

"När den ena handen vet vad den andra gör..."

Samverkan i vårdkedjan vid in/utskrivning till/från slutenvård



LÄNSSTYRELSEN
ÖSTERGÖTLAND

 **Socialstyrelsen**
THE NATIONAL BOARD OF HEALTH AND WELFARE

Lst: Dnr 701-3336-2008
701-3338-2008
701-3339-2008

SoS: Dnr 44-1537/08
44-1538/08
44-1539/08

FÖRORD

Denna rapport är ett resultat av en gemensam tillsyn och en utveckling av samverkan mellan Länsstyrelsen och Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping. Tillsynen har inriktat sig på att uppmärksamma kommunernas och Landstingets samverkan i vårdkedjan för in- och utskrivning av äldre personer till och från slutenvården.

Behovet av samverkan mellan kommuner och landsting har diskuterats under många år och ett flertal projekt har också genomförts. Undersökningar, uppföljningar och tillsynsaktiviteter har visat att samverkan mellan olika huvudmän är ett komplicerat område.

Samverkan är många gånger en förutsättning för att den enskilde skall få god vård och omsorg.

Rapporten bygger bland annat på gemensamma diskussionsintervjuer som genomförts under maj-juni månad 2008, där representanter från både kommun och landsting deltagit.

Vår förhoppning är att Landstinget tillsammans med länets samtliga kommuner skall kunna använda rapporten i sitt fortsatta arbete för en förbättrad samverkan.

Sammanställningen av rapporten har gjorts av Länsstyrelsens socialkonsulenter Inger Nordén, Marie Svensson, Maud Veibäck och Socialstyrelsens byrådirektörer Åsa Blennborn och Eva Kågestad.

Bo Silén
Socialdirektör
Länsstyrelsen i Östergötlands län

Birgitta Hagström
Enhetschef
Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i
Jönköping

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD.....	1
INNEHÅLLSFÖRTECKNING	3
1. BAKGRUND/INLEDNING	4
2. SYFTE.....	4
3. METOD.....	5
<i>Centrala.....</i>	<i>5</i>
<i>Västra</i>	<i>5</i>
<i>Östra.....</i>	<i>5</i>
4. RESULTAT	6
KÄNNEDOM OM LOKALA RUTINER FÖR SAMVERKAN	6
<i>Centrala.....</i>	<i>6</i>
<i>Västra</i>	<i>6</i>
<i>Östra.....</i>	<i>6</i>
SAMVERKAN.....	6
<i>Centrala.....</i>	<i>6</i>
<i>Västra</i>	<i>7</i>
<i>Östra.....</i>	<i>8</i>
VÅRDPLANERING	8
<i>Centrala.....</i>	<i>8</i>
<i>Västra</i>	<i>9</i>
<i>Östra.....</i>	<i>9</i>
VÅRDPLAN	10
<i>Centrala.....</i>	<i>10</i>
<i>Västra</i>	<i>10</i>
<i>Östra.....</i>	<i>10</i>
AVVIKELSER	11
<i>Centrala.....</i>	<i>11</i>
<i>Västra</i>	<i>11</i>
<i>Östra.....</i>	<i>11</i>
5. UPPMÄRKSAMMADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN.....	11
6. SLUTSATSER.....	12
7. LÄNSSTYRELSENS INTERVJUER – MED PERSONER SOM VARIT FÖREMÅL FÖR VÅRDPLANERING.	13
RESULTAT	13
<i>Centrala.....</i>	<i>13</i>
<i>Västra</i>	<i>13</i>
<i>Östra.....</i>	<i>14</i>
LÄNSSTYRELSENS KOMMENTAR.....	14

1. BAKGRUND/INLEDNING

Länsstyrelsen i Östergötland och Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Jönköping har i en gemensam tillsyn uppmärksammat kommunernas och landstingets samverkan i vårdkedjan för in- och utskrivningar av äldre personer till och från slutenvården. Det har till båda myndigheterna på olika sätt framkommit att problem och svagheter kan uppstå i vårdkedjan.

2. SYFTE

Avsikten är att belysa Landstingets och kommunernas gemensamma ansvar för att kvaliteten i vården och omsorgen om äldre personer säkras genom hela vårdkedjan.

Tillsynsmyndigheterna vill medverka till utveckling av samverkan mellan vårdgivarna och ge tillfälle till dialog kring de problem som verksamheterna påtalar.

