

## **Utskrivningsklara patienter**

**En granskning av samverkan mellan Region Skåne och  
nio skånska kommuner**

***Februari 2016***

***Dag Boman  
Lars-Bertil Arvidsson  
Pia Lidwall  
Carin Magnusson  
Mari Månsson***

## Innehåll

<b>1</b>	<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>3</b>
<b>2</b>	<b>GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING .....</b>	<b>7</b>
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG .....	7
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE .....	8
<b>3</b>	<b>UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER .....</b>	<b>8</b>
3.1	MÅLGRUPPEN UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER .....	8
3.2	LAGAR, RIKTLINJER OCH ÖVERENSKOMMELSER .....	9
3.3	REGIONALA OCH KOMMUNALA AKTÖRER.....	11
<b>4</b>	<b>IAKTTAGELSER RÖRANDE GRANSKNINGSFRÅGORNA.....</b>	<b>12</b>
4.1	HANTERING AV UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER .....	12
4.2	SAMVERKAN .....	20
<b>5</b>	<b>ERFARENHETER FRÅN MEDBORGARE.....</b>	<b>25</b>
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA.....</b>	<b>27</b>
6.1	SVAR PÅ ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR.....	27
6.2	SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING .....	29
	<b>BILAGA - INTERVJULISTA.....</b>	<b>32</b>

# 1 Sammanfattning

## *Uppdrag och genomförande*

Revisorerna i Region Skåne har tillsammans med nio skånska kommuner uppdragit åt Capire att göra en granskning av utskrivningsklara patienter och hur Skånes kommuner och Region Skåne idag samverkar kring dessa. De frågor som undersökts i granskningen framgår nedan.

Genomförandet av granskningen har omfattat analys av relevanta dokument, djupintervjuer med företrädare för Region Skåne, nio kommuner och patienter/brukare. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden oktober 2015 – januari 2016.

## *Resultat - Övergripande revisionsfråga*

Utskrivningsförfarandet av patienter från slutenvård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Sedan några år tillbaka finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne om utskrivning av patienter. Därutöver finns ett gemensamt IT-stöd.

Skåne har under 2015 haft något färre dagar inneliggande utskrivningsklara patienter än övriga landet, cirka 3,8 dagar jämfört med riksgenomsnittet på cirka 4,1 dagar.

I granskningen har det framkommit att Region Skåne och kommunerna bedriver ett omfattande samarbete kring utskrivningsklara patienter i linje med de krav som ställs i lag och regler. Utifrån regelverken behandlas patienter lika. I praktiken skiljer sig förutsättningarna åt på sjukhusen, i primärvården och kommunerna, vilket kan leda till olika behandling. Det rör sådant som personalkontinuitet, hur länge patienten får stanna på sjukhuset, hur processen kring samordnad vårdplanering fungerar, tillgången till platser på korttidshem och särskilt boende samt vilka resurser som finns i primärvården.

Vårdplanering är ett av nyckelområdena för en patientcentrerad utskrivningsprocess. Enligt vad som framkommit är resultatet av den vårdplanering som bedrivs i Skåne oftast bra för de enskilda medborgarna. I de kontakter som vi haft med medborgare i granskningen framkommer olika synpunkter, bland annat beroende på förväntningar och erfarenheter, från positiva till negativa.

Övergångarna mellan vårdgivare uppges av kommuner ofta fungera bra på de mindre sjukhusen och när det finns SVPL-team på sjukhusen, men mer skiftande mellan avdelningarna på de större och mer komplexa organisationerna.

I vardagsarbetet förekommer ganska många situationer som leder till frustration och tidskrävande merarbete. Exempel på detta är kallelser som kommer innan patienten är utskrivningsklar, underlag som saknas, kallelser som makuleras sent, läkemedelslistan som inte är uppdaterad eller finns i flera versioner.

Omsättning av personal på sjukhus och i primärvården försvårar ett smidigt samarbete. Ofta saknas medverkan från primärvården. Vi konstaterar att samverkan både finns och inte finns på både högre och lägre nivåer.

Trots dessa omständigheter fungerar samverkan och arbetet kring patienterna i allmänhet bra. Personalen hanterar situationerna så att patienterna inte ska drabbas.

## *Samlad bedömning*

Det finns en tydlighet i avsikt och ambition från aktörerna i att åstadkomma en säker och patientorienterad utskrivningsprocess. Styrdokumentet uppfattas som ett stöd. I ett nationellt perspektiv fungerar arbetet i Skåne relativt väl.

I granskningen har samtidigt framkommit att det i viss omfattning sker avsteg från de överenskomna arbetsformerna bland annat för att alla berörda aktörer från Region Skåne inte aktivt medverkar i vårdplaneringsarbetet, att det finns brister i läkemedelslistor och annan utskrivningsinformation samt att samverkan kring de psykiatriska patienterna försvåras av att arbetet kringgärdas av mycket sekretess och att det ofta saknas tydliga vårdplaner för denna patientgrupp. I praktiken förekommer också skillnader som beror på arbetets förutsättningar, till exempel personalomsättning, vid de samverkande enheterna.

Dessa brister som är allvarliga ur ett patientsäkerhetsperspektiv leder även till onödigt merarbete och ineffektivitet. Vår bedömning är att Region Skåne har anledning att se till att denna fråga ges högre prioritet. Det saknas bland annat lokala fora där parterna på ett strukturerat sätt utvärderar och utvecklar samverkan och samsyn.

### *Resultat specifika frågor*

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

*Fråga 1. Hur ser situationen ut för medborgarna i Skåne vad gäller utskrivningsklara patienter? Behandlas medborgarna lika beroende på var man bor eller var man varit behandlad? En kartläggning ska göras av hur utskrivningsklara patienter behandlas i respektive kommun och på respektive sjukhus.* Region Skåne och kommunerna i länet har överenskommit om ett gemensamt regelverk för utskrivning av patienter som ska tillämpas i hela Skåne. De skånska sjukhusen arbetar enligt samma grundprinciper när en patient har bedömts som utskrivningsklar. Beslutet om när en patient är utskrivningsklar är medicinskt betingat och tas av läkare.

Med stöd av överenskommelser och lokala avtal anses SVPL-processen fungera ganska väl inom psykiatri även om det finns en historia och kultur kopplat till varje kommun gällande samverkansmöjligheter. Kortare vårdtider inom psykiatri ställer högre krav på kompetens bland kommunerna och primärvården.

Nationella uppföljningar indikerar att processen för utskrivningsklara patienter fungerar snabbare i Skåne än i riket i genomsnitt. Den samlade bedömning som görs av intervjuade både i Region Skåne och i kommunerna är att utskrivningsprocessen i allmänhet fungerar bra. Kommunerna är dock mera nöjda med hur de mindre sjukhusen har organiserat sitt utskrivningsarbete, medan de större ådrar sig mer kritik. Flera hinder för en smidig process och ytterst faktorer som medverkar till att utskrivningen kan fungera olika för olika individer har påtalats. Det kan till exempel hänga samman med personalbrist och personalomsättning inom Region Skåne liksom i vilken grad primärvården deltar i vårdplanering. Även kommunernas tillgång till korttidsplatser och rutiner spelar in.

Vår bedömning är att det regelverk som utformats för utskrivningsarbetet inom Region Skåne är ändamålsenligt. För en enhetligare tillämpning bör en tydligare prioritering av utskrivningsarbetet anges från respektive sjukhusförvaltningsledning och även omfatta primärvården. Primärvårdens koordinationsansvar uppfattas av många kommuner som oklar.

*Fråga 2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter?*

I kraft av det existerande regelverket finns det en tydlig rollfördelning mellan aktörerna om vad som förväntas av parterna i samverkan. Flera samverkansorgan existerar på olika nivåer mellan kommunerna och Region Skåne. Flera av dessa anses i praktiken ha en oklar roll och det har framkommit att det framförallt från kommunerna finns en önskan om samverkansorgan med starkare formella möjligheter att hantera oklar problematik som uppstår i det dagliga arbetet. Organisationsförändringen inom Region Skåne – Skånevård 2.0 – innebar förändringar i redan upparbetade samarbeten vilket resulterat i lägre effektivitet i samarbetet kring patienten. En framgångsfaktor är de verksamheter inom sjukhusen och kommunerna som har utsedda personer för samordnad vårdplanering (SVPL). I dessa fall sker samarbetet smidigare.

Vår bedömning är att det bör undersökas om det är möjligt att stärka och tydliggöra de lokala nätverken för samverkan och hantering av gemensamma frågeställningar.

*Fråga 3. Vilka lagar, regler och överenskommelser finns gällande utskrivningsklara patienter och följs dessa?*

Det finns flera lagar liksom riktlinjer från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket som reglerar utskrivning från slutenvård, överlämnande av ansvar och läkemedelshantering. Gällande överenskommelse som baseras på detta nationella regelverk finns mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.

Vår bedömning är att utskrivningsförfarandet av patienter från slutenvård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Lagarna, reglerna och överenskommelserna är väl kända av samverkande aktörer kring utskrivningsklara patienter. Däremot finns olika tolkningar i överenskommelsen mellan Region Skåne

och några av kommunerna som får till följd att handhavandet av utskrivningsklara patienter kan variera inom Skåne.

*Fråga 4. Finns det system som stödjer en tillförlitlig informationsöverföring mellan Region Skåne och kommunerna?*

Det finns ett gemensamt IT-stöd för SVPL - Mina planer, för att underlätta samverkan i utskrivningsprocesserna. I granskningen har det framkommit att systemen i huvudsak fyller sitt ändamål, men att brister i handhavandet och i utskrivningsinformation är ett fortlöpande problem för parterna.

Psykiatrin har stor erfarenhet av samordnad individuell plan (SIP) men i jämförelse med somatiken har psykiatrin inte kommit lika långt med användningen av IT-verktyget Mina planer. Psykiatrin upplever svårigheter att kommunikationen sker till rätt handläggare inom kommunen.

Vår bedömning är att systemen för informationsöverföring är på väg att bli allt mer tillförlitliga, patientsäkra och användarvänliga. Däremot brister det i vissa fall i iakttagandet av de beslutade rutinerna från såväl primärvården som sjukhusen, bland annat i form av signering, vilket förorsakar merarbete för berörd personal.

*Fråga 5. Hur uppfattar aktörerna att samverkan fungerar?*

Vår bedömning är att aktörerna uppfattar att samverkan fungerar väl i en övervägande del av alla utskrivningsprocesser. I de fall samverkan fungerar mindre bra är det ofta fråga om de mest sköra och utsatta patienterna. De brister som existerar förorsakar parterna mycket merarbete. Det finns brister i insikt och förståelse av det gemensamma regelverket.

*Fråga 6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården?*

Vårdplanering sker alltid i formell mening när patienter skrivs ut från sjukhusen men formerna skiftar inom och mellan sjukhus, liksom mellan kommunerna. Förutom de möten som sker på sjukhusets avdelning finns exempel på telefonmöten, distansmöte (tvåpartsmöten) eller möten i hemmet efter patientens hemgång. En tydlig framgångsfaktor för en effektiv vårdplanering är att bägge parter har utsedda personer eller team som svarar för vårdplaneringen. En framgångsfaktor kan även vara att utveckla möjligheterna till att delta via länk och distansmöte för de tre parterna.

Förutom patienten och/eller närstående bör vårdplaneringen inkludera parter från sjukhus, primärvård och kommun. Det har framkommit att primärvården deltar i begränsad omfattning och ofta endast proforma. Även slutenvårdens läkare deltar sällan aktivt vid vårdplanering.

Vår bedömning är att det finns behov av att se över den tillämpning av reglerna för vårdplanering som sker inom Skåne. Ett tydligare och mer enhetligt regelverk behöver implementeras för en bättre och mer patientorienterad utskrivningsprocess.

*Fråga 7. Hur påverkas sjukhusvården av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård?*

Hur sjukhusvården påverkas av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård beror på vilka rutiner som tillämpas och hur samverkan bedrivs mellan sjukhusen och kommunerna. Det finns sjukhus i Skåne som har omfattande problem med vårdplatstillgång och där särskilda korttidsplatser upphandlats utanför sjukhusen för de patienter som inte längre behöver sjukhusens resurser. Patienter som ur sjukhusets perspektiv bedöms som ”klara” tar upp platser på sjukhusen.

Sjukhus- och kommunpersonal har ofta olika förväntningar på korttidsplatser och den kompetens som finns att tillgå. Vår bedömning är att de olika förväntningarna gällande kunskap och resurser leder till brister i tillit aktörerna emellan.

*Fråga 8. Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?*

Enligt vår bedömning skapar den Skånegemensamma överenskommelsen om utskrivningsprocessen en tillräcklig tydlighet om roll- och ansvar. Att så är fallet har bekräftats av intervjupersoner såväl inom Region Skåne som kommunerna.

*Fråga 9. Vilka samverkansformer förekommer och vilka aktörer deltar?*

Samverkan sker på olika nivåer från politisk nivå till den patientnära. Däremellan skiftar formerna på den samverkan som finns. Den allmänna bilden som framkommit i granskningen är att parterna med patientkontakter saknar forum för att diskutera de gemensamma frågorna med personer som har be-

slutsmandat. Det ger utrymme för tolkningar av överenskommelsens regler vilket riskerar föra in en konfliktdimension i det dagliga samarbetet kring patienten.

Vår bedömning är att samverkansformerna behöver förtydligas så att det blir tydligt hur eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå kan hanteras och beslutas gemensamt.

*Fråga 10. Vilka uppföljningar/utvärderingar genomförs av samverkansarbetet och vilka åtgärder genomförs med anledning av resultatet av uppföljningar och utvärderingar?*

Flera för Region Skåne och kommunerna gemensamma utvecklingsprojekt har genomförts under senare år. Dessa omfattar bland annat kvalitetsförbättring, distanskommunikationer och gemensamma team. Det senare sker bland annat i Hälsostaden i Ängelholm. Avvikelsehanteringen fungerar bättre inom respektive huvudman, men sämre för det gemensamma samverkansarbetet.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt system för uppföljning och utvärdering av avvikelser som uppkommer i samverkan mellan parterna. I den sannolikt begränsade grad som avvikelser görs, uppfattas uppföljning och återrapportering ske i liten omfattning. Avsaknaden av ett systematiskt avvikelsearbete är en hämsko för förbättringsarbetet.

*Fråga 11. Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?*

Det sker ingen återkommande uppföljning av parternas kostnader för utskrivningsklara patienter. De i denna granskning berörda kommunerna debiterades under 2014 ca 8 miljoner kronor för de patienter som var kvarliggande efter att kommunernas betalningsansvar inträffat. Detta motsvarar ca 1 800 vård-dygn och har endast en marginell betydelse för den ansträngda vårdplatssituation som råder i Region Skåne för närvarande.

Vår bedömning är att det är en brist att ingen av parterna har gjort analyser av vilka kvalitetsbristkostnaderna är, för de utskrivningar som inte följer fastställda regler och rutiner.

### *Förbättringsområden*

I samband med granskningen har följande förbättringsområden identifierats.

