt: 26	23	12 %	35

*En respondent har uppgett kommuntillhörighet men ej boende/enhet]

Läkarmedverkan i kommunens särskilda boenden

En uppföljning av samverkansavtalet 2008 mellan kommuner och landsting i Västernorrlands län

I samverkansavtalet mellan kommuner i Västernorrland och landstinget i Västernorrland angående läkarinsatser inom kommunernas äldreomsorg ingår att följa upp detta vartannat år. Föreliggande uppföljning gäller detta avtal. Syftet med uppföljningen har varit att få en bild av hur berörda aktörer i kommunernas särskilda boenden och vårdcentralerna upplever hur avtalet följs utifrån de områden som avtalet är indelat i. Det har också, där det varit möjligt, varit att jämföra nuvarande resultat med 2006 års uppföljning.

Ove Granholm arbetar som FoU-handledare vid Forskning & Utveckling, landstinget Västernorrland.

Helene Hillborg arbetar som FoU-handledare vid FoU Västernorrland]

Forskning & Utveckling Landstinget Västernorrland är en koncernövergripande enhet som bildades 1 januari 2010 genom en sammanslagning av FoU-Centrum, PrimärvårdsCentrum och biblioteksverksamheten i landstinget. Mer information om vår enhet och verksamhet finns på

http://www.lvn.se/templates/DelSiteMain_11764.aspx

FoU-Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp idéer och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. mer information om FoU Västernorrland finns på www.fouvasternorrland.se