

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Slutrapport

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård – slutrapport

Margit Gehrke Flyckt

2020-06-30

Innehåll

1.	Sammanfattning	5
2.	Bakgrund och syfte.....	6
2.1	Bakgrund.....	6
2.2	Syfte.....	7
2.2.1	Överenskommelsens syfte	7
2.2.2	Projektets syfte.....	7
3.	Uppdrag till projektledare	8
3.1	Reviderad projektplan och nytt projektdirektiv.....	8
3.1.1	Mål med projektet.....	8
3.1.2	Krav på leverans	9
3.2	Organisation och bemanning	9
3.2.1	Projektorganisation	9
3.2.2	Bemanningsplan	10
3.2.3	Målgrupper	10
3.2.4	Avgränsningar	11
3.2.5	Kommunikationsplan	11
3.2.6	Uppföljning	11
4.	Resultat.....	11
4.1	Genomförda aktiviteter	11
4.1.1	Kommunikationsinsatser	12
4.1.2	ViSam organisation och roller	12
4.1.3	Utveckla utskrivningsprocessen inom Psykiatri.....	12
4.1.4	Utveckla utskrivningsprocessen barn och unga	13
4.1.5	Utbildnings- och informationsinsatser	14
4.1.6	Översyn av gula och röda spåret	15
4.1.7	Förändrade regler för kallelse till SIP	16
4.1.8	Uppföljning kvalitet och ekonomi.....	17
4.1.9	Utveckla SIP processen	17
4.1.10	"Levande bibliotek"	19
5.	Uppföljning	20
5.1	Hur har projektet följts upp?	20
5.2	Har projektets effektmål uppnåtts?.....	20

5.2.1	Genomsnittligt antal dagar i slutenvård efter utskrivningsklar ska inte överskrida tre kalenderdagar	20
5.2.2	Antalet dagar för kommunalt betalningsansvar ska vara noll	22
5.2.3	Oplanerade återinläggningar ska minska eller motsvara målvärde	23
5.3	Följsamhet till lagen och länsöverenskommelsen?	24
5.3.1	Preliminärt datum för utskrivningsklar	24
5.3.2	Fast vårdkontakt	25
5.3.3	Följsamhet till att kalla till SIP	25
5.3.4	Kvalitetsgranskning SIP	27
5.3.5	Patienternas upplevelse av utskrivningsprocessen	27
5.3.6	Uppföljning av samverkan mellan parterna	29
6.	Fortsatt arbete efter projektavslut	30
6.1	Utveckla SIP-processen	30
6.1.1	SIP simuleringsutbildning	30
6.1.2	Utveckling av fast vårdkontakts roll och uppdrag	30
6.1.3	Patientkontrakt och SIP	31
6.2	Indikatorer och uppföljning	32
6.3	ViSam organisation och roller	33
6.4	Från samverkan vid utskrivning till nära vård	33

1. Sammanfattning

Projektets mål har varit att stödja lagens syfte att utskrivningsklara personer på ett tryggt och säkert sätt så snabbt som möjligt ska kunna lämna sjukhuset och att den huvudsakliga planeringen av patientens fortsatta vård görs i hemmet. Projektet har ansvarat för att detta ska omfatta alla patientgrupper med framtagande av rutiner, utbildningsinsatser samt anpassningar av verksamhetssystemet Lifecare SP för att stödja verksamheternas dagliga arbete.

Sammantaget visar resultaten av genomförd uppföljning att verksamheterna i länet har varit framgångsrika i arbetet med att uppfylla den nya lagens krav och att projektet haft god måluppfyllelse. Antalet utskrivningsklara dagar har minskat under hela projektiden och Örebro län har haft värden som ligger under rikssnittet. Trots de kortare tidsfristerna i lagstiftningen har betalningsansvar för kommunerna bara varit aktuellt vid något enstaka tillfälle. Det finns inga tydliga indikationer på att de kortare ledtiderna haft negativa effekter för patienterna. Uppföljningar visar inte på ett ökat antal återinläggningar eller en ökning av allvarliga avvikelser. Patienterna är övervägande nöjda med utskrivningsprocessen. Projektets måluppfyllelse har påverkats av Corona-pandemin och därför återstår ett stort utvecklingsarbete med att öka patienternas delaktighet genom framförallt SIP – Samordnad individuell planering – som kommer att fortsätta efter projektets avslut och ledas av utvecklingsledare på Valfärd och folkhälsa.

Utvecklingen i Örebro län följer i stor utsträckning samma utveckling som beskrivs i Vårdanalysrapporten från mars 2020 ”Laga efter läge – Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården”¹. Lagen har lett till att vårdtiden för utskrivningsklara patienter inom den somatiska vården har minskat, vilket är ett av lagens huvudmål. En stor andel av patienterna skrivs också ut samma dag som de är utskrivningsklara. För utskrivningsklara patienter inom den psykiatriska vården ser vi minskade vårdtider, men det finns en osäkerhet i datamaterialet. Det finns behov av fördjupad uppföljning av oplanerade återinläggningar och vi har begränsad kunskap om lagens effekter för patienter och brukare. Lagen har skapat ett förändringstryck i kommuner och regioner vilket innebär utmaningar men lagen har även bidragit till bättre samverkan. Lagen är en del av en förändring mot en mer nära vård och det finns behov av fortsatt uppföljning.

Det finns många goda rekommendationer och förslag i Vårdanalysrapporten och om man följer rapportens rekommendationer kan det bidra till en fortsatt positiv utveckling i Örebro län.

¹ Laga efter läge - Uppföljning av lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården Rapport 2020:4 Vårdanalys

Även om den samlade bilden av uppföljningen är att mycket har åstadkommits under projektiden så finns utvecklingsområden:

- Samordnad individuell vårdplanering (SIP)
 - SIP genomförs inte tillsammans med alla patienter i tillräcklig omfattning
 - det saknas stöd i det praktiska arbetet med att genomföra SIP
- Rollen som fast vårdkontakt i öppen vård behöver utvecklas och stärkas
- Patientens upplevelse av delaktighet och trygghet behöver ökas
- Sambandet med Patientkontrakt och SIP behöver utvecklas
- Preliminärt utskrivningsdatum behöver ha bättre träffsäkerhet
- Indikatorer och uppföljningar behöver fastställas

2. Bakgrund och syfte

2.1 Bakgrund

Från och med 2018-01-01 gäller lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. En överenskommelse om samverkan för Örebro län ² med utgångspunkt i lagen beslutades i berörda huvudmäns nämnder under hösten 2017.

I arbetet med överenskommelsen identifierades ett antal områden där läns gemensamt processtöd och utvecklingsarbete krävdes för att leva upp till lagens och överenskommelsens krav. Projektet startade med utgångspunkten att det skulle avslutas den 30 juni 2018. Under våren 2018 och 2019 kom ytterligare statliga stimulansmedel för att fortsätta implementera den nya lagen och beslut togs att förlänga projektet ytterligare ca två år. Den förlängda projektiden innebar att den ursprungliga projektplanen reviderades och en ny projektledare, Margit Gehrke Flyckt, tillsattes.

En rapport³ skrevs av tidigare projektledare Jan Sundelius i juni 2018. Den summerar projektets första del och tar sin utgångspunkt i den ursprungliga projektplanen.

I det fortsatta arbetet med överenskommelsen identifierades ett antal frågor där läns gemensamt processtöd och utvecklingsarbete krävdes för att leva upp till lagens och överenskommelsens krav. Flera utvecklingsbehov kvarstod från den ursprungliga projektplanen och några ytterligare har identifierats under projektiden. Det fortsatta projektet utgick ifrån dessa utvecklingsbehov som beskrevs i en reviderad projektplan 2018⁴ och kompletterades med ett nytt projektdirektiv under 2019⁵.

² Samverkan vid utskrivning från sluten hälso och sjukvård

³ Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, Projektrapport Jan Sundelius

⁴ Reviderad projektplan för Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

⁵ Projektdirektiv Samverkan vid utskrivning med fokus på SIP och patientdelaktighet

Ett av problemområdena handlar om ”Varför får vi inte till samordnad individuell planering (SIP)?” och ”Vilka är de gemensamma problemen och behoven när det gäller att få till SIP för personer i samband med utskrivning?”

SKLs uppföljning⁶ under oktober – november 2018, av införandet av den nya lagen, visar bland annat att samverkan har förbättrats. Många aktörer beskriver början till en kulturförändring som kännetecknas av att alla aktörer samverkar utifrån den gemensamma patientens behov. Det råder nu i högre utsträckning en samsyn kring att slutenvård inte är den mest ändamålsenliga miljön för utskrivningsklara patienter. Men det finns begränsade kunskaper om patienternas delaktighet och självständighet samt om tryggheten har förbättrats. Verksamhetsföreträdare beskriver hur lagens krav på SIP och fast vårdkontakt verkar för en patientcentrerad ansats, men att fokus i utvecklingsarbetet under det första året har varit att anpassa verksamheterna efter de nya lagkraven.

I rapporten ingick Örebro län som en av tre granskade län utifrån att de lyckats bra med arbetet kring den nya lagen. Två prioriterade områden pekas ut i rapporten för kommande år; öppenvårdens roll i patientens planering (fast vårdkontakt med samordningsansvar) och Samordnad individuell plan (SIP). Resultatet av mätningar i Örebro län av antal kallade till SIP och antal genomförda SIP bekräftar bilden av att detta behöver prioriteras även i vårt län (se avsnitt 5.3.3).

2.2 Syfte

2.2.1 Överenskommelsens syfte

- är att säkra den enskildes rätt till trygghet, delaktighet och inflytande när vård, omsorg och stöd planeras och genomförs
- är att genom tillitsfull samverkan åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt, samt en säker utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst

2.2.2 Projektets syfte

- är att samordna och stödja de länsövergripande aktiviteter som behövs för att lagens och överenskommelsens intentioner ska bli verklighet för alla patientgrupper med behov av samverkan vid utskrivning
- är att öka patientens delaktighet och trygghet genom en förbättrad samordning som ska leda till att fler patienter med behov av samordning erbjuds en SIP

⁶ Samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård – framgångsfaktorer och utvecklingsområden. SKLs uppföljning av kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen

- är att öka möjligheten för patienter till delaktighet i utveckling av vård och omsorg

3. Uppdrag till projektledare

3.1 Reviderad projektplan och nytt projektdirektiv

En reviderad projektplan togs fram av styrgruppen i augusti 2018. Den kompletterades med ett nytt projektdirektiv i juni 2019 som godkändes av Chefsgrupp för social välfärd samt vård och omsorg.