3. METOD

I länet valdes tre sjukhus och tre kommuner utifrån Landstingets länsindelning.

Centrala: Universitetssjukhuset i Linköping (US) - Kinda kommun

Västra: Lasarettet i Motala (LiM) – Motala kommun

Östra: Vrinnevisjukhuset i Norrköping (ViN) – Norrköpings kommun.

Inför tillsynen begärde myndigheterna kopior av kommunernas och landstingets gemensamt utarbetade rutiner, överenskommelser och beskrivningar för samverkan vid in- och utskrivning av äldre personer i slutenvård.

Länsstyrelsen begärde från de tre utvalda kommunerna uppgifter på personal som kunde medverka vid ett intervjutillfälle. Aktuell personal var en områdeschef/enhetschef, en biståndshandläggare, en sjuksköterska samt en arbetsterapeut eller sjukgymnast.

Socialstyrelsen begärde att en sjuksköterska, en arbetsterapeut/sjukgymnast från respektive ortopedkliniken, medicinkliniken och primärvården skulle medverka vid intervjuerna.

Diskussionsintervjuer genomfördes på US och ViN 2008-05-27 och på LiM 2008-06-03.

Länsstyrelsen genomförde dessutom intervjuer med nio äldre personer, fyra kvinnor och fem män som skrivits ut från sjukhus och deltagit i en vårdplanering. Intervjuerna genomfördes under perioden 2008-06-05 – 2008-07-04 .

Centrala

Från Kinda kommun deltog sjuksköterska, arbetsterapeut, biståndshandläggare och områdeschef. Medicinkliniken US representerades av sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Primärvården i Kinda representerades av arbetsterapeut och distriktssköterska tillika vårdenhetschef. Från ortopedkliniken kom ingen representant. Telefonintervjuer har i efterhand gjorts av Socialstyrelsens representant med sjuksköterska och arbetsterapeut från ortopedkliniken US.

Västra

Från Motala kommun deltog enhetschef, biståndshandläggare, sjuksköterska, arbetsterapeut samt socialchef. Från lasarettet deltog sjuksköterska från medicin- resp. ortopedkliniken, samt två arbetsterapeuter och två sjukgymnaster.

Primärvården representerades av distriktssköterska samt arbetsterapeut och sjukgymnast.

Östra

Från Norrköpings kommun deltog områdeschef, biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Från landstinget deltog sjuksköterska från medicin- resp. ortopedkliniken, arbetsterapeut från medicinkliniken samt verksamhetsansvariga för resp. klinik. Primärvården representerades av distriktssköterska och arbetsterapeut från vårdplaneringsteamet.

4. RESULTAT

Kännedom om lokala rutiner för samverkan

Det finns ett gemensamt dokument för landstinget och kommunerna i Östergötland, ”När den ena handen vet vad den andra gör... Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården i Östergötland.” Till dokumentet hör även två bilagor, Rutin för avvikelserapportering samt Betalningsansvar.

Ett IT-stöd, Meddix används som kommunikation mellan kommunerna och Landstinget i in- och utskrivningsprocessen.

Centrala

De flesta av deltagarna kände till riktlinjerna, dock inte alla. Den gemensamma uppfattningen var att kännedomen om riktlinjerna inte är så stor.

Ingen kände till hur uppföljning/revidering av dessa dokument sker.

Västra

De flesta av deltagarna kände till riktlinjerna, dock inte alla.

Inom kommunen är det endast biståndshandläggaren som har tillgång till det gemensamma IT-stödet. Sjuksköterska på korttidsboendet ska inom kort få tillgång, hittills har information lämnats i ”pappersform”. Distriktssköterskan påtalar att det är positivt för hennes arbete att hon kan se den upprättade vårdplanen i Meddix. Fördelar med Meddix som nämns är att informationen är lätt att hitta och att primärvården skriver i Meddix kontinuerligt vilket gör att uppgifter som förs in uppdateras flera gånger om dagen. Nackdelar som nämns med Meddix är att rehabiliterings/aktivitetsbedömning inte kan noteras. I dagsläget har heller inte arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom kommunen tillgång till detta system. Vid samtalet framkommer att en förutsättning för att Meddix ska fungera bra är att all berörd personal har tillgång till och utbildning för systemet, vilket inte är fallet idag.

