

## Utskrivningsklara patienter

En granskning av samverkan mellan Lunds kommun och  
Region Skåne

*April 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 .....	10
<b>4</b>	<b>IAKTTAGELSER RÖRANDE GRANSKNINGSFRÅGORNA.....</b>	<b>13</b>
4.1	HANTERING AV UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER .....	13
4.2	SAMVERKAN .....	19
<b>5</b>	<b>ERFARENHETER FRÅN MEDBORGARE.....</b>	<b>24</b>
<b>6</b>	<b>SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA.....</b>	<b>25</b>
6.1	SVAR PÅ ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR .....	25
6.2	SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING .....	28
	<b>BILAGA - INTERVJULISTA .....</b>	<b>30</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, patienter/brukare samt expertis. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden oktober 2015 – mars 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 som reglerar de processer som finns runt patienter/brukare som behöver dessas stöd. Därutöver finns ett gemensamt IT-stöd. I granskningen har det framkommit att Region Skåne och kommunerna i allmänhet bedriver ett omfattande dagligt samarbete kring utskrivningsklara patienter i linje med de krav som ställs i lag och regler.

Utifrån regelverken behandlas patienter lika. I praktiken skiljer sig dock 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 och vilka resurser som finns i primärvården. Region 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. Siffran för Lund var 4,51 dagar.

Samordnad vårdplanering (SVPL) är ett av nyckelområdena för en patientcentrerad utskrivningsprocess. Enligt vad som framkommit är resultatet av den vårdplanering som bedrivs mellan Region Skåne och Lunds kommun oftast bra för de enskilda medborgarna. Situationen i Lund vad gäller vårdplanering med Skånes Universitets sjukhus utmärks ofta av problem i vissa avseenden vilket försvårar kommunens arbete med utskrivningsklara patienter. Det handlar exempelvis om att kommunen blir kallade för tidigt i många fall och att det sällan finns en SVPL-ansvarig på sjukhuset som dialog förs med.

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

## *Samlad bedömning*

I granskningen har det framkommit att Vård- och omsorgsförvaltningen i Lunds kommun samordnar sitt arbete med utskrivningsklara patienter genom ett SVPL-team. Ansvar och roller inom kommunen är tydliga och det finns klara rutiner för hur arbetet ska gå till. Representanter från SVPL-teamet går på vårdplanering på sjukhuset men om det rör enklare insatser kommunicerar aktörerna via telefon eller fax. Vår bedömning är att Lunds kommun arbetar på ett ändamålsenligt och strukturerat sätt utifrån sitt ansvar för utskrivningsklara patienter. Det är angeläget att utveckla och förbättra samverkansrelationerna med Region Skåne, i synnerhet vad gäller Skånes Universitets sjukvård och verksamheterna vid SUS.

## *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 oberoende av var man bor eller var man varit behandlad? En kartläggning ska göras av hur utskrivningsklara patienter behandlas i respektive kommun och på respektive sjukhus.*

Kommunerna och Region Skåne tillämpar en överenskommelse som syftar att trygga att patienterna behandlas lika oavsett bostadsort och behandlande sjukhus. I praktiken kan utskrivningsprocessen vari-

era beroende både av hur Region Skånes sjukhus och kommunerna har organiserat sina resurser. Viktiga faktorer ur ett kommunalt perspektiv är bland annat beredskap i form av korttidsplatser och vård- och omsorgsboende liksom att det finns en tydlig organisation, till exempel ett SVPL-team, för att planera och administrera patienten/brukarens hemgång.

Nationella uppföljningar indikerar att processen för utskrivningsklara patienter i genomsnitt fungerar snabbare i Skåne än i riket. Utskrivningsklara patienter hemmahörande i Lund har, med undantag från Helsingborgs stad, i genomsnitt fler vårddygn än i övriga kommuner som ingår i granskningen. Vår iakttagelse är att utskrivningsprocessen i allmänhet bedöms fungera smidigare från de mindre sjukhusen, såsom Lasarettet i Landskrona och Lasarettet Trelleborg, än från SUS Malmö/Lund. Flera hinder för en smidig utskrivningsprocess har påtalats. Hindren är framförallt personalbrist – mest läkare och sjuksköterskor - och personalomsättning inom Region Skåne men också primärvårdens ofta bristande medverkan i vårdplanering.

Vår bedömning är att Lunds kommun har en välorganiserad process för arbetet med utskrivningsklara patienter som tillgodoser kraven på likabehandling och patientsäkerhet. Utifrån patientens/medborgarens bästa bör kommunen tillsammans med berörda sjukhus och primärvård prioritera och göra gemensamma ansträngningar för att förbättra informationsflödet och kvalitetssäkra informationsöverföringen vid utskrivning.

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

En välfungerande samverkan i utskrivningsprocessen förutsätter ett samspel och god kommunikation mellan fyra parter: patienten/brukaren och eller dennes närstående, sjukhuset, primärvården och kommunerna. I granskningen av Region Skåne har det framkommit brister bland annat rörande utskrivningsinformation och otillräckligt deltagande från primärvårdens sida. Inom den slutna vården har vårdtiderna kortats alltmer samtidigt som brist på vårdplatser och personalomsättning inom sjukhusen satt hög press på utskrivningsarbetet. Det sker i många fall för tidiga kallelser till vårdplanering vilket resulterar i så kallade makuleringar (inställd vårdplanering).

Vår bedömning är att samverkan kring utskrivningsklara patienter har flera brister. Dessa kan i allmänhet inte lastas kommunen. Bägge parter har enligt vår bedömning ett gemensamt intresse och ansvar för att för patienternas bästa utveckla en bättre samverkansprocess som är följsam till den medicinska utvecklingen, vilken bland annat resulterar i kortare vårdtider. I detta ligger ansvar för kompetensutveckling för att motsvara det ansvar som ligger hos respektive huvudman.

#### *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 och dessa är väl kända och följs av Lunds kommun. Däremot finns till följd av stor personalomsättning, främst på SUS, bristande kunskap gällande exempelvis betalningsansvar, vilket leder till onödiga diskussioner och att samverkan och samarbetet blir lidande.

#### *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 och är på väg att bli alltmer tillförlitliga, patientsäkra och användarvänliga. Däremot finns brister vilket leder till parallella informationsvägar såsom IT-system fax och telefon.

Vår bedömning är att både kommunen och Region Skåne har anledning att ytterligare utveckla systemen för informationsöverföring mot smidigare och mer patientsäkra lösningar. Lunds kommun har framgångsrikt deltagit i försök med vårdplanering via distansmöten.

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

Den allmänna bilden i Skåne är att aktörerna uppfattar att samverkan till övervägande del fungerar väl. I de fall samverkan fungerar mindre bra är det ofta fråga om de mest sköra och utsatta patienterna. De

brister som existerar förorsakar dock parterna mycket merarbete. Den bild som framkommit i Lunds kommun stämmer väl överens med situationen i Skåne som helhet.

Vår bedömning är att Region Skåne och Lunds kommun fortlöpande bör diskutera hur formerna för samverkan ska bedrivas och hur den kan förbättras. Huvudmännen som deltar i processen kring utskrivningsklara patienter bör exempelvis öka sin kunskap om varandra.

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

Vårdplanering ska enligt regler och riktlinjer alltid ske när patienter skrivs ut från sjukhuset. Förutom patienten och/eller närstående bör vårdplaneringen inkludera parter från sjukhus, primärvård och kommun. En tydlig framgångsfaktor för en effektiv vårdplanering är att sjukhuset och kommunen har utsedda personer eller team som svarar för vårdplaneringen oavsett om planeringen sker vid fysiska möten eller på distans via länk.

Patientansvarig läkare i slutenvården ansvarar, i enlighet med överenskommelsen, för att ta beslut om att utskrivningsprocessen kan starta och vårdplanering ske. Vid vårdplaneringstillfället deltar de endast i enstaka fall. Normalt delegeras denna uppgift till sjuksköterska.

Det har framkommit i Lund liksom i övriga kommuner som medverkar i granskningen att primärvården deltar vid vårdplaneringstillfällena i begränsad omfattning och ofta endast proforma. Utskrivning från slutenvården innebär att ansvaret överförs till patientens läkare i primärvården. Det medicinska ansvaret kan i särskilda fall kvarstå i slutenvården, medan primärvårdsläkaren förväntas iklä sig samordningsansvaret för hemsjukvården. Det förekommer enligt kommunens företrädare att primärvårdens läkare inte är beredda att ta detta samordningsansvar.