3.1.1 Mål med projektet

Projektets roll har varit att samordna och stödja de länsövergripande aktiviteter som behövs för att lagens och överenskommelsens intentioner ska bli verklighet. Projektet förväntas leda till:

- God vård, utifrån den enskilde
- Korta ledtider mellan vård på sjukhus och vård och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende
- Undvika onödig vistelse på sjukhus

Effektmål

Projektet ska stödja målen i överenskommelsen som är:

- genomsnittligt antal dagar i sluten vård efter utskrivningsklar ska inte överskrida tre kalenderdagar
- antalet dagar för kommunalt betalningsansvar ska vara noll
- oplanerade återinläggningar ska minska eller motsvara satt målvärde

Projektmål enligt TRUMF (*Tidsrelaterade, Resultatorienterade, Uppnåbara, Mätbara och Fullt specificerade*)

Projektets mål är att det när projektet avslutas ska finnas:

- länsgemensamma riktlinjer och rutiner i ViSam som stödjer arbetet med utskrivningsprocessen för alla patientgrupper
- en modell för att följa upp ekonomisk reglering i samverkan
- en resultatportal för uppföljning tillgänglig för samtliga parter
- möjlighet till simuleringsträning och kunskap kring SIP vid länets tre Kliniska träningscentra (KTC) för medarbetare i Region Örebro län och länets kommuner
- ett ”Levande bibliotek” för att tillvarata patienters och närståendes erfarenheter och kunskaper i vårdens utveckling
- en långsiktig lösning för att öka kompetensutveckling kring samverkan och delaktighet för patienten i alla processer i ViSam

3.1.2 Krav på leverans

Projektet ska leverera:

- Fortsatt utveckling av rutiner i ViSam som stöds av Lifecare SP
- Genomföra informations- och utbildningsinsatser med fokus på psykiatri och barn/unga
- Utveckla och få fart på SIP-processen
- Skapa ett ”Levande bibliotek”
- Rapporter om följsamhet i processen, avvikelser, antalet SIP och punktmätningar av kvalitet
- Uppföljning av den enskildes upplevelse genom webbkollen
- System för leverans av korrekt statistik (rapportportal) för att kunna följa upp ekonomisk reglering och måloppfyllelse
- Plan för överlämnande till befintlig samverkansorganisation

3.2 Organisation och bemanning

3.2.1 Projektorganisation

För information om projektorganisation fram till 2018-06-30 hänvisas till den tidigare projektplanen. Projektorganisation från 2018-08-13 redovisas nedan.

Projektagare: Ingmar Ångman, Områdeschef på Velfärd och folkhälsa.

Projektleddare: Margit Gehrke-Flyckt anställd på 50% från 2018-08-13 till 2020-06-30.

Projektmedarbetare: Charlotte Dahlbom på 25% under hösten 2019 och under våren 2020
Kristina Luhr, Utvecklingsledare, Velfärd och folkhälsa på ca 25%.

Styrgrupp

Styrgruppen är utsedd av Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg.

Ingmar Ångman, Områdeschef välfärd och folkhälsa, Regional utveckling

Claes-Mårten Ingberg, chefsöverläkare, Hälso- och sjukvårdsförvaltning

Madelene Andersson, Utvecklingsledare Nära vård, Hälso och sjukvårdsförvaltningen (ersättare för Claes-Mårten Ingberg från våren 2020)

Lena Adolfsson, Biträdande hälso och sjukvårdsdirektör, Hälso- och sjukvårdsförvaltning

Jan Sundelius, Samordnare Nära vård, Hälso- och sjukvårdsförvaltning

Karin Haster, Områdeschef, Områdesledning psykiatri

Örjan Andersson, Verksamhetsutvecklare, Område psykiatri (ersättare för Karin Haster 2019)

Patrik Jonsson, Programdirektör, Örebro kommun

Annika Roman, Förvaltningschef vård och omsorg, Örebro kommun (ersättare för Patrik Jonsson från våren 2020)

Gabriella Muller Prabin, Socialchef, Kumla kommun (våren 2020)

Eva Slätmo, Områdeschef, Medicin och rehabilitering ledningsstöd (våren 2020)

Referensgrupper

Projektet har samverkat nära och regelbundet med samverkansledarna i länsdelarna och utvecklingsledare inom Vårld och folkhälsa. Regelbundna avstämningar och utbildningsinsatser har skett med systemförvaltare för Lifecare SP. En särskild arbetsgrupp har arbetat med ekonomisk reglering och Jan Sundelius har haft ansvar för uppföljning och kontinuerlig redovisning av resultat och statistik. Projektets resultat rapporteras regelbundet till Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg.

Arbetsgrupp psykiatri

En arbetsgrupp har funnits under hela projektiden med nära dialog med projektledaren.

Arbetsgrupp barn/unga

En arbetsgrupp har funnits under utvecklingen av utskrivningsprocessen för barn och unga där projektledaren har ingått.

3.2.2 Bemanningsplan

Nätverk samverkansledare

Jenny Steen – Samverkansledare, Örebro länsdel

Fredrik Svensson– Samverkansledare, Södra länsdelen

Jan Persson– Samverkansledare, Västra länsdelen

Linda Samuelsson– Samverkansledare, Norra länsdelen

Jan Sundelius – Samordnare Nära vård, Hälso och sjukvårdsförvaltningen

Karin Brage – Utvecklingsledare, Vårld och Folkhälsa

Lena Karlsson – Utvecklingsledare, Vårld och folkhälsa

Kontaktpersoner Lifecare SP

Jeanette Rosberg – Systemförvaltare, Avdelning Vårdsystem

Inge-Maj Swenson – Systemförvaltare, Avdelning Vårdsystem

Arbetsgrupp statistik

Anna-Karin Karlsson-Lindell - Verksamhetscontroller

Ann-Kersti Strandell - Utdataskoordinator

Karin Visshed - Systemutvecklare

Inge-Maj Swenson - Systemförvaltare

Jan Sundelius - Samordnare Nära vård

3.2.3 Målgrupper

Målgrupper för projektet är berörda chefer och medarbetare inom Region Örebro län och länets alla kommuner.

3.2.4 Avgränsningar

Projektledarens roll har varit att initiera, samordna och stödja de åtgärder som behöver genomföras. Det har inte varit möjligt att inom ramen för projektet driva alla de processer och aktiviteter som krävs för att lagens och överenskommelsens intentioner ska bli verklighet.

Projektet ansvarar inte för de områden som beskrivs som respektive parts ansvar i länsöverenskommelsen. Projektet har finansierats med hjälp av statliga medel som använts för att finansiera projektledning.

3.2.5 Kommunikationsplan

En reviderad kommunikationsplan finns med ett övergripande kommunikationsmål – att identifierade målgrupper ska känna sig väl informerade i den nya utskrivningsprocessen.

3.2.6 Uppföljning

Effektmålen har kontinuerligt följts upp av Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg. Vissa projektmål har följts upp i en delrapport som presenterades i juni 2018, övriga i projektets slutrapport i juni 2020.

4. Resultat

4.1 Genomförda aktiviteter

I del rapporten som presenterades inför hösten 2018 beskrev dåvarande projektledare Jan Sundelius flera förbättringsområden som kvarstod. Projektet fortsatte med utgångspunkt från dessa aktiviteter. I nedanstående tabell sammanfattas de aktiviteter som genomförts under projektiden.

Aktivitet	Status	Klart
1. Kommunikationsinsatser enligt plan	Genomfört	Juni 2020
2. ViSam organisation och roller	Genomfört	Maj 2020
3 Utveckla utskrivningsprocessen inom psykiatri	Genomfört	April 2020
4 Utveckla utskrivningsprocessen barn och unga	Genomfört	April 2020
5. Utbildnings- och informationsinsatser	Genomfört	Maj 2020
6. Översyn av gula och röda spåret	Genomfört	Maj 2020
7. Förändrade regler för kallelse SIP efter utskrivning	Genomfört	Oktober 2019
8. Uppföljning kvalitet och ekonomi	Genomfört	Juni 2020
9. Utveckla SIP-processen	Påbörjat	
10. "Levande bibliotek"	Påbörjat	

4.1.1 Kommunikationsinsatser

En hemsida för samverkan vid utskrivning på Region Örebro läns externa webb har varit den huvudsakliga informationskanalen till medarbetare i de berörda verksamheterna. Där finns aktuell uppdaterad information om arbetet i länet, genomförda mätningar, resultatportal samt länkar till relevanta dokument och andra hemsidor. Projektet har även tagit fram sex nyhetsbrev som publicerats på hemsidan och skickats ut till chefer och nyckelpersoner i verksamheterna. Under projektiden har projektledaren tillsammans med samarbetspartners varit ute i verksamheterna och informerat, både i form av planerade informationsinsatser och utifrån specifika behov.

4.1.2 ViSam organisation och roller

Projektledaren har under hela projektiden ansvarat för att anpassa och revidera ViSam efter ny lag, nya verksamheter, förändrade arbetssätt och IT-stödet Lifecare SP samt informera om förändringar till verksamheterna. Inför projektavslutet fanns behov att säkerställa kunskap om ViSam ute i verksamheterna, förtydligande av organisation, roller, fortsatt förvaltning samt utveckla kommunikationskanaler för när ny information finns tillgänglig. Ett dokument har beslutats i Chefsgruppen, *ViSam samverkansmodell – organisation och roller*⁷, som beskriver en tydlig struktur, styrning och olika rollers ansvar för ViSam och IT-stödet Lifecare SP. Styrningen kopplas ihop med ordinarie samverkansstruktur. I dokumentet beskrivs de olika roller som ingår i samverkansstrukturen och ansvar för respektive roll. En nyckelfunktion är den nya rollen som metodhandledare som ska utses inom alla verksamheter. Det finns ett behov att säkerställa kunskap och kvalitet ute i verksamheterna samt skapa förutsättningar för att kontinuerligt utvärdera och utveckla modellen. Metodhandledaren ska kunna processerna som beskrivs i ViSam samt Lifecare SP och därmed utgöra ett internt stöd för användare inom respektive organisation.

4.1.3 Utveckla utskrivningsprocessen inom Psykiatrin

Psykiatrins särskilda utmaningar och att anpassa utskrivningsprocessen inom psykiatrin fick ett större fokus för projektet under 2019. Från 1 januari 2019 gäller även samma lagstiftning för betalningsansvar (3 dagar) för psykiatrisk vård som för somatisk vård.

