



LUS-OMSTART

Ett pilotprojekt inom stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör

Charlotta Ryd
Lars Sonde

Rapport 2023:2
ISSN 1401-5129

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är en forsknings- och utvecklingsenhet med Stockholms stad och Region Stockholm som huvudmän. Vi arbetar för att förbättra äldre personers levnadsbetingelser genom att tillvarata och praktiskt omsätta erfarenheter och forskningsresultat inom områden av särskild betydelse för äldres situation i samhället. Vi genomför forskning och utveckling i egen regi eller i samarbete med eller på uppdrag av andra kommuner och organisationer.

*Läs mer om vår verksamhet på **aldrecentrum.se**. Där hittar du också våra rapporter i digital form.*

LUS-omstart EÅV. Ett pilotprojekt inom stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör
Rapport 2023:2
Charlotta Ryd och Lars Sonde
© Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum
ISSN 1401-5129

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	4
BAKGRUND	4
UTSKRIVNINGSPROCESSEN.....	5
<i>Steg 1. Skicka inskrivningsmeddelande</i>	<i>5</i>
<i>Steg 2. Utse fast vårdkontakt</i>	<i>5</i>
<i>Steg 3. Planera inför utskrivning.....</i>	<i>6</i>
<i>Steg 4. Meddela om utskrivningsklar</i>	<i>7</i>
<i>Steg 5. Informera vid utskrivning.....</i>	<i>7</i>
<i>Steg 6A. Kalla till SIP</i>	<i>8</i>
<i>Steg 6B. Upprätta eller uppdatera SIP.....</i>	<i>9</i>
<i>Steg 6C. Följa upp och avsluta SIP</i>	<i>9</i>
PILOTPROJEKTET	10
SYFTE.....	10
METOD.....	11
KARTLÄGGNING OCH FALLSTUDIE	11
RESULTAT.....	12
HUR FUNGERAR UTSKRIVNINGSPROCESSEN?	12
1. <i>Skicka inskrivningsmeddelande</i>	<i>12</i>
2. <i>Utse fast vårdkontakt</i>	<i>12</i>
3. <i>Planera inför utskrivning</i>	<i>12</i>
4. <i>Meddela om utskrivningsklar</i>	<i>13</i>
5. <i>Informera vid utskrivning.....</i>	<i>13</i>
6. <i>SIP</i>	<i>14</i>
RESULTATSAMMANFATTNING	14
<i>Tema 1. Samordningsansvaret hos den fasta vårdkontakten</i>	<i>14</i>
<i>Tema 2. Ett fåtal eller inga samordnade individuella planeringar</i>	<i>16</i>
<i>Tema 3. Vägar för kommunikation och informationsöverföring.....</i>	<i>17</i>
<i>Tema 4. Bristerna får konsekvenser för den enskilda</i>	<i>18</i>
SLUTSATSER	20
REFERENSER.....	21

SAMMANFATTNING

Stiftelsen Äldrecentrum, Avdelningen Social omsorg Äldre vid Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning, EÅV, och region Stockholm har tillsammans arbetat med ett pilotprojekt med syftet att återuppta implementeringsarbetet, enligt riktlinjer som togs fram i och med lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2018), i Stockholms län förkortat LUS. Dessa riktlinjer ska i slutändan främja ett arbetssätt som ökar patienters/brukares trygghet och delaktighet i utskrivningsprocessen.

En arbetsgrupp – bestående av två utredare från Stiftelsen Äldrecentrum, avdelningschef och beställarchef vid Social omsorg Äldre vid Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning, samt den regionala samordnaren för vårdcentralerna i stadsdelen tillika verksamhetschef vid Gullmarsplans vårdcentral – startade sitt arbete 2021. Syftet var att undersöka vilka delar i utskrivningsprocessen som inte fungerar i dag, och i förlängningen förbättra utskrivningsprocessen och framför allt öka möjligheten till fler genomförda SIP, samordnad individuell plan.

Arbetsgruppen genomförde intervjuer för att besvara frågeställningen om utskrivningsprocessens olika delar: inskrivningsmeddelanden, att utse fast vårdkontakt, planera inför utskrivning, kalla till SIP, meddela om utskrivningsklar, informera vid utskrivning, upprätta eller samordna SIP, följa upp och eventuellt avsluta ärendet.

Representanter för slutenvården (Dalengeriatriken), stadsdelens biståndsenhet samt primärvårdens vårdcentraler och rehab deltog i sammanlagt 17 intervjuer.

Utöver intervjuerna genomfördes en fallstudie där arbetsgruppen följde fem patienter genom utskrivningsprocessen. Intervjuer gjordes med patienter och anhöriga och den personal från olika enheter som involverades kring patienten. I fallstudien låg fokus på patienters och anhörigas möjlighet till delaktighet i utskrivningsprocessen samt de olika enheternas följsamhet till den.

Svaren från intervjuer och fallstudierna visade att kunskapen om vad riktlinjerna för de olika stegen i utskrivningsprocessen innebär för respektive yrkesgrupp och enhet, varierade stort. Biståndshandläggare och vårdcentralens personal uppskattade ofta hur utskrivningsprocessen genom-

förs vid Dalengeriatriken, medan akutsjukhusens arbetsätt ofta ifrågasattes. De intervjuade sa att personalen på akutsjukhusen ofta saknar kunskap om de olika stegen i utskrivningsprocessen, vilket försvårar arbetet.

