

Utskrivningsklara patienter

**En granskning av samverkan mellan Helsingborgs stad och
Region Skåne**

Februari 2016

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

Innehåll

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | SAMMANFATTNING | 3 |
| 2 | GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING | 7 |
| 2.1 | BAKGRUND OCH UPPDRAG | 7 |
| 2.2 | UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE | 8 |
| 3 | UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER | 9 |
| 3.1 | MÅLGRUPPEN UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER..... | 9 |
| 3.2 | LAGAR, RIKTLINJER OCH ÖVERENSKOMMELSER | 10 |
| 3.3 | REGIONALA OCH KOMMUNALA AKTÖRER | 11 |
| 4 | IAKTTAGELSER RÖRANDE GRANSKNINGSFRÅGORNÄ..... | 14 |
| 4.1 | HANTERING AV UTSKRIVNINGSKLARA PATIENTER | 14 |
| 4.2 | SAMVERKAN | 21 |
| 5 | ERFARENHETER FRÅN MEDBORGARE | 29 |
| 6 | SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA..... | 31 |
| 6.1 | SVAR PÅ ENSKILDA REVISIONSFRÅGOR..... | 31 |
| 6.2 | SLUTSATSER OCH ÖVERGRIPANDE BEDÖMNING..... | 34 |
| | BILAGA - INTERVJULISTA | 36 |

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 – januari 2016.

Resultat - Övergripande revisionsfråga

Utskrivningsförfarandet av patienter från slutenvård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Sedan några år tillbaka finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne 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 Helsingborg var 4,77 dagar.

Samordnad vårdplanering (SVPL) 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. Situationen i Helsingborg vad gäller vårdplanering utmärks av problem i vissa avseenden vilket försvårar kommunens arbete med utskrivningsklara patienter:

- Vid vårdplaneringstillfället deltar patientansvarig läkare i slutenvården endast i enstaka fall.
- Primärvården deltar vid vårdplaneringstillfällena i begränsad omfattning och ofta endast proforma.
- Det förekommer enligt stadens företrädare att primärvårdens läkare inte är beredda att ta detta samordningsansvar.
- Enligt stadens företrädare makuleras var fjärde kallelse till vårdplanering med orsakerna att ordentliga förberedelser inte har hunnits med från lasarettets sida eller att patientens hälsotillstånd försämrats. Makuleringarna leder till merarbete för staden.

Övergångarna från de skånska sjukhusen till Helsingborgs stad uppges fungera bra i många fall, men många gånger vara problematiska från Helsingborgs lasarett. En allmän framgångsfaktor som anges är att bägge parter har särskilda SVPL-team¹. Sådana team saknas vid Helsingborgs lasarett. Samarbetet uppges även försvåras av att parterna inte har samsyn om när i vårdprocessen en kallelse till vårdplanering kan ske. Det skiljer sig bland annat åt i uppfattning av hur många vård dagar som staden har betalningsansvar för. Det har även framkommit att det saknas ett lokalt övergripande samverkansorgan mellan verksamheterna vid Helsingborgs lasarett och kommunen. Utan ett sådant organ försvåras möjligheterna att etablera samsyn i både princip- och rutinfrågor. Även den ömsesidiga uppföljningen av avvikelser och arbetet med förbättringsåtgärder hämmas.

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 Helsingborgs stad samordnar sitt arbete med utskrivningsklara patienter genom ett SVPL-team med lång erfarenhet. Ansvar och rol-

¹ SVPLteam, Samordnat vårdplaneringsteam. Det kan bestå av biståndshandläggare, sjuksköterska/arbetsterapeut.

ler inom staden är tydliga och det finns klara rutiner/processbeskrivningar för hur arbetet ska gå till. Systematiska uppföljningar sker av de områden som hör till det kommunala ansvarsområdet. Negativt är bristen på samsyn med verksamheterna vid Helsingborgs lasarett, varifrån de flesta utskrivningsklara patienterna härrör.

Vår bedömning är att Helsingborgs stad 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 sjukvårdsförvaltningen Sund och verksamheterna vid Helsingborgs lasarett.

Resultat specifika frågor

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

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

Utskrivningsklara patienter hemmahörande i Helsingborg har i genomsnitt fler vårddygn än i övriga kommuner som ingår i granskningen. Vår iakttagelse är att utskrivningsprocessen i allmänhet bedöms fungera smidigare från sjukhusen i Landskrona, Ängelholm och Lund/Malmö än från Helsingborgs lasarett. Ur lasarettets perspektiv sker en smidigare process för patienter som ska komma till sitt eget boende än de som ska till någon form av vård- och omsorgsboende.

Vår bedömning är att Helsingborgs stad har en välorganiserad process för arbetet med utskrivningsklara patienter som tillgodoser kraven på likabehandling och patientsäkerhet. Det råder olika syn mellan staden och Region Skåne om tolkning av regelverket vilket kan hämma möjligheten till en optimal utskrivningsprocess i vissa fall. Både för patienten och för att åstadkomma ett mer effektivt arbete är det önskvärt att en bättre samsyn mellan parterna kan uppnås.

Fråga 2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter? samt särskild fråga a. Belysa hur samverkan fungerar mellan slutna vården och primärvården samt vilka eventuella effekter det får exempelvis, avseende patientansvarig läkare, fullgod dokumentation etc.

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 staden. 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. Lagarna, reglerna och överenskommelserna är väl kända av samverkande aktörer kring utskrivningsklara patienter. Däremot finns avsteg och olika tolkningar i överenskommelsen mellan Region Skåne och Helsingborgs stad som får till följd 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.

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.

Inom Helsingborgs stad finns en mindre positiv bild på samverkan med Region Skåne, särskilt vad avser Helsingborgs lasarett. Enligt stadens företrädare har ett tidigare positivt samarbetsklimat försämrats under de två senaste åren. Försämringen uppges hänga samman med att lasarettet 2014 började tillämpa en ny rutin att skriva ut patienten tidigare i vårdprocessen. (Se även fråga 9.)

Fråga 6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården? samt särskild fråga b. Belysa i vilken omfattning läkarna deltar på vårdplanering, framförallt inom den slutna vården? och särskild fråga c. Belysa och beskriva effekterna hos de olika huvudmännen av både andel vårdplaneringar och andel utskrivningsklara som makuleras? Samt primärvårdsläkarens roll avseende justering av vårdplan.

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 Helsingborg 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.

Enligt stadens företrädare makuleras var fjärde kallelse till vårdplanering med orsaker såsom att ordentliga förberedelser inte har hunnits med från lasarettets sida eller att patientens hälsotillstånd försämrats. Makuleringarna leder till merarbete för kommunen.

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

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

Lasarettet 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. Patien-

ter som ur sjukhusets perspektiv bedöms som ”klara” tar upp platser på sjukhusen. Många patienter från Helsingborgs stad 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? (Samma fråga som den särskilda frågan e från Helsingborgs revisorer).

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 Helsingborgs stad.

På senare tid har skillnad i tolkning av regelverket uppstått vilket gör att tydligheten i praktiken nu inte är lika tydlig exempelvis vad gäller läkarnas, i både primärvården och slutna vården, delaktighet i utskrivningsprocessen.

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

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. De enskilda sjukhusen har inte någon ledningsmässig eller administrativ roll. Fortfarande saknas ett relevant samverkansorgan mellan Helsingborgs stad och de verksamheter som finns vid främst Helsingborgs lasarett.

Vår bedömning är att avsaknaden av ett aktivt samverkans organ mellan staden och verksamheterna vid lasarettet i Helsingborg försvårar samverkan och möjligheterna att etablera samsyn om gemensamma rutiner och processer. Samverkansformerna behöver förtydligas så att det blir tydligt hur eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå kan hanteras och beslutas gemensamt.

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

Flera för Region Skåne och kommunerna gemensamma utvecklingsprojekt har genomförts under senare år. Dessa omfattar bland annat kvalitetsförbättring och distanskommunikationer och gemensamma team. Det senare sker bland annat i Hälsostaden i Ängelholm. Avvikelsehanteringen fungerar inom respektive huvudman, men har lägre prioritet vad gäller uppföljning och lärande i fråga avvikelser som uppstår i samverkan mellan parterna. Till detta bidrar avsaknaden av ett lokalt samverkansorgan mellan kommun och lasarett i Helsingborg. Inom staden sker regelbunden uppföljning av bland annat beviljade insatser efter utskrivning.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt för Region Skåne och staden 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? samt särskild fråga d. Belysa i vilken omfattning de olika huvudmännen förstår syftet, ur ett patientperspektiv, med den tid (i nuläget 5 dagar) som finns för planering innan betalningsansvar inträder?

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. Bland annat har Helsingborgs lasarett under andra halvåret 2015 haft 75 inläggningar på vårdplatser utanför sjukhuset för sådana patienter, varav flertalet inte omfattas av det kommunala betalningsansvaret.

Staden erlägger ca 3,0 Mkr per år (2014 och 2015) 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 vårdtygskostnad.