Östra

Rutinerna är väl kända av samtliga och uppfattningen är att rutinerna oftast följs och att de i stort sett fungerar bra. Meddix fylls dock inte alltid i enligt rutinen, kommunen skickar i stället meddelandeblad vilket medför att uppgifter saknas i statistiken.

Vid samtalet framkommer att kommunens sjuksköterskor måste bli bättre på att använda Meddix när äldre personer skickas in till sjukhuset.

Läkarna framför förhoppningar om att informationsutbytet ska förenklas då Meddix kommer att kunna länkas till journalföringssystemet Cosmic.

När det gäller revidering av rutinerna finns en samverkansgrupp som har möten två ggr/termin. Denna grupp har funnits i fem år och representeras av medicinskt ansvarig sjuksköterska, kommunsjuksköterska och representanter från slutenvårdsavdelningarna. Gruppens uppdrag är att titta på strukturella frågor utifrån praktiskt utförande.

Samverkan

Centrala

Kontakten mellan primärvården och slutenvården respektive kommunen haltar ibland. Kommunen frågar inte efter distriktssköterskans kunskap och distriktssköterskan tar inte kontakt

på eget initiativ. På den medicinska akutvårdsavdelningen (MAVA) finns en ”Social samordnare” som har mycket kontakter med kommunen, vilket uppgavs vara positivt.

Biståndshandläggarens erfarenhet är att primärvården inte kontaktas inför en utskrivning även om det krävs insatser därifrån. För att säkra vården för den enskilde brukar därför biståndshandläggaren fråga om man från vårdavdelningen har tagit kontakt med till exempel distriktssköterskan.

Patienten informeras om kommunens möjligheter till insatser av vårdpersonalen, företrädesvis sjuksköterskan på vårdavdelningen. På MAVA informeras patienten både muntligt och skriftligt. Biståndshandläggare har med sig skriftlig information när han/hon kommer till vårdplanering. En sjukgymnast hämtade vid något tillfälle ut kommunal information från nätet, men det finns vanligtvis inte tid till detta. Sjukhuspersonalen är medveten om att de saknar tillräckliga kunskaper om hur det fungerar i kommunen. Det nära samarbetet efterlystes, man behöver få ”bilder” av varandras verksamheter.

Från sjukhusets sida saknar man ibland information när en person läggs in. Hemtjänstpersonalen har inte tillgång till Meddix, om de medverkar när någon skickas in skickar de med en ”lila lapp” med information. Den ”lila lappen” är en blankett som man har kommit överens om att använda för viss informationsöverföring. Distriktssköterskan skickar med en annan blankett, den ”gröna lappen”. I Kinda är en ”boendepärm” under utarbetande. Den är tänkt att kunna följa med den som skrivs in på sjukhuset och ska innehålla information från både primärvård och kommun.

Sjukhuspersonalen ska tillfråga patienterna om samtycke för överföring av information till kommunen men den deltagande sjuksköterskan trodde inte att det alltid skedde.

Det händer att patienter kommer hem utan att kommunen har informerats, men det hör till undantagen.

Det är problematiskt att skriva ut en patient lördag eller söndag, först måste man vänta på att få klartecken från kommunen, d.v.s. det skall finnas möjlighet att tillgodose den enskildes behov i kommunen. När utskrivning sker under helger tar sjukhuspersonal kontakt direkt med hemtjänstpersonalen.

Västra

När det börjar bli aktuellt med vårdplanering är det landstingets personal som informerar och diskuterar med berörd person i samband med rondan. Den patientansvarige läkaren kallar till vårdplanering på ortopedkliniken. På medicinkliniken sköts detta av en administrativ assistent.

Biståndshandläggaren blir kallad till en vårdplanering via Meddix och meddelar tillbaka när han/hon kan komma. Primärvården deltar vid vårdplaneringar när det är ”komplicerade fall”, annars sker överrapportering från sjuksköterskan på sjukhuset till distriktssköterskan via telefon. Arbetsterapeut på ortopedavdelningen förbereder inför vårdplaneringen genom att fylla i en rehabplan. Information om aktuella hjälpmedel rapporteras oftast via telefon.