Det har framkommit att det regelbundet uppkommer situationer i samband med utskrivning från sjukhus som leder till risksituationer för patienten och merarbete för Lunds kommun. Det gäller framförallt att nödvändiga skriftliga underlag, inte minst läkemedelslistor och medicinska epikriser, saknas och/eller inte överförs från sjukhusen till kommunen.

Vår bedömning är att det finns behov av att se över den tillämpning av reglerna för vårdplanering som sker mellan Region Skåne och Lunds kommun (och andra kommuner). Ett tydligare och mer enhetligt regelverk som synliggör såväl den slutna vårdens, primärvårdsläkarnas och kommunens ansvar behöver implementeras för en bättre och mer patientorienterad utskrivningsprocess.

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

SUS har under en tid haft omfattande problem med vårdplatstillgång och särskilda korttidsplatser har 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. Patienter från Lunds kommun har innan de kommit hem, vistats på dessa externa enheter.

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 regelverket i 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 Lunds kommun.

Vår bedömning är att arbetet underlättas och rollerna tydliggörs om både sjukhusen och kommunerna har tydliga SVPL-ansvariga team. För närvarande saknas detta vid SUS.

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

Samverkan sker på olika nivåer från chefsnivå till den patientnära. Däremellan skiftar formerna från sjukhus till sjukhus och kommun till kommun. Region Skånes omorganisation, som inleddes 2013, resulterade i nuvarande sjukhusförvaltningar med divisionsindelning. Det finns sedan länge ett organiserat samarbete mellan kommunerna i mellersta Skåne och SUS. Ett problem efter omorganisationen är att det varit hög personalomsättning med bland annat brist på sjuksköterskor som i sin tur lett till kompetensbrist och minskad kunskap kring utskrivningsklara patienter. SUS har drabbats hårdast av detta.

Vår bedömning är att samverkansformerna generellt, även mellan Lunds kommun och regionen, behöver förtydligas så att eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå 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 och distanskommunikationer och gemensamma team. Avvikelsehanteringen fungerar inom respektive huvudman, men har lägre prioritet vad gäller uppföljning och lärande i fråga avvikelser som uppstår i samverkan mellan parterna.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt för Region Skåne och kommunen gemensamt system för uppföljning och utvärdering av avvikelser som uppkommer i samverkan mellan parterna. Avsaknaden av ett systematiskt avvikelsearbete i samverkansfrågor är en hämsko för förbättringsarbetet.

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

Inom den region- och landstingsdrivna hälso- och sjukvården finns generellt ett ifrågasättande av de tidsgränser som gäller enligt nuvarande lagstiftning. Till detta bidrar den medicinska utvecklingen med kortare vårdtider och större andel hälso- och sjukvård som utförs i öppna vårdformer. Det finns även en strävan att föra över de patienter som inte längre behöver sjukhusets resurser till mindre kostnadsintensiva vårdformer.

Enligt Regionens uppgifter erlade Lunds kommun under 2014 ca 866 000 kr för patienter med kommunalt betalningsansvar. Därutöver har kommunen merkostnader på grund av brister i utskrivningsprocesser, bland annat i form av inställda vårdplaneringar. Region Skåne har merkostnader för patienter med kommunalt betalningsansvar där kommunens nationellt fastställda ersättning är lägre än sjukhusets vårddygnskostnad.

Det sker ingen återkommande uppföljning av parternas kostnader för utskrivningsklara patienter eller utskrivningsprocessen. 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:

- Parterna behöver utveckla sin samverkan för ökad samsyn i principiella och praktiska frågor. En utbildning för kommunen och sjukhusen om överenskommelsen och ömsesidiga förutsättningar bör tillskapas.
- De utskrivningsklara patienterna hemmahörande i Lunds kommun har i snitt fler vårddyg än de flesta kommuner som ingår granskningen. En analys bör göras av förutsättningar och konsekvenser av att sänka antalet vårddyg till samma nivå som övriga kommuner.
- Systematisk uppföljning av avvikelserapporter rörande samverkan i utskrivningsprocessen.
- Lunds kommun har anledning att i samverkan med övriga skånska kommunerna och Region Skåne verka för en utveckling av systemen för informationsöverföring både för ett smidigare arbetssätt och en ökad patientsäkerhet.
- Utvecklingen, bland annat i form av kortare vårdtider, har över tid inneburit högre kompetenskrav på den kommunala hälso- och sjukvården. Utvecklingen kommer sannolikt att fortsätta varvid det är angeläget för kommunen att säkerställa tillgång till relevant kompetens.



- Det finns sannolikt en effektiviseringspotential i utskrivningsprocessen hos båda huvudmännen. Analys av uppkomna kvalitetsbristkostnader kan vara en väg för att dels gemensamt, dels var för sig identifiera effektiviseringsmöjligheter.

## 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~~ **oberoende av** 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 genomförts med 91 personer från Region Skåne, Kommunförbundet Skåne och de nio aktuella kommunerna. Intervjuerna i Lunds kommun omfattade 16 personer.

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. Projektledare och kontaktpersoner från revisorskollegiet i Region Skåne har varit Helena Olsson och Greger Nyberg. I Lunds kommun har medicinskt ansvarig sjuksköterska Susanne Leijon varit kontaktperson.

## 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. Det finns 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 storkonsumenter 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 slutenvård 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 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 landsting/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.

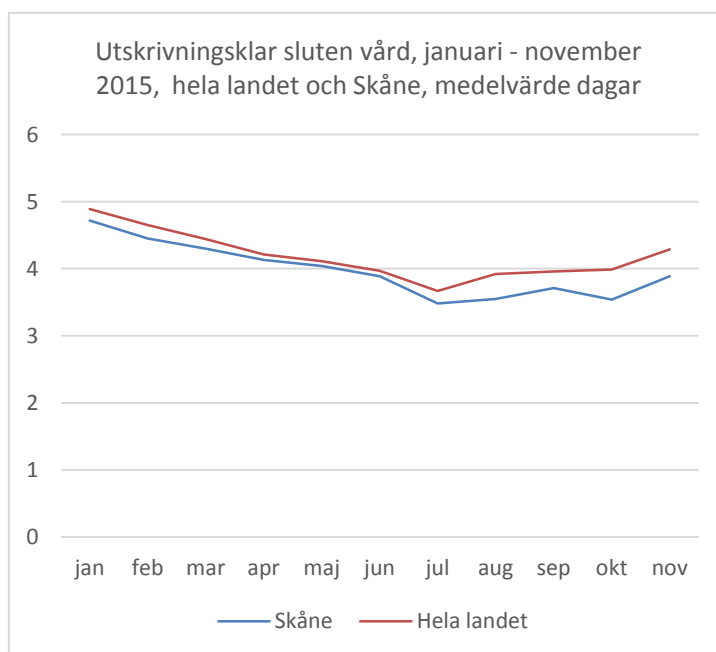
Diagrammet till höger beskriver hur genomsnittet sett ut under perioden januari – november 2015 för hela landet och Skåne. Av diagrammet framgår att Skåne fortsättningsvis under 2015 har något färre dagar inlagda utskrivningsklara patienter än övriga landet.

## 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.*
  - *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.*



<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 tolkning av resultaten

- 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 slutna vård” (SOSFS 2005:27). Föreskrifterna beskriver vilka rutiner som ska tillämpas vid samverkan, vårdplanens innehåll, innehåll i utskrivningsmeddelande samt grunder för överföring av information vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård.

#### 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<sup>3</sup>. 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/brukaren i den gemensamma vård- och rehabiliteringsprocessen. Fyra delprocesser ingår i SVPL och det är den slutna vården som har ansvar för att de kommer till stånd. De fyra delprocesserna är:

- 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 i enlighet med betalningsansvarslagen 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 ett flertal 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 slutna vård*). Arbetet med det nya avtalet i Skåne avvaktar nu den nationella beslutsprocessen. 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>4</sup>.

### 3.3 Regionala och kommunala aktörer

#### 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 bedöm-

<sup>3</sup> ”Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”.

<sup>4</sup> Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande, 2015-05-07, dnr 1501126

ning 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 kön till särskilda boenden och korttidsboenden.