Fortsatta revideringar i ViSam och framtagandet av specifika rutiner för psykiatrin har pågått i samverkan med psykiatrins företrädare. Flera olika informations- och utbildningsinsatser riktades mot psykiatrins medarbetare inom både heldygnsvården, öppenvården och kommunernas socialförvaltning.

Tillsättandet av utskrivningssamordnare inom heldygnsvården och öppenvården samt en samordnande utvecklingsledare för dessa roller har bidragit till en snabb och tydlig

⁷ Visam samverkansmodell - organisation och roller

utveckling av utskrivningsprocessen. Det finns nu ett tydligt ansvar för utveckling och fortsatt förbättringsarbete i samverkan hos psykiatrins verksamhetsutvecklare.

Flera workshops med olika inriktningar har genomförts tillsammans med psykiatrins företrädare t ex för att utveckla rutiner runt Rätt psykiatri och att förbättra samverkan mellan kommun, öppenvård och heldygnsvård. Fortsatt arbete kommer att ske i en arbetsgrupp med representanter från kommun, öppenvård samt heldygnsvård med specifika fördjupningsteman utifrån verksamheternas behov. Det kommer även att genomföras gemensamma träffar/workshops en gång per termin för nyckelpersoner för utskrivningsprocessen.

Inom psykiatri har man beslutat att fortsätta använda Lifecare SP för kommunikation mellan slutenvård och öppenvård i samband med utskrivning även vid vårdtillfällen där kommunerna inte är inblandade, för att säkerställa informationsöverföringen.

4.1.4 Utveckla utskrivningsprocessen barn och unga

Varken lagen om samverkan vid utskrivning eller länsöverenskommelsen undantar barn i utskrivningsprocessen. För att möjliggöra att Örebro län lever upp till lagen även när det gäller barn och unga fick projektet tillsammans med en arbetsgrupp ett uppdrag att genomföra en processkartläggning och förslag till lösning. Det arbetet ledde till att en rutin som gäller i samverkan mellan socialtjänsten i länets kommuner och Barn- och ungdomskliniken samt kliniken för Psykiatri barn och unga vuxna inom Region Örebro län antogs av Chefsgruppen för social välfärd samt vård och omsorg i juni 2019. Rutinen beskriver utskrivningsprocessen enligt ViSam med hjälp av Lifecare SP som informationsverktyg för barn och unga som har behov av vård- och omsorgsinsatser från kommunen enligt lagstiftningen SoL och LSS. Rutinen är en bilaga till den länsgemensamma överenskommelsen⁸.

Ansvar för somatisk hälso- och sjukvård för barn ligger kvar i Region Örebro län och omfattas därför inte i rutinen. Kommunernas ansvar för barn regleras utifrån Sol och LSS-lagstiftningen. Ett förtydligande gjordes om ansvarsfördelningen som ett tillägg i befintlig hemsjukvårdsöverenskommelse⁹.

Chefsgruppen beslutade också att samtliga kommuner skulle utse en eller flera kontaktpersoner inom socialförvaltningen för att vara första kontakten mot barnklinikerna och de som tar emot inskrivningsmeddelandet. Det är viktigt med en tidig kontakt för att förbättra förutsättningar för utskrivning/hemgång. Varje kommun

⁸ Överenskommelse mellan Region Örebro län och kommunerna i Örebro län -Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

⁹ Överenskommelse avseende ansvar för den somatiska hemsjukvården mellan Örebro läns landsting och kommunerna i Örebro län

ansvarar för att ha tydliga kontaktvägar och utsedda kontaktpersoner för patienter som kommer från barnklinikerna.

Under hösten 2019 pågick arbetet med att anpassa IT-systemet Lifecare SP och ViSam för att kunna stödja utskrivningsprocessen för barn och unga. Det gjordes även förtydliganden av texten i rutinen så att den stämmer överens med det nya arbetssättet. Kontaktpersoner i kommunerna utsågs och en plan för utbildning till personal på barnklinikerna och kommunerna upprättades. Utbildningen genomfördes under januari/februari och från 2020-03-01 sker utskrivning av barn och unga enligt upprättad rutin. Det innebär även att samma regler för utskrivningsklar och betalningsansvar gäller för barn och unga som för vuxna.

4.1.5 Utbildnings- och informationsinsatser

I samarbete med samverkansledarna i länsdelarna och nyckelpersoner för Lifecare SP har flera utbildningsinsatser erbjudits till verksamheterna inom ramen för projektet. Målgrupperna för utbildningsinsatserna har varit chefer och nyckelpersoner i berörda verksamheter. Fokus har framförallt varit verksamheter inom psykiatri samt inom barn och unga. Dessutom har riktade insatser gjorts till vårdsamordnare, utskrivningssamordnare, läkare och arbetsterapeuter.

Riktad information till läkare

Våren 2019 genomfördes riktad information kring preliminärt utskrivningsdatum till läkare på ordinarie läkarmötena på följande kliniker; ortoped, kirurg, medicin, och neurologi. Initiativtagare till informationen var chefsläkare Claes-Mårten Ingberg tillsammans med projektledaren och samverkansledare i respektive länsdel. Syftet var att belysa problematiken med preliminärt utskrivningsdatum och vikten av att göra en så bra bedömning som möjligt både initialt i samband med inskrivningsmeddelandet och ännu viktigare om datumet måste flyttas.

Information kring utskrivningsprocessen har också lämnats till AT-läkare i samband med deras introduktionsvecka på våren och hösten 2019 och under våren 2020.

Riktad information till arbetsterapeuter

Ett behov fanns hos länets arbetsterapeuter att förtydliga begreppen ADL-status respektive ADL-bedömning. Syftet var att få ett gemensamt arbetssätt i hela länet kring när och hur ADL-status respektive ADL-bedömning ska användas. Arbetet genomfördes under våren 2020 och avslutades med en information som spelades in och publicerades på hemsidan.

4.1.6 Översyn av gula och röda spåret

Vid utskrivning ska en bedömning göras i vilken omfattning patienten är i behov av fortsatt planering. Detta görs med hjälp av färgspåren i ViSam som ger en vägledning för den fortsatta planeringen i samverkan mellan vårdgivarna.

Granskning och analys av gula spåret

Inom somatiska vården ökade antalet gula spår successivt sedan den nya lagen trädde i kraft. Förbättrade rutiner kan vara en orsak och en annan att frågorna i planeringsunderlaget tolkas och bedöms annorlunda än tidigare. Personer med små förändringar hamnade tidigare i ett grönt spår men bedömdes nu ofta som ett gult spår. En granskning av gula spår genomfördes under hösten 2018 för att undersöka orsakerna till ökningen av gula spår. Parallellt gjordes en översyn av planeringsunderlagen för att förbättra informationen mellan parterna under utskrivningsprocessen. Även en vägledning togs fram till planeringsunderlaget som förtydligar frågorna och ger stöd för bedömningen.

Granskningen av gula spåret visade att de flesta patienterna har blivit rätt bedömda och ska vara gula spår. Planeringsunderlagens frågor har kontinuerligt utvecklats under projektiden och förbättrat informationsöverföringen mellan parterna. En viktig erfarenhet är att det alltid måste göras en individuell bedömning av patientens behov och mottagande parts kompetens kring insatserna när spårfärgen fastställs. En allt för ”fyrkantig” hantering av spårfärgen kan ibland leda till en onödigt krånglig och resurskrävande utskrivning. Spårfärgen ska ses som en vägledning för att bedöma patientens behov av insatser efter utskrivning och hjälpa mottagande parter att planera inför detta.

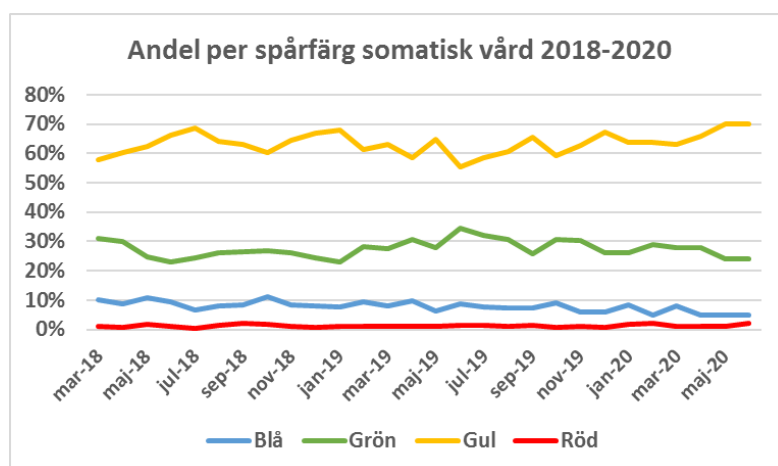


Diagram 1: Diagrammet visar hur stor andel av vårdtillfällen för utskrivningsklara som bedömts till respektive spårfärg i ViSam-modellen. Källa: LifeCare SP

Förtydligande av röda spåret

Det har förekommit olika tolkningar av om en patients behov av hälso- och sjukvård ska bedömas som gult eller rött spår. Kompetensen hos kommunens personal och behovet av utbildning varierar stort inom olika hemtjänstgrupper och kommuner. Utvecklingen av mer avancerad hälso- och sjukvård i hemmet bidrar också till att kunskapen ökar om vissa behandlingsmetoder. Utgångspunkten har varit att förtydliga att det är patientens omfattande behov av hälso- och sjukvård som kräver en SIP-planering innan utskrivning som avgör om patienten ska klassas som rött spår. Tydliga regler för möjligheten att ändra spårfärg och att det vid ett rött spår alltid ska göras en SIP på sjukhus innan hemgång finns i ViSam. Det är vårdsamordnaren på öppenvården som ska kalla till SIP och ett förtydligande om vad som ska tas upp på SIP inför utskrivning finns på ViSam.

4.1.7 Förändrade regler för kallelse till SIP

Det kom flera signaler till projektet under våren 2019 om att det var för tidigt/onödigt att kalla till SIP inom 3 dagar efter utskrivningsklar när patienten går till korttidsplats. Andra påtalade svårigheten att motivera patienten till att tacka ja till en SIP i direkt anslutning till hemgång. En gemensam bild av syftet med SIP saknades hos de inblandade parterna och uppföljning visar också att det är stor spridning i antalet genomförda SIP i olika verksamheter.