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. Ett lokalt samverkansforum mellan staden och verksamheterna vid Helsingborgslasarett är angeläget. Tillika bör en partsammansatt utbildning för staden och sjukhusen om överenskommelsen och ömsesidiga förutsättningar tillskapas.
- En viktig uppgift för det lokala samarbetet är systematisk uppföljning av avvikelserapporter rörande samverkan i utskrivningsprocessen.
- Helsingborgs stad 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.
- De utskrivningsklara patienterna hemmahörande i Helsingborgs stad har i snitt fler vårddygn än övriga kommuner som ingår granskningen. En analys bör göras av förutsättningar och konsekvenser av att sänka antalet vårddygn till samma nivå som övriga kommuner.
- 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 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?

Revisionen i Helsingborgs stad har därutöver adderat följande frågor i granskningen:

- a) Belysa hur samverkan fungerar mellan slutenvården och primärvården samt vilka eventuella effekter det får exempelvis, avseende patientansvarig läkare, fullgod dokumentation etc.
- b) Belysa i vilken omfattning läkarna deltar på vårdplanering, framförallt inom den slutna vården?
- c) Belysa och beskriva effekterna hos de olika huvudmännen av både andel vårdplaneringar och andel utskrivningsklara som makuleras?
- d) Belysa i vilken omfattning de olika huvudmännen förstår syftet, ur ett patientperspektiv, med den tid (i nuläget 5 dagar) som finns för planering innan betalningsansvar inträder?
- e) Finns en tydlig rollfördelning mellan aktörerna? (Det vore också bra om fråga 8 kunde kompletteras med ”text primärvårdsläkarens roll avseende justering av vårdplan”).

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 Helsingborgs stad omfattade fyra 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 Helsingborgs stad har stadsrevisor Per-Reinhold Olsson 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.

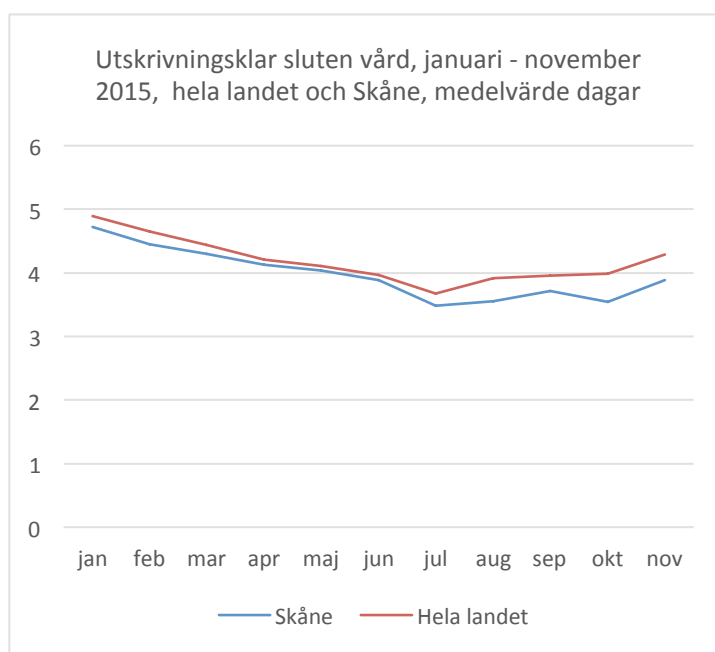
De personer som behöver mer omfattande stöd av både medicinsk och omvårdnadskaraktär i hemmet efter utskrivning tillhör ofta gruppen de mest sjuka äldre. Det finns cirka 8 000 personer i Skåne som tillhör denna grupp sköra patienter. Dessa personer har ofta flera olika sjukdomar och/eller funktionsnedsättningar 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 sluten- och öppen vård och omsorg.

Koordination är en avgörande faktor i det idag mångfacetterade system som finns i region och kommuner, både för att undvika slutenvård och göra utskrivning smidig. I extremfallet kan det för en person ingå flera olika sjukhus, utskrivningsteam, en vårdcentral, ASIH, biståndsbedömare, mottagningsteam och en eller flera omsorgsgivare med uppdrag från kommunen. Hos varje aktör kan en mängd olika enskilda personer vara involverade. Det finns 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 sluten vård 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 Västergötland².

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 Sverige³. 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 inneliggande 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.*
 - *För en patient i den psykiatriska vården inträder betalningsansvaret tidigast trettio vardagar, lördag, midsommarafton, julafton och nyårsafton oräknade, efter det att kommunen mottagit kallelsen till vårdplaneringen.* Lag (2003:193).

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

Överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna

Sedan några år tillbaka finns en överenskommelse mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne som reglerar de processer som finns runt patienter/brukare som behöver dess stöd⁴. 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 gemen-

² Öppna jämförelser 2014, Vård och omsorg om äldre, jämförelser mellan kommuner och län

³ Noteras bör att rapporteringen är förknippad med en del osäkerhet, exempelvis tolkas begreppet

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

⁴ ”Rutiner vid Samordnad vårdplanering i samverkan mellan Kommunförbundet Skåne och Region Skåne”.

samma 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 slutenvård*). 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 boende⁵.

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 bedömning av de insatser en person kommer att behöva vid hemgång. Där det finns hemtagningsteam gör ofta de olika yrkesgrupperna gemensamma initiala bedömningar i hemmet under de första veckorna efter hemgång för att säkerställa rätt insatser i ett längre perspektiv. Dessa yrkesgrupper är alltid biståndshandläggare och vanligen också sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast/fysioterapeut och omvårdnadspersonal. Särskilt i större kommuner finns även boendesamordnare som ansvarar för 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.

⁵ Hälso- och sjukvårdsnämndens yttrande, 2015-05-07, dnr 1501126

MAS⁶ och MAR⁷ 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. Flertalet kommuner saknar MAR och då ingår även dessa uppgifter i MAS-uppdraget.

Helsingborgs stads organisation för utskrivningsklara patienter

Vård- och omsorgsnämnden är den nämnd som ansvarar för arbetet med utskrivningsprocessen. Nämnden behandlar varje månad en rapport från vård- och omsorgsförvaltningen som sammanställts av SVPL-teamet om aktuellt läge för utskrivningsklara personer. Av rapporteringen framgår bland annat att antal personer i genomsnitt/dygn med betalningsansvar under 2015 har varierat mellan 0,4 (juni) och 4,35 (februari)⁸.

Vård- och omsorgsförvaltningen/myndighetsenhetens SVPL-team är mottagande instans för utskrivningsklara medborgare. Teamet består av biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjuksköterska som har bedömnings- och beslutsbefogenhet. Uppgifter för teamet är att:

- SVPL-teamet utför alla utskrivningsplaneringar för medborgare i Helsingborgs stad som är inlagda på sjukhus och är i behov av planering innan utskrivning.
- SVPL-teamet kontaktar socialförvaltningen och/eller arbetsmarknadsförvaltningen om behov finns av deras insatser.

Förutom månatlig rapportering till vård- och omsorgsförvaltningen om utskrivningsklara medborgare görs även vid behov dagliga rapporter om läget.

Organisatoriska enheter som främst är berörda är:

- Verksamhet 1 (Vårdboende, Korttidsenhet, Matomsorg och MAS/MAR)
- Verksamhet 2 (Hemvård och hemservice)
- Verksamhet 3 (LSS-boende)

Det finns för närvarande 66 platser på korttidsenheten i Helsingborgs stad.

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.

Skånevård Sund

Utskrivning av patienter till Helsingborgs stad kan förekomma i större eller mindre omfattning från samtliga sjukhus i Region Skåne. Det största antalet patienter kommer från Helsingborgs lasarett som ingår i förvaltningen Skånevård Sund.

Skånevård Sund bedriver akutsjukvård, planerad vård, närsjukvård och primärvård. Sund ansvarar även för Region Skånes specialiserade psykiatri vilken drivs som ett regionövergripande uppdrag.

⁶ MAS Medicinskt ansvarig sjuksköterska

⁷ MAR Medicinskt ansvarig för rehabilitering

⁸ Vård- och omsorgsnämnden. Redovisning av medicinskt färdigbehandlade och antal personer som väntar på vårdboende. Lägesrapport per den 31 december 2015.

Huvuddelen av Sunds akutsjukvårdsuppdrag bedrivs i Helsingborg där andelen akuta patienter är ca 85 procent av sjukhusets verksamhet. Närsjukvårdens akutverksamhet finns även vid verksamheterna i Landskrona och Trelleborg. Planerad kirurgisk verksamhet finns vid lasaretten i Helsingborg, Landskrona och Trelleborg. I Ängelholm ansvarar Sund för kirurgisk verksamhet och specialistmottagningar medan Hälsostaden Ängelholm som egen förvaltning har ansvar för övrig närsjukvård inom sitt närområde.