En person med biståndsbedömda insatser som kommit hem från sjukhuset till eget eller särskilt boende kan erhålla insatser 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>5</sup> och MAR<sup>6</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.

#### *Lunds kommuns organisation för utskrivningsklara patienter*

I Lunds kommun finns det sexton nämnder. Varje nämnd har en förvaltning med undantag av överförmyndarnämnden, valnämnden, krisledningsnämnden och Habostyrelsens vars förvaltning sköts av kommunkontoret. Vård- och omsorgsnämnden ansvarar för:

- vård- och omsorgsinsatser enligt socialtjänstlagen (SoL)
- insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)
- lagen om särskilt stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Två målgrupper står i fokus för verksamheten: äldre personer och personer med funktionsnedsättning. Vård- och omsorgsnämnden är den nämnd som ansvarar för arbetet med utskrivningsprocessen.

Vård och omsorgsförvaltningens uppdrag är att tillgodose äldre och funktionshindrade invånares behov av stöd service och omvårdnad. Det individuella behovet är avgörande för vilka insatser som är aktuella. Patienter som blir inlagda på sjukhus och kommer att vara i behov av hjälp i hemmet efter sjukhusvistelsen erbjuds en samordnad vårdplanering utifrån beslut om detta från slutenvården. På vård- och omsorgsförvaltningen i Lund finns sedan många år ett SVPL-team. Från och med den 1 juli 2015 utökades teamet med ytterligare resurser och består i nuläget av tre biståndshandläggare, två sjuksköterskor och en arbetsterapeut som tillsammans fungerar som ett centralt vårdplaneringsteam. Oftast går dessa parvis på vårdplanering på sjukhuset. Om det rör enklare insatser kommunicerar aktörerna via telefon eller fax. Dag och tidpunkt för hemgång fastslås vid vårdplaneringen.

Antalet inkommande kallelser till samordnad vårdplanering (SVPL) har ökat under hösten 2015 i Lunds kommun och ligger på ett snitt över 220/månad jämfört med tidigare 180/månad<sup>7</sup>.

Det finns för närvarande 36 korttidsplatser och 800 platser i särskilt boende i Lunds kommun.

Korttidsboende bedrivs på Höjeågården där det finns 48 korttidsplatser varav åtta växelvårdsplatser, två trygghetsplatser, två riktade platser och 36 korttidsplatser. Plats beviljas personer som efter sjukhusvård är i behov av korttidsboende före hemgång. Målgrupper är brukare med behov av 24-timmarsstillsyn, brukare som inte kan hantera larm och brukare som inte kan återgå till hemmet på grund av hinder i boendemiljön. Målet med korttidsboende är viss tids återhämtning och mobilisering för att kunna återgå till hemmet.

<sup>5</sup> MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska

<sup>6</sup> MAR Medicinskt ansvarig för rehabilitering

<sup>7</sup> Årsanalys 2015, Vård- och omsorgsnämnden, VOO 2015-0569

Det har under året varit fortsatta volymökningar inom hemvården i Lunds kommun framför allt i form av hälso- och sjukvårdinsatser. Kvälls- och nattuppdragen har ökat både i form av planerade och tillfälliga besök. Verksamheten måste årligen nyanställa ett antal årsarbetare för att klara volymökningen och sjuksköterskebemanningen har utökats med totalt fem tjänster för stärka teamsamverkan och i högre grad kunna medverka vid uppföljningsmöten i det ordinarie boendet.

Den ökande andelen äldre och allt större krav på kvalificerad vård och omsorg i hemmet ställer krav på god resursanvändning och hållbar långsiktig planering.

Inom särskilt boende syns en trend med kortare boendetid och mer omfattande behov av omvårdnad som stora utmaningar<sup>8</sup>.

Kommentarer från kommunen gällande platstillgång:

- *Kommunen behöver planera sin tillgång till korttidsplatser och andra vård- och omsorgsformer, och därmed ha en långsiktig strategi för att underlätta kvarboende eller flytt till permanent särskilt boende.*
- *Andra insatser som kan komplettera eller ibland ersätta korttidsboende, är exempelvis team för trygg hemgång, avlösning i hemmet eller växelvård.*

#### *Regionala aktörer*

I 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.

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.

#### *Skånes Universitets sjukvård*

Utskrivning av patienter till Lunds kommun kommer nästan uteslutande från Skånes Universitets sjukhus (SUS) som ingår i förvaltningen Skånes Universitets sjukvård. De utskrivningsklara patienterna i Lunds kommun kommer både från SUS Malmö och SUS Lund. Det förekommer dock att patienter från Lunds kommun även skrivs ut från andra sjukhus, såsom Lasarettet i Landskrona och Lasarettet Trelleborg.

SUS tillhandahåller akut- och planerad hälso- och sjukvård, specialistsjukvård samt primärvård. SUS har också högspecialiserad vård för såväl hela Skåne som södra sjukvårdsregionen. Inom några områden erbjuds också rikssjukvård. Sjukhusen är placerade i Malmö och Lund. Offentlig primärvård bedrivs vid vårdcentraler belägna i kommunerna Malmö, Lund, Burlöv, Staffanstorps, Lomma, Kävlinge, Eslöv, Höör och Hörby och är en integrerad del av förvaltningens verksamhet. Forskning bedrivs i egen regi och i samarbete med externa aktörer, där Medicinska Fakulteten vid Lunds Universitet är den volymmässigt största samarbetspartnern.

Den endokrinkirurgiska verksamheten samlas på SUS Lund medan basal diagnostik såsom cytologi (punktion, ej tolkning) ska utföras på tre utbudspunkter nämligen i Lund, Helsingborg och Kristianstad. Beslutet omfattar cancer och inte benign kirurgi.

Skånes universitetssjukvård (SUS) verksamhet är från 1 januari 2014 indelad i fem divisioner:

- *Division 1* innehåller akutsjukvård, infektionssjukdomar, internmedicin, ortopedi, intensivvård och perioperativ vård.

<sup>8</sup> Verksamhetsplan med internbudget 2016, vård- och omsorgsnämnden 2015-12-09 §129

- *Division 2* innehåller barnkirurgi, barnmedicin, kvinnosjukvård, endokrinologi, hudsjukvård, ögonsjukvård, specialiserad kirurgi inom öron-näsa-hals, käkkirurgi, handkirurgi och plastikkirurgi.
- *Division 3* innehåller hjärt- och lungmedicin (arytmi, hjärtsvikt och hjärtklaff, kranskärl, lung- och allergisjukvård), thoraxkirurgi, anestesi och intensivvård, neurologi och rehabiliteringsmedicin, njurmedicin, reumatologi, gastroenterologi och neurokirurgi.
- *Division 4* innehåller hematologi, kärllkirurgi, kirurgi, urologi, onkologi, strålningsfysik, bild- och funktionsdiagnostik och neurofysiologi.
- *Division 5* innehåller primärvård med 37 vårdcentraler, 35 barnvårdscentraler (BVC), de offentligt drivna barnmorskemottagningarna i Malmö/Lund-området samt minnessjukdomar, geriatrik, smärtrehabilitering och hälsoenheten.

Inom SUS finns ett övergripande organiserat stöd i utskrivnings- och vårdplaneringsprocessen genom två SVPL-koordinatorer. På varje vårdavdelning inom SUS finns en vårdplanerare som arbetar med utskrivningsklara patienter. SVPL-koordinatorer supportar och ger utbildning och kunskapsstöd på sjukhuset gällande utskrivningsklara patienter exempelvis när det gäller IT-verktyget *Mina planer*. När särskilda frågor behöver lösas kan de vända sig till dessa koordinatorer. För övrigt finns för personal information och manualer i det gemensamma intranätet.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för SVPL-processen.

Vårdcentralen har samordnings- och koordineringsansvar för listad patient, ett ansvar som de generellt inte kan avsäga sig. I ackrediteringsvillkoren för vårdcentralerna står under avsnitt 5.6.2.5 Samverkan: "*Leverantörens vårdcentral ska vara den naturliga kontaktnivån för den kommunala hälso- och sjukvården och ska koordinera vården för förtecknade patienter med specialistkliniker på sjukhus*". Normalt sett övertas det medicinska behandlingsansvaret (det som hör till primärvårdsnivån och därmed inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser) av vårdcentraler i samband med utskrivning från slutna vård. För vissa åkommor kan behandlingsansvaret ligga kvar i specialistvården, inklusive fortsatta ordinationer och kostnadsansvar för läkemedel och förbrukningsmaterial/sjukvårdsartiklar.

