

Lagen om samverkan i Blekinge

En utvärdering med fokus på upplevelser
av utskrivningsprocessen

Venera Ujkani
Björn Persson
Anna Andersson

Skrift 2021:1



Lagen om samverkan i Blekinge

En utvärdering med fokus på upplevelser
av utskrivningsprocessen

Venera Ujkani
Björn Persson
Anna Andersson

Skrift 2021:1

Lagen om samverkan i Blekinge

– En utvärdering med fokus på upplevelser av utskrivningsprocessen

© 2021 Författare och Blekinge kompetenscentrum

FÖRFATTARE: Venera Ujkani, Björn Persson, Anna Andersson

KOPIERINGSFÖRBUD

Detta verk är skyddat av upphovsrättslagen. Kopiering är förbjuden utöver vad som avtalats mellan upphovsrättsorganisationer och högskolor enligt avtalslicensen i 13 § upphovsrättslagen.

BESTÄLLNING: <https://regionblekinge.se>

TRYCK: Stibo Complete, Helsingborg

1:a tryckningen

Printed in Sweden 2021

Skrift 2021:1

ISBN 978-91-986807-1-3 (tryck)

ISBN 978-91-986807-0-6 (pdf)

Sammanfattning

Bakgrund

Det övergripande syftet med utvärderingen är att undersöka upplevelser och erfarenheter av utskrivningsprocessen utifrån perspektiven patient, slutenvård, primärvård och kommunal vård och omsorg.

Metod

Utvärderingen består av tre kvalitativa studier med tre semi-strukturerade intervjuguider. Urvalet för Studie 1 omfattar patienter från olika slutenvårdsavdelningar (n=6). Urvalet för Studie 2 omfattar personal från olika slutenvårdsavdelningar (n=11). Urvalet för Studie 3 omfattar personal från primärvård och kommunal vård och omsorg (n=>9). För Studie 1 och Studie 2 genomfördes enskilda intervjuer. För Studie 3 genomfördes tre fokusgruppsintervjuer, i Karlshamn respektive Karlskrona. Datamaterialet har analyserats med hjälp av en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat

Utvärderingen visar att patienter i regel inte informeras om ett preliminärt utskrivningsdatum inom 24 timmar. Informationsbehovet skiljer sig även mellan patienter. Utskrivningsdatum uppdateras ofta vilket påverkar patienter, personal inom kommunal vård och omsorg samt anhöriga och närstående. Det förekommer även att patienter skrivs ut för tidigt från sjukhuset, innan ett kommunal är satt. Ibland förlängs även vårdtiden på begäran av den enskilde eller i väntan på att genomföra SIP på avdelningen innan patienten skrivs ut.

Dokumentationssystemet Prator upplevs ha ökat informationsöverföringen mellan huvudmännen. Det är dock otydligt vilken typ av information som ska dokumenteras i systemet samt när och hur regelbundet. Avslutningsvis, upplever informanterna att SIP planeringen är komplex och svår genomförlig. Detta beror på otydlighet avseende vem SIP är avsett för, vem som sammankallar till SIP och vem/vilka aktörer som ska delta vid SIP och i vilket syfte.

Det framkommer även otydlighet avseende vad som förväntas av respektive huvudman när SIP genomförs i praktiken.

Slutsats

Informationsöverföringen mellan berörda huvudmän har ökat men samtidigt medfört nya utmaningar. Informationsöverföringen från medarbetare till patient och mellan medarbetare från olika huvudmän är bristfällig. Vi ser därför att det finns områden i behov av förbättring i det fortsatta utvecklings- och implementeringsarbetet.

Nyckelord: Blekingerutiner, dokumentation i Prator, lagen om samverkan, preliminärt utskrivningsdatum, samordnad individuell plan, samverkan, utskrivningsprocess.

Förord

En trygg och säker utskrivningsprocess förutsätter en välfungerande samverkan och samordning mellan berörda huvudmän. Lagen om samverkan (LOS) utformades i syfte att minska väntetiderna för utskrivningsklara patienter och skapa en utskrivningsprocess som är trygg, samordnad och effektiv. Hur personal och patienter upplever att utskrivningsprocessen fungerar i Blekinge behöver därför undersökas närmre. Forskning och utvecklingsenheten (FoU) vid Blekinge kompetenscentrum har av Ledningssamverkan vård och omsorg (LSVO) fått i uppdrag att utvärdera införandet av LOS i länet. Utvärderingen är även en del i ett större regionalt implementering- och utvecklingsarbete som bedrivs i länet. Föreliggande skrift består av tre kvalitativa studier vars övergripande syfte är att fånga upplevelser och erfarenheter av utskrivningsprocessen.

Resultaten visar på en upplevelse av ökad informationsöverföring mellan berörda huvudmän men samtidigt påtagliga brister i det praktiska genomförandet. Vi ser därför att det finns områden i behov av förbättringar och ett fortsatt utvecklingsarbete. Vår förhoppning är att denna utvärdering ska ge en inblick i hur utskrivningsprocessen fungerar i länet, genom att lyfta fram både framgångsfaktorer och utmaningar. Samt att underlaget bidrar till verksamhetsutveckling på lokal och regional nivå i syfte att förbättra utskrivningsprocessen för både den enskilde och medarbetare.

Vi vill tacka alla som avsatt tid för att delta i enskilda intervjuer och fokusgruppsintervjuer. Ert deltagande har gjort denna utvärdering möjlig att genomföra. Vi vill även tacka vår arbetsgrupp bestående av Mats Wennstig, Sandra Johansson och Boel Bingström Karlsson samt våra samarbetspartners i Region Blekinge och länets fem kommuner för ert stöd, kunskap och mycket viktiga inspel. Avslutningsvis, vill vi även tacka våra kollegor på FoU-enheten, Medicinska biblioteket samt övrig personal vid Blekinge kompetenscentrum för stöd, rådgivning och korrekturläsning. Tillsammans har vi gjort denna utvärdering möjlig att genomföra.

Karlskrona, februari 2021

Venera Ujkani
*Forskning- och
utvecklingsstrateg*

Björn Persson
*Forskning- &
utvecklingsledare, Fil. dr.*

Anna Andersson
*Projektledare,
Forskning- &
utvecklingsassistent*

Innehåll

Inledning.....	1
Syfte & frågeställningar	2
Metod	3
Urval & genomförande	3
Studie 1.....	3
Studie 2	3
Studie 3	4
Etik.....	4
Kvalitativ innehållsanalys	4
Tabell 1. Analysschema	5
Resultat	5
Preliminärt utskrivningsdatum.....	5
Information från personal till patient.....	6
Patientdelaktighet	6
Orsaker till datumuppdatering.....	6
Påverkan	6
Förlängda vårdtider	8
Dokumentation i Prator.....	8
Information och kommunikation.....	9
Kunskap	10
Behörighet	11
Samordnad individuell plan.....	11
Initiativ	11
Kallelse.....	12
Genomförande	12
Utvärdering.....	14
Avslut	14
Diskussion.....	14
Begränsningar och förslag till framtida studier.....	17
Slutsatser	18
Områden i behov av förbättring	19

Referenslista.....	22
Bilaga 1. Intervjuguide Studie 1	24
Bilaga 2. Intervjuguide Studie 2	25
Bilaga 3. Intervjuguide Studie 3	26
Bilaga 4. Jämförelse mellan Blekingerutiner och resultatet	28
Bilaga 5. Begreppslista	29

Inledning

En trygg och säker utskrivningsprocess förutsätter att samverkan och samordningen mellan berörda parter är välfungerande. Den 1 januari 2018 verkställdes Lagen om samverkan (LOS).¹ Lagen ersatte den tidigare Betalningsansvarslagen.² En granskning av Betalningsansvarslagen visar att lagen bidragit till långa väntetider på sjukhus för utskrivningsklara patienter. Särskilt för gruppen 65 år och äldre. I genomsnitt fick utskrivningsklara patienter (65+ år) vänta fyra dagar innan de kunde skrivas ut från en slutenvårdsavdelning. Långa väntetider på sjukhuset bidrog i sin tur till en överbelägningsproblematik. Patienter som bedömdes friskare skrevs ut snabbare för att ersätta dessa vårdplatser för patienter med ett större vårdbehov. Att patienter skrevs ut för tidigt resulterade senare i återinläggning inom kort tid efter utskrivning. Detta har påverkat den enskilde negativt och bidragit till omfattande samhällsekonomiska kostnader (SOU 2015:20). LOS infördes för att minska långa väntetider och återinläggningar på sjukhuset, samt för att skapa en säkrare och tryggare utskrivningsprocess för den enskilde. I LOS framgår vilka ansvarsområden respektive huvudman har under utskrivningsprocessen och gentemot personer i behov av samordnade hjälpinsatser. Lagen syftar till att stärka samverkan mellan huvudmännen för att skapa bättre förutsättningar för den enskilde att snabbare återgå till en självständigare vardag i hemmet.

Väntetiderna för utskrivningsklara patienter har minskat i Sverige sen laginförandet, särskilt inom somatiken. Detta innebär att en större andel patienter skrivs ut den dag läkare bedömer patienten utskrivningsklar (Vårdanalys 2018; Vårdanalys 2020). Enligt Sveriges kommuner och regioner (SKR) har ”andelen slutenvårdsplatser inom somatiken som upptas av utskrivningsklara patienter minskat från 6,9 procent i januari till ca 5,9 procent i juli 2018, detta motsvarar ca 350 vårdplatser per år” (SKR 2018, s. 4). Däremot visar en studie från Vårdanalys ”en marginell ökning av oplanerade återinläggningar i riket för helåret 2019 jämfört med helåret 2017 för gruppen 65 år eller äldre” (Vårdanalys 2020, s. 8). Dessutom har kostnaderna ökat för både primärvård och kommun p.g.a. att behovet av insatser ökat. Samtidigt har kostnaderna för utskrivningsklara patienter inom slutenvården minskat över tid. Samverkan och informationsöverföringen mellan huvudmännen har både stärkts och förbättrats sen LOS verkställdes. En ökad samverkan har i sin tur skapat bättre förutsättningar för patient och brukare. Trots en starkare samverkan och minskade väntetider har laginförandet medfört nya utmaningar för berörda verksamheter (ibid.).

Året innan införandet av LOS tecknades en överenskommelse mellan Landstinget Blekinge (numera Region Blekinge) och länets fem kommuner. Överenskommelsen fastställer ”berörda parter och utförarens ansvar vid utskrivning från slutenvård till öppenvård samt kommunal vård och omsorg” (Region Blekinge 2017, s. 3). Målet är att skapa en vård och omsorg i länet som är säker, effektiv, samordnad och trygg för den enskilde. Målet är även att den enskilde ska få vård i hemmet i högre utsträckning samt att utskrivningen ska ske snabbare för utskrivningsklara patienter (ibid). Därefter utformades även Blekingerutiner som består av riktlinjer avseende vilka ansvarsområden respektive

¹ Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

² Lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård

huvudman har under utskrivningsprocessen och gentemot individer i behov av samordnade hjälpinsatser (Region Blekinge 2019).

En projektplan för implementering av LOS i länet har utformats. Arbetet bedrivs av två processledare, från region och kommun, i samverkan med berörda verksamheter. Processledarnas uppdrag ”är att hålla samman implementering och utveckling av LOS-processen” (Wennstig och Johansson 2020, s. 4). Detta genom att stärka samverkan mellan berörda huvudmän för att öka tryggheten för den enskilde och främja en vård och omsorg som är samordnad. I projektplanen framgår följande effektmål (ibid.).

- Att öka tryggheten och delaktigheten för den enskilde
- Att öka tilliten mellan verksamheterna
- Att öka antalet SIP:ar
- Att öka antalet preventiva SIP:ar
- Att öka kvaliteten på SIP
- Att minska behovet av slutenvård
- Att minska antalet återinläggningar
- Att minska behovet av korttidsboende och särskilt boende
- Att minska antalet avvikelser.

I Blekinge pågår ett gemensamt arbete i syfte att reducera undvikbara inläggningar inom slutenvård. Arbetet bedrivs av processledarna i samverkan med fyra olika arbetsgrupper i länet.³ Arbetsgrupperna består av olika yrkesprofessioner från kommun, primärvård och slutenvård. I Karlshamn sker ett arbete kring preventiv SIP, vilket avser att personal i ett tidigt skede identifierar patienter i behov av SIP. Detta för att tidigt stödja patienter med att samordna olika hjälpinsatser. Resterande arbetsgrupper arbetar aktivt med att identifiera olika områden i behov av ett förbättringsarbete avseende utskrivning, läkemedelshantering och kunskapsöverföring (SIP, Prator och rutiner).

Syfte & frågeställningar

Syftet med utvärderingen är att undersöka hur personal och patienter upplever att utskrivningsprocessen fungerar i Blekinge med utgångspunkt i följande frågeställningar.

1. Hur upplever patienter inom slutenvård av att bli informerade om planering och utskrivning?
2. Hur upplever personal inom slutenvård att utskrivningsprocessen fungerar?
3. Hur upplever personal inom primärvård och kommunal vård och omsorg att utskrivningsprocessen fungerar?

³ Preventiv SIP, trygg och säker utskrivning, trygg och säker läkemedelshantering samt lokal LOS grupp i Olofström.

Metod

Utvärderingen består av tre kvalitativa intervjustudier då syftet är att undersöka upplevelser av utskrivningsprocessen. Vi har därför valt att genomföra intervjustudier och analysera materialet utifrån en kvalitativ innehållsanalys, vilket beskrivs närmre i detta avsnitt.

Urval & genomförande

Gemensamt för samtliga tre studier är att urvalet primärt omfattar patienter och medarbetare som på daglig basis arbetar med eller berörs av utskrivningsprocessen.

Studie 1

Urvalsgruppen består av patienter inlagda på åtta slutenvårdsavdelningar (somatik och psykiatri), i Karlskrona respektive Karlshamn.⁴ Förfrågan skickades även till andra avdelningar men dessa avböjde deltagande. Dessa avdelningar påtalade att ett deltagande inte var fullt görligt då flertalet patienter inte uppfyllde ett eller flera av urvalskriterierna. Val av respondenter skedde i samråd med sjuksköterskor eller motsvarande från respektive avdelning med utgångspunkt i följande urvalskriterier.

- Att patienten frivilligt vill delta
- Att patienten har ett aktuellt SIP-initiativ
- Att patienten är inlagd på slutenvårdsavdelning
- Att patienten är kognitivt adekvat och kan ge självständigt samtycke till deltagande
- Att patienten godkänner att intervjun spelas in och transkriberas.

Intervjuguiden omfattar frågor avseende information om planering och utskrivning kopplat till delaktighet och trygghet (se Bilaga 1). Datainsamlingsprocessen fortlöpte under vintern 2019–2020. Berörda slutenvårdsavdelningar kontaktades 1–2 gånger i veckan under tio veckor. Sammanlagt intervjuades sex patienter i enskilda rum inom respektive slutenvårdsavdelning. Vid två av sex intervjutillfällen satt även personal och anhörig med under intervjun. Under datainsamlingsperioden påtalade personalen upprepade gånger att det fanns få patienter med ett SIP-initiativ. Istället utfördes vårdplaneringsmöten, som är den tidigare formen av möten istället för SIP. Personalen meddelade även att SIP i regel initieras för de patienter som har störst behov av samverkansinsatser samt att majoriteten har någon form av kognitiv funktionsnedsättning. Detta innebär att Studie 1 varit svårgenomförlig då urvalsgruppen inte fanns att tillgå.⁵

Studie 2

Urvalsgruppen består av sjuksköterskor och läkare från olika slutenvårdsavdelningar (somatik och psykiatri), i Karlskrona respektive Karlshamn. Val av informanter skedde i samråd med ansvarig chef

⁴ I föreliggande skrift tillämpas termen *patient* istället för *brukare* då studiens urval omfattar patienter från slutenvården.

⁵ Tanken var att genomföra ytterligare en studie med patienter i hemmet med genomförd SIP. Studien ställdes in p.g.a. ett bristande intresse hos respondenterna och svårigheter att hitta andra intervjupersoner.

inom respektive slutenvårdsavdelning. Intervjuguiden omfattar frågor avseende hur informanterna upplever att det fungerar med preliminära utskrivningsdatum, samverkan, dokumentation i Prator samt patientens delaktighet i planering (se Bilaga 2). Datainsamlingsprocessen fortlöpte under vintern 2019–2020. Sammanlagt genomfördes elva enskilda intervjuer med personal från slutenvård.

Studie 3

Urvalsgruppen består av personal från kommunal vård och omsorg samt primärvård, i Karlskrona respektive Karlshamn, både från offentlig och privat sektor. Val av informanter skedde i samråd med ansvarig avdelnings- och enhetschef. Fokusgrupperna består av undersköterskor, biståndshandläggare, fysioterapeuter/sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sjuksköterskor i hemsjukvården, distriktssköterskor samt enhetschefer och vårdplanerare i hemtjänsten. Avsikten är att få en så representativ urvalsgrupp som möjligt, vilket i praktiken innebär en mångfald av kompetenser från olika yrkeskårer. Intervjuguiden för Studie 3 är i många avseenden lik intervjuguiden för Studie 2. Exempel på intervjufrågor är hur informanterna upplever att det fungerar att initiera, sammankalla, genomföra och följa upp en SIP (se Bilaga 3).

Datainsamlingsprocessen fortlöpte under vintern 2019–2020. Två fokusgruppsintervjuer genomfördes med personal från kommunal vård och omsorg. Dessutom genomfördes en fokusgruppsintervju med personal från primärvården.⁶ Under varje fokusgruppsintervju medverkade mellan fem och nio informanter. Fokusgruppsintervjuerna pågick i högst två timmar.

Etik

Föreliggande uppdrag har förankrats noggrant med berörda verksamheter och samtycke har inhämtats innan det praktiska genomförandet. Samtliga deltagare har fått både muntlig och skriftlig information om utvärderingen och datahantering. Deltagarna har lämnat samtycke och fått information om att de kunde avbryta sin medverkan utan att lämna något skäl. Inga känsliga personuppgifter har inhämtats. Insamlat material hanteras enligt datahangeringsplanen. En etisk granskning är inte gjord då utgångspunkten är verksamhetsutveckling och inte forskning. Materialet kommer inte att publiceras i några vetenskapliga tidskrifter. Tanken med denna utvärdering är att identifiera såväl framgångsfaktorer som hinder med utskrivningsprocessen i länet. Ambitionen är att bidra med ett underlag som stödjer verksamheterna i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Kvalitativ innehållsanalys

En kvalitativ innehållsanalys tillämpas vid analys av intervjumaterialet (Elo & Kyngäs 2007; Söderberg et.al 2015; Andersson & Öhrn 2020). Analysprocessen fortlöpte under första halvåret 2020 och utfördes i tre steg. Första steget var att läsa igenom intervjumaterialet och skapa kondenserade enheter utifrån meningsbärande enheter i texten. Därefter skapades underteman med hjälp av kondenserade enheter. Sista steget i analysprocessen var att kategorisera underteman under varje övergripande tema. I Tabell 1 ges exempel på hur intervjumaterialet har analyserats utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

⁶ Fokusgruppsintervju med primärvården i Karlshamn ställdes in p.g.a. få anmälda deltagare och pandemin. Berörda verksamheter befann sig även i förändringsprocess avseende rekrytering av personal under datainsamlingsperioden.

Tabell 1. Analysschema

Steg 1. Meningsbärande enhet	Steg 2. Kondenserad enhet	Steg 3. Undertema	Steg 4. Övergripande tema
Nej, men det är väl bara och gilla läget, de måste ju undersöka färdigt.	Gilla läget, de måste undersöka färdigt	Inställning till information om utskrivningsdatum	Preliminärt utskrivningsdatum
Det är liksom det, för det är ju ett rätt så... ändå relativt... i alla fall vad jag vet, ett relativt enkelt system, man förstår själva systemet, men sen är det ju just informationen man fyller det med.	Systemet är relativt enkelt. Svårare avseende vilken typ av information som ska dokumenteras	Prator som system	Dokumentation i Prator
Ja, vi sitter och är sekreterare och... SIP-arna tar väldigt lång tid och... mkt diskuteras som vi inte är delaktiga i, vi får sitta i kanske fyrtio – fyrtiofem minuter och lyssna på om en patient ska ha toalettförhöjning, klossar under sängen och hjälpmedel och så och det är ju liksom... vi är ju inte delaktiga i den biten.	Vi är sekreterare. SIP tar lång tid. Diskussioner under SIP som inte berör primärvården	Roll under SIP	Samordnad individuell plan

Resultat

Resultaten avser samtliga tre delstudier och redovisas utifrån tre huvudteman; preliminärt utskrivningsdatum, dokumentation i Prator och samordnad individuell plan. Ett patientperspektiv finns inte under temat dokumentation i Prator. Intervjupersonerna från Studie 1 benämns som respondenter. Intervjupersonerna från Studie 2 och Studie 3 benämns som informanter eller slutenvård, kommun och primärvård. Benämningarna används som samlingsbegrepp och är inte avsedda för generalisering.

Preliminärt utskrivningsdatum

Kommunen uppger att preliminära utskrivningsdatum stärker personalens helhetsbild av utskrivningen, exempelvis när en patient beräknas skrivas ut från slutenvården. På vissa avdelningar

fungerar det bättre med patientens utskrivning. Särskilt när slutenvården har god framförhållning och är tydliga i kommunikationen avseende utskrivningsdatum.

Information från personal till patient

Slutenvården uppger att information om preliminära utskrivningsdatum inte alltid ges till patienter inom 24 timmar. Vissa informanter menar att utskrivningsdatumet i första hand är till för att informera berörda samverkansparter att patienten är inlagd på slutenvårdsavdelningen. Patienter informeras olika snabbt beroende på om patienten är kognitivt adekvat eller inte. Många gånger ges information snabbare till patienter som bedöms kognitivt adekvata. Detta beror på att vissa patienter kan ha svårare att förstå vad ett preliminärt utskrivningsdatum innebär i praktiken. Några av informanterna meddelar att de avvaktar med att ge patienter ett exakt utskrivningsdatum till att ett kommunikalar är satt. Respondenterna uppger likt slutenvården att de inte fått ett tydligt datum för utskrivning i samband med inskrivning.

Patientdelaktighet

Informanterna inom psykiatrien uppger att både tid och utrymme finns till att föra samtal med patienter och skapa delaktighet utifrån ett personcentrerat förhållningsätt. Informanterna inom somatiken, å andra sidan, upplever att befintliga resurser inte alltid räcker till. Resursbristen begränsar patientdelaktigheten och i vilken utsträckning samtal med patienter kan föras. Förutsättningarna att skapa delaktighet varierar därför från dag till dag. Detta beror på att akuta ärenden prioriteras i första hand. Somliga informanter påtalar att det finns ett behov av att skapa delaktighet i samtal med patienten, vilket förutsätter både tid och utrymme.

Orsaker till datumuppdatering

Slutenvård och kommun upplever att preliminära utskrivningsdatum är svårberäknliga. Detta beror på att datumen regelbundet uppdateras under tiden patienten är inlagd. Kommunen uppger att en orsak är att slutenvården gör felaktiga bedömningar av patientens hälsostatus. Slutenvården, å andra sidan, uppger att träffsäkra utskrivningsdatum inte alltid kan sättas i samband med patientens inskrivning. Medicinska bedömningar hinner inte alltid utföras i tid vilket resulterar i att preliminära utskrivningsdatum sätts givet ett tunt medicinskt underlag. En annan orsak är att patientens hälsostatus sannolikt ändras under vårdtiden. För övrigt lyfter vissa informanter fram att sjuksköterskor tar egna initiativ till att uppdatera utskrivningsdatum utifrån egna bedömningar och gissningar. Andra menar att läkarens bedömningar gällande utskrivningsdatum väger tyngre och att sjuksköterskornas bedömningar inte beaktas i samma utsträckning. Somliga uppger att det finns ett behov av att sjuksköterskorna blir mer delaktiga när utskrivningsdatum sätts. Andra föreslår även att tidsintervaller borde införas i Prator istället för att enskilda utskrivningsdatum anges.

Påverkan

Patient

Slutenvården framför att patienter reagerar både positivt och negativt när information om utskrivningsdatum ges av personalen. Patienter med trygga sociala hemmiljöer vill i regel skrivas ut

snabbare från sjukhuset. Det finns även patienter som önskar att vårdtiden förlängs ytterligare efter att utskrivningsdatumet är satt. Detta beror på att vissa patienter inte alltid delar personalens bedömningar avseende dag för utskrivning. Andra upplever sig ha ett fortsatt vårdbehov och känner sig därför inte redo för utskrivning. Vissa informanter framför att slutenvården inger en känsla av trygghet för många patienter. Utskrivning kan därför framkalla stress och oro hos vissa patienter men samtidigt innebära en lättnad för andra. Hos de flesta respondenter (4 av 6) framgår inget direkt uttalat behov av att informeras om dag för utskrivning.⁷ Respondenterna påpekar att återhämtning måste prioriteras i första hand. Det upplevs därför opassande att information om dag för utskrivning ges innan återhämtning. Däremot uppger två respondenter att de vill ha ett utskrivningsdatum då de bedömer sig redo för hemgång. En av respondenterna meddelar att en vilshetskänsla uppstår till följd av att ett utskrivningsdatum inte förmedlas av personalen. En annan respondent lyfter även fram att avdelningspersonal har en central roll gällande när information om utskrivningsdatum ges. Respondenten förutsätter att personal med god framförhållning ger information när utskrivningsdatumet börjar närma sig. Respondenten uppger att detta är särskilt viktigt för att kunna förbereda sig mentalt inför utskrivning.

Personal

Primärvården meddelar att de inte påverkas avsevärt mycket av utskrivningsdatum, förutom när ett SIP-möte måste genomföras omgående på en avdelning innan patienten skrivs ut från sjukhuset. Detta betyder att primärvården snabbt måste sammankalla till SIP och boka en tid som passar alla berörda samverkansparter. Kommunen, å andra sidan, uppger att de påverkas av utskrivningsdatum och datumuppdateringar. Både oro och stress framkallas hos personalen när satta utskrivningsdatum inte överensstämmer med den dokumenterade patientinformation som finns att tillgå. Detta resulterar i att kommunen ständigt måste granska ifall informationen i Prator är korrekt. Ett annat exempel är att statusen utskrivningsklar kan inkomma plötsligt. Somliga uppger att de inte alltid kan finnas redo framför en dator alla tider på dygnet. Risken finns att statusen utskrivningsklar missas eller inte mottas inom rimlig tid. Det förekommer att slutenvården meddelar att patienten är utskrivningsklar samma dag som utskrivningen sker. Kommunen uppger att de i regel har tre arbetsdagar på sig att skicka ett kommunklar. Däremot uppger informanterna att de måste vara väldigt snabba med att svara tillbaka för att förhindra att patienten skrivs ut innan kommunklar är fastställt. Slutenvården, å andra sidan, uppger att statusen kommunklar många gånger fördröjs. Enligt slutenvård och kommun resulterar ett fördröjt kommunklar i att patienter skrivs ut för tidigt från sjukhuset. Detta har resulterat i att ingen har mött upp patienten i samband med hemgång. För övrigt, uppger kommunen att det preliminära utskrivningsdatumet som begrepp skapar förvirring hos personalen. Det kan ibland upplevas otydligt vad som skiljer ett preliminärt utskrivningsdatum från ett utskrivningsklar och kommunklar. Exempelvis, ifall preliminärt utskrivningsdatum innebär dag för hemgång eller att patienten skrivs ut från en avdelning till en annan.

Slutenvård, kommun och primärvård uppger att datumförflyttningar har stor påverkan på personal inom kommunal vård och omsorg. Särskilt för trygg hemgångspersonal vars uppgifter innefattar att bl.a. planera inför utskrivning och invänta patienten vid hemgång från sjukhuset, om det senare visar sig att utskrivningen blir inaktuell. Detta genererar merarbete för berörd personal samt att resurser

⁷ Det är oklart exakt hur många dagar respondenterna varit inlagda innan intervjuerna genomfördes.

spenderas. Sådana händelser medför att personalen förutsätter att utskrivningen inte kommer att fungera och påbörjar planeringar först efter att statusen utskrivningsklar är satt. Detta kan i vissa fall leda till tidsbrist då kommunen ger sig själva kort tid att färdigställa arbetet. Kommunen påtalar att de vill ha mer tid att planera inför hemgång då en kvarts- eller en halv dag orsakar stress. Slutenvården föreslår därför att kommun och slutenvård bör bli bättre på att kommunicera med varandra gällande tidsaspekten av utskrivning. Kommunsidan lyfter även fram att det finns ett behov av att öka förståelsen avseende hur respektive huvudman arbetar. Det finns därför ett behov av att öka insikten och förståelsen för varandras uppdrag och ansvarsområden för att kunna utföra ett så bra arbete som möjligt.

Anhöriga

Kommunen uppger att anhöriga påverkas av utskrivningsdatum. Det förekommer att anhöriga inte alltid delar slutenvårdens bedömningar om när vederbörande ska skrivas ut. Hemtjänstpersonal har varit med om att försöka lugna ner anhöriga när de undersökt om hemmen är förberedda inför patientens hemgång. Vid sådana hembesök har personal träffat på upprörda anhöriga och närstående som upplever att deras närstående har ett fortsatt vårdbehov och inte bör skrivas ut.

Förlängda vårdtider

Slutenvården meddelar att vårdtiden förlängs ibland för utskrivningsklara patienter inom somatiken. Särskilt patienter som bedöms ha en ohållbar hemsituation eller en oförmåga att ta hand om sig själva. Inom psykiatri förlängs vårdtiden för patienter som inte känner sig redo för hemgång. Det förekommer även att utskrivningsklara patienter blir ineliggandes i väntan på kommunala eller samordnade insatser. Detta avser SIP-möten eller vårdplaneringsmöten. Vissa framför att patienter skrivs ut för tidigt från slutenvården p.g.a. ett pressat vårdtryck. Dessutom att en för tidig utskrivning många gånger resulterar i fler återinläggningar. Några informanter menar därför att extra vård dygn skulle kunna förhindra framtida återinläggningar.

Dokumentation i Prator

Slutenvård, kommun och primärvård uppger att Prator som verksamhetssystem överlag fungerar bra. Dessutom att systemet stärkt samverkan mellan huvudmännen. Kommunen uppger att informationen är lättillgänglig jämfört med innan systemet infördes. Prator upplevs fungera bättre när koordinatörerna och samordnarna arbetar i systemet. Informanterna uppger att vilja och engagemang finns hos koordinatörerna och samordnarna vilket anses viktigt för samverkan. På avdelningar där samarbetet mellan kommun och slutenvårdsavdelning är starkare upplevs även arbetet i Prator flyta på bättre. Speciellt på avdelningar med erfarna samordnare som förstår processerna och har funnits med sedan införandet. Primärvården uttrycker förståelse för den ökade dokumentationen trots att det genererar merarbete för primärvården. Om Prator inte funnits hade kommunikationen till största del skett via telefon, vilket inte föredras. Förhoppningen är att Prator stärker samverkan samt att utskrivningsprocessen förbättras för patienter.

Information och kommunikation

Skriftliga rutiner

Slutenvården meddelar att skriftliga rutiner för dokumentation i Prator finns men att personal jobbar olika. Andra menar att skriftliga rutiner saknas, vilket resulterat i att personalen utformat egna rutiner. Slutenvården lyfter även fram att deras kunskap om hur andra avdelningar och huvudmän arbetar är begränsad, vilket leder till bristande samsyn och förståelse för varandras uppdrag och arbeten. Kommunen uppger likt slutenvården att det finns framtagna rutiner. Primärvården meddelar att de lärt sig arbeta i systemet på egen hand trots genomförd utbildning. Vissa meddelar att egna rutiner utformats. En informant uppger att det saknas rutiner för hur information ska dokumenteras. Informanten föreslår att en gemensam rutin utformas så att samtliga parter jobbar likartat.

Typ av information

Slutenvård, kommun och primärvård upplever att informationen i Prator är svår att förhålla sig till. Det är otydligt vilken typ av och hur mycket information som ska dokumenteras i Prator. Systemet fylls många gånger med information som informanterna beskriver som irrelevant, överflödigt eller knapphändig. En informant från kommunen uttrycker frustration över att det kan finnas ”löpmetrar” med irrelevant information samtidigt som nödvändig information saknas. Tid ägnas åt att leta reda på information som borde finnas dokumenterat i systemet. Information som efterfrågas är orsak till inläggning, förändringar under tiden patienten är inlagd samt patientens hälsostatus i samband med utskrivning. Primärvården meddelar att det är svårt att få en helhetsbild av patienter och deras behov när informationen är otydlig. Ett exempel är när meddelanden i stil med ”Patienten behöver Apodos”, skickas utan ett förtydligande gällande vilken medicin som behövs eller om det innebär ett nytt eller befintligt behov. Detta resulterar i att personal måste leta reda på informationen. Utöver det, meddelar primärvården att de måste ta del av information som i första hand berör kommunen. Exempelvis preliminära utskrivningsdatum.

Uppdatering av information

Slutenvård och kommun meddelar att informationen i Prator inte uppdateras regelbundet inom rimlig tid. Slutenvården lyfter fram att varken slutenvården eller övriga huvudmän uppdaterar informationen regelbundet. Några exempel är vådrapporter, läkarens del i den medicinska vårdplanen (MPL), samt anteckningar från sjukgymnaster och arbetsterapeuter. Somliga meddelar att de måste påminna läkare att skriva MPL p.g.a. att de inte upprättas i samband med patientens inskrivning och därför behöver uppdateras i efterhand. Andra menar att en MPL inte alltid hinner upprättas i samband med inskrivning då medicinska bedömningar måste göras först. När informationen inte uppdateras i tid resulterar det i att sjuksköterskor får frågor som i första hand bör besvaras av andra yrkesprofessioner såsom läkare, sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Detta orsakar stress bland sjuksköterskor samt att felaktig information sprids. Informanterna lyfter även fram att patientrelaterad information om hälsostatus, förflyttningar, kost eller kontaktuppgifter inte uppdateras regelbundet eller saknas helt. Patientinformation som inte uppdateras under vårdtiden gör det svårare för personal att forma sig en helhetsbild av patienten.

Kommunen upplever att det interna arbetet fördröjs när utskrivningsrapporten inte uppdateras i tid av slutenvården. Läkarens anteckningar i utskrivningsrapporten saknas eller uppdateras i efterhand.

Informationen i utskrivningsrapporten överensstämmer inte alltid med vad som finns angivet i den nationella patientöversikten, vilket skapar förvirring bland personalen. Tid ägnas därför åt att dubbelkolla med slutenvården om informationen stämmer. Uppdaterade utskrivningsrapporter behövs för att kommunen ska kunna skapa sig en helhetsbild av patienten men även i bedömningen om ett behov för samma eller nya insatser föreligger. Ett exempel är att slutenvården kan ha gjort en bedömning att en patient kan gå men när patienten kommer hem visar det sig att individen behöver rullstol. Detta kan tyda på att kommunen och slutenvården har olika perspektiv på rörlighet och förmåga. Ett förbättringsförslag är att utskrivningsrapporten uppdateras i rätt tid och av rätt aktör, helst i samband med utskrivning. Om patienten kunde gå en vecka innan utskrivning men inte samma dag som utskrivning skall det framgå i utskrivningsrapporten. Kommunens helhetsbild av patienten stärks när utskrivningsrapporten uppdateras inom rimlig tid.

Extrameddelanden och fristående meddelanden

Slutenvård, kommun och primärvård meddelar att kommunikationen i Prator sker via funktionerna fristående meddelande eller extrameddelande. Slutenvården är överlag positiva till att extrameddelanden finns. Denna funktion upplevs fungera bättre än fristående meddelanden. Detta beror på att väldigt få väljer att kommunicera med hjälp av fristående meddelanden. Det är oklart ifall mottagaren sett informationen och om de kan ge återkoppling när funktionen används. Kommunen, å andra sidan, uppger att extrameddelandefunktionen inte används regelbundet av slutenvården då återkoppling i regel uteblir. Informationen i extrameddelanden beskrivs även som otydlig och svår att förhålla sig till. Primärvården beskriver olikt slutenvården att fristående meddelanden är ”guld värda” för kommunikationen. Däremot menar informanterna att fristående meddelanden genererar merarbete då det händer att extrauppgifter tillkommer i samband med utskicken. Tiden att utföra extrauppgifter är många gånger begränsad. Det händer även att fristående meddelanden missas p.g.a. att meddelanden inte är tydligt markerade i systemet. Informanterna föreslår därför att fristående meddelanden markeras rött i Prator när informationen är oläst istället för med en siffra.

Andra kommunikationsvägar

Slutenvård, kommun och primärvård uppger att kommunikationen mellan huvudmännen även sker via telefon. Särskilt när kommunikationen via Prator brister. Detta upplevs problematiskt då det som kommuniceras via telefon inte alltid dokumenteras i Prator. Kommunen meddelar att kommunikationen med slutenvården fungerar olika bra. Det fungerar bättre med vissa avdelningar och sämre med andra. Kommunen uppger även att personal inom slutenvård i regel föredrar att avrapportera via telefon. Slutenvården, å andra sidan, upplever att kommunikationen via telefon genererar merarbete för personalen. Dessutom att kontaktuppgifter till berörda parter inte uppdateras eller saknas. Detta är ett hinder för kommunikationen då mottagaren inte alltid kan nå i tid. Informanterna uppger att det måste framgå tydligare vem/vilka slutenvården ska kommunicera med. Primärvården upplever att samverkansparterna måste bli bättre på att stämma av med varandra.

Kunskap

Slutenvården upplever att kommunikationen brister när koordinatören eller Prator-samordnaren inte finns på plats på avdelningen. Kunskap och det övergripande ansvaret för arbetet i systemet finns i

första hand hos koordinatören eller samordnaren. Kommunikationen med samverkansparter kan därför brista till följd av att ersättare med liknande erfarenhet inte finns tillgänglig. Kunskapen om hur Prator ska användas är begränsad bland övrig personal trots att systemet funnits i ett antal år. En informant upplever att systemet är svårbegripligt trots en lång erfarenhet av att arbeta i Prator. En annan informant uppger att det kändes jobbigt i början när systemet infördes men att det blev både lättare och mer användbart efter hand. Kunskapsbristen anses påverka hur villiga och engagerade övrig personal (d.v.s. inte koordinatörer/samordnare) blir av att arbeta i Prator. Det förekommer att personal väljer att ta avstånd från att dokumentera p.g.a. rädsla att göra fel. Kunskapsbristen åtgärdas genom att koordinatörer utbildar personal i hur systemet ska användas och att kunskapsöverföringen således når fler medarbetare. Informanterna påpekar dock att det saknas avsatt tid för denna kompetenshöjning. För att förebygga kunskapsbristen som finns bland personalen föreslås att mer utbildning i Prator ges. Kommunen uppger likt slutenvården att utbildning i Prator för nyanställda är viktigt, då systemet kan upplevas komplext till en början.

Behörighet

Slutenvård och kommun lyfter fram att viktiga aktörer inte har tillgång och behörighet till Prator trots att behovet finns. Det är även oklart vilka som har behörighet till Prator. Slutenvården meddelar att läkare på akutavdelningar saknar behörighet. Detta innebär att viktig information som behöver nå läkare inom akuten missas. Det är även ett hinder att det saknas koordinatörer på vissa akutavdelningar. Kommunen upplever även att det finns ett behov att planerare inom ordinärt boende ges behörighet till Prator.

Samordnad individuell plan

Kommun och primärvård upplever att samverkan mellan huvudmännen stärkts de senaste tre åren. Kommunen upplever att det finns mer utrymme för att föra dialog med andra samverkansparter gällande vad som fungerar respektive inte fungerar. Somliga i kommunen uppger att deras helhetsbild av utskrivningsprocessen stärkts. Dessutom att samverkan stärkt delaktigheten. Slutenvård, kommun och primärvård upplever trots styrkor att samverkan vid SIP inte alltid fungerar som tänkt.

Initiativ

Slutenvården meddelar att personal samtalar med patienten när ett behov av samordnade hjälpinsatser finns. Samtalen anpassas efter patientens behov och förutsättningar. Somliga uppger att de inte ställer frågan direkt till patienten om han/hon har ett behov av samordnade hjälpinsatser då patienter inte alltid vet vad SIP innebär. I första hand ställs frågor kopplat till patientens sociala hemsituation. Därefter görs en bedömning om patienten har ett behov av samverkansinsatser. Dialog förs även med anhöriga gällande SIP om patienten inte är kognitivt adekvat.

Slutenvård och primärvård uppger att alltför få SIP initieras till följd av att processen är för omständlig och svår genomförlig. En informant från kommunen påpekar att det varit svårt att förstå processen och hur saker och ting ska utföras. Somliga inom slutenvården upplever att oro uppstår bland personalen när en SIP initieras. En informant från kommunen meddelar att de gånger hon

initierat till en SIP har hon upplevt en ”suck från alla sidor” och att irritation uppstår. Informanten uppger att hon blivit ifrågasatt om det verkligen behövs en SIP. Slutenvård och kommun uppger att de blivit ombedda att annullera SIP-initiativ för att istället genomföra vårdplaneringsmöten. Detta beror på att berörda samverkansaktörer varit oense om personen i fråga behövt en SIP eller inte. Slutenvård, kommun och primärvård upplever att vårdplaneringsmöten många gånger fungerar bättre än SIP. Dessutom föredrar informanterna vårdplaneringsmöten. Enligt slutenvården fungerar gamla vårdplaneringsmöten bättre då både tid och utrymme finns för att komma till samsyn om patientens bästa. Primärvården uppger att det räcker med vårdplaneringsmöten, utan primärvårdens involvering. För övrigt, upplever primärvården att det är svårare att initiera till en SIP för brukare i hemmet. Informanterna upplever att det är svårare att nå berörda samverkansparter. Det är även oklart ifall samverkansaktörerna kan se att SIP initieras för brukare i hemmet.

Kallelse

Primärvård och kommun meddelar att kallelser till SIP många gånger avböjs då föreslagna tider inte alltid passar alla berörda samverkansparter. Kommunen föredrar förmiddagar samtidigt som primärvården i regel föredrar eftermiddagar. Att hitta en tid som passar alla är enligt primärvården en utmaning. Detta resulterar i att slutenvården tillsammans med kommunen föreslår nya tider som primärvården därefter sammankallar till. Kommunen uppger att de på eget initiativ sammankallar till SIP. Detta beror på att vårdcentraler inte återkopplar inom rimlig tid från att SIP-initiativet skapats. För kommunen är en snabb återkoppling från primärvården viktig. Särskilt om målet är att genomföra SIP på sjukhuset innan patienten skrivs ut.

Genomförande

Plats för SIP

Slutenvård, kommun och primärvård meddelar att de flesta SIP-möten genomförs på den avdelning patienten är inlagd men kan även genomföras i hemmet. Primärvården uppger att SIP i hemmet undviks i möjligaste mån av respekt för patienten men även för att en planering ska finnas färdig innan patienten anlant i hemmet.

Involvering under SIP

Slutenvård, kommun och primärvård upplever att alltför många samverkansaktörer involveras vid SIP, trots att behovet inte alltid finns. Primärvården uppger att flera involverade aktörer inte nödvändigtvis förbättrar eller stärker samverkan. Det blir rörigt och överväldigande för patienter när för många involveras. Det är även oklart för slutenvård och kommun vilka aktörer som ska involveras vid SIP. Kommunen föreslår därför att det måste framgå tydligare vem/vilka som ska involveras vid SIP och i vilket syfte. Enligt kommun och primärvård förekommer det att samverkansparter inte alltid dyker upp på SIP. Slutenvården meddelar att de enbart kallas till SIP när avdelningen själv initierat till SIP. Från kommunen påpekar somliga att vårdcentraler deltar samtidigt som andra påpekar att vårdcentraler inte deltar. Kommunen framhåller att primärvården måste delta på en SIP. I den ena fokusgruppsintervjun förs diskussioner om det räknas som SIP om primärvården inte deltar och vad som egentligen definierar SIP. Enligt kommunen har nya termer

utformats till följd av att definitionen på SIP är otydlig. Exempel på nya begrepp är sittplaneringar, utskrivningsplaneringar eller planeringsmöten.

Roller under SIP

Slutenvård, kommun och primärvård uppger att det är otydligt vilka roller samverkansaktörerna har under SIP, speciellt primärvården. Slutenvården upplever att vårdcentralerna inte alltid behövs under en SIP. Primärvården uppger att de måste sitta med, anteckna och lyssna av samtal som inte berör primärvården i första hand. En informant berättar att hon deltagit på ett SIP-möte där 45 minuter ägnades åt att kommun och patient diskuterade hemleverans av en säng. Tiden räcker inte alltid till för att föra diskussioner som ligger utanför ramen för det gemensamma samordningsarbetet. Primärvården föreslår därför att tydligare agendor utformas med hänsyn till begränsade tidsscheman. En annan informant berättar om ett tillfälle där hon behövde delta på en SIP för en palliativ patient i livets slutskede. För informanten kändes det opassande att närvara på just det SIP-mötet, då patienten inte tidigare träffat informanten. Primärvården upplever sig därför som sekreterare snarare än aktiva deltagare under SIP. Likt primärvården uppger kommunen att primärvården förväntas dokumentera och sammanställa anteckningar kommunen fört under SIP. Det förekommer att vårdcentralerna presenterar sig som sekreterare under en SIP trots att primärvården inte enbart ska föra anteckningar. Tanken är att primärvården ska ta över vårdansvaret. Personalen uppger att de har efterfrågat mer information om uppgiftsbeskrivning under ett års tid men att tydliga svar på frågan inte getts. En informant från kommunen upplever likt primärvården att hennes roll under SIP är otydlig, vilket är skrämmande för henne. Informanten påtalar att det är oklart vad som förväntas av henne utöver att godkänna en kallelse och föra anteckningar.

Patienternas upplevelse av SIP och vårdplanering

Respondenterna (5 av 6) framför att det redan haft vårdplaneringsmöte eller SIP-möte innan varje enskilt intervjutillfälle. Vissa uttrycker att de är nöjda samtidigt som andra uppger att de inte kom fram till något konkret under mötet. De flesta respondenter framför att de fått information om vilka hjälpinsatser de kommer att få i hemmet. Vad hjälpinsatserna kommer att innebära i praktiken är dock oklart för vissa respondenter.

Personalens upplevelser av fysiska och digitala SIP-möten

SIP-möten sker i regel fysiskt men även digitalt, via Skype eller telefon. Slutenvård, kommun och primärvård meddelar att fysiska SIP-möten är det bästa för patienten. Däremot menar kommun och primärvård att fysiska möten medför utmaningar. Fysiska möten förutsätter många gånger färd mellan olika destinationer för att kunna delta. Färden och SIP-mötet kan ta flera timmar och resurserna räcker inte alltid till. Primärvården lyfter fram att de många gånger blir sena till möten till följd av att lediga parkeringar inte alltid finns runt sjukhusområdet. Att medverka flera timmar på möten där de inte känner sig delaktiga skapar missnöje. En ytterligare observation från primärvården är att de inte har tillgång till Skype, vilket innebär att de måste delta via telefon under ca en timme och samtidigt föra anteckningar.

Slutenvård, kommun och primärvård lyfter fram liknande upplevelser av hur digitala SIP-möten fungerar. Kommunen upplever att digitala möten med yngre patienter fungerar bättre och sämre med äldre patienter med hörsel- eller synproblematik. En av informanterna från slutenvården beskriver det som ”oetiskt” och ”ovärdigt” att upprätta digitala möten när patienten inte ser eller hör

en tillräckligt bra. Tanken är att SIP-mötet ska stärka patientens delaktighet, men att så inte blir fallet när patienten inte kan tillgodogöra sig informationen. Vissa patienter kan av olika skäl missförstå informationen som förs fram. Informanterna meddelar att den person som sitter med patienten i regel får återupprepa vad som sagts under mötet. Det är oklart för informanterna om patienten alltid förstår vad som sägs under dialogen. Patienter hamnar många gånger i skymundan till följd av en hörselnedsättning. Detta kan därför resultera i att beslut tas åt patienten istället för med patienten. Primärvården lyfter även fram att patienter och anhöriga behöver ges mer tid och information för att förbereda sig inför SIP-möten. Patient och anhöriga behöver många gånger ta ställning till frågor som de kan behöva tid att reflektera över. Informanterna föreslår därför att SIP-möten hade kunnat bli mer effektiva och kanske mindre känsloladdade ifall patienten blir bättre förberedd inför vad som komma skall.

Utvärdering

Slutenvård, kommun och primärvård meddelar att utvärderingsmöten sällan genomförs efter ett första SIP-möte. Primärvården uppger att det sällan framgår ett behov av utvärdering. Informanterna uppger att det är svårt att utvärdera SIP p.g.a. resursbristen inom verksamheten. Informanterna framför trots detta att fler utvärderingar borde genomföras framöver.

Avslut

Enligt slutenvård, kommun och primärvård förekommer det att SIP inte alltid avslutas. Enligt kommun och primärvård resulterar det i att redan genomförda SIP:ar hamnar bland SIP:ar som skall genomföras. Informanterna upplever att det är svårt att direkt urskilja i Prator om en SIP är nyligen inkommen eller funnits sen tidigare. Primärvården uppger att huvudansvaret för SIP ärenden är individbundet på många vårdcentraler. Kommunen, å andra sidan, uppger att de har koll på vilka SIP:ar som är genomförda om de själva arbetar regelbundet i Prator. Svårigheter uppstår i situationer när ovana medarbetare måste täcka upp eller när huvudansvarig inte finns på plats. Det är svårare för ovan personal att direkt i systemet kunna urskilja vilka SIP:ar som redan genomförts. Detta resulterar i att personal måste kontrollera respektive ärende ifall SIP genomförts. Förbättringsförslag som ges av informanterna är att skillnaden mellan gjorda och icke-gjorda SIP:ar ska framgå mycket tydligare i systemet, t.ex. via färgmarkering eller ”bockar” som tydliggör att en SIP är avslutad. Det hade även underlättat ifall redan genomförda SIP:ar kunde placeras i ett arkiv. Informanterna föreslår även att utsedd samordningsansvarig ska ta bättre ansvar för att avsluta en SIP. Detta förutsätter att samtliga parter kommer till samsyn gällande vem som utses till samordningsansvarig under SIP-mötet.

Diskussion

Det övergripande syftet med utvärderingen är att beskriva upplevelser och erfarenheter av utskrivningsprocessen. Utvärderingen visar att informanterna upplever att informationsöverföringen mellan huvudmännen ökat men att det samtidigt medfört nya utmaningar. Särskilt informationsöverföringen mellan medarbetare och patienter samt mellan medarbetare från slutenvård, kommun och primärvård.

Informanterna lyfter fram att preliminära utskrivningsdatum ständigt uppdateras. I nationella uppföljningar och andra undersökningar framgår liknande observationer (Vårdanalys 2018; Vårdanalys 2020; Flykt 2020; KPMG AB 2019; Odgaard et. al 2019). Även där rapporteras att utskrivningsdatum ständigt uppdateras under tiden patienten är inlagd på en slutenvårdsavdelning. Detta beror på att ”det är svårt att redan i samband med inskrivning bedöma förväntad vårdtid och ge ett utskrivningsdatum som kvarstår fram till att patienten skrivs ut. Komplexa vårdförlopp och medicinska tillstånd som ändras, men även kultur, kompetens och rutiner, kan bidra till ändrade datum” (Vårdanalys 2020, s. 175). Enligt SKR (2018) orsakas datumförflyttningar av att redan fastställda utskrivningsdatum inte är tillräckligt träffsäkra. Att sätta ett träffsäkert utskrivningsdatum som inte uppdateras under tiden patienten är inskriven beskrivs som en utmaning i sig. En undersökning gjord i Region Örebro län under ”mars 2019 visade att ändring av preliminär utskrivningsdag görs ofta, vid ca 40–45 % av utskrivningarna” (Flykt 2020, s. 24). I 40 % av utskrivningarna ändrades preliminära utskrivningsdatum två eller flera gånger (ibid.). En annan undersökning gjord i Uppsala kommun visar att under december 2018 skrevs 30 % av patienterna ut samma dag som utskrivningsklar. Under samma period skrevs 10 % ut dag tre och 5 % fick stanna kvar längre än tre dagar. En orsaksanalys genomfördes för att hitta bakomliggande orsaker till att patienter blir inläggandes längre än tre dagar trots utskrivningsklar. Resultaten visar ett samband mellan antalet dagar för patientens inläggning och ändring av preliminära utskrivningsdatum (Uppsala kommun 2019). Dessutom att ”antalet dagar en individ var inlagd var signifikant relaterat till om det inföll en helg mellan utskrivningsklardatum och faktiskt utskrivning” (Uppsala kommun 2019, s. 15). Internt registrerad statistik för Blekinge visar att 3941 individer varit inskrivna i Prator under 2020. Av dessa individer skrevs 6,1 % ut innan utskrivningsklar, 54,8 % samma dag som utskrivningsklar samt 39,1 % efter utskrivningsklar.⁸

Kommunerna påverkas av att utskrivningsdatum uppdateras.⁹ Kommunal vård- och omsorgspersonal förutsätts planera och stå i beredskap inför hemgångar som senare visar sig bli inaktuella. Liknande resultat framgår i SKR (2018) och Vårdanalys (2020) uppföljningar. Även där rapporteras att datumförflyttningar påverkar kommunernas planeringar inför patientens hemgång, vilket har resulterat i ökad stress och arbetsbelastning. Anledningen är att ”personal ständigt behöver bevaka it-system för att upptäcka datum som plötsligt kan komma att ändras, och att därefter planera om insatser” (Vårdanalys 2020, s. 178). Kommunerna påbörjar därför planeringar samma dag som patienten skrivs ut från slutenvårdsavdelningen (ibid.). Enligt SKR bidrar osäkra utskrivningsdatum till att resurser inte nyttjas rätt, att huvudmännens tillit till varandra minskar samt att riktlinjer inte följs fullt ut (SKR 2018). SKR framhåller även att bristande kunskap och förståelse för hur andra huvudmän jobbar är en bidragande faktor till att utskrivningsdatumerna uppdateras. Detta beror på begränsad insikt i vilka konsekvenser datumförflyttningar kan generera. Det finns därför ett behov av att öka kunskapen om hur andra huvudmän arbetar. Ett annat sätt att stärka utskrivningsdatumens träffsäkerhet är ”genom att exempelvis beräkna generella vårdtider för diagnoser samt utbilda personalen” (SKR 2018, s. 33). I Region Jönköping pågår ett arbete i syfte att stärka utskrivningsdatumens träffsäkerhet. Några sjukhus har vidtagit åtgärder i form av

⁸ Uppgifterna registreras i NCS Cross och Prator.

⁹ I detta sammanhang är datumuppdatering detsamma som uppdatering av ”prel. ut” och ”ut.klar” i inskrivningsmeddelandet.

kompetenshöjande insatser för att stärka kunskapen om utskrivningsprocessen, exempelvis utbildning till läkare. Nätverk har även utformats där yrkesprofessioner från slutenvård, kommun och primärvård träffas i syfte att stärka kunskapen och förståelsen för respektive huvudmans ansvarsområden. Dessutom har åtgärder vidtagits för att stärka kommunikationen och återkopplingen mellan läkare och kommuner (Odgaard et. al 2019). Ett exempel är att kommunerna tar direkt kontakt med läkare när ”slutenvården inte håller den planerade vårdtiden” (Odgaard et. al. 2019, s. 15).

Informanterna upplever att det är oklart vilken typ av information som ska dokumenteras i Prator. Detta framfördes redan vid den utvärderande workshoppen avseende hemsjukvården som hölls 2015. Dessutom saknades uppgifter ibland i Prator. Resultaten tycktes tyda på att det behövdes mer kontinuerlig kunskap och information om systemet för att det ska fungera tillfredställande (Nilsson & Resebo 2015). Enligt Vårdanalys har laginförandet ”bidragit till att informationsöverföringen involverar fler parter, att mer information överförs i ett tidigare skede och att den är mer strukturerad” (Vårdanalys 2020, s. 197). Den ökade och snabba informationsöverföringen har samtidigt medfört nya utmaningar. Att bedöma vilken typ av information som ska förmedlas, hur mycket, när i tid, av vem/vilka är exempel på utmaningar informationsöverföring medfört. Dessutom finns det skilda uppfattningar om vad som anses vara relevant information. Detta beror sannolikt på att ”olika professioners skilda utbildningsbakgrunder, kultur och uppdrag kan påverka både vilken information som de uppfattar relevant att dela och vilken typ av information som de behöver för att genomföra sitt arbete” (Vårdanalys 2020, s. 198). Kommunerna uppger bl.a. att slutenvården många gånger dokumenterar information som är ofullständig och irrelevant för dem, samtidigt som slutenvården uppger att kommunerna efterfrågar information i ett så tidigt skede att den inte kan ges. Kommunerna uppger att informationsöverföringen måste ske i rätt tid för att de ska kunna påbörja planeringsarbetet. En orsak till att informationen inte inkommer i rätt tid beror på att rutiner inte fullt ut följs av slutenvården. Dessutom bidrar brist på resurser inom slutenvården till att information inte alltid hinner uppdateras och skickas i rätt tid. Vidare saknar läkare många gånger insikt och förståelse för hur informationen de förmedlar (och inte förmedlar) påverkar andra samverkansaktörer (ibid.).

Informanterna upplever att planering och samordning kring SIP är för komplex och omständlig vilket resulterat i att SIP sällan initieras och att gamla vårdplaneringsmöten genomförs istället. De gånger SIP genomförs är det på slutenvårdsavdelningen och inte i patientens hem. Enligt SKR:s (2018) och Vårdanalys (2020) uppföljningar framgår motsatsen. Antalet initiativ till SIP har ökat och ersatt gamla vårdplaneringsmöten. Dessutom genomförs SIP i hemmet i större utsträckning. Utöver det, uppger informanterna att det är oklart vem/vilka som skall erbjudas SIP. Liknande resultat framgår i andra undersökningar (Vårdanalys 2020; SKR 2020b; Västra Götalandsregionen 2020). Vårdanalys framhåller att det är otydligt ”vilka patienter som skall erbjudas en SIP” (Vårdanalys 2020, s. 211). Ovan personal lyckas inte alltid bedöma vem som bör erbjudas SIP, vilket resulterar i att erbjudandet inte ges trots att behovet av samordning finns. Kunskapen om SIP skiljer sig även mellan yrkesprofessioner, särskilt mellan läkare och sjuksköterskor. Läkare har många gånger inte genomgått SIP utbildningar, vilket gör det svårare att identifiera vem/vilka som skall erbjudas SIP. Det är även ovanligt att en SIP initieras på begäran av den enskilde. Detta beror på att kunskapen om SIP är begränsad även bland patient och brukare. Rädsla uppstår bland personalen i samband

med att en SIP initieras. Rädslan uppstår till följd av föreställningar om att SIP-planeringen är svår genomförbar och tidskrävande (Västra Götalandsregionen 2020). Att huvudmännen har ett gemensamt ansvar att initiera till SIP har också bidragit till att SIP inte alltid initieras trots att behovet finns. Ett gemensamt ansvar ”ökar risken för att medarbetare inväntar att en annan aktör ska ta initiativet” (Västra Götalandsregionen 2020, s. 27).

Informanterna upplever även att det är oklart kring aktörernas roller när SIP genomförs i praktiken. I andra undersökningar framgår liknande resultat (Vårdanalys 2018; Vårdanalys 2020; Riksdagen 2017/18:RFR5; SKR 2018; SKR 2020b). Detta beror bl.a. på att ”personalens kunskap, kompetens och mandat kring samordning ofta brister, något som framförallt får konsekvenser i genomförandet av SIP-möten” (SKR 2020b, s. 58). Dessutom är inte rutiner samt roller och ansvarsfördelning tydligt specificerade i läns gemensamma överenskommelser och rutiner (ibid.). En annan studie visar att förvirringen inte primärt orsakas av att framtagna riktlinjer är otydliga, utan snarare av att människor tolkar ett och samma underlag på flera olika sätt. Detta i sin tur skapar en otydlig roll- och ansvarsfördelning då tolkningarna många gånger är allt annat än enhetliga (Zhou et.al. 2020). Dessutom tillkommer att ”samtliga parter i utskrivningsprocessen endast ser sin del av processen och inte helheten samt att förväntningarna på varandra inte är tydligt uttalade” (Zhou et.al 2020, s. 19). Detta orsakas av begränsad kunskap, förståelse och insikt i hur andra huvudmän jobbar (ibid.).

Begränsningar och förslag till framtida studier

Föreliggande angreppssätt är inte tänkt att generaliseras utan enbart beskriva ett antal nyckelpersoners upplevelser av utskrivningsprocessen. Utvärderingen ger därför inte en fullkomlig bild av utskrivningsprocessen i länet. Ha i åtanke att upplevelser kan förändras över tid. Detta innebär att intervjupersonerna kan ha andra upplevelser av utskrivningsprocessen idag jämfört med när intervjuerna genomfördes. Resultaten behöver inte nödvändigtvis motsvara den generella upplevelsen av utskrivningsprocessen i länet. Detta förutsätter någon form av kvantitativ utvärdering med ett större urval. Det finns även andra viktiga aktörer som berörs av utskrivningsprocessen men som inte inkluderats i urvalet. Några exempel är anhöriga/närstående, medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS), medicinskt ansvariga rehabiliterare (MAR), verksamhetschefer, avdelningschefer etcetera. Inför framtida utvärderingar måste även patientperspektivet framgå tydligare. I denna utvärdering hamnar fokus mer på verksamheternas upplevelser än patienternas. Som tidigare nämnt beror det på att få patienter intervjuats. Anledningen är att det fanns få patienter som uppfyllde en eller flera av urvalskriterierna för att delta. Att genomföra en intervjustudie med patienter med ett SIP-initiativ kan även bli en utmaning inför framtida utvärderingar. Särskilt om gruppen med SIP-initiativ förblir väldigt få i länet samt om den framtida urvalsgruppen inte uppfyller grundläggande kriterier för att delta. Vi föreslår att följande delar behöver följas upp i framtiden, i form av en kvantitativ eller kvalitativ undersökning.

- Fortsätta följa upp upplevelser och erfarenheter av utskrivningsprocessen utifrån perspektiven patient, brukare, anhöriga, närstående, verksamhetschef, enhets- och avdelningschef, MAS, MAR samt andra berörda yrkesprofessioner inom slutenvård, kommun och primärvård.

- Utvärderingen visar att behovet av att informeras om ett utskrivningsdatum varierar mellan patienter. Informationsbehovet är högre bland patienter som upplever sig utskrivningsklara och mindre hos patienter som upplever sig ha ett fortsatt behov. Detta är något som bör undersökas närmre om ett samband finns. Det bör även föras en diskussion om en snabbare informationsöverföring per se alltid är det bästa för patienten.
- Om antalet återinläggningar i länet ökat eller minskat över tid. Särskilt om det finns ett samband mellan en för tidig utskrivning och återinläggning.
- Om antalet vård dagar för utskrivningsklara patienter i länet ökat eller minskat över tid.
- Om laginförandet genererat ökad eller minskade kostnader i länet över tid.

Slutsatser

Utvärderingen visar att informationsöverföringen mellan berörda parter upplevs ha ökat. Detta beror på att Prator tillämpas för kommunikation och dokumentation av patientrelaterad information. Avdelningskoordinatorer och samordnare är viktiga funktioner i utskrivningsprocessen, särskilt i att främja och stärka samordningen mellan huvudmännen. Trots styrkor visar utvärderingen på utmaningar med utskrivningsprocessen i länet. Många av de utmaningar som lyfts fram av informanterna framgår även i andra nationella uppföljningar och undersökningar. Informationsöverföringen från medarbetare till patient är bristfällig, vilket påverkar patientens delaktighet. Information om ett preliminärt utskrivningsdatum når inte alltid patienter inom 24 timmar. I många fall sätts ett preliminärt utskrivningsdatum inte i samråd med patienten utan snarare åt patienten. Dessutom får patienter inte tillräckligt med information om SIP. Detta kan hänföras till att kunskapen om SIP är begränsad hos såväl patienter som personal. Även informationsöverföringen mellan medarbetare från olika huvudmän är bristfällig. Detta beror på en rad olika faktorer. Medarbetare har begränsad insikt i hur arbetet bedrivs av olika huvudmän samt hur det egna arbetet påverkar andra huvudmän. Påverkan blir särskilt tydlig när utskrivningsdatum (såväl ett beräknat utskrivningsdatum som ett faktiskt utskrivningsdatum) ständigt uppdateras. Ett annat exempel är att det saknas gemensam samsyn i vilken typ av information som ska dokumenteras i Prator. Dokumentationen blir antingen för omfattande eller för knapphändig vilket upplevs skapa förvirring och lämnar brett tolkningsutrymme. Utöver det, är dokumentationen inte alltid synkroniserad rätt i tid vilket skapar stress och oro bland medarbetare samt leder till en osäker utskrivning. I vissa fall skrivs patienter ut för tidigt till följd av en fördröjd dokumentation. I andra fall förlängs vårdtiden för andra patienter på begäran av den enskilde men även i väntan på SIP. Utvärderingen visar även att ansvarsfördelningen mellan huvudmännen är otydligt definierad, särskilt i samband med SIP. Avslutningsvis, vår bedömning är att det finns en rad olika områden i behov av förbättringar som måste tillgodoses i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Områden i behov av förbättring

Utskrivningsprocessen berör många aktörer och förutsätter ett omfattande förbättringsarbete på olika nivåer (från ledningsnivå till medarbetarnivå). Vår förhoppning är att de förbättringsområden som lyfts fram ska stödja berörda huvudmän, verksamheter och arbetsgrupper i det fortsatta utvecklings- och förbättringsarbetet. Vi hänvisar även till Vårdanalys och SKR:s nationella uppföljningar för ytterligare rekommendationer (Vårdanalys 2020; SKR 2018; SKR 2020b). Ha i åtanke att förbättringsområdena redogörs på övergripande nivå, med fokus på *vad* som behöver göras snarare än *hur*.

Att befintlig vision förtydligas och att en konkret målbild utformas

I överenskommelsen mellan Landstinget Blekinge (numera Region Blekinge) och länets fem kommuner finns en antagen vision för utskrivningsprocessen (Region Blekinge 2019). Underlaget i sin befintliga form lämnar ett brett tolkningsutrymme. När visioner utformas finns risken att visionen i sig kan bli för allomfattande. Detta skapar förvirring då visionen kan ”tolkas på olika sätt och leda till att systemet börja spreta mer än nödvändigt” (SKR 2020a, s. 32). Vi ser därför att vidare arbete behöver läggas på *hur* visionen ska uppnås och inte enbart *vad* som ska uppnås. En rekommendation är att visionen förtydligas och att en konkret målbild utformas. Ett sätt att tänka kring målbilder är utifrån EFQM:s styrmodell även känt som ”RADAR”.

Result – sätta mål: vad vill vi uppnå?

Approach – vad ska vi göra?

Deployment – hur ska vi göra?

Assess – följa upp och utvärdera: hur går det?

Refine – hur förfina mål och uppföljning? (SKR 2020a, s. 28).

Att Blekingerutiner förtydligas och förenklas

Vi ser att det finns ett behov av att Blekingerutiner förtydligas och görs så lättförståeligt som möjligt. Underlaget i sin befintliga form är för omfattande och lämnar brett tolkningsutrymme. Detta är en av orsakerna till att rutinerna inte fullt ut implementerats inom verksamheterna (se Bilaga 4). Det bör framgå tydligare vilka ansvarsområden respektive huvudman har under utskrivningsprocessen. Särskilt vad som förväntas av respektive part i SIP-processen.

Att en plan utformas för implementering av vision, målbilder och Blekingerutiner inom berörda verksamheter

Vi ser att det finns ett behov av att vision, målbilder och rutiner förankras inom berörda verksamheter. Detta förutsätter att någon form av implementeringsplan(er) utformas så att vision, målbilder och rutiner genomsyrar det arbete som bedrivs inom verksamheterna.

Att sprida kunskap om implementering bland chefer på verksamhets- och avdelningsnivå

Det är i dagsläget oklart i vilken utsträckning chefer på verksamhetsnivå samt avdelnings- och enhetsnivå har kunskap om att bedriva implementeringsarbeten. Ett effektivt ledarskap utgör en grundförutsättning för en lyckad implementering. Ledarskapet handlar bl.a. om att ”tydliggöra roller

och ansvar för medarbetare, tilldela uppgifter och hantera motstånd” (Socialstyrelsen 2012, s. 12). Vi ser därför att det kan finnas ett behov av kompetenshöjande insatser riktade till chefer. Särskilt hur rutiner och riktlinjer implementeras och följs upp inom verksamheterna.

Att stärka kunskapen om SIP bland medarbetare samt patient och brukare

Att SIP-processen upplevs komplex och svårgenomförlig kan hänföras till att kunskapen om SIP är bristfällig bland medarbetare. Vi ser därför att det finns ett stort behov av att öka kunskapen om SIP. Kunskapsöverföringen till medarbetare kan ske via återkommande utbildningar. Exempelvis att personal genomför digitala SIP-utbildningar eller förses med relevant utbildningsmaterial. Förutom medarbetare behöver kunskapen om SIP även stärkas hos befolkningen i länet och särskilt bland patient och brukare.

Att stärka kunskapen om Prator bland medarbetare

I utvärderingen framgår att kunskap om Prator finns hos vissa medarbetare och att problem uppstår när dessa medarbetare är frånvarande. Vi ser att det finns ett behov av att stärka kunskapen hos medarbetare om hur Prator ska användas, särskilt för nya och ovana medarbetare. Vi rekommenderar även att mer emfas bör läggas på muntlig kunskapsöverföring än enbart skriftlig sådan.

Att i framtida system överväga att sammanfoga ”prel. ut” och ”ut.klar” i inskrivningsmeddelandet till en funktion

Att ha två nästintill identiska funktioner har medfört stora konsekvenser i utskrivningsprocessen, särskilt för kommunerna. I utvärderingen framgår det att skillnaden mellan ett ”prel. ut” och ett ”ut.klar” är otydlig. När ”ut.klar” uppdateras får det samma funktion som ett ”prel. ut”. Vi ser därför att ”prel. ut” och ”ut.klar” i Prator sammanfogas till en funktion. Detta förutsätter att befintlig lagstiftning tillåter att en sådan ändring kan göras.

Att i framtiden införa en platshållande textfunktion i Prator

Informanterna är i det stora hela nöjda med det befintliga Prator-systemet. Däremot upplever informanterna att det är oklart vilken *typ* av information som ska dokumenteras i systemet. Ett förslag är att i framtida dokumentationssystem införa funktionen ”platshållande text” i öppna kommentarsfält. En platshållande text är information i textfält som ger konkreta tips på vilken typ av information som förväntas dokumenteras (exempelvis ”Ange om patienten på egen hand kan gå i trappor”). Denna funktion skulle kunna underlätta informationsförmedlingen mellan huvudmännen och skapa en tydligare och enhetligare informationsöverföring.

Att stärka medarbetares kunskap om respektive huvudmans ansvarsområden i utskrivningsprocessen

Vi ser att det finns ett behov av att stärka medarbetares kunskap om vilka ansvarsområden respektive huvudman har under utskrivningsprocessen. Syftet är att öka insikten och förståelsen för varandras uppdrag. Ett förslag är att i befintliga nätverk eller nya nätverk samla aktörer från berörda huvudmän i syfte att föra dialog tillsammans. Ett första steg är att uppmärksamma vilka konsekvenser uppdaterade utskrivningsdatum får för personal inom kommunen och för patienter.

Att främja omställning för en god och nära vård

Ett nationellt omställningsarbete för en god och nära vård pågår i syfte att klara av den snabba demografiska utvecklingen i Sverige med en snabbt växande befolkning i alla åldrar. På nationell nivå finns en redan framtagna målbild (SKR 2020c; SOU 2017:53). I Blekinge saknas en fastställd läns gemensam vision och målbild för en god och nära vård. Ett första steg i att bedriva omställningsarbetet på regional och lokal nivå är att utforma en läns gemensam vision och målbild.

Referenslista

- Andersson, E., & Öhrn, E. (2020). *Den äldre patientens upplevelse av sitt planeringsmöte vid utskrivning från sjukhuset*. Tillgänglig: <https://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A1453475&dswid=-5164> (Hämtad 2020-12-15)
- Elo, S & Kyngäs, H. (2007). *The qualitative content analysis process*. Journal of advanced nursing, 62(1), 107–115.
- Flyckt, M. G. (2020). *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Slutrapport*. Örebro: Region Örebro län.
- KPMG AB (2019). *Granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre*. Arvika: KPMG AB.
- Larsson, I. (2008). *Patient och medaktör: studier av patientdelaktighet och hur sådan stimuleras och hindras*. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Nilsson, B. & Resebo, J. (2015). *En utvärdering av brukare och verksamhetsrepresentanternas upplevelser av kommunalisering av hemsjukvården i Blekinge*. Karlskrona: Landstinget Blekinge.
- Odgaard, J., Pethrus, C. & Zhou, L. (2019). *Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter. Revisionsrapport*. Region Jönköping län: PWC.
- Region Blekinge (2017). *Överenskommelse mellan Landstinget Blekinge och kommunerna i Blekinge om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*. Tillgänglig: <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/for-varldgivarer/varldsamverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner/lagen-om-samverkan-los.html> (Hämtad 2020-11-09)
- Region Blekinge (2019). *Samverkan vid utskrivning*. Tillgänglig: <https://regionblekinge.se/halsa-och-varld/for-varldgivarer/varldsamverkan/avtal-overenskommelser-och-rutiner/lagen-om-samverkan-los.html> (Hämtad 2020-11-09)
- Riksdagen (2017/18:RFR5). *Samordnad individuell plan (SIP) – en utvärdering*. Tillgänglig: https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/rapport-fran-riksdagen/samordnad-individuell-plan-sip---en-utvardering_H50WRFR5 (Hämtad 2020-12-27)
- SKR (2018). *Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – framgångsfaktorer och utvecklingsområden. Uppföljning av kommunernas landstingens arbete med införandet av lagen [PowerPoint-presentation]*. Tillgänglig: <https://skr.se/integrationsocialomsorg/socialomsorg/aldre/sammanhallenvarldomsorgaldre/samverkanvidutskrivningfransjukhus.13624.html> (Hämtad 2020-11-09)
- SKR (2020a). *Att driva omställningen till en Nära vård: Handbok om att hantera komplexa system*. Stockholm: SKR.
- SKR (2020b). *Att stärka samverkan med hjälp av SIP. Förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete*. Stockholm: SKR.
- SKR (17 november 2020c). *Omställningen till en nära vård*. Tillgänglig: <https://skr.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvarldnaravard.6250.html> (Hämtad 2021-01-19)
- Socialstyrelsen (2012). *Om implementering*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård – Betänkande av Utredning om betalningsansvarslagen*. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.

- SOU 2017:53. *God och nära vård – En gemensam färdplan och målbild. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård* (Första delbetänkandet). Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer.
- Söderberg, A.-C., Rydell Karlsson, M. & Löfvenmark, C. (2015). *Upplevelse av trygghet och otrygghet bland patienter med hjärtsvikt som får avancerad sjukvård i hemmet*. *Nordic journal of nursing research*, 35(4), 203–209.
- Uppsala kommun (2019). *Uppsala kommuns arbete med trygg utskrivning och hemgång 2018. Uppföljning- och utvärderingsrapport*. Uppsala: Uppsala kommun.
- Vårdanalys (2018). *På väg – Delrapport om genomförandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Vårdanalys.
- Vårdanalys (2020). *Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården*. Stockholm: Vårdanalys.
- Västra Götalandsregionen (2020). *Det goda livet i Västra Götaland. Handlingsplan för psykisk hälsa 2018–2020. Fördjupad analys av SIP*. Tillgänglig: <https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/workspace/SpacesStore/74bfedd7-2248-4135-ac2d-73aa15934c67/F%C3%B6rdjupad%20analys%20-%20SIP%20i%20V%C3%A4stra%20G%C3%B6taland.pdf?a=false&guest=true> (Hämtad 2020-12-15)
- Wennstig, M. & Johansson, S. (2020). *LOS i Blekinge 2020–2021*. Tillgänglig: <https://regionblekinge.se/download/18.a313a721718e1b485fdb94/1587560976694/Projektplan%20Lagen%20om%20samverkan%20i%20Blekinge,%20200324.pdf> (Hämtad 2020-12-15)
- Zhou, L., Alvstrand, M., Pethrus, C., & Odgaard, J. (2020). *Granskning av samverkan kring Utskrivningsklara patienter*. Falkenberg Kommun. Revisionsrapport. Falkenberg: PWC.

Bilaga 1. Intervjuguide Studie 1

Bakgrund:

1. Kan du berätta hur det gick till i samband med att du kom till sjukhuset?
2. Hur kom du in? Kom du in via vårdcentralen, akuten eller på ett annat sätt?
3. Har du varit inlagd tidigare?

Information och planering:

4. Har du blivit informerad om den kommande planeringen av din vård?
5. Har du fått ett preliminärt utskrivningsdatum?
6. Beskriv hur vårdpersonalen informerade dig? Var det läkare eller sjuksköterska som informerade?
7. Hur gavs informationen om planeringen och utskrivning? Om nej, hur känns det att du inte fått information om din planering och utskrivning?
 - a. Förstod du informationen? Var informationen tydlig?
 - b. Var informationen anpassad efter dina behov?
 - c. Fick du tillräckligt med tid/möjlighet för att ställa frågor/berätta det som var viktigt för dig?
 - d. Upplevde du att personalen lyssnade på dina frågor?
 - e. Var det något som skulle kunna ha förbättrats i samband med att informationen gavs?

Efter information om planering:

8. Utifrån informationen du fått, känner du dig trygg på vad som ska hända under vårdtiden och när du ska hem?
9. Ser du några fördelar eller nackdelar för dig att få information om planering och utskrivning?
10. Om du skulle bli inlagd igen, eller med den kunskap och den erfarenhet du har nu, finns det något du skulle vilja var annorlunda då?
11. Skulle du gjort något annorlunda när du blev inlagd om du haft den kunskap och erfarenhet som du har idag – redan då? Vad skulle du gjort annorlunda?
12. Skulle du vilja att personalen på sjukhuset hade gjort något annorlunda – vad skulle du vilja att de gjorde annorlunda?

Avslutningsvis:

13. Kan jag återkomma till dig och få göra en uppföljande intervju med dig när du har kommit hem?

Är det något som du vill tillägga?

Eventuella underfrågor till frågorna ovan

Skulle du vilja utveckla?

Hur tänker du?

Skulle du vilja förtydliga?

Bilaga 2. Intervjuguide Studie 2

Information till patienter:

1. Nu finns det nya rutiner på plats som innebär att patienterna ska få information om hemgång väldigt tidigt. Vad har du för erfarenheter av att informera patienter om planering och utskrivning redan dag 1?
2. Kan du berätta om ett tillfälle när du informerat patienten om dess hemgång?
3. När och var håller du samtalet?
4. På vilket sätt ger du patienten möjlighet att ställa frågor?
5. Hur bemöter du en patient som vill diskutera eller ställa frågor om sin planering och utskrivning?
6. Finns det tid för ett djupare sådant samtal?
7. Hur gör du så att patienten blir involverad i samtalet utifrån sina förutsättningar?
8. Hur individanpassar du informationen så att varje patient kan ta till sig den? (Vilka strategier har du för att möta patienten?)
9. Hur tycker du att patienten reagerar när de redan tidigt informeras om preliminär hemgång?
10. Hur upplever du själv att det är att informera om preliminär hemgång?

Dokumentation:

11. Hur upplever du att rutinerna och förutsättningarna för dokumentation fungerar?
12. Finns det några skriftliga rutiner?
13. Följer du rutinerna eller gör du avvikelser? Gör man olika?
14. Har du någon kännedom om Prator och hur det fungerar?
15. Hur använder du prator?
16. Hur tycker du att Prator fungerar?
17. Hittar du den information du behöver i plattformen för att kunna samverka på ett bra sätt?
18. Använder du funktionerna i Prator för att till exempel ”chatta” med eller ringer du istället andra verksamheter?
19. Vilken information lutar du dig emot när du uppdaterar det preliminära utskrivningsdatumet?
20. Är det något du saknar för att kunna samverka på bästa sätt och till bästa nytta för patienten?

Avslutningsvis:

21. Hur skulle patient samtalstillfället kunna förbättras?
22. Hur skulle dokumentationen/samverkan av vårdprocesserna kunna förbättras?

Är det något som du vill tillägga:

Eventuella underfrågor till frågorna ovan

Skulle du vilja utveckla?

Hur tänker du?

Skulle du vilja förtydliga?

Bilaga 3. Intervjuguide Studie 3

Planering:

1. Utifrån de erfarenheter ni har, hur upplever ni utifrån era perspektiv, att det fungerar med individens planering och utskrivning från sjukhuset?
 - a. Vad är det som (fungerar/inte fungerar)?
 - b. Vad upplever ni då kan vara möjliga orsaker till att det (fungerar/inte fungerar)?

Individens delaktighet och trygghet:

2. Utifrån den erfarenhet ni har, hur delaktig upplever ni att individen är i sin planering?
 - a. Vad är det som gör att individen (är/inte är) delaktig i sin planering?
 - b. Utifrån era erfarenheter, upplever ni att något behöver förbättras för att individen ska bli mer delaktig i sin planering?
3. Upplever ni att det finns en koppling mellan utskrivningen från slutenvården och individens trygghetsupplevelse?
 - a. Utifrån den erfarenhet ni har, upplever ni att förbättringar behövs för att öka individens trygghetsupplevelse?

Preliminära utskrivningsdatum:

4. Utifrån den erfarenhet ni har, tycker ni att det fungerar med preliminära utskrivningsdatum?
 - a. Vad är det som (fungerar/inte fungerar)?
5. Utifrån den erfarenhet ni har, påverkas den egna organisationen av när slutenvården ändrar det preliminära utskrivningsdatumet?
 - a. Hur påverkas den egna organisationen?
 - b. Individen?
6. Utifrån den erfarenhet ni har, upplever ni att något kan förbättras i frågan om det
 - a. Preliminära utskrivningsdatumet?

Dokumentation & Prator:

7. Har alla kännedom om vad Prator är och hur programmet fungerar?
8. Har ni tillräckligt med tid att administrera/dokumentera i Prator?
 - a. Varför/Varför inte?
 - b. Upplever ni att ni har tillräckligt med kunskap/utbildning för att kunna hantera/arbete i Prator?
9. Utifrån den erfarenhet ni har av att jobba med Prator, hur upplever ni att Prator fungerar:
 - a. Prator som helhet,
 - b. Prator som kommunikationsverktyg,
 - c. Användarvänlighet?
10. Vad är det som fungerar (bra/dåligt/kan förbättras) med Prator?

SIP & samverkan:

11. I frågan om SIP, hur upplever ni att det fungerar med
 - a. Med SIP i sin helhet,
 - b. Att initiera och kalla,
 - c. Att genomföra och dokumentera,
 - d. Uppföljning av det som bestämts?

12. Hur upplever ni att samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård fungerar efter att individen skrivits ut från sjukhuset?
13. Hur upplever ni att samverkan mellan slutenvård, kommun och primärvård påverkar den egna organisation (där du jobbar)?
14. Utifrån den erfarenhet ni har, vad är er upplevelse av samverkan mellan primärvård, kommun & slutenvård idag jämfört med för 2–3 år sedan?
 - a. Hur upplever ni att samverkan inom den egna organisationen fungerar?
15. Utifrån den erfarenhet ni har, vad upplever ni skulle kunna förbättra samverkan mellan primärvård, slutenvård och kommun?
 - a. Vad upplever ni inte skulle förbättra samverkan?

Avslutande fråga:

16. Är det något mer som ni vill tillägga innan vi avslutar fokusgruppsintervjun?

Är det något som du vill tillägga?

Eventuella underfrågor till frågorna ovan

Skulle du vilja utveckla?

Hur tänker du?

Skulle du vilja förtydliga?

Bilaga 4. Jämförelse mellan Blekingerutiner och resultatet

Tabell 2.

	Steg 1.	Steg 2.	Steg 3.
Blekingerutiner	Patient anländer till slutenvårdsavdelningen. En medicinsk vårdplan upprättas av vårdteam i samråd med patient vid första rond eller nästkommande dag. Ett preliminärt utskrivningsdatum sätts i samband.	Den medicinska vårdplanen läggs in i utskrivningsrapporten efter första rond eller nästkommande dag.	Utskrivningsrapporten uppgraderas om den medicinska vårdplanen ändras. Revideringen sker i samråd med patienten under varje rond.
Resultatet	Oklart i vilken utsträckning patienten är delaktig i att upprätta medicinsk vårdplan och bestämma ett preliminärt utskrivningsdatum. Det framgår att informationen ges olika snabbt till patienter.	Medicinsk vårdplan och utskrivningsrapport upprättas och uppdateras inte regelbundet eller inom rimlig tid.	Oklart i vilken utsträckning patienterna är delaktiga i revideringen av medicinska vårdplaner.

Beskrivning: I tabellen framgår en jämförelse mellan Blekingerutiner med resultaten från utvärderingen.

Tabell 3.

	Steg 1 Initiera	Steg 2. Sammankalla	Steg 3. Genomföra	Steg 4. Utvärdera
Blekingerutiner	SIP initieras om den enskilde har ett behov av samordnande hjälpinsatser.	Öppenvård sammankallar berörda samverkansparter till SIP möte.	Öppenvården leder mötet. Under SIP ska en planering upprättas tillsammans med den enskilde eller anhöriga/närstående. En samordnare utses.	Under SIP mötet skall en planering upprättas för utvärdering av SIP.
Resultatet	Otydligt vem /vilka en SIP är till för. Oklart om SIP initieras på begäran av den enskilde, då patienterna har liten eller ingen kännedom om SIP.	Otydligt vem/vilka parter som ska kallas till SIP. Förekommer att kommun eller slutenvård sammankallar till SIP, istället för öppenvård.	Otydligt vilka roller respektive part har under SIP. Digitala möten begränsar även patientdelaktigheten.	Förekommer sällan att SIP utvärderas efter ett första SIP-möte.

Beskrivning: I tabellen framgår en jämförelse mellan Blekingerutiner och resultaten från utvärderingen.

Bilaga 5. Begreppslista

Extrameddelande är en funktion i inskrivningsmeddelandet som tillämpas för att dokumentera kompletterande information avseende patientens utskrivning. Exempelvis information om transporter, hjälpmedelsleveranser eller att ett behov av SIP påtalas. Information avseende patientens hälsosituation eller medicinintag får inte framgå i ett extrameddelande.

Fast vårdkontakt utses i öppenvården i samband med patientens inskrivning på slutenvården. Den fasta vårdkontakten ansvarar för det samordningsarbete som bedrivs kopplat till patientens utskrivning från sjukhuset.

Fristående meddelande är en funktion i Prator som tillämpas för att bl.a. bifoga läkemedelslistor eller lämna önskemål om receptförnyelser.

Huvudman är enligt Socialstyrelsens definition en region eller en kommun. I huvudmannens ansvarsområde ingår att erbjuda en god och säker hälso- och sjukvård.

Informationsöverföring är i detta sammanhang information som förmedlas muntligt och skriftligt från medarbetare till patient samt mellan berörda huvudmän.

Inskrivningsmeddelande skapas i Prator av slutenvården i samband med patientens inskrivning och måste skickas till berörda parter inom 24 timmar. Ett inskrivningsmeddelande består av olika funktioner och fält där patientrelaterad information ska dokumenteras. Exempelvis patientens namn, personnummer, avdelning, inskrivningsdatum, preliminärt utskrivningsdatum, utskrivningsrapport, extrameddelande, datum patienten är utskrivningsklar, datum avseende kommunklar, utskrivningsmeddelande och SIP.

Kommunklar innebär att kommunen är redo att ta emot patienten i samband med utskrivning. Kommunen anger ett datum i Prator under kolumnen ”kom.klar” efter att slutenvården meddelat ett datum under kolumnen ”ut.klar”.

Medicinsk vårdplan upprättas av ansvarig läkare i samråd med patienten. En medicinsk vårdplan innefattar information om vilken vård som skall ges till patienten.

Prator är ett dokumentationssystem som tillämpas av slutenvård (somatik och psykiatri), kommun och primärvård för samverkan, kommunikation och informationsöverföring vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.

Preliminärt utskrivningsdatum är ett beräknat datum för utskrivning som vårdteam sätter i samråd med patienten. Ett preliminärt utskrivningsdatum måste dokumenteras i Prator inom 24 timmar från att patienten anlant till avdelningen. Datumet är preliminärt och kan revideras om ett behov framgår.

Samordnad individuell plan (SIP) initieras på begäran av den enskilde, anhöriga eller av berörda huvudmän när ett behov av samverkansinsatser föreligger. SIP är till för individer i alla ålderskategorier och lagstodgades 2010. Syftet är att utifrån den enskildes behov identifiera vilka samordnade hjälpinsatser som skall ges.

Samordningsansvarig utses i samband med att en SIP initieras. Primärvården utses automatiskt till samordningsansvarig om SIP initieras av slutenvården. I andra fall blir samordningsansvarig den som initierat till SIP. Samordningsansvarig ansvarar för att sammankalla till SIP, leda mötet, främja den enskildes delaktighet under SIP samt förse den enskilde med en plan.

Uppföljning av SIP innebär att berörda aktörer följer upp sin del i det som beslutas under SIP-mötet. Uppföljningen förutsätter inte ett fysiskt möte mellan berörda parter då uppföljningen sker via dokumentation i Prator.

Utvärdering av SIP innebär att berörda parter återsamlas efter ett första SIP-möte i syfte att tillsammans utvärdera SIP. Exempelvis om satta mål har uppnåtts.

Avsluta SIP innebär att samordningsansvarig eller motsvarande "läser" ärendet i Prator för att avsluta en pågående SIP. Befintlig SIP måste avslutas om en ny SIP ska initieras.

Samverkan är synonymt med termerna samordning och samarbete. Enligt Socialstyrelsen sker samverkan på olika nivåer i syfte att stärka det gemensamma samordningsarbetet och kommunikationen mellan berörda parter under utskrivningsprocessen. Sätt att främja samverkan är via ett gemensamt dokumentationssystem eller SIP.

Utskrivningsklar innebär att ansvarig läkare bedömt att patienten är redo att skrivas ut från slutenvårdsavdelningen ett specifikt datum. Därefter anges ett datum i inskrivningsmeddelandet under kolumnen "ut.klar". Datumet kan revideras om behovet av förlängd vårdtid framgår.

Utskrivningsrapport omfattar b.l.a. slutenvårdens samlade bild av patienten. Specifikt information om vilken diagnos patienten har, vilka behandlingar patienten fått samt vilket/vilka behov patienten har efter utskrivning.

Vårdplaneringsmöte är ett mötestillfälle där kommun, patient och slutenvård träffas för att diskutera kommunala hjälpinsatser.

Utbildning, forskning och verksamhetsutveckling har avgörande betydelse för hälso- och sjukvården i Blekinge.

Blekinge kompetenscentrum har ett strategiskt ansvar för dessa områden. Vi bidrar till att nya rön, kunskap och information omvandlas till praktiska förbättringar, till nytta för länets invånare.

**Blekinge kompetenscentrum
i samverkan med länets kommuner**