Förvaltningen har följande divisioner:

- *Division Specialiserad närsjukvård* som bland annat innehåller:
 - Akutcentrum med akutmottagning dygnet runt i Helsingborg och närakutmottagningar i Trelleborg och Landskrona.
 - Internmedicin med specialistmottagningar och vårdavdelningar.
 - Barn- och ungdomsmedicin med akutmottagning, vårdavdelning, mottagning och neonatalavdelning i anslutning till förlossningen.
- *Division Kirurgi* som bland annat innehåller:
 - Kirurgi, Ortopedi, ÖNH (öron, näsa, hals) och Ögon med specialistmottagning, dagkirurgi och vårdavdelningar.
 - Obstetrik och gynekologi med specialistmottagningar, förlossning, BB och vårdavdelning.
 - OP/IVA (operations- och intensivvårdsenhet).
 - Diagnostik med bild- och funktionsmedicin, klinisk fysiologi, nukleärmedicin, klinisk neurofysiologi medicinskt teknisk service.
- *Division Primärvård* innehåller bland annat:
 - Vårdcentraler (27 stycken⁹) och barnhälsovårds- och barnmorskemottagningar.
 - Centrum för primärvårdsforskning och Kunskapscentrum för primärvård.
 - Flyktinghälsan.
- *Division Psykiatri* (har ett skåneövergripande uppdrag och består av sju verksamhetsområden).
 - Barn- & ungdomspsykiatri (BUP)
 - VO vuxenpsykiatri Helsingborg
 - VO vuxenpsykiatri Kristianstad
 - VO vuxenpsykiatri Lund
 - VO vuxenpsykiatri Malmö
 - VO vuxenpsykiatri Trelleborg
 - VO Rättspsykiatri

Verksamheterna i den specialiserade närsjukvården är också indelad i område sydväst (Trelleborg) och område nordväst (Helsingborg och Landskrona).

Inom förvaltning Sund finns ett övergripande organiserat stöd i utskrivnings- och vårdplaneringsprocessen genom att två hälso- och sjukvårdsstrategier samt ekonomer är placerade i förvaltningsledning och stab, inom område verksamhetsnära stöd samt ekonomi. De förser SVPL ansvariga på avdelningarna med information och stöttar med kunskapsstöd. När särskilda frågor behöver lösas kan de vända sig till dessa strategier. Fem SVPL ansvariga finns i organisationen som stöttar personal på respektive avdelningar. Två personer ingår i division kirurgi, en för ortopedi och en kirurgi. Tre ingår i division specialiserad närsjukvård, en är placerad i Helsingborg inom specialiserad medicin, en i Landskrona Närsjukvård NV och en i Trelleborg Närsjukvård SV.

Internutbildning sker inom varje verksamhetsområde när det även gäller dessa frågor. För övrigt finns för personal information och manualer i det gemensamma intranätet.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för SVPL-processen.

⁹ Inom Helsingborgsområdet finns 22 vårdcentraler varav hälften drivs i privat regi

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?

I avsnittet redovisas även iakttagelser avseende följande särskilda fråga som ställts av revisionen i Helsingborgs stad:

d. Belysa i vilken omfattning de olika huvudmännen förstår syftet, ur ett patientperspektiv, med den tid (i nuläget 5 dagar) som finns för planering innan betalningsansvar inträder?

4.1.1 Helsingborgs stads perspektiv på utskrivningsklara patienter

Strukturerad arbetsmodell

Helsingborgs stad arbetar enligt en strukturerad modell för vårdplaneringar. Stadens SVPL-team kontrollerar kallelser i SVPL-IT varje dag. Det är även SVPL-teamet som utför alla vårdplaneringar för medborgare i Helsingborgs stad som ska skrivas ut från sjukhuset och är i behov av planering innan utskrivning.

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

Av intervjuer med kommunens företrädare framgår att den egna arbetsmodellen bedöms fungera väl och skapar tydlighet gentemot kunderna och andra aktörer inom kommunen.

Kritisk bild av Region Skånes hantering av utskrivningsprocessen

Intervjuade personer har en skiftande bild av Region Skånes hantering av utskrivningsklara patienter. Vissa sjukhus anses fungera bättre än andra. Bland annat fungerar processen i allmänhet väl gentemot exempelvis Skånes Universitetssjukvård (SUS), Hälsostaden i Ängelholm och lasarettet i Landskrona. Situationen vid Helsingborgs lasarett beskrivs som personbunden och anses variera mycket från verksamhet till verksamhet.

Av genomförda intervjuer och dokumentation från vård- och omsorgsförvaltningen framgår att staden är kritisk mot den hantering som sker inom Region Skåne på flera punkter. Några av dessa är att:

- Kallelser till vårdplanering sker för tidigt, eller med otillräcklig dokumentation, vilket leder till inställda vårdplaneringar (så kallade makuleringar) som tar mycket tid i anspråk.
- Läkare från slutenvården deltar inte i önskvärd utsträckning i vårdplaneringen.
- Primärvården tar i många fall inte på sig det koordinationsansvar som de förväntas ha för utskrivna patienter.
- Det finns brister i processen och dokumentation såsom avsaknad av signering av vårdplaner.

Sådana problem och brister förekommer enligt stadens företrädare i stort sett dagligen. Från stadens sid bedöms att cirka 25 procent av alla kallelser makuleras varje månad.

Från stadens sida görs även gällande att ett flertal av Region Skånes sjukhus, däribland Helsingborgs lasarett, inte håller sig till gällande rutin för utskrivningsklara patienter. Från stadens sida framförs att utskrivningsprocessen tidigare i huvudsak har fungerat bra, men att rutinen har frångåtts av Region Skåne när utskrivningsmeddelande skickas när som helst i processen. Kommunens uppfattning är att meddelande om utskrivningsklar ska skickas till kommunen senast dagen innan utskrivning förutsatt att en vårdplan är upprättad och justerad. När Region Skåne har skrivit ut patienten innan SVPL-meddelandet sänts eller innan vårdplanen har justerats anser kommunen att gällande rutin inte har följts och att betalningsansvaret inte inträder för kommunen. Helsingborgs stad bestrider sådana fakturer från Region Skåne när rutinen inte har följts.

Från kommunens sida hävdas också att många som är inblandade i utskrivningsprocessen från Region Skånes sida har dålig kunskap om vilka regler och rutiner som gäller inom området. (Citat) ”*Regionen äger utskrivningsprocessen men har dålig kunskap om den*”. Det händer ofta att läkare i utskrivningsprocessen rekommenderar eller lovar den enskilde att få komma till en korttidsplats efter sjukhusvistelsen. Detta ger den enskilde falska förhoppningar, då det är kommunens handläggare som ska fatta beslut om detta. Om stadens utredning innebär avslag på en sådan ansökan får det till följd, (citater) ”*att kommunen verkar ogin och samarbetet med brukaren därmed blir lidande*”.

Ur kommunens perspektiv betyder bristen på samsyn i utskrivningsprocessen merarbete och risker för medborgarnas patientsäkerhet och rättssäkerhet i handläggningsprocessen. Staden upplever vidare att det är svårt att komma till tals då det inte heller finns ett gemensamt forum att lyfta dessa frågor. Innan omorganisationen av sjukvårdsförvaltningarna som genomfördes i Region Skåne 2013 fanns ett uppbyggt samarbete med Helsingborgs lasarett. Denna samverkan upphörde i och med att Skånevård Sunds verksamheter delades in i divisioner.

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 psykiatrien sägs vara särskilt komplex. Mer frekvent kontakt med primärvården efterfrågas allmänt.

De mindre sjukhusen anses hantera SVPL-processen bättre, inte minst för att de har bättre uppbyggda 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 supportrar, 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.

Helsingborgs lasarett

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. Kunskapen om själva innehållet skiftar på lasarettet. Ofta sägs felaktigt att det bedriver (citrat) ”SVPL med kommunen”. Vissa vårdcentraler behöver bli påmind om att de ska justera kallelse till vårdplanering. På ortopedavdelningen gavs receptionisten uppdraget att ringa eller påminna i det gemensamma systemet att det var dags för signering. På lasarettet är de väl medvetna om att primärvården inte deltar aktivt vid den samordnade vårdplaneringen.

På lasarettet finns som tidigare framgått SVPL ansvariga personer samt SVPL ekonomer som stöttar vårdavdelningarna i utskrivningsprocessen. På några enheter finns SVPL team och där uppges processen fungera väl. Kontinuitet och ofta förekommande vårdplaneringar är enligt intervjupersoner viktiga parametrar för att arbetet ska kunna fungera på ett bra sätt.

Verksamhetschefen är ytterst ansvarig för SVPL-processerna.

De administrativa rutinerna på sjukhuset inbegriper flera personer. Tidpunkter för delprocesser i SVPL registreras i två olika IT-system, automatiskt i Mina planer (SVPL) då aktiviteten sker samt manuellt, oftast av medicinsk sekreterare i PASiS, (PatientAdministrativtSystem i Skåne). I PASiS registreras manuellt datum för när kallelse till vårdplanering är publicerad, datum för utskrivningsklar samt datum för utskrivning. Utdata för delar av SVPL-processerna presenteras för Region Skåne i KUHOS, (Kvalitetssäkrad hälso- och sjukvård) vilket är ett IT-verktyg för utdata ur bland annat PASiS. I PASiS systemet går det inte att se datum för när vårdplanen justerades.