- Ett tydliggörande av ansvaret för utskrivningsprocessen inom sjukhusen och primärvården behövs för att i ökad utsträckning kunna garantera patienterna en likvärdig hälso- och sjukvård.
- Ett tydligare ledningsstöd genom hela linjen i Region Skåne liksom gemensamma utbildningsinsatser för alla tre parter (primärvård, slutenvård, kommuner) så att vårdplanering enligt riktlinjerna behöver säkerställs. Introduktionsinformation om vårdplanering för nyanställd legitimerad personal bör säkerställas.
- Primärvårdens medicinska respektive koordinationsansvar för listade patienter som skrivs ut från sjukhus bör klargöras.
- Bättre logistisk planering vid utskrivning bör åstadkommas så att de fyra dokumenten i SVPL hanteras enligt avsedd ordning - ett fundament för patientsäkerhet. Särskilt fokus bör ägnas läkemedelslistor med skärpta krav på signering.
- Gällande psykiatri bör implementering av IT-stödet *Mina planer* ske i samverkan med kommunerna.
- En tydligare modell för själva vårdplaneringstillfället behövs för att ge vårdplaneringen ökad legitimitet. En strukturerad modell för partsammansatta utbildningar föreslås inom området för att öka förståelsen för det gemensamma åtagandet.
- Ett mer systematiskt arbete med avvikelshantering från Region Skånes och kommunernas sida behövs. Vidareutveckling av enkla och snabba signalsystem bör ske för att uppmärksamma och hantera brister.
- Region Skåne bör göra systematiska analyser av kvalitetsbristkostnader som hänger samman med förekommande brister och fel i utskrivningsprocessen.
- Formerna för patientnära samverkan bör förtydligas så att eventuella osäkerheter och tvister löpande hanteras och beslutas gemensamt mellan Region Skåne och kommunerna.

## 2 Granskningens inriktning och omfattning

### 2.1 Bakgrund och uppdrag

Inom Region Skåne och i många delar av landet råder det vårdplatsbrist. Ur ett patientsäkerhetsperspektiv är det viktigt att denna situation med överbeläggningar och utlokaliseringar utreds. Ett stort problem är att många patienter, ofta äldre, tvingas ligga kvar på sjukhus längre än nödvändigt.

Enligt betalningsansvarslagen (1990:1404) har kommunerna betalningsansvar för patienter vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård och psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård, som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan är upprättad. Betalningsansvaret inträder tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplanering för en patient inom den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården. För en patient inom den psykiatriska vården motsvarar tidsfristen 30 vardagar.

Ansvarsfördelningen mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne regleras, utöver det som framgår av lag, främst av "Överenskommelse som reglerar ansvar och samverkan inom hälso- och sjukvårdsområdet mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne" (2009-12-01).

Granskningen, som ska utgå från patientperspektivet, ska övergripande redovisa och bedöma hur Skånes kommuner och Region Skåne samverkar avseende utskrivningsklara patienter samt redovisa vilka gemensamma insatser som görs och vad resultatet blir av dessa. Granskningen ska vidare visa områden där samarbetet fungerar bra och ger förväntat resultat. Dessutom ska områden där samverkan skulle kunna förbättras, eller inte förekommer, redovisas liksom de eventuella skillnader som finns i olika delar av Skåne. Fokus ska läggas på de skillnader som finns i olika delar av Skåne både på kommunal och på regional nivå.

Följande frågor ska även besvaras:

1. Hur ser situationen ut för medborgarna i Skåne vad gäller utskrivningsklara patienter? Behandlas medborgarna lika beroende på var man bor eller var man varit behandlad? En kartläggning ska göras av hur utskrivningsklara patienter behandlas i respektive kommun och på respektive sjukhus.
2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter?
3. Vilka lagar, regler och överenskommelser finns gällande utskrivningsklara patienter och följs dessa?
4. Finns det system som stödjer en tillförlitlig informationsöverföring mellan Region Skåne och kommunerna?
5. Hur uppfattar aktörerna att samverkan fungerar?
6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården?
7. Hur påverkas sjukhusvården av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård?
8. Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?
9. Vilka samverkansformer förekommer och vilka aktörer deltar?
10. Vilka uppföljningar/utvärderingar genomförs av samverkansarbetet och vilka åtgärder genomförs med anledning av resultatet av uppföljningar och utvärderingar?
11. Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?

En rapport sammanställs för varje deltagande kommun och en rapport för hela Region Skåne. Regionrapporten ska visa hur hälso- och sjukvården samverkar med kommunerna och även med andra aktörer samt om det finns skillnader i olika delar av Skåne. Kommunrapporterna ska visa hur arbetet sker på lokal nivå och vilken samverkan som sker med Region Skånes olika verksamheter samt även andra aktörer i den enskilda kommunen. Rapporterna ska vidare redovisa impulser till förbättringar om gjorda iakttagelser under granskningen visar på behov därav.

## 2.2 Uppdragets genomförande

Förutom revisionen i Region Skåne har stadsrevisionen i följande nio kommuner medverkat i granskningen: Bromölla, Burlöv, Båstad, Helsingborg, Höör, Kristianstad, Lund, Skurup och Ängelholm.

Genomförandet av granskningen har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer och en workshop (13/1 2016) med 19 företrädare för kommunerna och Region Skåne. Dokumentanalysen har inbegripit följande dokument: beslutsdokument, budgetar, policydokument, kvalitetsledningssystem, uppföljningar mm. Vidare har material från såväl kommuner som Region Skåne samlats in och analyserats.

En workshop har genomförts med företrädare för Centrala Pensionärsrådet (27/11 2015). Enskilda intervjuer har hållits med fyra brukare/patienter. Dessutom har intervjuunderlag om individers erfarenheter från vården och omsorgen delgivits oss från brukarorganisationer.

Djupintervjuer för granskningen (enskilda eller i grupp) har utöver intervjuer med brukare genomförts med 91 personer från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de nio aktuella kommunerna.

Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Lars-Bertil Arvidsson, medicinsk specialist, Carin Magnusson, specialist och kvalitetsansvarig, Pia Lidwall, specialist och Mari Månsson, specialist och projektkoordinator. Projektet har genomförts i nära samråd med uppdragsgivaren. Projektleddare och kontaktpersoner från revisorskollegiet har varit Helena Olsson och Greger Nyberg. I Helsingborgs stad har stadsrevisor Per-Reinhold Olsson varit kontaktperson. I övriga kommuner har ordföranden för de förtroendevalda revisorerna varit kontaktpersoner.

## 3 Utskrivningsklara patienter

### 3.1 Målgruppen utskrivningsklara patienter

#### *Målgrupp och förutsättningar*

De "allra flesta" lämnar slutenvården utan stöd från hemsjukvård. För dem som behöver fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser efter slutenvårdsepisoden sker detta vanligtvis genom besök i den öppna mottagningsverksamheten (på vårdcentral eller på specialistvårdens öppenvårdsmottagningar). Hemsjukvård rör bara den grupp som inte klarar den så kallade tröskelprincipen, det vill säga de patienter som inte själv eller med hjälp av ledsagare/assistans kan ta sig till vårdcentral/motsvarande.

De personer som behöver mer omfattande stöd av både medicinsk och omvårdnadskaraktär i hemmet efter utskrivning tillhör ofta gruppen de mest sjuka äldre. Beroende på definition finns det cirka 8 000 personer i Skåne som tillhör denna grupp sköra patienter. Dessa personer har ofta flera olika sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar och ligger i medeltal på sjukhus flera gånger per år och är alltså stor-konsumenter av vård och omsorg med i snitt tre sjukhusvistelser per år. Omräknat till lokala förhållanden har en allmänläkare i Region Skåne i medeltal ansvar för cirka tio patienter som tillhör denna grupp.

Det är erfarenhetsmässigt kring dessa patienter som problem med koordination, informationsöverföring och kontinuitet i vården uppstår i överflyttning av ansvar mellan sluten- och öppen vård och omsorg. Koordination är en avgörande faktor i det idag mångfacetterade system som finns i region och kommuner, både för att undvika slutenvård och göra utskrivning smidig. I extremfallet kan det för en person ingå flera olika sjukhus, utskrivningsteam, en vårdcentral, ASIH, biståndsbedömare, mottagningsteam och en eller flera omsorgsgivare med uppdrag från kommunen. Hos varje aktör kan en mängd olika enskilda personer vara involverade. Det finns anekdotiska berättelser om att en person som kommer in akut på sjukhus och vårdas under en kortare tidsperiod träffar på mer än 100 olika personer som har med vård och omsorg att göra. På sjukhusen finns ett flertal olika avdelningar som ska samverka med kommuner och primärvård som i sin tur har en mängd olika vägar för kontakt och samverkan. Det är alltså ett komplext system med många aktörer som ska samverka kring en individ, vilket ställer stora krav på informationshantering.

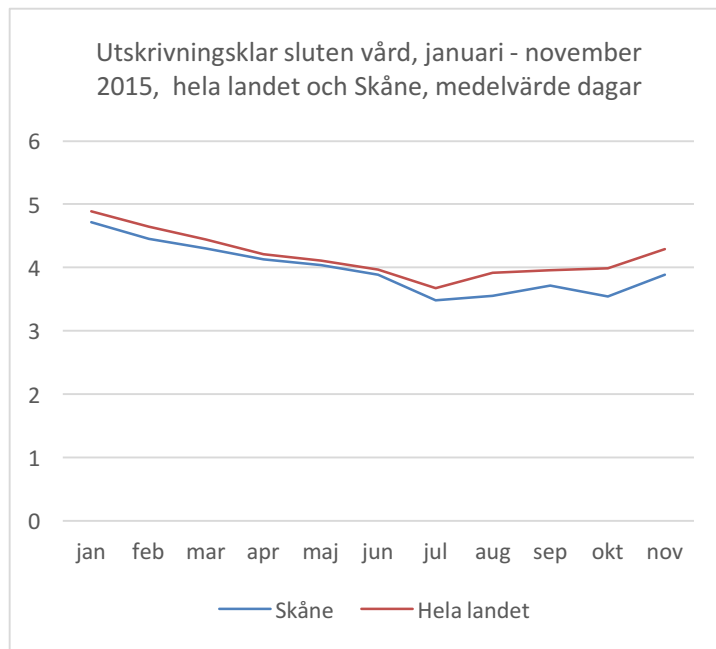


### Statistisk jämförelse mellan Skåne och övriga landet

Det råder en relativt stor spridning i landet över hur många dagar utskrivningsklara patienter vistas i slutenvård på sjukhus. Minst antal dagar (i genomsnitt 2,3) under 2014 hade Kronobergs län. Störst antal dagar hade Örebro län (i genomsnitt 7,2 dagar). Skåne hade med sina cirka 3,8 dagar färre dagar än riksgenomsnittet på cirka 4,1 dagar. Skåne har något kortare vistelsetid än Stockholms län och något längre än Västergötland<sup>1</sup>.

Webbplatsen *Kvalitetsportal.se* kan användas för att se genomsnittliga väntetider som patienter varit utskrivningsklara i slutenvård uppdelat på kommunnivå utskrivningsklara patienter över 65 år. Data rapporteras in från respektive lands-ting/region i Sverige<sup>2</sup>. Under 2014 genomfördes ett arbete för att på ett standardiserat sätt följa och visa upp resultatet avseende antal dagar som patienter i medeltal kvarstannar på sjukhus, efter att de bedömts som utskrivningsklara och inte längre är i behov av sjukhusets specifika kompetens och resurser.

Diagrammet till höger beskriver hur genomsnittet sett ut under perioden januari – november 2015 för hela landet och Skåne. Av diagrammet framgår att Skåne fortsattvis under 2015 har något färre dagar ineliggande utskrivningsklara patienter än övriga landet.



Siffror för respektive kommun som ingår i granskningen återfinns i avsnitt 4.1.4.

## 3.2 Lagar, riktlinjer och överenskommelser

Utskrivning av patienter från slutenvård är väl reglerad i lag där grunderna finns i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen. Dessa lagar reglerar bland annat huvudmännens respektive ansvar med bäring på utskrivning från sjukhus till vård i hemmet eller särskilt boende (SÄBO). Det finns också flera andra lagar som reglerar överlämnandeprocessen till exempel betalningsansvarslagen och lag om samordnad vårdplanering. Det finns också riktlinjer från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket kring överlämnande av ansvar och läkemedelshantering.

Enligt betalningsansvarslagen (Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård) ska enligt (1 §) ”En kommun skall betala ersättning till ett landsting för kostnader för hälso- och sjukvård åt personer som är folkbokförda i kommunen ...”. Av lagen framgår vidare bland annat:

- (10 b §) En vårdplan skall upprättas för en patient som efter att ha skrivits ut från en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård av den behandlande läkaren bedöms behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Lag (2003:193)
- (11 §) Kommer inte ett landsting och en kommun överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

<sup>1</sup> Öppna jämförelser 2014, Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län

<sup>2</sup> Noteras bör att rapporteringen är förknippad med en del osäkerhet, exempelvis tolkas begreppet

”utskrivningsklar” något olika mellan landstingen/sjukhusen, varför viss försiktighet bör iaktas vid tolkningar av resultaten

- För en patient i den somatiska akutsjukvården eller den geriatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast fem vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.
- För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen. Lag (2003:193).

Socialstyrelsen utfärdade 2005 föreskrifter rörande ”Samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård” (SOSFS 2005:27). Föreskrifterna beskriver vilka rutiner som ska tillämpas vid samverkan, vårdplanerens innehåll, innehåll i utskrivningsmeddelande samt grunder för överföring av information vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

#### Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna

Sedan några år tillbaka finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne som reglerar de processer som finns runt patienter/brukare som behöver dess stöd, ”Rutiner vid samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”. Överenskommelsen har sin grund i betalningsansvarslagen.

Vid samordnad vårdplanering (SVPL) överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och SVPL blir härmed ett av de viktigaste stegen i vårdkedjan för patienten/vårdtagaren i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen. Fyra delprocesser ingår i SVPL och det är den slutna vården som har ansvar för dem. De ska

- skicka inskrivningsmeddelande,
- kalla till vårdplanering,
- upprätta en samordnad vårdplan samt
- skicka utskrivningsmeddelande.

Kommer inte Region Skåne och kommunen överens om en annan tidpunkt för utskrivning inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

Den regionala överenskommelsen ger ett ramverk för samverkan kring utskrivning. Utöver överenskommelsen finns flera lokala samverkansdokument som mer detaljerat beskriver den praktiska hanteringen.

En utmaning är att få riktlinjer att tränga ner i hela organisationen och att få dem levande i den verklighet som möter medborgarna/patienterna/brukarna och medarbetarna i vård och omsorg. En enda avdelning på ett sjukhus kan under en vecka behöva ha kontakt med alla olika kommuner i Region Skåne och en stor mängd vårdcentraler. En kommun eller vårdcentral har omvänt kontakt med en mängd olika avdelningar på olika sjukhus.

#### Ändringar av regelverket är på gång

Ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal även benämnt som utvecklingsavtal, *Avtal om ansvarsfördelning, samverkansformer och gemensam utveckling avseende hälso- och sjukvården i Skåne*, mellan Region Skåne och de 33 kommunerna är under beredning, men inte beslutat.