Rehabiliteringspersonalen, både inom slutenvård och primärvård, arbetar i stort enligt de överenskomna riktlinjerna. Men de kan inte kommunicera med varandra via det digitala kommunikationsverktyget Webcare, som slutenvården, kommunen och vårdcentralerna använder. Kommunikationen sker i stället genom remisser i journalsystemet TakeCare

Primärvården har svårt att möta upp de krav man har enligt riktlinjerna. Specifikt handlar det om ett bristande samordningsansvar kopplat till uppdraget fast vårdkontakt, vilket leder till att få eller inga SIP-möten genomförs. Det här skapar i förlängningen sämre förutsättningar för patientens delaktighet.

Vårdcentralernas representanter är i intervjuerna medvetna om att de sällan möter de krav som läggs på funktionen fast vårdkontakt. Samtidigt beskriver de en situation där det varken finns personal, resurser eller organisation för att möta kraven. Men även kraven i sig ifrågasätts. En distriktssköterska undrar: ”Varför ska vi ha ett samordningsansvar när vi många gånger knappt är involverad i patientens utskrivningsprocess?” Uttalandet är ett exempel på hur förståelsen för och kunskapen om utskrivningsprocessens intentioner saknas.

Men resultaten visar också att det över lag pågår mycket kommunikation och samarbete mellan de olika enheterna i utskrivningsprocessen. Aktörerna jobbar var och en hårt för att den enskilda ska kunna skrivas ut snabbt och säkert. Men, som beskrivs ovan, ses en avsaknad av samordning i processen, om man definierar samordning som en koordinering av resurser och arbetsinsatser, och inte bara samarbete samt utbyte av information. Med tanke på att samordning är en väldigt viktig del i lagens intentioner är detta problematiskt.

Sammanfattningsvis konstaterar arbetsgruppen att:

- Den fasta vårdkontaktens roll och ansvar för samordningen av utskrivningsprocessen inte fungerar.
- Den samordnade individuella planeringen (SIP) görs sällan. Det påverkar både samordningen av insatser och patienten/brukarens möjlighet till delaktighet i utskrivningsprocessen.

- Kunskapen om utskrivningsprocessen och intentionerna i lagen om samordning vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård behöver säkerställas hos alla aktörer runt patienten/brukaren.

Vårdcentralerna i Enskede-Årsta-Vantör tillsammans med de andra aktörerna bör i framtiden hitta lösningar på hur de ska kunna hantera det samordningsansvar som har ålagts dem.

INLEDNING

Enheten Social omsorg äldre vid Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning, EÅV, har tillsammans med äldreförvaltningen och Region Stockholm, genomfört ett pilotprojekt för att återuppta utvecklingsarbetet utifrån LUS.

Syftet var att skapa trygga processer för stadens äldre och säkra en god vård och omsorg. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har varit med och stöttat arbetet. I den här rapporten beskriver vi arbetet under perioden januari 2021 till februari 2022, samt de erfarenheter och slutsatser som arbetet genererat.

BAKGRUND

1 januari 2018 trädde lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, LUS, i kraft. Syftet med lagen är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda i alla åldrar som behöver insatser från socialtjänsten och den regionfinansierade öppenvården efter utskrivning. I detta syfte ska lagen särskilt främja att en individ med behov av insatser skrivs ut från den slutna vården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att den enskilde är utskrivningsklar.

Lagen ställer höga krav på samverkan, förändrade arbetssätt hos berörda aktörer och samordning av gemensamma insatser kring den enskilde. Den enskildes integritet, självbestämmande och delaktighet ska främjas i alla delar av utskrivningsprocessen i enlighet med Patientlagen (2014:821).

Målsättningen med lagen är att den enskilde ska ha en trygg och säker utskrivningsprocess, och bidra till att den enskilde inte behöver tillbringa tid i den slutna vården i onödan.

Lagens intentioner innebär att de olika aktörerna behöver förändra sina arbetssätt. Vissa mer än andra. Region Stockholm och Storsthlm, i samråd med kommuner och vårdgivare, har utformat gemensamma riktlinjer och rutiner som beskriver hur olika aktörer ska arbeta enligt den nya lagen. Riktlinjerna beskriver arbetsfördelningen mellan regionens och kommunernas verksamheter i utskrivningsprocessen.

Utskrivningsprocessen

Nedan beskrivs de olika stegen i utskrivningsprocessen och vad de ska leda till.¹

Steg 1. Skicka inskrivningsmeddelande

Inskrivningsmeddelandet syftar till att informera om att den enskilde vårdas inom slutenvården och bedöms att ha behov av insatser efter utskrivning. Detta för att berörda enheter, primärvårdens vårdcentraler och rehabilitering samt kommunens socialtjänst, tidigt ska kunna påbörja planeringen av den enskildes fortsatta vård, stöd och omsorg för att säkerställa en trygg och säker utskrivning.

Slutenvården genomför ett inskrivningssamtal, inhämtar samtycke om sammanhållen journalföring samt informationsutbyte, och skickar sedan ett inskrivningsmeddelande till de andra enheterna via Webcare. I meddelandet ingår även beräknad tidpunkt för utskrivning, som vid behov ska anpassas utifrån bedömning av den enskildes hälsotillstånd.

Öppenvården ska sedan kvittera inskrivningsmeddelandet, informera om den enskildes vårdbehov och eller pågående insatser samt skriva in kontaktuppgifter till den person som blivit utsedd till fast vårdkontakt. Socialtjänsten eller den kommunala hälso- och sjukvården kvitterar också inskrivningsmeddelandet och informerar om den enskildes befintliga vård-, stöd- och omsorgsinsatser.