En diskussion förs om tidiga vårdplaneringar. Patienten är ofta inte utskrivningsklar vid vårdplaneringstillfället varför det är svårt för biståndshandläggaren att veta hur patienten kommer att må i samband med definitiv utskrivning. Att patienten är utskrivningsklar enligt läkaren stämmer inte alltid med allmäntillståndet vilket kan ställa till problem. Kommunens representanter påtalar att det finns en övertro på vad ett korttidsboende klarar av, och konstaterar att utredningsplatser på korttidsboende är till för en social utredning inte en medicinsk.

Sjukgymnaster och arbetsterapeuter framför frustration över motstridiga biståndsbeslut. En person bedöms av dem kunna återgå till hemmet och har för detta ändamål tränat exempelvis att gå i trappa. Biståndshandläggaren fattar dock beslut om korttidsboende istället. En diskussion förs om orsaker till detta, vilket exempelvis kan vara något olämpligt i bostadens planering som måste anpassas före hemgång.

Kommunen tar upp problem som kan uppstå när en person som inte tidigare är aktuell vare sig på vårdcentralen eller inom hemtjänsten nekas inläggning och återvänder direkt till hemmet. ”Man ser bara diagnosen inte omvårdnadsbehovet”. Detta kan även vara ett problem när kommunens personal försöker ”skicka in” en person som försämrats på ett korttidsboende till lasarettet.

Under obekvämt arbetstid finns en vårdkoordinator på lasarettet för konsultation. Hemtjänstens personal kan vända sig direkt dit för en bedömning av hemtjänsttagarens hälsotillstånd i hemmet.

Ett projekt ”Rätt hela vägen” bedrivs tillsammans av Landstinget och Motala kommun i två arbetsgrupper i Borensberg. Där tittar man på rehabiliteringskedjan och kontakterna mellan primärvård och hemtjänst för att förbättra samarbetet. Syftet är att ta fram rutiner där alla personalkategorier skriver i Meddix så att de inte behöver ”jaga” varandra i telefon. Nya checklistor ska utarbetas.

Östra

På sjukhuset börjar man tidigt tala om att kalla kommunen till en vårdplanering. Norrköpings kommun har biståndshandläggare stationerade på sjukhuset. Det är sjukhusets ansvar att inhämta samtycke till överföring av information. Notering om att samtycke har givits till överföring av information registreras i Meddix.

Från sjukhusets sida framförs att man är angelägna om att utskrivningar ska kunna ske varje dag, då problemet är att det ”fylls på” med patienter under hela dygnet, vardag som helg. Enligt uppgift går det inte att skicka hem någon till särskilt boende på helgerna, vilket från sjukhusets sida vore önskvärt.

Från kommunen framförs att det förefaller som korttidsboende blivit en ”vårdform”. Det är enligt uppgift ofta så att läkare har lovat/sagt att patienten ska få komma till ett korttidsboende. Det är även relativt vanligt att det redan på meddelandet i Meddix står att det handlar om korttidsboende. Vid diskussionen påpekas att det är kommunen som utifrån sin profession handlägger och beslutar om kommunala insatser. Från sjukhuset förklarar man sig vara beredda att avstå från att ta ställning till vilka insatser som kommunen ska bistå den enskilde med.

Kommunen tog upp problemet med att det för dialyspatienter som bor i särskilt boende inte finns någon patientansvarig läkare, vilket innebär svårigheter för sjuksköterskorna när de behöver konsultera en läkare. Detta upplevs som ett kontinuerligt problem. En sjuksköterskerekörsrepresentant tog med sig detta problem till medicinkliniken för fortsatt diskussion.

Vårdplanering

Centrala

I samband med att kallelse sker till vårdplanering, ska varje yrkesprofession ta ställning till om det finns behov av deras medverkan i det enskilda fallet. I vissa fall tas endast telefonkontakt i stället för att träffas för en vårdplanering.

”Distriktssköterskan kallas sällan till vårdplanering men upplever sig heller inte ha tid att delta.”

De intervjuade menade att distriktssköterskans medverkan är värdefull. Biståndshandläggarens erfarenhet är att det ofta är svårt för den enskilde att ta till sig vad som sägs. Vid många vårdplaneringar deltar någon anhörig.