Projektledaren och Jan Sundelius fick i uppdrag av styrgruppen att se över rutinen för kallelse till SIP i anslutning till utskrivning och belysa de konsekvenser det skulle innebära att ändra rutinen. En konsekvensbeskrivning med tre olika förslag till förändring av kallelse till SIP inom tre dagar från utskrivningsklar presenterades för styrgruppen. De tre alternativen var:

1. Behåll krav på kallelse inom 3 dagar
2. Ta bort krav på kallelse inom 3 dagar för korttidsvård
3. Ta bort krav på kallelse inom 3 dagar helt

Styrgruppen förordade alternativ 3 som bygger på tillit till att verksamheterna ändå kommer att fortsätta kalla till SIP även om ekonomiskt incitamentet genom betalningsansvar försvinner. Den 6 september 2019 beslutade Chefsgruppen för samverkan social välfärd samt vård och omsorg att ta bort kravet på att kalla till SIP inom 3 dagar kopplat till betalningsansvar. Den förändring som genomfördes är enbart kopplad till betalningsansvaret och innebär inte att krav på kallelse till SIP tas bort. Kravet är fortfarande att personer med behov av en SIP ska kallas skyndsamt d.v.s. så fort som möjligt efter att patienten är utskrivningsklar. Däremot ges möjlighet att göra en mer individuell bedömning när det är lämpligt att kontakta

patienten. En information om förändrade regler för kallelse till SIP¹⁰ togs fram och spreds i samtliga verksamheter.

4.1.8 Uppföljning kvalitet och ekonomi

Projektet har tagit fram ett antal mått för att mäta följsamheten till lagen och länsöverenskommelsen samt underlag för beräkning av betalningsansvaret. Dessa mått har tagits fram månadsvis och redovisats för Chefsgruppen av statistikansvarig Jan Sundelius. Beslut om särredovisning av statistik för psykiatri och somatiken har tagits av Chefsgruppen och gäller fortsättningsvis.

Arbetet med att färdigställa regionens resultatportal pågick under hösten 2018 och vid årsskiftet fanns en webbaserad resultatportal där statistik för uppföljning av utskrivningsklara patienter kan följas kontinuerligt. Resultatportalen¹¹ är publicerad på VVF-sidan där den också finns tillgänglig för kommunerna. Här finns ett antal rapporter där mätetal för samverkan vid utskrivning kan följas av alla inblandade verksamheter. Kontaktperson och ansvarig för rapporterna har varit Jan Sundelius. Den statistik som tas fram kommer att vara viktig att följa även när projektet avslutats. Det är sårbart med endast en ansvarig för rapportering av resultat och förslaget är att utöver Jan Sundelius så behöver ytterligare någon person inom samverkansstrukturen ansvara för att säkerställa att statistik säkras, görs tillgänglig för verksamheterna samt att uttag av statistik inte blir personberoende.

4.1.9 Utveckla SIP processen

Det finns begränsade kunskaper om patienternas delaktighet och självständighet samt om tryggheten har förbättrats med den nya lagen om samverkan vid utskrivning. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) beviljades nya medel för 2019 som stöd för det fortsatta utvecklingsarbetet för bl.a. regionalt stöd till dialog och fortsatt införande av nya rutiner och arbetssätt. De utvecklingsområden som identifierades i Örebro län var att utveckla SIP-processen, öka patienternas delaktighet i utvecklingsarbetet genom att skapa ett "levande bibliotek" samt använda webbkollen för att fråga patienterna efter utskrivning om deras upplevelse av delaktighet och trygghet. Mer information finns i Projektdirektivet.

Enkät till verksamhetschefer inom öppenvården och kommunerna

Genom att identifiera vilka åtgärder som krävs för att få en fungerande process kring SIP där rutiner/metodstöd, roller och ansvarsfördelning är tydliga kan arbetet med SIP utvecklas. En viktig målgrupp att fråga och kartlägga hur de upplever arbetet med SIP

¹⁰ Information om förändrade regler för kallelse till SIP efter utskrivning

¹¹ <https://www.regionorebrolan.se/sv/Regional-utveckling/Valfard--folkhalso/Kunskapsutveckling/Metod--och-verksamhetsutveckling/Lag-om-samverkan-vid-utskrivning1/Resultatportal-utskrivningsklara/>

är verksamhetschefer inom öppenvården. Öppenvården har fått en större roll i samverkansarbetet i samband med utskrivning från slutenvården och öppenvårdens ansvar för att kalla till SIP är tydligt utpekade i lagen och länets överenskommelse.

För att få en första indikation på vad ansvariga chefer inom primärvård, öppenvård psykiatri och kommunernas socialtjänst anser om arbetet med SIP och hur det används så sändes en enkät ut med frågor om vad man kände till om SIP och den regionala överenskommelsen och vilka fördelar och nackdelar man såg med SIP. Enkätsvaren har bearbetats och slutsatser av inkomna svar har sammanställts för att användas i det fortsatta arbetet med att utveckla SIP. Ansvarig för utskick, som gjordes under november/december 2019, och sammanställning av enkäten var projektmedarbetare Charlotte Dahlbom.

Svarsfrekvensen var 65,5 % inom primärvården, 72,7 % inom öppenvård psykiatri och 75% inom kommunerna. Det är stora skillnader i svaren från öppenvården och kommunen framförallt på hur samverkan fungerar, om patienterna erbjuds SIP och om man behöver fortsatt stöd/utbildning:

- Samverkan mellan regionen och kommunen när det gäller SIP fungerar ganska bra/mycket bra svarar regionen till 96% och kommunerna 67%
- Erbjuds alla personer med behov av samordning en SIP (enligt överenskommelsen) svarar regionen ja 93% och kommunerna ja 33%
- Anser du att ni behöver stöd/kompetensutveckling i arbetet med SIP svarar regionen ja 33% och kommunerna ja 67%

Svaren pekar ut ett par områden som behöver jobbas vidare med. I de fördelar och nackdelar samt de förbättringsförslag man tar upp så finns det ett par saker som är gemensamma och därför kan vara viktiga att ta fasta på:

- SIP ger en ökad delaktighet för patienten
- SIP ger tydlighet i roller och ansvarsfördelning vilket skapar trygghet
- Använd SIP med respekt för allas tid och när det behövs
- Öka möjligheten till digitala möten
- Dokumentation behöver utvecklas så att den upplevs som smidig och inte tidskrävande
- Vad tycker patienten? En viktig fråga för att kunna utveckla kvalitén i vården och genom nödvändig samordning fånga de behov som inte tillgodoses av andra planeringsverktyg.

Utvecklingen av SIP-användandet beror i hög grad på hur verktyget används och att man kan få stöd i kompetensutvecklingen för att det ska uppfylla de behov av samordning som finns och skapa ett mervärde för patienten jämfört med andra typer av vårdplanering.

Simuleringsutbildning SIP

Det krävs kompetens i att samverka runt patienten när man ska genomföra en SIP. För att få denna kompetens behöver man både faktakunskap men även möjlighet att träna/”simulera” att genomföra en SIP. En arbetsgrupp med representanter från kommuner och regionens länsdelar har därför bildats och påbörjat sitt arbete med att bygga upp en gemensam utbildningsresurs mellan kommunerna och regionen i form av en simuleringsmodell med stöd av regionens kliniska träningscentra (KTC). Syftet med utbildningen är att få en samsyn kring vad en SIP är och när och hur en SIP ska genomföras. Arbetsgruppen besitter samlat en bred kompetens med erfarenheter av det praktiska arbetet med SIP. Planen var att under första kvartalet 2020 ta fram en modell för SIP-simulering och även en beskrivning av syfte, lärandemål och vilka nyckelpersoner utbildningen vänder sig till. Arbetet påbörjades av projektmedarbetare Charlotte Dahlbom och har fortsatt under ledning av Kristina Luhr, utvecklingsledare på Valfärd och folkhälsa. På grund av pågående Corona pandemi har simuleringsutbildningen inte kunnat slutföras inom projekttiden. Den fortsatta planen är att ett långsiktigt utvecklingsarbete fortsätter till hösten och leds av Kristina Luhr. Målet är fortfarande att ta fram en simuleringsutbildning SIP i samverkan med KTC och befintlig arbetsgrupp.

4.1.10 ”Levande bibliotek”

Intresset är stort i hälso- och sjukvårdens samt omsorgens olika verksamheter att ta del av erfarenheter och kunskap från patienter och närstående. I samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner fanns därför ett uppdrag inom projektet att starta ett ”levande bibliotek” – ett sätt att få mer delaktighet från patienter/närstående. Förebilder finns i flera andra regioner bl.a. Jönköping och Norrbotten. Uppdraget kunde inte slutföras inom projekttiden utan kommer att fortsätta som ett utvecklingsarbete inom område Valfärd och folkhälsa i samverkan med enheten för Kunskapsstyrning i Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.

Ett arbete pågår på enheten Kunskapsstyrning med att få en ökad delaktighet ur ett patientperspektiv i arbetet med vårdprocesser/vårdprogram och det innebär att man ska rekrytera patientrepresentanter som kan ingå i arbetet. Det uppdrag som enheten för kunskapsstyrning har att rekrytera och utbilda patienter som kan vara med i utvecklingsarbetet tangerar det uppdrag som fanns i projekt. Arbetet har avstannat p.g.a. Corona-pandemin men ett fortsatt arbete krävs som kommer att ske i samarbete med område Valfärd och folkhälsa och enheten för kunskapsstyrning.

5. Uppföljning

5.1 Hur har projektet följts upp?

Projektet har följts upp på flera olika sätt. Fokus har varit på projektets effektmål samt de delar som krävs i lagen. Resultat från uppföljning har månadsvis rapporterats till Chefsgruppen för samverkan social välfärd och vård under hela 2019 och en gång per kvartal från 2020.

Under följande avsnitt presenteras resultaten av uppföljningsinsatserna. Resultaten presenteras på länsnivå och där det är relevant uppdelat på somatisk och psykiatrisk vård. Ett generellt problem har varit att följa psykiatrins resultat då målgruppen är liten och inte tillräckligt väl definierad. Dessutom finns vissa brister vad gäller inregistrering av data och följsamhet till rutiner inom psykiatrin.