Sammantaget ska dessa insatser kartlägga vilka behov som behöver mötas för att uppnå en trygg och säker utskrivning, samt att berörda aktörer tidigt kan påbörja planeringen av den enskildes fortsatta vård, stöd och omsorg.

Steg 2. Utse fast vårdkontakt

Öppenvården ska utse en fast vårdkontakt med ett samordningsansvar för den enskildes fortsatta vård och omsorgsinsatser. Enligt riktlinjerna ska valet av fast vårdkontakt utgå från den enskildes önskemål och vem som har bäst förutsättningar inom enheten (vårdcentralen) att tillgodose

¹ I arbetet med rapporten, och för beskrivningen av utskrivningsprocessen, har ett opublicerat arbetsmaterial i form av en programlogik över LUS, sammanställd av Eva M. Karlsson på Nestor FoU-center, använts. Programlogiken togs fram inom planeringsprojektet *Effektiv och hållbar koordinering av vård och omsorg för äldre personer med komplexa behov* som finansierades genom medel från Forte.

behoven. Namnet på den fasta vårdkontakten och tjänstetelefonnummer skrivs in i Webcare.

Sammantaget ska dessa insatser göra att det finns en namngiven person inom öppenvården som har ett övergripande ansvar för samordningen av de insatser den enskilde behöver ha. Den fasta vårdkontakten ska bidra till en ökad trygghet, kontinuitet och säkerhet vid utskrivning och på sikt.

Steg 3. Planera inför utskrivning

Planering inför utskrivning ska påbörjas kort efter inskrivning och av samtliga berörda enheter. Detta för att den enskilde ska få en trygg och säker utskrivning och att behoven av vård- och omsorgsinsatser blir tillgodosedda efter utskrivning fram till att en SIP genomförs.

Slutenvården ska löpande informera berörda enheter om aktuell situation, involvera den enskilde och enheter i processen, bekräfta eller justera det beräknade utskrivningsdatumet. Slutenvården ska ge relevant underlag om den enskildes behov av vård, stöd och omsorg till berörda enheter i kommunen och öppenvården för att en ändamålsenlig planering av den enskildes behov av insatser kan genomföras. Det kan handla om den enskildes egenvårdsförmåga, förmåga att hantera läkemedel självständigt, ADL-status, funktionsstatus, aktivitetsbegränsningar och hjälpmedel. Även uppgifter om den kognitiva förmågan kan delges.

Vid komplexa och eller omfattande behov av insatser som behöver samordnas före utskrivning, kan slutenvården rekommendera att en SIP görs redan på sjukhuset.

Öppenvården ska påbörja planering för utskrivning när inskrivningsmeddelandet har tagits emot. De ska också öppna Webcare minst två gånger per dag för att ta del av den information om den enskildes vårdbehov som slutenvården lämnat. Den fasta vårdkontakten undersöker om SIP är upprättad sedan tidigare och bedömer om den behöver uppdateras. Om det finns ett behov av SIP på sjukhuset är det den fasta vårdkontakten som kallar. Mötet hålls då i sjukhusets lokaler, men enheterna kan vara med via länk eller telefon.

Socialtjänsten, liksom öppenvården, påbörjar planeringen av insatser så snart de har mottagit inskrivningsmeddelandet, och även de ska öppna Webcare minst två gånger per dag för att ta emot slutenvårdens information. De kan begära kompletterande relevanta uppgifter om informationen

är otillräcklig. Om möjligt bokar de ett fysiskt möte med den enskilde på sjukhuset, alternativt via länk eller telefon. Om SIP görs på sjukhuset deltar socialtjänsten.

Sammanfattningsvis ska dessa insatser göra att ett underlag tas fram som täcker den enskildes vård, stöd- och omsorgsbehov för att på ett säkert sätt kunna överföra ansvaret till nästa vård- och omsorgsgivare. Den enskilde ska i förlängningen få en trygg och säker utskrivning.

Steg 4. Meddela om utskrivningsklar

Slutenvården underrättar berörda enheter om att den enskilde är utskrivningsklar för att möjliggöra för en trygg och säker överföring av ansvaret för den enskildes fortsatta vård och omsorg. Innan utskrivning ska slutenvården säkerställa att läkemedel finns tillgängliga tills de kan hämtas på apotek – något som också gäller för hjälpmedel som regionen ansvarar för – initiera bostadsanpassning samt vid behov skicka omvårdnadsremiss till primärvården.

Öppenvården kvitterar meddelandet, kontrollerar om slutenvården skickat remiss och bedömer om primärvårdens uppdrag täcker insatsen. Öppenvården säkerställer att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom öppenvården samt att nödvändiga hjälpmedel och dylikt är tillgängliga efter utskrivning.

Socialtjänsten kvitterar meddelandet från slutenvården, och säkerställer att all nödvändig information är mottagen av berörda enheter inom kommunen inför utskrivning.

Sammantaget ska dessa insatser göra att inblandade enheter vet att den enskilde inte längre är i behov av slutenvård, samt att kommun och öppenvård har fått signaler om att verkställa sina insatser.

Steg 5. Informera vid utskrivning

Vid utskrivning från slutenvården ska den enskilde få information om vårdtillfället presenterat för sig på ett sätt som är anpassat efter hens förutsättningar. Information som är nödvändig för att kunna tillgodose det fortsatta behovet av vård och omsorg ska förmedlas till berörda enheter för att säkerställa en trygg och säker vårdövergång.