I delprocessen ska vårdplan justeras men enligt intervjupersoner har lasarettet dålig följsamhet till detta. För att råda bot på detta skapades ”utskrivningsinformation” och till den skulle det biläggas en läkemedelsberättelse. I december 2012 togs beslut i en överenskommelse mellan kommunförbundet Skåne och Region Skåne, att primärvården ansvarar för att koordinera patientens vårdinsatser från specialistvården för de patienter som har behov av hemsjukvårdsinsatser samt att kommunens kontakt är primärvården. I Region Skånes ackrediteringsvillkor för vårdcentral anges att vårdcentralen ska koordinera vården av förtecknade patienter med specialistkliniker på sjukhus. Beslutet kom samtidigt som omorganiseringen i regionen vilket uppges vara olyckligt då beslutet drunknade och försvann i allt detta.

Intervjuade företrädare vid lasarettet framför att det i egentlig mening inte finns några problem med utskrivning inom fem vardagar för de patienter som ska till sitt eget hem. Problem kan uppstå när patienten ska till kommunalt korttidsboende i Helsingborgs stad. Det anges även vara ett motiv för den upphandling av externa platser som gjordes sommaren 2015 och som gäller för de patienter som kan flyttas från sjukhuset oavsett om kommunens betalningsansvar har inträffat. Enligt förvaltningens statistik har 75 inläggningar till extern vårdplats skett under perioden juli till december 2015.

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 sjukgymnaster och arbetsterapeuter hinner göra en bedömning av inläggande 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”.

Från Helsingborgs lasarets sida menar intervjupersoner att det kan skilja sig från kommun till kommun beroende på hur kommunerna organiserat sina omsorgsresurser. Utskrivningsprocessen kan således variera beroende på var patienterna kommer från.

Specifikt rörande arbetet i Helsingborg är det både kommunens och lasarettets företrädares uppfattning att patientsäkerheten och likabehandling av patienten fungerar väl. De olika tolkningar som görs av den regionala överenskommelsen påverkar inte situationen för den enskilda patienten.

Det är oftare så att patienter som ska till något korttidsboende efter lasarettsvistelsen ligger kvar något längre medan de som ska till hemmet oftare skrivs ut innan fem vardagar har gått. Det gäller i de flesta fall personer som bor i Helsingborg men även i enstaka fall även andra kommuner.

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.*”

Det finns dock tolkningsfrågor som uppfattas som besvärliga av parterna. Aktuellt för Helsingborgs stad är bland annat den tidigare refererade skiljaktigheten om när patienten är utskrivningsklar (se punkt 4.1.1). Samsyn om tolkning av regelverket mellan staden och lasarettet saknas för närvarande. Enligt rutinen för samordnad vårdplanering i samverkan mellan Region Skåne och kommunerna i Skåne ska vårdplan vara justerad innan meddelande om utskrivningsklar skickas från sjukhuset. Det var så både förvaltningen och lasarettet tolkade överenskommelsen fram tills hösten 2014 då Helsingborgs lasarett (citater) ”*plötsligt och utan dialog med berörda parter inom Helsingborgs stad, började skicka information om att patienten var utskrivningsklar när som helst i SVPL-processen*”. Konsekvenserna av detta har blivit att staden och lasarettet ägnar mycket tid åt att diskutera frågor som rör betalningsansvar och utskrivningsklara.

Det finns en uttalad önskan från Helsingborgs stad om en ökad samsyn med Region Skåne kring utskrivningsprocessen och gällande lagstiftning.

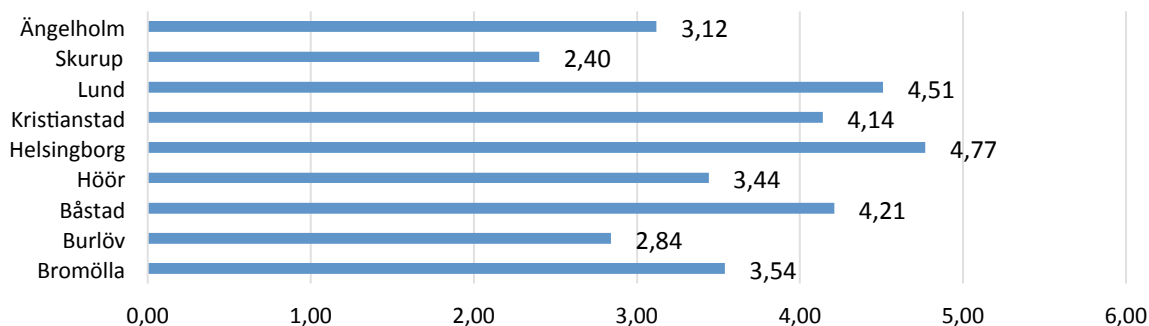
Enligt intervjupersoner från Region Skåne härrör skillnaden i synsätt på hur de tolkar utskrivningsreglerna i förvaltningen SUS. Under hösten 2014 var det flera personalomflyttningar i regionen som även drabbade SUND. Samma modell som den som tillämpas vid Helsingborgs lasarett tillämpas även av andra sjukhuset i länet. Intervjupersoner menar att det är en olycklig situation och inväntar besked om hur reglerna ska tolkas av juridisk expertis. För lasarettets del avvaktar de dessutom eventuellt beslut om lagändring vad gäller betalningsansvar för kommunerna.

Av intervjuer som gjorts med företrädare för lasarett och kommun i Helsingborg framkommer att avsteg från överenskommelsen sker när det gäller primärvårdens deltagande i vårdplaneringstillfället.

4.1.6 Vad beräknas utskrivningsklara patienter kosta de olika huvudmännen?

Det genomsnittliga antalet vård dygn för utskrivningsklara patienter varierar en del mellan de kommuner som ingår i granskningen. Lägst antal har Skurup med i snitt 2,4 vård dygn per patient medan Lund, Helsingborg och Båstad alla i snitt har över fyra vård dygn per patient¹⁰.

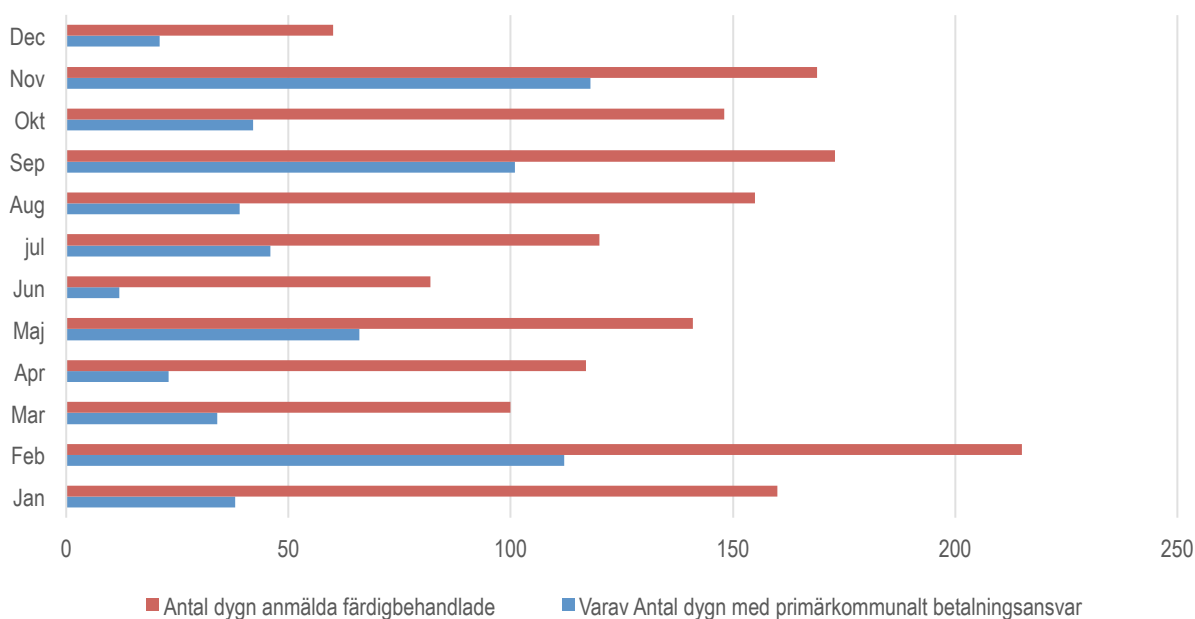
Antal vård dygn för utskrivningsklara patienter över 65 år, 2015



Datum för utskrivningsklar är inte det samma som datum för när kommunens betalningsansvar inträffar. Region Skåne och Helsingborgs stad tolkar detta på olika sätt. Enligt Region Skånes sätt att tolka överenskommelsen var antalet ca 970 under 2014 jämfört med stadens siffra som var ca 650.

Enligt Vård- och omsorgsförvaltningens redovisning till nämnden hade Helsingborgs stad 652 dygn med betalningsansvar under 2015. Under året fördelade dessa sig enligt nedanstående diagram^{11,12}.