## 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 Lunds kommuns perspektiv på utskrivningsklara patienter

*Kritisk bild av Region Skånes hantering av utskrivningsprocessen*

Intervjuade personer upplever att Region Skånes hantering av utskrivningsklara patienter inte fungerar helt tillfredsställande och inte heller att gällande rutiner alltid följs. Vidare upplever kommunens intervjuade personer att det ibland råder en brist på samsyn i frågan mellan kommunen och Regionen. Det är vanligt att vårdplaneringen görs parallellt med den medicinska utredningen vilket medför att det vid vårdplaneringen inte fullt ut går att fastställa vilka insatser via hemvårdens försorg, läkemedel, behand-



lingar eller hjälpmedel den äldre behöver vid utskrivning. SVPL-teamet i Lund betonar att det är slutenvården som ska säkerställa överlämna ärendet till öppenvården, men att de ofta måste påminna om att det krävs en läkarkontakt och speciellt vid problematiska ärenden. Citat: *”Hur mycket de känner patienten eller hur fyllig vårdplanen är bidrar till om det fungerar bra eller dåligt. Läkarbemanningen är även avgörande för hur bra det fungerar”*.

Det anses även från kommunens sida saknas ett samlat medicinskt ansvar för, och samordning av, de mest sjuka äldres sjukvårds- och omsorgsbehov samt de insatser som görs, t.ex. akutbesök, specialistvård och läkemedelsanvändning. Det blir särskilt tydligt när flera olika, parallella eller korsande vårdkedjor uppstår.

Primärvårdens uteblivande och bristande läkarmedverkan är ett annat problem som Lunds kommun, precis som andra kommuner, lyfter fram. I rådande utformning av lagen saknas ekonomiska incitament för primärvård att delta i planeringen. Citat: *”Sålunda har vårdplaneringsprocessen i stor utsträckning utvecklats till ett slags tvåpartsförhållande – slutenvård och kommun”*.

Några av kommunens intervjupersoner lyfter fram att de offentliga vårdcentralerna har samlat kompetens så att åtta vårdcentraler har en läkare som är ute tre gånger i veckan på korttidsboende, vilket ses som positivt. Anställda på korttidsboende vittnar samtidigt om svårigheten med patienter som är listade på privata vårdcentraler. Citat: *”Det är ett gissel att få tag på dem på vårdcentralen. Med tanke på komplexiteten räcker inte tillgången på läkaren”*.

Det är ovanligt att mottagande verksamheter (korttidsboende, hemsjukvården, öppenvården) får uppgifter om läkemedel eller annan viktig information om den äldre senast samma dag som han eller hon skrivs ut från sjukhuset. Det ställs stora krav på personalen att informera och samordna insatserna när det finns flera aktörer med olika ansvar och uppdrag runt den äldre.

I oktober 2015 ställde medicinskt ansvariga sjuksköterskor i åtta kommuner, däribland Lunds kommun, en skrivelse till Skånes universitetssjukhus i Lund om att brister i informationsöverföringen innebär en risk för patientsäkerheten. Under oktober 2015 rapporterades drygt 50 avvikelser, samtliga med anledning av brister i informationsöverföringen. Mest frekventa var felaktiga ordinationslistor, dubbleringar av ordinationer, läkemedel som inte skickats med enligt gällande rutiner samt avsaknad av ordinationsunderlag.

#### 4.1.2 Erfarenheter i övriga kommuner

De kommuner som ingår i granskningen delar många erfarenheter. Samsyn finns bland annat att:

- Lagar, överenskommelser och system fungerar relativt väl, men det är en allmän uppfattning att Region Skånes sjukhus ofta avviker från de överenskomna rutinerna.
- Roll- och ansvarsfördelningen mellan parterna är tydlig.
- Vårdplaneringen med sjukhusen anses fungera bra där det finns utsedda SVPL-sjuksköterskor inom sjukhusen och där personalomsättningen är låg, men sämre där förhållandena är de omvända
- Förekomsten av gemensamma samverkansfora för hantering av besvärliga frågor är en framgångsfaktor.

Det förekommer olika typer av brister och incidenter i vårdplaneringsprocessen och dessa uppges orsaka merarbete och frustration. Utskrivning av patienter från psykiatriin 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 utarbetade relationer.

#### 4.1.3 Region Skånes perspektiv på utskrivningsklara patienter

##### *Om sjukhusens ansvar*

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. Det praktiska arbetet organiseras dock något olika.

#### *Intervjuer med regionala företrädare – den allmänna bilden*

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, (citrat) *”Det är mycket diskussion men inte alltid lösningsinriktat, det gäller även dem som arbetar nära patienterna”*.

Vissa kommuner 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 om vilka insatser som planeras för patienten. Det medicinska ansvaret för primärvården eller specialistvården på sjukhus blir inte tydligt då vårdplanering sker i hemmet. Sjukhusföreträdare hävdar att samordnad vårdplanering vid utskrivning inte kan ersättas med vårdplanering i hemmet.

Sjukhusföreträdare menar att det främst är patienter som ska till korttidsboende som är kvar på sjukhuset efter fem vardagar medan de som ska till eget boende oftast kommer iväg innan de fem vardagarna gått. Hemsjukvården 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. Frågan om vem som kan delegera till att ”justera en kallelse” har diskuterats och även prövats juridiskt eftersom denna åtgärd ibland sköts av läkarsekreterare. Enligt ärende 2007 i Höganäs prövades frågan av jurist som svarade att det är helt i sin ordning att delegera en sådan uppgift. När så har skett ska den betraktas som formell och kan inte ändras av någon läkare i ett senare skede.

Kommunerna signalerar att det ofta blir fel samt att de inte får den information de har rätt till. Intervju-representanter 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.

#### *Skånes Universitets sjukhus (SUS)*

Enligt överenskommelsen är det slutenvården som ansvarar för alla delar av processen. De ska förutom sitt eget arbete se till att de andra aktörerna justerar och bekräftar de olika momenten.

Inom SUS finns som tidigare nämnts två SVPL-koordinatorer som stöd i utskrivnings- och vårdplaneringsprocessen. Under de senaste två åren har det enligt dessa koordinators skett en kompetenssänkning på sjukhuset till följd av brist på erfarna sjuksköterskor samt ständig vårdplatsbrist. Det är vanligt förekommande, nästan varje dag, att sjuksköterskorna efterfrågar hjälp från SVPL koordinators på SUS. Nya sjuksköterskor har lätt att förstå och använda IT-verktyget mina vårdplaner men när det gäller regelverket kring utskrivningsklara patienter har de svårare att ta till sig det. *"Vårt mål är att visa var de kan hitta informationen på Region Skånes intranät. Nästa steg är alltid att ringa oss och fråga"*.

Kommunerna signalerar att det blir fel i samarbetet med SUS, de får inte den information de har rätt till. Det förekommer frekvent att läkemedelslistorna blir felaktiga och det mest bekymmersamma är när läkemedelslistan inte stämmer överens med det som är medskickat med patienten. En gemensam läkemedelslista hade underlättat enormt. Trots att SUS har satsat enormt mycket insatser gällande läkemedelsgenomgångar så fungerar det inte tillfredsställande alls.

Enligt intervjupersonerna på SUS är det problematiskt att regelverket är skrivet utifrån att det är läkaren som är processansvarig när det i praktiken är sjuksköterskan som bär mycket av det operativa ansvaret och är mest delaktig i processen. En förutsättning för en framgångsrik SVPL-planering är enligt respondenter att alla aktörerna förbereder sig. *"Är inte läkaren förberedd fungerar det inte bra"*. Det medicinska ansvaret ska lämnas över från läkaren i slutenvården till läkaren i primärvården. Det är dock väldigt olika hur primärvårdsläkare ser på i vilken mån de kan ta över det medicinska ansvaret eller inte. I de fall som det medicinska ansvaret ska vara kvar i slutenvården krävs det mycket information, information som det är viktigt finns i vårdplanen. Intervjupersonerna på SUS upplever att sjukvårdspersonalen har svårt att avgöra vad primärvårdsläkaren har för ansvar. *"Här är reglementet ibland förvirrande för sjukhusets personal"*. Som ackrediterad vårdcentral kan de dock inte säga nej till samordningsansvar. Vårdcentralernas arbete försvåras i flertalet fall av bemanningssvårigheter och ej fast personal. På SUS är de väl medvetna om att primärvården heller inte deltar aktivt vid den samordnade vårdplaneringen.