Slutenvården ger den enskilde muntlig och skriftlig information om den vård och behandling som hen fått under vårdtiden med hjälp av en läkemedelslista, beskrivning och instruktioner om egenvård, hjälpmedel och

Trygghetskvitto. De ska också informera om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning, vad individen kan göra vid eventuell försämring av hälsotillståndet, kontaktoppgifter till de enheter som övertar vård och omsorg samt ge tid och datum för upprättande av SIP om möjligt.

Slutligen ska slutenvården informera patienten, anhöriga, övriga enheter och hemtjänsten om datum och tid för utskrivning. De ska också överföra den information som är nödvändig för planeringen av den fortsatta hälso- och sjukvård, omsorg och stöd till berörda enheter senast samma dag som utskrivningen sker.

Öppenvården tar över ansvaret för den enskilde vid utskrivning och tar del av slutenvårdens utskrivningsinformation i Webcare. De begär kompletterande uppgifter via Webcare eller telefon om informationen från slutenvården är otillräcklig för att kunna ta över det medicinska ansvaret, och utföra nödvändiga hälso- och sjukvårdsinsatser för den enskilde efter utskrivning.

Även socialtjänsten tar del av utskrivningsinformationen i Webcare. De begär kompletterande uppgifter via Webcare eller telefon om informationen från slutenvården är otillräcklig för fortsatt stöd och omsorg. Socialtjänsten informerar den enskilde om vilka insatser som kommunen beslutat om, vem som är ansvarig samt när och vem som ska utföra dessa.

Sammantaget ska dessa insatser göra att den enskilde och närstående är trygga genom att de har fått information efter den enskildes förutsättningar, och att information om vårdtillfället är tillgängliggjort så att berörda enheter kan utföra sitt vård- eller omsorgsuppdrag.

Steg 6A. Kalla till SIP

SIP ska erbjudas samtliga individer som har behov av samordning över huvudmannagränsen. Vid samtycke ska den fasta vårdkontakten kalla till en SIP där en individuell plan upprättas. Målet med en SIP är att skapa en sammanhängande helhet av de vård- och omsorgsinsatser som den enskilde behöver från olika enheter och huvudmän efter utskrivning.

Öppenvården, genom den fasta vårdkontakten, kallar till SIP så tidigt som möjligt under vårdtiden utifrån det beräknade utskrivningsdatumet, eller senast tre dagar efter att slutenvården meddelat att den enskilde är utskrivningsklar. Kallelsen, som går via Webcare, innehåller tid och plats för mötet och skickas till berörda enheter.

SIP upprättas i den enskildes hem eller i lokaler i slutenvården, öppenvården, kommunen eller annan lämplig plats som den enskilde och den fasta vårdkontakten finner lämplig. SIP upprättas via ett fysiskt möte, över telefon eller på videosamtal.

Socialtjänsten kvitterar mottagen kallelse i Webcare om den fasta vårdkontakten i öppenvården har kallat till SIP.

Steg 6B. Upprätta eller uppdatera SIP

Den fasta vårdkontakten säkerställer att en SIP upprättas eller uppdateras, dokumenterar och överlämnar den när samtliga deltagare skrivit under planen till den enskilde. Planen dokumenteras därefter i befintligt journalsystem.

Socialtjänsten deltar vid SIP och diskuterar om de pågående insatserna från kommunen behöver justeras. Socialtjänsten planerar enligt etablerade rutiner.

Sammantaget ska dessa insatser, genom samverkan mellan olika huvudmän och med utgångspunkt från den enskilde, göra att den enskildes behov av vård, stöd och omsorg bedöms. Planering och fördelning av insatser sker gemensamt mellan kommun och region.

Steg 6C. Följa upp och avsluta SIP

Öppenvården, genom den fasta vårdkontakten, kallar till uppföljning om det beslutats i SIP. De pågående insatserna från öppenvården utvärderas vid en uppföljning och där tas också beslut om något behöver justeras.

Uppföljningen kan genomföras i den enskildes hem eller i lokaler i öppenvård, kommunen, eller annan plats som den enskilde och den fasta vårdkontakten finner lämplig. SIP kan genomföras med ett fysiskt möte, via telefon eller videosamtal. Den upprättade eller uppdaterade planen dokumenteras i befintligt journalsystem.

Socialtjänsten deltar vid uppföljning av SIP om så beslutats i planen och utvärderar sina satta mål. Vid behov justeras de pågående insatserna från kommunen och dokumenteras enligt etablerade rutiner.

Sammantaget ska dessa insatser säkerställa att den enskilde får en ändamålsenlig vård och omsorg.

PILOTPROJEKTET

I januari 2021 beskrev äldreomsorgsansvariga i stadsdelsförvaltningen Enskede-Årsta-Vantör att den beskrivna utskrivningsprocessen och samarbetet mellan de olika aktörerna fungerar bristfälligt. Framför allt är det biståndshandläggarna som har fått ta ett större ansvar än vad riktlinjerna beskriver.

Även äldreförvaltningen i Stockholms stad och Region Stockholm såg ett behov av att få utskrivningsprocessen att fungera enligt de överenskomna riktlinjerna. De ställde sig positiva till idén att ett pilotprojekt startade i stadsdelen Enskede-Årsta-Vantör våren 2021.

De kontaktade Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum som fick uppdraget att stötta arbetet.

Syfte

Syftet var att:

- Återuppta implementeringsarbetet av utskrivningsprocessen enligt de riktlinjer som finns för att öka följsamheten till processen, säkerställa en trygg och säker utskrivning, ge patient/brukare möjligheten att vara delaktig och förtydliga ansvarsfördelningen mellan involverade aktörer. Det genomförda implementeringsarbetet ska förankras på ledningsnivå för att öka förutsättningar för god samverkan.
- Undersöka vilka delar av utskrivningsprocessen som inte fungerar i dag innan implementeringen.
- Studera hur stadsdelens team för tryggt mottagande ska kunna bli involverade i utskrivningsprocessen.
- Utredda möjligheten att använda digitala videomöten vid genomförande av SIP samt om det är möjligt att följa och utvärdera en sådan implementering.

METOD

Inom pilotprojektet tillsatte man en arbetsgrupp som bestod av avdelningschef Leif Kananen och beställarchef Catarina Söderberg från Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning, Monica Carlsson, verksamhetschef på Gullmarsplans vårdcentral tillika regional samordnare för vårdcentralerna i Enskede-Årsta-Vantör, samt utredarna Charlotta Ryd och Lars Sonde vid Stiftelsen Äldrecentrum.

Styrgruppen för pilotprojektet bestod av Maria Andersson och Gunilla Benner-Forsberg från hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms stad, Maria Hjalmarsson på Stockholms läns sjukvårdsområde, SLSO, Linda Hamnäs på äldreförvaltningen i Stockholms stad, samt Åsa Hedberg Rundgren på Stiftelsen Äldrecentrum.

För att stödja implementeringsarbetet långsiktigt genomförde arbetsgruppen en kartläggning och en fallstudie.

Kartläggning och fallstudie

Arbetsgruppen genomförde totalt 17 intervjuer för att få en övergripande bild av framgångsfaktorer och hinder för en välfungerande utskrivningsprocess. De som blev intervjuade var:

- Representanter för Stockholms stads äldreförvaltning, hälso- och sjukvårdsförvaltningen, SLSO samt ledningen inom EÅV:s stadsdelsförvaltning.
- Representanter för enheter som arbetar i utskrivningsprocessen, det vill säga beställarenheter och hemtjänst i EÅV, Dalengeriatriken, vårdcentralen och rehabenheten.
- Chefen för teamet för tryggt mottagande.

Utöver kartläggande intervjuer följde Veronica Stenkvist, biståndshandläggare på EÅV:s stadsdelsförvaltning, fem individer genom deras utskrivningsprocess i en fallstudie. Syftet var att identifiera brister och förtjänster i processen, samt se eventuella konsekvenser för individen genom att undersöka kopplingen mellan riktlinjerna och utskrivningsprocessen.

Intervjuer gjordes med representanter för de enheter som individen träffade på i samband med utskrivningen från sjukhuset. Intervjuer gjordes även med individen själv och eller anhörig.

RESULTAT

Här kommer resultaten från både intervjuerna och fallstudien presenteras utifrån stegen i utskrivningsprocessen. I slutet av varje sektion kommer en sammanfattning av resultaten under teman som har särskilt stor betydelse för hur arbetet utifrån hur LUS fungerar.

Hur fungerar utskrivningsprocessen?

1. Skicka inskrivningsmeddelande

Enligt de intervjuade verkar detta steg i processen i stort fungera väl. När en patient blir inskriven i slutenvården blir berörda parter meddelade om detta genom ett inskrivningsmeddelande i Webcare. Information går till biståndshandläggare och den vårdcentral där personen är skriven som sedan kvitterar meddelandet. En del av de intervjuade svarade att återkopplingen från vårdcentralerna ibland kunde dra ut på tiden.

2. Utse fast vårdkontakt

I regel utses och namnges en fast vårdkontakt i Webcare efter att inskrivningsmeddelandet skickats. Den fasta vårdkontakten är oftast eller alltid en distriktssköterska som arbetar i det geografiska område där patienten bor. I en del fall, när patienten är skriven på en annan vårdcentral än den som bedriver hemsjukvård i området, leder det till administrativa problem och mer arbete för hemsjukvården.

Vad som ingår i rollen som fast vårdkontakt och ansvaret för samordning som den personen är förväntad att ta är frågor som återkommer under intervjuerna. Kunskapen om vad det innebär att vara fast vårdkontakt varierar och det verkar som att möjligheterna för distriktssköterskorna att ta samordningsansvaret är begränsade. Att det ofta saknas en fast vårdkontakt som tar ansvar för samordning är en tydlig brist som påverkar flera delar av processen.

3. Planera inför utskrivning

Inför utskrivning är det i första hand informationsöverföring mellan slutenvård och kommun. Det gäller oftast ADL-förmåga och funktionsförmåga. Samarbetet mellan Dalengeriatriken och kommunen, det vill säga Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning i Stockholms stad, fungerar bra. Däremot brister samarbetet mellan övriga akutsjukhus och kommu-

nen ofta. Flera av de intervjuade säger att de har låg förväntan på informationsutbytet mellan slutenvård och primärvård respektive kommun och primärvård.

Fallstudien bekräftar intervju svaren att informationsöverföringen mellan Dalengeriatriken och biståndshandläggarna fungerar bra.

Dalengeriatriken har inarbetade rutiner för informationsöverföring som möjliggör en trygg och effektiv planering. Även informationsöverföringen mellan Dalengeriatriken och distriktssköterskorna fungerar tillfredsställande, men ibland kan det vara svårt att få tag på distriktssköterskan.

Brukare: ”De som planerade kunde ha berättat för mig vilken dag som jag skulle åka hem [från sjukhus] med någorlunda framförhållning, det hade gett mig viss trygghet. Det var som att jag svävade i det blå.”

4. Meddela om utskrivningsklar

Det här steget kommenterades sällan i intervjuerna och verkar fungera tillfredställande. Några kommentarer handlade om att utskrivningsdatum kunde komma sent eller ändras (se *Steg 5. Informera vid utskrivning*, sida 8–9).

Fallstudien visar att öppenvården inte alltid kvitterar meddelandet om att patienten är utskrivningsklar.

5. Informera vid utskrivning

Det finns problem med informationsöverföringen mellan slutenvård och rehab kopplat till att rehab inte finns med i Webcare. Ytterligare en brist är informationsöverföringen när vårdcentralen, där patienten är skriven, inte skulle stå för hemsjukvårdsinsatserna.

Team Tryggt mottagande i hemmet används i liten utsträckning. Det kan till stor del tillskrivas coronapandemin. Innan pandemin träffade teamet patienten på sjukhuset för presentation och information om att de skulle möta upp denne i hemmet. Det arbetssättet gick inte att genomföra under pandemin.

Fallstudien visar att anhöriga inte alltid fick ta del av utskrivningsmeddelandet eller samtalet som ansvarig läkare gör inför utskrivning. Trygghetskvittot som patienten får registreras inte i Webcare, vilket var ytterligare ett problem som uppmärksammades.

Anhörig: *”Hans hälsotillstånd hade kunnat förmedlats bättre. Ingen läkare har hört av sig till mig som anhörig, varken från sjukhuset eller korttidsboendet. Fick inte heller någon information från vårdcentralen om vem som ska ge medicin när han kommer hem från korttidsboendet.”*

6. SIP

SIP görs sällan. Flera av de intervjuade berättar att det sällan finns behov av inläggande SIP inom slutenvården. Slutenvårdens representanter förväntar sig att SIP vid behov görs efter hemgång.

Samtidigt är förväntningarna på SIP och förklaringarna till varför mötet ska hållas inte samstämmiga. I intervjuerna diskuteras både de olika aktörernas förutsättning att genomföra SIP och patientens/brukarens möjlighet, eller nödvändighet, att delta när SIP genomförs.

Fallstudien bekräftar att SIP görs i liten utsträckning. Det handlar om organisatoriska utmaningar på vårdcentralerna som resulterar i ett begränsat antal SIP. Det finns en generell uppfattning om att SIP endast behövs i komplexa ärenden, till exempel för personer med omfattande behov från både kommun och öppenvård.

SIP-processen uppfattas var omodern med pappersblanketter och begränsade möjligheter till digitala SIP. I fallstudien framkommer också att det finns en otydlighet gällande SIP-ansvaret vid vistelse på korttidsboende.

Resultatsammanfattning

Resultaten från intervjustudien och fallstudien visar fyra återkommande teman som alla har särskild betydelse för hur utskrivningsprocessen fungerar i dag.

Tema 1. Samordningsansvaret hos den fasta vårdkontakten

I utskrivningsprocessen sker mycket kommunikation och samarbete mellan aktörer, men samtidigt lite eller ingen koordinering av insatser. Det är tydligt att den fasta vårdkontakten sällan tar ansvaret för samordning så som det ska enligt den överenskomna utskrivningsprocessen. Det verkar finnas flera skäl till detta.

Vid intervjuer med distriktssköterskor, som har erfarenhet av att fungera som fast vårdkontakt, framkommer det att kunskapen om vad rollen inne-

bär ibland brister. De berättar också att de inte har tid att utföra den administration som krävs för att till exempel kalla till SIP, eftersom det konkurrerar med andra arbetsuppgifter inom hemsjukvården.

Hos en del av distriktssköterskorna finns en uppfattning att de inte kan bidra på ett meningsfullt sätt i en patients situation och därför tar de inte heller ansvar för samordningen. Det kan till exempel handla om att en patient har lite eller inget behov av hemsjukvård, utan främst behov av rehabiliterande insatser. När den fasta vårdkontakten inte samordnar utskrivningsprocessen blir konsekvensen att ansvaret hamnar på den enskilda, anhöriga eller biståndshandläggarna.

Utifrån intervjuerna verkar det som att den distriktssköterska som har ansvar för det geografiska området som patienten bor i ofta blir utsedd till fast vårdkontakt. Detta är inte i linje med hur fast vårdkontakt ska utses enligt överenskommelsen, det vill säga: ”valet av fast vårdkontakt ska utgå från den enskildes önskemål och vem som har bäst förutsättningar inom den berörda enheten att tillgodose den enskildes behov”.

Distriktssköterska: *”[...] det är något man ska göra som inte leder till något, eller förändrar något. Det tar bara massa tid... det ger merarbete för oss och en känsla av att man inte gör rätt.”*

Biståndshandläggare: *Det är väldigt passivt. Vi förstår det, för de [primärvården] har väldigt mycket, de hinner inte sitta med Webcare och ge information. De hinner inte kalla till några SIP. Förhoppningsvis tar de emot en överföring från sjukhuset, men inte första dagen. Det vore väl toppen om de var med i processen. De har ju den stora delen i uppföljningsarbetet.”*

Biståndshandläggare: *”[...] om det görs en bedömning om en inneliggande SIP då är det väldigt sällan distriktssköterskan kallar. Då går vi in och gör en mer omfattande planering, med andra kontakter och mer samverkan... men det är också för att vi vet att det ändå landar på kommunen.”*

Anhörig: *”Många olika aktörer ringde mig nästan samtidigt ett par dagar innan han skulle skrivas ut för att prata om de olika bitarna som var och en av dem kunde hjälpa till med. Det var till en början svårt att hålla reda på vem som sagt vad. Det hade underlättat för mig att få samlad information från en person som höll ihop det.”*

Tema 2. Ett fåtal eller inga samordnade individuella planeringar

En SIP, samordnad individuell planering, görs mycket sällan som del av utskrivningsprocessen. Till viss del kan det kopplas till coronapandemin som pågick under projektets genomförande. Men flera andra faktorer framkom under intervjuerna.

Vid intervjuer med distriktssköterskor med erfarenhet av att vara fast vårdkontakt framkom att de inte har tid för den administration som krävs för att genomföra SIP-möten, det vill säga vara i kontakt med patienten, kalla övriga aktörer och hitta en tid som passar alla. Ansvar för innebär också att den fasta vårdkontakten behöver hantera pappersblanketter som alla parter skriver under.

Detta administrativa arbete prioriterades inte då andra arbetsuppgifter inom hemsjukvården ansågs vara mer angelägna. Det framkom även att en del av distriktssköterskorna inte alltid såg att det var meningsfullt att genomföra ett SIP-möte, eftersom de inte såg att det skulle vara till nytta för patienten. Vidare ansåg distriktssköterskorna att SIP i första hand vara nödvändigt i särskilt komplexa ärenden med omfattande behov av insatser från öppenvård och omsorgen.

Distriktssköterskorna uttryckte också att det kunde vara svårt att förmedla till patienten vad ett SIP-möte skulle vara bra för. Dessutom kunde patienterna inte alltid vara delaktiga i den här typen av möten, till exempel på grund av kognitiva nedsättningar.

Under intervjuerna, och oavsett aktör, pratades det om SIP som det första mötet där inblandade aktörer tillsammans träffar patient/brukare, och inte som den process som den är avsedd att vara. Det här har Sveriges kommuner och regioner, SKR, uppmärksammat i en rapport: ”I dagens arbete med SIP ligger ofta mycket fokus på förberedelser och genomförande av det första SIP-mötet med tillhörande praktiska frågor. I stället behöver SIP vara en arbetsprocess för samordnad individuell planering och uppföljning”.

Många intervju svar bekräftade de här tankarna. Svaren handlade om att SIP ansågs vara det möte där inblandade aktörer och personen träffas, men inte som en process för samordning, planering och uppföljning.

När det gäller möjligheten att genomföra SIP-möten digitalt, framkom att detta inte är möjligt i nuläget på grund av att tekniken saknas. Men att

en digitalisering skulle kunna underlätta genomförandet var man överens om. Samtidigt påtalades att ett digitalt möte sannolikt inte passar alla patienter/brukare då vissa skulle ha svårigheter att medverka. Det fanns också en viss osäkerhet över juridiska frågor som samtycke och beslutsförmåga kring digitala möten.

Distriktssköterska: *”Det är jättemycket administrativt arbete med SIP i hemmet: kallelser, få tag på patienten som inte har telefon med sig, de ska ju godkänna och få bestämma och det är inte det lättaste, och att få dem att förstå och de ligger på sjukhus och mår inte så bra.”*

Distriktssköterska: *”[...] trots att vi inte har någon uppgift hemma hos personen kan vi bli ålagda att kalla till SIP.”*

Biståndshandläggare: *”Visst finns SIP i hemmet, men det brukar aldrig vara en del av utskrivningsprocessen. Det andra steget i utskrivningsprocessen, alltså de mötena som skulle fungera alldeles utmärkt i hemmet, de sker inte alls.”*

Hemtjänst: *”Det skulle vara väldigt värdefullt att samlas kring en person med stora behov, att ha en SIP. I stället för att personalen får rodda i det. Det påverkar personalens arbetsmiljö och den enskildas väl och ve. Men med bra handläggare och kompetent personal får vi ihop det. Det skulle vara bättre om samverkan fungerade, att man vet att det här är planen för den här individen.”*

Tema 3. Vägar för kommunikation och informationsöverföring

I utskrivningsprocessen är det mycket information som ska förmedlas och tiden är ofta knapp då patienten snabbt ska skrivas ut från slutenvården. Mycket av kommunikationen och informationsöverföringen sker via Webcare, men det är även vanligt med telefonsamtal när nödvändig information saknas.

Biståndshandläggarnas arbete med att få in den information de behöver för att fatta beslut om insatser, varierar beroende på om tillräcklig information har lagts in i Webcare av andra aktörer. Om det inte finns tillräckligt underlag behöver de eftersöka information, oftast genom att kontakta slutenvården. Då handlar det ofta om att personens funktionsstatus (ADL) inte beskrivits tillräckligt. Sedan tidigare har primärvårdsrehab

inte haft tillgång till Webcare. I stället sker kommunikationen mellan slutenvårdens rehab och primärvårdsrehab via journalsystemet TakeCare.

Biståndshandläggare: *”Inhämtningen av information, där får vi ju ligga på för att få någon och så har det varit länge. Ibland kommer utskrivningsdatum samtidigt som ADL-status. Då blir det svårplanerat. Ofta går det att få till i alla fall, men det följer ju inte stegen som det är tänkt. Så vi försöker direkt vid inskrivningen tala om vad vi behöver för information, via telefon eller chatt, coacha lite hur vi vill ha det, för att planeringen ska bli bra. Så vi sitter sällan och väntar, utan ligger på.”*

Biståndshandläggare: *”Som det ser ut i dag brukar koordinatören säga att det här rapporterar vi till hemrehab och vi får ingen information alls [eftersom rehab inte finns med i Webcare]. Sedan får vi fråga om samtycke från brukaren för att kunna kontakta rehab om olika frågor.”*

Biståndshandläggare: *”Det hade varit önskvärt om sjukhusen i Stockholm hade samma rutiner kring Webcare och också kännedom om hur vi arbetar. Som exempel är det inte så många som förstår hur beroende vi är av PUD, preliminärt utskrivningsdatum, för att kunna planera.”*

Tema 4. Bristerna får konsekvenser för den enskilda

Bristerna i samordning och samverkan i utskrivningsprocessen får konsekvenser för den enskilde. Utskrivningen upplevdes av patienter/brukare eller deras anhöriga i fallstudien som stressig och rörig, samt att de inte alltid fick den information som de önskat. De uttryckte även att de behövde ha kontakter med många olika personer i samband med utskrivningen och att det kunde vara svårt att hålla reda på vem som sagt vad.

När det inte är den fasta vårdkontakten som tar samordningsansvaret, ökar risken för att den i stället läggs på patienten/brukaren eller anhöriga. I och med att SIP sällan genomförs får patienten/brukaren inte heller möjlighet att vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg på det sätt som lagen avsett. Personal från primärvårdsrehab ser också en risk att patienter/brukare i behov av rehabiliterande insatser inte får dessa eftersom rehab inte har möjlighet att själva identifiera personerna i Webcare.

Anhörig: *”Ja, i det stora hela har jag fått relevant information. Har dock behövt kontakta flera olika inblandade personer, och ibland kontakta samma person igen för att få svar på nödvändiga frågor och vara säker på*

att jag inte missat något, till exempel kring medicinering för NN. Det har varit tidskrävande och från början lite rörigt att hålla koll på allt.”

Anhörig: *”Ja, jag uppskattade att sjukhuset ringde upp och uppdaterade mig om hur det går för NN och hur länge hon ska vårdas. Handläggaren hörde även av sig om hemtjänst och liknande, vilket var bra.”*

Patient/brukare: *”Jag kände mig inte delaktig. Jag skulle åka hem på måndag, men fick åka hem på torsdag. Kände mig otrygg med planeringen då jag fick dålig information om vad som skulle hända med min utskrivning och varför det blev försenat.”*

Anhörig: *”Hemrehab har varit på besök och gångtränat, vilket är bra. Mediciner och det sköter ju jag åt honom. Har därför inte fått hjälp av distriktssköterskan, det hade däremot känts bra om distriktssköterskan ringde upp och stämde av någon gång hur det går.”*

SLUTSATSER

Arbetsgruppens arbete har under det första året, 2021 till 2022, till stor del handlat om att undersöka hur utskrivningsprocessens olika delar fungerat och var bristerna finns. Vi konstaterar att:

- Den fasta vårdkontaktens roll och ansvar för samordningen i utskrivningsprocessen inte fungerar. Det förklaras av betungande administration, tidsbrist, bristande kunskap om lagen om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård, LUS, intentioner. Dessutom ses inte samordningen som något som på ett meningsfullt sätt bidrar i utskrivningsprocessen.
- Den samordnade individuella planeringen, SIP, görs sällan. Det i sig påverkar både samordningen av insatser och patienten/brukarens möjlighet till delaktighet i utskrivningsprocessen.
- Alla aktörer runt patienten/brukaren behöver säkerställa kunskapen om utskrivningsprocessen och intentionerna i lagen om samordning vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård.

REFERENSER

Region Stockholm (2023). *Om lagen, den regionala överenskommelsen och gemensamma riktlinjer*. Hämtad 2 december 2022, från <https://vardgivar-guiden.se/avtal/samverkansomraden/samverkan-vid-utskrivning/om-lagen/>

Storsthlm (2023). *Utskrivning från slutenvård (LUS)*. Hämtad 2 december 2022, från <https://www.storsthlm.se/social-valfard-halsa/kommuner-och-region-stockholm-i-samverkan/utskrivning-fran-slutenvard-lus/>

Sveriges kommuner och regioner, SKR (2018). *Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård – framgångsfaktorer och utvecklingsområden*.

Stiftelsen Äldrecentrum, Avdelningen social omsorg äldre vid Enskede-Årsta-Vantörs stadsdelsförvaltning och Region Stockholm har arbetat med ett pilotprojekt för att återuppta implementeringsarbetet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (2018) i Stockholms län, förkortat LUS. Dessa riktlinjer ska främja ett arbetssätt som ökar patienters/brukares trygghet och delaktighet i utskrivningsprocessen.

En arbetsgrupp startade sin insats 2021. Syftet var att undersöka vilka delar i utskrivningsprocessen som inte fungerar i dag, och i förlängningen förbättra den och öka möjligheten till fler genomförda SIP, samordnad individuell plan.

Arbetsgruppen genomförde intervjuer och en fallstudie för att besvara frågeställningen om utskrivningsprocessens olika delar. Resultaten visar att kunskapen om vad riktlinjerna för de olika stegen i utskrivningsprocessen innebär för respektive yrkesgrupp och enhet, varierade stort. Det bidrog bland annat till att få eller inga SIP-möten genomfördes.

Samtidigt pågår det mycket kommunikation och samarbete mellan de olika enheterna i utskrivningsprocessen. Aktörerna jobbar var och en hårt för att den enskilda ska kunna skrivas ut snabbt och säkert. Men det finns en avsaknad av samordning i processen, om man definierar samordning som en koordinering av resurser och arbetsinsatser, och inte bara samarbete samt utbyte av information. Med tanke på att samordning är en väldigt viktig del i lagens intentioner är detta problematiskt.