Ibland finns en osäkerhet över om/hur den enskilde kommer att klara sig med planerade insatser efter utskrivningen. Det kan vara svårt för den enskilde att bedöma sin egen situation, en del tror att de är skröpligare än vad de är och andra säger sig klara mera än vad som är fallet för att få komma hem. Den enskildes vilja respekteras, men insatserna kan behöva justeras efter hemkomsten. Vid återinläggning av patient på sjukhus beror det oftast på att något nytt tillstött eller att patienten velat prova hemma men att inte detta fungerat.

Biståndshandläggare finner ibland anledning att ifrågasätta om patienten verkligen är utskrivningsklar. Genom att ställa frågor om det aktuella läget har det i en del fall visat sig att patienten inte var utskrivningsklar. Det kan också visa sig när kommunen beslutar sig för att ”omedelbart” ta hem någon. Då kan man plötsligt backa från sjukhusets sida därför att man inte hunnit genomföra alla undersökningar.

Biståndshandläggaren upplever att sjukhuspersonalen i många fall talar för en korttidsplats även om den enskilde inte har behov av det. Många (även läkare) har uppfattningen att läkaren bestämmer om patienten skall beviljas plats efter utskrivning.

Om information till primärvården missas kan det t.ex. innebära att den enskilde blir utan läkemedel några dagar. Distriktssköterskan får göra en ”brandkärsuttryckning” för att den enskilde ska få sina läkemedel utan ytterligare dröjsmål.

Biståndshandläggaren anser att tiden är knapp för att hinna planera och samordna de insatser som ska genomföras vid hemkomsten.

Västra

Vid samtalet framkommer att det är olika rutiner på avdelningarna vad gäller delaktighet vid vårdplanering. På ortopedkliniken är biståndshandläggaren ensam med berörd person och eventuell anhörig. Handläggaren får direktinformation av sjuksköterskan samt en skriftlig ADL-status. Inom medicinkliniken deltar en administrativ assistent som har samlat information från de olika yrkeskategorierna. Inom en medicinavdelning deltar en undersköterska. Biståndshandläggaren påtalar att hon ibland saknar delaktighet från sjukgymnast/arbetsterapeut vid vårdplaneringen. Biståndshandläggaren lämnar skriftlig information om exempelvis hemtjänst samt visitkort till berörd person i samband med vårdplaneringen.

Östra

Sjukhuset har utarbetat en manual över hur planeringen ska gå till och denna följs.

Vid vårdplaneringstillfället deltar avdelningspersonal i första delen av mötet därefter övertar biståndshandläggaren vårdplaneringen tillsammans med den enskilde och anhöriga. Kommunens biståndshandläggare har informationsmaterial att lämna ut.

Det finns inte fullt ut möjlighet att fullfölja handläggningen enligt förvaltningslagen, handläggningsprocessen är snabb.

Flera av deltagarna uppger att de ofta hör reaktioner från patienten att upplevelsen vid vårdplaneringstillfället är att det är ”mycket folk”. Det är de intervjuades uppfattning att det nog kan vara svårt för den enskilde att förstå allt som sägs. Det diskuterades om det skulle vara möjligt att minska antalet deltagare vid vårdplaneringen genom att ge den enskilde noggrann information innan mötet hölls.

Vid en vårdplanering deltar alltid förutom patienten själv och eventuellt anhöriga, sjuksköterska från avdelningen och en biståndshandläggare. Därutöver bedöms från fall till fall om arbetsterapeut/sjukgymnast från respektive vårdavdelning och distriktssköterska från vårdplaneringsteamet behöver delta.

Vårdplan

Centrala

Vårdplanen finns i Meddix. Det är endast representanter för slutenvården och kommunen som skriver in åtgärder och beslut i vårdplanen.

Vårdplanen fungerar mer som information om vem som tar hand om vad. Mål för de olika insatserna finns oftast inte angivna vid utskrivningen utan sätts efter att patienten varit utskriven en tid. Patienten ska få en vårdplan med sig vid utskrivning, men det fungerar inte alltid.

Västra

Om en person är aktuell både inom hemtjänst och primärvård ska enligt de lokala rutinerna, en individuell handlingsplan upprättas gemensamt av hemtjänsten och vårdcentralen. Denna plan följer då med personen vid en planerad inläggning på lasarettet. Detta förfaringssätt har börjat fungera inom några geografiska områden och omfattar då främst multisjuka personer. I övrigt sker information via Meddix både vid in- och utskrivning.