Regeringen har aviserat en ny lagstiftning inom området (*SOU 2015:20 Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*). Arbetet med det nya avtalet i Skåne avvaktar nu den nationella beslutsprocessen. Region Skåne har beretts tillfälle att lämna synpunkter på betänkandet och instämmer i stort i den problembeskrivning som finns i utredningen. En av huvudpunkterna är att nuvarande lagstiftning inte ger tillräckliga incitament för inblandade huvudmän att planera för och på bästa sätt och gemensamt ta hand om patienter som inte längre kräver slutenvård utan kan vårdas i öppna vårdformer i enskilt eller särskilt boende<sup>3</sup>.

<sup>3</sup> Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande, 2015-05-07, dnr 1501126

### 3.3 Regionala och kommunala aktörer

#### *Regionala aktörer*

Inom Region Skåne ligger ansvaret för in- och utskrivningsarbetet lokalt i sjukhusorganisationen på respektive verksamhet och ytterst på varje behandlande läkare. Ofta sker det praktiska arbetet runt utskrivning av vårdteam på verksamhetsnivå.

Vid varje sjukhus finns utsedda personer som är ansvariga för att hålla samman processen och ge kunskapsstöd. Tillsammans med kommunala aktörer bildar dessa personer ett nätverk inom Skåne.

Hälso- och sjukvårdsstrategier på koncernkontoret är delaktiga i SVPL-processen genom deltagande i nätverk med förvaltningsrepresentanter och kommunrepresentanter. Specifika patientärenden kan även hamna på avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning i Region Skåne.

I Region Skåne är ansvaret för mottagandet i den öppna vården delat mellan kommun och primärvård enligt tröskelprincipen. Kommunerna har hand om hemsjukvården upp till sjuksköterskenivå och primärvården ansvarar för läkarinsatserna. En vårdplan är upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna.

#### *Kommunala aktörer*

För målgruppen över 65 år har kommunernas äldreförvaltningar eller omvårdnadsförvaltningar länge haft en uppdelning mellan myndighetsutövning (biståndsbedömning) och utförare av insatser.

Det kommunala mottagandet ombesörjs ofta av så kallade SVPL-team, hemtagningsteam eller liknande. Där arbetar de yrkesgrupper som tar vid när en patient skrivs ut från slutenvården. Då görs en bedömning av de insatser en person kommer att behöva vid hemgång. Där det finns hemtagningsteam gör ofta de olika yrkesgrupperna gemensamma initiala bedömningar i hemmet under de första veckorna efter hemgång för att säkerställa rätt insatser i ett längre perspektiv. Dessa yrkesgrupper är alltid biståndshandläggare och vanligen också sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Särskilt i större kommuner finns även boendesamordnare som ansvarar för kö till särskilda boenden och korttidsboenden.

När en person med biståndsbedömda insatser som kommit hem från sjukhuset till eget eller särskilt boende kan insatser utföras av såväl omvårdnadspersonal (undersköterska och vårdbiträde) som legitimerad personal (sjuksköterska, arbetsterapeuter och sjukgymnaster/fysioterapeuter). I flera kommuner finns demenssjuksköterskor. Andra insatser som kan komma ifråga är ledsagning och dagverksamhet. Dessa bemannas med ledsagare och terapibiträden.

Personer med psykisk funktionsnedsättning överförs från 65 års ålder från socialpsykiatri till äldreomsorgen. Insatser utöver ovanstående, som enligt Socialtjänstlagen kan komma ifråga, är boendestöd-jare och kontaktperson.

MAS<sup>4</sup> och MAR<sup>5</sup> har samma uppdrag, det vill säga att svara för kvalitet och säkerhet i de hälso- och sjukvårdsinsatser som utförs i särskilt boende och daglig verksamhet. De ansvarar för att utarbeta rutiner och regler och kontrollera att dessa följs upp i enlighet med 24 § Hälso- och Sjukvårdslagen. MAS svarar för sjukvård och omsorg medan MAR svarar för rehabiliterande insatser och hjälpmedel. Flertal kommuner saknar MAR och då ingår även dessa uppgifter i MAS-uppdraget.

---

<sup>4</sup> MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska

<sup>5</sup> MAR medicinskt ansvarig för rehabilitering

## 4 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

### 4.1 Hantering av utskrivningsklara patienter

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende främst följande revisionsfrågor:

*Fråga 1. Hur ser situationen ut för medborgarna i Skåne vad gäller utskrivningsklara patienter? Behandlas medborgarna lika beroende på var man bor eller var man varit behandlad? En kartläggning ska göras av hur utskrivningsklara patienter behandlas i respektive kommun och på respektive sjukhus.*

*Fråga 3. Vilka lagar, regler och överenskommelser finns gällande utskrivningsklara patienter och följs dessa?*

*Fråga 4. Finns det system som stödjer en tillförlitlig informationsöverföring mellan Region Skåne och kommunerna?*

*Fråga 7. Hur påverkas sjukhusvården av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård?*

*Fråga 11. Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?*

#### 4.1.1 Region Skånes perspektiv på utskrivningsklara patienter

Behandlande läkare i slutenvård ansvarar för att inskrivningsmeddelande upprättas och snarast meddelas berörda enheter. Att underrätta om inskrivning i slutenvård genom ett inskrivningsmeddelande innebär att patienten efter att ha skrivits ut bedömts komma att behöva insatser av kommun och primärvård. Det är även behandlande läkare i slutenvård som ansvarar för att kalla till vårdplanering enligt SVPL när patientens hälsotillstånd är så stabilt att det går att bedöma vilka insatser patienten har behov av efter utskrivning.

Om en vårdplan ska upprättas är det den behandlande läkaren i slutenvården som enligt betalningsansvarslagen ska kalla de berörda parterna till denna planering. Även om ansvaret ligger på den behandlande läkaren kan det vara andra i vårdteamet som får i uppdrag att rent praktiskt kalla till vårdplaneringen. Det ska framgå av rutinerna hur detta ska gå till. Rutinerna ska även ange vilka företrädare för olika enheter som ska kallas till vårdplaneringen.

Den samordnade vårdplaneringen sker vanligast på sjukhuset. Vid den samordnade vårdplaneringen ska, enligt regelverket, läkare från sjukhusets sida delta. Regelverket är skrivet utifrån att det är läkaren som är processansvarig men i praktiken är det främst sjuksköterskan som är delaktig i processen. Vid sjukvårdsförvaltningarna i Region Skåne, inklusive Skånevård Sund, finns SVPL-ansvariga som supportar, utbildar och ger kunskapsstöd gällande bland annat *Mina planer* och dess IT-stöd. Det finns även ofta vårdplanerare som arbetar med utskrivningsklara patienter. Meddelande om utskrivning och sammanfattning av vårdinsatserna på sjukhuset och vilken uppföljning som planeras skickas till den läkare i primärvården som har det fortsatta medicinska ansvaret och/eller koordinationsansvaret.

Samtliga sjukhus i Region Skåne tillämpar den skånegemensamma överenskommelsen<sup>6</sup>. Sjukhusen rapporterar även i hög grad gemensamma erfarenheter. Bland annat konstateras att personalbrist i kombination med personalomsättning, liksom införandet av den nya förvaltningsorganisationen i Region Skåne skapat osäkerhet i rutiner och utskrivningsprocesser. Kommunerna beskrivs som bättre strukturerade. Gemensam erfarenhet från sjukhusets sida är att primärvårdens medverkan i utskrivningsprocessen på många håll är sporadisk. Det praktiska arbetet organiseras något olika.

Inom Skånes universitetssjukvård finns både vid sjukhusen i Lund och Malmö personer som koordinerar och ger stöd till utskrivningsarbetet som sker lokalt på sjukhusen. SVPL-ansvarig sjuksköterska saknas på många vårdavdelningar. Varje vårdavdelning har vårdplaneringssjuksköterska. Samverkan med kommunerna koordineras bland annat genom en förvaltningsledningsgrupp mellan SUS och kommunerna liksom av gemensamma styrgrupper dels för ”mellersta”, dels för Malmö.

---

<sup>6</sup> ”Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”.

Även inom Skånevård Sund sker förvaltnings-/divisionsgemensamt koordinations- och stödarbete genom utsedda personer. Vid lasarettet i Landskrona ingår SVPL-arbetet i det lokala närsjukvårdsrådet i vilket kommunen och samtliga vårdcentraler i området ingår. Vid lasarettet i Trelleborg finns ett liknande arbetssätt, men med sämre medverkan från vårdcentralernas sida. Vid Helsingborgs lasarett finns SVPL-ansvariga sjuksköterskor. Strukturerad samverkan med kommunen rör främst äldre.

Med stöd av överenskommelser och lokala avtal anses SVPL-processen fungera ganska väl inom psykiatri. Historia och kultur i relation till varje enskild kommun påverkar formerna för samverkan. Vikten av att läkare från psykiatri är med i SVPL-processen poängteras samt fördelarna med att även socio-nomer/kuratorer deltar. Storstadsproblematiken anses komplex där bostadsproblematiken är en av svårigheterna. Bristen på slutenvårdsplatser är enligt genomförda intervjuer påtaglig inom psykiatri.

I Hälsostaden bedrivs samverkan rörande korttidsplatser och genom för sjukhuset och kommunen gemensam mobila team.

Inom Skånevård Kryh finns på motsvarande sätt som i övriga delar av Region Skåne ett förvaltningsgemensamt stödarbete för den lokala SVPL-processen. Lasarettet i Ystad liksom Centralsjukhuset Kristianstad har vårdplaneringsansvariga sjuksköterskor knutna till vårdavdelningarna. Vid sjukhuset i Hässleholm uppges uppgiften cirkulera.

#### *Intervjuer med regionala företrädare*

Intervjuade regionala företrädare anger att det i kraft av lagstiftning och regelverk finns en stabil grund för utskrivning av patienter. Flertalet intervjuade bedömer att det oftast fungerar på ett smidigt sätt, men att det samtidigt mer eller mindre dagligen förekommer problem som uppstår i samverkansprocessen med kommunerna gällande utskrivningsklara patienter. Intervjupersoner i regionen anser att klimatet hårdnat då kommunerna i Skåne generellt har färre antal korttidsplatser idag jämfört med tidigare, samtidigt som patienterna har blivit sjukare. Oavsett om Region Skåne får betalt eller inte uppstår problem vid köer eftersom utskrivningsklara patienter tar upp platser på sjukhusen. Dessa problem och frågor som kommer upp i SVPL-processen tas upp i gemensamma forum, (citater) *"Det är mycket diskussion men inte alltid lösningsinriktat, det gäller även dem som arbetar nära patienterna"*.

Ett flertal av kommunerna, exempelvis Malmö stad och Burlövs kommun, bedriver vårdplanering i patientens hem efter hemgång. Det har framkommit att representanter från sjukhuset inte ser positivt på den vårdplanering som sker i hemmet. Det hävdas bland annat att den överenskomna samverkansrutinen då sätts ur spel. Vårdplanering i hemmet har fördelar för patienten men det leder samtidigt till att det blir en större arbetsinsats för sjukhuset, bland annat genom fler telefonsamtal med kommunens personal. Sjukhuset får inte heller full inblick vilka insatser som planeras för patienten.

Sjukhusföreträdare menar att det främst är patienter som ska till korttidsboende som är kvar på sjukhuset efter fem dagar medan de som ska till eget boende oftast kommer iväg innan fem dagar gått. Hem-sjukvården anses dock behöva utökas och förstärkas så att beroendet av tillgången till korttidsplatser inte behöver vara så stort. När sjukhuset tar beslut om utskrivning saknas ofta kunskap om hur situationen ser ut i kommunen.

Enligt intervjuade sjukhusföreträdare tar utskrivningsklara patienter upp platser på sjukhusen redan innan kommunens betalningsansvar inträffar. Sommaren 2015 gjorde Skånevård SUND och SUS en upphandling av externa platser för de patienter som inte längre behöver akutsjukhusets resurser.

Kompetensbristen bland sjuksköterskorna har märkts tydligt de senaste två åren inom sjukhuset kopplat till SVPL-processen. Sjukhusen ser de stora fördelarna med SVPL-team men har svårigheter att bemanna teamen. Intervjupersonerna anser vidare att det krävs en ökad läkarmedverkan i SVPL-processen, och för att få genomslag bör detta vara ett krav från sjukvårdsförvaltningarnas ledning.

Kommunerna signalerar att det ofta blir fel samt att de inte får den information de har rätt till. Intervju-representanter från SUS beskriver att den stora omsättningen av sjuksköterskor har påverkat kompetensen kring SVPL negativt. Kommunerna ringer till vårdavdelningarna då de efterfrågar information vilket skapar irritation hos sjukvårdspersonalen.

Det nya hälso- och sjukvårdsavtalet som ännu inte är beslutat tros ge en tryggare situation för patienten.

### Psykiatriska patienter

Den statliga utredningen ”Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård” (SOU 2015:20) konstaterar att det saknas data framförallt avseende personer som vårdas inom psykiatrisk vård. Medelvårdtiden i slutenvård inom vuxenpsykiatri har minskat från 60 dagar 1987, 17 dagar 2008 till 15 dagar 2012. Det innebär att allt mer av hälso- och sjukvården flyttat ut från sjukhusen och förväntningarna på vad såväl kommuner som den landstingsfinansierade öppenvården ska klara har förändrats. De kortare vårdtiderna innebär också att den faktiska planeringstiden för de mottagande enheterna blivit kortare. Den vårdplanering som ska göras enligt betalningsansvarslagen med berörda mottagande enheter tenderar i dag att komma allt tidigare i patientens återhämtnings- och rehabiliteringsprocess. Det finns även, enligt utredningen, tecken på att vårdplaneringen blir en punktinsats och därmed inte en process med naturlig uppföljning som det borde vara.

Den statliga utredningen konstaterar att patienternas hälsotillstånd kräver kompetens som den kommunala hälso- och sjukvården ofta inte har. Utredningen har erfärut att sjuksköterskor inom den kommunala hälso- och sjukvården och MAS oftast har större kunskap och erfarenhet av somatisk vård, vilket är naturligt då dessa patienter till antalet är betydligt fler. Det innebär samtidigt att kunskapsläget inom den kommunala hälso- och sjukvården vad gäller psykiatrisk vård kan vara eftersatt och att kommunerna därmed kan ha svårt att ge adekvata insatser till personer med psykiska funktionsnedsättningar. Intervjuade i Region Skåne ger samma bild som kommer fram i den statliga rapporten.

En person som intervjuats bland de deltagande kommunerna konstaterar: (citater) ”*Det finns inga färdiga mallar för hur lagstiftningen ska fungera för LSS. Det är inget fall som är likt den andra. Det borde finnas en mall i alla fall – vi får starta på noll varje gång – ringa och fråga hur vi ska göra denna gång.*”

#### 4.1.2 Kommunens perspektiv på utskrivningsklara patienter

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende de nio kommunernas perspektiv på samverkan med sjukhusen kring utskrivningsklara patienter. Syftet är att ge en översiktlig bild av kommunernas arbetsätt och erfarenheter på olika faser i medborgares sjukdomsprocess och hur de tycker att samverkan med Region Skåne fungerar i praktiken.

##### Bromölla

I Bromölla arbetar fyra biståndshandläggare, varav en med all vårdplanering och en med planering på särskilda boenden. Övriga två handläggare har varsitt hemtjänstområde. Biståndshandläggare och hemsjukvård åker några gånger i veckan på vårdplanering på sjukhusen, i första hand Kristianstad men ibland också till Hässleholm.

