

# Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården 2018

Lägesbeskrivning vecka fem till och med åtta samt en jämförelse med 2017-års baslinjemätning



## **Tack!**

Pär Avén, Eskilstuna kommun, och Ann Billberg, Landstinget Sörmland, som försett oss med underlag till analysen samt Katarina Wetter Edman och Lisa Malmberg, FoU i Sörmland, som läst och diskuterat innehållet med oss. Vi vill också tacka Lena Stenbrink, FoU i Sörmland för korrekturläsning och layout.

## **Om översiktsrapporten**

FoU i Sörmlands översiktsrapporter beskriver en inventering av befintlig kunskap, en kartläggning eller en nulägesbeskrivning. Översiktsrapporter kvalitetsgranskas av FoU-medarbetare (som inte är författare) med kunskap i ämnet.

### **Författare**

Emme-Li Vingare, Hans Eriksson och Helena Forssell

### **Datum och ort**

181111 Eskilstuna

## Sammanfattning

Under veckorna fem till och med åtta 2018 gjordes en lägesbeskrivning av utskrivningsprocessen från sluten- till öppenvård inom Landstinget Sörmland. Mätningen innehöll också en kartläggning av överföringsprocessen till kommunernas olika verksamheter. I år har även en jämförelse gjorts med resultatet från förra årets baslinjemätning.

Prator är ännu inte ett fullständigt gemensamt verktyg för informationsöverföring. Av kommentarerna som lämnats i looparna framgår att systemet haltar inom många verksamheter.

Förbättringar sedan baslinjemätningen har skett när det gäller inskrivningsmeddelande med fast vårdkontakt, preliminär diagnos och beräknad hemgångsdag.

När det gäller resultatet på de frågor som rör om patienten är hemgångsklar finns det fortfarande stor förbättringspotential.

Slutenvården tycks kalla till SIP utifrån riktlinjerna åtminstone vad gäller röd process. Det är mer tveksamt om vårdcentralerna följer sina riktlinjer. Huruvida kommunerna kallar till SIP frågas inte om i looparna.

Såväl sluten- som öppenvården upplever att de saknar kunskap om patientens insatser från hemsjukvården, samt att kommunen ibland inte kvitterar meddelanden i kommunikationsverktyget Prator.

Såväl öppenvården som kommunen har en tendens att tolka en situation som mer komplex än slutenvården. Detta leder i sin tur till mer flerledade processer. Slutenvården ser också förbättringsmöjligheter inom detta område.

Av looparna från slutenvården framgår att det är få som betygsatt samarbetet med primärvården, men många har betygsatt samarbetet med kommunen. Kanske beror detta på att det fortfarande är ovant att involvera primärvården i utskrivningsprocessen.

Denna lägesbeskrivning kan följas upp antingen med kontinuerliga uppföljningar eller med stickprov. Sådana mätningar kommer att kunna underlätta den successiva förbättringen av utskrivningsprocessen.

# Innehållsförteckning

Sammanfattning.....	1
Innehållsförteckning.....	2
Genomförande.....	3
Förberedelser 2018.....	3
Lägesbeskrivning 2018 utifrån loopar.....	3
Hur mätning och bearbetning av materialet gått till.....	3
Verksamheter som omfattades av mätningen:.....	3
Frågor som ställs i looparna.....	4
Bortfall.....	4
Iakttagelser angående rapportering med loopverktiget.....	4
Resultat.....	5
Läsanvisningar för resultaten.....	5
Resultat från den kvantitativa analysen.....	5
Landstinget.....	5
Kommunerna.....	8
Resultat från den kvalitativa analysen.....	10
Informationsflöden och -processer.....	10
Prator.....	10
Processer.....	11
Rutiner och innehåll.....	11
Hemgång.....	12
Avsaknad av information om kommunala insatser.....	13
Avsaknad av överrapportering arbets- och fysioterapi.....	13
Principer i samverkan.....	14
Anpassning av kontaktvägar.....	14
Oklarhet gällande orsaker till beslut.....	14
Samordnad individuell plan.....	15
Beredskap hos mottagare.....	15
Patientens rätt till information.....	16
Profession och relation.....	16
Förväntningar på andra professionsgrupper/verksamheter.....	16
Ansvarsfördelning.....	17
Konsekvenser.....	18
Upplevelser hos patienter.....	18
Följder av brister i utskrivningsprocessen.....	19
Referenser.....	<b>Fel! Bokmärket är inte definierat.</b>
Bilagor.....	20

## Genomförande

### Förberedelser 2018

Nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV, bestämde att ett arbete skulle pågå under 2017 för att förbereda medarbetare i landstinget och kommunerna i Sörmland för att övergången till den nya lagstiftningen om trygg och effektiv utskrivning från slutenvården skulle kunna ske så smidigt som möjligt.

### Lägesbeskrivning 2018 utifrån loopar

För att kunna utvärdera hur arbetet framskridit sedan baslinjemätningen i början av 2017, bestämde sekretariatet för Trygg hemgång att en lägesbeskrivning skulle göras för samma period 2018. Under våren 2017 inleddes ett arbete med att ta fram ett webbaserat enkätverktyg, en loop, som skulle kunna användas för kontinuerliga uppföljningar. Detta enkätverktyg har använts vid årets lägesbeskrivning. Syftet med de kontinuerliga uppföljningarna är att successivt underlätta utskrivningsprocessen.

### Hur mätning och bearbetning av materialet gått till

Den 23 januari 2018 fick socialchefer i kommunerna och verksamhetschefer med flera i landstinget besked via mail att en uppföljning av baslinjemätningen för Trygg och effektiv utskrivning skulle ske under vecka fem till och med åtta.

Mailet innehöll ett informationsbrev, ställt till de medarbetare som hade som arbetsuppgift att fylla i looparna, se bilaga 1. Loopen skulle fyllas i för varje enskild patient/brukare som skrevs ut från slutenvården respektive togs emot av primärvård och kommun.

Efter mätperiodens slut levererades insamlade data från utvecklaren av enkätverktyget till författarna av denna rapport. Materialet har sedan bearbetats och analyserats och inledningsvis också diskuterats med de två forskare som arbetat med följe- och interventionsforskningsprojektet Trygg och Effektiv utskrivning från ett patient- och närståendeperspektiv.

Förutom en kvantitativ analys av looparna har även en kvalitativ bearbetning av de öppna svaren genomförts.

Den kvantitativa delen har bestått av en analys av svaren på de ställda frågorna. Resultaten presenteras i form av antal och andelar samt jämförs med 2017 års motsvarande mätning.

De öppna svaren analyserades med en kvalitativ komparativ tematisk metod där teman sammanställdes utgående från de öppna frågorna och deras manifesta innehåll. Tre olika grupper av informanter jämfördes sedan för att kvalitativa skillnader och likheter skulle kunna identifieras. Visst latent innehåll har skrivits fram som tolkningar.

### Verksamheter som omfattades av mätningen:

Landstinget: Alla enheter inom somatisk och psykiatrisk slutenvård, vårdcentraler och psykiatrisk öppenvård.

Kommunerna: Alla hälso- och sjukvårdsenheter, biståndsenheter, boendestödsenheter, hemtjänstenheter och särskilda boenden inkl. korttidsenheter, gruppboenden och HVB.

Vilka verksamheter som svarade på formuläret och som ingick i mätningen framgår av bilaga 2.

## Frågor som ställs i looparna

Frågorna i looparna utgår från innehållet i de riktlinjer som utarbetats utifrån den länsgemensamma överenskommelsen kring trygghet och effektiv utskrivning mellan landstinget och kommunerna i Sörmland. Frågorna överensstämmer i stort med frågorna från föregående års baslinjemätning.

I looparna ställs frågor kring grön, gul och röd process:

Grön process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som innan sjukhusvistelsen eller som har mindre nytillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som hemgång

Gul process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång

Röd process: Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser

Frågor ställs även kring samarbetet med de verksamheter man överför patienter/brukare till och från. De som registrerar i looperna anger om samarbetet varit bra eller mindre bra.

## Bortfall

Att alla patienter inte blivit registrerade i looperna är tydligt då alla enheter inte deltagit och att färre än i basmätningen 2017 registrerats från slutenvården på Mälarsjukhuset och Kullbergssjukhuset. Totalt är det dock fler registreringar i år vilket beror på att de flesta vårdcentraler nu har deltagit och att antalet svar från de kommunala verksamheterna har ökat.

Skillnaderna i antalet registreringar mellan åren beror även på de olika undersökningsmetoderna och de tidsperioder som omfattades.

Mätningen ger ändå tillräckligt mycket information för att kunna tjäna som en jämförelse med den mätning som gjordes 2017.

Det finns också ett internt bortfall med uteblivna svar på frågor i de enskilda formuläerna. I vissa fall är detta bortfall betydande. Frågorna om samarbete är ett exempel.

## lakttagelser angående rapportering med loopverktyget.

Vissa medarbetare tycks använda verktyget frekvent medan andra använder det i begränsad omfattning eller inte alls. Ett visst internt bortfall (inget svar på vissa frågor) förekommer, vilket kan orsaka att säkerheten i resultaten minskar. Frågan är om vissa fält (frågor) bör vara obligatoriska och om några ytterligare frågor ska läggas till.

## Resultat

Här används *öppenvård* som begrepp för öppenvård psykiatri och vårdcentraler, *slutenvård* omfattar sjukhus och *kommuner* beskriver kommunala verksamheter och deras företrädare

### Läsanvisningar för resultaten

- Uppgifter inom hakparentes [] anger värdena vid baslinjemätningen 2017.
- De citat, skrivna med kursiv stil, som finns med i redovisningen av resultaten, är ett axplock av kommentarer som getts vid sidan av svaren på de frågor som ställts. I den här delen av rapporten används citaten endast för att illustrera och levandegöra texten.
- Bilaga 3 innehåller analysen inklusive alla citat som ligger till grund för denna.

### Resultat från den kvantitativa analysen

Kartläggningen visade att ett stort antal individer "rörde sig i systemet" under dessa fyra veckor. De som registrerats i loopar var patienter från slutenvården till öppenvården och kommunernas verksamheter, totalt 258 [317]. Av dessa var 200 [234] från somatiken och 58 [83] från psykiatrin. Från öppenvården och kommunerna fanns 871 [516] registreringar vilket totalt blir 1129 [833].

Enligt landstingets systemförvaltare för Prator skrevs 584 patienter ut från somatiken och 60 från psykiatrin under veckorna 5–8. Det indikerar att hälften av de utskrivna från slutenvården inte registrerats under mätperioden.

Alla loopar från slutenvården bör generera minst en "motloop" från öppenvården och kommunerna. Motsvarande förhållande gällde också enkäterna i förra årets baslinjemätning. Det går inte att utgå från att resultaten från respektive huvudman helt överensstämmer med varandra. Detta beror på att looparna inte kan kopplas till enskilda individer, att looparna görs separat, delvis ser olika ut i de olika verksamheterna och att bortfallet varierar mellan verksamheterna. Eftersom looparna inte kan kopplas till enskilda individer går det inte heller att få reda på exakt hur många personer som "rört sig i systemet". Det totala antalet loopar under mätveckorna gör det ändå möjligt att jämföra resultaten med baslinjemätningens resultat.

Av de 1129 registreringarna rörde 630 (57 procent) kvinnor och 477 (43 procent) män medan kön ej var angivet för 22. I looparna framgår dock inte patienternas ålder.

### Landstinget

#### Somatisk slutenvård

Från de enheter som deltog i baslinjemätningen skrevs 200 [234] patienter ut under de aktuella veckorna. 52 [115] patienter skrevs ut från Mälarsjukhuset i Eskilstuna (MSE), 15 [47] från Kullbergska sjukhuset i Katrineholm (KSK) och 133 [72] från Nyköpings lasarett (NLN).

För 96 [25] patienter var en fast vårdkontakt angiven medan det saknades för 40 [207]. Andelen med fast vårdkontakt var alltså 48 procent [11 procent].

Slutenvården kallade till samordnad individuell plan, SIP, för var fjärde utskriven patient. Se tabell 1.

Tabell 1. Har ni kallat till möte om SIP?

	Antal	Procent	Valida Procent
Ja	46	23,0	24,5
Nej	52	26,0	27,7
Ej aktuellt	90	45,0	47,9
Total	188	94,0	100,0
Saknas	12	6,0	
Total	200	100,0	

Hos 33 av de registrerade var röd process vald och 32 av dem hade kallats till SIP. Den återstående patienten ville inte att en SIP skulle göras trots att detta bedömdes lämpligt. För de resterande som kallats till SIP var processen gul eller, i två fall, grön.

För 41 procent av registreringarna kom information om pågående insatser från öppenvården. Motsvarande andel från kommunerna är 65 procent. Se tabell 2.

Tabell 2. Har ni fått information om pågående vård- och omsorgsinsatser från öppenvården respektive kommunen?

	Öppenvården (procent)	Kommunen (procent)
Ja	41	65
Nej	32	13
Ej aktuellt	27	23

#### Samarbete med vårdcentral och kommun

I fråga om samarbetet med vårdcentral gav endast sju av 200 betyget bra, sju hade svarat vet ej medan 151 inte alls svarat och 35 angett att man inte haft kontakt.

I fråga om samarbetet med kommun gav 119 av 200 (60 procent) betyget bra och tio (5 procent) gett betyget mindre bra.

I övrigt svarade tre vet ej, 13 svarade inte alls medan 44 angav att de inte haft kontakt. Dessutom angav åtta att kommunikationen via Prator varit bristfällig.

*I inskrivningsmeddelandet från kommunen står det att patienten inte har några medicinska insatser. Dock skriver sjuksköterskan från kommunen att patienten har det, utan att skriva exakt vad. Detta innebär att det blir mycket skrivande fram och tillbaka för att fråga VAD patienten har hjälp med i stället för att kommunen kunde ha gjort det från första början.*

#### Psykiatrisk slutenvård

58 [83] patienter skrevs ut under de aktuella veckorna från de enheter som deltog i mätningen, 36 från MSE [54] och 22 från NLN [29]. 29 var kvinnor och 27 var män. För två var kön ej angivet.