Det är främst kommunens biståndshandläggare som dokumenterar i den vårdplan som upprättas i Meddix. Av vårdplanen framgår om patienten och även namngiven anhörig varit delaktig vid vårdplaneringen. Biståndshandläggaren skriver alltid in vilka insatser som beviljas i samband med utskrivningen. Vid samtalet framkommer att det från lasarettets sida är ett ”handhavandeproblem” men man jobbar för att bli bättre. Den utskrivningsklara patienten får oftast inte med sig någon kopia av vårdplanen i samband med utskrivningen.

Inför utskrivningen av patienten från sjukhuset diskuteras under rondens olika alternativ av den fortsatta vården. I vårdplanen framgår vem som varit behandlande läkare under sjukhusvistelsen, dock nämns inte alltid vem som kommer att överta detta ansvar efter utskrivningen. Epikris skickas till vederbörande läkare på respektive vårdcentral.

Östra

Det framgår alltid om patienten/närstående deltagit vid upprättandet av vårdplanen. Det är dock inte alltid som namnet på den närstående finns angivet.

Biståndshandläggaren skriver alltid in vilka insatser som beviljats från kommunen. I vårdplanen anges även de medicinska insatserna.

Från sjukhuset är man sämre på att skriva in i vårdplanerna, det är inte alltid de är fullständigt ifyllda. Samtidigt uppger man, som en del av förklaringen, att det inte finns någon koppling mellan datasystemet Meddix och journalsystemet Cosmic

Sjukhuset skriver omvårdnadsepikrisen samma dag som patienten skrivs ut, den medicinska epikrisen kommer oftast senare, medan vårdplanen skrivs före utskrivningen. Det är inte rutin att patienten får en kopia av vårdplanen.

Det framkommer att det finns en vilja att arbeta för förbättringar när det gäller vårdplanen.

Det påtalas att ansvarig läkare vid utskrivningen måste se över så att avslutade läkemedel inte står kvar på läkemedelslistan.

Avvikelser

Centrala

Det finns system för avvikelshantering, men den allmänna uppfattningen är att det endast är en liten del av avvikelserna som dokumenteras. Avvikelshanteringens anses tidskrävande och analyser som eventuellt görs måste återföras till verksamheten/rapportörerna.

Västra

Det framkommer från samtliga att ”missar” i vårdkedjan uppstår. Landstinget har ett datasystem där personalen noterar avvikelser. De har lite olika system för hur dessa omhändertas men alla har någon form av återkoppling och diskussioner kring avvikelserna. Kommunens personal rapporterar avvikelser till medicinskt ansvarig sjuksköterska och får därigenom återkoppling.

Både landstingets och kommunens personal tror att det finns ett mörkertal när det gäller rapporteringen i avvikelssystemet.

Östra

Det framkommer från samtliga att ”missar” i vårdkedjan uppstår. Det är dock inte allt som rapporteras i det gemensamma avvikelssystemet.

I diskussionen kring detta är samtliga ändå överens om att avvikelser måste skrivas för att förbättringar ska kunna ske från alla parter. Det är viktigt att avvikelser analyseras.

5. UPPMÄRKSAMMADE FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN

Vid intervjuerna framkom från verksamheternas representanter ett antal förbättringsområden:

- Beskrivning av behov, även hjälpmedel, kan förbättras vid utskrivning.
- Avvikelser borde tas upp på gemensamma träffar mellan vårdgivarnas representanter i verksamheterna och inte bara var för sig. Detta ger då återföring till båda parter. Rutinen för avvikelshantering borde användas.
- Personliga möten mellan vårdgivarnas representanter är viktiga för att öka kunskapen om varandras områden.
- Landstingets representanter förklarar sig villiga att inte göra några utfästelser till patienten om sociala insatser t.ex plats i korttidsboende inför utskrivning.
- Information på nätet och broschyrer måste vara aktuella.
- Större tydlighet om ansvarsfördelning för kommande insatser till den enskilde inför utskrivning.
- Det hade tidigare funnits forum för samverkan och det framfördes att detta borde återskapas för att ge möjlighet till dialog kring gemensamma riktlinjer och följsamheten till dessa.
- De som har tillgång till Meddix måste bli bättre på att använda systemet.

6. SLUTSATSER

Landstinget i Östergötland och länets kommuner har utifrån Socialstyrelsens föreskrifter, SOSFS 2005:27 (M och S) tagit fram ett dokument som beskriver de gemensamma riktlinjerna för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.

Vid gruppintervjuerna framkommer att all personal inte har kännedom om dokumentet och att samverkan sker på olika sätt. Hur samverkan sker beror förmodligen på olika förutsättningar såsom personalens kunskap om befintliga rutiner, avstånd mellan sjukhus/lasarett och berörd kommun, om kommunen har stationerade biståndshandläggare på sjukhuset/lasarettet etc.

Att rutinerna inom respektive sjukhus/lasarett är olika är svårare att förklara men bör beaktas. Här finns möjlighet för klinikerna att ta till sig goda exempel från andra för att förbättra sina egna rutiner såsom exempelvis modellen med den sociala samordnaren på en klinik vilket skulle kunna utvecklas till att finnas på flera ställen.

Gemensamt överenskomna riktlinjer, rutiner och dokument bör efterlevas om de ska fylla någon funktion. Forum och mötesplatser som ger möjlighet till utveckling av samverkan bör skapas där detta inte finns. Många bra synpunkter på förbättringsåtgärder framkom vid gruppintervjuerna och bör tas till vara i verksamheterna.

Vid samtliga gruppdiskussioner framkom att det är vanligt att patienten inte får med sig någon vårdplan i samband med utskrivningen, trots att det enligt rutinen framgår att ”patienten ska erhålla en kopia av vårdplanen.” Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås.

Det IT-baserade hjälpmedlet Meddix som används vid kommunikation mellan Landstinget och kommunerna förefaller vara ett bra informationssystem, under förutsättning att all berörd personal har tillgång till och utbildning för systemet vilket framkommit inte är fallet idag.

Vid gruppdiskussionerna framkom att alla avvikelser inte rapporteras. Detta förklarades till viss del bero på att personalen inte upplever att de får någon respons på anmäld avvikelse och anser då att det inte ”tjänar något till” att anmäla. Om förbättringar ska kunna genomföras är det en förutsättning att alla avvikelser som inträffar rapporteras enligt de gemensamt framtagna rutinerna. Det är viktigt att analyser, åtgärder och uppföljningar av avvikelser sker, samt återföring till berörd personal.

Korttidsboende förefaller ha blivit en insats i kommunerna som bland annat nyttjas för att tillmötesgå allt kortare vårdtider inom slutenvården. Av de gemensamma diskussionerna har det bland annat framkommit att den enskilde kan vara ”lovad” ett korttidsboende innan biståndshandläggaren hunnit delta vid en vårdplanering och ännu mindre hunnit fatta ett beslut. Det är tillsynsmyndigheternas uppfattning att det först bör klargöras vilka sociala/medicinska behov den enskilde har och därefter hur och var dessa ska tillgodoses.

7. LÄNSSTYRELSENS INTERVJUER - med personer som varit föremål för vårdplanering.

Inför den gemensamma diskussionsintervjun begärde Länsstyrelsen från biståndshandläggaren uppgifter på fyra personer från vardera kommunen som nyligen varit föremål för vårdplanering. Personerna fick ett brev med uppgift om att socialkonsulenten önskade träffa dem för ett samtal kring vårdplaneringen. Vid ett kompletterande telefonsamtal bestämdes tid för besöket.

Resultat

Centrala

Två män som beviljats hemtjänstinsatser och en man som beviljats korttidsboende intervjuades. En kvinna avböjde intervju.

Ingen av de intervjuade hade deltagit i en vårdplanering på sjukhuset. Planeringen har skett via telefon men inte direkt med de utskrivningsklara personerna. I två fall har handläggare talat med anhöriga och i ett fall med sjukhuspersonalen som framfört den enskildes vilja. En uppger att handläggaren hade tänkt åka till sjukhuset för vårdplanering men när hon tog kontakt med sjukhuset hade personen ifråga redan fått åka hem.

Av de tre intervjuade återvände två till hemmet där det också fanns anhöriga som kunde ta emot dem. En av de intervjuade beviljades korttidsplats. Den sistnämnde ville helst komma till en rehabiliteringsavdelning på sjukhuset, men när detta inte var möjligt framstod korttidsplats som det enda alternativet.