5.2 Har projektets effektmål uppnåtts?

5.2.1 Genomsnittligt antal dagar i sluten vård efter utskrivningsklar ska inte överskrida tre kalenderdagar

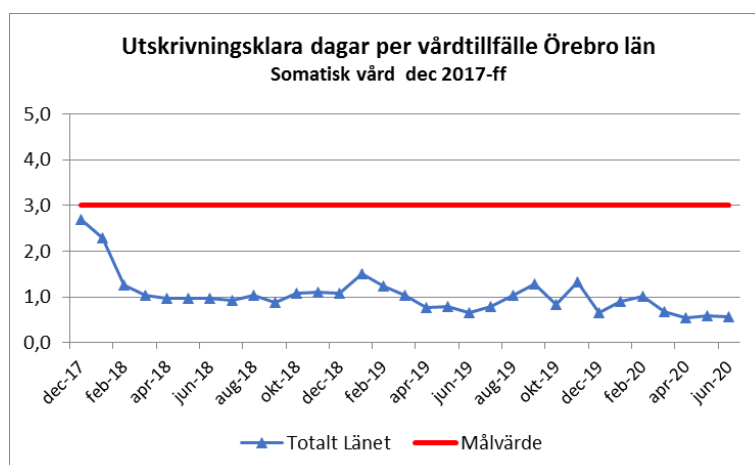


Diagram 2: Andel utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle i Örebro län- Somatisk vård

Källa: Lifecare SP

Det övergripande målet att minska antalet utskrivningsklara dagar har uppnåtts med god marginal. Värden för det andra kvartalet 2020 är de lägsta sedan mätningen börjat och kan förklaras av att antalet vårdtillfällen som utskrivningsklara inom somatisk vård har minskat kraftigt i samband med Corona pandemin. Men det är viktigt att påpeka att de patienter som varit utskrivningsklara har tagits hem snabbt av kommunerna trots ett pressat läge i verksamheterna under pandemin.

Genomsnittliga antalet utskrivningsklara dagar har legat klart under det fastställda målvärdet såväl för somatisk som psykiatrisk vård.

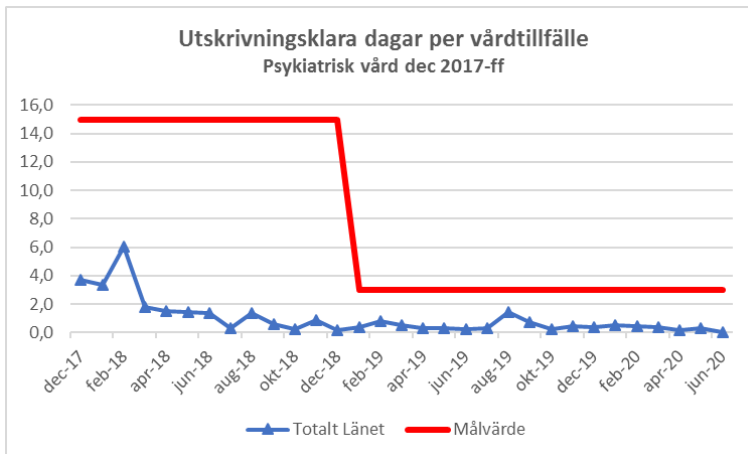


Diagram 3: Andel utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle i Örebro län - psykiatrisk vård

Källa: Lifecare SP

Det är svårt att jämföra siffror för utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle med perioden innan lagen trädde i kraft. Ett skäl är att de personer som skrevs ut samma dag inte redovisats i statistiken tidigare. Men ett sätt att beskriva utvecklingen är att titta på antalet utskrivningsklara dagar totalt i länet. Under 2017 låg utskrivningsklara patienter 18 600 dagar på sjukhus och under 2018 minskade de med ca 10 600 och även under 2019 har de minskat något jämfört med 2018 trots att ett par kommuner haft problem vissa månader under året. Prognos för 2020 pekar på en fortsatt minskning. De lägre siffrorna förklaras främst av färre antal vårdtillfällen under pandemin.

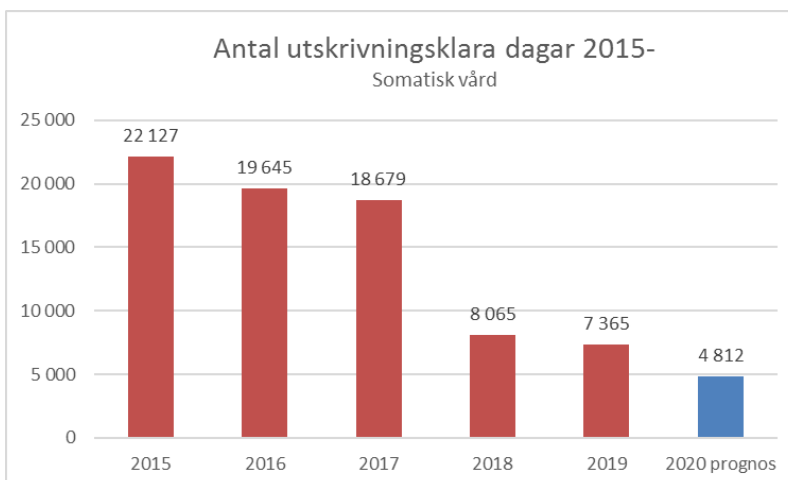


Diagram 4: Antal utskrivningsklara dagar per år i Örebro län 2014-2020 – Somatisk vård. Prognos för 2020 bygger på genomsnitt de senaste sex månaderna. Källa LifeCare SP

Vid en nationell jämförelse blir den positiva utveckling som Örebro län gjort extra tydlig. Sedan lagen trädde i kraft har Örebro län gått från att ha bland de längsta vårdtiderna för utskrivningsklara i landet till att ligga under rikssnittet både när det gäller somatisk och psykiatrisk vård. Anledningen till att siffrorna är högre i den nationella statistiken än i diagram 1 och 2 är att personer som skrivs ut samma dag inte redovisas. De senaste månaderna har mellan 60-70 % av patienterna i somatisk vård och över 90% av patienterna i psykiatrisk vård skrivits ut samma dag som de var utskrivningsklara. Då de tas med i beräkningen blir medelvärdet avsevärt lägre.

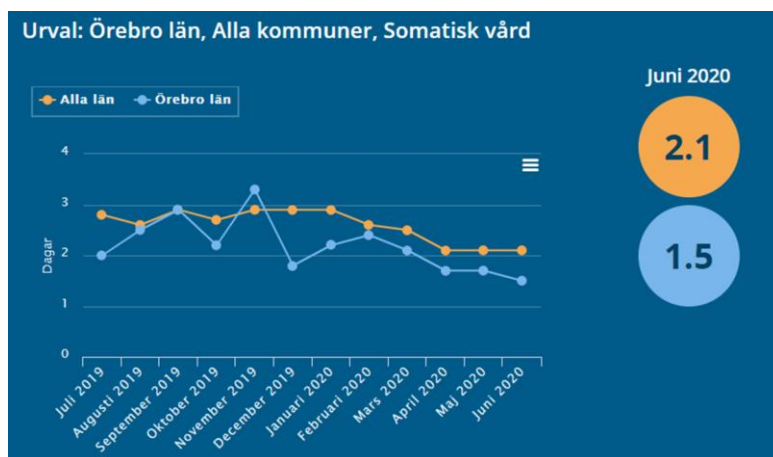


Diagram 4: Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle Örebro län jämfört med riket– Somatisk vård

Källa: www.vantetider.se

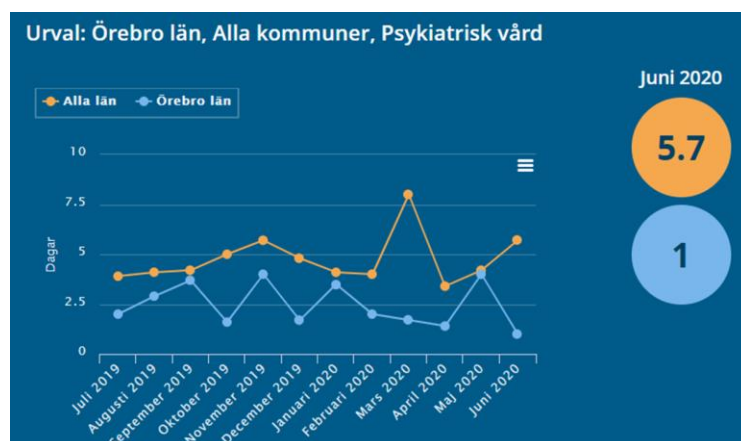


Diagram 5: Antal utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle Örebro län jämfört med riket– psykiatrisk vård Källa: www.vantetider.se

5.2.2 Antalet dagar för kommunalt betalningsansvar ska vara noll

Den kraftiga minskningen av antal utskrivningsklara dagar har inneburit att målet i stort sett har uppnåtts. Med några undantag har de flesta kommuner klarat gränsvärdet 3,0 för somatisk vård och 3,0 för psykiatrisk vård under hela projektiden. Inom somatisk vård fick Karlskoga kommun ett betalningsansvar i februari 2018 och

Örebro kommun i november 2019. Snabba åtgärder från kommunerna i dialog med Regionen ledde till att de negativa trenderna kunde brytas. Inom psykiatrisk vård har betalningsansvar utfallit för två enstaka vårdtillfällen sedan lagen trädde i kraft.

Modellen för betalningsansvar¹² har haft avsedd styrning mot målet att minska utskrivningsklara dagar. För den somatiska vården bedöms risken liten att siffrorna ska försämrats så mycket att betalningsansvar ska inträffa i någon större omfattning. Psykiatrisk vård har haft ännu lägre värden än somatisk vård under hela perioden. Inget pekar på att siffrorna ska förändras generellt. Däremot finns en risk att mindre kommuner med små volymer ska få ett betalningsansvar för enstaka vårdtillfällen med långa vårdtider som utskrivningsklara.

5.2.3 Oplanerade återinläggningar ska minska eller motsvara målvärde

Oplanerade återinläggningar inom 30 dagar i länet har inte förändrats i någon högre grad sedan ny lag infördes. En brist i måttet är att det inte går att separera utskrivna som berörs av samverkan vid utskrivning i statistiken. Måttet är därför övergripande och trögrörligt. Utan närmare analys av orsak till återinläggning ger det ingen precis vägledning i förbättringsarbete.

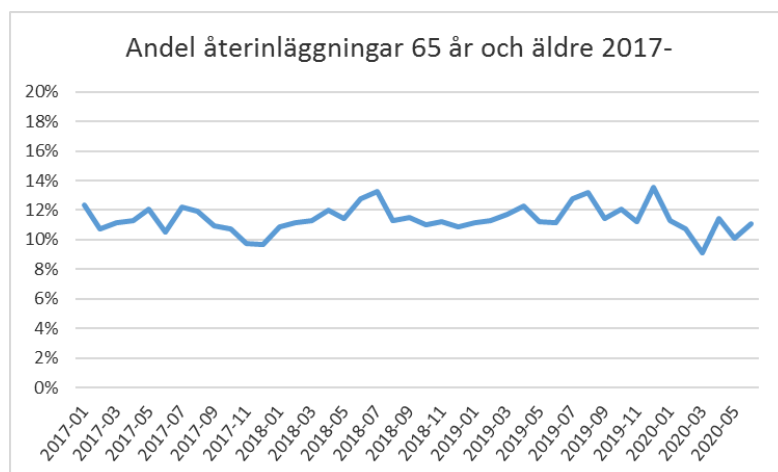


Diagram 6 Andel vårdtillfällen med oplanerad inläggning av totalt antal inläggningar för alla patienter 65 år och äldre folkbokförda i Örebro län där oplanerad återinskrivning skett inom 30 dagar

Källa: Regionens uppföljningsportal.