Överlag fungerar det bra, dock kommer kallelse kort tid efter till exempel operation vilket innebär att ADL-status inte hunnit göras innan kallelse skickas eller vårdplanering sker. De aktuella brukarna är vid tillfället för kallelsen/vårdplanering ofta vårdkrävande vilket hinner förändras till personen kommer hem till ordinärt boende alternativt korttidsboende. Detta innebär att annan planering/andra insatser kunnat vara aktuella för dessa personer. Läkemedelslistor/ordinationer sägs vara en riskfaktor i vårdens övergångar.

Biståndsbeslut som vårdplaneraren fattar är uteslutande hemtjänst eller korttidsboende. Inte förrän i nästa steg vid till exempel uppföljning på korttidsboende kan det bli aktuellt med särskilt boendebeslut.

I vissa fall när trycket är hårt och många kallelser kommer samma vecka klarar inte vårdplaneraren att få ut uppdragen till hemtjänsten innan personen kommer hem. I dess fall får hemtjänst en sammanställning på beviljade insatser istället. Samordnade individuella planer (SIP<sup>7</sup>) som genomförs i medborgarens hem uppges fungera bra när sådana görs.

Hemtjänsten har gjort ett omfattande förändringsarbete de senaste åren och arbetar numera i små grupper med fem till sex anställda som har ett tydligt eget ansvar och överblick över varje medborgare som har hemtjänst. Det utgår från en gemensam värdegrund med efterfrågestyrd verksamhet, (citater) ”*Vi har*

<sup>7</sup> Samordnad individuell plan, SIP, är en plan som ska upprättas tillsammans med brukare om de har behov av insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård och om det finns behov av samordning.

stenkoll på alla medborgare med hemtjänst sedan det nya arbetssättet infördes.” De olika yrkesrollerna uppges vara tydliga och genom det patientadministrativa systemet vet alla sina uppdrag. Om hjälpmedel behövs så är rehab-personalen, som arbetar i tre lag med sex personer i varje, mycket snabba på att effektivisera det.

#### *Burlöv*

I Burlöv finns sedan september 2014 ett hemteam som består av tre sjuksköterskor, en biståndshandläggare, arbetsterapeut, sjukgymnast och sex undersköterskor. Hemteamet tillhör Hälsa och Omsorg som är en av tre verksamheter i socialförvaltningen. Individ och familjeomsorgen samt Vård och Äldreomsorg är de andra två.

Hemteamet har möte varje morgon för att gå igenom nyinkomna kallelser och fördela ansvaret för dessa. Hemteamet ansvarar även för korttidsvården och det finns idag sex korttidsplatser i Burlövs kommun. Nio korttidsplatser stängdes i december 2014 till följd av minskat behov. Burlövs kommun har klarat hemtagningen av utskrivningsklara patienter inom fem dagar under de senaste två åren. Arbetet uppges av kommunens företrädare fungera ganska väl, dock efterfrågas mer lättillgängligt stöd från primärvården framför allt när det gäller vård i livets slut.

Målet är att ta hem patienter i den mån det går utan att ha vårdplanering inne på sjukhuset. Teamet ansvarar för HSL-inskrivningar<sup>8</sup> och alla kallelser. Teamet går igenom dessa före vårdplaneringen och har förslag på tid när sjukhuset ska kontaktas. Det innebär mycket telefonkontakt för teamet som ofta har svårt att få kontakt med sjukhusrepresentanterna. Mina planer<sup>9</sup> används också för kommunikation och anses vara ett gott stöd.

Den vårdplanering som bedrivs hemma hos patienten kommer alltid igång hemkomstdagen. Teamet har även ansvar för uppföljning. Efter tre veckor lämnas ansvaret över till hemtjänsten. Vårdplanering och avstämning sker därefter via telefon. Samma rutiner gäller för hela hemteamet, oavsett funktion.

#### *Båstad*

I Båstad, där kommunen arbetar utifrån processer, har samordnad vårdplanering en egen process. Det finns ett SVPL-team med biståndshandläggare, sjuksköterska och sjukgymnast. De kallas till 8-10 vårdplaneringar per vecka. När kallelsen är väl förberedd fungerar vårdplaneringen mycket bra. Erfarenheten är att det är stora skillnader mellan olika avdelningar på samma sjukhus, från utmärkt samverkan till dess motsats. När kallelserna är kortfattade och läkemedelslistorna inte uppdaterade tar övergången längre tid. Mina planer och fax används. Inom psykiatri godkänns inte fax utan där hänvisas enbart till Mina planer.

Båstad satsar på utveckling av ”trygg hemgång”. En del i det är att medborgarna ska få trygghetslarm. Möjlighet till installation finns dock endast två dagar per vecka, vilket försvårar hemkomst övriga dagar i veckan.

Båstad har åtta korttidsplatser som kan ökas på efter behov. Hemtjänsten uppges behöva bli bättre rustad att ta ansvar för medborgarna som kommer tillbaka efter sjukhusvård.

#### *Höör*

Merparten av patienterna som är hemmahörande i Höör läggs in på SUS, men det förekommer att de också ligger på andra sjukhus i regionen. Utskrivningen från sjukhus och IT-stödet sägs normalt fungera bra, även om det förekommer att kallelserna är knapphändiga. När sjukhusen är mycket pressade förekommer det ibland att patienter skickas hem utan föregående kontakt med kommunen. Man noterar att antalet makuleringar (av sjukhusen inställda vårdplaneringar) ökar vid hög omsättning på sjuksköterskor på sjukhuset.

I Höör är verksamheten organiserad i fyra småteam. Ett av dessa är ett hemtagningsteam som består av sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut och biståndshandläggare. Teamet träffas varje morgon och går igenom dagen. Fasta hemtagnings- och uppföljningstider tillämpas.

---

<sup>8</sup> Inskrivningar enligt Hälso- och Sjukvårdslagen

<sup>9</sup> IT-stöd för Samordnad vårdplanering mellan slutenvård, närsjukvård och kommunal sjukvård

All vårdplanering sker på telefon med sjukhusen och i de flesta fall även med den enskilde medborgaren. Utifrån den information som finns kallelsen från sjukhuset beslutas vilken yrkeskategori som ska ringa in för ytterligare information och planering. I förekommande fall behöver mer än en yrkesgrupp kontakta sin kollega på sjukhuset, till exempel sjukgymnasten i Höör pratar med sjukgymnasten på sjukhuset etc. Hemtagningsteamet kommer till medborgarens hem när denna skrivits ut. De första tre veckorna är en utredningsperiod som bemannas med ett tvärprofessionellt team. Teamet beslutar om HSL-insatser respektive SoL-insatser tillsammans med medborgaren. I Höör finns ett korttidsboende, särskilt boende och hemtjänst. Inför hemtagningsmötet ger kommunen ett skriftligt informationsmaterial till medborgaren om vad som kommer att hända, kontaktuppgifter mm.

#### *Helsingborg*

Sedan 2000 arbetar Helsingborgs stad enligt en strukturerad modell för vårdplaneringar. I staden finns ett SVPL-team som består av biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjuksköterska som har bedömnings- och beslutsbefogenhet. SVPL-teamet kontrollerar kontinuerligt kallelser i SVPL-it varje dag. SVPL-teamet utför alla vårdplaneringar för medborgare i Helsingborgs stad som ska skrivas ut från sjukhuset och är i behov av planering innan utskrivning.

SVPL-teamet har som mål att kallelse som inkommer från sjukhuset före klockan 12.00 på dagen bokas för vårdplanering nästkommande vardag. Vid mötet fattar biståndshandläggare beslut om bifall eller avslag på ansökt insats. Sjuksköterska och arbetsterapeut bedömer behovet av hemsjukvårdsinsatser. Inför hemgång kontaktar SVPL-teamet hemvårdsområdet som har det fortsatta ansvaret.

Enheter i staden som berörs efter att en patient skrivits ut är hemvårdsområde (hemvård/hemsjukvård) korttidsenhet samt vårdboende. Det finns för närvarande 66 platser på korttidsenheten i Helsingborgs stad.

Av intervjuer framgår att vissa kliniker på Helsingborgs lasarett anses fungera mycket bra vid utskrivningsprocessen och andra mindre bra.

Det finns en önskan från Helsingborgs stad om en ökad samsyn med Regionen kring utskrivningsprocessen och gällande lagstiftning. Till exempel sker ett antal makuleringar varje månad på grund av att de skickats för tidigt från sjukhuset vilket medför mycket merarbete för biståndshandläggarna. Enligt rutinen för samordnad vårdplanering i samverkan mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne ska vårdplan vara justerad innan meddelande om utskrivningsklar skickas från sjukhuset. Det var så både förvaltningen och sjukhuset tolkade överenskommelsen fram tills hösten 2014 då Helsingborgs sjukhus plötsligt, utan att ha haft dialog med berörda parter inom Helsingborgs stad, började skicka utskrivningsklar när som helst i SVPL-processen. Konsekvenserna av detta har blivit att kommun och lasarett ägnar mycket tid åt att diskutera frågor som rör betalningsansvar och utskrivningsklara patienter.

#### *Kristianstad*

I kommunens vårdplaneringsteam arbetar fyra biståndshandläggare, två arbetsterapeuter, en sjukgymnast och två sjuksköterskor. Det skrivs varje månad ut cirka 100 patienter som får någon form av bistånd. Under hösten 2015 har patienterna i snitt legat mindre än en vecka på sjukhus. Korttidsboendet har 56 platser med olika inriktningar - demens och rehab - samt en avdelning för väntan på annat boende. På sjukhuset finns ett förråd med hjälpmedel som kommunen tillhandahåller och som patienter får ta med sig vid hemgång. Detta sägs fungera bra.

På det stora hela fungerar hemtagningen bra även om det finns förbättringsområden. Ett sådant är att vårdplaneringen ibland äger rum för tidigt. Det händer enligt kommunens företrädare att patienter ofta inte är utskrivningsklara när de kommer hem. Vidare kan kallelser och information från sjukhus sakna information om exempelvis rehabiliteringsbehov. Från korttidsboendets sida anges att det kan vara felaktigheter i läkemedelslistor och att epikrisen kommer flera timmar efter patienten.

Korttidshemmet och sjukhuset gör avvikelserapporter om varandras verksamheter. Vårdplaneringsteamet erfar å sin sida att de själva kan uppfattas som krångliga för att de håller strikt på regler och rutiner. Där det finns utsedd sjuksköterska för vårdplanering på sjukhus har det fungerat mycket bra. Vid hemgång är det svårt att få kontakt med primärvården. Användning av Mina planer sägs vara ett utvecklingsområde.



Vid kallelse till vårdplanering arbetar biståndshandläggarna snabbt. Ofta beslutas om insatser och tidpunkt för besök i hemmet vid sittande vårdplaneringsbord, en rutin som kommunen föredrar. Berörda yrkesgrupper informeras direkt om planerade insatser. Det blir allt vanligare med SIP som utförs i hemmen.

#### Lund

På vård- och omsorgsförvaltningen i Lund finns sedan många år ett team, bestående av tre biståndshandläggare, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut. Oftast går dessa parvis på vårdplanering. Om det rör enklare insatser kommunicerar aktörerna via telefon eller fax. Lunds kommun deltog under våren och sommaren 2015 i ett pilotprojekt i syfte att testa en modell för samordnad vårdplanering via distansmöte mellan slutenvård och kommun genom Lync. Patienterna var överlag positiva under förutsättning att tekniken fungerade och kommunen likaså då deras förväntningar gällande insparade resor och minskad tidsåtgång infriades.

Lunds kommun upplever att sjukhusen, främst de större, kallar till vårdplanering för tidigt. Det är vanligt att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen, vilket ibland leder till en del inställda vårdplaneringar och makulerade kallelser. Den känsligaste situationen är utskrivningen, där det finns flera riskmoment såsom felaktiga läkemedelslistor, ofullständiga epikriser, bortglömda utskrivningsmeddelanden.

Dag och tidpunkt för hemgång fastslås vid vårdplaneringen. En iakttagelse är att sjukhusen har orealistiska förväntningar på vad korttidsboendet kan erbjuda. Läkare finns där endast ca 12 timmar i veckan. Primärvården anses godkänna vårdplaner utan att riktigt ha kunskap om vilka insatser patienten är i behov av.

En grupp som är särskilt känslig är de som har psykiatriska sjukdomar. När det finns etablerad kontakt med psykiatrin inom slutenvården uppges processen fungera väl. Annars är erfarenheten att dessa patienter har svårt att bli inskrivna i psykiatrin och blir snabbt hemskickade till kommunen.

#### Skurup

I Skurup finns sedan 2011 ett SVPL-team som består av två sjuksköterskor som alternerar i teamet liksom arbetsterapeut alternativt fysioterapeut. Vid vårdplaneringarna deltar biståndshandläggare men de har ingen särskild person som ingår i teamet. Det är hemsjukvårdschefen som ansvarar för SVPL-teamet utifrån HSL<sup>10</sup> samt verksamhetschefen för IFO<sup>11</sup> utifrån SoL<sup>12</sup>. Detta delegeras sedan ned till respektive profession i SVPL-teamet.

Sjuksköterskorna i SVPL-teamet bokar in möten på sjukhus och håller sig underrättade genom Mina planer. Kommunen uppges ha ett välfungerande och ”uniktt samarbete” med lasarettet i Ystad, speciellt vårdplaneringen med enheter som har SVPL-sjuksköterskor. Ett utvecklingsområde som nämns är dock läkemedelslistor, omvårdnadsepikriser och medicinska epikriser.

I kommunen finns två vårdcentraler. Skurups kommun har ett strukturerat samarbete med vårdcentralerna, dock inte gällande vårdplaneringarna. I Skurups kommun finns tre särskilda boenden och en korttidsenhet med sex platser. Nyttjandegraden på korttidsboendet varierar över tid.

#### Ängelholm

Ängelholm har ett SVPL-team med biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjuksköterska. Teamet går igenom alla inkommande kallelser och de kallelser som inte kräver personligt möte eller som kan hantteras elektroniskt av SVPL-teamet läggs till respektive hemtjänsts område. Vid hög arbetsbelastning i SVPL-teamet lämnas vissa kallelser till enhetschefen (biståndsenheten för äldre) som fördelar kallelserna vidare till hemtjänstområdena. Det är även personal inom dessa hemtjänstområden som vårdplanerar patienter där ASiH är inkopplade. SVPL-teamet gör cirka tio vårdplaneringar per vecka.

Det saknas särskilda SVPL-team på sjukhusen, vissa avdelningar har dock utsedda SVPL-sköterskor/eller arbetsterapeuter. Oftast turas sjuksköterskorna om med att göra vårdplaneringar. Bäst

---

<sup>10</sup> Hälso- och sjukvårdslagen

<sup>11</sup> Individ- och familjeomsorgen

<sup>12</sup> Socialtjänstlagen

fungerar det när det finns särskilt utsedda personer. Vårdplaneringarna anses ha många brister. Sämst är det för patienter inom psykiatri.