Intervjupersonerna på SUS menar att definitionerna kring utskrivningsklara patienter skiljer sig åt mellan Regionen och kommunerna. För Regionen innebär utskrivningsklar när patienten inte längre behöver slutenvårdens behandling (sjukhuset). Men kommunen menar att utskrivningsklar är när vårdplaneringen är gjord.

#### **4.1.4 Behandlas medborgarna lika?**

Regelverket gör skillnad mellan patientgrupper när det gäller somatiska respektive psykiatriska sjukdomar med fem respektive 30 betalningsfria vardagar. 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 sjuk-

gymnaster 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”.

Specifikt rörande arbetet i Lunds kommun är det både kommunens och sjukhusets företrädares uppfattning att patientsäkerheten och likabehandling av patienten fungerar relativt väl. Dock anses patienten överlag mer färdigbehandlad och förberedd på de mindre sjukhusen, som exempelvis Lasarettet i Landskrona och Lasarettet Trelleborg än på SUS. Citat: *”Från SUS blir vi kallade för tidigt i många fall – i vissa fall har patienterna inte blivit opererade. Vi skulle önska att personalen och patienten var mer förberedda”*.

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

Generellt är intervjupersonerna i kommunerna och Region Skåne nöjda med samverkansavtalet, övriga regelverk, riktlinjer och rutiner. De anses väl förankrade och används bland annat som grund för att stämna 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 (citater) *”samverkan i enlighet med regler och överenskommelser är en mognadsprocess och ett lärande som ska hanteras med balans”*.

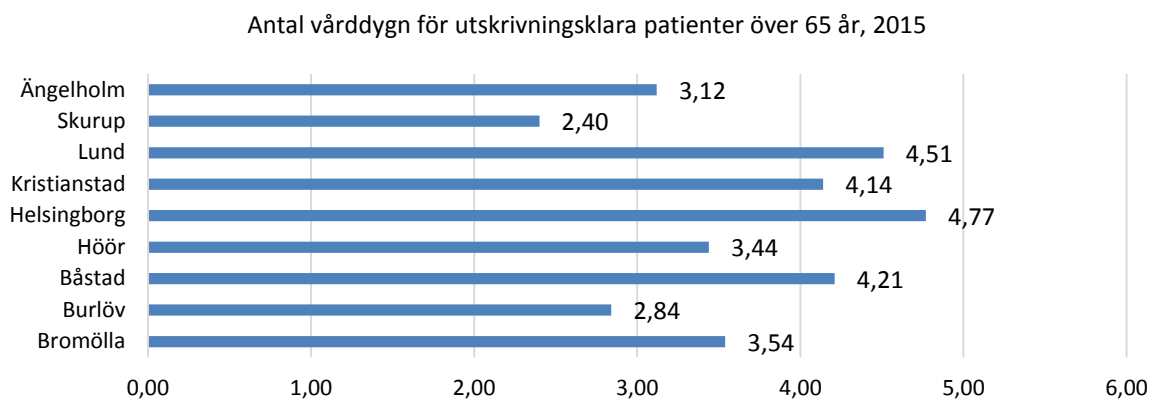
En generell synpunkt både bland kommunala och regionala företrädare illustreras av följande citat: *”Det är inget fel på dokumenten. Det brister i tillämpningen och det handlar om den mänskliga faktorn.”*

I Lunds kommun finns lokala policys och direktiv gällande utskrivningsklara patienter och kommunens hantering av Mina planer. I övrigt följs den skåneövergripande rutinen. Tilläggsrutiner finns exempelvis om anvisning för hantering av läkemedelsförskrivning och för vårdplanering kring personer med olika sjukdomar. Dessa tilläggsrutiner är framtagna i samverkan mellan kommunerna och SUS i SVPL-nätverket och gäller för alla kommuner i ”mellersta Skåne”.

#### 4.1.6 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>9</sup>.

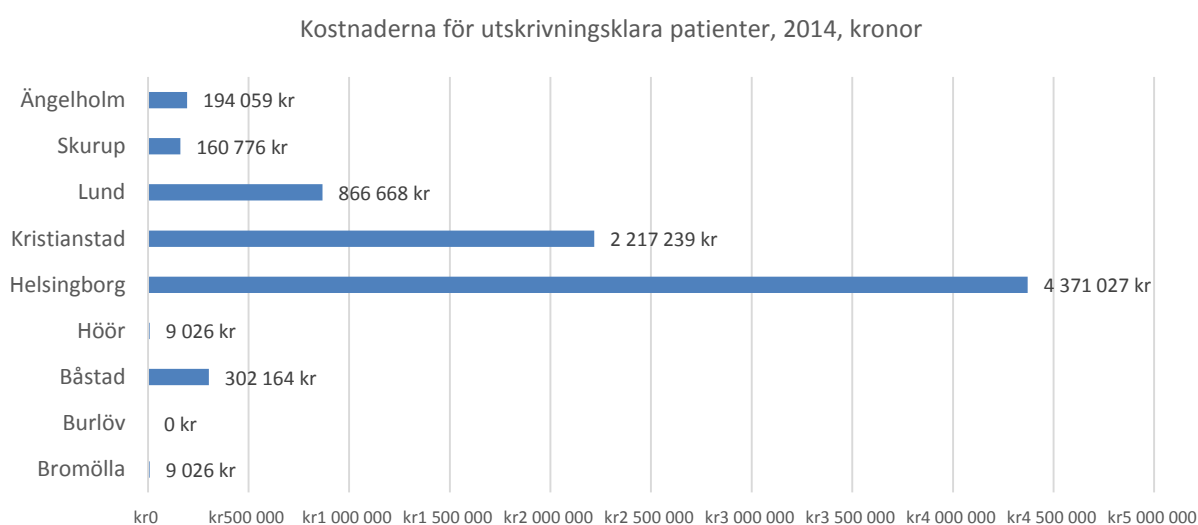
<sup>9</sup> data från [www.kvalitetsportal.se](http://www.kvalitetsportal.se)



Datum för utskrivningsklara är inte det samma som datum för när kommunens betalningsansvar inträffar.

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 över kostnaderna. Dock har Region Skåne efter förfrågan från media gjort en sammanställning över hur mycket ~~Skånes kommuner betalar~~ region Skåne fakturerat för utskrivningsklara patienter efter att betalningsansvaret övergått till patientens hemkommun under 2014. Uppgifterna har stämts av med kommunerna.

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



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 råder dock ingen samstämmighet gällande kostnaderna mellan Region Skåne och Lunds kommun. Kommunen går noga igenom fakturorna och begär kreditering.

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 sig bland annat på att stödsystemet SVPL-IT, det patientadministrativa system som alstrar Region Skånes vårddatabas, faktureringsystem och redovisningssystem inte kommunicerar 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:

3. *Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter?*
4. *Vilka samverkansformer förekommer och vilka aktörer deltar?*
5. *Inom vilka områden fungerar samarbetet bra och ger förväntat resultat? Inom vilka områden bör samarbetet förbättras/inledas?*
6. *Finns en tydlig roll- och ansvarsfördelning mellan de olika aktörerna?*
7. *Vilka gemensamma insatser görs och vad blir resultatet av dessa?*
9. *Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården?*
10. *Vilka uppföljningar/utvärderingar genomförs av samverkansarbetet och vilka åtgärder görs med anledning av resultatet av uppföljningar och utvärderingar?*

### 4.2.1 Samverkansformer

#### *Övergripande Skåne*

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 sommaresemestrar 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 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 *formaliserade organ* att dryfta gemensamma angelägenheter på.

#### *Omdömen om samverkan - skåneperspektivet*

Den allmänna uppfattningen bland de kommuner som medverkar i granskningen 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 nekat ta emot patient som de tidigare godkänt.

#### *Situationen i Lund*

Som nämns i avsnitt 4.2.4 deltog Lunds kommun under 2015 i ett pilotprojekt i syfte att testa en modell för samordnad vårdplanering via distansmöte mellan slutenvård och kommun.

Gällande samverkansformer finns vidare en nätverksgrupp SVPL som är representerade av kommunerna i Mellersta Skåne, Primärvården i Mellersta Skåne och Region Skåne SUS Lund. Syftet med samverkansgruppen är att säkerställa hanteringen av patienter i Samordnad Vårdplaneringsprocess och de har följande uppgifter:

- Hålla varandra ömsesidigt informerade.
- Följa upp att överenskomna rutiner efterlevs och vid behov initiera förändringar.
- Hålla varandra informerade om antalet utskrivningsklara patienter.
- Följa upp att vårdplanering kring patienter i Samordnad Vårdplaneringsprocessen sker i enlighet med aktuella bestämmelser och föra upp principiella frågor till diskussion
- Diskutera avvikelser och åtgärder för att förhindra upprepelse.

Representanter från kommunen och regionen menar dock att samverkansgruppen inte haft så tätt samarbete de senaste åren. Samtliga intervjuade anser dock att nätverksgruppen fyller en viktig funktion utifrån dess syfte att *säkra en god, effektiv och säker vård, oavsett var patienten befinner sig i vårdkedjan. Genom att dela kunskap och erfarenhet kan kompetensen utvecklas inom respektive organisationer liksom att en utvecklad samverkan kan leda till förbättrat samarbete och en bättre kontinuitet. En viktig uppgift för nätverket är att följa utvecklingen av nyheter inom området och verka för att förmedla detta ut i verksamheterna.*

#### 4.2.2 Följs samverkan upp?

Uppföljning av samverkan sker främst genom avvikelserapportering. Inom kommunen är det MAS eller MAR som utgör nav för avvikelshanteringen. MAS och MAR samordnar även de avvikelserapporter som är inkommande från Region Skåne.

Region Skåne har utvecklade system för avvikelshantering enligt sina ledningssystem. Avvikelse rörande samverkansfrågor uppges dock brista vad gäller uppföljning. På vissa håll fungerar det bättre. Hur det fungerar anges till stor del vara personberoende.

I Lunds kommun sker enligt intervjupersonerna inga explicita uppföljningar kring samverkan. Genom samverkansgrupperna i arbetet med utskrivningsklara patienter diskuteras och följs samverkan även upp.

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

Den generella bild som framkommit bland de deltagande kommunerna i granskningen är att det enligt styrdokumentet finns en tydlighet om parternas ansvar och hur de ska agera. Däremot skiftar tillämpningen. (Citat) ”Innerst inne vet nog alla vad de ska göra men man mäktar nog inte med”. Erfarenheterna bland parterna i Lund är i all huvudsak de samma.



Det framkommer i Lund liksom i några andra kommuner att tillämpning ofta brister. En 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 därigenom 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 har även påverkat kommunen.

Representanter från Lunds kommun menar att arbete skulle bedrivas för att öka möjligheterna att identifiera de mest sjuka äldre i den specialiserade vården och föra över informationen till primärvården som då bättre, och på ett tidigare stadie, kan bli målgruppens samordningsansvariga. Primärvårdens deltagande i vårdplaneringen kunde förslagsvis öka genom att använda fast vårdkontakt i primärvården. Citat: *Ett återkommande problem har varit bristande läkarmedverkan i primärvården. Kontinuitet avseende läkarkontakt är särskilt viktig för personer med sammansatta behov av vård och omsorg från olika vårdinstanser.* Även Lync förslås från intervjupersoner vara en möjlighet till ökat deltagande i vårdplaneringsprocessen.

#### 4.2.4 Vilka gemensamma insatser görs?

Utöver den lagföreskrivna samverkan sker få gemensamma insatser mellan Region Skåne och Lunds kommun. Under våren 2014 och hösten 2015 erhöLL dock Lunds kommun, Myndighetsfunktionen, prestationsersättning från SKL under området sammanhållen vård och omsorg för samverkansprojekt med primärvård och Region.

Utvecklingsarbeten som pågår och lyfts fram är bl.a. område som ”undvikbar slutenvård och återinskrivning inom 1-30 dagar” samt ”Ökad trygghet för äldre i vårdplaneringsprocessen- med fokus på att förhindra återinläggningar”. Ett arbete som innefattar skriftlig och muntlig information samt uppringning inom 72 timmar efter utskrivning. På primärvårdsnivå omnämns åtgärder för att stärka kontinuiteten och skapa trygghet för patienten. Till exempel genom direktnummer till sin egen sjuksköterska och arbete med rutiner för samordnad vårdplanering i öppenvård, men som beskrivs som svårt att få att fungera i praktiken.

##### *Kvalitetsförbättringsprojektet på skånenivå*

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 anstälts 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 man i tvärorganisatoriska team bland annat identifierade vilka risker som finns i vårdens övergångar<sup>10</sup>. Dessa identifierades som:

- 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

<sup>10</sup> Region Skåne: Riskanalys vid vårdens övergångar

(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.

#### 4.2.5 Vårdplanering

##### *Skåneperspektivet*

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.

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 utskrivningsinformationen 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.

##### *Skåneperspektivet*

Samverkan vilar på att flera 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.

Bland dokumenten återfinns bland annat inskrivningsmeddelande som ska skickas när en patient blir inskriven på en avdelning, kallelse till vårdplanering som även ska godkännas av de andra två samt även av patienten och en vårdplan som ska signeras av alla parter.

Utskrivningsinformation ska överföras till nästa vårdenhet (exempelvis ansvarig läkare i primärvård, sjuksköterska i **kommunen**<sup>11</sup>). Här upplever intervjupersonerna ofta att det brister och kontakt måste oftast tas mellan vårdenheterna för att säkerställa informationen.

<sup>11</sup> Riktlinjer för utskrivningsinformation, Region Skåne, senast reviderad 2013-01-08

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 slutenvård, när-sjukvård 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.

Psykiatri Skåne har under 2015 arbetat för att ansluta psykiatrin till Mina Planer så att SVPL processen även för patienter inlagda inom psykiatrin kan ske genom Mina planer. Lunds kommun var kritiska till att det i verktyget exempelvis saknades fält att dokumentera riskbedömningar i samt att vårdplanen inte uppfyller alla krav för patienter inskrivna i psykiatrin. 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 lika 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. Det finns bland kommunerna önskemål om att få delta i detta.

*Utskrivningsinformation - Skåneperspektivet*

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”. Till dels skylls dessa 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>12</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”.

<sup>12</sup> Midlöv et al, PWC 2008

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>13</sup>.

#### *Lund perspektivet*

Enligt intervjupersoner anses IT-stödet, Mina planer, vara lättbegripligt och ett relativt bra system. Viss komplikation har uppstått som inte fanns tidigare. När SVPL-processen övergick från blanketter till SVPL-IT uteblev nummerordningen, processen lades på rad och utskrivningsklar lades utanför för att belysas. Det fanns heller inget tvingande system i processen om när i processen de ska göra vissa åtgärder. Det har enligt kommunens företrädare inneburit att det är svårt att följa rutinerna vilket har inneburit att utskrivningsprocessen ibland stoppats upp.

Avseende epikriser och annan pappersdokumentation faxas den informationen alternativt följer med patienten från sjukhuset.

## 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. ”Därför borde det utbildas fler geriatriker”. Man 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 - 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. ”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 man 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: ”Bara man kommer in (på sjukhuset) så fungerar det”.

En förekommande erfarenhet är svårigheten att få kontakt med sjukvården och man får *ligga på* för att få boka tid. ”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 när man skrivs ut från sjukhuset. Flera säger att ”det är si och så med vårdplaneringen”. Ibland fungerar den utmärkt. Men

<sup>13</sup> [Vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete](http://vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt-och-utvecklingsarbete)

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 ”ska ske så fort som möjligt. Bilen är redan beställd. Sitt utanför och vänta”. Andra erfarenheter är att 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 han skrevs ut till hemmet snabbare än han själv önskade. När han kom hem ”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. ”Det hänger helt på personerna. Det fungerar inte i övergångarna”. *Person B* har 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 ”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. ”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 vårdeamnet 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 vårdeamnet 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: ”Det var dålig städning, särskilt på toaletterna” och ”Det var fantastiskt god mat på sjukhuset”.

#### *Sammanfattning*

Personerna beskriver likartade erfarenheter och har liknande synpunkter på vården och omsorgen. Dessa 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. Vårt att notera är de personer som är nöjda eller mycket nöjda med vården och omsorgen och den hjälp de fått.

*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. Om man förstår vårdens och omsorgens reella förutsättningar är 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.* Kommunerna och Region Skåne tillämpar en överenskommelse som syftar att trygga att patienterna behandlas lika oavsett bostadsort och behandlande sjukhus. I praktiken kan utskrivningsprocessen variera beroende både av hur Region Skånes sjukhus och kommunerna har organiserat sina resurser. Viktiga faktorer ur ett kommunalt perspektiv är bland annat beredskap i form av korttidsplatser och vård- och omsorgsboende liksom att det finns en tydlig organisation, till exempel ett SVPL-team, för att planera och administrera patienten/brukarens hemgång.

Nationella uppföljningar indikerar att processen för utskrivningsklara patienter i genomsnitt fungerar snabbare i Skåne än i riket. Utskrivningsklara patienter hemmahörande i Lund har, med undantag från Helsingborgs stad, i genomsnitt fler vårdtygn än i övriga kommuner som ingår i granskningen. Vår iakttagelse är att utskrivningsprocessen i allmänhet bedöms fungera smidigare från de mindre sjukhusen, såsom Lasarettet i Landskrona och Lasarettet Trelleborg, än från SUS Malmö/Lund. Flera hinder för en smidig utskrivningsprocess har påtalats. Hindren är framförallt personalbrist – mest läkare och sjuksköterskor - och personalomsättning inom Region Skåne men också primärvårdens ofta bristande medverkan i vårdplanering.

Vår bedömning är att Lunds kommun har en välorganiserad process för arbetet med utskrivningsklara patienter som tillgodoser kraven på likabehandling och patientsäkerhet. Utifrån patientens/medborgarens bästa bör kommunen tillsammans med berörda sjukhus och primärvård prioritera och göra gemensamma ansträngningar för att förbättra informationsflödet och kvalitetssäkra informationsöverföringen vid utskrivning.

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

En välfungerande samverkan i utskrivningsprocessen förutsätter ett samspel och god kommunikation mellan fyra parter: patienten/brukaren och eller dennes närstående, sjukhuset, primärvården och kommunerna. I granskningen av Region Skåne har det framkommit brister bland annat rörande utskrivningsinformation och otillräckligt deltagande från primärvårdens sida. Inom den slutna vården har vårdtiderna kortats alltmer samtidigt som brist på vårdplatser och personalomsättning inom sjukhusen satt hög press på utskrivningsarbetet. Det sker i många fall för tidiga kallelser till vårdplanering vilket resulterar i så kallade makuleringar (inställd vårdplanering).

Vår bedömning är att samverkan kring utskrivningsklara patienter har flera brister. Dessa kan i allmänhet inte lastas kommunen. Bägge parter har enligt vår bedömning ett gemensamt intresse och ansvar för att för patienternas bästa utveckla en bättre samverkansprocess som är följsam till den medicinska utvecklingen, vilken bland annat resulterar i kortare vårdtider. I detta ligger ansvar för kompetensutveckling för att motsvara det ansvar som ligger hos respektive huvudman.

*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 och dessa är väl kända och följs av Lunds kommun. Däremot finns till följd av stor personalomsättning, främst på SUS, bristande kunskap gällande exempelvis betalningsansvar, vilket leder till onödiga diskussioner och att samverkan och samarbetet blir lidande.

*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 och är på väg att bli alltmer tillförlitliga, patientsäkra och användarvänliga. Däremot finns brister vilket leder till parallella informationsvägar såsom IT-system fax och telefon.



Vår bedömning är att både kommunen och Region Skåne har anledning att ytterligare utveckla systemen för informationsöverföring mot smidigare och mer patientsäkra lösningar. Lunds kommun har framgångsrikt deltagit i försök med vårdplanering via distansmöten.

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

Den allmänna bilden i Skåne är att aktörerna uppfattar att samverkan till övervägande del fungerar väl. I de fall samverkan fungerar mindre bra är det ofta fråga om de mest sköra och utsatta patienterna. De brister som existerar förorsakar dock parterna mycket merarbete. Den bild som framkommit i Lunds kommun stämmer väl överens med situationen i Skåne som helhet.

Vår bedömning är att Region Skåne och Lunds kommun fortlöpande bör diskutera hur formerna för samverkan ska bedrivas och hur den kan förbättras. Huvudmännen som deltar i processen kring utskrivningsklara patienter bör exempelvis öka sin kunskap om varandra.

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

Vårdplanering ska enligt regler och riktlinjer alltid ske när patienter skrivs ut från sjukhuset. Förutom patienten och/eller närstående bör vårdplaneringen inkludera parter från sjukhus, primärvård och kommun. En tydlig framgångsfaktor för en effektiv vårdplanering är att sjukhuset och kommunen har utsedda personer eller team som svarar för vårdplaneringen oavsett om planeringen sker vid fysiska möten eller på distans via länk.

Patientansvarig läkare i slutenvården ansvarar, i enlighet med överenskommelsen, för att ta beslut om att utskrivningsprocessen kan starta och vårdplanering ske. Vid vårdplaneringstillfället deltar de endast i enstaka fall. Normalt delegeras denna uppgift till sjuksköterska.

Det har framkommit i Lund liksom i övriga kommuner som medverkar i granskningen att primärvården deltar vid vårdplaneringstillfällena i begränsad omfattning och ofta endast proforma. Utskrivning från slutenvården innebär att ansvaret överförs till patientens läkare i primärvården. Det medicinska ansvaret kan i särskilda fall kvarstå i slutenvården, medan primärvårdsläkaren förväntas iklä sig samordningsansvaret för hemsjukvården. Det förekommer enligt kommunens företrädare att primärvårdens läkare inte är beredda att ta detta samordningsansvar.

Det har framkommit att det regelbundet uppkommer situationer i samband med utskrivning från sjukhus som leder till risksituationer för patienten och merarbete för Lunds kommun. Det gäller framförallt att nödvändiga skriftliga underlag, inte minst läkemedelslistor och medicinska epikriser, saknas och/eller inte överförs från sjukhusen till kommunen.

*Vår bedömning* är att det finns behov av att se över den tillämpning av reglerna för vårdplanering som sker mellan Region Skåne och Lunds kommun (och andra kommuner). Ett tydligare och mer enhetligt regelverk som synliggör såväl den slutna vårdens, primärvårdsläkarnas och kommunens ansvar behöver implementeras för en bättre och mer patientorienterad utskrivningsprocess.

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

SUS har under en tid haft omfattande problem med vårdplatstillgång och särskilda korttidsplatser har 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. Patienter från Lunds kommun har innan de kommit hem, vistats på dessa externa enheter.

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 regelverket i den Skånegemensamma överenskommelsen om utskrivningsprocessen en tillräcklig tydlighet om roll- och ansvar. Att så är fallet har bekräftats av intervjuerpersoner såväl inom Region Skåne som Lunds kommun.

Vår bedömning är att arbetet underlättas och rollerna tydliggörs om både sjukhusen och kommunerna har tydliga SVPL-ansvariga team. För närvarande saknas detta vid SUS.

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

Samverkan sker på olika nivåer från chefsnivå till den patientnära. Däremellan skiftar formerna från sjukhus till sjukhus och kommun till kommun. Region Skånes omorganisation, som inleddes 2013, resulterade i nuvarande sjukhusförvaltningar med divisionsindelning. Det finns sedan länge ett organiserat samarbete mellan kommunerna i mellersta Skåne och SUS. Ett problem efter omorganisationen är att det varit hög personalomsättning med bland annat brist på sjuksköterskor som i sin tur lett till kompetensbrist och minskad kunskap kring utskrivningsklara patienter. SUS har drabbats hårdast av detta.

Vår bedömning är att samverkansformerna generellt, även mellan Lunds kommun och regionen, behöver förtydligas så att eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå 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 och distanskommunikationer och gemensamma team. Avvikelsehanteringen fungerar inom respektive huvudman, men har lägre prioritet vad gäller uppföljning och lärande i fråga avvikelser som uppstår i samverkan mellan parterna.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt för Region Skåne och kommunen gemensamt system för uppföljning och utvärdering av avvikelser som uppkommer i samverkan mellan parterna. Avsaknaden av ett systematiskt avvikelsearbete i samverkansfrågor är en hämsko för förbättringsarbetet.

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

Inom den region- och landstingsdrivna hälso- och sjukvården finns generellt ett ifrågasättande av de tidsgränser som gäller enligt nuvarande lagstiftning. Till detta bidrar den medicinska utvecklingen med kortare vårdtider och större andel hälso- och sjukvård som utförs i öppna vårdformer. Det finns även en strävan att föra över de patienter som inte längre behöver sjukhusets resurser till mindre kostnadsintensiva vårdformer.

Enligt Regionens uppgifter erlade Lunds kommun under 2014 ca 866 000 kr för patienter med kommunalt betalningsansvar. Därutöver har kommunen merkostnader på grund av brister i utskrivningsprocesser, bland annat i form av inställda vårdplaneringar. Region Skåne har merkostnader för patienter med kommunalt betalningsansvar där kommunens nationellt fastställda ersättning är lägre än sjukhusets vårddygnskostnad.

Det sker ingen återkommande uppföljning av parternas kostnader för utskrivningsklara patienter eller utskrivningsprocessen. 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 med fokus på Lunds kommun 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 slutna vård 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.

De personer 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 beroende på definition. 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. Siffran för Lund var 4,51 dagar.

I granskningen har det framkommit att Region Skåne och kommunerna i allmänhet bedriver ett omfattande dagligt samarbete kring utskrivningsklara patienter i linje med de krav som ställs i lag och regler. Utifrån regelverken behandlas patienter lika, med undantag för skillnaden i antal betalningsfria dagar mellan patienter i somatisk respektive psykiatrisk vård (5 respektive 30 dagar). 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*

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 samt omsättning på läkare i primärvården.

Övergångarna från de skånska sjukhusen till kommunerna uppges fungera bra i många fall, särskilt med de mindre sjukhusen och när att bägge parter har särskilda SVPL-team.

I vardagsarbetet förekommer emellertid 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. Detta ser vi exempel på i Lunds kommun.

Omsättning av personal på SUS 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.

#### *Samlad bedömning*

I granskningen har det framkommit att Vård- och omsorgsförvaltningen i Lunds kommun samordnar sitt arbete med utskrivningsklara patienter genom ett SVPL-team. Ansvar och roller inom kommunen är tydliga och det finns klara rutiner för hur arbetet ska gå till. Representanter från SVPL-teamet går på vårdplanering på sjukhuset men om det rör enklare insatser kommunicerar aktörerna via telefon eller fax. Vår bedömning är att Lunds kommun arbetar på ett ändamålsenligt och strukturerat sätt utifrån sitt ansvar för utskrivningsklara patienter. Det är angeläget att utveckla och förbättra samverkansrelationerna med Region Skåne, i synnerhet vad gäller Skånes Universitets sjukvård och verksamheterna vid SUS.

#### *Förbättringsområden*

I samband med granskningen har följande förbättringsområden identifierats.

I samband med granskningen har följande förbättringsområden identifierats:

- Parterna behöver utveckla sin samverkan för ökad samsyn i principiella och praktiska frågor. En utbildning för kommunen och sjukhusen om överenskommelsen och ömsesidiga förutsättningar bör tillskapas.
- De utskrivningsklara patienterna hemmahörande i Lunds kommun har i snitt fler vårddygn än de flesta kommuner som ingår granskningen. En analys bör göras av förutsättningar och konsekvenser av att sänka antalet vårddygn till samma nivå som övriga kommuner.
- Systematisk uppföljning av avvikelserapporter rörande samverkan i utskrivningsprocessen.
- Lunds kommun har anledning att i samverkan med övriga skånska kommunerna och Region Skåne verka för en utveckling av systemen för informationsöverföring både för ett smidigare arbetssätt och en ökad patientsäkerhet.
- Utvecklingen, bland annat i form av kortare vårdtider, har över tid inneburit högre kompetenskrav på den kommunala hälso- och sjukvården. Utvecklingen kommer sannolikt att fortsätta varvid det är angeläget för kommunen att säkerställa tillgång till relevant kompetens.
- Det finns sannolikt en effektiviseringspotential i utskrivningsprocessen hos båda huvudmännen. Analys av uppkomna kvalitetsbristkostnader kan vara en väg för att dels gemensamt, dels var för sig identifiera effektiviseringsmöjligheter.

## 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	Inga Kehlheimer, Höör kommun
Anna Andersson, Region Skåne	Solveig Knudsen-Csongvai, Bromölla kommun
Inger Andersson, Bromölla kommun	David Lapifour, Ängelholms kommun
Emma Andreasson, Burlövs kommun	Susanne Leijon, Lunds kommun
Peter Andreasson, Vellinge kommun	Ann-Sofie Magnusson, Höör kommun
Maria Appelgren, Höör kommun	Gunilla Marcusson, Östra Göinge kommun
Annika Atterlid Olsson, Höör kommun	Eva-Karin Mårtensson, Lunds kommun
Manieh Azimi, Höör kommun	Katja Möller, Burlövs kommun
Gisela Beckman, Bromölla kommun	Marie Nielsen, Region Skåne
Caroline Bengtsson, Region Skåne	Christel Nilsson, Hälsostaden
Teresia Bengtsson, Lunds kommun	Gert Nilsson, Kristianstad kommun
Helene Bergelin, Helsingborgs stad	Maria Nilsson Abrahamsson, Kristianstad
Susanne Berggren, Lunds kommun	Per Nilsson, Kristianstad kommun
Katarina Bergman, Bromölla kommun	Ann-Charlotte Nordh, Kristianstad kommun
Madeleine Blecher, Lunds kommun	Ingrid Nyman, Helsingborgs stad
Anette Branning, Höör kommun	Anna-Malin Oddhammar, Lunds kommun
Carina Byrlén Roos, Burlövs kommun	Lars Olofsson, Region Skåne
Izabella Carlsson, Ängelholms kommun	Gitte Olsson, Lunds kommun
Stina Cederhag, Helsingborgs stad	Kristina G. Olsson, Region Skåne
Mette Davidsson, Kristianstad kommun	Magnus Olsson, Båstad kommun
Hanna Edström, Vellinge kommun	Emma Palmlin, Lunds kommun
Marie Ekstrand, Lunds kommun	Emma Palmqvist-Hansen, Kristianstad kommun
Lena Fazel Rydberg, Ängelholms kommun	Ann-Christine Persson, Ängelholms kommun
Eva Fjelkner, Bromölla kommun	Marie Persson, Kristianstad kommun
Anneli Flink, Kristianstad kommun	Christel Petersson, Båstad kommun
Richard Flodfält, Skurups kommun	Eva Pettersson, Lunds kommun
Karolina Friberg, Burlövs kommun	Louise Roberts, Region Skåne
Anna-Lena Fällman, Skurups kommun	Nina Rosvall, Skurups kommun
Camilla Fält, Hälsostaden	Gunilla Sandberg, Lunds kommun
Janet Garpeus, Lunds kommun	Rose-Marie Sandberg, Region Skåne
Boel Granat, Skurups kommun	Maja Sandström Olsson, Kristianstad kommun
Per Granvik, Region Skåne	Christina Sjödin Carlsson, Lunds kommun
Lisbet Gredfors, Ängelholms kommun	Karin Sjölin, Höör kommun
Dina Gustavsson, Bromölla kommun	Ann-Christine Sjöstrand, Höör kommun
Ann Hansson, Region Skåne	Daniel Smedberg, Kommunförbundet Skåne
Birgitta Hansson, Skurups kommun	Emelie Sundén, Kommunförbundet Skåne
Gunilla Haraldsson, Bromölla kommun	Mia Svensson Burgaard, Malmö stad
Mona Hirche, Burlövs kommun	Maria Tegnér, Kristianstad kommun
Lena Hjelteng, Höör kommun	Pernilla Thelaus, Lunds kommun
Sara Holmslycke, Bromölla kommun	Lina Tiger, Lunds kommun
Bodil Ivarsson, Region Skåne	Ann-Charlotte Törnblom, Skurups kommun
Gloria Jafari, Burlövs kommun	Thomas Wester, Kommunförbundet Skåne
Lena Jeppsson, Region Skåne	Erika Wikander, Lunds kommun
Cecilia Johansson, Höör kommun	Katarzyna Wisniewska, Ängelholms kommun
Marie Juhlin, Region Skåne	Sofie Öhman, Bromölla kommun
Alexandra Karlsson, Båstad kommun	

Dokumentation som analyserats framgår av löpande text och fotnotter.