För 65 procent hade fast vårdkontakt angivits från öppenvården, för 15 procent var det inte angivet medan det inte var aktuellt för återstående 20 procent.

För endast två av registreringarna var röd process vald och båda dessa hade kallats till SIP. Även en gul och två gröna processer kallades till SIP.

#### Samarbete med psykiatrisk öppenvård och kommun



För endast några få kommenterades samarbetet med den psykiatriska öppenvården medan 54 betygsatte kontakten med kommunen. 23 (43 procent) av dessa gav samarbetet ett bra betyg, 23 (43 procent) angav att det ej var aktuellt medan 5 (9 procent) svarade vet ej och 3 (6 procent) angav att kommunikationen via Prator varit bristfällig.

*Vore bra med svar från kommunen/socialtjänster om vilka pågående insatser patienten har.*

### **Vårdcentraler och psykiatrisk öppenvård**

24 [17] av 27 vårdcentraler angav att de tagit emot 275 [109] patienter, 153 kvinnor och 129 män. De tre vårdcentraler som inte registrerat någon loop var alla privata, men även dessa hade tillgång till verktyget.

Från psykiatrisk öppenvård kom ytterligare 12 loopar. Totalt ingick alltså 287 loopar i nedanstående resultat.

128 patienter skrevs ut från MSE [39], 59 från KSK [24] och 93 från NLN [46]. För sju fanns ingen uppgift om varifrån patienten kom.

Inskrivningsmedelände mottogs för i stort sett samtliga patienter precis som vid baslinjemätningen, för 69 procent [33 procent] innehöll inskrivningsmedeländet preliminär diagnos. För 240 patienter (84 procent) fanns beräknad hemgångsdag angiven. Detta är en anmärkningsvärd förbättring jämfört med baslinjemätningen då endast 2 av de 109 hade en sådan. För 45 procent hade planerad hemgångsdag vid något tillfälle ändrats. I enkäten vid baslinjemätningen ställdes inte frågan.

I 47 procent av fallen bedömdes att inget behov av remiss fanns i samband med överföringen från slutenvården. I de fall där behov av remiss fanns, 146 fall, saknades det för hälften.

I looparna för öppenvården finns inte möjlighet att registrera om det finns aktuell läkemedelslista, fast namngiven vårdkontakt eller skriftlig patientinformation.

41 patienter kallades till SIP av slutenvården och ytterligare tio kallades av vårdcentralen. Totalt fanns alltså SIP för knappt 20 procent av de överförda patienterna.

### **Samarbete med slutenvård och kommun**

127 av 271 (47 procent) angav att samarbetet med slutenvården fungerat bra medan 29 (11 procent) angav att kommunikationen via Prator varit bristfällig och ytterligare 26 (tio procent) angav att samarbetet varit mindre bra på något annat sätt. I 79 (29 procent) av patientfallen hade man inte haft någon kontakt med slutenvården.

114 (42 procent) angav att samarbetet med kommunen fungerat bra medan 11 (4 procent) angav att kommunikationen via Prator varit bristfällig och ytterligare 14 (fem procent) angav att samarbetet varit mindre bra på något annat sätt. I 129 (48 procent) av patientfallen hade man inte haft någon kontakt med kommunen.

### **Kommentarer till frågan om vad som kan förbättras i samarbetet:**

*Att slutenvården hör av sig samma dag vid utskrivning till fast vårdkontakt om hur planeringen ser ut och att man inte får veta det från patienten vid utskrivning.*

Får ej information om aktuell diagnos, övrigt anges. Ej processfärg. Preliminärt utskrivningsdatum dagen efter som patienten läggs in i PRATOR. Utskrivningsmeddelande skickas först 3 dagar efter att patienten gått hem. Svarar ej på mina meddelanden om t.ex. processfärg osv.

Vet egentligen ingenting om patienten. UK skrevs först två veckor efter att patienten var utskriven. Bristfällig information i PRATOR, ej angivit process, ej diagnos. Går ej att utföra webbkoll då patienten ej svarar på telefon. Gällande remissfrågan i loop: om jag anser att det borde ha skickats remiss ...? Kan jag inte svara på då jag ej vet varför patienten ligger inne och det är bristfällig information i PRATOR. Måste skriva ut patienten från PRATOR samma dag som patienten åker hem inte två veckor senare ...

### Kommunerna

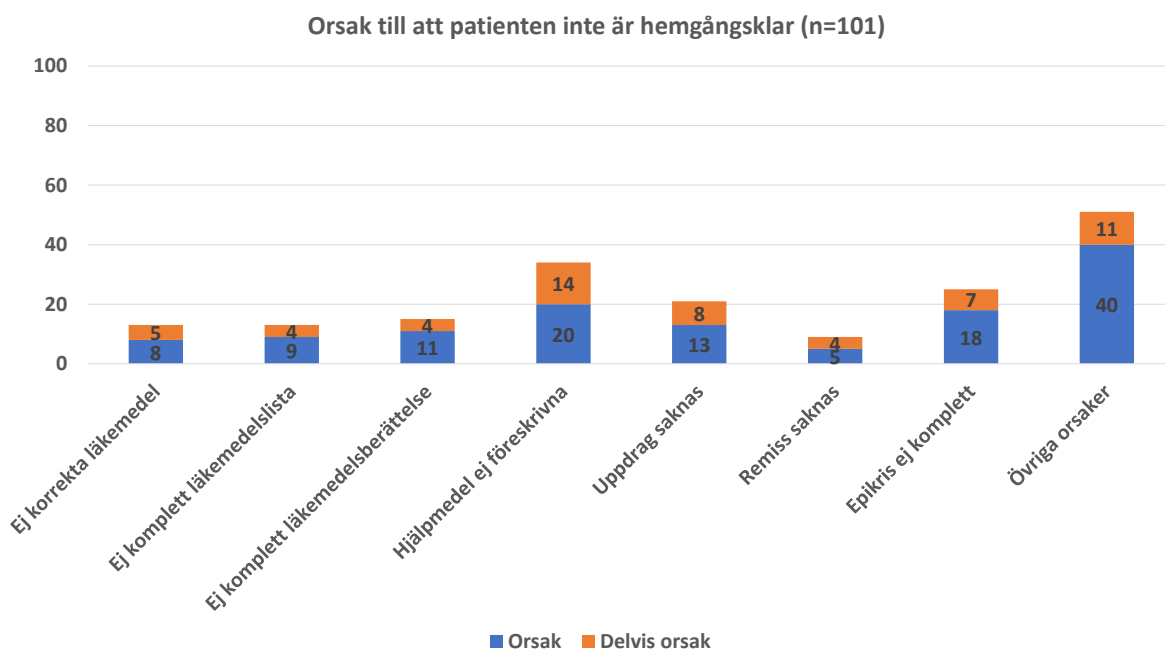
Från alla nio kommunerna registrerades totalt 584 loopar [370] under mätperioden. 58 procent av patienterna var kvinnor och 42 procent var män.

279 patienter skrevs ut från MSE, 48 från KSK och 225 från NLN. Av de 584 patienterna kom tretton från den psykiatriska slutenvården.

Den vanligaste boendeformen vid utskrivning var till ordinärt boende, 348 personer (60 procent). Därefter korttidsboende, 156 personer (27 procent), och i tredje hand till någon form av vård- och omsorgsboende, 44 personer (8 procent). Uppgiften saknades för 36 personer (6 procent).

Utskrivningsmeddelande sändes från slutenvården till kommunen i 416 fall (71 procent). Meddelandet sändes inte i 69 fall (12 procent) och i 58 fall (10 procent) hade man inte tillgång till Prator. Uppgiften saknades för 41 personer (7 procent).

Patienten bedömdes hemgångsklar i 446 fall (76 procent), delvis hemgångsklar i 44 fall (8 procent) och inte hemgångsklar i 57 fall (10 procent). Uppgiften saknades för 37 personer (6 procent). I de sammanlagt 101 fall då patienten inte helt varit hemgångsklar hade anledningar till detta registrerats. Se diagrammet nedan.



Bland övriga orsaker kan nämnas: Avsaknad av eller bristfällig informationsöverföring, nutritionsordination ej fullständig, egenvårdsbeslut saknas, bristfällig rehabilitering, patienten ovillig att medverka.

#### Samarbete med slutenvård och vårdcentral

287 av 541 (53 procent) angav att samarbetet med slutenvården fungerat bra medan 46 (nio procent) angav att kommunikationen via Prator varit bristfällig och ytterligare 89 (17 procent) angav att samarbetet varit mindre bra på något annat sätt. I 94 (17 procent) av patientfallen hade man inte haft någon kontakt med slutenvården. I 16 (tre procent) av fallen visste man inte hur samarbetet fungerat.

Endast 78 av 542 (14 procent) angav att samarbetet med vårdcentralen fungerat bra medan 16 (tre procent) angav att kommunikationen via Prator varit bristfällig och ytterligare 20 (fyra procent) angav att samarbetet varit mindre bra på något annat sätt. I 401 (74 procent) av patientfallen hade man inte haft någon kontakt med vårdcentralen. I 24 (fyra procent) av fallen visste man inte hur samarbetet fungerat.

Bland saker som inte fungerade nämns att kommunerna "beställer" insatser från landstinget och att slutenvården bedömt att patienten ska till korttidsplats medan kommunen har en annan uppfattning. Avsaknad av bedömning om hjälpmedel behövs, återkommer också som problem i samarbetet.

#### Kommentarer till frågan om vad som kan förbättras i samarbetet:

*Att riktlinjen för samverkan vid in- och utskrivning blir känd av alla.*

*Patient ska ha Fragminsprutor under en period, patienten klarar inte detta själv. Skickas hem en lördag utan egenvårdsintyg eller uppdrag till hemsjukvården så hemtjänsten får lösa allt. Om sjukhuset ordinerar en behandling kanske de ska se till att patienten får den?*

*Epikris, läkemedelsberättelse och medicinlista stämde ej överens. Vid telefonkontakt med avdelningen så får vi svaret att läkaren inte har tid och att de inte kommer att ordna felen eller skicka ny medicinlista.*

...men ibland fungerar allt...

*Det var toppenbra vid det här ärendet. Tiden jag fick för patientens hemgång av sjukhuspersonalen stämde precis.*

*Allting fungerade bra. Tydlig rapportering, alla journalhandlingar fanns med och stämde och läkemedel var medskickade (nästan allt).*

## Resultat från den kvalitativa analysen

De kvalitativa svaren omfattar både specifik information som kommentar till andra frågor och mer omfattande reflektioner kring utskrivning, samverkan och kommunikation. Fyra teman identifierades i analysen: Informationsflöden och -processer, principer i samverkan, relation och profession och konsekvenser.

Tre olika verksamhetsformer ingår i studien. Ett syfte med analysen var att identifiera skillnader och likheter mellan grupperna och hur de upplever processen kring utskrivning och samverkan.

- Såväl slutenvården som öppenvården upplever att de saknar kunskap om patientens insatser från hemsjukvården, samt att kommunen ibland inte kvitterar meddelanden i kommunikationsverktyget Prator.
- Såväl öppenvården som kommunen har en tendens att tolka processer som mer komplexa än slutenvården. Att det finns brister på detta område framgår också av att slutenvården ser möjligheter till förbättring inom området.
- I regel bedömer öppenvården och kommunen att det är en mer komplex situation än vad slutenvården gör.

### Informationsflöden och -processer

För att informationsflödet skall fungera behövs vissa resurser. När patienter skrivs ut från slutenvården kan det finnas behov av samordning av insatser och en gemensam planering mellan olika verksamheter. Detta underlättas av verktyg, som Prator, som är ett kommunikationsverktyg som används av både landsting och kommun. Ibland saknas vital information i Prator, som att en patient skrivits ut från behandlande avdelning. I detta stycke lyfts brister i rutiner vid användningen av Prator och vid hemgång generellt. I följande stycke lyfts brister som knyts till samordnad individuell plan och de genererade processerna.

Motsvarande problem lyfts upp av såväl landstingets primärvård som omfattas av vårdcentraler och öppenvårdspsykiatri, slutenvården och kommunerna.

#### *Prator*

Prator är centralt som verktyg för information mellan verksamheter.

Det finns de som framhåller att verktyget fungerar bra, åtminstone när det gäller den övergripande samverkan mellan olika verksamheter. Här ingår dock inte anhöriga, vilket gör att de kan glömmas bort.

*Bra kommunikation ändå genom PRATOR mellan oss vårdgivare. Anhöriga glömdes bort!*

*Mycket bra, hela kommunikationen mellan alla parter, kommun, vårdcentral och distriktsköterska har fungerat mycket bra i PRATOR.*

Det finns några punkter där kommunikationen brister. Det gäller specifika processer (färgmeddelanden) och rutiner eller en generell upplevelse av att informationen som fås är knapphändig.

När verktyget inte används som mottagaren önskar uppstår friktion och ibland en viss frustration. Det kan leda till merarbete för mottagaren men också konsekvenser för patienten/brukaren. Svårigheten med verktyget knyts till de som använder det och inte i huvudsak till själva funktionaliteten i sig. Från medarbetare inom slutenvården framgår dock att det är en brist att verktyget inte kan användas om en SIP ligger öppen.

*Fick en överrapportering flera dagar efter att brukaren åkt hem. Fick då överrapporteringen i informationsmeddelandet i SIP:en och inte i PRATOR. Borde ha fått en överrapportering i samband med hemgång och som extrameddelande i PRATOR i stället.*

Det är inte alltid som Prator används, även andra verktyg finns för samverkan mellan verksamheter. Bland de övriga sätten för samverkan nämns den paramedicinska överrapporteringen, gemensam vårdplanering och telefonsamtal mellan olika verksamheter. Även personliga besök nämns.