En bra utskrivningsprocess är viktig för att förebygga återinskrivningar men inte den enda faktorn som påverkar detta. Förebyggande insatser i samverkan mellan Region Örebro län och länets kommuner behöver förbättras för de personer som befinner sig hemma. Det är också angeläget att förbättra metoder för att kunna identifiera riskpersoner.

¹² Modell för betalningsansvar i Örebro län

5.3 Följsamhet till lagen och länsöverenskommelsen?

5.3.1 Preliminärt datum för utskrivningsklar

Att slutenvården sätter ett så korrekt preliminärt utskrivningsklardatum som möjligt är en viktig förutsättning för att kommuner och öppenvård ska kunna få en effektiv planering inför utskrivning. Det är en svår uppgift för slutenvården att sätta ett korrekt datum för utskrivningsklar redan vid inskrivningen. Särskilt för de vårdförlopp som inte är standardiserade. Det är dock möjligt att justera datumet om förutsättningarna ändras under vårdtiden. Under hela projektiden har mätning av följsamhet till hur det preliminära utskrivningsdatumet som anges i inskrivningsmeddelandet överensstämmer med det faktiska utskrivningsklardatumet redovisats. Träffsäkerhet i preliminärt utskrivningsdatum har legat på cirka 50 % under hela projektiden. Att endast drygt hälften av datumen ligger inom en dag försvårar de andra parternas utskrivningsplanering.

Även mätningen av webbkollen samverkan som gjordes i mars 2019 visade att ändring av preliminär utskrivningsdag görs ofta, vid ca 40-45% av utskrivningarna. När ändringar görs så sker det 2 ggr eller fler i ca 40% av de utskrivningar där man ändrar preliminärt utskrivningsdatum.

Våren 2019 genomfördes riktad information kring preliminärt utskrivningsdatum till läkare på ordinarie läkarmöten på ortoped-, kirurg-, medicin- och neurologklinikerna. Ett fortsatt arbete krävs för att informera läkare kring vikten av att göra en så rätt bedömning som möjligt. Det behöver framförallt diskuteras internt inom läkarkåren i slutenvården och det bör finnas ett gemensamt målvärde. Det är slutenvårdens ansvar att göra rätt men det får konsekvenser för framförallt kommunen som förbereder för insatser som måste skjutas upp.

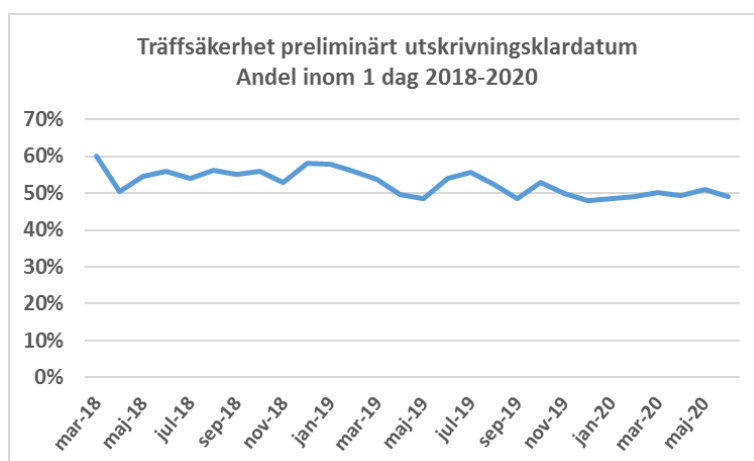


Diagram 7: Andel vårdtillfällen där preliminärt utskrivningsklardatum har god träffsäkerhet – är inom en dags felmarginal från när patienten faktiskt var utskrivningsklar. Preliminärt utskrivningsdatum är det som anges vid inskrivning. Eventuella korrigeringar syns inte i statistiken. Källa: Lifecare SP

5.3.2 Fast vårdkontakt

Både vid vårdcentraler och i psykiatrisk öppenvård har särskilda vårdsamordnare utsetts för rollen som fast vårdkontakt i samband med utskrivning.

En fast vårdkontakt med samordningsansvar utses till nästan alla personer i somatisk vård. Värden inom psykiatri har varit på en betydligt lägre nivå även om utvecklingen går åt rätt håll. Den försämring som syns under de senaste månaderna kan förklaras delvis av ett ökat antal vårdtillfällen där vårdcentralen inte fått meddelande av slutenvården att patienten är inneliggande.

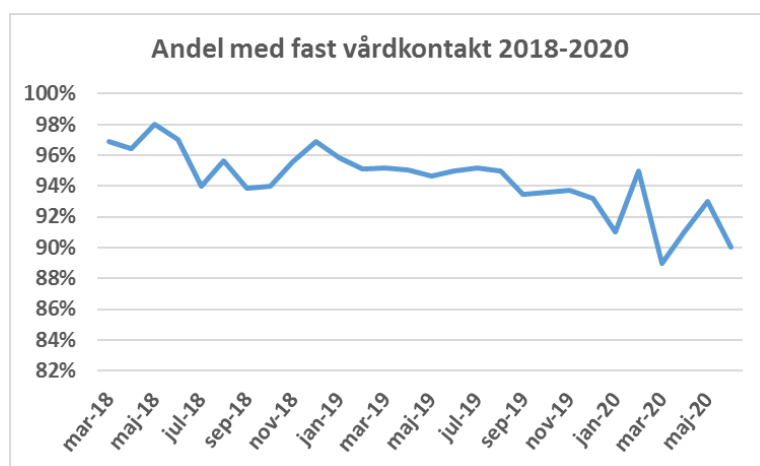


Diagram 8: Andel vårdtillfällen i grönt, gult och rött spår som har fått en fast vårdkontakt registrerad. I detta sammanhang avses den fasta vårdkontakten som samordnar SIP. Källa: Lifecare SP

5.3.3 Följsamhet till att kalla till SIP

Sedan lagen infördes 2018 och länets överenskommelse antogs är det tydligt uttalat att öppenvården ansvarar för kallelse till SIP. Redan under 2018 fanns en stor variation på vilka vårdcentraler som kallade till SIP och att vissa vårdcentraler nästan aldrig kallade någon patient till en SIP. Sedan ändring av regler för kallelse till SIP genomfördes under hösten 2019 har antal kallelser minskat ytterligare. Problemet har diskuterats och redovisats kontinuerligt och ett förslag till lösning är att uppföljning av SIP ska ingå i pågående arbete kring utveckling av äldremottagning och Hälsovals uppföljning som en helhet.

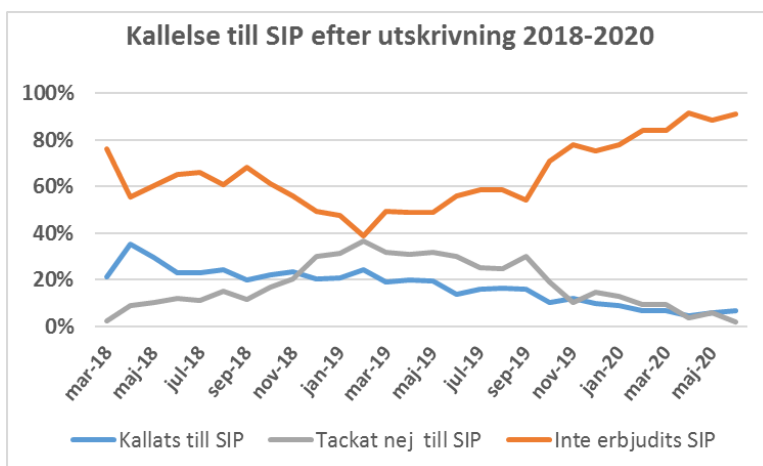


Diagram 9: Andel vårdtillfällen i gult och rött spår som erbjudits en SIP i samband med utskrivning.

Källa: Lifecare SP

Det finns behov av att utveckla vårdsamordnarens ansvar och uppdrag. Det saknas även kunskap hos en del verksamhetschefer om rollens ansvar och betydelse i utskrivningsprocessen och i öppenvårdens ansvar för kallelse till SIP. Vårdsamordnaruppdraget skulle även kunna inkludera arbetet med mångsökare (personer som söker vård ofta) och att förebygga återinläggningar. Att utveckla rollen blir ett ansvar för den nya befattningen som verksamhetsutvecklare för vårdsamordnare som kommer att tillsättas inom Hälsovalsenheten.

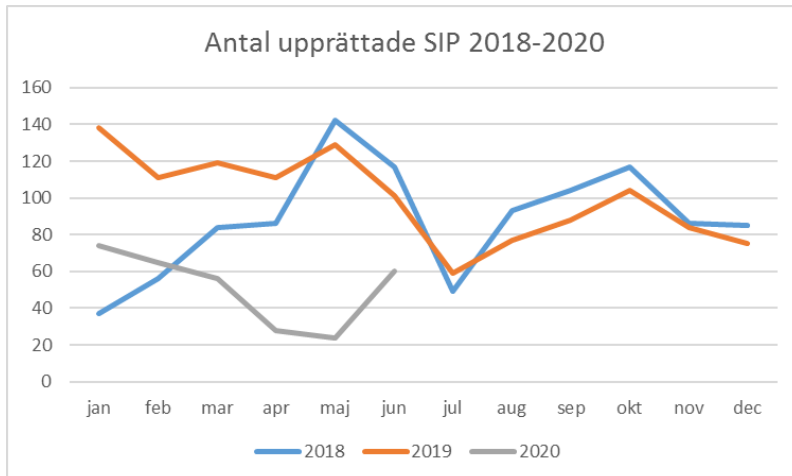


Diagram 10: Antal upprättade och godkända SIP. I mätning ingår alla SIP som upprättats och registrerats i Lifecare SP, även de som inte upprättats i samband med en sjukhusvistelse. För att en SIP ska vara godkänd krävs att ett huvudmål samt minst ett delmål och en aktivitet registrerats. Källa Lifecare SP

Trots att mycket utvecklingsarbete kvarstår runt SIP har den nya lagen bidragit till att många fler SIP genomförs, framförallt i gruppen äldre. Detta är trots allt positivt. Många verksamheter i Regionens öppenvård har också tagit den aktiva roll som lagstiftningen eftersträfvade. Det man kan se är att SIP i samband med utskrivning

ibland sker för sent i vårdförloppet. Om fler personer kunde få en plan i ett tidigare skede kunde sannolikt onödig sjukhusvistelse undvikas i flera fall. I ett mer proaktivt arbete har Regionens öppenvård en viktig roll men här måste också kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst ta en aktiv roll och initiera SIP.