Avvikelse skickas till Region Skåne, men svar kommer inte eller mycket sent. MAS och MAR uppmanar personalen att skriva avvikelser i förbättringssyfte och de informerar om hur det ska gå till. Processen går inte fortare för de patienter som skrivs ut till hemmet än för de patienter som ska till korttidsplats. Fördröjningar handlar oftast om att slutenvården får ändra i vårdplanen för att den inte är korrekt och att primärvården inte justerar vårdplanen snabbt nog. Hemtjänsten behöver 24 timmars förberedelse för att ta emot en person som legat på sjukhus.

Tiden från operation till utskrivning är mycket kort. Kommunen lyckas i princip alltid att få fram korttidsplatser till de datum patienterna är utskrivningsklara.

Det finns ett närsjukvårdsteam som arbetar mobilt för att stötta såväl invånare som personal för att minska inläggningar på sjukhus – en uppskattad verksamhet enligt personalen. Teamet drivs i samverkan mellan Hälsostaden och kommunen.

#### *Kommunernas synpunkter i sammanfattning*

Lagar, överenskommelser och system fungerar enligt kommunerna relativt väl. Rollfördelningen är tydlig. Överlag uppges vårdplaneringen med sjukhusen vara bra, särskilt när det är låg personalomsättning både i kommunen och på sjukhusen eller där det finns utsedda SVPL-sjuksköterskor. Det förekommer dock olika typer av brister och incidenter i vårdplaneringsprocessen och dessa uppges orsaka merarbete och frustration. Utskrivning av patienter från psykiatrien sägs vara särskilt komplex. Mer frekvent kontakt med primärvården efterfrågas allmänt.

De mindre sjukhusen anses hantera SVPL-processen bättre, inte minst för att de har bättre upparbetade relationer. Lasarettet i Ystad får exempelvis goda omdömen: (Citat) ”*I stort är patienten mer utskrivningsklar och förberedd i Ystad*”. På Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), som precis som Ystad Lasarett är en del av Skånevård Kryh, poängterar intervjupersonerna att hur väl SVPL-processen fungerar även är beroende av kommunens storlek: (Citat) ”*Det är svårast att samarbeta med stora kommuner. Det har också stor betydelse vilken vård kommunen kan erbjuda och hur kommunen är organiserad*”.

### **4.1.3 Behandlas medborgarna lika?**

Regelverket gör skillnad mellan patientgrupper när det gäller somatiska respektive psykiatriska sjukdomar med fem respektive 30 betalningsfria dagar. Det skånegemensamma regelverket ska i princip trygga att patienterna behandlas lika oavsett var de bor och var de har behandlats. I praktiken kan det se olika ut både beroende på traditioner och förutsättningar vid de enskilda sjukhusen och hur kommunernas arbete är upplagt. Rutinerna kan även vara personberoende. Det finns övergripande en mängd riskfaktorer som kan bidra till att vården och omsorgen *inte* är lika. De är relevanta i olika omfattning vid olika sjukhus och i olika kommuner. Hit hör exempelvis:

- Hur länge patienten får stanna på sjukhuset
- Hur själva SVPL-processen fungerar: om kallelse kommer i rimlig tid, om underlag som epikriser och läkemedelslistor är korrekta och förs över senast i samband med att patienten lämnar sjukhuset, att samverkan mellan vårdgivarna är förtroendefull, att olika yrkesgrupper såsom sjukhusets sjukgymnaster och arbetsterapeuter hinner göra en bedömning av ineliggande patient och föra över information till de kommunala kollegorna
- För vilken åkomma eller vilka åkommor patienten behandlas och om professionen har ett helhetsperspektiv på patienten eller fokus enbart på den aktuella åkomman
- Kommunernas tillgång på korttidsboende och särskilt boende. Vid platsbrist skapas köer och längre väntetider
- Huruvida primärvården tar vid eller inte tar vid efter utskrivning från sjukhus i den utsträckning som medborgaren behöver.

Det finns även andra typer av faktorer som kan försvåra eller störa lika vård och behandling. Det rör sådant som huruvida aktörernas organisationer är ändamålsenliga, hur samverkan och samarbete fungerar i gränssnitten mellan kommuner, sjukhus och primärvård, om det finns rätt och tillräcklig kompetens och bemanning. Brister handlar även om ”den mänskliga faktorn”.

#### 4.1.4 Hur fungerar lokala och regionala regler och överenskommelser?

Generellt är intervjupersonerna nöjda med samverkansavtalet, övriga regelverk, riktlinjer och rutiner. De anses väl förankrade och används bland annat som grund för att stämma av samverkan och att utvecklingen går åt rätt håll. Samordnad individuell plan (SIP) uppges även fungera allt bättre. En reflektion hos en intervjuperson är att (citat) ”samverkan i enlighet med regler och överenskommelser är en mognadsprocess och ett lärande som ska hanteras med balans”.

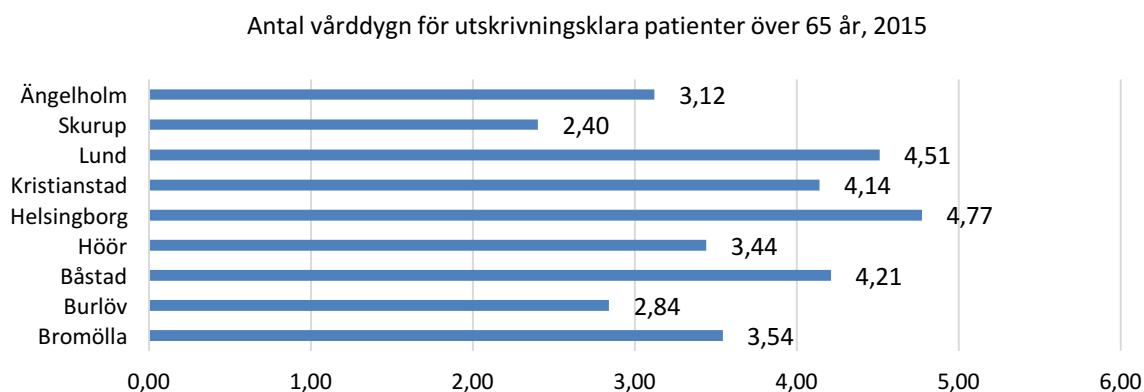
Det finns dock tolkningsfrågor som uppfattas som besvärliga av parterna. Exempelvis pågår i två av de berörda kommuner i Region Skåne diskussioner om hur de ska tolka begreppet *utskrivningsklar juridiskt*.

Även ett tempusord har vållat problem i tolkningen av rutiner för SVPL. Det tolkas olika av företrädare inom Region Skåne och kommunerna. Tvisten handlar om huruvida det går att justera en samordnad vårdplanering innan den genomförs – eller inte.

Några synpunkter ur intervjuerna är (citat) ”Det är inget fel på dokumenten. Det brister i tillämpningen och det handlar om den mänskliga faktorn.”

#### 4.1.5 Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?

Det genomsnittliga antalet vårddygn för utskrivningsklara patienter varierar en del mellan de kommuner som ingår i granskningen. Lägst antal har Skurup med i snitt 2,4 vårddygn per patient medan Lund, Helsingborg och Båstad alla i snitt har över fyra vårddygn per patient<sup>13</sup>.



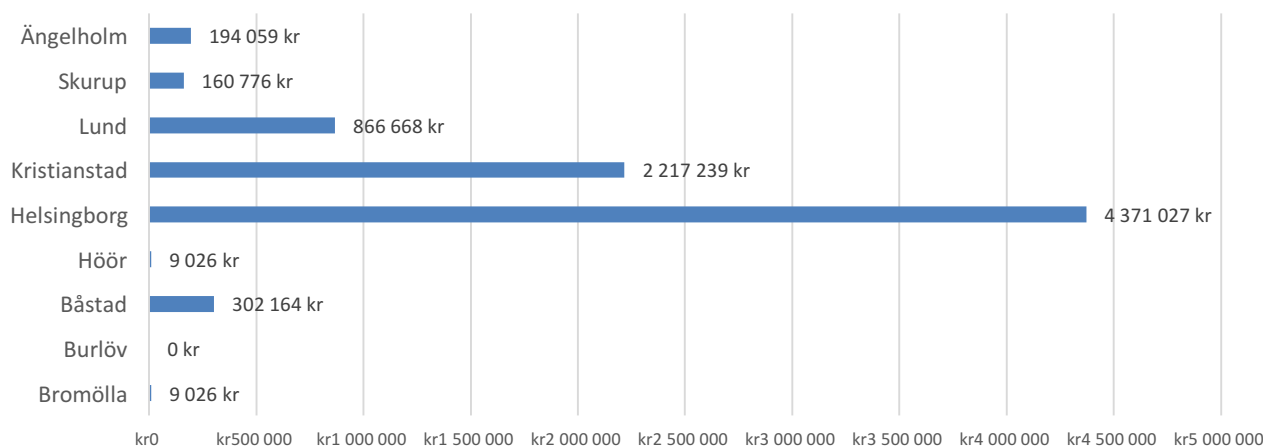
Region Skåne och kommunerna i Skåne har begränsade uppgifter gällande statistik för hur många patienter som är utskrivningsklara och hur kostnader för dessa ska beräknas. Det förekommer ingen kontinuerlig sammanställd översikt av kostnaderna. Dock har Region Skåne efter förfrågan från media gjort en sammanställning över hur mycket Skånes kommuner betalt för utskrivningsklara patienter efter att betalningsansvaret övergått till patientens hemkommun under 2014. Uppgifterna har stämts av med kommunerna. Uppgifter för 2015 finns således inte att tillgå.

Kostnaderna, det vill säga den ersättning som kommunerna fått betala till Region Skåne för utskrivningsklara patienter i de nio kommunerna 2014 redovisas nedan<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> data från [www.kvalitetsportal.se](http://www.kvalitetsportal.se)

<sup>14</sup> I fallet Helsingborg har kommunen och Region Skåne olika tolkningar. Siffran för Helsingborg är enligt kommunen 2,9 Mkr

Kostnaderna för utskrivningsklara patienter, 2014, kronor



Både Region Skåne och kommunerna har andra typer av kostnader som hänger samman med att utskrivningsprocessen inte fungerar optimalt.

De 8,1 Mkr som de nio kommunerna betalar motsvarar ca 1 800 vårddygn eller knappt fem vårdplatser. På skånenivå torde siffran vara ca 15 vårdplatser. Det ska ses i ljuset av Region Skånes ansträngningar att hålla uppe antalet vårdplatser. Sett i det stora hela är dock den ekonomiska potentialen för Region Skåne relativt begränsad med nuvarande lagstiftning. Från psykiatrins sida har gjorts en beräkning att kostnaden för kvarliggande utskrivningsklara patienter är 6 000 kronor per vårddygn att jämföra med det belopp om 4 500 kronor som kommunerna får betala.

Både Region Skåne och kommunerna har andra typer av kostnader som hänger samman med att utskrivningsprocessen inte fungerar optimalt. Både parterna har kostnader, som exempelvis kan uppstå i form av makulerade möten, extra telefonsamtal, ofullständiga underlag och tid som går att söka efter information. Det är inte möjligt att kvantifiera dessa kostnader.

Svårigheterna att redogöra för respektive kommuns kostnader för utskrivningsklara patienter grundar bland annat sig på att stödsystemet SVPL-IT, det patientadministrativa system som alstrar Region Skånes vårddatabas, faktureringsystem och redovisningssystem inte talar med varandra. Dessutom har Region Skåne och kommunen olika rutiner för hur registrering och periodisering sker.

## 4.2 Samverkan

I detta avsnitt beskrivs iakttagelser avseende följande revisionsfrågor:

*Fråga 2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter?*

*Fråga 5. Hur uppfattar aktörerna att samverkan fungerar?*

*Fråga 6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården?*

*Fråga 8. Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?*

*Fråga 9. Vilka samverkansformer förekommer och vilka aktörer deltar?*

*Fråga 10. Vilka uppföljningar/utvärderingar genomförs av samverkansarbetet och vilka åtgärder genomförs med anledning av resultatet av uppföljningar och utvärderingar?*

### 4.2.1 Samverkansformer

Det finns en politisk samverkan på såväl skåneövergripande – som delregional nivå. Samverkan på skåneövergripande nivå bedrivs mellan tjänstemän på Koncernkontorets avdelning för hälso- och sjukvårdsstyrning och Kommunförbundet. Regelbundet sker samverkan även med enskilda kommuners tjänstemän. Det finns även samverkan mellan sjukhus och kommunledning (förvaltningschefer). Lokalt

sker samverkan främst på patientnivå. Inför storhelger och sommarsemestrar finns gemensamma möten mellan Region Skåne och kommunerna för att klara av de gemensamma åtagandena.

Det finns också mer eller mindre fasta nätverk där olika konstellationer ingår. Som exempel nämns kommunens SVPL ansvariga och sjukhusets sköterskor. På annat håll bildar kommunens sjukvårdstrateg och verksamhetschefer på sjukhuset nätverk. Andra exempel är träffar med koordinatörer från sjukhus tillsammans med boendeplanerare och biståndshandläggare. Viss kritik finns om att mandat verkar saknas i dessa nätverk och det därmed är det svårt att föra frågorna vidare upp i organisationen. (Citat) *”Samverkansform med sjukhus, kommun, primärvård har ofta ingen agenda och otydligt syfte”*.

Från Region Skånes sida uppger intervjupersoner att ambitionen är att inte arbeta med lokala överenskommelser utan att det ska vara en enhetlig linje över hela Region Skåne.

Många intervjupersoner både från Region Skåne och kommunerna menar att det saknas tydliga forum där de kan diskutera just specifikt samverkan runt vårdplaneringar. Tidigare fanns gemensamma möten, kallat; närsjukvårdsforum, mellan Region Skåne och kommuner men dessa försvann vid Region Skånes omorganisation. Nu talas om nya initiativ till att träffas för att lyfta samverkan vid vårdplanering och det finns en stark önskan om *formella organ* att dryfta gemensamma angelägenheter på.

#### 4.2.2 Hur uppfattar aktörerna att samverkan fungerar?

Den allmänna uppfattningen är att samverkan mellan sjukhusen och kommunerna till den största delen fungerar bra. Samverkan behöver dock förbättras framförallt när det gäller de svårare fallen och där det uppstår diskussioner huruvida patienten är utskrivningsklar eller inte.

Även för högt ställda förväntningar på liksom bristande kunskap om den andra aktören kan försvåra samarbetet. Bland de intervjuade finns exempelvis synpunkten att de olika förutsättningarna för samverkan mellan sjukhus och kommun kan försvåra uppnåendet av vad som är bäst från patienten. (Citat) *”Kommunen lever både efter socialtjänstlagen som är en rättighetslag men även hälso- och sjukvårdslagen som är en behovslag. De blandar ihop lagrum. Ett område som kan vara svårt att förstå när man inte är insatt i ämnet är vad man är skyldig att göra. Lite geografisk tradition finns men det är även personberoende. Det kan också handla om hur aktiv vårdcentralen är och hur långt det är från sjukhuset. Det uppges också slå igenom hur erfarna och trygga kommunens medarbetare är, exempelvis hur ofta de ringer ambulans eller ej.*

Vad beträffar psykiatrin nämns av intervjuade både i kommun och Region att där finns utvecklingsbehov. Det har framkommit att den psykiatriska kompetensen i kommunerna är otillräcklig. Samverkan kring de psykiatriska patienterna försvåras av att arbetet kringgärdas av mycket sekretess och att det ofta saknas tydliga vårdplaner för denna patientgrupp.

En vanlig uppfattning är att primärvården inte medverkar i samverkan och vårdplanering i önskvärd utsträckning. Primärvården hävdar å sin sida att det med rådande låga läkartillgänglighet är omöjligt att fysiskt delta i SVPL på sjukhuset. (Citat) *”Vi måste prioritera vad vi ska göra och vad som är viktigt, vi har svårt att få ihop vardagen som det är”*. Intervjupersoner nämner vidare att vårdcentraler verkar godkänna att de tar över ansvaret för en patient utan att veta vilket behov patienten har. Det finns exempel på att kommunens sjuksköterska ifrågasätter om primärvården klarar av en patient som skrivits ut och det finns även exempel på att läkare i primärvården i efterhand nekar ta emot patient som de tidigare godkänt.

Det har även framkommit att läkare vid vårdcentraler avböjer att ta såväl det medicinska ansvaret som koordinations-/samordningsansvaret för utskrivna patienter även om de är listade på vårdcentralen i fråga.

#### *Finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?*

Intervjupersoner menar att det enligt styrdokumentet finns en tydlighet i hur parterna ska agera. Däremot skiftar tillämpningen. (Citat) *”Innerst inne vet nog alla vad de ska göra men man mäktar nog inte med”*.

Andra menar att rollerna inte är tydliga och säger att kommunens uppfattning är att läkarna inte förstår att vårdplanering handlar om att slutenvården lämnar över det medicinska ansvaret till primärvården

och inte till kommunen. (Citat) ”Så länge den uppfattningen finns är det svårt att få till en bra övergång”. Kommunföreträdare menar att det medicinska ansvaret för kommunen blir större än vad som är tänkt. Region Skånes omorganisationer uppges ha överskuggat arbetet med att vårda relationerna med kommunerna och policydokument har tappats bort under vägen. Det är orsaker som även påverkat kommunen. När det gäller rehabilitering kan det vara otydligt var gränserna mellan parternas ansvar går. Det gäller till exempel vad som gäller för specialiserad rehabilitering.

Inom psykiatri är samverkan med primärvården mindre problematisk än inom den somatiska vården enligt intervjupersonerna. Detta beror främst på att utskrivningsklara patienter inom psykiatri antingen tillhör kommunen eller psykiatri och det är därmed ganska sällan som aktörerna har diskussioner om gränssnitt.

#### *Följs samverkan upp?*

När samverkan brister finns möjlighet att göra avvikelserapporter. Det görs i varierande grad.

Inom kommunerna är MAS ansvarig för att avvikelser skickas till den det berör. I flera fall anges att återkoppling från sjukhus eller primärvården inte sker vilket kan bero på flera orsaker. En del menar att det inte känns motiverat att göra avvikelserapporteringar kring samverkan eftersom det så sällan leder till uppföljning och respons. Vissa sjukhuskliniker lyfts fram av kommunerna som bra på återkoppling medan andra sällan responderar. Intervjupersoner säger att avvikelser generellt skulle kunna vara en bra källa till att förbättra samverkansarbetet.

Inom Region Skåne skickas avvikelser till närmsta chef. På vissa håll fungerar avvikelseinstrumentet bättre. Hur det fungerar anges till stor del vara personberoende.

#### *Vilka gemensamma insatser görs?*

Utöver den lagföreskrivna samverkan sker få gemensamma insatser mellan Region och kommun.

Mobila team finns på några håll i Region Skåne. Till exempel finns två team vid Hälsostaden i Ängelholm. Teamen är ett akutteam och ett primärvårdsteam för kroniker. Det är ett gemensamt åtagande mellan kommunen och Region Skåne. I teamen ingår en sjuksköterska med mandat att fatta biståndsbeslut samt en läkare och sjuksköterska från Hälsostaden. Till dessa kan kommunen ringa och be om hembesök samt ge råd till personal om boendeenheter. Teamen upplevs som positiva och bidrar till att skapa trygghet för patienten och berörd omsorgspersonal.

Ett annat exempel är det under 2013 initierade projektet ÄMMA (Äldre i Malmö Mobilt Akutteam). Bakgrunden var en undersökning på medicinavdelningarna på Skånes Universitetssjukhus 2012 om hur stor andel av patienterna som inte hade behövt läggas in på sjukhus om adekvat medicinskt stöd hade kunnat erbjudas i ordinarie boendemiljö. Av 265 inlagda klassificerades 17 procent som ”undvikbara” enligt uppsatta kriterier. Endast en tredjedel av dem som bedömdes som undvikbara hade genomgått läkarbedömning innan de kom till sjukhuset. I samarbete med SUS internmedicinska klinik, primärvården och Malmö Stad har ett arbetssätt utarbetats där äldre kan bedömas i hemmet vid akut sjukdom, där det inte är uppenbart att inläggning behövs. Samverkan sker genom insats i hemmet eller det särskilda boendet. Primärvården kan om så bedöms motiverat kontakta ÄMMA-teamet för sina äldrelistade patienter.

### 4.2.3 Vårdplanering

För att en vårdplanering ska kunna ske måste alla tre aktörer godkänna kallelsen. Vid vårdplaneringstillfället ska det medicinska ansvaret för vården övergå till den öppna vården. De särskilda SVPL-team som finns i ett flertal kommuner har som enda uppgift att arbeta med vårdplaneringar. I teamen kan ingå biståndshandläggare och arbetsterapeut men även sjuksköterska och sjukgymnast. Efter att vårdplaneringsmötet ägt rum görs en utredning om brukarens behov och därefter sker överlämning till brukarens ordinarie biståndshandläggare.

På vissa kliniker på sjukhusen finns också vårdplaneringsansvariga. I de fall sjukhusen har SVPL-ansvariga är det kommunernas erfarenhet att vårdplaneringarna är väl förberedda vilket underlättar de kommunala biståndshandläggarnas arbete.

Den tredje parten som ska medverka vid vårdplanering är primärvården. Det hävdas, enligt många intervjupersoner, att vårdcentralerna godkänner kallelse till vårdplanering men sällan deltar vid dessa möten. Brist på tid är den vanligaste förklaringen. (Citat) ”I rådande utformning av lagen saknas ekonomiska incitament för primärvård att delta i planeringen. Sålunda har vårdplaneringsprocessen i stor utsträckning utvecklats till ett slags tvåpartsförhållande – slutenvård och kommun”.

Det har framkommit att primärvårdens prioriteringar påverkas av ersättningssystemet. I den senaste revideringen av modellen har ersättning för hembesök minskats. En hög täckningsgrad ger också extraresurser vilket ger incitament för att ta fler enkla besök hellre än koordination av komplex problematik.

Många intervjuade i kommunerna beskriver kallelserna till vårdplaneringsmötet som undermåliga och illa förberedda av sjukhusens personal. Konsekvensen blir att möten ofta ställs in. Intervjupersoner i en av de granskade kommunerna informerade om att ett korttidsboende fört statistik över felaktigheter i SVPL-processen från sjukhusets sida. Under oktober månad 2015 rapporterades att 72 procent av kallelserna innehöll fel, främst i form av att information saknades eller var felaktig. Under november månad uppgick siffran till 75 procent. De största problemen uppgavs vara avsaknad av läkarepikriser och felaktiga läkemedelslistor.

#### 4.2.4 System för informationsöverföring

Samverkan vilar på att fyra dokument skickas mellan de tre aktörer som initialt är inblandade när brukare blir patienter och ligger inne på sjukhus. I dagsläget är det slutenvårdens ansvar att dessa dokument skickas till öppenvården och kommunens biståndshandläggare.

De fyra dokumenten är:

- inskrivningsmeddelande som ska skickas när en patient blir inskriven på en avdelning, det är
- kallelse till vårdplanering som även ska godkännas av de andra två och som även ska godkännas av patienten samt
- utskrivningsmeddelandet som meddelar att patienten är utskrivningsklar.
- vårdplan som ska signeras av alla parter

Utskrivningsinformation ska överföras till nästa vårdenhet (exempelvis ansvarig läkare i primärvård, sjuksköterska i kommun) senast samma dag<sup>15</sup>. Här upplever intervjupersonerna ofta att det brister och kontakt måste oftast tas mellan vårdenheterna för att säkerställa informationen.

I det allra flesta fall skickas dokument digitalt och om det saknas per fax. Det gemensamma IT systemet ”Mina planer” nyttjas mellan aktörerna. Enligt intervjupersoner fungerar detta system ganska bra. Viss kritik mot denna samverkan är att informationen till kommunen kan komma sent och ibland samtidigt med kallelse till vårdplanering. (Citat) ”Inskrivningsmeddelande från sjukhuset kommer ibland en vecka sent och även i samband med kallelse till SVPL”. Det framhålls enligt kommunala företrädare att det för kommunernas egen planering är viktigt att veta när en brukare ligger inne på sjukhuset.

#### **Faktaruta: IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan sluten vård, närsjukvård och kommunal sjukvård**

Mina planer är Region Skånes och de skånska kommunernas IT-stöd för processerna Samordnad Plan vid Utskrivning (SPU) och Samordnad Individuell Plan (SIP). Med hjälp av IT-stödet kan slutenvård, öppenvård, primärvård och kommun tillsammans planera och säkra den färdigbehandlade patientens hemgång från sjukhuset (SPU) samt upprätta plan för samordningsansvaret för vård och omsorg i hemmet (SIP).

Ett IT-stöd för samordnad vårdplanering infördes i Region Skåne och i samtliga 33 kommuner i Skåne under åren 2010 och 2011 och benämns SVPL-IT. SVPL utgör en delmängd av mina planer. Det sägs fungera bra. Många berörda anser att de får den information de behöver medan andra säger att det finns problem. Det gäller inte tillförlitligheten utan systemet som inte tydliggör kronologin i informationsflödet på samma sätt som den tidigare modellen med blanketter.

<sup>15</sup> Riktlinjer för utskrivningsinformation, Region Skåne, senast reviderad 2013-01-08

Psykiatri Skåne har under 2015 arbetat för att implementera IT-stödet Mina planer. Så kallade superanvändare har utbildats inom kommunerna. Implementeringen har dock inte slutförts då vissa kommuner inte ansett sig redo. Intervjuföreträdare menar dock att faxen som tidigare använts i stället för SVPL inom psykiatrin inte är tillräckligt patientsäkert. Andra företrädare är av uppfattningen att den IT-baserade Mina planer inte är tillräckligt omfattande och inte anpassad för psykiatrin.

NPÖ, nationell patientöversikt, som potentiellt ger legitimerad personal i kommunen möjlighet att efter samtycke ta del av patientens information används av åtta av Skånes kommuner. NPÖ har utvecklats vid SKL med ekonomiskt stöd från staten.

Inom Region Skåne finns flera olika system som inte kommunicerar med varandra. Idag används Melior och PMO (Profdoc Medical Office). PMO är det journalsystem som används av ackrediterade vårdcentraler. Den öppna specialistvården kopplad till sjukhusen använder däremot Melior. Melior används även av ASiH. Systemen kommer att ersättas 2017 av Melior plus. Företrädare för Region Skåne uttalar att det vore önskvärt att kommunerna skulle vara med i samma system.

#### Utskrivningsinformation

Enligt nationella erfarenheter är den vanligaste enskilda orsaken till vårdskador missar i kommunikationen vid vårdövergångar. När det gäller muntlig kommunikation mellan vårdgivaren och patienten visar forskning att upp till 80 procent av medicinsk information glöms bort omedelbart och 50 procent av all information missförstås.

Många intervjuade från kommunerna riktar klagomål mot att sjukhusen brister vad gäller utskrivningsinformation. Det hävdas bland annat att dokumentationen ofta innehåller fel eller saknar viktiga delar. Några citat: *”Utskrivningarna fungerar inte som de ska. Ordinationslistor och läkemedelsepikriser stämmer inte eller saknas. Pappren kommer inte i tid”*. Delvis skylls dessa brister på dålig överensstämmelse mellan Region Skånes och kommunernas datasystem.

Läkemedelslistan måste av patientsäkerhetsskäl vara korrekt i synnerhet när övergångar sker. Studier från Lund visar att var femte läkemedel överförs felaktigt. När utskrivningsinformation i stället skrivs och ges till patient och nästa vårdform i samband med utskrivning så halveras antalet överföringsfel och antalet vårdkontakter minskar<sup>16</sup>. Problemen med läkemedelslistor skapar otrygghet och genererar enligt intervjupersonerna i kommunerna mycket merarbete. (Citat) *”När läkemedelslistor kommer som inte är uppdaterade tar det mycket tid att få ordning på den”*.

Under 2015 genomförde Region Skåne ett kvalitetsförbättringsprojekt för utskrivningsinformation. Syftet var att minska antalet fel och missuppfattningar i vårdens övergångar som idag utgör en mycket stor patientsäkerhetsrisk<sup>17</sup>.

#### 4.2.5 Kvalitetsförbättringsprojektet

Under 2015 genomförde Region Skåne (Avdelningen för Hälso- och sjukvårdsstyrning tillsammans med Region Skånes vårdförvaltningar) ett kvalitetsförbättringsprojekt för utskrivningsinformation.

Inom förvaltningarna har planeringsansvariga tillsammans med chefläkare eller utsedd läkemedelsansvarig läkare och de koordinerande apotekare som anställts för ändamålet sett till att befintliga rutiner gått igenom. Om rutiner saknats har ansvarig verksamhetschef haft som ansvar att se till att det tas fram. Under första halvåret har totalt 1 725 utskrivningsinformationer granskats, fördelat på 74 procent av verksamheterna. Hittills visar projektet att det finns fortsatt stor förbättringspotential både när det gäller kvantiteten och kvaliteten på utskrivningsinformationerna. Rutiner för utskrivningsinformation saknas inom flera verksamheter. En del av förbättringsarbetet har därför blivit att utarbeta, revidera och implementera rutiner.

En partssammansatt utbildning anordnades av Region Skåne 2014 där tvärorganisatoriska team bland annat identifierade vilka risker som finns i vårdens övergångar<sup>18</sup>. Dessa identifierades som:

---

<sup>16</sup> Midlöv et al, PWS 2008

<sup>17</sup> [Vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete](http://Vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete)

<sup>18</sup> Region Skåne: Riskanalys vid vårdens övergångar



- Aktuell läkemedelslista vid vårdens övergångar
- Hemgång från sjukhus till ordinärt boende
- Informationsöverföring mellan vårdgivare; sjukhus och kommun
- Riktlinjer gällande medskick av läkemedel från Navet till korttidsboende och från korttidsboende till Navet.

Inför 2016 kommer ett system för distanskommunikation och möten på distans att finnas tillgängligt vid fler vårdcentraler och då underlättar det för primärvården att vara med på vårdplaneringar och få samma information om patient/brukare. Systemet baseras på ett pilotprojekt mellan SUS och Lunds kommun (primärvården ej inkluderad). Resultatet visade att patienterna överlag inte har något emot att vårdplanering sker via distansmöte när tekniken fungerar. För patienter med kognitiv svikt däremot blir ett sådant möte allt för abstrakt och ett personligt möte är mer lämpligt. Kommunen är positiv då deras förväntningar gällande insparade resor och minskad tidsåtgång infriades. Dessutom blev vårdplaneringarna bättre förberedda från slutenvårdens sida. Patienterna upplevdes som mer välinformerade och de var mer delaktiga under mötet som förklaras av en bättre mötesstruktur som gav tydligare talarutrymme. Systemet bedöms i förlängningen kunna ge en snabbare vårdplaneringsprocess med kortare vårdtider.

## 5 Erfarenheter från medborgare

Denna sammanställning bygger på tre källor: en workshop med nio deltagare från Centrala Pensionärsrådet, fyra enskilda intervjuer med personer som nyligen skrivits ut från sjukhus samt ett intervjuunderlag från Centrala Pensionärsrådet rörande personer med egna erfarenheter av vården och omsorgen.

### *Workshopen*

Ramverket i workshopen utgjordes av de fem dimensionerna i patientcentrerad vård och omsorg: Delaktighet, Helhet, Kontinuitet, Information och Samverkan.

När det gäller *delaktighet* kopplar deltagarna främst till anhörigas roll. Flera menar att anhörigas delaktighet i vården är av godo, men att det finns risk för att dessa utnyttjas genom icke-avlönat och icke-pensionsgrundande arbete. De som har anhöriga på andra orter än den egna befarar att det kan uppstå dåligt samvete med svårigheter att rent tidsmässigt kunna hjälpa till. (Citat) ”70 procent av vården sköts av anhöriga eller vänner – men det får inte bli en belastning”. ”Man lägger över vården på anhöriga”.

Begreppet *helhet* kopplas till att geriatriker har helhetskunskap om äldres sjukdomar. (Citat) ”Därför borde det utbildas fler geriatriker”. Deltagarna anser att alla läkare borde ha kunskap om äldres sjukdomar och även om depressioner. Dessvärre har geriatriker blivit en yrkeskår med låg status och många går i pension.

Stafettläkare är ett annat område som väcker engagemang: Det blir inte bra med stafettläkare eftersom det blir brister i helheten.

*Information* är viktigt, menar deltagarna som dock har skilda erfarenheter, från positiva till negativa. En del tycker att informationen fungerar bra och det finns läkare som vill väl och som ger ordentlig information. Region Skånes ”bok” om information omnämns positivt. Biståndshandläggare sägs också vara rätt så duktiga på att informera. Andra menar att det är svårt att få information. (Citat) ”Man får skaffa sin information själv och det blir problem för dem som inte har dator”. Flera menar också att sjukhusen har skyldighet att lämna information och tycker att det ska vara en policyfråga. Ett exempel på otillräckligt kommunicerad information är att patienten inte ska åka till akuten utan besöka vårdcentralen i stället.

*Kontinuitet* anses svårt att uppnå eftersom tiden på sjukhus överlag är för kort och det leder till brister i kontinuiteten. Det finns inte heller tillräckligt många platser på sjukhusen och ibland inte heller på korttidsboenden. (Citat) ”Det borde införas en mellanform, typ sjukhushotell”. Andra tror i stället att om de fått stanna ytterligare 2-3 dagar på sjukhuset, så skulle det fungera utmärkt att komma direkt tillbaka till det egna hemmet. En erfarenhet är (citat) ”Bara man kommer in (på sjukhuset) så fungerar det”.

En erfarenhet är svårigheten att få kontakt med sjukvården och man som enskild får *ligga på* för att få boka tid. (Citat) ”Det är skillnad mot tandläkare – dit kallas man. Det vore mycket bättre”.

*Samverkan* handlar framförallt om vårdplanering och hur slutenvården, primärvården och kommunerna samverkar vid utskrivning. Läkemedelslistor är inte alltid uppdaterade och korrekta vid utskrivningen från sjukhuset. Flera säger (citater) ”att det är så och så med vårdplaneringen”. Ibland fungerar den utmärkt. Men andra gånger skickas folk hem utan vårdplanering eller direkt till särskilt boende utan att de fått veta det. En person som legat på sjukhus fick besked om att utskrivningen (citater) ”ska ske så fort som möjligt. Bilen är redan beställd. Sitt utanför och vänta”. Andra erfarenheter är (citater): ”Om hemtjänsten fungerar bra så grejar sig resten”.

#### *Enskilda intervjuer med fyra personer*

Personerna A och B har, efter utskrivning från sjukhuset, vistats på korttidsboende. *Person A* är kritisk till både till hemtjänsten och till sjukhuset. Han anser att hemtjänsten inte skött sitt uppdrag hemma hos honom på ett riktigt sätt. Bland annat råkade han ut för en olycka, låg på sjukhus en längre tid och kom sedan till korttidshem. Därifrån skrevs han ut till hemmet snabbare än han själv önskade. När han kom hem (citater) ”utan att klara något” fick han hemtjänst igen. Personalen följde enligt honom inte biståndsbeslutet. Han är även missnöjd med sjukhusvården som inte heller fungerat som den borde. (Citater) ”Det hänger helt på personerna. Det fungerar inte i övergångarna”. *Person B* uppger sig ha haft de bästa erfarenheter av sjukhuset och korttidshemmet. Nästa steg är vårdplanering då resten av familjen deltar. Hjälpmedel finns redan hemma.

Personerna C och D hade någon månad innan intervjun skrivits ut från sjukhus till sitt hem. *Person C* har opererades för tumör med bakterieinfektion som påföljd. När hon skrevs ut kunde hon inte gå. Väl hemma möttes hon av ett (citater) ”jättebra team på fem personer” från kommunen. De hade med sig hjälpmedel. Hon fick även besök av en läkare från primärvården. Efter mycket träning och hjälp kan hon drygt två månader efter operationen gå igen. (Citater) ”Jag fick all hjälp jag behövde och det fungerar jättebra”. *Person D* blev sjuk utomlands och transporterades med flyg till sjukhuset. Hon fick en dag i förväg veta att hon skulle skrivas ut till hemmet. Väl hemma kom vårdteamet från kommunen och hade med sig alla hjälpmedel. Den första veckan kom de flera gånger om dagen och efter några veckor klarade hon sig med stöd från anhöriga. Innan vårdteamet släppte henne kom de en sista gång och kontrollerade att allt fungerar. Hon är mycket nöjd och avslutar intervjun med två synpunkter som rör sjukhuset: (Citater) ”Det var dålig städning, särskilt på toaletterna” och ”Det var fantastiskt god mat på sjukhuset”.

#### *Sammanfattning*

Nio personer från Centrala Pensionärsrådet och fyra personer med egen aktuell erfarenhet av att ha legat på sjukhus har både likartade och skilda erfarenheter av vården och omsorgen - från mycket nöjda till mycket missnöjda. Deras beskrivningar stämmer väl med några av frågorna i denna granskning: komplexiteten i att skapa ”sömlösa övergångar” mellan vård- och omsorgsgivare, vårdtiderna på sjukhusen som flera tycker är för korta, personalomsättning och brist på läkare i allmänhet och geriatriker i synnerhet.

*Informations- och kommunikationsfrågorna* är viktiga - inte minst mot bakgrund av att de äldre är en växande grupp i befolkningen. Det rör bland annat sambandet mellan förväntningar och verkliga förhållanden. Förståelse för vårdens och omsorgens reella förutsättningar gör det lättare att anpassa de egna förväntningarna till vad som är en möjlig nivå i vården och omsorgen. En annan infallsvinkel är relationen mellan att få vård och omsorg eller att sköta den själv.

En komplikation är att en stor grupp äldre inte är uppdaterade med teknikutvecklingen och därmed står utanför de nya sätten att kommunicera med vården och omsorgen: möjligheterna till att få kontakt, information, besked, kunna boka tider över nätet. *Helhet* och *kontinuitet* hänger intimt samman när det gäller patient- och brukarcentrerad vård och omsorg. Dessa begrepp kan knytas till smidiga vård- och omsorgsövergångar och stabilitet, framförallt i läkarkåren samt tillgång till geriatriker.

## 6 Slutsatser och övergripande revisionsfråga

### 6.1 Svar på enskilda revisionsfrågor

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

*Fråga 1. Hur ser situationen ut för medborgarna i Skåne vad gäller utskrivningsklara patienter? Behandlas medborgarna lika beroende på var man bor eller var man varit behandlad? En kartläggning ska göras av hur utskrivningsklara patienter behandlas i respektive kommun och på respektive sjukhus.* Region Skåne och kommunerna i länet har överenskommit om ett gemensamt regelverk för utskrivning av patienter som ska tillämpas i hela Skåne. De skånska sjukhusen arbetar enligt samma grundprinciper när en patient har bedömts som utskrivningsklar. Beslutet om när en patient är utskrivningsklar är medicinskt betingat och tas av läkare.

Med stöd av överenskommelser och lokala avtal anses SVPL-processen fungera ganska väl inom psykiatri även om det finns en historia och kultur kopplat till varje kommun gällande samverkansmöjligheter. Kortare vårdtider inom psykiatri ställer högre krav på kompetens bland kommunerna och primärvården.

Nationella uppföljningar indikerar att processen för utskrivningsklara patienter fungerar snabbare i Skåne än i riket i genomsnitt. Den samlade bedömning som görs av intervjuade både i Region Skåne och i kommunerna är att utskrivningsprocessen i allmänhet fungerar bra. Kommunerna är dock mera nöjda med hur de mindre sjukhusen har organiserat sitt utskrivningsarbete, medan de större ådrar sig mer kritik. Flera hinder för en smidig process och ytterst faktorer som medverkar till att utskrivningen kan fungera olika för olika individer har påtalats. Det kan till exempel hänga samman med personalbrist och personalomsättning inom Region Skåne liksom i vilken grad primärvården deltar i vårdplanering. Även kommunernas tillgång till korttidsplatser och rutiner spelar in.

Vår bedömning är att det regelverk som utformats för utskrivningsarbetet inom Region Skåne är ändamålsenligt. För en enhetligare tillämpning bör en tydligare prioritering av utskrivningsarbetet anges från respektive sjukhusförvaltningsledning och även omfatta primärvården. Primärvårdens koordinationsansvar uppfattas av många kommuner som oklar.

*Fråga 2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter?*

I kraft av det existerande regelverket finns det en tydlig rollfördelning mellan aktörerna om vad som förväntas av parterna i samverkan. Flera samverkansorgan existerar på olika nivåer mellan kommunerna och Region Skåne. Flera av dessa anses i praktiken ha en oklar roll och det har framkommit att det framförallt från kommunerna finns en önskan om samverkansorgan med starkare formella möjligheter att hantera oklar problematik som uppstår i det dagliga arbetet. Organisationsförändringen inom Region Skåne – Skånevård 2.0 – innebar förändringar i redan upparbetade samarbeten vilket resulterat i lägre effektivitet i samarbetet kring patienten. En framgångsfaktor är de verksamheter inom sjukhusen och kommunerna som har utsedda SVPL-personer. I dessa fall sker samarbetet smidigare.

Vår bedömning är att det bör undersökas om det är möjligt att stärka och tydliggöra de lokala nätverken för samverkan och hantering av gemensamma frågeställningar.

*Fråga 3. Vilka lagar, regler och överenskommelser finns gällande utskrivningsklara patienter och följs dessa?*

Det finns flera lagar liksom riktlinjer från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket som reglerar utskrivning från slutenvård, överlämnande av ansvar och läkemedelshantering. Gällande överenskommelse som baseras på detta nationella regelverk finns mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne.

Vår bedömning är att utskrivningsförfarandet av patienter från slutenvård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Lagarna, reglerna och överenskommelserna är väl kända av samverkande aktörer kring utskrivningsklara patienter. Däremot finns olika tolkningar i överenskommelsen mellan Region Skåne och några av kommunerna som får till följd att handhavandet av utskrivningsklara patienter kan variera inom Skåne.

*Fråga 4. Finns det system som stödjer en tillförlitlig informationsöverföring mellan Region Skåne och kommunerna?*

Det finns ett gemensamt IT-stöd för samordnad vårdplanering, SVPL - Mina planer, för att underlätta samverkan i utskrivningsprocesserna. I granskningen har det framkommit att systemen i huvudsak fyller sitt ändamål, men att brister i handhavandet och i utskrivningsinformation är ett fortlöpande problem för parterna.

Psykiatrin har stor erfarenhet av samordnad individuell plan (SIP) men i jämförelse med somatiken har psykiatrin inte kommit lika långt med användningen av IT-verktyget Mina planer. Psykiatrin upplever svårigheter att kommunikationen sker till rätt handläggare inom kommunen.

Vår bedömning är att systemen för informationsöverföring är på väg att bli allt mer tillförlitliga, patientsäkra och användarvänliga. Däremot brister det i vissa fall i iakttagandet av de beslutade rutinerna från såväl primärvården som sjukhusen, bland annat i form av signering, vilket förorsakar merarbete för berörd personal.

*Fråga 5. Hur uppfattar aktörerna att samverkan fungerar?*

Vår bedömning är att aktörerna uppfattar att samverkan fungerar väl i en övervägande del av alla utskrivningsprocesser. I de fall samverkan fungerar mindre bra är det ofta fråga om de mest sköra och utsatta patienterna. De brister som existerar förorsakar parterna mycket merarbete. Det finns brister i insikt och förståelse av det gemensamma regelverket.

*Fråga 6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården?*

Vårdplanering sker alltid i formell mening när patienter skrivs ut från sjukhusen men formerna skiftar inom och mellan sjukhus, liksom mellan kommunerna. Förutom de möten som sker på sjukhusets avdelning finns exempel på telefonmöten, distansmöte (tvåpartsmöten) eller möten i hemmet efter patientens hemgång. En tydlig framgångsfaktor för en effektiv vårdplanering är att bägge parter har utsedda personer eller team som svarar för vårdplaneringen. En framgångsfaktor kan även vara att utveckla möjligheterna till att delta via länk och distansmöte för de tre parterna.

Förutom patienten och/eller närstående bör vårdplaneringen inkludera parter från sjukhus, primärvård och kommun. Det har framkommit att primärvården deltar i begränsad omfattning och ofta endast forma. Även slutenvårdens läkare deltar sällan aktivt vid vårdplanering.

Vår bedömning är att det finns behov av att se över den tillämpning av reglerna för vårdplanering som sker inom Skåne. Ett tydligare och mer enhetligt regelverk behöver implementeras för en bättre och mer patientorienterad utskrivningsprocess.

*Fråga 7. Hur påverkas sjukhusvården av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård?*

Hur sjukhusvården påverkas av tillgången till kommunernas korttidsplatser eller hemsjukvård beror på vilka rutiner som tillämpas och hur samverkan bedrivs mellan sjukhusen och kommunerna. Det finns sjukhus i Skåne som har omfattande problem med vårdplatstillgång och där särskilda korttidsplatser upphandlats utanför sjukhusen för de patienter som inte längre behöver sjukhusens resurser. Patienter som ur sjukhusets perspektiv bedöms som "klara" tar upp platser på sjukhusen.

Sjukhus- och kommunpersonal har ofta olika förväntningar på korttidsplatser och den kompetens som finns att tillgå. Vår bedömning är att de olika förväntningarna gällande kunskap och resurser leder till brister i tillit aktörerna emellan.

*Fråga 8. Finns det en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?*

Enligt vår bedömning skapar den Skånegemensamma överenskommelsen om utskrivningsprocessen en tillräcklig tydlighet om roll- och ansvar. Att så är fallet har bekräftats av intervjupersoner såväl inom Region Skåne som kommunerna.

*Fråga 9. Vilka samverkansformer förekommer och vilka aktörer deltar?*

Samverkan sker på olika nivåer från politisk nivå till den patientnära. Däremellan skiftar formerna på den samverkan som finns. Den allmänna bilden som framkommit i granskningen är att parterna med patientkontakter saknar forum för att diskutera de gemensamma frågorna med personer som har be-

slutsmandat. Det ger utrymme för tolkningar av överenskommelsens regler vilket riskerar föra in en konfliktdimension i det dagliga samarbetet kring patienten.

Vår bedömning är att samverkansformerna behöver förtydligas så att det blir tydligt hur eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå kan hanteras och beslutas gemensamt.

*Fråga 10. Vilka uppföljningar/utvärderingar genomförs av samverkansarbetet och vilka åtgärder genomförs med anledning av resultatet av uppföljningar och utvärderingar?*

Flera för Region Skåne och kommunerna gemensamma utvecklingsprojekt har genomförts under senare år. Dessa omfattar bland annat kvalitetsförbättring, distanskommunikationer och gemensamma team. Det senare sker bland annat i Hälso- och sjukvårdslagen i Ängelholm. Avvikelsehanteringen fungerar bättre inom respektive huvudman, men sämre för det gemensamma samverkansarbetet.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt system för uppföljning och utvärdering av avvikelser som uppkommer i samverkan mellan parterna. I den sannolikt begränsade grad som avvikelser görs, uppfattas uppföljning och återrapportering ske i liten omfattning. Avsaknaden av ett systematiskt avvikelsearbete är en hämsko för förbättringsarbetet.

*Fråga 11. Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?*

Det sker ingen återkommande uppföljning av parternas kostnader för utskrivningsklara patienter. De i denna granskning berörda kommunerna debiterades under 2014 ca 8 miljoner kronor för de patienter som var kvarliggande efter att kommunernas betalningsansvar inträffat. Detta motsvarar ca 1 800 vård-dygn och har endast en marginell betydelse för den ansträngda vårdplatssituation som råder i Region Skåne för närvarande.

Vår bedömning är att det är en brist att ingen av parterna har gjort analyser av vilka kvalitetsbristkostnaderna är, för de utskrivningar som inte följer fastställda regler och rutiner.

## **6.2 Slutsatser och övergripande bedömning**

### *Övergripande revisionsfråga*

Granskningens övergripande fråga är att ur ett patientperspektiv bedöma hur Skånes kommuner och Region Skåne samverkar avseende utskrivningsklara patienter samt redovisa vilka gemensamma insatser som görs och vad resultatet blir av dessa. Granskningen ska vidare visa områden där samarbetet fungerar bra och ger förväntat resultat. Dessutom ska områden där samverkan skulle kunna förbättras, eller inte förekommer, redovisas liksom de eventuella skillnader som finns i olika delar av Skåne. Fokus ska läggas på de skillnader som finns i olika delar av Skåne både på kommunal och på regional nivå.

### *Situationen för patienter/brukare*

Utskrivningsförfarandet av patienter från slutenvård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Grunderna finns i Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen, Betalningsansvarslagen, Lag om samordnad vårdplanering samt riktlinjer från Socialstyrelsen och Läkemedelsverket. Sedan några år tillbaka finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne som reglerar de processer som finns runt patienter/brukare som behöver dessas stöd. Därutöver finns ett gemensamt IT-stöd för samordnad vårdplanering, SVPL - Mina planer, för att underlätta det praktiska handhavandet.

Den grupp som är mest beroende av en välfungerande utskrivningsprocess är de mest sjuka äldre. Denna grupp karaktäriseras av att ha flera olika sjukdomar/funktionsnedsättningar och behov av stora vård- och omsorgsresurser. Det finns cirka 8 000 personer med denna komplexa problematik i regionen. Skåne har under 2015 haft något färre dagar ineliggande utskrivningsklara patienter än övriga landet, cirka 3,8 dagar jämfört med riksgenomsnittet på cirka 4,1 dagar. Det är främst kring psykospatienter som samverkan mellan psykiatri och kommunerna sker. Per 100 000 invånare är ca 300 psykospatienter (i Malmö cirka 2500) varav cirka 10 procent är inlagda.

I granskningen har det framkommit att Region Skåne och kommunerna bedriver ett omfattande samarbete kring utskrivningsklara patienter i linje med de krav som ställs i lag och regler. Utifrån regelverken behandlas patienter lika. I praktiken skiljer sig också förutsättningarna åt på sjukhusen, i primärvården och kommunerna, vilket kan leda till olika behandling. Det rör sådant som personalkontinuitet, hur

länge patienten får stanna på sjukhuset, hur processen kring samordnad vårdplanering fungerar, tillgången till platser korttidshem och särskilt boende och vilka resurser som finns i primärvården.

Vårdplanering är ett av nyckelområdena för en patientcentrerad utskrivningsprocess. Enligt vad som framkommit är resultatet av den vårdplanering som bedrivs i Skåne oftast bra för de enskilda medborgarna. I de kontakter som vi haft med medborgare i granskningen framkommer skiftade synpunkter, bland annat beroende på förväntningar och erfarenheter, från positiva till negativa.

#### *Samverkan mellan huvudmännen*

Organisationer samverkar och människor samarbetar.

Vardagen hos vårdaktörerna kännetecknas många gånger av hög arbetsintensitet och komplexitet. En enda avdelning på ett sjukhus kan under en vecka behöva ha kontakt med alla olika kommuner i regionen och en stor mängd vårdcentraler. En kommun eller vårdcentral har omvänt kontakt med en mängd avdelningar på olika sjukhus. Till detta läggs vårdplatsbrist på sjukhus, ibland köer till korttidsboenden och särskilda boenden i kommunerna och omsättning på läkare i primärvården.

Övergångarna mellan vårdgivare uppges av kommuner fungera bra på de mindre sjukhusen och när det finns SVPL-team på sjukhusen, men mer skiftande hos de större och mer komplexa organisationerna.

I vardagsarbetet förekommer ganska många situationer som leder till frustration och tidskrävande merarbete. Exempel på detta är kallelser som kommer långt innan patienten är utskrivningsklar, underlag som saknas, kallelser som makuleras sent, läkemedelslistan som inte är uppdaterad eller finns i flera versioner.

Omsättning av personal på sjukhus och i primärvården försvårar ett smidigt samarbete. Ofta saknas medverkan från primärvården. Vi konstaterar att samverkan både finns och inte finns på både högre och lägre nivåer. Samverkansöverenskommelser betyder mycket för god samverkan, men kräver kontinuitet av människor som bär upp den. Samverkan riskerar att lösas upp av hög personalomsättning.

Trots dessa omständigheter fungerar samverkan och arbetet kring patienterna i allmänhet bra. Personalen hanterar situationerna så att patienterna inte ska drabbas.

Där det fungerar mindre bra är personalomsättningen hög. Det försvårar möjligheterna att få överblick och ta personligt ansvar. I dessa fall riskerar olika verktyg snarast att bli en belastning och grund för irritation. Att det inte sker fler incidenter med risker för brukare/patienter har sin grund i att medarbetare närmast dessa har så mycket klokskap att de slår larm när något inte verkar stämma i t ex läkemedelslistan. Det är dock en osäker modell för riskhantering i långa loppet.

Det som kännetecknar områden där det fungerar bra är framför allt:

- kontinuitet i personal
- liten skala
- nätverk över huvudmannagränser

Där det fungerar sämre framträder följande karaktäristik:

- många vård- och omsorgsgivare
- storskalighet
- misstro mellan företrädare för olika huvudmän

#### *Samlad bedömning*

Det finns en tydlighet i avsikt och ambition från aktörerna i att åstadkomma en säker och patientorienterad utskrivningsprocess. Styrdokumentet fungerar i sig väl och uppfattas som ett stöd. I ett nationellt perspektiv fungerar arbetet i Skåne relativt väl.

I granskningen har samtidigt framkommit att det i viss omfattning sker avsteg från de överenskomna arbetsformerna bland annat för att alla berörda aktörer från Region Skåne inte aktivt medverkar i vårdplaneringsarbetet, att det finns brister i läkemedelslistor och annan utskrivningsinformation samt att samverkan kring de psykiatriska patienterna försvåras av att arbetet kringgärdas av mycket sekretess och att det ofta saknas tydliga vårdplaner för denna patientgrupp. I praktiken förekommer också skillnader som beror på arbetets förutsättningar, till exempel personalomsättning, vid de samverkande enheterna.

Dessa brister som är allvarliga ur ett patientsäkerhetsperspektiv leder även till onödigt merarbete och ineffektivitet. Vår bedömning är att Region Skåne har anledning att se till att denna fråga ges högre prioritet. Det saknas bland annat lokala fora där parterna på ett strukturerat sätt utvärderar och utvecklar samverkan och samsyn.

#### *Förbättringsområden*

I samband med granskningen har följande förbättringsområden identifierats.

- Ett tydliggörande av ansvaret för utskrivningsprocessen inom sjukhusen och primärvården behövs för att i ökad utsträckning kunna garantera patienterna en likvärdig hälso- och sjukvård.
- Ett tydligare ledningsstöd genom hela linjen i Region Skåne liksom gemensamma utbildningsinsatser för alla tre parter (primärvård, slutenvård, kommuner) så att vårdplanering enligt riktlinjerna behöver säkerställas. Introduktionsinformation om vårdplanering för nyanställd legitimerad personal bör säkerställas.
- Primärvårdens medicinska respektive koordinationsansvar för listade patienter som skrivs ut från sjukhus bör klargöras.
- Bättre logistisk planering vid utskrivning bör åstadkommas så att de fyra dokumenten i SVPL hanteras enligt avsedd ordning - ett fundament för patientsäkerhet. Särskilt fokus bör ägnas läkemedelslistor med skärpta krav på signering.
- Gällande psykiatri bör implementering av IT-stödet *Mina planer* ske i samverkan med kommunerna.
- En tydligare modell för själva vårdplaneringstillfället behövs för att ge vårdplaneringen ökad legitimitet. En strukturerad modell för partsammansatta utbildningar föreslås inom området för att öka förståelsen för det gemensamma åtagandet.
- Ett mer systematiskt arbete med avvikelshantering från Region Skånes och kommunernas sida behövs. Vidareutveckling av enkla och snabba signalsystem bör ske för att uppmärksamma och hantera brister.
- Region Skåne bör göra systematiska analyser av kvalitetsbristkostnader som hänger samman med förekommande brister och fel i utskrivningsprocessen.
- Formerna för patientnära samverkan bör förtydligas så att eventuella osäkerheter och tvister löpande hanteras och beslutas gemensamt mellan Region Skåne och kommunerna.

## Bilaga - Intervjulist

Följande personer har medverkat vid djupintervjuer eller medverkat i den workshop (13/1 2016) som genomförts inom ramen för granskningen.

Maria Andell, Helsingborgs stad  
Anna Andersson, Region Skåne  
Inger Andersson, Bromölla kommun  
Emma Andreasson, Burlövs kommun  
Peter Andreasson, Vellinge kommun  
Maria Appelgren, Höör kommun  
Annika Atterlid Olsson, Höör kommun  
Manieh Azimi, Höör kommun  
Gisela Beckman, Bromölla kommun  
Caroline Bengtsson, Region Skåne  
Teresia Bengtsson, Lunds kommun  
Helene Bergelin, Helsingborgs stad  
Susanne Berggren, Lunds kommun  
Katarina Bergman, Bromölla kommun  
Madeleine Blecher, Lunds kommun  
Anette Branning, Höör kommun  
Carina Byrlén Roos, Burlövs kommun  
Izabella Carlsson, Ängelholms kommun  
Stina Cederhag, Helsingborgs stad  
Mette Davidsson, Kristianstad kommun  
Hanna Edström, Vellinge kommun  
Marie Ekstrand, Lunds kommun  
Lena Fazel Rydberg, Ängelholms kommun  
Eva Fjelkner, Bromölla kommun  
Anneli Flink, Kristianstad kommun  
Richard Flodfält, Skurups kommun  
Karolina Friberg, Burlövs kommun  
Anna-Lena Fällman, Skurups kommun  
Camilla Fält, Hälsostaden  
Janet Garpeus, Lunds kommun  
Boel Granat, Skurups kommun  
Per Granvik, Region Skåne  
Lisbet Gredfors, Ängelholms kommun  
Dina Gustavsson, Bromölla kommun  
Ann Hansson, Region Skåne  
Birgitta Hansson, Skurups kommun  
Gunilla Haraldsson, Bromölla kommun  
Mona Hirche, Burlövs kommun  
Lena Hjelteng, Höör kommun  
Sara Holmslycke, Bromölla kommun  
Bodil Ivarsson, Region Skåne  
Gloria Jafari, Burlövs kommun  
Lena Jeppsson, Region Skåne  
Cecilia Johansson, Höör kommun  
Marie Juhlin, Region Skåne  
Alexandra Karlsson, Båstad kommun

Inga Kehlheimer, Höör kommun  
Solveig Knudsen-Csongvai, Bromölla kommun  
David Lapifour, Ängelholms kommun  
Susanne Leijon, Lunds kommun  
Ann-Sofie Magnusson, Höör kommun  
Gunilla Marcusson, Östra Göinge kommun  
Eva-Karin Mårtensson, Lunds kommun  
Katja Möller, Burlövs kommun  
Marie Nielsen, Region Skåne  
Christel Nilsson, Hälsostaden  
Gert Nilsson, Kristianstad kommun  
Maria Nilsson Abrahamsson, Kristianstad kommun  
Per Nilsson, Kristianstad kommun  
Ann-Charlotte Nordh, Kristianstad kommun  
Ingrid Nyman, Helsingborgs stad  
Anna-Malin Oddhammar, Lunds kommun  
Lars Olofsson, Region Skåne  
Gitte Olsson, Lunds kommun  
Kristina G. Olsson, Region Skåne  
Magnus Olsson, Båstad kommun  
Emma Palmelin, Lunds kommun  
Emma Palmqvist-Hansen, Kristianstad kommun  
Ann-Christine Persson, Ängelholms kommun  
Marie Persson, Kristianstad kommun  
Christel Petersson, Båstad kommun  
Eva Pettersson, Lunds kommun  
Louise Roberts, Region Skåne  
Nina Rosvall, Skurups kommun  
Gunilla Sandberg, Lunds kommun  
Rose-Marie Sandberg, Region Skåne  
Maja Sandström Olsson, Kristianstad kommun  
Christina Sjödin Carlsson, Lunds kommun  
Karin Sjölin, Höör kommun  
Ann-Christine Sjöstrand, Höör kommun  
Daniel Smedberg, Kommunförbundet Skåne  
Emelie Sundén, Kommunförbundet Skåne  
Mia Svensson Burgaard, Malmö stad  
Maria Tegnér, Kristianstad kommun  
Pernilla Thelaus, Lunds kommun  
Lina Tiger, Lunds kommun  
Ann-Charlotte Törnblom, Skurups kommun  
Thomas Wester, Kommunförbundet Skåne  
Erika Wikander, Lunds kommun  
Katarzyna Wisniewska, Ängelholms kommun  
Sofie Öhman, Bromölla kommun

Dokumentation som analyserats framgår av löpande text och fotnotter.