*Prator har inte använts alls, förbättring blir att använda Prator så som tänkt. Överrapportering (bra sådan) skedde via telefon ett par timmar innan patienten åkte hem.*

*Det framgår också att instrument och verktyg som Prator inte kan ersätta muntliga rapporter helt och hållet. Det har sina fördelar att kunna prata direkt med kollegerna inom de andra verksamheterna.*

### **Processer**

Utskrivningsprocesserna färgmarkeras i Prator för att ange behov av (nyttillsatta) insatser vid utskrivning. Som tidigare beskrivits innebär grön process att det finns få eller inga nyttillkomna insatser som behöver startas samma dag som personen blir utskriven från slutenvård. Gul process anger att insatser ska startas samma dag som hemgång och röd process anger stor komplexitet och behov av mycket omfattande insatser. I Prator har dock även grå process införts informellt vilket kan förstås som förvirrande för mottagare. Inom öppenvården lyfts också fram att informationen behöver omfatta diagnos eller orsak, något som ibland saknas.

*Bort med grå färg då det ej tillhör PRATOR/SIP och skriva orsak/diagnos ... inte medicin-övrigt, det säger inte mig som sjuksköterska på vårdcentralen någonting.*

Även processer som inte färgmarkerats identifieras av öppenvården och kommunen som ett problem, samt processer som färgmarkerats på felaktigt sätt. Ibland kan felmarkering handla om att processfärgen borde ha ändrats, men att den inte gjort det under vårdtidens gång. I regel handlar det om att öppenvården och kommunen tolkar en situation som en röd process, när slutenvården färgmarkerat processen som gul.

Kritiken från öppenvården och kommunen gällande hur slutenvården brister i sin processfärgsättning får medhåll av slutenvården.

### **Rutiner och innehåll**

Vilka som involveras i samverkan relateras till vilka behov patienten har. Inom slutenvården anges att behov av hjälp i hemmet är anledning till initiativ till samverkan. Detta kan leda till att biståndshandläggare kontaktas, för att sedan besöka patienten och besluta om hemtjänst. Möjligheterna är flera. Ibland behövs utökade insatser. I andra fall är det enklare. Patienten återgår till insatser som fanns före vistelsen på sjukhus. Slutenvården beskriver samarbete med såväl kommun som öppenvården, där patienten återgår till särskilt boende eller till hemtjänstinsatser. I något fall sker samarbetet med öppenvården i första hand.

När rutiner inte följs uppstår frustration. Frustrationen gäller bland annat meddelanden som inte kvitteras och därför uppstår en osäkerhet kring utskrivandeprocessen och huruvida information kommit fram eller ej. Detta gäller såväl sluten- som öppenvård i relation till kommunen, men också kommunen i relation till slutenvården.

*Bor på boende. Sjuksköterskan ej kvitterat meddelande från inskrivning till utskrivning. Ingen info från sjuksköterska i PRATOR. Info från arbetsterapeut var bra.*

*Skrivit extra meddelande i prator om att pat går hem med samma insatser som tidigare, men har inte fått svar på flera dagar.*

Ibland saknas väsentlig information från slutenvården som mottagaren av meddelande i Prator upplever är särskilt viktig, som vilken diagnos som identifierats eller patientens epikris, men också patientens status vid utskrivning och behov av uppföljning.

*Ytterligare information om patientens funktionsstatus och behov samt se över rutin för i vilket skick pat skickas hem! Pat saknade hjälpmedel för att klara sig säkert i bostaden, betydligt mer hade kunnat förberedas för en säkrare och tryggare hemgång.*

I samband med inskrivning i slutenvård upplever såväl sluten- som öppenvården att det finns bristande information. Slutenvården anger bristande information kring befintliga medicinska insatser, medan öppenvården beskriver att det finns brister i information om inskrivningsorsak. Slutenvården efterfrågar information från främst kommunen, men även från öppenvården.

*Det hade varit önskvärt med tidigare information om vilka insatser pat. hade i hemmet sedan tidigare för att kunna göra bedömning av process. Pat. kunde inte själv redogöra för detta och det blev svårt att göra en planering utan information från kommunen, vilket kom efter att vi efterfrågat den.*

*Vore bra med svar om aktuell behandlare/fast vårdkontakt/handläggare både i öppenvård och kommun.*

Särskild vikt läggs vid behov av kunskap om patienten skrivs ut till eget boende, korttidsboende och i så fall vilket. Samtidigt lyfter slutenvården fram vikten av att ha en god kommunikation mellan kommun och slutenvård för att kunna avgöra om korttidsplats är ett alternativ när patienten fått slutenvård i samband med tidigare korttidsboende.

Även på ett mer generellt plan önskas mer rapportering och mer information om planering för eftervård. Dessutom nämns att patienter bör få skriftlig information vid utskrivning.

Åsikter framförs också om behov av rutiner kring hur kallelser går till. I dagsläget kan kallelser ske både via telefon/fax eller genom Prator. Önskemål finns om att tydliggöra denna rutin.

*Användande av SIP/PRATOR vid kallelse. Eller så ska vi kalla varandra via telefon och fax, fungerar det med. Men vi behöver bestämma vilket vi gör. Beslut tycks saknas för samverkan med psykiatrins öppen- respektive slutenvård.*

### **Hemgång**

En särskild aspekt som lyfts av flera inom öppenvården är tillfällen där information om hemgång saknas helt.

*Framgår inte i Prator att patienten blivit utskriven men patienten är utskriven*

Information om utskrivning kan i vissa fall antingen komma senare genom personlig kontakt, eller genom utskrivningsmeddelanden som kommer långt efter att hemgång skett. En person berättar också att inremiss saknas trots att slutanteckningen anger att en sådan skickats och utskrivningsmeddelande kom först efter påminnelse. Rent generellt nämns också att inremiss till öppenvården bör skickas i samband med utskrivning. Därtill framkommer att tid för hemgång

inte ändrats i Prator när utskrivning tidigarelagts. Flera exempel ges när datum i planen och faktiskt utskrivningsdatum inte stämmer överens och där informationen är bristfällig.

*Det har varit oklart när patienten gått hem. Vi har fått information att han var utskrivnen tidigare än han var, vilket gjort att vi försökt kontakta via telefon redan innan han kom hem. Saknades även telefonnummer till honom i informationen från avdelningen.*

#### **Avsaknad av information om kommunala insatser**

Medarbetare i öppenvården beskriver att det saknas information om kommunala insatser. Det blir därför ibland oklart om hemsjukvården är involverad eller inte och även om detta kan framgå av Prator, blir samordningen av insatser i komplexa ärenden lidande. Denna uppfattning delas av medarbetare inom slutenvården.

*Det framgår sällan eller aldrig av utskrivningsrapport eller av SIP om pat ska ha hemsjukvård.*

Särskilt lyfts en process fram där öppenvården förblir omedveten om patienter som skickas vidare till korttidsboende och vilka uppdrag andra vårdgivare har. Öppenvården kan exempelvis förbli oinformerad om att en patient får spolning av dränage av hemsjukvården. Detta leder till onödigt arbete och dubbla processer när öppenvården också planerar för denna insats.

Det är inte bara hemsjukvårdsinsatser det saknas kunskap om. Vid ett tillfälle hade plats på särskilt boende ordnats, utan att slutenvården var informerad om det. Information om att så var fallet gick via anhörig.

Var ansvaret för information om kommunala insatser ligger varierar. Dels saknas uppgifter i SIP om kommunal hemsjukvård efter hemgång och dels informerar inte kommunen vilka insatser patienter har, anser öppenvården.

Trots beslut om flytt till korttidsboende kan initiativ tas kring uppföljning och genomförande av SIP på avdelningen.

*Det fungerar inte alls, sjukhuset meddelar inte när patienterna går till kortis. Fortsätter att skicka SIP initiativ för uppföljning.*

#### **Avsaknad av överrapportering arbets- och fysioterapi**

Medarbetare i kommunerna lyfter fram att det finns särskilda brister gällande överrapporteringen från arbets- och fysioterapin, vilket inkluderar information kring hjälpmedelsbehoven som patienten eventuellt har. I flera fall saknas överrapportering helt och i andra fall sker överrapporteringen för sent.

Därtill är det viktigt att överrapporteringen när den sker, sker i tid före hemgång, men också i nära anslutning till denna.

*Patienten bör hinna träffa fysioterapeut/arbetsterapeut för att stämma av så att aktuella förflyttningar fungerar/aktuella hjälpmedel finns innan hemgång. Överrapportering till kommun bör ske i nära anslutning till hemgång (skrevs ut 6 dagar innan överrapportering kom med fax). Rätt transport hem efter behov. Fick nu själv ta sig upp för trapp utan att ha provat detta innan hemgång.*

## Principer i samverkan

Trots vissa brister i information och underlag uppfattas samarbetet generellt som bra från flera medarbetares sida inom öppenvården, både gällande slutenvård och kommunal verksamhet. Flera goda exempel ges.

*Fungerat bra och avdelningen har haft direktkontakt med hemtjänsten, då ingen förändring i insatser behövdes.*

*Fungerade optimalt med ORT MSE. Telefonkontakt samt via Prator.*

Bakomliggande strukturer påverkar processer kring utskrivning. Principer som rör en fluiditet och anpassning av de strukturer som finns, men också principer om tydlighet. När ansvarsfördelning eller informationen är otydlig skapas förutsättningar för missförstånd och samverkan försvåras.

### *Anpassning av kontaktvägar*

I vissa fall etablerades kontakten direkt mellan avdelningen och kommunen utan inblandning av öppenvården. Personer boende på särskilt boende med full service har exempelvis inte särskilt stort behov av inblandning från öppenvården.

Vägarna in till slutenvården kan ske på flera sätt. Ibland sker det genom kommunal sjuksköterska på särskilt boende och ibland genom specialenheter som mobila äldreakuten.

Ibland sker förändringar i beslut och anpassning till nya förhållanden. Den processen kan förstås som komplex och det kan medföra behov av dialog kring en patient. En person från öppenvården berättar om ett tillfälle när sjukhuset tog beslut om ansvarsövertagande (läkemedel) och det initiala beslutet om hemgång inte kunde genomföras som först var planerat:

*... blev till slut beslut taget på sjukhuset om ansvarsövertagande. Hon skulle först gå hem inför en helg med bara insulinhjälp som hon inte haft tidigare. Egenvårdsintyg sedan tidigare stämde inte. Hon fick till slut mer hjälp innan hemgång men fick vara kvar längre då.*

### *Oklarhet gällande orsaker till beslut*

Trots att samverkan fungerar väl finns några processer som förblir något oklara. Huvudansvaret för utskrivna patient lyfts i ett fall av öppenvården, där orsaken till avdelningens bedömning att patienten skulle vårdas i hemmet var oklar.

*Var först grön, sedan gul och sedan grön igen. Patienten var i behov av matleverans annars endast trygghetslarm. Behov av omläggning av sår och avdelningen uppgav att detta måste ske i hemmet. vet ej varför hon inte kunde komma till VC då hon inte var i behov av mer hjälp i hemmet. När jag ringer får jag information om att allt är bra och att "flickorna" har lagt om såret hemma så hon var så nöjd.*

Det förekommer också att insatsen inte verkar överensstämma med det som står i meddelandetexten. En person i öppenvården önskar därför information om orsaken bakom beslut om att en patient skall få vård i hemmet och inte på vårdcentralen, då meddelandetexten indikerar detta som en möjlighet. En liknande otydlighet beskrivs av medarbete inom slutenvården i relation till inskrivningsmeddelandet från kommunen, där de befintliga medicinska insatserna är tvetydiga, vilket kräver flera kontakter mellan kommunen och slutenvården.



### *Samordnad individuell plan*

När insatser från flera instanser behövs genomförs ibland ett SIP-möte för att underlätta samarbetet. SIP hör samman med den röda processen som relateras till komplexa behov. SIP kan emellertid också bli aktuellt vid andra processer, särskilt om patienten själv önskar det.

*Åkte hem med samma hemtjänst som innan sjukhusvistelse. En önskan om en SIP i hemmet därav initiativ till SIP trots GRÖN process.*

Ibland blir det dubbla processer om flera initiativ till SIP-möte tas. Tidpunkten för när ett SIP-möte hålls kan bli avgörande. En patients mående och behov kan förändras över tid.

*SIP 23/1 och hemgång 21/2 - för lång tid emellan och därmed för stor skillnad i status på SIP respektive hemgång.*

I andra fall blir det ingen SIP, trots identifierade behov. Om patienten själv inte vill ha ett sådant möte får inte heller ett sådant möte hållas. Avsaknad av SIP-möte behöver dock inte betyda att samverkan inte sker. Samarbete kan ändå ske kring patienten och dennes behov.

Det händer att kallelse till SIP-möte kommer utan att det tydligt framgår vad mötet gäller.

Som nämnts faller hemsjukvården ofta bort vid SIP-möten och det förblir otydligt kring en del frågor, som just hemsjukvårdsansvar och patientansvar.

*Tydligare dokumentation av samtliga närvarande vid inneliggande SIP, ej enbart kring hemtjänstinsatser, saknas hemsjv ansvar, pat ansvar.*

Det finns ett problem med gamla SIP-initiativ som ligger öppna i Prator.

*Inget sip- initiativ skickat då ett gammalt låg kvar. Se till att gamla sip åtgärdas så nytt kan skickas.*

### *Beredskap hos mottagare*

För att mottagande verksamheter (öppenvård och kommun) skall vara förberedda önskas information om status. En medarbetare inom öppenvården beskriver ett behov av att få veta att aktuella patienter befinner sig inom slutenvården, något som inte alltid framgått, för att kunna planera arbetet.

När kännedom om vistelse inom slutenvården finns önskas vidare kunskap om planerad hemgång. Detta meddelas ibland med mycket kort varsel, eller först efter hemgång redan skett.

Även när kommunikationen fungerar och information om exempelvis hemgång finns kan informationsöverföringen ibland ske senare än vad öppenvården ser som lämpligt. Detta kan leda till att hjälpmedel som behövs inte skickats med och att patienten blir lidande. Denna bild bekräftas av medarbetare i kommunen som också erfarit att hjälpmedel inte varit klara eller inte följt med trots att de föreskrivits.

*Hon fick ett utklardatum den 5/2, medan hjälpmedel var inte på plats och redo att användas förrän eftermiddagen den 9/2. Lyft, vårdsäng, mobil duschstol, gåbord, ReTurn (denna levererades inte als i tid utan vi i kommunen fick åtgärda detta i efterhand).*

Ibland är det emellertid patienten själv som föredrar att åka hem tidigare och det kan leda till att vissa hjälpmedel inte hinner startas upp före hemgång.

Kommunen å sin sida lyfter fram en problematiserande bild av denna process. Hjälpmedel, träning och lämpliga medarbetare behöver koordineras och sådant tar tid. Dessutom är patienten inte alltid färdigbehandlad vid tiden för planerad hemgång och kan vara "i för dåligt skick". Det kan med andra ord också handla om att det första datumet varit framstressat och därför bör ändras.

Här ingår också att handläggare inte alltid fått information i tid för att träffa patienten före hemgång och att fysioterapeut och arbetsterapeut inte kopplats in eller inte kopplats in i tid. Även felaktiga bedömningar hos sändande verksamhet kan föranleda svårigheter vid hemgång, liksom individuella beslut tagna av patienten själv.

*Patienten behövde vård men ville inte medverka i sin vård. Skrev ut sig själv.*

Inte heller SIP är en garant för en smidig vårdkedja. En sak som bidrar till detta är att en bristande beredskap hos kommunen medför att patienter blir kvar i slutenvården längre än planerat. Detta beror enligt öppenvården på att SIP-mötet i regel hålls samma dag som patienten är utskrivningsklar och att det i sin tur medför en fördröjning då kommunen behöver tid att förbereda inför hemgång.

Samtidigt beskriver slutenvården att mottagaren (kommunen) inte är förberedd och behöver lång tid för anpassning, vilket kan leda till att relativt enkla processer blir mer komplexa och att sjukhusvistelsen för patienten förlängs.

*Denna dam var från början GUL. Och skulle få en SIP i hemmet men hon var inte känd sedan tidigare av kommunen. Hon skulle ha lite tillsyn och hjälp med dusch. Då blev hon plötsligt en röd process och vårdtiden ökade för henne på avdelningen. Tråkigt att man inte kunde ha denna SIP i hemmet.*

### **Patientens rätt till information**

Patientens rätt till information lyfts fram av medarbetare i kommunen. Det kan förstås som att det finns brister och att alla patienter inte får information om planering och hemgång.

*Att bedömning om vilka hjälpmedel som krävs vid utskrivning är gjord och att patienten är informerad om det.*

### **Profession och relation**

Svårigheter i samverkan kan härledas till flera springande punkter. Brister i vilken information som ges till vem och när, men också upplevelser av andra professionsgrupper och personliga relationer spelar roll. Det som kan försvåra samarbete är dessutom rent konkreta saker som att man saknar kontaktuppgifter eller liknande. Av den anledningen blir också Prator viktigt som redskap.

*Saknade telefonnummer till hemtjänsten.*

*Att hemtjänsten/vårdcentralen samt distriktssköterskorna har mer koll i PRATOR så att kommunikationen kan föras där, då det vid det här tillfället ej finns något nummer till diverse.*

### **Förväntningar på andra professionsgrupper/verksamheter**

Mycket av samverkan hänger på att enskilda medarbetare gör som de lovat och följer gemensamt uppställda rutiner. När dessa brister, uppstår irritation och i vissa fall riskerar även patienterna att fara illa. Bland berättelserna finns både positiva och negativa erfarenheter av

samverkan vid utskrivning. Flera åsikter handlar om brister som man uppfattar hos professionsgrupper eller enskilda personer som antingen inte gör som de lovat eller som arbetar i "stuprör" och därmed inte bidrar till samverkan. Dessa synpunkter lyfts fram av samtliga grupper. Synpunkterna gäller professionsgrupper men också enskilda verksamheter, som speciella avdelningar.

*doktorer måste se till att läkemedelslistan är korrekta och tydliga. Många frågetecken fanns och kontakt med doktor fick tas.*

*Beställa hjälpmedel direkt så patienten får det så snart som möjligt. Inte bara påtala vad som behövs - dvs. lägga en beställning som kommunen måste verkställa - se till att beställa direkt och sedan ta hjälp av kommunen att lämna ut hjälpmedlen om det inte hunnit komma patienten tillhanda under vårdtiden på sjukhuset.*

Det finns ett behov av gränsdragning mellan verksamheterna, så att den ena verksamheten inte går in och talar om för patienten och anhöriga vilka insatser från en annan verksamhet som patienten har behov av. Däremot bör de andra verksamheterna kunna förmedla kontakt med rätt person inom annan verksamhet.

Inom slutenvården beskrivs att tiden för verkställande från kommunens sida upplevs som lång.

Medarbetare i kommunen beskriver ett behov av förbättrad kommunikation från slutenvården och bättre framförhållning från slutenvårdens sida. En tolkning är att medarbetare i kommunen önskar få förståelse för komplexiteten i arbetet och de bedömningsprocesser som ingår i samband med utskrivning till kommunala insatser.

*Biståndshandläggare fick väldigt lite information om personens hälsa förutom frakturen. Personen skrevs in 3 februari men vi fick först inskrivningsmeddelande, utskrivningsrapport och utskrivningsklar den 12 februari. Nästan omöjligt att hinna prata med personen vad den vill ansöka om. Besluta vad personen har rätt till, informera hemtjänsten om vilken hjälp personen har behov av och sedan planera in hemgång på så kort tid.*

*Får muntlig rapport. Efterfrågar kost men får ingen rapport på något avvikande, står inte heller i prator. När patienten kommer har dietist ordinerat lättuggad E-kost + trögflytande dryck + näringsdrycker med förtjockningsmedel. Viktigt att det framgår så rätt kost kan beställas hem innan. Har även KAD där man önskar att KAD ska dras på korttidsboende, detta borde ha diskuterats och provats innan utskrivning. Framgår inte om försök har gjorts.*

Grunden är emellertid att riktlinjer som finns för samverkan i samband med in- och utskrivning faktiskt är kända av alla som ingår i vården och omsorgen om den enskilde.

### **Ansvarsfördelning**

Vem som bär ansvar för vad är inte bara viktigt som principfråga utan kan också tolkas relatera till kompetensområde. Ibland inbegriper det också ett edukativt inslag. Hur omfattande det ansvaret är från slutenvårdens sida är något oklart.

*Vi behöver bli bättre på att planera för utskrivning med sond, ta reda på vilka som kan hantera det och om man inte kan, snabbt få hit personal för upplärning. En fråga, hur omfattande är vårt ansvar, hur många behöver vi lära upp?*

Medarbetare inom öppenvården upplever att det är felaktigt att det är biståndshandläggaren som bestämmer om SIP är aktuellt när det gäller medicinska behov som kräver insatser. I vissa situationer är det inte klart vem som har ansvaret

*Patienten har personlig assistans. Svårt att veta hur man gör då patienten bedömer att timmarna hon har inte kommer att räcka till. Patienten hade telefonnummer till sin biståndshandläggare så jag kunde kontakta henne direkt och hon såg till att omfördela timmarna så att patienten fick den hjälp hon behövde för att kunna gå hem.*

Även vad som anses vara egenvård och vad som ska klassas som hemtjänstinsatser lyfts som en oklar fråga i ett fall. När egenvårdsintyg saknas uppstår också problem. Med andra ord, missas en detalj från en part kan det ge merarbete för andra.

*Efter utskrivning men samma dag (180213) var det oklart hur kund skulle få hjälp med sina sprutor som var nyttillkommen information för handläggare att hon hade. Även olika besked från avdelningen huruvida detta är egenvård eller hemsjukvård. Kan ej betraktas som hemgångsklar vid utskrivning när detta inte är klart.*

I vissa fall finns också tveksamheter kring tagna beslut, som varför enbart en viss utredning gjorts och om det finns planer på uppföljning. En tolkning är också att medarbetare inom kommunen har frågor angående slutenvårdens ansvar för hjälpmedel som skickas med.

*Enligt kontakt med ansvarig arbetsterapeut kan de inte göra mer än förskriva hjälpmedlet. Om hjälpmedlet kommer med i flytten eller inte kan de inte göra något åt. En patient med sår i sacrum borde komma tillsammans med sin madrass.*

## Konsekvenser

Medarbetarna uppfattar att det finns konsekvenser av såväl explicita processer som samverkan i utskrivningsprocessen mer generellt. Det har tidigare beskrivits att processer som rör samverkan kan leda till att patienter faller mellan stolarna eller blir kvar inom slutenvården längre än beräknat. Problem i kommunikationen eller bristfällig information kan också leda till förvirring och merarbete, något som främst lyfts fram av medarbetarna i kommunen.

*Det saknas utskrivningsmeddelande samt läkemedelslista och insulinpennor beroende på att läkaren inte var informerad om flytten 5/2 på förmiddagen. Jag hade skrivit i Prator 1/2 och även ringt till avdelningen och meddelat att han får komma 5/2 på förmiddagen. Mycket onödiga samtal och väntan på att kunna göra sitt jobb.*

*När man kallar en patient för inläggning på avdelningen (ringer 2 gånger) och patienten kommer dit, så är det bra om det finns plats på avdelningen som patienten är kallad till. Detta medförde att patient kom till sjukhuset för inläggning på utsatt tid men får till svar att det inte finns plats för inläggning och han blir tvungen att åka hem igen. Detta medför också taxikostnader för patienten som har en väldigt dålig ekonomisk situation.*

## Upplevelser hos patienter

Hur patienterna upplever processen kring utskrivning framkommer i några av svaren. Medan en medarbetare i öppenvården beskriver att patienten är nöjd, beskriver någon annan osäkerhet och oro hos en annan patient.

*Hembesök gjordes inte från avdelningen vilket gjorde att patienten inte kände sig säker nog att åka hem till sin egna lägenhet eftersom hon inte visste om hjälpmedlen skulle fungera i hennes bostad. Pat uppger också att hon inte erbjöds kontakt med biståndshandläggare/hjälp av hemtjänst.*

Det är inte bara medarbetare på de olika verksamheterna som önskar få kännedom om hur planeringen ser ut kring hemgång. En patient beskrivs ha blivit missnöjd när framförhållningen var kort.

#### *Följder av brister i utskrivningsprocessen*

När det uppstår problem i samverkansprocessen kring utskrivning kan en möjlig följd bli att patienterna inte får rätt stöd när de kommer hem eller att medicinering uteblir under några dagar. Användandet av en checklista föreslås för att undvika förvirring hos patienterna.

*Innan pat går hem, skall man använda sig av en checklista tex. och se att allt som går att förbereda är klart. Så slipper vi missöden som att personal står och väntar, saknas läkemedel, finns ej lm lista, ej recept skrivna, mm. Detta gör patienten osäker och ger en sämre trygghet. Samt slösande av resurser vid fel tillfälle.*

## **Bilagor**

Bilaga 1. Informationsbrev till deltagande enheter vecka fem till åtta, 2018

Bilaga 2. Svarande enheter

Bilaga 3. Den kvalitativa analysen inklusive alla citat som ligger till grund för denna

## Prioritera ifyllande av looparna vecka 5,6,7 och 8!

### Information till dig som arbetar med att fylla i "looparna" för Trygg och effektiv utskrivning

#### Baslinjemätningen med hjälp av enkäter 2017

I månadsskiftet januari – februari 2017 fyllde många av verksamheterna inom kommun och landsting i Sörmland i enkäter med frågor som utgick från riktlinjerna för Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. FoU i Sörmland bearbetade och sammanställde resultatet i rapporten "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvården. Baslinjemätning vecka fem och sex, 2017", som finns att tillgå på FoU i Sörmlands hemsida.

Riktlinjerna till Trygg och effektiv utskrivning hittar du här:

<http://www.landstingetsormland.se/extra-ingang/Samarbetspartners/Narvard/Trygg-och-effektiv-utskrivning-fran-sluten-varld/>

Rapporten från Baslinjemätningen hittar du här: <http://www.fou.sormland.se/media/102751/trygg-och-effektiv-utskrivning-baslinjematning-2017.pdf>

#### Uppföljning med hjälp av looparna 2018

För att följa upp resultatet av förra årets mätning ska en ny mätning göras fr.o.m. måndagen den 29 januari t.o.m. söndagen den 25 februari 2018, d.v.s. under vecka fem till och med åtta. Denna mätning görs med hjälp av data från de s.k. loopar som medarbetarna i landsting och kommun fyller i då utskrivning sker från slutenvården. **Det är därför viktigt att prioritera arbetet med att fylla i looparna under mätperioden.**

#### Fördelen med uppföljning via looparna

Det underlättar för medarbetarna att det inte används enkäter vid denna mätning, eftersom det inte blir några extramoment. Ifyllande av looparna ingår ju i det ordinarie arbetet.

#### FoU i Sörmland bearbetar uppgifterna i looparna

FoU i Sörmland kommer att samla in och bearbeta uppgifterna i looparna samt ansvara för sammanställningen. Rapporten utifrån sammanställningen kommer att läggas på FoU i Sörmlands hemsida under våren.

Ansvariga för bearbetning är Hans Eriksson, statistiker och Helena Forssell, utvecklingsledare.

Vid frågor kontakta:

[helena.forssell@fou.sormland.se](mailto:helena.forssell@fou.sormland.se) Tel.nr. 070-622 24 46

Vänliga hälsningar

Helena Forssell

**Tack för din hjälp!**

## Bilaga 2.

### Deltagande verksamheter/enheter i uppföljningen av baslinjemätningen

Landstinget

Slutenvård

*Mälarsjukhuset*

Avd 36 lunga

Avd 36 infektion

Ava

Geriatrisk avdelning

Hia

Njuravdelning

Ortopedisk avdelning

Strokeavdelning

Avd 20 Vuxenpsykiatri

Avd 22 Vuxenpsykiatri

*Kullbergska sjukhuset*

Avd 1 Stroke- och medicinavdelning

Avd 2A Ortopedi-, kirurgi- och geriatrikavdelning

Avd 2B Hjärt- och medicinavdelning

*Nyköpings lasarett*

AVA

Geriatrisk avdelning

Kirurgisk avdelning

Medicinsk avdelning

Strokeavdelning

Psykosavdelning

Psykiatriska intensivvårds- och beroendeavdelningen

Psykiatrisk allvårdsavdelning



## Vårdcentraler

Bagaregatan

City

Ekensberg

Flen Centrum

Flen vårdcentral

Fröslunda

Gnesta

Linden

Malmköping

Mariefred

Mäster Olof

Nävertorp

Oxelösund

Skiftinge

Smeden

Stadsfjärden

Strängnäs vårdcentral

Torshälla

Trosa

Tunafors

Unicare Strängnäs

Vingåker

Vår vårdcentral

Åsida

## Psykiatrisk öppenvård

Allmänpsykiatriska team 1, Katrineholm

Allmänpsykiatriska team 2, Katrineholm

Psykosteamet, Katrineholm

Psykiatriska mottagningen, Eskilstuna

Psykiatriska mottagningen, Strängnäs

Psykosmottagningen, Nyköping

## Kommunerna

### Deltagande enheter i kommunerna

Samtliga kommuner har registrerat i looparna. Dessa ger dock inte möjlighet att, i sin nuvarande form, visa resultat från enskilda verksamheter/enheter. Det framgår ändå att vissa kommuners verksamheter/enheter rapporterat sparsamt eller inte alls medan andra, som t.ex. Oxelösund, rapporterat förhållandevis många loopar.

Nedan redovisas vilka verksamheter i de olika kommunerna som registrerat loopar.

Eskilstuna: Vård- och omsorgsboende, Korttidsboende, Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst och Boende med särskild service (Socialpsykiatri).

Flen: Vård- och omsorgsboende, Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst, Hemtjänst/boendestöd.

Katrineholm: Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst/boendestöd.

Vingåker: Korttidsboende.

Gnesta: Vård- och omsorgsboende, Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst/boendestöd.

Nyköping: Vård- och omsorgsboende, Korttidsboende, Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst/boendestöd.

Oxelösund: Vård- och omsorgsboende, Korttidsboende, Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst/boendestöd.

Strängnäs: Hemsjukvård, Bistånd, Hemtjänst/boendestöd.

Trosa: Hemsjukvård, Bistånd.

## METOD

De öppna svaren analyserades med en kvalitativ komparativ tematisk metod där teman sammanställdes utgående från de öppna frågorna och deras manifesta innehåll. Tre olika grupper av informanter jämfördes sedan för att kvalitativa skillnader och likheter skulle kunna identifieras. Visst latent innehåll har skrivits fram som tolkningar.

I följande text används *öppenvård* som begrepp för öppenvård psykiatri och vårdcentraler, *slutenvård* omfattar sjukhus och *kommuner* beskriver kommunala verksamheter och deras företrädare.

## RESULTAT

De kvalitativa svaren omfattar både specifik information som kommentar till andra frågor och mer omfattande reflektioner kring utskrivning, samverkan och kommunikation. Fyra teman identifierades i analysen: Informationsflöden och -processer, principer i samverkan, relation och profession och konsekvenser.

Tre olika verksamhetsformer ingår i studien. Ett syfte med analysen var att identifiera skillnader och likheter mellan grupperna och hur de upplever processen kring utskrivning och kring samverkan.

- Såväl sluten- som öppenvården upplever att de saknar kunskap om patientens insatser från hemsjukvården, samt att kommunen ibland inte kvitterar meddelanden i kommunikationsverktyget Prator.
- Såväl öppenvården som kommunen har en tendens att tolka processer som mer komplexa än slutenvården. Att det finns brister på detta område framgår också av slutenvården som ser möjligheter till förbättring inom området.
- I regel bedömer öppenvården och kommunen att det är en mer komplex situation än vad slutenvården gör.

### Informationsflöden och -processer

För att informationsflödet skall fungera behövs vissa resurser. När patienter skrivs ut från slutenvården kan det finnas behov av samordning av insatser och en gemensam planering mellan olika verksamheter. Detta underlättas av verktyg, som Prator, som är ett kommunikationsverktyg som används av både landsting och kommun. Ibland saknas vital information i Prator, som att en patient skrivits ut från behandlande avdelning. I detta stycke lyfts brister i rutiner vid användningen av Prator och vid hemgång generellt. I följande stycke lyfts brister som knyts till samordnad individuell plan och de genererade processerna.

Motsvarande problem lyfts upp av såväl landstingets primärvård som omfattas av vårdcentraler och öppenvård psykiatri, slutenvården och kommunerna .

### Prator

Prator är centralt som verktyg för information mellan verksamheter.

Det finns de som framhåller att verktyget fungerar bra, åtminstone när det gäller den övergripande samverkan mellan olika verksamheter. Här ingår dock inte anhöriga, vilket gör att de kan glömmas bort.

**Bra kommunikation ändå genom prator mellan oss vårdgivare. Anhöriga glömdes bort! (öppenvården)**

**Inget [behöver förbättras] (slutenvård)**

Mycket bra, hela kommunikationen mellan alla parter, kommun, VC och DSK har fungerat mycket bra i prator (slutenvård)

Det finns några punkter där kommunikationen brister. Det gäller specifika processer (färgmeddelanden) och rutiner, vilket vi återkommer till, eller en generell upplevelse av informationen som fås är knapphändig.

**Knapphändig information via PRATOR inför utskrivningen. (öppenvården)**

**vet egentligen ingenting om pat. ...//... Bristfällig info i prator**

När verktyget inte används som mottagaren önskar så uppstår friktion och ibland en viss frustration. Det kan leda till merarbete för mottagaren men också konsekvenser för patienten/brukaren. Svårigheten med verktyget knyts till de som använder det och inte i huvudsak till själva funktionaliteten i sig. Från medarbetare inom slutenvården framgår dock att det är en brist att verktyget inte kan användas om en SIP (samordnad individuell plan) ligger öppen.

Fick en överrapportering flera dagar efter brukaren åkte hem. Fick då överrapporteringen i informationsmeddelandet i SIP:en och inte i prator. Borde ha fått en överrapportering i samband med hemgång och som extra meddelande i prator istället. (kommun)

Prator, då pat[ienten] hade en öppen SIP [samordnad individuell plan] som gjorde att vi inte kunde göra något. (slutenvården)

Det är inte alltid som Prator används, utan även andra verktyg finns för samverkan mellan verksamheter. Vi kommer att återkomma till samordnad individuell plan (SIP). Bland de övriga sätten för samverkan nämns den paramedicinska överrapportering, gemensam vårdplanering och telefonsamtal mellan olika verksamheter. Även personliga besök nämns.

Vid tiden för SIP-möte har patienten inte haft inskrivningssamtal med läkare och kan därför inte ta ställning till vad hon vill ansöka om. Mycket oklart om vilken fortsatt medicinsk behandling som är aktuell. Jag får besöka patienten igen några dagar senare för att ta emot ansökan om insatser vid utskrivning. (kommun)

Prator har inte använts alls, AT eller SG/FT har ej fått överrapportering i någon form. Ssk fick överrapportering innan hemgång.

Prator har inte använts alls, förbättring blir att använda Prator så som tänkt. Överrapportering (bra sådan) skedde via telefon ett par timmar innan patienten åkte hem.

Det framgår också att instrument och verktyg som prator inte kan ersätta muntliga rapporter helt och hållet. Det har sina fördelar att kunna prata direkt med kollegerna inom de andra verksamheterna.

**I och för sig ska väl Prator användas fullt ut, men muntlig rapport är absolut bäst!**

## **Processer**

Utskrivningsprocesserna färgmarkeras i Prator för att ange behov av (nyttillsatta) insatser vid utskrivning. En grön process t.ex., anger att det finns få eller inga nyttillkomna insatser som inte behöver startas samma dag som personen blir utskriven från slutenvård. Gul process anger att insatser skall startas upp samma dag som hemgång och röd process anger stor komplexitet och behov av mycket omfattande insatser. I prator har dock även grå process införts informellt vilket kan förstås som förvirrande för mottagare. Inom öppenvården lyfts också fram att informationen behöver omfatta diagnos eller orsak, något som ibland saknas.

Bort med grå färg då det ej tillhör Prator/SIP och skriva orsak/diagnos... inte medicin-övrigt, det säger inte mig som ssk på vc någonting.... (öppenvården)

Meddelande i Prator grå process som ej finns samt ingen info om varför pat[ienten] inneliggandes på sjukhus... (Öppenvård)

Fick fråga efter processfärg. Inskrivningsorsak angiven som axel och ingen diagnos. (öppenvård)

Ej processfärg. Preliminärt utskrivningsdatum dagen efter som pat. läggs in i PRATOR. Utskrivningsmeddelande skickas först 3 dagar efter att patienten har gått hem. Svarar ej på mina meddelanden om tex. processfärg osv. (öppenvård)

Fattas information om varför patienten är inlagd (kommun)

Även processer som inte färgmarkerats identifieras av öppenvården och kommunen som ett problem, samt processer som färgmarkerats på felaktigt sätt. Ibland kan felmarkering handla om att processfärgen borde ha ändrats, men att den inte gjort det under vårdtidens gång. I regel handlar det om att öppenvården och kommunen tolkar en situation som en röd process, när slutenvården färgmarkerat processen som gul.

Ej angett process från avdelningen i Prator. Behöver förbättras från avdelningen.(Öppenvård)

Process färg saknas samt inl.orsak (står övrigt) I övrigt ok. Personen var planerad till korttidsplats men vägrade detta varvid nytt beslut och nya kont. fick ske.

...// märka patienten med en färg så man ser vilken process det är.(Öppenvård)

Fel processfärg, SIP innan hemgång dvs röd process.(Öppenvård)

Vald process gul, men var egentligen röd.(öppenvård)

Vald process var röd under hela vårdtillfället men patienten gick hem utan SIP. Processfärgen borde ha ändrats.(Öppenvård)

Under tio dagar har patienten blivit återinlagd 2 gånger. Totalt två gröna hemgångar och tillslut (efter tjat från anhöriga) blivit röd. Skrivs in i Prator efter vårdplaneringen på sjukhuset. Sjukgymnast har ej varit inkopplad. Skulle behövt trappträning, då patienten bor ca 8 trappsteg upp utan hiss.

Angiven process vid inskrivning var röd vilket inte stämde, det var en gul process då det inte krävdes VPL på sjukhuset. Enligt utskrivningsmeddelande gick patient hem 180125, han var dock inte utskrivningsklar förrän 180126. Han gick inte hem förrän 180130 enligt uppgift från anhöriga. (kommun)

Avdelningen bedömde gul vilket medförde stark stress för pat. som inte kunde redogöra för sin situation. Processen ändrades från gul till röd på kommunens begäran. (kommun)

Biståndshandläggares bedömning utifrån riktlinjerna var att slutenvården i detta fall borde ha sammankallat till en SIP enligt röd inskrivningsprocess.(kommun)

Blev "kallad" att besöka pat 19/1+22/1 för att planera snar utskrivning (utan process färg och utan vanlig kallelse från vpl-teamet) Pat blev kvar på grund av kompl. och åter besök av handl. 14/2, går hem 15/2 med hemtj dagligen, trygghetslarm samt egnevårdsintyg. Kan tycka att denna person skulle haft röd process.

Framgår att kunden blev utskriven 29/1 likt de preliminära hemgångsdatumet i inskrivningsmeddelandet, men datum för UK var inte förens 31/1 i en grön process. Skrevs ut 29/1. (kommun)

Patienten borde varit gul, SIP i hemmet hade fungerat.(kommun)

Kritiken från öppenvården och kommunen gällande hur slutenvården brister i sin processfärgsättning får medhåll av slutenvården.

Vi hade inte angett process på patienten. (slutenvård)

Ej angett process från avdelningen i Prator. Behöver förbättras från avdelningen.(slutenvård)

### **Rutiner och innehåll**

Vilka som involveras i samverkan relateras till vilka behov som patienten har. Inom slutenvården anges att behov av hjälp i hemmet är anledning till initiativ till samverkan. Detta kan leda till att biståndshandläggare kontaktas som sedan besöker patienten och beslutar om hemtjänst. Möjligheterna är flera. Ibland behövs utökade insatser. I andra fall är det enklare. Patienter återgår till insatser som fanns före vistelsen på sjukhus. Slutenvården beskriver samarbete med såväl kommun som öppenvården, där patienten återgår till särskilt boende eller till hemtjänstinsatser. I något fall sker samarbetet med öppenvården i första hand.

Hem med tidigare insatser (slutenvård)

Patienten är i behov av nyinsatta insatser vid utskrivning (slutenvård)

skickat ett initiativ då patienten behöver nya/utökade insatser vid utskrivning (slutenvård)

När rutiner inte följs uppstår frustration. Frustrationen gäller bland annat meddelanden som inte kvitteras och därför uppstår en osäkerhet kring utskrivandeprocessen och hurvida information kommit fram eller ej. Detta gäller såväl sluten- som öppenvård i relation till kommunen, men också kommunen i relation till slutenvården.

*Bor på boende. SSK [sjuksköterska] ej kvitterat meddelanden från inskrivning till utskrivning. Ingen info från ssk [sjuksköterska] i Prator.(Öppenvård)*

Bor på boende. SSK ej kvitterat meddelanden från inskrivning till utskrivning. Ingen info från ssk i Prator. Info från arb.ter, vilken var bra. (slutenvård)

Bor på SÄBO. Ej kvitterade meddelanden finns fortfarande kvar. Svårt med kommunikationen i Prator när man inte får bekräftat av mottagaren. (slutenvård)

Skrivit extra meddelande i prator om att pat går hem med samma insatser som tidigare, men har inte fått svar på flera dagar (slutenvård)

Försökt skicka meddelande till hemtjänst, ingen kvittens och inget svar. I övrigt fungerat bra. (slutenvård)

Information och kvittering av meddelanden av ssk på SÄBO. (slutenvård)

Att avd. personal ska svara på frågor som man skriver i prator. (slutenvård)

Ibland saknas väsentlig information från slutenvården som mottagaren av meddelande i Prator upplever är särskilt viktig, som vilken diagnos som identifierats eller patientens epikris, men också patientens status vid utskrivning och behov av uppföljning.

Får ej information om aktuell diagnos, övrigt anges. (öppenvård)

Önskar tydligare prel. diagnos vid inskrivning (ortopedi övrigt)

Uppdaterad funktionsförmåga som stämmer överens med den faktiska situationen. Någon form av anamnes hade varit bra. "Buk" säger ingenting. Vid samtal med personal på avdelninge framkom betydligt mer information. Tacksamt om informationen kunde finnas i utskrivningsrapporten istället.

Epikris till läkare väsentligt att ej missa för uppföljning. (öppenvård)

epikris, läkemedelsberättelse och medicin lista stämde ej överens. med tel kontakt till avdelningen så får vi svaret att läkaren inte har tid och att de inte kommer att ordna felen eller skicka en ny medicinlista.(kommun)

Läkarepikrisen var bristfällig, saknades diagnoskoder och läkemedelsberättelse. Alla ordinerade läkemedel var inte medskickade (symbicort, spiriva, viscotears mm).

Tydligare epikris om planerad uppföljning av vem.(epikirs)

gärna info om vad patienten vårdats för, patientens status vid utskrivning, samt om det är något speciellt som ska följas upp(öppenvård)

Informera och sända remiss på vad som gjorts och inte gjorts. Vad som skall göras(öppenvård)

inremiss Vc först efter påminnelse (öppenvård)

Kontrollera att läkemedelslistorna verkligen stämmer och att det är tydliga patientinstruktioner på ÖV-listan

Att läkarens slutanteckning ska följa med patienten (kommun)

Korrekta egenvårdsintyg och bedömning kring detta innan personen räknas som hemgångsklar. Ej gjort i detta fall (kommun)

Mer individuell information till kortvårdspersonalen om patientens psykiska ohälsa/sjukdom.

Mer information från avdelningen. Vi visste inte ens om att patienten hade åkt hem.

Mer information om hälsotillstånd anamnes

Mer information om hälsotillstånd och förtydligad information om behov av stöd

Inkommer först uppgift att sip kan ske i hemmet, sedan ska pat. överflyttas till annat sjukhus då pat. är förvirrad. Sedan kan inte pat. flyttas pga smitta på avd. då hem istället trots förvirring och akuta insatser får sättas in då pat. inte haft dagliga insatser från hemtjänsten, ingen rapport lämnas över till hemsjukvård eller rehab trots att pat. var/är

förvirrad. Utskrivningsmeddelande kommer flera dagar senare. Anhöriga blir uppringda från avd. flera ggr och de vill bla ha telefonnr. till hemtjänst. Vilket biståndshandläggare skriver in i inskrivningsmeddelandet.

Ytterligare information om patientens funktionsstatus och behov samt se över rutin för i vilket skick pat skickas hem! Pat saknade hjälpmedel för att klara sig säkert i bostaden, betydligt mer hade kunnat förberedas för en säkrare och tryggare hemgång.

I samband med inskrivning i slutenvård upplever såväl sluten- som öppenvården att det finns bristande information. Slutenvården anger bristande information kring befintliga medicinska insatser, medan öppenvården beskriver att det finns brister i information om inskrivningsorsak. Det är främst kommunen som efterfrågas information av slutenvården, men även öppenvården nämns.

Inskrivningsorsak angiven som axel och ingen diagnos. (öppenvård)

Det hade varit önskvärt med tidigare information om vilka insatser pat. hade i hemmet sedan tidigare för att kunna göra bedömning av process. Pat. kunde inte själv redogöra för detta och det blev svårt att göra en planering utan information från kommunen, vilket kom efter att vi efterfrågat den.(slutenvård)

Har ej fått något besked från kommunen om fastvårdkontakt eller liknande (slutenvård)

Vore bra med svar från kommunen/socialtjänster om vilka pågående insatser pat har. (slutenvård)

Vore bra med svar om aktuella behandlare/fast vårdkontakt/handläggare både i öppenvård och kommun. (slutenvård)

Inskrivningsorsak: "Övrigt" Fick ingen fullständig överrapportering enligt överrapporteringsmallen från At/Ft [arbetsterapeut/fysioterapeut]. (kommun)

En särskild vikt läggs vid behov av kunskap om patienten skrivs ut till eget boende, korttidsboende och i så fall vilket.

meddela vart patienten tar vägen, när, till vilket kortis, (öppenvård)

Viktigt med att informera VC när pat. går till korttidsboende. (öppenvård)

Samtidigt lyfter slutenvården fram vikten av att ha en god kommunikation mellan kommun och slutenvård för att kunna avgöra huruvida korttidsplats är ett alternativ när patienten fått slutenvård i samband med tidigare korttidsboende.

Pat. som återgick till KTB [korttidsboende]. Önskvärt med återkoppling om hur länge platsen finns kvar så att vi vet om vi kan skicka tillbaka pat. till KTB efter sjukhusvistelse. Ser olika ut i olika kommuner (slutenvård)

Även på ett mer generellt plan önskar mer rapportering och mer information om planering för eftervård. Dessutom nämns att patienter bör få skriftlig information vid utskrivning.

saknar mer information om ex planeringen för eftervård. Nya kontakter. Önskar mer rapportering. (öppenvård)

Tydlig planering från inblandade kliniker och skriftlig info till pat vid utskr. (öppenvård)

Åsikter framförs också om behov av rutiner kring hur kallelser går till. I dagsläget kan kallelser ske både via telefon/fax eller genom Prator. Önskemål finns om att tydliggöra denna rutin.

Användande av SIP/prator vid kallelse. Eller så ska vi fortsätta att kalla varandra via telefon och fax, fungerar med. Men vi behöver bestämma vilket vi gör. Beslut tycks



saknas för samverkan med psykiatrins öppen resp slutenvård (kommun)

### Hemgång

En särskild aspekt som lyfts av flera inom öppenvården är tillfällen där information om hemgång saknas helt.

Framgår inte i Prator att patienten blivit utskriven men patienten är utskriven.(Öppenvård)

Oklart när pat går hem. (öppenvård)

Pat. ej utskriven i Prator måste titta i journalen för att veta vad som hänt. (öppenvård)

Information om utskrivning kan i vissa fall antingen komma senare genom personlig kontakt, eller genom utskrivningsmeddelanden som kommer långt efter att hemgång skett. En person berättar också att inreremiss saknas trots att slutanteckningen anger att en sådan skickats och utskrivningsmeddelande kom först efter påminnelse. Rent generellt nämns också att (inre)remiss till öppenvården bör skickas i samband med utskrivning. Därtill framkommer att tid för hemgång inte ändrats i prator när utskrivning tidigarelagts. Flera exempel ges när datum i planen och faktiskt utskrivningsdatum inte stämmer överens och där informationen är bristfällig.

- bättre rapportering i prator. Ringde avd inför hemgång. (Öppenvård)

Önskar att det hade stått i extrameddelandet när patienten planerades åka hem. (öppenvård)

Ej meddelat att patienten gått hem. Kommer fram av inremiss till läkaren ca 6 dagar senare. (Öppenvård)

Fick påminna om att skicka utskrivningsmeddelande. Ej fått någon inremiss till oss trots att det står i deras slutanteckning (öppenvård)

Samt väsentligt med remiss till VC. (öppenvård)

Patienten gick hem innan prel. utskrivningsdatum, men datumet ändrades aldrig i Prator. (öppenvård)

Utskrivningsdatum ändrades aldrig skriftligt i Prator. Prel. ut datum 9/2 men pat. gick hem 14/2. (öppenvård)

skicka utmeddelande samma dag som patienten skrivs ut och inte 3 dagar efter utskrivning(öppenvård)

UK [utskrivningsmeddelande] skrevs först idag ca 2 v senare att pat var utskriven 2/2, idag är det den 14/2.(öppenvården)

Utskrivningsmeddelande skickat fyra dagar efter att patienten skrevs ut. (öppenvård)

Det har varit oklart när patienten gått hem. Vi har fått information att han var utskriven tidigare än han var, vilket gjort att vi försökt kontakta honom via telefon redan innan han kom hem. Saknades även telefonnummer till honom i informationen från avdelningen. (kommun)

Framgår i Prator att kund var UK 180219 men blev utskriven 180216. (kommun)

Framgår i Prator att kund är UK 180219 men blev utskriven 180217. Viktigt att det blir rätt datum.

Det framkommer att pat. är i behov av utökade insatser. Pat. går hem och 2 dagar senare fylls uppgifter i att pat. gått hem för 2 dagar sedan.

Jag fick inte information om att hemgången var uppskjuten.

Att pat var utskriven och gått hem kom 3 dagar senare och då som extrameddelande.

Kunden åkte in till lasarettet den 11/2 men hon dök aldrig upp i prator för mig hon skrevs ut idag den 16/2 det meddelandet fick jag av arbetsterapeut som ringde från sjukhuset

### **Avsaknad av information om kommunala insatser**

Medarbetare i öppenvården beskriver att det saknas information om kommunala insatser. Det förblir därför ibland oklart om hemsjukvården är involverad eller inte och även om detta kan framgå av Prator så blir samordningen av insatser i komplexa ärenden lidande. Denna uppfattning delas av medarbetare inom slutenvården.

Det framgår sällan eller aldrig av utskrivningsrapport eller av SIP [samordnad individuell plan] om pat[ienten] ska ha hemsjukvård. (Öppenvård)

I den SIP som skrivs på sjukhuset framgår ALDRIG om pat ska ha insatser från hemsjukvården. (Öppenvård)

Ingen information om pat. har kontakt med SSK i i HSV.  
kontakt med öppenvården (slutenvård)

Särskilt lyfts en process fram där öppenvården förblir omedvetna om patienter som skickas vidare till korttidsboende eller vilka uppdrag andra vårdgivare har. Öppenvården kan t.ex. förbi omedvetna om att en patient får spolning av dränage av hemsjukvården. Detta leder till onödigt arbete och dubbla processer när öppenvården också planerar för denna insats.

Bättre information önskas gällande planering och utskrivning. Gärna information om att Hemsjukvården har kontaktas för spolning av dränage etc. så att vi ej behövt planera för detta. (Öppenvård)

Det är inte bara hemsjukvårdsinsatser som det saknas kunskap om. Vid ett tillfälle hade plats på särskilt boende ordnats, något som slutenvården var omedvetna om. Information om att så var fallet gick via anhörig.

Information när patienten är välkommen till SÄBO. Fick info. från Frun om att plats fanns. Ingen info till oss vi fick ringa och fråga om allt stämde. (slutenvård)

Var ansvaret för information om kommunala insatser ligger varierar. Dels saknas uppgifter i SIP om kommunal hemsjukvård efter hemgång och dels informerar inte kommunen, anser öppenvården, att vilka insatser som patienter har.

Det framgår aldrig av SIP från sjukhuset om pat ska ha insatser av hemsjukvård. (Öppenvård)

Ej fått någon information från kommunen om vilka insatser pat[ienten] har. (Öppenvård)

Trots beslut om flytt till korttidsboende kan initiativ tas kring uppföljning och genomförande av samordnad individuell plan (SIP) på avdelningen.

Det fungerar inte alls, sjukhuset meddelar inte när patienterna går till kortis [korttidsboende]. Fortsätter att skicka SIP [samordnad individuell plan] initiativ för uppföljning. (Öppenvård)

### **Avsaknad av överrapportering arbets- och fysioterapi**

Medarbetare i kommunerna lyfter fram att det finns särskilda brister gällande överrapporteringen från arbets- och fysioterapin, vilket inkluderar information kring hjälpmedelsbehoven som patienten eventuellt har. I flera fall saknas överrapportering helt och i andra fall sker överrapporteringen för sent.

Bättre överrapportering vad gäller status och hjälpmedelsbehov.

Inte fått någon överrapportering från kollega FT på sjukhus

Kontakt från arbetsterapeut/fysioterapeut till kommunens arbetsterapeut/fysioterapeut i ett tidigare skede hade varit önskvärt.

Överrapportering från paramedicin efter sjukhusvistelse, i detta fall fick jag ingen överrapportering.

Överrapportering från Rehab.

Överrapportering var skriven till både arbetsterapeut och fysioterapeut i kommunen men skickades endast till fysioterapeuten. Önskar även att överrapporteringen skickas till arbetsterapeut.

Finns inte i prator alls. Otydligheter kring förskrivna hjälpmedel från arbetsterapeut på MSE - frångår förskrivansvaret?

Bedömning av behov av eventuella insatser från rehab efterfrågas.

ingen överrapportering från arbetsterapeut eller sjukgymnast

Därtill är det viktigt att överrapporteringen när den sker, sker i tid före hemgång, men också i nära anslutning till denna.

-Patienten bör hinna träffa fysioterapeut/arbetsterapeut för att stämma av så att aktuella förflyttningar fungerar/aktuella hjälpmedel finns innan hemgång. -Överrapportering till kommun bör ske i nära anslutning till hemgång (skrevs ut 28/1, överrapportering kom med fax 2/2). -Rätt transport hem efter behov (fick nu själv ta sig upp för trapp utan att ha provat detta innan hemgång).(kommun)

### **Principer i samverkan**

Trots vissa brister i information och underlag så uppfattas samarbetet generellt som bra från flera medarbetares sida inom öppenvården, både gällande slutenvård och kommunal verksamhet. Flera goda exempel ges.

Det var toppen bra vid det här ärendet. Tiden jag fick utav sjukhuspersonal som han skulle komma hem stämde precis (kommun)

Fungerat bra och avdelningen har haft direktkontakt med hemtjänsten, då ingen förändring i insatser behövdes. (kommun)

Inget. Fungerade optimalt med ORT MSE. Telefonkontakt samt via Prator (kommun)

allting fungerade bra, tydlig rapportering, alla journalhandlingar fanns med & stämde och läkemedel var med skickade (nästan allt).

Detta stycke handlar om bakomliggande strukturer som påverkar processer kring utskrivning. Principer som rör en fluiditet och anpassning av de strukturer som finns, men också principer om tydlighet. När ansvarsfördelning eller informationen är otydlig skapas förutsättningar för missförstånd och samverkan försvåras.

### **Anpassning av kontaktvägar**

I vissa fall etablerades kontakten direkt mellan avdelningen och kommunen utan inblandning av öppenvården. Personer boende på särskilt boende med full service har t.ex. inte särskilt stort behov av inblandning från öppenvården.

Har inte haft mycket kontakt med VC [vårdcentralen] och har nu kommit till korttidsboende (Öppenvård)

Pat som är boende på SÄBO. Är ej nödvändigt för samordning-ssk [sjuksköterska] på vc [vårdcentral] att ha mycket samarbete då pat[ienten] har redan fulla insatser i och med SÄBO [särskilt boende]. Nödvändig info OK i prator då misstanke om inskick till slutenvård har skett från ssk i SÄBO.. (Öppenvård)

Kontakt direkt med hemsjukvården utan att behöva gå via VC. (slutenvården)

Vägarna in till slutenvården kan ske på flera sätt. Ibland sker det genom kommunal sjuksköterska på särskilt boende och ibland genom specialenheter som mobila äldreakuten.

blev inskriven via mobila äldreakuten vilket fungerade bra. Hade inte kontakt under vårdtillfället. Hade önskat mer rehab innan hemgång. (Öppenvård)

Ibland sker förändringar i beslut och anpassning till nya förhållanden. Den processen kan förstås som komplex och det kan medföra behov av dialog kring en patient. En person från öppenvården berättar om ett tillfälle när sjukhuset tog beslut om ansvarsövertagande (läkemedel) och det initiala beslutet om hemgång inte kunde genomföras som först var planerat:

blev till slut beslut taget på sjukhuset om ansvarsövertagande. Hon skulle först gå hem inför en helg med bara insulinhjälp som hon inte haft tidigare. Egenvårdsintyg sedan tidigare stämde inte. Hon fick till slut mer hjälp innan hemgång men fick vara kvar längre då. (Öppenvård)

### **Oklarhet gällande orsaker till beslut**

Trots att samverkan fungerar väl finns några processer som förblir något oklara. Huvudansvaret för utskrivna patienter lyfts i ett fall av öppenvården, där orsaken till avdelningens bedömning att patienten skulle vårdas i hemmet förblev oklar.

Var först grön, sedan gul och sedan grön igen. Patienten var i behov av matleverans annars endast trygghetslarm. Behov av omläggning av sår och avdelningen uppgav att detta måste ske i hemmet. vet ej varför hon inte kunde komma till VC då hon inte var i behov av mer hjälp i hemmet. När jag ringer får jag information om att allt är bra och att "flickorna" har lagt om såret hemma så hon var så nöjd. (Öppenvård)

Anger gul process, tar initiativ till SIP [samordnad individuell plan] och sedan skickas patienten till Korttidsboende, varför ? (Öppenvård)

Det förekommer också att insatsen inte verkar överensstämma med det som står i meddelandetexten. En person i öppenvården önskar därför information om orsaken bakom beslut om att en patient skall få vård i hemmet och inte på vårdcentralen, då meddelandetexten indikerar detta som en möjlighet. En liknande otydlighet beskrivs av medarbetare inom slutenvården i relation till inskrivningsmeddelandet från kommunen, där de befintliga medicinska insatser är tvetydliga, vilket kräver flera kontakter mellan kommunen och slutenvården.

Ge information om varför hon inte kunde ge sig till Vc då det tolkades i deras meddelande att hon skulle kunna göra detta (öppenvården)

I inskrivningsmeddelandet från kommunen står det att patienten inte har några medicinska insatser. Dock skriver SSK från kommunen att patienten har det, utan att skriva exakt vad. Detta innebär att det blir mycket skrivande fram och tillbaka för att fråga VAD patienten har hjälp med, istället för att kommunen kunde ha gjort det från första början.(slutenvård)

Handläggare har ej fått kännedom om inskrivningsorsak eller vilken process trots att handläggare efterfrågat detta vid två tillfällen i meddelande i Prator.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

När insatser från flera instanser behövs genomförs ibland ett SIP-möte (samordnad individuell plan) för att underlätta samarbetet. SIP hör samman med den röda processen som relateras till komplexa behov. SIP kan emellertid också bli aktuellt vid andra processer, särskilt om patienten själv önskar det.

Åkte hem med samma HT som innan sjukhusvistelsen. En önskan om en SIP i hemmet därav initiativ till SIP trots GRÖN process.

Ibland blir det dubbla processer om flera initiativ till SIP-möte tas.

Initierat SIP för att sedan haft ett Möte/SIP på avd. avd. Ej avstyrat initierat SIP vad jag kan läsa mig till. (öppenvården)

flytta över SIP uppföljning till kortis eller ta bort det (öppenvården)

När tiden för SIP hålla kan bli avgörande. En patients mående och behov kan förändras över tid.

SIP 23/1 och hemgång 21/2 - för lång tid emellan och därmed för stor skillnad i status på SIP respektive hemgång. (kommun)

I andra fall blir det ingen SIP, trots identifierade behov. Om patienten själv inte vill ha ett sådant möte får inte heller ett sådant möte hållas. Avsaknad av SIP-möte behöver dock inte betyda att samverkan inte sker. Samarbete kan ändå ske kring patienten och dennes behov. Detta berättar en medarbetare från slutenvården.

Pat. vill inte själv ha SIP trots att detta bedöms vara lämpligt. Stort behov av samordning, flera olika insatser inblandade. Viktigt att detta sker i hemmet. En bra dialog har dock skett ändå och det blev ett bra samarbete. (slutenvård)

Borde kallat till SIP. Fick akut träffa kund i hemmet dagen efter hemkomst. (kommun)

Det händer att kallelse till SIP-möte kommer utan att det tydligt framgår vad mötet gäller.

Vc fått kallelse till SIP med ingen information om vad det gäller, vilket man ej heller kan utläsa i utskrivn. rapporten. (öppenvården)

Som nämnts faller hemsjukvården ofta bort vid SIP-möten och det förblir otydligt kring en del frågor, som just hemsjukvårdsansvar och patientansvar.

Tydligare dokumentation av samtliga närvarande vid ineliggande SIP, ej enbart kring

hemtjänstinsatser, saknas hemsjv ansvar, pat ansvar. (öppenvården)

Det finns ett problem med gamla SIP-initiativ ligger öppna i prator.

Inget sip- initiativ skickat då det låg ett gammalt sedan tidigare. Utskrivningsklar meddelande kom tidigt utan sip- initiativ. Viktigt att saker görs i rätt ordning.

Inget sip- initiativ skickat då ett gammalt låg kvar. Se till att gamla sip åtgärdas så nytt kan skickas.

### **Beredskap hos mottagare**

För att mottaganden verksamhet (öppenvård och kommun) skall vara förberedda önskas information om status. En medarbetare inom öppenvården beskriver ett behov av att få veta att aktuella patienter befinner sig inom slutenvården, något som inte alltid framgått, för att kunna planera arbetet.

Gärna att vi får reda på att patienten finns på sjukhus innan hemgång. Skulle underlätta mycket i arbete och planering (öppenvården)

Inskrivningsmeddelande kom fem dagar efter inskriven på avd. (dagen innan hemgång).

Meddelande om att patienten är innelagd skall komma första dagen och inte i samband med att han går hem. (öppenvård)

När kännedom om vistelse inom slutenvården finns önskas vidare kunskap om planerad hemgång. Detta meddelas ibland med mycket kort varsel, eller först efter hemgång redan skett.

Meddela hemgångsdag minst 1 dag innan. (öppenvården)

Att slutenvården hör av sig samma dag vid utskrivning till fast vårdkontakt om hur planeringen ser ut och att man inte får veta det från pat[ienten] efter utskrivning.(Öppenvård)

Även när kommunikationen fungerar och information om t.ex. hemgång finns så kan informationsöverföringen ibland ske senare än vad öppenvården ser som lämpligt. Detta kan leda till hjälpmedel som behövs inte skickats med och att patienten blir lidande. Denna bild bekräftas av medarbetare i kommunen som också erfarit att hjälpmedel inte varit klara eller inte följt med trots att de föreskrivits.

Det vore bra om man fick information om patient innan de åker hem. Hemgångsdatum den 12/2 och skrevs in i prator, skrevs ut från prator den 13/2. Det framkommer där att han inte fått med sig all hjälpmedel som skulle ha behövts.(Öppenvård)

Det var ej klart med hjälpmedel. Vårdarsäng behövdes (kommun)

Förskrivet hjälpmedel luftväxlande madrass följde inte med. (kommun)

Hon fick ett utklardatum den 5/2, medan hjälpmedel var inte på plats och redo att användas förrän eftermiddagen den 9/2. Lyft, vårdarsäng, mobil duschstol, gåbord, ReTurn (denna levererades inte als i tid utan vi i kommunen fick åtgärda detta i efterhand).

Ibland är det emellertid patienten själv som föredrar att åka hem tidigare och det kan leda till att vissa hjälpmedel inte hinns med att startas upp före hemgång.

Personen önskade gå hem snarats vilket gjort att vissa hjälpmedel fått vänta och all hjälp inte hunnit startats upp.

Kommunen å sin sida lyfter fram en problematiserande bild av denna process. Hjälpmedel, träning och lämpliga medarbetare behöver koordineras och sådant tar tid. Dessutom är patienten inte alltid färdigbehandlad vid tiden för planerad hemgång och kan vara ”i för dåligt skick”. Det kan med andra ord också handla om att det första datumet varit framstressat och därför bör ändras.

Har ett mycket lågt blodtryck, har inte tränat i trappor. Bor 2 våningar upp. Är insatt på Eliquis har inget halsband. Insatt på Edronax inga läkemedel medskickade. (kommun)

I för dåligt skick för att gå hem. (kommun)

pat. tillstånd psykiskt (kommun)

Patienten var ej färdigbehandlad, ej tillräckligt mobiliserad och rehabiliterad. (kommun)

Patienten var inte klar till första planerade utskrivningsdatum. Hon var väldigt orolig och hade väldigt ont. Därför ändrades utskrivningsdatum. Det gick lite för fort med första planeringen för hemgång (kommun)

Ej klar med träningen. (kommun)

Hemmiljön, Ej anpassad för hemgång.

Inte ha så bråttom att hon skulle komma hem. Andra datumet vi fick gick allt toppen bra

Här ingår att handläggare inte alltid fått information i tid för att träffa patienten före hemgång och att fysioterapeut och arbetsterapeut inte kopplats in eller inte kopplats in i tid.

Fysioterapeut ej varit inkopplad.

ingen ATP [arbetsterapeut] har blivit involverad i hemgången, som i sin tur leder till dåliga arbetsförhållanden för Ht [hemtjänst]personalen (kommun)

Handläggare fick information för sent och hann inte träffa personen innan hemgång. (kommun)

Ingen planering har hunnit gjorts av handläggare då planerad hemgång ändrades med två dagar ca två timmar innan personen gick hem. Akut hembesök i hemmet.

Även felaktiga bedömningar hos sändande verksamhet kan föranleda svårigheter vid hemgång, liksom individuella beslut tagna av patienten själv.

Borde varit ett inläggande möte. Handläggare fick utöka insatser efter ett par timmar åter i hemmet. (kommun)

Patienten behövde vård men ville inte medverka i sin vård. Skrev ut sig själv.(kommun)

Patienten ville inte bli utskriven till öppenvård. Boende i kommunen ej klart vid utskrivning. Skrivs ut till anhörig. (kommun)

Inte heller samordnad individuell plan är en garant för en smidig vårdkedja. En sak som bidrar till detta är att beredskapen hos kommunen inte patienter bli kvar inom slutenvården längre än planerat. Detta beror enligt öppenvården på att SIP-mötet i regel hålls samma dag som patienten är utskrivningsklar och att det i sin tur medför en fördröjning då kommunen behöver tid att förbereda inför hemgång.

Det är lika ofta kommunen som påverkar utskrivningsdatumet som det är sjukhuset. SIP-mötet hålls samtidigt som pat blir utskrivningsklar och då hinner inte kommunen ta hem patienten förrän några dagar senare. (Öppenvård)

Jag vill bara säga att ofta när det faktiska utskrivningsdatumet förändras så handlar det om att kommunen inte kan ta emot på en gång utan att det tar ett tag innan beslut är fattat och sedan ytterligare någon dag innan man pratat m hemtjänstsamordnare och sedan en dag till innan pat verkligen åker hem. Så ser det i alla fall ut i min ände...(Öppenvård)

Samtidigt beskriver slutenvården att mottagaren (kommunen) inte är förberedd och behöver lång tid för anpassning, vilket kan leda till att relativt enkla processer blir mer komplexa och att sjukhusvistelsen för patienten förlängs.

Denne dam var från början Gul. Och skulle få en SIP i hemmet, med hon var inte känd sedan tidigare av kommunen. Hon skulle ha lite tillsyn, och hjälp med dusch. Då blev hon plötsligt en RÖD process och vård tiden ökade för henne på AVD. Tråkigt att man inte kunde ha denna SIP i hemmet. (slutenvård)

Andra skäl till att hemgång inte blivit aktuellt som planerat var, enligt kommunen, att patienten avlidit eller flyttats till annan avdelning.

### **Patientens rätt till information**

Patientens rätt till information lyfts fram av medarbetare i kommunen. Det kan förstås som att det finns brister och att alla patienter inte får information om planering och hemgång.

Att patienten är informerad gällande bedömning om det är aktuellt med fortsatta behandlingar eller ej vid utskrivning.

Hjälpmedel var inte förskrivna vid mötet med BHL. Patienten hade inte klart för sig att hon skulle skrivas ut och att det var därför som BHL kom. Läkaren hade inte haft sista samtalet med patienten.

Att bedömning om vilka hjälpmedel som krävs vid utskrivning är gjord och att patienten är informerad om det.

### **Profession och relation**

Svårigheter i samverkan kan härledas till flera springande punkter. Brister i vilken information som ges till vem och när, men också upplevelser av andra professionsgrupper och personliga relationer spelar roll. Det som kan försvåra samarbete är dessutom rent konkreta saker som att man saknar kontaktuppgifter eller liknande. Av den anledningen blir också Prator viktigt som redskap.