5.3.4 Kvalitetsgranskning SIP

För att få en bild av kvalitén på de samordnade individuella planerna har två granskningar av dokumentation runt SIP i Lifecare SP genomförts vid två tillfällen under projekttiden, våren 2019 och våren 2020. Vid båda granskningarna gjordes ett urval av 50 planer inom somatisk och psykiatrisk vård. Båda granskningarna ger i stort sett samma resultat. De pekar på att en gemensam bild av syftet med SIP saknas. Kvalitén på planerna är ojämn och det finns en hel del förbättringspotential. Följande har noterats vid granskningarna

- Planen är oftast skriven till den enskilde
- Den enskilde och/eller närstående har deltagit i de flesta fallen
- De flesta SIP-möten sker i patientens hem. I granskning 2020 har några fler möten genomförts på vårdinrättning eller digitalt på grund av pandemin
- Få planer innehåller hela flödet d.v.s. väl beskrivna huvudmål, delmål och insatser
- I hälften av planerna saknas uppföljning/utvärdering
- Få planer innehåller alla typer av insatser (medicinska, rehabiliterande, sociala och omvårdnadsinsatser)
- Ett förebyggande perspektiv saknas ofta i planerna
- Övervägande del av SIP-möten har skett inom rekommenderade fyra veckor

Resultatet från granskningen 2020 är fortfarande preliminärt och kommer att redovisas i sin helhet under hösten. Resultatet behöver tas om hand i ett fortsatt förbättringsarbete runt SIP.

5.3.5 Patienternas upplevelse av utskrivningsprocessen

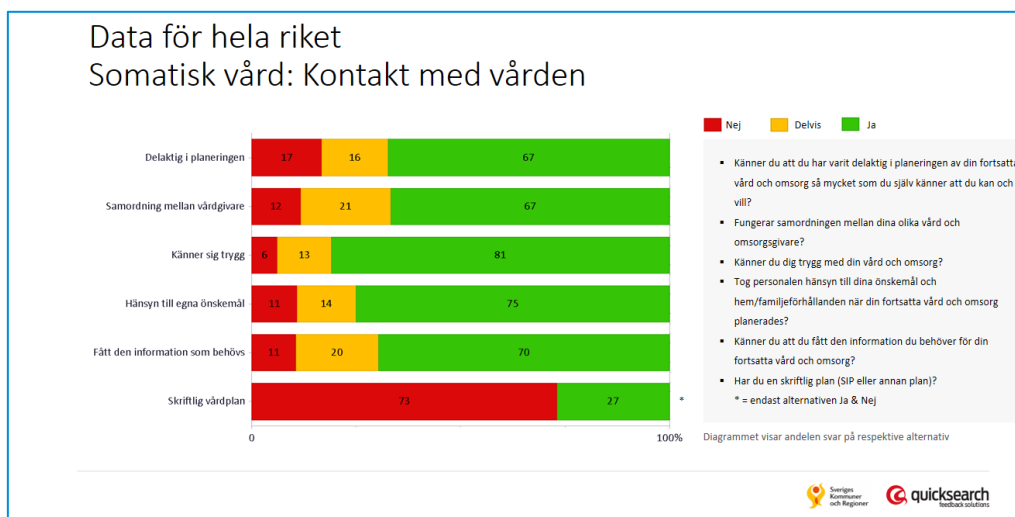
En väl fungerande utskrivningsprocess bygger på att patienterna känner sig trygga efter utskrivningen. För att få veta hur patienten upplever att utskrivningen fungerar och hur den fortsatta vården och omsorgen i hemmet fungerar efter utskrivningen ska patienterna ringas upp och frågas om detta med hjälp av ett frågeformulär i webbkollen.com. Det framgår tydligt i ViSam att vårdsamordnaren har ansvar för att ringa upp patienten efter hemkomst och göra en intervju utifrån frågorna i webbkollen "Sjukhus ring upp". Detta gäller alla gula och röda spår, vid behov kan även gröna spår ringas upp. Följsamheten till rutinen har varit svag och det är framförallt norra länets vårdsamordnare som regelbundet har ringt upp patienterna.

Vi har goda resultat avseende minskat antal dagar på sjukhus men fortfarande inte tillräcklig kunskap på nationell eller regional nivå kring patientens upplevelse.

SKR tog därför initiativet till att en nationell punktmätning med ett begränsat antal frågor i webbkollen genomfördes till alla personer som skrevs ut till ordinärt boende under en arbetsvecka i november 2019. Det var utskrivningssamordnarna inom slutenvården för psykiatriska vården och för somatiska vården som ringde upp patienterna, utom i norra länet där vårdsamordnarna på vårdcentralerna ringde upp patienterna inom somatiska vården. I den nationella mätningen genomfördes 394 intervjuer i hela landet varav 48 intervjuer i Örebro län. Det var 12 län som deltog i mätningen och Örebro län kom på plats två med antal uppringningar/län vilket motsvarade 12% av de intervjuade patienterna.

Patienter i Örebro län (30) utskrivna från medicin, geriatrisk och kirurgiska svarar att:

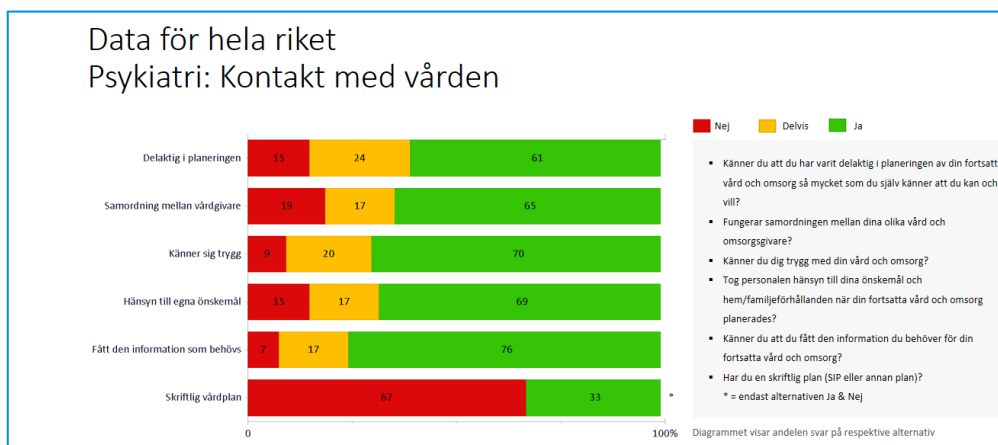
- 77% känner sig delaktiga i utskrivningsplaneringen
- 70% att det fungerar bra i det dagliga livet nu efter utskrivning (samordning)
- 90% känner sig trygga
- 80% att hänsyn tas till egna önskemål
- 77% har fått information i samband med utskrivningen
- 27 % att de har en skriftlig vårdplan



Svaren visar att det generellt är bättre värden inom somatiska vården i Örebro län än i riket, utom gällande skriftlig vårdplan.

Patienter i Örebro län (18) utskrivna från psykiatri svarar att:

- 56% känner sig delaktiga i utskrivningsplaneringen
- 72% att det fungerar bra i det dagliga livet nu efter utskrivning (samordning)
- 89% har fått information i samband med utskrivningen
- 78% känner sig trygga
- 61% att hänsyn tas till egna önskemål
- 33 % att de har en skriftlig plan



Svaren visar att samordning, information, tryggheten och skriftlig plan är bättre värden inom psykiatriska vården i Örebro län än i riket, övriga något lägre.

SKR tog initiativet till att en ny nationell punktmätning skulle genomföras i april 2020 där fler län skulle ha möjlighet att delta. En längre mätperiod med två veckor och möjlighet att länen själva kunde välja vem som skulle ringa upp och intervjua patienten. Planen var att Örebro län skulle delta men mätningen ställdes in p.g.a. Corona-pandemin.

5.3.6 Uppföljning av samverkan mellan parterna

För att få svar på frågan hur samverkan fungerar vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Örebro län genomfördes en mätning under veckorna 12 och 13 2019. Samtliga tre parter kommunerna, vårdcentralerna och slutenvården deltog med hjälp av en webbenkät i webbkollen samverkan. Involverade medarbetare från varje enhet fyllde i enkäten direkt efter att en patient blivit utskriven från slutenvården. I enkäten kunde de olika parterna ge feedback på hur processen och samverkan hade fungerat med de andra parterna. Länk webbkollen.com.

Svarsfrekvens var bra från alla inblandade och speciellt från öppenvården. Mätningen visar att samverkan fungerar mycket bra mellan alla parter (95% nöjda). En snabb utskrivningsprocess kräver att all information mellan parterna sker snabbt och är korrekt. Mätningen visade att ändring av preliminär utskrivningsdag ofta görs och att vårdcentralerna kallar en relativt liten andel till SIP. Även flera andra förslag på förbättringar lämnades som projektet har jobbat vidare med t ex:

- Kontaktuppgifter på vem som ska kontakts i kommunen bör finnas i Lifecare SP
- Bättre information in till slutenvården via vårdbegäran och beslutsstöd
- Snabbare uppdatering av planeringsunderlag och ADL-status
- Patientinformationen kan bli tydligare från alla parter
- Otydliga rutiner för SIP på korttidsboende

6. Fortsatt arbete efter projektavslut

6.1 Utveckla SIP-processen

En samordnad individuell plan ska upprättas när en person skrivs ut från slutenvård och har behov av insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Detta har varit en av de stora utmaningarna både i vårt län men även nationellt. SKR fick i uppdrag¹³ att utföra en kartläggning av användning av SIP. Under hösten 2019 genomfördes detta arbete och en förstudie presenterades. Förutom en nulägeskartläggning som ger en bild av framgångsfaktorer och hinder innehåller studien även rekommendationer om vidare arbete för att SIP i framtiden ska fungera på bästa möjliga sätt ¹⁴.

Region Örebro län har bidragit till studien genom att projektledare och utvecklingsledare inom psykiatri har blivit intervjuade, berättat om våra erfarenheter, diskuterat och tänkt vidare på vad som behövs för att SIP ska kunna användas effektivare och bättre bidra till ett samordnat stöd med individen i centrum.