Betalningsansvar för utskrivningsklara personer, antal dygn 2015



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

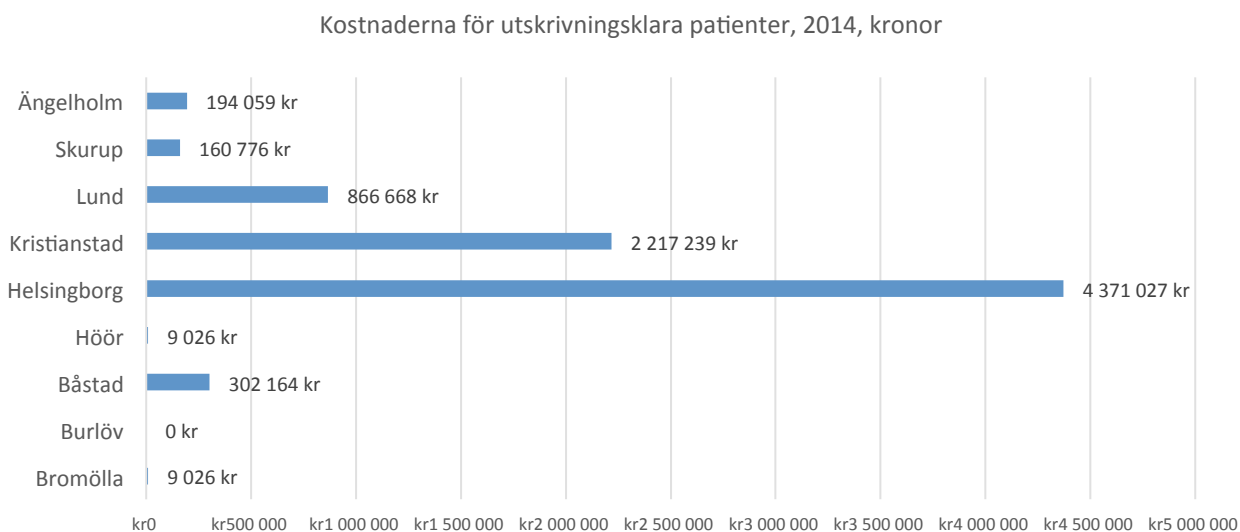
¹⁰ data från www.kvalitetsportal.se

¹¹ Vård- och omsorgsnämnden. Redovisning av medicinskt färdigbehandlade och antal personer som väntar på vårdboende. Lägesrapport per den 31 december 2015.

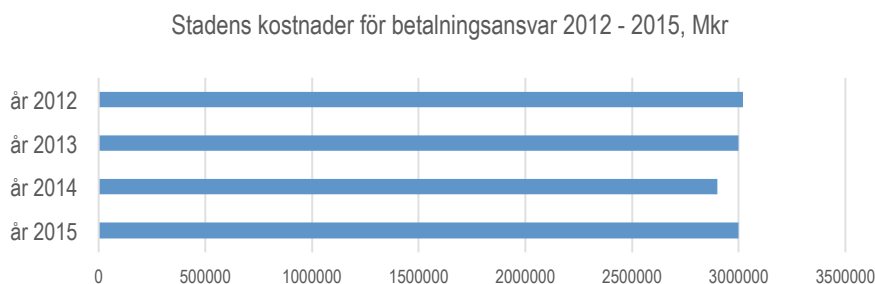
¹² Siffror för 2015 saknas från Region Skånes sida.

gjort en sammanställning över hur mycket region Skåne fakturerat för utskrivningsklara patienter efter att betalningsansvaret övergått till patientens hemkommun under 2014.

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



Helsingborgs stad redovisar följande siffror över kostnader för patienter med kommunalt betalningsansvar, vilket för åren 2012-2014 är vad man de facto har betalat till region Skåne:



*2015 års siffra är preliminär eftersom bokslutet är vid granskningstillfället inte färdigställt

De 8,1 Mkr som de nio kommunerna betalar motsvarar ca 1 800 vårddygn eller knappt fem vårdplatser. För hela regionen torde siffran vara ca 15 vårdplatser. För Helsingborg motsvarar de kvarliggande patienterna med kommunalt betalningsansvar 2 – 3 vårdplatser. Det ska ses i ljuset av Region Skånes ansträngningar att hålla upp antalet vårdplatser. Sett i det stora hela är dock den ekonomiska potentialen för Region Skåne relativt begränsad med nuvarande lagstiftning.

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.

Det finns inom Helsingborgs stad en oro över växande kostnader. De framhåller att många medborgare är svårt sjuka och antalet multisjuka och äldre ökar. Staden har även en ökning av yngre medborgare med stora trauman och ökning av psykosocial problematik. Konsekvenserna för dem sägs att det är

svårare att hålla en jämn takt och vara en följsam vårdgivare genom alla led i vårdkedjan vilket även avseglas ekonomiskt.

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?*

I avsnittet redovisas även iakttagelser avseende följande särskilda frågor som ställts av revisionen i Helsingborgs stad:

- a. *Belysa hur samverkan fungerar mellan slutenvården och primärvården samt vilka eventuella effekter det får exempelvis, avseende patientansvarig läkare, fullgod dokumentation etc.*
- b. *Belysa i vilken omfattning läkarna deltar på vårdplanering, framförallt inom den slutna vården?*
- c. *Belysa och beskriva effekterna hos de olika huvudmännen av både andel vårdplaneringar och andel utskrivningsklara som makuleras?*
- e. *Finns en tydlig rollfördelning mellan aktörerna? (Det vore också bra om fråga 8 e kompletteras med "tex primärvårdsläkarens roll avseende justering av vårdplan").*

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 sommarsemestrar finns gemensamma möten mellan Region Skåne och kommunerna för att klara av de gemensamma åtagandena.

Det finns också mer eller mindre fasta nätverk där olika konstellationer ingår. Som exempel nämns kommunens SVPL ansvariga och sjukhusets sköterskor. På annat håll bildar kommunens sjukvårdstrateg och verksamhetschefer på sjukhuset nätverk. Andra exempel är träffar med koordinatörer från sjukhus tillsammans med boendeplanerare och biståndshandläggare. Viss kritik finns om att mandat verkar saknas i dessa nätverk och 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 Helsingborg

Något formaliserat samverkansforum mellan staden och lasarettet för processen runt utskrivningsklara patienter finns inte på övergripande nivå för tillfället i Helsingborg. Både lasarettet och staden ser det som en stor brist. Flera initiativ har tagits för att få till stånd ett sådant forum som finns i stora delar av Skåne i övrigt men har än så länge inte realiserats.

Från Regionens sida framhålls att detta är ett av flera exempel på upparbetad samverkan som upphörde i anslutning till sammanslagningen av sjukvårdsförvaltningarna och indelningen i divisioner. Förändring innebar bland annat att sjukhusen inte längre är administrativa eller ledningsmässiga enheter.

Andra samverkansfora är bland annat:

- Inom ramen för ”Ledningskraft”. Ledningskraft Skåne är en satsning som arbetar för att förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre. I ledningskraftssamarbetet träffas både kommunala och privata utförare i staden samt de flesta offentliga primärvårdsenheter och flera privata vårdcentraler och verksamhetsområde Specialiserad medicin vid Helsingborgs lasarett. Arbetet koncentreras främst på samordnad individuell plan (SIP) men även andra delar i den regionala handlingsplanen diskuteras.
- Det finns vidare en partsammansatt regional grupp för stöd och samordning för SVPL/SIP ”förvaltningsgrupp SVPL och SIP” Denna träffas cirka tre gånger per termin. För IT-stödet Mina planer finns särskild partsammansatt grupp som har förvaltningsansvar för IT-stödet. Dessa grupper samverkar. Vid dessa tillfällen diskuteras övergripande frågor om gränssnitt, IT stödet etcetera. Samarbete runt enskilda patientärenden sker lokalt när så behövs.
- Det finns en regional partsammansatt arbetsgrupp där bland andra Helsingborgs stads medicinska strateg, förvaltnings Sund närsjukvårdsstrateg och områdeschef från division psykiatri finns med. Arbetsgruppen har som uppgift är utarbeta förslag till reviderad rutinen för samordnad vårdplanering.
- SVPL-team från olika kommuner och region Skåne har nätverksmöten kontinuerligt.

- Avseende Samverkan på individnivå sker samverkan rörande SIP mellan staden, primärvården och psykiatrin.

Enligt intervjuade vid Helsingborgs lasarett är ledtiderna så korta inom Region Skåne att de från lasarettet inte har möjlighet att delta i SIP-arbetet. Merparten av SIP görs i primärvård-kommunsamverkan. Staden uppfattar det som en brist eftersom detta är en förutsättning för gemensam och god planering för dessa personer.

Omdömen om samverkan – Helsingborgsperspektivet

Intervjupersonerna i Helsingborgs stad uttrycker en önskan om utökat samarbete med region Skåne på flera nivåer. Följande punkter finns på den dagordning som de vill föra fram.