Samtliga har strax efter utskrivningen fått besök av handläggare för vårdplanering i hemmet eller på korttidsplats. De anser att de fått de insatser från kommunen som de ansåg sig vara i behov av och att planering och verkställelse fungerat bra.

De intervjuade anser att de fått stanna på sjukhuset tillräckligt länge. ”Jag sa inte att jag ville hem, men det fanns inte plats och jag var ju bättre.” De som skrevs ut till hemmet anser att de kunde vara med och påverka tidpunkten för utskrivningen.

Ingen av de intervjuade har fått någon vårdplan.

Västra

Två kvinnor som beviljats hemtjänst och en kvinna som beviljats korttidsboende intervjuades. En man avböjde intervju.

Samtliga intervjuade har varit delaktiga vid vårdplaneringen i samband med utskrivning. Det var i samband med rondan som de intervjuade blev informerade om att ”nu är det dags” för utskrivning. Biståndshandläggare och anhöriga deltog vid samtliga vårdplaneringar men sjuksköterska deltog bara vid en av dem. De intervjuade tyckte det var svårt att följa med vad som sades och överlät till de anhöriga att föra deras talan.

Av de intervjuade återvände två till hemmet med hemtjänstinsatser och en till korttidsboende för att fortsätta träning inför hemgång.

Samtliga anser att de fått de insatser från kommunen som de ansåg sig vara i behov av och verkställelse av beviljade insatser fungerade bra.
Ingen av de intervjuade har fått någon vårdplan.

Östra

Två män som fått hemtjänstinsatser och en kvinna som kommit till korttidsboende intervjuades. En man på korttidsboende avböjde intervju, istället intervjuades hans dotter som deltagit i vårdplaneringen.

Samtliga intervjuade hade någon anhörig med vid vårdplaneringstillfället. De kände sig delaktiga i planeringen även om två av de intervjuade upplevde att det var lite svårt att förstå allt som sades. Ingen mindes exakt vilka personer som deltog.

En uppgav att hon fick gott om tid att både ”tycka och prata själv”. Den anhörige som intervjuades upplevde att all information som gavs vid tillfället var bra och lätt att förstå. Personerna som beviljades korttidsboende fick båda komma till det alternativ som de framfört som önskemål. För en av dessa var också en tid utsatt för uppföljning.

En av de intervjuade som beviljats hemtjänstinsatser två gånger/dag hade vid intervjutillfället tre veckor efter utskrivning från sjukhuset, av sagt sig insatsen och hade endast kvar matdistribution och trygghetslarm. Personen uppgav att det var doktorn och dottern som tyckt att han skulle ha hjälp hemma, själv hade han varit tveksam men låtit sig övertalas.

Den andra personen som beviljats hemtjänstinsatser morgon och kväll hade detta kvar och upplevelsen var att ”det är bra att personalen kommer och tittar in, men jag har som regel gjort allt så då sitter dom ner en stund och pratar.” Denna person uppgav att ”det hade blivit något fel med medicinerna, så distriktssköterskan hade fått åka och ordna upp det.”

Ingen av de intervjuade har upplevt att utskrivningsprocessen gått ”för fort” och ingen anser sig blivit utskriven från sjukhuset för tidigt. Ingen säger sig ha fått någon vårdplan med sig hem.

Länsstyrelsens kommentar

Efter Länsstyrelsens intervjuer med äldre personer som nyligen varit föremål för en samordnad vårdplanering inför utskrivning kan konstateras:

För de enskilda personerna har det fungerat tillfredställande och de har fått insatser från kommunen som de varit nöjda med. Det är dock uppenbart att personerna inte alltid ”förstått” vad som sagts vid vårdplaneringstillfället och de som haft anhöriga med har till stor del överlåtit till dem att föra sin talan och inhämta information.

För Landsting och kommun finns anledning att fundera över hur man tillsammans kan förbättra både informationen och själva vårdplaneringstillfället.

I Kinda använder man en annan metod som inte följer den överenskomna rutinen men som i de tre intervjuade personernas fall har fungerat.

Trots att det i rutinerna för den samordnade vårdplaneringen framgår att den enskilde ska få med sig vårdplanen hem sker inte detta

Länsstyrelsen anser att det är av största vikt att den enskildes perspektiv står i fokus för såväl Landstinget som kommunerna och gemensamt bör man arbeta för förbättringar.