Saknade telefonnummer till hemtjänsten. (slutenvård)

Att hemtjänsten/vc/samt dsk har mer koll i prator så att kommunikationen kan föras där, då det vid det här tillfället ej finns något nummer till diverse (slutenvård)

### **Förväntningar på andra professionsgrupper/verksamheter**

Mycket av samverkan hänger på att enskilda medarbetare gör som de lovat och följer gemensamt uppställa rutiner. När dessa brister uppstår irritation och i vissa fall riskerar även patienterna att fara illa. Bland berättelserna finns både positiva och negativa erfarenheter av samverkan vid utskrivning. Flera åsikter handlar om brister som man uppfattar hos professionsgrupper eller enskilda personer som



antingen inte gör som de lovat eller som arbetar i stuprör och därmed inte bidrar till samverkan. Dessa synpunkter lyfts fram av samtliga grupper.

Synpunkterna gäller professionsgrupper:

att BHL [biståndshandläggare] hör av sig som lovat.(Öppenvård)

Att sjuksköterskor i kommunen är bättre samarbetsvilliga, att om man bestämmer en sak dagen innan med ssk [sjuksköterska] ska det vara så och inte komma med nya påståenden/önskningsar dagen pat[ienten] ska åka hem. (slutenvård)

doktorer måste se till att läkemedelslistan är korrekta och tydliga. Många frågetecken fanns och kontakt med doktor fick tas (kommun)

Men också enskilda verksamheter, som speciella avdelningar.

Kommunikationen med MSE (Mälardalens sjukhus) bristfällig. Svarar ej på meddelande om tex. vilken processfärg patienten har. Utskrivningsmeddelande skickas dagen efter patienten har gått hem.(öppenvård)

Beställa hjälpmedel direkt så patienten får det så snart som möjligt. Inte bara påtala vad som behövs - dvs. lägga en beställning som kommunen måste verkställa - se till att beställa direkt och sedan ta hjälp av kommunen att lämna ut hjälpmedlen om det inte hunnit komma patienten tillhanda under vårdtiden på sjukhuset. (kommun)

Enligt Trygg hemgång och effektiv samverkan har avd 20 ej följt detta eftersom korttids ej fick någon omvårdnadsepikris vid utskrivningen trots samtal med kliniken efter utskrivning.(kommun)

KK [kvinnokliniken] har ingen rutin på Prator och hur de ska kalla till en vpl. (kommun)

Kvinnovård. har visst inte rutin på prator, de har ej sänt oss en kallelse i systemet. Vi kont. vpl-teamet och kommer överrens med dem om att mötas hos pat. Vi vpl tills. med vpl -teamet (fungerar mycket bra med dem!) och sedan avvaktar jag ut-meddelande och det kommer inget, skriver i prator och ringer upp avd. 1/2 och pat har gått hem redan 29 el.30/1.

Anhörig fick ringa sjukhuset och trycka på gällande vpl - sjukhuset la då in inskrivningsmeddelande och ett extra meddelande att en vpl i hemmet behövde ske..

Fick ringa 5 gånger till strokeavdelningen för att försöka få rapportera in patienten till KTB men det dröjde till samma dag hon skulle åka. Bättre om de ringer upp när man ber dem så många gånger.

Det finns ett behov av gränsdragning mellan verksamheterna, så att den ena verksamheten inte går in och talar om för patienten och anhöriga vilka insatser från en annan verksamhet som patienten har behov av.

Att sjukhuset ej ska säga till patient och anhöriga vad patienten har för behov av insatser från kommunen. (kommun)

Vid mötet framkommer att patienten vill ha hjälp med att byta bostad. Ingen ansökan om hemtjänst, larm eller korttidsvistelse inkommer. Avd. behöver stämma av bättre med patienten vad den behöver hjälp med, om det är insatser från dag 1. Detta var egentligen en grön process. Dessutom hjälper inte biståndshandläggare till med hjälp av

byte av bostad.

Däremot bör de andra verksamheterna kunna förmedla kontakt med rätt person inom annan verksamhet.

Han önskade kontakt med BHL, men inget telefonnummer skickades, fick efterfrågas (kommun)

Avdelningen meddelar att kunden är en grön process och önskar SIP i hemmet. Handläggare har även fyllt i att kunden är okänd, därmed inga kontaktuppgifter, men får inga kontaktuppgifter av avdelningen. (kommun)

Inom slutenvården beskrivs att tiden för verkställande från kommunens sida upplevs som lång.

Det dröjde ut på tiden innan beslutet togs om beviljade insatser efter mötet med patient och anhöriga. (slutenvård)

Medan medarbetare i kommunen beskriver ett behov av förbättrad kommunikation från slutenvården och bättre framförhållning från slutenvårdens sida. En tolkning är att medarbetare i kommunen önskar få förståelse för komplexiteten i arbetet och de bedömningsprocesser som ingår i samband med utskrivning till kommunala insatser.

Bättre kommunikation från slutenvården. (kommun)

Biståndshandläggare fick väldigt lite information om personens hälsa förutom frakturen. Personen skrevs in 3 februari men vi fick först inskrivningsmeddelande, utskrivningsrapport och utskrivningsklar den 12 februari. Nästan omöjligt att hinna prata med personen vad den vill ansöka om. Besluta vad personen har rätt till, informera hemtjänsten om vilken hjälp personen har behov av och sedan planera in hemgång på så kort tid.

Får muntlig rapport. Efterfrågar kost men får ingen rapport på något avvikande, står inte heller i prator. När patienten kommer har dietist ordinerat lättuggad E-kost + trögflytande dryck + näringsdrycker med förtjockningsmedel. Viktigt att det framgår så rätt kost kan beställas hem innan. Har även KAD där man önskar att KAD ska dras på korttidsboende, detta borde ha diskuterats och provats innan utskrivning. Framgår inte om försök har gjorts.

I detta fallet efterfrågade både hemtjänst och undertecknad när personen skulle hem i flera omgångar, sedan meddelade sjukhuset endast timmar innan hon skulle hem. Svårt med sådan kort tidsram att fixa hembesök från SAMBO och hemtagning från hemtjänst. Bättre framförhållning så får vi lättare att göra trygg hemgång.

Inga papper medskickat patienten eller mediciner som glömdes på avd. Dokumentationen faxas till boendet dagen efter. Bättre framförhållning borde frigöra mer plats i slutenvården och patienterna kan skickas på fm då sköterska är på plats. Om man skickar samma dag som man rapporterar ska alla mediciner och dokumentation finnas med patienten. Rapport skall ges till sköterska för att säkerställa vad för mediciner som är nyinsatta och ev. måste skickas med till boendet.

Grunden är emellertid att riktlinjer som finns för samverkan i samband med in- och utskrivning faktiskt är kända av alla som ingår i vården och omsorgen om den enskilde.

Att riktlinjen för samverkan vid in -och utskrivning blir känd av alla. (kommun)

### **Ansvarsfördelning**

Vem som bär ansvar för vad är inte bara viktigt som principfråga utan kan också tolkas relatera till

kompetensområde. Ibland inbegriper det också ett edukativt inslag. Hur omfattande det ansvaret är från slutenvårdens sida är något oklart.

Vi behöver bli bättre på att planera för utskrivning med sond, ta reda på vilka som kan hantera det och om man inte kan, snabbt få hit personal för upplärning. En fråga, hur omfattande är vårt ansvar, hur många behöver vi lära upp? (slutenvården)

Att biståndshandläggaren är den som bestämmer om SIP är aktuellt när det gäller medicinska behov som kräver insatser upplever med medarbetare inom öppenvården som felaktigt.

om medicinska behov som kräver insats förändrats så bör inte BHL [biståndshandläggare] få bestämma att ineliggande SIP ej behövs(öppenvård)

I vissa situationer är det inte klart vem som har ansvaret. En medarbetare inom slutenvården beskriver en situation där hen sökte kontakt med biståndshandläggaren efter att patienten gett kontaktuppgifterna för att möjliggöra en hemgång.

Patienten har personlig assistans. Svårt att veta hur man gör då patienten bedömer att timmarna hon har inte kommer att räcka till. Patienten hade telefonnummer till sin biståndshandläggare så jag kunde kontakta henne direkt och hon såg till att omfördela timmarna så att patienten fick den hjälp hon behövde för att kunna gå hem. (slutenvård)

Även vad som anses vara egenvård och vad som skall klassas som hemtjänstinsatser lyfts som en oklar fråga i ett fall. När egenvårdsintyg saknas uppstår också problem. Med andra, ord, missas en detalj från en part så kan det ge merarbete till andra.

Oklart om skötsel av kateter skulle vara egenvård eller hemsjukvård vid utskrivning. (kommun)

Efter utskrivning men samma dag (180213) var det oklart hur kund skulle få hjälp med sina sprutor som var nytillkommen information för handläggare att hon hade. Även olika besked från avdelningen huruvida detta är egenvård eller hemsjukvård. Kan ej betraktas som hemgångsklar vid utskrivning när detta inte är klart.(kommun)

Patient med Fragminsprutor ska ges en period, patient klarar inte detta själv, skickar hem utan egenvårdintyg eller uppdrag till hemsjukvården så hemtjänsten får lösa allt. Detta var en lördag. Om sjukhuset ordinerar en behandling kanske de ska se till att patient får den?

I vissa fall finns också tveksamheter kring tagna beslut. Som varför enbart en viss utredning gjorts och om det finns planer på uppföljning. En tolkning är också att det från medarbetare inom kommunen finns frågor kring ansvaret från slutenvården för hjälpmedel som skickas med.

Det enda som var tveksamt var minnesutredningen, att enbart MMSE genomförts och sedan oklart om remiss var skickad till VC för fortsatt uppföljning. I övrigt mycket bra i helhet.(kommun)

Enligt kontakt med ansvarig arbetsterapeut kan de inte göra mer än förskriva hjälpmedlet. Om hjälpmedlet kommer med i flytten eller inte kan de inte göra något åt. En patient med sår i sacrum borde komma tillsammans med sin madrass.

Ett gemensamt ansvar är att samverka kring patienten. En person inom öppenvården menar att det finns många som arbetar i stuprör trots att de arbetar med samma patienter.

det är många olika läkare och specialiteter som är inblandade, alla bokar och jobbar var för sig. (öppenvård)

## Konsekvenser

Slutligen lyfts här fram konsekvenser av såväl explicita processer som samverkan i

utskrivningsprocessen mer generellt för mottagarna av service, som de uppfattas av medarbetarna. Sedan tidigare har beskrivits att processer som rör samverkan kan leda till att patienter faller mellan stolarna eller blir kvar inom slutenvården längre än beräknat. Problem i kommunikationen eller bristfällig information kan också leda till förvirring och merarbete för medarbetarna, något som främst lyfts fram av medarbetarna i kommunen.

Eftersom patienten är aktuell både för psykiatrin och primärvården borde alla ansvariga vårdgivare först lämna in sina synpunkter gällande pat-s fortsatta vård efter utskrivningen. Sjuksköteska från vårdavdelningen rapporterar att pat ska endast ha ansvarsövertagande på insulin, godman säger samma sak, men när patienten är utskriven kommer epikris där läkaren skriver att ansvarsövertagandet gäller både mediciner och insulin. Det skapar förvirring och merarbete.

Det saknas utskrivningsmeddelande samt läkemedelslista och insulinpennor beroende på att läkaren inte var informerad om flytten 5/2 på förmiddagen. Jag hade skrivit i Prator 1/2 och även ringt till avdelningen och meddelat att han får komma 5/2 på förmiddagen. Mycket onödiga samtal och väntan på att kunna göra sitt jobb.(kommun)

Hjälpmedel för att klara första dagarna hemma saknades, SAMBO var tvungen att komplettera med hjälpmedel och åka flera turer för att hämta dessa. (kommun)

### **Upplevelser hos patienter**

Hur patienterna upplever processen kring utskrivning framkommer i några av svaren. Medan en medarbetare i öppenvården beskriver att patienten är nöjd, så beskriver någon annan osäkerhet och oro hos en annan patient.

nöjd pat(öppenvård)

Hembesök gjordes inte från avdelningen vilket gjorde att patienten inte kände sig säker nog att åka hem till sin egna lägenhet eftersom hon inte visste om hjälpmedlen skulle fungera i hennes bostad. Pat uppger också att hon inte erbjöds kontakt med biståndshandläggare/hjälp av hemtjänst. (kommun)

Brukaren kände sig otrygg vid hemgång.(kommun)

Det är inte bara medarbetare på de olika verksamheterna som önskar få kännedom om hur planeringen ser ut kring hemgång. En patient beskrivs ha blivit missnöjd när framförhållningen var liten.

Patienten fick information några timmar innan utskrivning. Missnöjd med det (öppenvård)

Utskrivningen fungerade dåligt från sjukhuset enligt pat (öppenvård)

### **Följder av brister i utskrivningsprocessen**

När det uppstår problem i samverkansprocessen kring utskrivning kan en möjlig följd bli att patienterna inte får rätt stöd när de kommer hem eller att medicinering uteblir under några dagar. Vid ett tillfälle kallades en patient till avdelning, där det emellertid saknades platser. Detta medförde förutom oro också taxikostnader för den enskilde.

Skickat hem en patient som är förvirrad utan mediciner. Apodos igång efter några dagar.

När man kallar en patient för inläggning på avdelningen (ringer 2 gånger) och patienten kommer dit, så är det bra om det finns plats på avdelningen som patienten är kallad till. Detta medförde att patient kom till sjukhuset för inläggning på utsatt tid men får till svar att det inte finns plats för inläggning och han blir tvungen att åka hem igen. Detta

medför också taxikostnader för patienten som har en väldigt dålig ekonomisk situation.

Förslag för att undvika förvirring och oro hos patienterna föreslås, bland annat genom användande av checklista.

Innan pat går hem, skall man använda sig av en check lista tex. och se att allt som går att förbereda är klart. Så slipper vi missöden som att personal står och väntar, saknas läkemedel, finns ej lm lista, ej recept skrivna, mm. Detta gör patienten osäker och ger en sämre trygghet. Samt slösande av resurser vid fel tillfälle.