- Samverkan och dialog ska omfatta allt från den politiska nivån och sedan genom alla led.
- En gemensam samsyn på utskrivningsprocessen och gällande lagstiftning.
- Utökad kunskap/förståelse för varandras roller och ansvar.
- Utökad samverkan kring patient/medborgare.

Även intervjupersoner inom Region Skåne uttrycker motsvarande behov. Företrädare för lasarettet pekar bland annat på att det finns en bra samverkansprocess med Landskrona. Där finns ett närsjukvårdsråd som omfattar SVPL processen. Representanter från alla vårdcentraler, kommunen, lasarettet är med. De träffas både formellt och informellt till exempel inför större helger. Med Trelleborg finns en liknande modell men där ingår inte alla vårdcentraler än.

Helsingborgs stad har träffar med närsjukvårdsstrateg och representanter från kliniker på Helsingborgs lasarett inför storhelger samt uppföljning efteråt. I dessa forum finns inte representanter från primärvården närvarande.

När det gäller slutenvårdens samverkan med primärvården upplevs den vara bra ibland och mindre bra ibland. Citat, ”Några vårdcentraler är klockrena medan andra inte alls är det. Det går inte att vara generell”. Även i dessa fall är det personbundet och handlar om kontinuitet hos läkarkåren eller brist på densamma. För att processen inte ska stanna av går till exempel slutenvården ibland in och påminner vårdcentraler om att det är dags att justera i systemet.

4.2.2 Följs samverkan upp?

Uppföljning av samverkan sker främst genom avvikelserapportering. Inom kommunen är det MAS eller MAR som utgör nav för avvikelshantering. Från dessa skickas inkomna avvikelser till berörd chef inom lasarettet i Helsingborg eller andra berörda sjukhusenheter. MAS och MAR samordnar även de avvikelserapporter som är inkommande från Region Skåne.

Det sker enligt intervjuer med bägge parter ingen gemensam uppföljning av avvikelserna, vilket beskrivs som en brist och förlorat tillfälle för att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Från kommunens sida finns även ett missnöje med bristande återrapportering. Vissa sjukhuskliniker lyfts fram av kommunen som bra på återkoppling (bl a internmedicin vid Helsingborgs lasarett och akutverksamheten vid SUS) medan andra sällan responderar. Den svaga responsen på avvikelserapporter rörande samverkansfrågor uppges minska motivationen att göra sådan avvikelserapportering.

Det är inte heller enkelt och tydligt att utreda vart i Region Skånes organisation som avvikelserna ska adresseras. Tidigare skickades avvikelser till en registrator inom SUND som därefter skickade ärendet till den som berördes, vilket enligt intervjupersoner fungerade bra och var positivt. Kort efter organisation av förvaltning Sund och beslut om vårdenhetsbeteckningar enligt regional namnstandard, informerades kommuner via mail om att avvikelser där inte det nya enhetsnamnet var känt, skulle adresseras till förvaltning Sunds centrala adress.

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

Från och med 2016 har verksamhetsområdet Specialiserad medicin beslutat att alla avvikelser ska följas upp systematiskt och redovisas på APT möten varje månad. Det är enhetschef för omvårdnad, medi-

cinsk enhetschef och kvalitets-och patientsäkerhetsombud som ansvarar för att detta sker. Denna fråga ska finnas med vid de årliga medarbetarsamtalen.

Inom Helsingborgs stad genomförs internt bland annat följande uppföljningar:

- Uppföljning görs på beviljad insats efter utskrivning från lasarettet. Insatser som kan beviljas vid vårdplanering på lasarettet är hemvård, korttidsvård och i vissa fall vårdboende.
- Hemvård och vårdboende följs upp av biståndshandläggare på myndighetsenheten fyra veckor efter att beslutet verkställts. Biståndshandläggaren kontrollerar så att en genomförandeplan är upprättad och om insatsplanen stämmer med ansökan som har gjorts på lasarettet. En årlig individuppföljning görs även för att se att insatserna är tillräckliga efter individens behov.
- Beslutet på korttidsvård ligger vanligtvis på 2 veckor. Vid behov träffar korttidsteamet personen innan tiden går ut, för att bedöma om behov till fortsatt bistånd finns, eller för att bevilja insats som verkställs efter korttidsvistelsen.

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 styrdokumenterna 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 Helsingborg är i all huvudsak de samma.

Det framkommer i Helsingborg 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. När det gäller exempelvis rehabilitering kan det vara otydligt var gränserna mellan parternas ansvar går.

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

Från lasarettets sida anser de att rollerna teoretiskt är tydliga men att tillämpningen skiftar i tolkningen av regelverket. Det kan ske till exempel när hyrläkare ska skriva ut en patient. Det kan även vara svårt för nya läkare att helt förstå syftet med att färdigutskrivna patienter är kvar på lasarettet i väntan på till exempel hjälpmedel när lasarettet har vårdplatsbrist. Ny personal behöver kunskap och det sker vid internutbildningar och i det löpande vardagliga arbetet. Trögheter att få fram de hjälpmedel som efterfrådas upplevs bromsa utskrivningsprocessen.

4.2.4 Vilka gemensamma insatser görs?

Utöver den lagföreskrivna samverkan sker få gemensamma insatser mellan Region Skåne och Helsingborgs stad.

Tidigare har det förekommit gemensamma utbildningsinsatser mellan Helsingborgs stad och Region Skåne. Som en följd av detta fungerade samarbetet bra men på grund av personalomsättning på lasarettet försvann kunskapen. Staden har ett intresse av att återigen bidra med ett utbildningspaket men det förutsätter att det även på lasarettet utses särskilda SVPL personer.

Enligt Helsingborgs stad finns utrymme för flera förbättringsåtgärder när det gäller det gemensamma arbetet kring utskrivningsprocessen. Bland annat har följande insatser framkommit vid granskningen (citater):

- *”Utökat samarbete med Helsingborgs lasarett på flera olika nivåer.*
- *Att den dialog som förs mellan de politiskt ansvariga avseende samverkansformer mm, fungerar hela vägen i tjänstemannalinjen inom regionen.*

- Att få en samsyn på utskrivningsprocessen och gällande lagstiftning.
- Ökad kunskap om processen och dess syfte.
- SVPL-ansvariga på varje enhet/avdelning.
- Kontinuerliga möten med SVPL-ansvariga på regionen.
- Utökad kunskap/förståelse för varandras roller och ansvar.
- Utökad fokus på patient/medborgare.
- Utökad samverkan kring patient/medborgare.
- En radikal minskning av antalet makulerade vårdplaneringar.”

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

En partssammansatt utbildning anordnades av Region Skåne 2014 där man i tvärorganisatoriska team bland annat identifierade vilka risker som finns i vårdens övergångar¹³. 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 (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.

¹³ Region Skåne: Riskanalys vid vårdens övergångar

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 ersättningsystemet. 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 kallelserna innehöll fel, främst i form av att information saknades eller var felaktig. Under november månad uppgick siffran till 75 procent. De största problemen uppgavs vara avsaknad av läkarepikriser och felaktiga läkemedelslistor.

Rutiner Helsingborgs stad

Helsingborgs stad arbetar sedan år 2000 enligt en särskild modell för utskrivnings- och vårdplaneringsprocessen. Den följer nedanstående rutin:

- Teamet går igenom inkomna kallelser, gör en bedömning/sortering om en kallelse är förenklad eller icke förenklad som kan göras via telefon.
- Kallelser som avser personligt möte ansvarar SVPL-teamet för som tidigare.
- Teamet kvitterar samtliga inskrivningsmeddelande.
- Teamet ombesörjer fritt omsorgval för nya kunder.
- Förenklade- och icke förenklade kallelser som kan göras via telefon kommer att skickas ut till hälso- sjukvårds personal i hemvårdsområdet/vårdboendet/habiliteringsteamet och därmed upphör ansvaret för SVPL-teamet.
- Hemvårdsområde som anser att utskickad kallelse bör ske med personligt möte istället återkopplar till SVPL-teamet för diskussion.
- När det gäller tröskelbegreppet, så gör SVPL-teamet en första grov bedömning om ansvaret är vårdcentralens eller hemsjukvårdens.

Respektive enhetschef utser minst tre HSL-personal som får ansvar att kontrollera kallelser i SVPL-IT. Detta görs utifrån ett patientsäkerhetsperspektiv för att säkra upp vid eventuell frånvaro. Hur utsedd personal sedan fördelar ansvaret är upp till enhetschefen att bestämma.

SVPL-IT ska kontrolleras under vardagar vid följande tillfällen: vid 9 tiden, innan lunch och innan arbetsdagen slut. Tidpunkterna prövas under en tremånadersperiod, därefter kommer tidpunkterna att utvärderas, om de uppfattas som relevanta utifrån de tre verksamhetsområdena.

Utsedd personal ska kvittera kallelsen i SVPL-IT inom 24 timmar och har sedan ansvar att skriva ut ärendet och lämna över det till berörd personal. Vid behov kommunicerar respektive personal i SVPL-IT med andra vårdgivare. Vidare:

- Enheternas sjuksköterskor rapporterar till sjuksköterska, kväll/natt/helg.
- Utsedd personal på vårdboende kontrollerar SVPL-IT när vårdtagare är inlagda på sjukhuset och då under samma intervaller som ovan.
- SVPL-teamet skickar ut förenklad kallelse och icke förenklad kallelse. Det kan göras via telefon till hemvård, vårdboende och HAB-teamet.

Stadens perspektiv och synpunkter

Enligt staden finns skillnader när det gäller utskrivningar och vårdplaneringar från Region Skåne. Vid Lasarettet i Landskrona och Ängelholms sjukhus fungerar det något bättre än vid Helsingborgs lasarett. Enligt intervjupersoner beror detta på

- Stor personalomsättning på lasarettet
- Läkarna förstår inte alltid att det är de som äger processen
- Läkarna lovar ibland kommunala insatser som de inte har rådighet över

- SVPL är inte förberedda möten – saknas information och plan på rätt fortsättning till exempel om remiss gått iväg till rehabilitering eller palliativ vård

Det gäller inte hela lasarettet. Vissa kliniker på Helsingborgs lasarett fungerar mycket bra och vissa mindre bra. Det uppges även att där det finns SVPL-personer fungerar det mycket bättre än där dessa saknas. Arbetet sägs vara personbundet.

ASIH, avancerad sjukvård i hemmet, fungerar oftast mycket bra vad gäller vårdplanering.

När det gäller primärvården uppges att vissa vårdcentraler fungerar bättre än andra vad beträffar vårdplanering i utskrivningsprocessen. Det uppges av intervjupersoner vara personbundet. Några vårdcentraler önskar inte något samarbete alls. När det inte fungerar beror det oftast på brister hos läkaren som inte förstår vilket ansvar de har för patienten i och med att vårdplanen justerats. En del primärvårdsläkare vet inte vad koordinationsansvar innebär och många följer inte upp omvårdnadsbehovet efter att patienten vistats hemma en tid.

Att samsyn av utskrivningsprocessen inte finns medför merarbete och kan riskera patientsäkerheten för medborgaren. Det gäller både inom slutenvården som primärvårdens ansvar att överta det medicinska ansvaret.

Lasarettets perspektiv:

Det finns SVPL-ansvariga personer inom Helsingborgs lasarett men däremot har lasarettet särskilda SVPL-team inom ett begränsat antal områden. Enligt intervjupersoner anses det fungera bättre när det finns utsedda SVPL-team.

Det finns SVPL ansvariga personer inom Helsingborgs lasarett. Lasarettet har även på vissa enheter särskilt utsedda personer med SVPL-ansvar, t ex arbetsterapeuter, sjuksköterskor. Enligt intervjupersoner anses det fungera bättre när det finns utsedda personer med SVPL-ansvar.

På ortopedavdelningen är det en arbetsterapeut som, dagtid 8-17, sköter vårdplaneringprocessen och det fungerar mycket bra. Där finns kontinuitet och stor vana vilket gör processen smidig. I de fall det är olika sköterskor som dessutom arbetar på jourtider minskar kontinuiteten och får till följd att även rutinerna för vårdplaneringar blir mindre säkra.

Läkarna deltar i besluten om vårdplanering men överlåter oftast till sjuksköterskor som på läkares uppdrag utför själva vårdplaneringsmötet. I vissa fall och där de har speciellt krävande patienter händer det att läkare är med på vårdplaneringen. Det brukar bestämmas på teamrund hur och vem som gör vad i arbetet.

När de finns specifika ansvariga personer som tar hand om vårdplaneringen blir det nästan aldrig några makuleringar. Vid ett förbättringsarbete på ortopedien följdes detta genom pinnstatistik kompletterat med orsak till avvikelser under en tid. Makuleringarna upphörde i stort sett helt. När det finns utarbetade teamrunder på en avdelning underlättar det arbetet i fortsättningen.

Helsingborgs lasarett är det sjukhus i Skåne som har högst andel akuta besök, 85 procent. Inom opererande specialiteter påverkas rutinerna eftersom det är en så hög andel akuta patienter som kommer in och behöver vård snabbt.

Det är bara slutenvården som kan makulera en kallelse. Makuleringarna kan bero på att kommunen inte godkänner kallelsen men kan även bero på att patientens hälsotillstånd försämras.

Det finns enligt intervjupersoner en tendens till att arbetet med utskrivnings- och vårdplaneringsprocessen inte prioriteras på grund av en ständig personalomsättning. Följden blir att kunskapen om processen är bristfällig. Förberedelserna som ska göras inför vårdplaneringstillfället hinns inte med och därmed blir kallelserna alltför ofta makulerade. Ny kallelse får skickas i senare skede.

Primärvården är som regel inte med fysiskt när vårdplaneringar sker. All SVPL-information finns och delas i IT-stödet Mina planer, där primärvård(listad enhet) folkbokfördkommun samt vårdande sjukhus-enhet kan se all information i den enskilda patientens SVPL-process.

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 kommun¹⁴). Här upplever intervjupersonerna ofta att det brister och kontakt måste oftast tas mellan vårdenheterna för att säkerställa informationen.

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

Faktaruta: IT-stöd för samordnad vårdplanering mellan 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 göra Mina planer IT-baserat. Så kallade superanvändare har utbildats inom kommunerna. Implementeringen har dock inte slutförts då vissa kommuner inte ansett sig redo. Intervjuföreträdare menar dock att faxen som tidigare använts i stället för SVPL inom psykiatrin inte är tillräckligt patientsäkert. Andra företrädare är av uppfattningen att den IT-baserade Mina planer inte är 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.

¹⁴ Riktlinjer för utskrivningsinformation, Region Skåne, senast reviderad 2013-01-08

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 minskar¹⁵. Problemen med läkemedelslistor skapar otrygghet och genererar enligt intervjupersonerna i kommunerna mycket merarbete. (Citat) ”När läkemedelslistor kommer som inte är uppdaterade tar det mycket tid att få ordning på den”.

Under 2015 genomförde Region Skåne ett kvalitetsförbättringsprojekt för utskrivningsinformation. Syftet var att minska antalet fel och missuppfattningar i vårdens övergångar som idag utgör en mycket stor patientsäkerhetsrisk¹⁶.

Helsingborgsperspektivet

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 lasarettet.

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.

¹⁵ Midlöv et al, PWC 2008

¹⁶ Vardgivare.skane.se/kompetens-utveckling/projekt- och utvecklingsarbete

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 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 vårdteamet från kommunen och hade med sig alla hjälpmedel. Den första veckan kom de flera gånger om dagen och efter några veckor klarade hon sig med stöd från anhöriga. Innan vårdteamet släppte henne kom de en sista gång och kontrollerade att allt fungerar. Hon är mycket nöjd och avslutar intervjun med två synpunkter som rör sjukhuset: ”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. Värt 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.

Utskrivningsklara patienter hemmahörande i Helsingborg har i genomsnitt fler vårddygn än i övriga kommuner som ingår i granskningen. Vår iakttagelse är att utskrivningsprocessen i allmänhet bedöms fungera smidigare från sjukhusen i Landskrona, Ängelholm och Lund/Malmö än från Helsingborgs lasarett. Ur lasarettets perspektiv sker en smidigare process för patienter som ska komma till sitt eget boende än de som ska till någon form av vård- och omsorgsboende.

Vår bedömning är att Helsingborgs stad har en välorganiserad process för arbetet med utskrivningsklara patienter som tillgodoser kraven på likabehandling och patientsäkerhet. Det råder olika syn mellan staden och Region Skåne om tolkning av regelverket vilket kan hämma möjligheten till en optimal utskrivningsprocess i vissa fall. Både för patienten och för att åstadkomma ett mer effektivt arbete är det önskvärt att en bättre samsyn mellan parterna kan uppnås.

Fråga 2. Bedrivs det en ändamålsenlig och effektiv samverkan kring utskrivningsklara patienter? samt särskild fråga a. Belysa hur samverkan fungerar mellan slutna vården och primärvården samt vilka eventuella effekter det får exempelvis, avseende patientansvarig läkare, fullgod dokumentation etc.

En välfungerande samverkan i utskrivningsprocessen förutsätter ett samspel och god kommunikation mellan fyra parter: patienten/brukaren och eller dennes närstående, sjukhuset, primärvården och staden. 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 allt mer 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 staden. 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 slutna vård är väl reglerat i lagar och styrdokument. Lagarna, reglerna och överenskommelserna är väl kända av samverkande aktörer kring utskrivningsklara patienter. Däremot finns avsteg och olika tolkningar i överenskommelsen mellan Region Skåne och Helsingborgs stad som får till följd 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 allt mer tillförlitliga, patientsäkra och användarvänliga. Däremot finns brister vilken 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.

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.

Inom Helsingborgs stad finns en mindre positiv bild på samverkan med Region Skåne, särskilt vad avser Helsingborgs lasarett. Enligt stadens företrädare har ett tidigare positivt samarbetsklimat försämrats under de två senaste åren. Försämringen uppges hänga samman med att lasarettet 2014 började tillämpa en ny rutin att skriva ut patienten tidigare i vårdprocessen. (Se även fråga 9.)

Fråga 6. Hur fungerar vårdplaneringen och utskrivningen från slutenvården? samt särskild fråga b. Belysa i vilken omfattning läkarna deltar på vårdplanering, framförallt inom den slutna vården? och särskild fråga c. Belysa och beskriva effekterna hos de olika huvudmännen av både andel vårdplaneringar och andel utskrivningsklara som makuleras? Samt primärvårdsläkarens roll avseende justering av vårdplan.

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 är att ta beslut om att utskrivningsprocessen kan starta och vårdplanering ske. Vid vårdplaneringstillfället deltar de endast i enstaka fall utan delegerar normalt denna uppgift till sjuksköterska.

Det har framkommit i Helsingborg liksom i övriga kommuner som medverkar i granskningen att primärvården deltar vid vårdplaneringstillfällena i begränsad omfattning och ofta endast proforma. Utskrivning från slutna vården 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.

Enligt stadens företrädare makuleras var fjärde kallelse till vårdplanering med orsaker såsom att ordentliga förberedelser inte har hunnits med från lasarettets sida eller att patientens hälsotillstånd försämrats. Makuleringarna leder till merarbete för kommunen.

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

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

Lasarettet 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. Många patienter från Helsingborgs stad har innan de kommit hem varit 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? (Samma fråga som den särskilda frågan e från Helsingborgs revisorer).

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 Helsingborgs stad.

På senare tid har skillnad i tolkning av regelverket uppstått vilket gör att tydligheten i praktiken nu inte är lika tydlig exempelvis vad gäller läkarnas, i både primärvården och slutna vården, delaktighet i utskrivningsprocessen.

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

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. Efter Region Skånes omorganisation som inleddes 2013 och resulterade i nuvarande sjukhusförvaltningar med divisionsindelning. De enskilda sjukhusen har inte någon ledningsmässig eller administrativ roll. Fortfarande saknas ett relevant samverkansorgan mellan Helsingborgs stad och de verksamheter som finns vid främst Helsingborgs lasarett.

Vår bedömning är att avsaknaden av ett aktivt samverkansorgan mellan staden och verksamheterna vid lasarettet i Helsingborg försvårar samverkan och möjligheterna att etablera samsyn om gemensamma rutiner och processer. Samverkansformerna behöver förtydligas så att det blir tydligt hur eventuella osäkerheter och tvister som kan uppstå kan hanteras och beslutas gemensamt.

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

Flera för Region Skåne och kommunerna gemensamma utvecklingsprojekt har genomförts under senare år. Dessa omfattar bland annat kvalitetsförbättring och distanskommunikationer och gemensamma team. Det senare sker bland annat i Hälsostaden i Ängelholm. Avvikelsehanteringen fungerar inom respektive huvudman, men har lägre prioritet vad gäller uppföljning och lärande i fråga avvikelser som uppstår i samverkan mellan parterna. Till detta bidrar avsaknaden av ett lokalt samverkansorgan mellan kommun och lasarett i Helsingborg. Inom staden sker regelbunden uppföljning av bland annat beviljade insatser efter utskrivning.

Vår bedömning är att det saknas ett effektivt för Region Skåne och staden 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? samt särskild fråga d. Belysa i vilken omfattning de olika huvudmännen förstår syftet, ur ett patientperspektiv, med den tid (i nuläget 5 dagar) som finns för planering innan betalningsansvar inträder?

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. Bland annat har Helsingborgs lasarett under andra halvåret 2015 haft 75 inläggningar på vårdplatser utanför sjukhuset för sådana patienter, varav flertalet inte omfattas av det kommunala betalningsansvaret.

Staden erlägger ca 3,0 Mkr per år (2014 och 2015) 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 vårdtygskostnad.

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

Situationen för patienter/brukare

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

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 Helsingborg var 4,77 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.

Situationen i Helsingborg vad gäller vårdplanering utmärks av problem i vissa avseenden vilket försvårar stadens arbete med utskrivningsklara patienter:

- Vid vårdplaneringstillfället deltar patientansvarig läkare i slutenvården endast i enstaka fall.
- Primärvården deltar vid vårdplaneringstillfällena i begränsad omfattning och ofta endast proforma.
- Det förekommer enligt stadens företrädare att primärvårdens läkare inte är beredda att ta detta samordningsansvar.
- Enligt stadens företrädare makuleras var fjärde kallelse till vårdplanering med orsakerna att ordentliga förberedelser inte har hunnits med från lasarettets sida eller att patientens hälsotillstånd försämrats. Makuleringarna leder till merarbete för kommunen.

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 och omsättning på läkare i primärvården.

Övergångarna från de skånska sjukhusen till Helsingborgs stad uppges fungera bra i många fall, men många gånger vara problematiska från Helsingborgs lasarett. En allmän framgångsfaktor som anges är att bägge parter har särskilda SVPL-team. Sådana team saknas vid Helsingborgs lasarett. Samarbetet uppges även försvåras av att parterna inte har samsyn om när i vårdprocessen en kallelse till vårdplanering kan ske. Det skiljer sig bland annat åt i uppfattning av hur många vård dagar som kommunen har betalningsansvar för. Det har även framkommit att det saknas ett lokalt övergripande samverkansorgan mellan verksamheterna vid Helsingborgs lasarett och kommunen. Utan ett sådant organ försvåras möjligheterna att etablera samsyn i både princip- och rutinfrågor. Även den ömsesidiga uppföljningen av avvikelser och arbetet med förbättringsåtgärder hämmas.

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

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 Helsingborgs stad samordnar sitt arbete med utskrivningsklara patienter genom ett SVPL-team med lång erfarenhet. Ansvar och roller inom kommunen är tydliga och det finns klara rutiner/processbeskrivningar för hur arbetet ska gå till. Systematiska uppföljningar sker av de områden som hör till det kommunala ansvarsområdet. Negativt är bristen på samsyn med verksamheterna vid Helsingborgs lasarett, varifrån de flesta utskrivningsklara patienterna härrör.

Vår bedömning är att Helsingborgs stad 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 sjukvårdsförvaltning Sund och verksamheterna vid Helsingborgs lasarett.

Förbättringsområden

I samband med granskningen har följande förbättringsområden identifierats.

- Parterna behöver utveckla sin samverkan för ökad samsyn i principiella och praktiska frågor. Ett lokalt samverkansforum mellan staden och verksamheterna vid Helsingborgslasarett är angeläget. Tillika bör en partsammansatt utbildning för staden och sjukhusen om överenskommelsen och ömsesidiga förutsättningar tillskapas.
- En viktig uppgift för det lokala samarbetet är systematisk uppföljning av avvikelserapporter rörande samverkan i utskrivningsprocessen.
- Helsingborgs stad 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.
- De utskrivningsklara patienterna hemmahörande i Helsingborgs stad har i snitt fler vård dygn än övriga kommuner som ingår granskningen. En analys bör göras av förutsättningar och konsekvenser av att sänka antalet vård dygn till samma nivå som övriga kommuner.
- 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
Anna Andersson, Region Skåne
Inger Andersson, Bromölla kommun
Emma Andreasson, Burlövs kommun
Peter Andreasson, Vellinge kommun
Maria Appelgren, Höör kommun
Annika Atterlid Olsson, Höör kommun
Manieh Azimi, Höör kommun
Gisela Beckman, Bromölla kommun
Caroline Bengtsson, Region Skåne
Teresia Bengtsson, Lunds kommun
Helene Bergelin, Helsingborgs stad
Susanne Berggren, Lunds kommun
Katarina Bergman, Bromölla kommun
Madeleine Blecher, Lunds kommun
Anette Branning, Höör kommun
Carina Byrlén Roos, Burlövs kommun
Izabella Carlsson, Ängelholms kommun
Stina Cederhag, Helsingborgs stad
Mette Davidsson, Kristianstad kommun
Hanna Edström, Vellinge kommun
Marie Ekstrand, Lunds kommun
Lena Fazel Rydberg, Ängelholms kommun
Eva Fjelkner, Bromölla kommun
Anneli Flink, Kristianstad kommun
Richard Flodfält, Skurups kommun
Karolina Friberg, Burlövs kommun
Anna-Lena Fällman, Skurups kommun
Camilla Fält, Hälsostaden
Janet Garpeus, Lunds kommun
Boel Granat, Skurups kommun
Per Granvik, Region Skåne
Lisbet Gredfors, Ängelholms kommun
Dina Gustavsson, Bromölla kommun
Ann Hansson, Region Skåne
Birgitta Hansson, Skurups kommun
Gunilla Haraldsson, Bromölla kommun
Mona Hirche, Burlövs kommun
Lena Hjelteng, Höör kommun
Sara Holmslycke, Bromölla kommun
Bodil Ivarsson, Region Skåne
Gloria Jafari, Burlövs kommun
Lena Jeppsson, Region Skåne
Cecilia Johansson, Höör kommun
Marie Juhlin, Region Skåne
Alexandra Karlsson, Båstad kommun

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

Dokumentation som analyserats framgår av löpande text och fotnoter.