Det finns fortsatt stora utvecklingsbehov och studien ger många goda förslag till fortsatt arbete för utvecklingen av SIP-processen i Örebro län.

6.1.1 SIP simuleringsutbildning

Syftet med utbildningen är att få en samsyn kring vad en SIP är och när och hur en SIP ska genomföras. Den fortsatta planen är att ett långsiktigt utvecklingsarbete fortsätter under hösten 2020 och leds av Kristina Luhr. Målet är fortfarande att ta fram en simuleringsutbildning i SIP i samverkan med KTC och befintlig arbetsgrupp men även att väga in erfarenheter och förslag från studien som nämns i stycket ovan.

6.1.2 Utveckling av fast vårdkontakts roll och uppdrag

Fast vårdkontakt med samordningsansvar inom öppenvården är oftast detsamma som vårdsamordnarrollen. Inom öppenvården ska vårdsamordnaren ringa upp patienterna efter hemkomst och ställa frågorna i webbkollen. I samband med denna uppringning kan även erbjudandet om SIP ges till patienten. Det är en stor utmaning att få alla vårdsamordnare att göra enligt befintlig rutin i ViSam.

Projektledaren påtalade behovet av en ny informations- och utbildningsinsats till verksamhetschefer och vårdsamordnarna på vårdcentralerna så att uppdraget blev

¹³ Överenskommelse inom område psykisk hälsa 2019

¹⁴ Att stärka samverkan med hjälp av SIP – En förstudie innehållande nulägeskartläggning och rekommendationer för framtida arbete

tydligt. Styrgruppen beslutade att denna informationsinsats skulle samordnas med att en ny befattning *verksamhetsutvecklare för vårdsamordnare* tillsattes.

Verksamhetsutvecklarens roll är att samordna arbetet runt vårdsamordnarna och vara ett stöd för vårdsamordnare och verksamhetschefer. Verksamhetsutvecklaren ska verka för en jämlik vård genom att arbeta för ett standardiserat arbetssätt utifrån bl.a. rutinerna i ViSam. Tyvärr försenades tillsättandet av denna tjänst p.g.a. Coronapandemin och planeringen för tillsättandet av tjänsten och aktiviteter planeras till hösten 2020.

6.1.3 Patientkontrakt och SIP

Syftet med Patientkontrakt är att genom en gemensam överenskommelse mellan patient och vårdgivare säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan med patientens perspektiv som utgångspunkt. Ett Patientkontrakt är ett sätt att säkerställa patientens delaktighet i sin egen hälsa och vård och stödja patienten att tillvarata och nyttja sina egna resurser. Innehållet i överenskommelsen ska spegla vad som ska ske i vårdkontaktarna, när det ska ske och vem patienten ska vända sig till. Det ska vara tydligt både vad patienten och vården ska göra. I första hand ska Patientkontrakt erbjudas patienter med omfattande och komplexa vårdbehov. SIP är nära sammankopplat med Patientkontrakt. Patientkontraktet blir ett sätt att presentera det som finns i SIP för patienten. Förslagen i Nära vård utredningen¹⁵ kring Patientkontrakt och SIP stärker arbetssätt kring SIP enligt ViSam. Ett fortsatt nära samarbete krävs för införandet av Patientkontrakt och arbetssättet med SIP inom utvecklingen av nära vård i vårt län.



¹⁵ Regeringens proposition 2019/20:164 Inriktning för nära och tillgänglig vård - en primärvårdsreform

6.2 Indikatorer och uppföljning

Vilka indikatorer är av värde att mäta kontinuerligt efter projektavslutet?

En genomgång och analys av vad som mäts idag, vad som behöver mätas i framtiden och vad som inte längre ska följas på regional nivå har gjorts av statistikansvarig Jan Sundelius och projektledaren. Följande slutsatser gjordes:

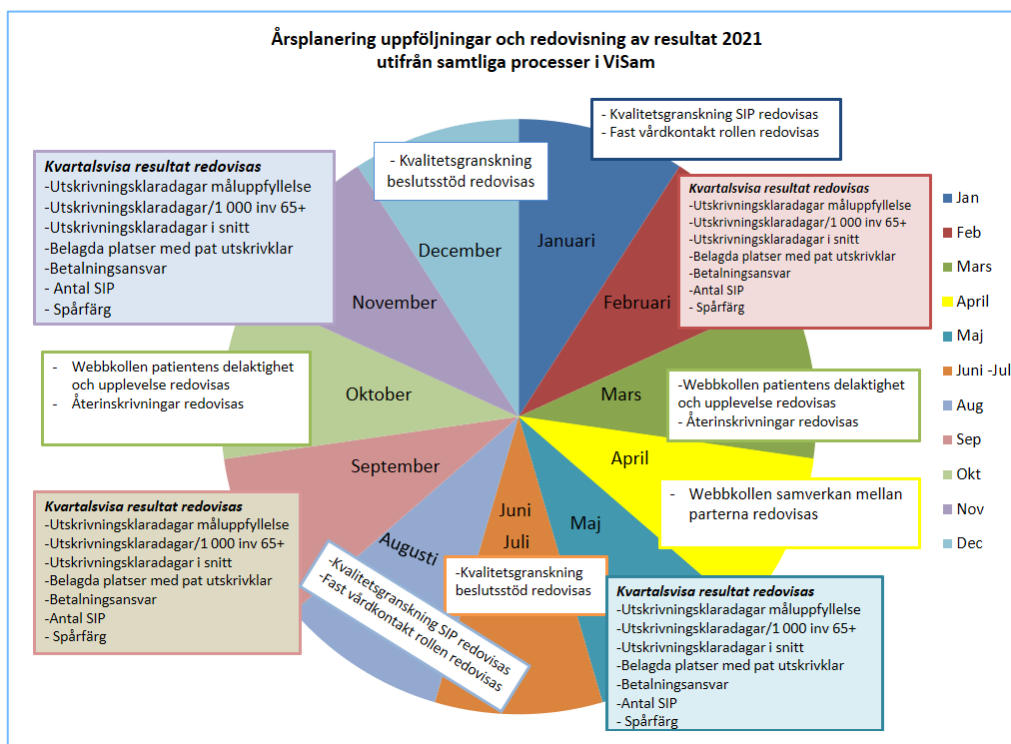
- Det är viktigt att mäta det som påverkar samverkan vid utskrivning
- Följsamhet till nationella data och det som finns att få ur rapportportalen ska redovisas kvartalsvis
- Förslag att någon i Regionen tar ett ägarskap över vissa data och att förstärka med ytterligare någon resurs så att uttag och redovisning av data inte blir så personbundet och sårbart som det är idag
- För att få fram vissa data behöver det göras dokumentationsgranskningar 1-2 gång/år t ex SIP-kvalitet och följsamhet till att använda beslutsstödet
- Webbkollen kan användas kontinuerligt för att mäta patientens trygghet och delaktighet eller genom att göra punktmätningar 2 ggr/år
- Det är viktigt att ha gemensamma måttetal/indikatorer för samtliga processer i ViSam (beslutsstöd, SIP, säker utskrivning) och samverkansaktiviteter utifrån handlingsplanerna sammanhållen vård och omsorg samt psykisk hälsa
- Ansvaret för att komplettera med indikatorer utifrån handlingsplanerna och redovisa regionala data måste samordnas av Valfärd och folkhälsa och utsedda ansvariga personer inom Regionen (Jan Sundelius och någon mer inom samverkansstrukturen) och beslutas i Chefgruppen till hösten 2020?

Kvartalsvisa mätningar:

- Utskrivningsklaradagar måluppfyllelse – nationell mätning
- Utskrivningsklara dagar /1 000 inv 65+ – nationell mätning
- Utskrivningsklara dagar per vårdtillfälle – nationellmätning
- Belagda platser med patienter utskrivningsklara – nationell mätning
- Betalningsansvar – rapportportalen
- SIP antal genomförda – rapportportalen eller nationell mätning?
- Spårfärg – rapportportalen

Årsvisa mätningar 1-2 ggr/år:

- Fast vårdkontakt – kvalitet utveckling av rollen/ansvar
- SIP kvalitet – dokumentationsgranskning
- Återinskrivningar fördjupad (mångsökare)
- Webbkollen – patientens upplevelse
- Beslutsstöd/säker inskrivning – dokumentationsgranskning
- Medarbetarnas upplevelse av samverkan – webbkollen samverkan



Bilden visar ett förslag på årshjul 2021 för uppföljning av processerna i ViSam

6.3 ViSam organisation och roller

I dokumentet ViSam samverkansmodell – organisation och roller finns flera aktiviteter identifierade som behöver arbetas med för att säkerställa fortsatt utveckling och förvaltning av ViSam-modellen efter projektavslutet. Det handlar bl.a. om

- Tidplan och en tydlig målsättning för när metodstödarna förväntas vara på plats och vilka aktiviteter som behöver finnas för att stödja deras arbete
- Stöd för chefer gällande tillsättning av metodhandledare
- En kommunikationsplan och en intressentlista behöver tas fram i anslutning till Visam
- Förbättring av ViSams webbsida med utökad beskrivning av processerna i ViSam samt framtagande av e-learning om ViSam
- Säkerställa eventuella utvecklingsbehov i ViSam utifrån Patientkontrakt

6.4 Från samverkan vid utskrivning till nära vård

Under våren 2020 fasades projektarbetet allt mer in mot samverkan god och nära vård. Befintlig styrgrupp kom att förskjuta fokus från samverkan vid utskrivning till nära vård och nytt hemsjukvårdsavtal. Nytt namn blev *Styrgrupp samverkan god och nära vård*. Chefgruppen utsåg fler representanter till den nya styrgruppen (en från regionen och en från kommunerna). Ett beslut om att ta fram ett nytt avtal för hälso- och sjukvård i hemmet beslutades av Chefgruppen under hösten och framtagandet av projektdirektiv och beslut om tillsättandet av ny projektledare för projektet togs under våren 2020.

I hela landet pågår utveckling av nära vård och omställning från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet. SKR har gett ett uppdrag att ta fram en studie kring läkarmedverkan i hemsjukvården¹⁶. I ett preliminärt resultat från pågående studie framgår att det finns en förhoppning om att ökat fokus på nära vård ska binda ihop samverkan bättre genom att hälso- och sjukvård i hemmet blir ett nytt verksamhetsområde. Denna studie kan vara en bra utgångspunkt för det fortsatta arbetet i projektet god och nära vård och framtagandet av ett nytt avtal för hälso- och sjukvård i hemmet i Örebro län.

¹⁶ ”Från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet”