

Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård – framgångsfaktorer och utvecklingsområden

- Uppföljning av kommunernas och landstingens arbete med införandet av lagen

Innehållsförteckning

		<i>Sidnummer</i>
Kapitel 1	Sammanfattning	3-10
Kapitel 2	Resultat utifrån sex övergripande frågeställningar	
	1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?	13-19
	2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?	20-34
	3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?	35-41
	4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?	41-250
	5. Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?	51-56
	6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?	57-64
Bilaga	1. Bakgrund till den nya lagen	65
	2. Syfte, metod och avgränsningar	66-68
	3. Kompletterande analyser	69-74

Förord

”Resan har börjat bra - nu måste vi hålla i och hålla ut”

Detta citat beskriver väl hur många verksamhetsföreträdare från både kommuner och landsting beskriver arbetet med att införa nya arbetssätt utifrån lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård som trädde i kraft 1 januari 2018 (2017:612). I stort sett alla kommuner och landsting har infört nya planeringsprocesser och flertalet har också skapat lokala överenskommelser kring kommunernas betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara.

I denna rapport beskrivs resultaten av en uppföljning som genomfördes under oktober-november 2018, knappt ett år efter lagens införande. Uppföljningen fokuserar på effekter av lagen samt på framgångsfaktorer och utvecklingsområden i införandet. Rapporten är strukturerad utifrån sex övergripande frågeställningar som tar sin utgångspunkt i syftet med lagen:

1. *Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?*
2. *Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?*
3. *Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?*
4. *Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?*
5. *Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?*
6. *Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?*

Resultaten baseras på analys av nationell statistik och fördjupade intervjuer med företrädare från landsting och kommuner i tre län. Ambitionen har varit att ta fram allmänt tillämpbara insikter som kan användas som ett konkret stöd i länens fortsatta utvecklingsarbete oavsett landstingets/kommunens storlek, styrning eller samverkansmodell.

Rapporten har tagits fram av Lumell Associates, som överlämnat den till Greger Bengtsson, samordnare SKL, och Maj Rom, projektledare SKL. Lumell Associates står för slutsatserna i rapporten.

Vi vill rikta ett varmt tack till alla från berörda kommuner och landsting, som möjliggjort rapporten genom att bidra med tid och underlag. Ett varmt tack också för expertstöd från Jan-Olov Strandell, konsult, Emma Spak, samordnare för nära vård på SKL, och Mikael Malm, handläggare SKL.

Stockholm, december 2018

Fredrik Lennartsson, avdelningschef för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Sammanfattning

01

- **Uppföljning av införandet av den nya lagen om samverkan vid utskrivning visar bland annat att...**

- ... *samverkan har förbättrats*. Många beskriver början till en kulturförändring, som kännetecknas av att alla aktörer samverkar utifrån den *gemensamma* patientens behov. Det råder nu i högre utsträckning en samsyn kring att slutenvård inte är den mest ändamålsenliga miljön för utskrivningsklara patienter.
- ... *resurser nyttjas mer effektivt inom den somatiska vården*. Andel slutenvårdsplatser inom somatiken som upptas av utskrivningsklara patienter minskade från ca 6,9 procent i januari 2018 till ca 5,9 procent i juli 2018. Detta motsvarar ca 350 vårdplatser per år. Inom somatiken har alla län infört nya arbetssätt och enats om en minskning av antalet frist dagar till lagens backup-lösning eller färre.
- ... *det finns begränsade kunskaper om patienternas delaktighet, självständighet och trygghet har förbättrats*. Det saknas i nuläget nationell statistik och tillgängliga verktyg såsom Webkollen och SIP-kollen används i begränsad omfattning. Verksamhetsföreträdare beskriver hur lagens krav på SIP och fast vårdkontakt verkar för en patientcentrerad ansats, men att fokus i utvecklingsarbetet under detta första år varit på att anpassa verksamheterna efter de nya lagkraven.
- ... *den somatiska vården ligger steget före jämfört med psykiatrin*, med avseende på införandet av nya arbetssätt och nya modeller för kommunernas betalningsansvar. Uppgifterna i vilken utsträckning den nya planeringsprocessen införts inom psykiatrin varierar. 16 av länen har inte nyttjat 2018 för en gradvis övergång till en modell där fristdagarna enligt lagens backup-lösning minskar från 30 till 3 dagar. Till och med juli 2018 har det inte skett någon minskning av andelen vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter inom den psykiatriska heldygnsvården.
- ... *det finns fortsatt behov av att utveckla och etablera de nya arbetssätten*. Två prioriterade områden för kommande år är öppenvårdens roll i patientens planering (fast vårdkontakt) och Samordnad Individuell Plan (SIP)

- **För att bibehålla de goda effekterna och accelerera arbetet med kvarstående utvecklingsområden krävs bland annat att...**

- ...*samtliga parter inser att det finns mer kvar att göra och fortsätter utvecklingsarbetet*. Detta behöver fortsätta tills alla delar är på plats och är en naturlig del av verksamheternas arbete.
- ... *den nationella och regionala uppföljningen utvecklas* för att möjliggöra fördjupad förståelse och faktabaserad grund för fortsatt utvecklingsarbete.
- ... *IT-systemen utformas och rullas ut* så att de ger ett stöd genom *hela* planeringsprocessen för patienter inom somatiken *och* psykiatrin.
- ... *styreffekterna av de olika modellerna för att fastställa kommunernas betalningsansvar följs upp och utvärderas*. Det finns idag skillnader med avseende på bland annat beräkningsmodell för frist dagar och det har ännu inte utvärderats vilken effekt detta ger på till exempel medelvårdtid för utskrivningsklara patienter, antal 0-dagar eller kommunernas planeringsförutsättningar.

Sex frågeställningar som tar sin utgångspunkt i syftet med lagen

6) Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?

SIP ska genomföras med berörda parter och användas som utgångspunkt för den enskildes långsiktiga plan för vård- omsorgsinsatser.

1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?

Förbättrad samverkan samt en mer proaktiv och samordnad planeringsprocess genom nya arbetssätt. Nya arbetssätt och arenor för samverkan ska skapa en effektivare planeringsprocess och bättre samverkan mellan huvudmän och verksamheter

5. Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?

Fast vårdkontakt i öppenvården ska utses när behov finns. Den fasta vårdkontakten ska ansvara för den enskildes långsiktiga planering och samordna den enskildes vård- och omsorgsinsatser.

2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?

Minskad tid för övergång mellan slutenvård och öppenvård samt kommunal vård och omsorg. Den enskilde ska skrivas ut så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömer att hen är utskrivningsklar och mottagande verksamheter ska vara väl förberedda för fortsatt vård och omsorg.

4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?

Den enskilde ska få samma proaktiva stöd oavsett om det är somatiska eller psykiatriska behov. Till exempel anger lagen samma backup-lösning gällande kommunernas betalningsansvar, om inte annat överenskommit i lokalt avtal

3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?

Den enskilde ska känna sig delaktig i planering av sin vård och omsorg. Detta ska syfta till att öka självständigheten och tryggheten hos den enskilde.

Sammanfattning av resultat

Resultat från uppföljningen



1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?

Samverkan har förbättrats och planeringsprocessen har blivit mer proaktiv och effektiv. Många beskriver början till en kulturförändring, som kännetecknas av att alla aktörer samverkar utifrån den *gemensamma* patientens behov. Det råder nu i högre utsträckning en samsyn kring att slutenvård inte är den mest ändamålsenliga miljön för utskrivningsklara patienter. Planeringsprocessen upplevs mer proaktiv och effektiv jämfört med tidigare. Nya eller uppdaterade IT-system har även underlättat införandet av nya arbetssätt.



2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?

Resurser nyttjas mer effektivt inom den somatiska vården. Andel slutenvårdsplatser inom somatiken som upptas av utskrivningsklara patienter minskade från ca 6,9 procent i januari 2018 till ca 5,9 procent i juli 2018, detta motsvarar ca 350 vårdplatser per år. Inom somatiken har alla län infört nya arbetssätt och enats om en minskning av antalet fristdagar till lagens backup-lösning eller färre.



3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?

Det finns begränsade kunskaper om patienternas delaktighet, självständighet och trygghet har förbättrats. Det saknas i nuläget nationell statistik och tillgängliga verktyg såsom Webkollen och SIP-kollen används i begränsad omfattning. Verksamhetsföreträdare beskriver hur lagens krav på SIP och fast vårdkontakt verkar för en patientcentrerad ansats, men att fokus i utvecklingsarbetet under detta första år varit på att anpassa verksamheterna efter de nya lagkraven.



4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?

Den somatiska vården ligger steget före jämfört med psykiatrin med införandet av den nya lagen, med avseende på införandet av nya arbetssätt och nya modeller för kommunernas betalningsansvar. Uppgifterna i vilken utsträckning den nya planeringsprocessen införts inom psykiatrin varierar. 16 av länen har inte nyttjat 2018 för en gradvis övergång till en modell där fristdagarna enligt lagens backup-lösning minskar från 30 till 3 dagar. Till och med juli 2018 har det inte skett någon minskning av andelen vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter inom den psykiatriska heldygnsvården.



5. Observeras en förändring av öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan?

Öppenvården har tagit ett större ansvar men den fasta vårdkontakten behöver stärkas. Den fasta vårdkontaktens roll och ansvar upplevs som otydlig vilket skapar en osäkerhet. Verksamheter med en utmanande personalsituation upplever svårigheter att tilldela fasta vårdkontakter. Många landsting har någon form av övergripande samordnare som stöttar verksamheterna med utbildning och information.



6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?

SIP genomförs i större utsträckning än tidigare men det finns stora variationer i utförande med avseende på när, var och hur den utförs. Den tidigare vårdplaneringen på sjukhus ersätts ofta av en SIP på sjukhus. Ofta genomförs den uppföljande SIP i hemmet som en avstämning kring genomförda vård- och omsorgsinsatser utifrån ett verksamhetsperspektiv och ännu inte som den enskildes egna långsiktiga planering.

Sammanfattning av framgångsfaktorer

Framgångsfaktorer



1. Samverkan och arbetssätt

- Organisatoriska förutsättningar i form av naturliga forum/arenor för samverkan på olika nivåer
- Tydlig projektorganisation med mandat att processleda arbetet med att införa nya arbetssätt
- Uppföljning av verksamhetsrelevanta mått för att identifiera behov och stimulera utvecklingsarbetet
- Konsekvent utgå från patientens behov och inte från verksamheternas förutsättningar i de nya arbetssätten



2. Ledtider

- Gemensamt utformade riktlinjer för att skapa enhetliga arbetssätt vid utskrivning
- IT-system som fullt stödjer flera delar av planeringsprocessen
- Ändrade arbetssätt i den kommunala biståndsorganisationen som möjliggjort en större flexibilitet och proaktivitet
- Kombinera nya arbetssätt med uppdaterade modeller för kommunernas betalningsansvar som styr mot kortare ledtider (färre fristdagar och högre ersättningsnivåer per dag).



3. Delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde

- Förstärkt information om den fasta vårdkontakten och SIP till den enskilde och närstående
- Uppföljande kontakt av den fasta vårdkontakten och registrering i verktyget Webbkollen
- Information och dokumentation om SIP görs enkelt tillgänglig för invånarna



4. Psykiatri

- Utfört pilot med nya arbetssätt för psykiatri
- Involverat patient- och brukarorganisationer i införandet av nya arbetssätt
- En ansvarig per vårdavdelning som är extra insatt i de nya arbetssätten



5. Öppenvårdens roll

- Avsatt särskilda resurser för den fasta vårdkontakten
- Övergripande roller för att samordna fasta vårdkontakter
- Nätverksträffar för fasta vårdkontakter där de kan diskutera problem och avvikelser samt erfarenhetsutbyte



6. SIP (Samordnad Individuell Plan)?

- Utbildning i SIP med olika patientfall
- Användande av nationellt framtaget stödmaterial för SIP

Sammanfattning av utvecklingsområden

Utvecklingsområden



1. Samverkan och arbetssätt

- Minska variationen i följsamhet till nya arbetssätt genom uppföljning och utbildning
- Förtydliga syfte och uppdrag för de nya samverkansgrupperna
- Utveckla de IT-system som används för kommunikation mellan verksamheterna för att fullt ut stödja de nya arbetssätten



2. Ledtider

- Undersöka orsaker till oönskad spridning av utskrivningsklara dagar mellan län och kommuner.
- Följa upp att den valda modellen för fristdagar styr mot kortare medelvårdtider för utskrivningsklara och ökar antalet 0-dagar
- Undersöka hur lagen har resulterat i en ökad belastning på kommunerna
- Utveckla specifika delar i arbetssätten för att underlätta en mer proaktiv planering



3. Delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde

- Förbättra informationsöverföringen till den enskilde
- Fokusera mer på proaktiva insatser för att undvika sjukhusinläggning
- Följa upp den enskildes delaktighet och trygghet i processerna



4. Psykiatri

- Anpassa nya rutiner, roller och arbetssätt utifrån patienternas behov och verksamheternas förutsättningar
- Inkludera psykiatri i nya och befintliga IT-system
- Uppdatera modellerna för kommunernas betalningsansvar i linje med somatiken



5. Öppenvårdens roll

- Skapa bättre förutsättningar för öppenvården att utse fast vårdkontakt
- Förtydliga rollen som fast vårdkontakt i rutiner och riktlinjer



6. SIP (Samordnad Individuell Plan)?

- Förtydliga skillnaden mellan SIP och den tidigare vårdplaneringen
- Se över riktlinjer för vilka målgrupper som ska få SIP
- Utveckla digitala lösningar för att stödja SIP

För att behålla positiva förändringar samt accelerera arbetet med kvarstående utvecklingsområden krävs bland annat att:

1. *Samtliga parter behöver inse att det finns mer kvar att göra och fortsätta utvecklingsarbetet tills alla delar är på plats och är en naturlig del av verksamheternas arbete.*

Detta innebär att det strukturalternativ som byggts upp och de nya grupper och roller som etablerats måste omhändertagas i kommunernas och landstingens ordinarie organisation.

Kommuner och landstingen behöver även:

- skapa förutsättningar för att nätverk och samverkansgrupper på olika nivåer att finnas kvar för att möjliggöra samverkan mellan huvudmännen
- följa upp följsamhet till de nya arbetssätten (rutiner och riktlinjer) och revidera efter behov. Särskilt viktigt är att följa upp utformning av SIP för att säkerställa att den genomförs i enlighet med lagens intention.
- utbilda och informera verksamheterna i de nya arbetssätten
- följa upp utfall och processmått för införandet och gemensamt diskutera resultaten på olika nivåer, från verksamhetsnivå till kommun- och landstingsledning

2. *Den nationella och regionala uppföljningen utvecklas för att möjliggöra fördjupad förståelse och faktabaserad grund för fortsatt utvecklingsarbete. Framförallt behöver:*

- den nationella statistiken över medelvårdtider för utskrivningsklara inkludera 0-dagar.
- de nationella verktyg som finns för uppföljning av individrapporterade upplevelser (Nationell patientenkät, Webkollen, SIP-kollen) innehålla data över de individer som omfattas av lagen och med frågor som möjliggör regional uppföljning. Detta över tid och inte endast som punktmätningar på årsbasis.

3. *IT-systemen behöver utformas och rullas ut så att de ger ett stöd genom hela planeringsprocessen för patienter inom somatiken och psykiatrin.*

Systemen bör stödja dokumentation, delning samt uppföljning av SIP och inte kräva dubbeldokumentation. Detta kräver att:

- befintliga system utvecklas för att för att stödja de nya arbetssätten fullt ut
- kravspecifikationer vid upphandling av nya IT-system utformas med inspel från både kommun och landsting samt innehåller krav på att systemet ska stödja de nya arbetssätten fullt ut

4. *Styreffekterna av de olika modellerna för att fastställa kommunernas betalningsansvar bör följas upp och utvärderas.*

Det finns idag skillnader med avseende på bland annat beräkningsmodell för fristdagar och det har ännu inte utvärderats vilken effekt detta ger på till exempel medelvårdtid för utskrivningsklara patienter, antal 0-dagar eller kommunernas planeringsförutsättningar. För att säkerställa att modellen är utformad på bästa sätt utifrån både kommun och landsting bör huvudmännen:

- följa upp relevanta utfallsmått som exempelvis 0-dagar och medelvårdtider som utskrivningsklar, för både somatiken och psykiatrin.
- utvärdera vilken effekt modellen har på de kommunernas förutsättningar att planera, exempelvis kostnader, nya former för mottagande.

Resultat

Resultaten är strukturerad utifrån sex övergripande frågeställningar som tar sin utgångspunkt i syftet med lagen

- 1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?*
- 2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?*
- 3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?*
- 4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?*
- 5. Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?*
- 6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?*

02

Sex frågeställningar som tar sin utgångspunkt i syftet med lagen

6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?

SIP ska genomföras med berörda parter och användas som utgångspunkt för den enskildes långsiktiga plan för vård- omsorgsinsatser.

5. Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?

Fast vårdkontakt i öppenvården ska utses när behov finns. Den fasta vårdkontakten ska ansvara för den enskildes långsiktiga planering och samordna den enskildes vård- och omsorgsinsatser.

4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?

Den enskilde ska få samma proaktiva stöd oavsett om det är somatiska eller psykiatriska behov. Till exempel anger lagen samma backup-lösning gällande kommunernas betalningsansvar, om inte annat överenskommit i lokalt avtal

1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?

Förbättrad samverkan samt en mer proaktiv och samordnad planeringsprocess genom nya arbetssätt. Nya arbetssätt och arenor för samverkan ska skapa en effektivare planeringsprocess och bättre samverkan mellan huvudmän och verksamheter

2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?

Minskad tid för övergång mellan slutenvård och öppenvård samt kommunal vård och omsorg. Den enskilde ska skrivas ut så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömer att hen är utskrivningsklar och mottagande verksamheter ska vara väl förberedda för fortsatt vård och omsorg.

3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?

Den enskilde ska känna sig delaktig i planering av sin vård och omsorg. Detta ska syfta till att öka självständigheten och tryggheten hos den enskilde.

1. Samverkan har förbättrats och planeringsprocessen är mer proaktiv och effektiv

Samverkan har förbättrats och planeringsprocessen har blivit mer proaktiv och effektiv. Många beskriver början till en kulturförändring, som kännetecknas av att alla aktörer samverkar utifrån den *gemensamma* patientens behov. Det råder nu i högre utsträckning en samsyn kring att slutenvård inte är den mest ändamålsenliga miljön för utskrivningsklara patienter. Planeringsprocessen upplevs mer proaktiv och effektiv jämfört med tidigare.

Kommuner och landsting har åstadkommit denna förändring genom nya arbetssätt och förbättrade förutsättningar för samverkan.

Nya rutiner och riktlinjer har bidragit till en tydligare rollfördelning. Flera län har infört nya IT-system som förbättrat informationsöverföringen. Vissa huvudmän har använt sig av befintliga forum för samverkan och andra har byggt upp nya. Sammantaget har detta resulterat i en proaktiv och effektiv planeringsprocess, samt förbättrad samverkan.

Fyra konkreta framgångsfaktorer kan identifieras för de organisationer som lyckats väl med att förbättra sin samverkan och planeringsprocess.

1. Organisatoriska förutsättningar i form av naturliga forum/arenor för samverkan på olika nivåer
2. Tydlig projektorganisation med mandat att processleda arbetet med att införa nya arbetssätt
3. Uppföljning av verksamhetsrelevanta mått för att identifiera behov och stimulera utvecklingsarbetet
4. Konsekvent utgå från patientens behov och inte från verksamheternas förutsättningar i de nya arbetssätten

Trots goda resultat kvarstår tre utvecklingsområden.

1. Minska variationen i följsamhet till nya arbetssätt genom uppföljning och utbildning
2. Förtydliga syfte och uppdrag för de nya samverkansgrupperna
3. Utveckla de IT-system som används för kommunikation mellan verksamheterna för att fullt ut stödja de nya arbetssätten

1. Hur har samverkan och arbetssätt förändrats?

*Syftet med förändringen är:
Förbättrad samverkan samt en mer proaktiv och samordnad planeringsprocess genom nya arbetssätt. Nya arbetssätt och arenor för samverkan ska skapa en effektivare planeringsprocess och bättre samverkan mellan huvudmän och verksamheter*



Lagen har bidragit till en kulturförändring, nya arbetssätt och IT-system

Kulturförändringen innebär att det finns en större samsyn kring att det är bra att patienten får komma hem när den är färdigbehandlad. Fokus har tidigare varit på betalningsansvaret, nu har fokus flyttas över till den gemensamma patienten.

Tre exempel på förändringsarbetet som varit bidragande till en förbättrad samverkan och planeringsprocess

1. Organisatoriskt har huvudmännen i flera fall initierat gemensamma projekt kring samverkan, där regioner, landsting, kommuner har varit involverade. Centrala medel har avsatts, projekten har haft en tydlig projektledare och projektägare. Projektet har haft en formell struktur med arbetsgrupper, i flera fall utnyttjat befintliga grupperingar. Detta har på det stora hela resulterat i att man träffas mer och medarbetare har fått ett ansikte på dem man samverkar med.

2. Nya rutiner och arbetssätt har förtydligat rollfördelningen och informationsöverföringen vid planeringsprocessen. Utformningen av nya rutiner har även bidragit till att verksamheterna har fått ökad förståelse för varandra. Nya roller har skapats i och med lagen, bland annat har fler fasta

vårdkontakter utsetts i öppenvården. Även övergripande roller har etablerats för att underlätta utbildning och kommunikation.

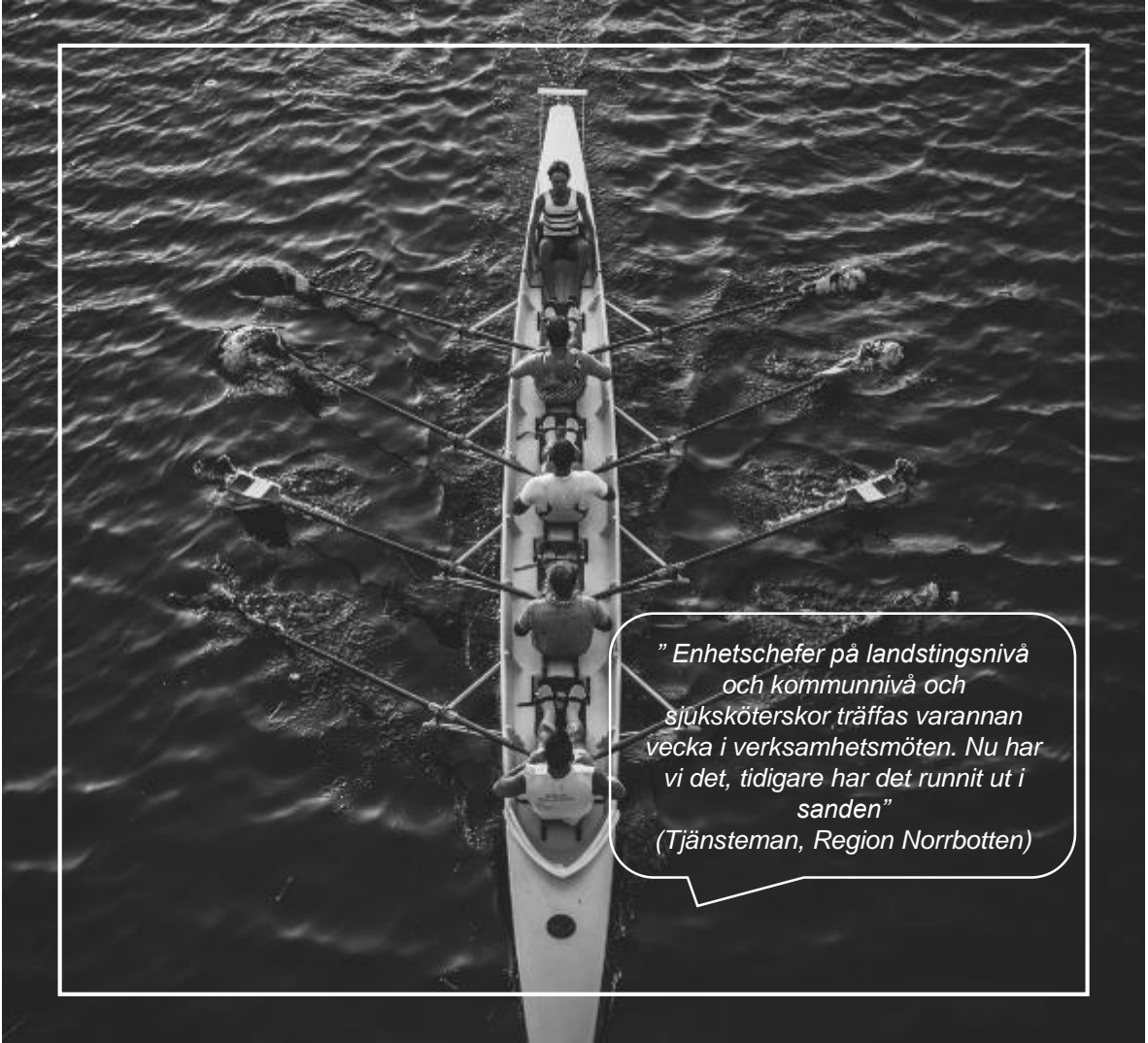
3. Nya IT-system har utvecklats för att hantera kommunikationen mellan slutenvård, primärvård och kommun. Dessa tillåter bättre informationsöverföring och ökar på så sätt samverkan.

"Det har gett en större förståelse för varandras arbetssätt, man har ett ansikte på alla."

(Vårdsamordnare, Region Örebro län)

"Nu hittar man kontaktvägarna, nu har vårdcentraler och kommuner börjat samverka mer."

(Tjänsteman, Region Jönköpings län)



"Enhetschefer på landstingsnivå och kommunnivå och sjuksköterskor träffas varannan vecka i verksamhetsmöten. Nu har vi det, tidigare har det runnit ut i sanden"

(Tjänsteman, Region Norrbotten)

Fyra framgångsfaktorer för att lyckas med samverkan

Framgångsfaktorer

- 1 Organisatoriska förutsättningar i form av naturliga forum/arenor för samverkan på olika nivåer.** Flera företrädare lyfter fram forum och samverkansstrukturer som framgångsfaktorer. De landsting som har haft tidigare projekt kring samverkan upplever att de har haft ett enklare utgångsläge. En framgångsfaktor har varit de som etablerat forum på olika nivåer, både politiskt, mellan huvudmän samt på verksamhetsnivå, samt ha haft ett tydlig målbild och agenda med grupperna. En typ av konstellation som visats sig lyckad för flera landsting och kommuner är grupper med verksamhetsrepresentanter som gemensamt diskuterar statistik över exempelvis, ledtider, antal SIP, träffsäkerhet av tidpunkt för utskrivning. Dessa grupper upplever nu att fokus ligger på utveckling av den gemensamma planeringen och att grupperna har ökat förståelse för varandras arbete.
- 2 Tydlig projektorganisation med mandat att processleda arbetet med att införa nya arbetssätt.** Många lyfter fram att själva projektet har varit en framgångsfaktor. Detta har underlättat för att fördela resurser, sätta upp tidsramar, mål och samt formaliserat uppföljning. Projektledarens tydliga mandat har underlättat för att uppnå ett enhetligt arbetssätt och genomförandet av reformer. I många landsting ser man ett fortsatt behov av att behålla en projektledare för att säkerställa att den positiva utvecklingen kvarstår. Även positiva resultat behöver redovisas för att visa att samverkan fungerar bra med nya arbetssätt.
- 3 Uppföljning av verksamhetsrelevanta mått för att identifiera behov och stimulera utvecklingsarbetet.** Flera huvudmän samlar in statistik som kan användas för jämförelse mellan verksamheter och för att identifiera var det finns vidare utvecklingsbehov. Intervjuade betonar dock vikten att inte koppla denna statistik till ekonomisk ersättning för verksamheterna utan endast som underlag för en kvalitetsdialog.
- 4 Konsekvent utgå från patientens behov och inte från verksamheternas förutsättningar i de nya arbetssätten.** En framgångsfaktor har varit att vända verksamhetsfokus och bevakningen av det egna lagrummet till vad som är bäst för den enskilde. Genom att enas om vad som är bäst för den enskilde och sedan arbeta efter detta har man överkommit många skiljaktigheter mellan huvudmännen.

Exempel från verkligheten

I Region Jönköpings läns har man haft verksamhetsnära möten mellan slutenvård och kommun för att diskutera platsläget. I dessa ingick verksamhetschefer inom slutenvården och kommunrepresentanter. Detta skedde dagligen under sommaren för att sedan ske mer sällan när läget lugnat ner sig. Detta resulterade i att slutenvården internt utnyttjade sina resurser bättre genom att omfördela mellan avdelningar. Men även att kommuner kunde ta hem vissa patienter tidigare om det behövdes, eller informera om ett ansträngt läge. På detta sätt används de gemensamma resurserna på bästa sätt.

I Region Jönköpings län har man utformat två pilot-projekt i samband med införandet av de nya arbetssätten. Kommuner, vårdcentraler och sjukhus fick anmäla sitt intresse för att delta i piloten. Utifrån detta valdes pilot-kommuner där de nya arbetssätten testades och gemensamt utvärderas. En lärdom från projekten är att det är viktigt att ha med sig både socialchefer och verksamhetscheferna från landstinget i styrgruppen. Detta för att säkerställa att gruppen har ett tydligt mandat för att genomföra förändringar i de nya arbetssätten.

I flera län följs statistik på verksamhetsnivå, t ex hur många SIP som görs och när kallelse till SIP går iväg. På detta sätt har man kunnat identifiera de verksamheter som behöver extra stöd. Statistiken lyfts på styrgruppsmöten och i samverkansform och kan ligga till grund för fortsatta utbildningsinsatser.

I Region Jönköpings län arbetar man utifrån den fiktiva patienten Esther. På detta sätt främjar man mot att verksamheterna ständigt har patientens bästa i åtanke genom att fråga "Vad är bäst för Esther?".

Tre utvecklingsområden för att öka samverkan och förbättra planeringsprocessen



Utvecklingsområden

För att behålla och bygga vidare på den positiva kulturförändringen behöver huvudmännen utveckla sina arbetssätt samt förbättra förutsättningarna för samverkan och kommunikation mellan verksamheterna

- 1 Minska variationen i följsamhet till nya arbetssätt genom uppföljning och utbildning
- 2 Förtydliga syfte och uppdrag för de nya samverkansgrupperna
- 3 Utveckla de IT-system som används för kommunikation mellan verksamheterna för att fullt ut stödja de nya arbetssätten

1 Minska variationen i följsamhet till nya arbetsätt genom uppföljning och utbildning

Flera verksamheter uppger att det finns en variation hur väl medarbetare följer de nya arbetsätten trots att de bygger på lagen och beslutade rutiner och riktlinjer.

Tre specifika områden för att främja enhetliga arbetsätt.

1. Förtydliga rutiner vid behov.

Intervjuade vittnar om att en otydlighet i rutinerna skapar tolkningsutrymme. Detta har både sina för- och nackdelar. Det kan delvis vara nödvändigt att kommuner och verksamheter lokalt anpassa sina arbetsätt, dock finns det en risk att för stor skillnad i arbetsätt gör det svårt att samverka.

2. Fortsätt att normalisera arbetsätt.

Det finns även en bild av att rutiner ibland inte är tillräckligt förankrade i verksamheterna. Intervjuer vittnar exempelvis om att arbetsätten kringplanerad vårdtid kan variera mellan avdelningar. Tidigare arbetsätt kan ibland krocka med de nya riktlinjerna vilket skapar en osäkerhet kring vad som ska göras. Ett sådant fall är bland annat vid vårdplanering och utredning

vid utskrivning där många kommuner tidigare haft välutarbetade arbetsätt.

3. Fortsatta utbildningsinsatser krävs då kännedomen om rutinerna i verksamheterna varierar.

Personalförsörjningen kan ibland försvåra förankringen av rutiner i verksamheterna. Vissa verksamheter har mycket hyrpersonal och hög personalrotation vilket gör att mer utbildning krävs.

En önskad variation i hur man arbetar med den nya planeringsprocessen skapar osäkerhet och otydlighet bland verksamheterna. Detta kan i sin tur resultera att tilliten till varandras bedömningar, information och åtgärder minskar.

Utifrån de identifierade områdena ovan bör huvudmännen **fortsätta arbeta med att informera och utbilda verksamheterna i de nya rutinerna och planeringsprocessen. Eventuella avvikelser bör följas upp systematiskt och gemensamt återkopplas för att säkerställa att man lär sig av dem.**

*"Alla tycker att man har läst allting, men man gör så olika tolkningar."
(Tjänsteman, Piteå kommun)*

*"Rehabilitering fastnar mellan stolarna. Hemsjukvårdsavtalen och de nya samverkansriktlinjerna är inte alltid kompatibla. Det blir mycket gränsdragningsdiskussioner."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

*"Har varit svårt att falla in i samma rutiner som mindre kommuner. De nya rutinerna har ibland krockat med gamla."
(Tjänsteman, Jönköpings kommun)*

*"2019, behöver vi jobba med normalisering. Olika tolkningar i olika delar."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

*"Det är sådan risk när man glider ifrån rutinerna, då blir det egna rutiner."
(Tjänsteman, Region Örebro län)*

2 Förtydliga syfte och uppdrag för de nya samverkansgrupperna

Flera nya forum för samverkan har skapats och de som varit etablerade tidigare har fått nya uppdrag. För att behålla den nya synen på samverkan och använda dessa grupperingar på ett effektivt sätt krävs att de får en tydlig målbild och rätt förutsättningar för att nå målet. Verksamhetsföreträdare beskriver att det tidigare har funnits liknande konstellationer men att dessa har ofta runnit ut i sanden i samband med att drivande personer slutat eller att projekt avslutats. Många upplever att dessa samverkansgrupper tar mycket tid från verksamheterna och att den behöver nyttjas väl för att de inte ska bli en belastning för deltagarna. För att undvika detta är det viktigt att det finns:

- 1. En fastställd målsättning för gruppen.** Vad ska deltagarna göra? Exempelvis avvikelshantering, lära känna varandra och utbyta erfarenheter, driva lokala utvecklingsarbeten, dela och diskutera resultat kopplat till införandet av ny arbetssätt?
- 2. En tydlig rollfördelning** där en specifik personer eller verksamhet är sammankallande till möten, skriver och delar mötesanteckningar och följer upp beslutade aktiviteter

- 3. Tydlig struktur och process** för hur insikter, avvikelser, eller frågor tas vidare i organisationerna för att nyttja dessa grupper till fullo

"Allt för många av dessa grupper blir tomteblöss när implementeringsprojekten avslutas. Ingen hos oss har tid att kalla till dessa möten och driva på alla deltagare"
(Vårdgivare, Landsting)

"Man måste träffas och mötas. Finns inga genvägar."
(Tjänsteman, Region Örebro)

"Det är viktigt att verksamheterna möts på strategisk nivå."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)



3 Utveckla de IT-system som används för kommunikation mellan verksamheterna för att fullt ut stödja de nya arbetssätten



Befintliga IT-system behöver utvecklas och nya behöver kravställas för att underlätta kommunikation mellan de olika huvudmännen. Flera landsting och kommuner har infört nya IT-system för att anpassa sig till den nya lagens förutsättningar. Flera beskriver att de är nöjda med de nya systemen men att det kvarstår specifika förbättringsområden.

- 1. Specifika funktioner saknas i både befintliga och nya system.** Exempel på funktioner som ofta lyfts fram: informationen behöver vara mer spårbar, det behöver bli enklare att uppdatera information om patientens behov, samt möjligt att lista patienter på husläkarmottagningar direkt i systemet.
- 2. I vissa landsting har inte nya system införts till alla verksamheter** även om de också omfattas av de nya arbetssätten. Exempelvis psykiatri eller vård av barn och unga.
- 3. Få system är kompatibla med verksamheternas övriga system** exempelvis journalsystem vilket resulterar i dubbelregistrering som driver merarbete.

Eftersom IT-systemet är en stor del av de nya arbetssätten är det **viktigt att systemägare har en plan för hur uppdateringar** i systemen ska göras löpande utifrån verksamheternas behov. Det är även viktigt att de **inspel som lyfts av användarna inkluderas i kravspecifikationer inför upphandling av nya IT-system**

*” Vi har behövt nya roller för att bevaka IT-systemet och vilka personer som är inlagda i slutenvården. Dessa tilldelar vårdcentral manuellt, då detta inte stöds av systemet.”
(Tjänsteman, Jönköpings kommun)*

*” Vi har många olösta ärenden, både direkta fel och sådant som är under utveckling.”
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

2. Färre vårdplatser upptas av utskrivningsklara patienter till följd av minskade ledtider

Resurser nyttjas mer effektivt inom den somatiska vården. I riket har medelvårdtiden som utskrivningsklar minskat med en fjärdedel och antalet 0-dagar (då patienten går hem samma dag som de är utskrivningsklara) har ökat. Detta har resulterat i att färre vårdplatser upptas av utskrivningsklara patienter men de nyttjas i stor utsträckning av andra patienter bland annat på grund av att det totala antalet disponibla vårdplatser har minskat.

Lagens backup-lösning för kommunernas betalningsansvar har haft stort genomslag i val av modell. I majoriteten av avtalen är antalet fristdagar färre och ersättningsbelopp per dag högre än före lagens införande. **Det finns dock flera skillnader i modellutformning.** Effekterna av detta är till stor del okända, dock kan ingen skillnad mellan modellval avläsas i medelvårdtider.

Fyra exempel på framgångsfaktorer för minskade ledtider, som identifierats under kartläggningen:

1. Gemensamt utformade riktlinjer för att skapa enhetliga arbetssätt vid utskrivning
2. IT-system som fullt stödjer flera delar av planeringsprocessen
3. Ändrade arbetssätt i den kommunala biståndsorganisationen som möjliggjort en större flexibilitet och proaktivitet
4. Kombinerade nya arbetssätt med uppdaterade modeller för kommunernas betalningsansvar som styr mot kortare ledtider (färre fristdagar och högre ersättningsnivåer per dag).

Fyra exempel på utvecklingsområden utifrån kartläggningen:

1. Undersöka orsaker till oönskad spridning av utskrivningsklara dagar mellan län och kommuner.
2. Följa upp att den valda modellen för fristdagar styr mot kortare medelvårdtider för utskrivningsklara och ökar antalet 0-dagar
3. Undersöka hur lagen har resulterat i en ökad belastning på kommunerna
4. Utveckla specifika delar i arbetssätten för att underlätta en mer proaktiv planering



2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?

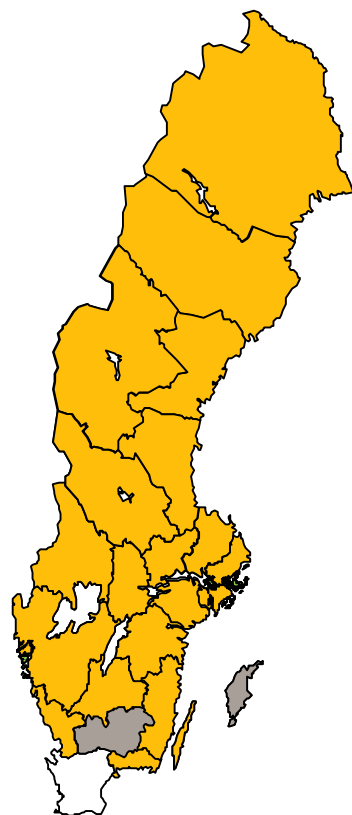
Syftet med förändringen är:

Minskad tid för övergång mellan slutenvård och öppenvård samt kommunal vård och omsorg.

Den enskilde ska skrivas ut så snart som möjligt efter att behandlande läkare bedömer att hen är utskrivningsklar och mottagande verksamheter ska vara väl förberedda för fortsatt vård och omsorg.

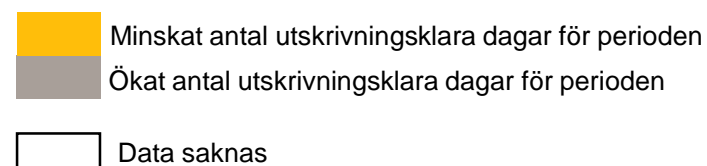
I de flesta län har medelvårdtiden som utskrivningsklar minskat och kommuner vittnar om ett minskat betalningsansvar

Minskat antal utskrivningsklara dagar i 18 län sedan januari 2018 och kommunerna vittnar om minskat betalningsansvar



Förändring i utskrivningsklara dagar i somatisk vård för perioden januari – oktober 2018

Beräknat exklusive 0-dagar



Flera kommunrepresentanter framhåller i intervjuer att det **kommunala betalningsansvaret har minskat eller försvunnit**, då man har kortat ner ledtiderna.

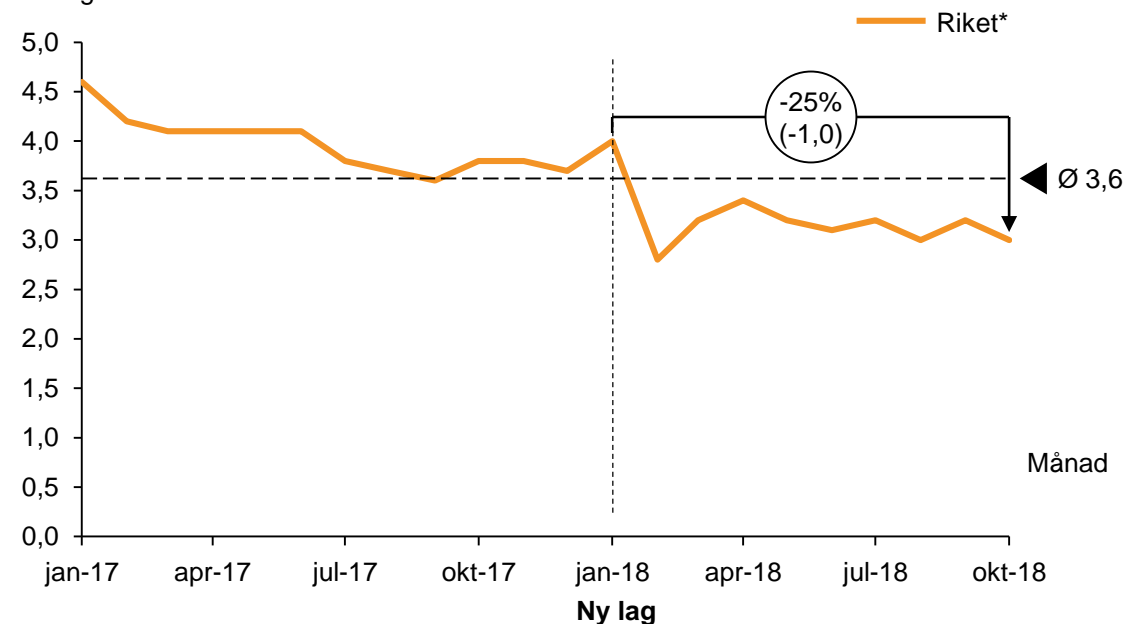
*"Vi hade ett jättestort betalningsansvar på 15-20 miljoner under 2015. Nu har vi inget."
(Tjänsteman, Örebro kommun)*

Minskningen i medelvårdtid som utskrivningsklar motsvarar en minskning med ett vårddygn

Medelvårdtid som utskrivningsklar, riket, somatisk vård, 2017-2018

Beräknat exklusive 0-dagar

Dagar



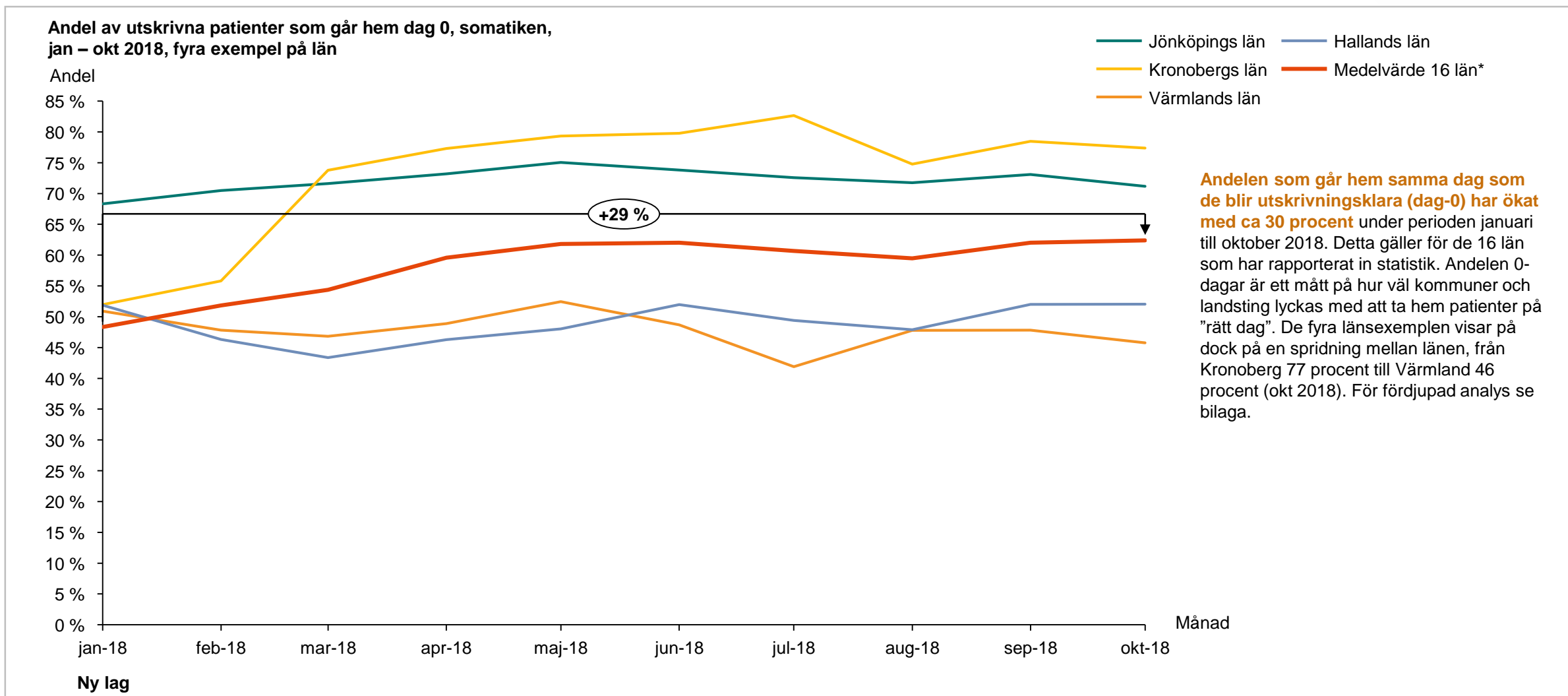
Notera att ovan är beräknat på samma sätt som statistiken på vantetider.se, det vill säga att 0-dagar inte är inkluderade vid beräkningen av medelvärdet. Om dessa var inkluderade hade minskningen i medelvårdtid varit större, då andelen 0-dagar även har ökat.

Not: Statistik över medelvärdtider för utskrivningsklara patienter i psykiatri beskrivs i avsnitt 3.4,

* För Skåne saknas statistik från februari 2018. För Västra Götalands län saknas statistik från augusti 2018 och Jämtlands län för januari – februari 2018 på grund av uppdateringar i IT-system.

Källa: <http://www.vantetider.se/>, Intervjuer med företrädare för kommun och landsting, Lumell-analys

Andelen 0-dagar har ökat, men det finns en kvarstående spridning mellan länen



Not: Statistik saknas för Kalmar län, Skåne län, Stockholm län, Västmanlands län och Västra Götalands län. För Jämtlands län saknas siffror januari – februari 2018 och för Norrbottens län januari-mars 2018.

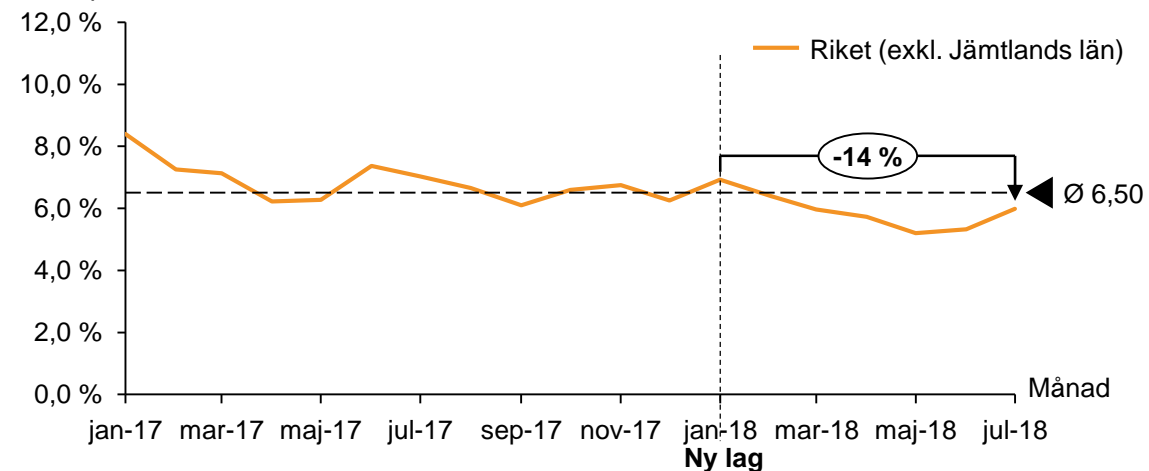
Källa: Statistik från SKL, <http://www.vantetider.se/>, intervjuer med företrädare för kommuner och landsting, Lumell-analys

Färre vårdplatser upptas av utskrivningsklara patienter, men ingen minskning i överbeläggningar har skett sedan lagens införande

Andel platser belagda av utskrivningsklara patienter har minskat med ca 14 procent för perioden januari-juli 2018....

Andel platser belagda av utskrivningsklara patienter, somatisk vård, 2017-2018

Andel platser



Andelen disponibla vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter har minskat med ca 14 procent för perioden januari – juli 2018. Denna minskning hade varit ännu större om inte antalet disponibla vårdplatser hade minskat under första halvåret 2018, se nästa sida för beskrivning.

Med disponibel vårdplats avses en vårdplats i slutenvård med fysisk utformning, utrustning och bemanning som säkerställer

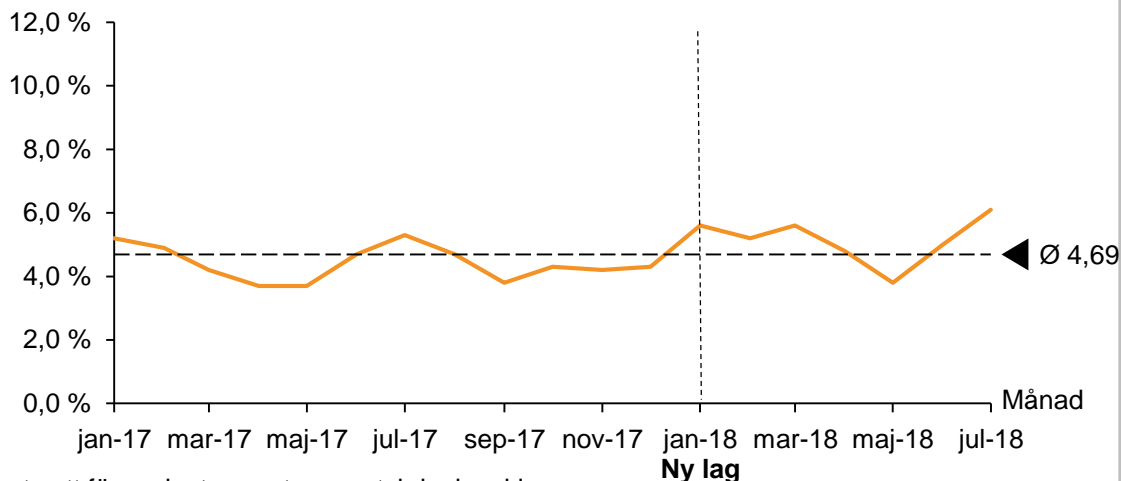
patientsäkerhet och arbetsmiljö. Andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter är en funktion av antalet platser belagda av utskrivningsklara patienter och antalet disponibla vårdplatser.

Statistiken skiljer sig från vantetider.se då Jämtlands län är exkluderad för hela perioden. Samt för att Skåne län är inkluderat för hela perioden.

...trots denna minskning har antalet överbeläggningar inte minskat

Andel överbeläggningar 2017-2018

Andel



Trots att färre platser upptas av utskrivningsklara patienter kan **ingen minskning ses i andelen överbeläggningar i slutenvården.**

Detta kan ha fyra förklaringar:

1. Antalet disponibla vårdplatser har minskat med fler platser än som har frigjorts
2. Platser fylls på med andra patienter
3. Överbeläggningar sker av andra platser än som frigjors
4. Den totala vårdtiden är oförändrad

Statistik över vårdtid som utskrivningsklar saknas för Västra Götalands län från och med augusti 2018 därför visas endast statistik fram till juli 2018.

Not: För Jämtlands län saknas statistik för januari – februari 2018 på grund av uppdateringar i IT-system. För att ge ett jämförbart värde exkluderas Jämtlands län i beräkningarna. Jämtlands län står för ca 1,5 procent av antalet disponibla vårdplatser och antal platser upptagna av utskrivningsklara. Exkluderingen antas därför inte påverka resultatet nämnvärt.

Källa: <http://www.vantetider.se/>, statistik från SKL, Intervjuer med företrädare för kommun och landsting, Lumell-analys

Antal platser belagda av utskrivningsklara har minskat men antalet disponibla vårdplatser har varierat för perioden

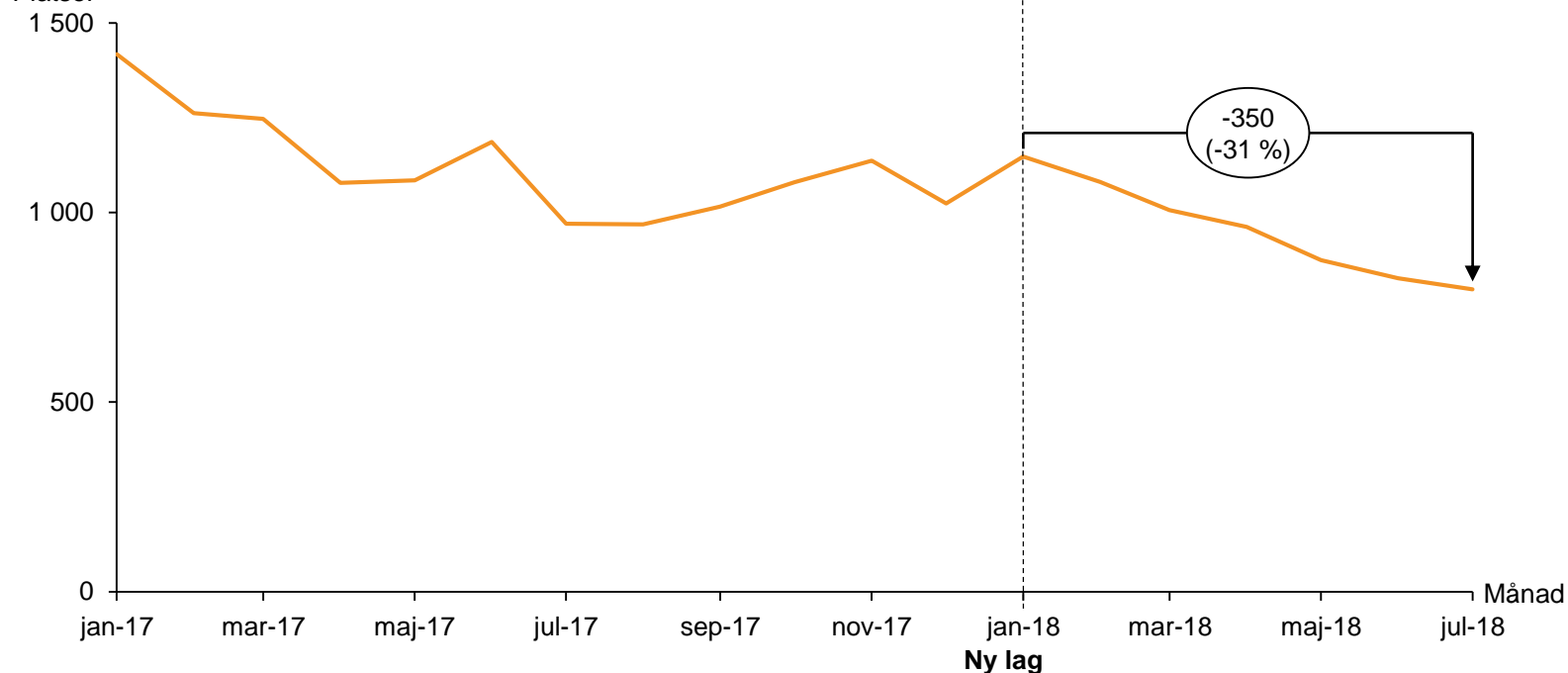
1. **Från januari 2018 – juli 2018 minskade antal platser belagda av utskrivningsklara med ca 350 platser.** Vid tolkning av "antal platser belagda av utskrivningsklara per dygn" är det viktigt att tänka på att viss cyklicitet kan förekomma. En bild som ges är exempelvis att utskrivningsklara patienter blir kvar längre under långhelger som jul och nyår, vilket kan göra att januari har ett förhållandevis högt värde. Med de gamla avtalen kunde veckor med flera röda dagar ge längre tid innan betalningsansvaret började gälla, detta då endast vardagar räknades.

I vilken grad de frigjorda platserna kan nyttjas beror delvis på utvecklingen av antalet disponibla vårdplatser. **Under sommarmånaderna 2018 minskade antalet disponibla vårdplatser.** Detta skulle kunna vara en förklaring till varför frigjorda platser inte resulterat i färre överbeläggningar, fler förklaringar ges på nästa sida. Antalet disponibla vårdplatser var konstant för perioden januari –maj 2018.

Antal platser belagda av utskrivningsklara per dygn, somatisk vård, 2017-2018

2017-2018

Platser



$$\text{Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara} = \frac{\text{Antal platser belagda av utskrivningsklara}}{\text{Antalet disponibla vårdplatser}}$$

Frigjorda platser fylls med andra patienter och det är svårt att säga hur den totala vårdtiden har ändrats för målgruppen

Det finns även andra förklaringar till varför de frigjorda platserna inte resulterar i färre överbeläggningar.

- 2. Vårdplatser fylls på med andra patienter.** Verksamheter vittnar om att frigjorda platser fylls på, om det finns fler platser kommer även fler läggas in.
- 3. Överbeläggningar sker av andra platser.** Det är inte säkert att de frigjorda platserna kan användas för att minska överbeläggningar. Exempelvis om platser frigörs på andra avdelningar än de som normalt överbeläggs.
- 4. Det är svårt att säga hur många platser som har frigjorts i faktiska tal då det finns osäkerhet kring hur den totala vårdtiden för gruppen har ändrats.** Långa handläggningstider gjorde ibland att patienterna syntes som utskrivningsklara i systemet innan de var färdigbehandlade. Med nya arbetssätt har även rutinerna för när tidpunkt för utskrivning (preliminärt utskrivningsdatum) anges även ändrats.

"Man lägger in fler patienter om det finns fria platser"
(Läkare i ett landsting)

"Vår tidigare arbetssätt gav oss kortare vårdtider eftersom vi kallade till vårdplanering tidigare än vad vi trodde var rimligt."
(Vårdgivare i ett landsting)



Det finns en oro hos medarbetare för ökade oplanerade återinskrivningar men ingen förändring ses i nationell statistik

Över var sjätte
utskrivning resulterar
i en oplanerad
återinskrivning inom
30 dagar

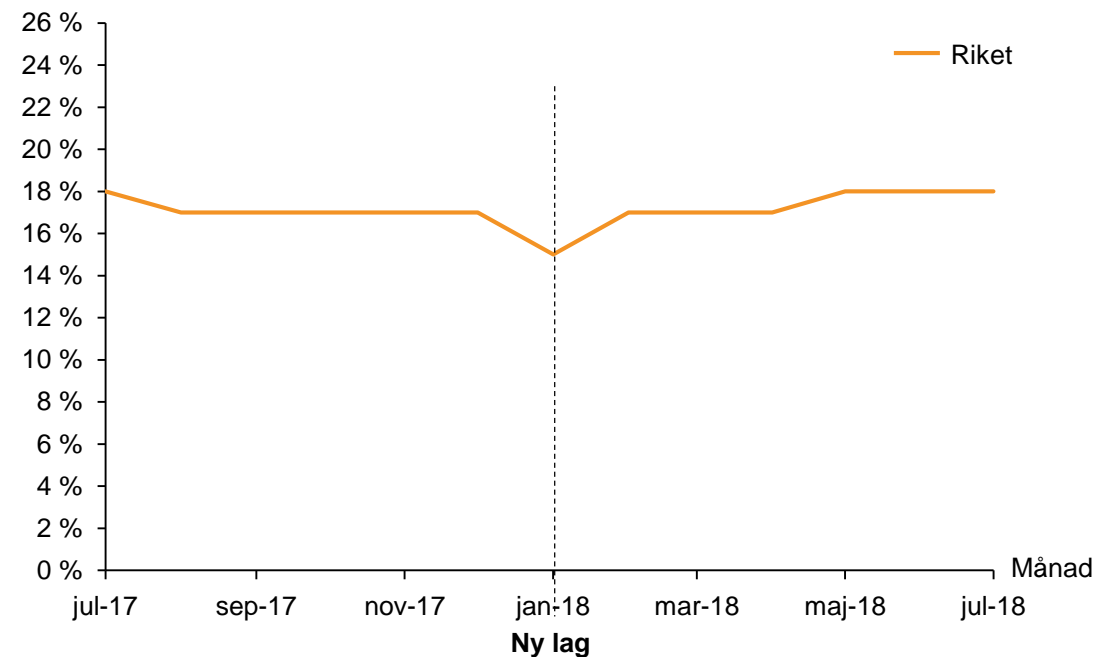
Det finns ibland en oro att de kortare ledtiderna vid utskrivning ska resultera i ökade oplanerade återinskrivningar.

I nationell statistik syns dock ingen ökning av oplanerade återinskrivningar på nationell nivå. Denna bild delas av

representanter i flera län och kommuner. I bland annat Region Jönköpings län och Region Örebro län följs andelen oplanerade återinskrivningar för somatisk vård och **ingen förändring har observerats under 2018 jämfört med 2017.**

Andel vårdtillfällen för patienter 65 år och äldre där återinskrivning skett inom 30 dagar, somatisk vård, 2017-2018

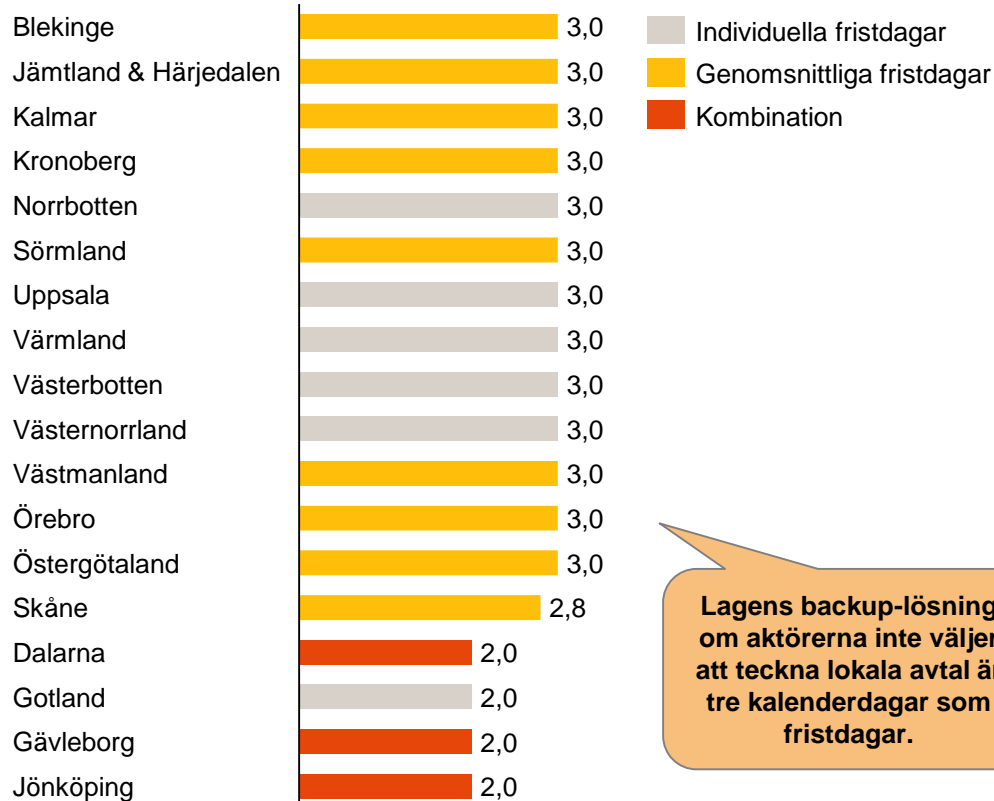
Andel oplanerade återinskrivningar



Lagens backup-lösning för betalningsansvar har tydlig påverkan på modellval – men vid fördjupad analys framkommer vissa skillnader

Av de 18 län som infört nya modeller för fristdagar (innan augusti 2018) har alla färre eller samma antal dagar som i lagens backup-lösning

Modell för beräkning av antal fristdagar inom somatiken, 2018*



Lagens backup-lösning om aktörerna inte väljer att teckna lokala avtal är tre kalenderdagar som fristdagar.

* Stockholm, Halland och Västra Götaland har inte ändrat antal fristdagar per augusti 2018.

Vid fördjupad analys framgår skillnader mellan de till synes likartade modellerna för betalningsansvar

Antal fristdagar och ersättningsnivåer ger kommunernas incitamentet att ta hem patienter tidigare. Lagens backup-lösning har haft stort genomslag och de flesta har valt tre kalenderdagar. **Men vid en fördjupad analys framgår skillnader mellan modellerna.**

En första skillnad är individuell eller genomsnittlig beräkning av fristdagar.

- 1. Individuella fristdagar** innebär att de vårdtillfällen som överstiger en specifik nivå för fristdagar ligger till grund för betalningsansvar. Vanligast är tre kalenderdagar efter underrättelse om utskrivningsklar.
- 2. Genomsnittliga fristdagar** innebär att man räknar på en medelvårdtid som utskrivningsklar för samtliga vårdtillfällen, om denna överstiger satt nivå blir kommunen betalningsansvarig.
- 3. Kombination av genomsnittliga och individuella fristdagar** innebär att genomsnittliga fristdagar övergår till individuell räkning för betalningsansvar vid en specifik gräns. Exempelvis om en patient är utskrivningsklar i mer än sju dagar, övergår modellen till att beräkna antal individuella dagar för en eventuell fakturering.

En andra skillnad är startpunkten för beräkning av fristdagar. Vissa huvudmän börjar den dag som patienten är utskrivningsklar och kallar denna dag 1 andra börjar räkna efterföljande dag och har då en så kallad 0-dag.

En tredje skillnad är ersättningsbeloppet per utskrivningsklar dag, där lagens backup-lösning om parterna inte väljer att teckna lokala avtal är Socialstyrelsens rekommendation för somatisk vård. Det beloppet ligger för 2018 på 7 100 kronor och gäller för närvarande i 14 av 21 landsting.

Ingen skillnad i medelvårdtider som utskrivningsklar kan ses mellan de län som har valt en kombinationsmodell, genomsnittlig modell eller individuell modell. Viss skillnad ses i andel 0-dagar, dock går det inte i nuläget att säga om detta beror på länens förutsättningar eller på modellval. För en mer detaljerad beskrivning se bilaga

Fyra exempel på framgångsfaktorer för minskning av antalet utskrivningsklara dagar har identifierats

Framgångsfaktorer

1

Gemensamt utformade riktlinjer för att skapa enhetliga arbetssätt vid utskrivning. Vissa landsting och kommuner har sedan tidigare haft olika former av riktlinjer kring övergång mellan slutenvård och kommunal omsorg vilka har uppdaterats utifrån den nya lagen. Andra har utformat helt nya arbetssätt utifrån lagens delar. Riktlinjer har gjort rollfördelningen tydligare och formaliserat de olika delarna i planeringsprocessen. Flera intervjuade har beskrivit att detta har resulterat i en större förståelse för andra professioner och verksamheter, vilket har möjliggjort en proaktivare och effektivare utskrivningsprocess.

2

IT-system som fullt stödjer flera delar av planeringsprocessen. Flera intervjuade beskriver att fungerande IT-system som stöttar alla viktiga delar av planeringsprocessen är en viktig framgångsfaktor. Detta innefattar möjligheter till skriftlig kommunikation som spårbar och läsbara av samtliga involverade aktörer. Systemen är även korrigerade med andra viktiga system hos verksamheterna exempelvis listning av patienter vid vårdcentral. Att möjliggöra kommunikation är viktigt för att en korrekt bedömning om förändrade omsorgsbehov ska kunna ske, samt för att kommunen ska kunna vara så förberedda som möjligt på att ta hem patienten.

3

Ändrade arbetssätt i den kommunala biståndsorganisationen som möjliggjort en större flexibilitet och proaktivitet. Lagen ställer nya krav på den kommunala biståndsorganisationens flexibilitet. Flera intervjuade kommuner uppgett att nya organisationsformer har möjliggjort en flexiblare biståndsbedömning och ett mer proaktivt planeringsarbete. Både landsting och kommuner lyfter också fram nya sätt att ta emot patienten som ersätter placering på korttidsboende som en konkret framgångsfaktor. Många betonar trygg hemgång-team som möjliggör bredare rambeslut om kommunala insatser initialt efter hemgång. Även kommunala biståndshandläggare som fysiskt sitter i slutenvården och genomför enklare biståndsbeslut och stöttar den fasta vårdkontakten i öppenvården med samordning inför hemgång kan främja en proaktiv planering.

4

Kombinera nya arbetssätt med uppdaterade modeller för kommunernas betalningsansvar som styr mot kortare ledtider (färre fristdagar och högre ersättningsnivåer per dag). Modeller som ger incitament för att kommunerna ska minska sina ledtider, har varit en bidragande förutsättning för att lyckas med omställningen. En tydlig framgångsfaktor har varit att utforma modellerna i tät samverkan mellan både kommun och landsting för att säkerställa ägarskap och förståelse för varandras förutsättningar.

Exempel från verkligheten

I flera kommuner har man hemtagningsteam som planerar patientens behov efter utskrivning. Teamen ger en riktad hemtjänstinsats under 1-2 veckor och syftar till att öka den enskildes självständighet och trygghet. Ofta ingår insatsen i ett rambeslut som följs upp av en mer detaljerad bedömning efter 1-2 veckor. Tanken är att insatsen ska i många fall ersätta placering på korttidsboende och på lång sikt minska den enskildes behov av hemtjänst. Insatsen ökar också tryggheten hos kommunen att ta hem patienten tidigare då teamet kan möta upp patienten hemma och ge en omfattande omsorgsinsats under kortare tid.

Fyra exempel på utvecklingsområden för att säkerställa minskade medelvårdtider för utskrivningsklara patienter



Utvecklingsområden

För att behålla den positiva förändringen med minskade medelvårdtider och säkerställa en fortsatt god vård behöver arbetet följas upp. Fyra övergripande utvecklingsområden har identifierats.

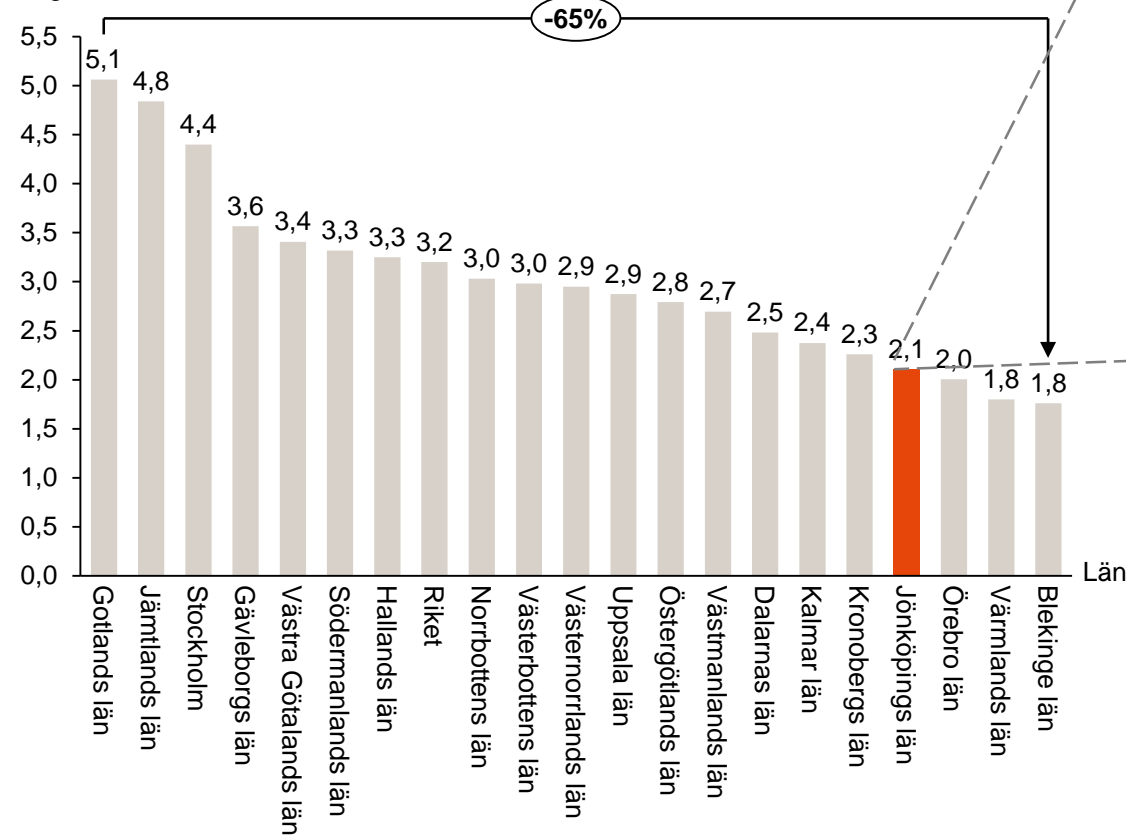
- 1 **Undersöka orsaker till oönskad spridning av utskrivningsklara dagar mellan län och kommuner.**
- 2 **Följa upp att den valda modellen för fristdagar styr mot kortare medelvårdtider för utskrivningsklara och ökar antal 0-dagar**
- 3 **Undersöka hur lagen har resulterat i en ökad belastning på kommunerna.**
- 4 **Utveckla specifika delar i arbetssätten för att underlätta en mer proaktiv planering**
 1. Det preliminära tidpunkten för utskrivning (utskrivningsdatumet) behöver bli mer träffsäkert
 2. Informationsöverföringen mellan slutenvården och kommunen behöver förbättras
 3. Rutiner kring påbörjan av planering behöver bli mer enhetliga

1 Undersöka orsaker till önskad spridning av utskrivningsklara dagar mellan län och kommuner (1/2)

Det finns en stor spridning på medelvårdtider som utskrivningsklar mellan och inom län

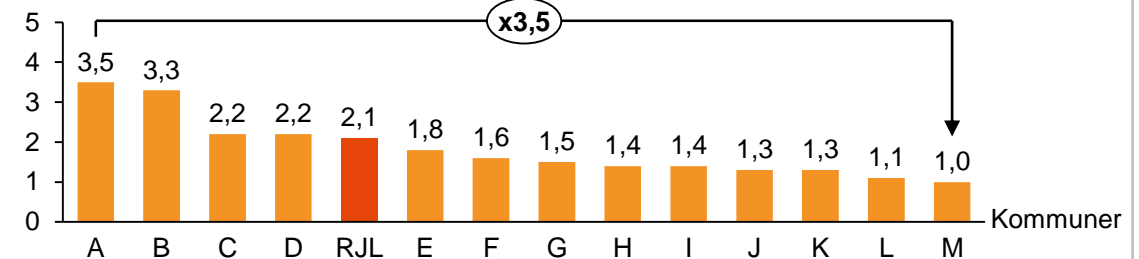
Medelvårdtid som utskrivningsklar, somatisk vård, juli 2018

Dagar



Medelvårdtid som utskrivningsklar, somatisk vård, kommuner i Region Jönköpings län juli 2018

Dagar



Kvarstående spridning mellan län och kommuner kan observeras. I Region Jönköpings län är medelvårdtiden som utskrivningsklar 2,9 dagar för perioden januari-augusti 2018, dock visar regional statistik att det skiljer sig mycket inom regionen. De flesta kommuner ligger under det regionala snittet.

Spridningen har förmodligen flera förklaringar, vilka behandlas senare i kapitlet. Viktigt att tänka på vid tolkning av statistiken är att små kommuner kan ha stora variationer i medelvårdtider som utskrivningsklar, då enstaka fall får väldigt stor påverkan.

1 Undersöka orsaker till oönskad spridning av utskrivningsklara dagar mellan län och kommuner (2/2)

Flera förklaringar ges till spridning men orsakerna är fortfarande i stor utsträckning okända

Intervjuer med huvudmän ger en delad bild av varför det finns en spridning mellan kommunernas ledtider och förklaringar som nämns är:

1. Det finns en bild av att större kommuner har större utmaningar än små kommuner. Förklaringar som ges är att det finns fler vård- och omsorgsgivare vilket ökar komplexiteten.
2. Antalet korttidsplatser lyfts ofta som en förutsättning för att kommunerna ska kunna ta hem patienterna snabbare.
3. Arbetssätt och organisatoriska förutsättningar lyfts ofta som en anledning till spridning av ledtider. Detta kan t ex röra sig om skillnader i när planering påbörjas, användandet av hemtagningsteam eller hur väl kommunikationen mellan slutenvården och kommunen fungerar.

För punkt 1-2 ses kan inget samband observeras i nationell statistik. Se bilaga för detaljerade analyser.

Huvudmännen, kommuner och landsting, bör gemensamt undersöka orsakerna till oönskad spridning mellan och inom län. Viktigt att tänka på vid analys är att små kommuner kan ha stora variationer mellan månader och år.

"Problem med korttidsvården kan leda till att enskilda kommuner kan falla ut negativt i enskilda perioder"
(Tjänsteman, Region Örebro län)

Tankar kring olika förutsättningar

"Man har gjort nya korttidsplatser, jobbat med att ta hem fortare. De flesta små kommuner har ngt hemtagningsteam, ej Örebro. Man kom igång olika sent."
(Tjänsteman, Region Örebro län)

"Jönköping har ett 30 tal vårdcentraler, med olika chefer.. Avkräver annan sorts kommunikation. I en stor kommun är det svårare att fördela patienter från systemet till de olika vårdcentralerna, i mindre kommuner har man färre vårdcentraler och patienter."
(Tjänsteman, Region Jönköpings län)

"Det skiljer sig åt mellan kommuner, i om man har hemteam. Större kommuner sätter ett team, i mindre kommuner sammankallas vissa funktioner."
(Tjänsteman, Gislaved kommun)

"Kommuner har tillsatt mer resurser, bland annat har man öppnat fler korttidsplatser."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)

2 Följa upp att den valda modellen för fristdagar styr mot kortare medelvårdtider för utskrivningsklara och ökar antal 0-dagar

En viktig faktor till minskningen av medelvårdtider som utskrivningsklar är de gemensamt utformade avtalen. Dessa anger ett färre antal fristdagar för det kommunala betalningsansvaret än tidigare, vilket tydligt signalerar om att det är bra att patienter kommer hem tidigare. **Länen har valt olika modeller för beräkning av fristdagar. Modellernas effekter är ännu okända. Därför bör kommuner och landsting gemensamt följa upp och diskutera hur väl modellen fungerar för huvudmän och verksamheter.**

Exempel på frågeställningar är:

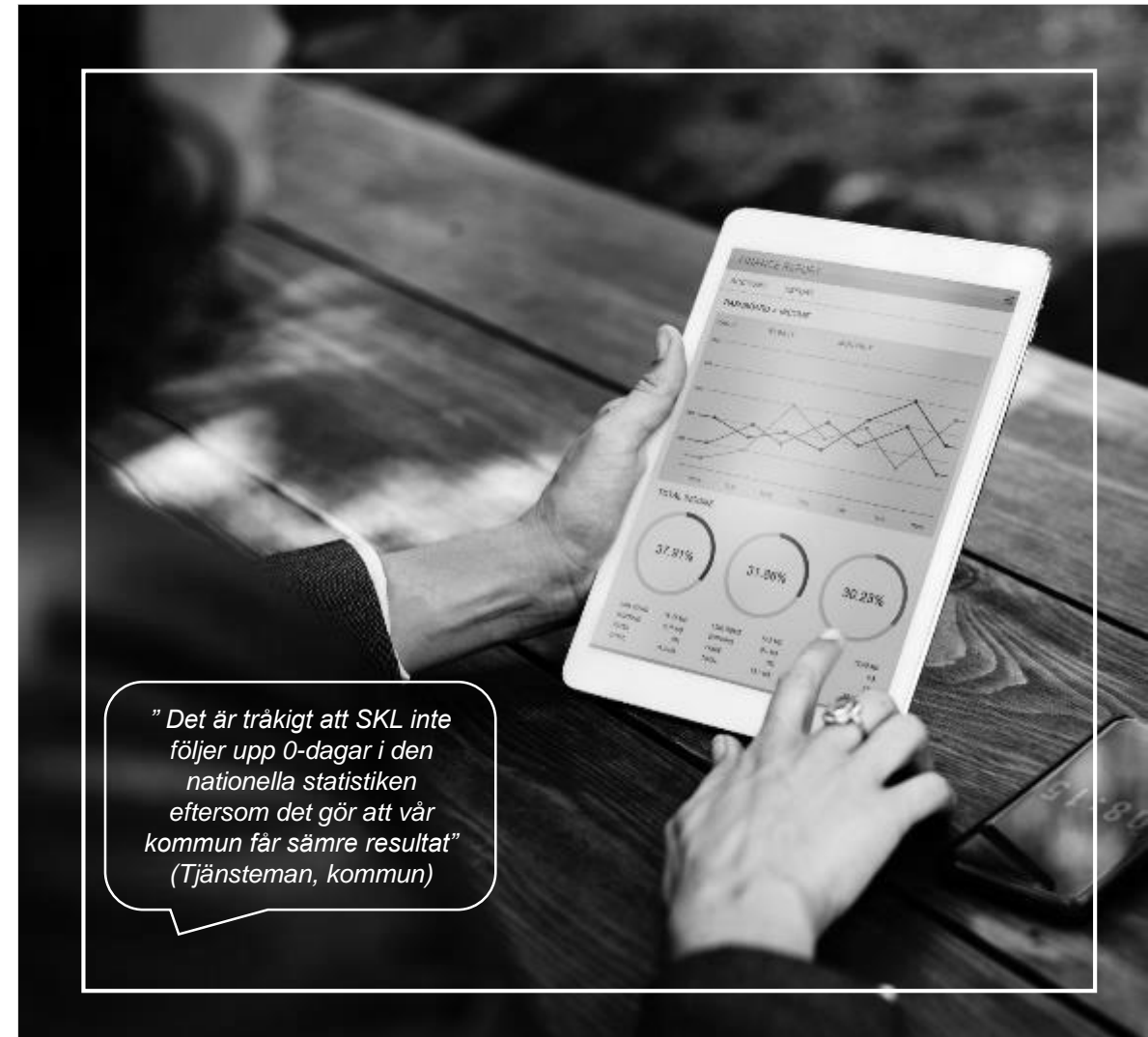
- Om modellen är lämplig för att minska
 - antalet 0-dagar?
 - antal vårdtillfällen som utskrivningsklar som överstiger ett större antal dagar?
 - totala medelvårdtider som utskrivningsklar?
- Har modellen några oönskade effekter på
 - arbetsbelastning i verksamheterna?
 - patientsäkerhet?

Statistik bör tas fram för att kunna följa de utfall som huvudmännen finner relevanta.

Detta bör göras både för olika verksamheter och kommuner, för att bättre förstå olika förutsättningar och behov.

Den nationella statistik som finns tillgänglig redovisar inte i dagsläget 0-dagar vilket resulterar i att hela bilden inte visas och försvårar för jämförelser mellan län och kommuner samt nationell uppföljning

Lagens intention är att så många som möjligt ska gå hem samma dag som de är utskrivningsklara. Det kan därför diskuteras om modellerna för betalningsansvar även bör styra mot att fler går hem samma dag som de bedöms som utskrivningsklara (dag 0). **Inget avtal har idag definierat några direkta ekonomiska incitament för kommunerna att ta hem patienter dag 0.**



3 Undersöka hur lagen har resulterat i en ökad belastning på kommunerna

Flera kommuner vittnar om ökad belastning på kommunerna, åsikterna går isär om det är ett resultat av lagen...

Flera intervjuade anger att de upplever ett högre tryck på den kommunala verksamheten, åsikterna går dock isär om detta beror på lagen eller om det snarare rör sig om en generell trend. Under intervjuer har fyra områden återkommit:

1. Ökad administration: De kommunala biståndshandläggarna beskriver en ökad arbetsbelastning på grund av nya arbetsuppgifter. Exempelvis behöver planering av kommunal insatser ske tidigare i processen vilket är tidskrävande. Vidare deltar biståndshandläggare i större utsträckning på SIP-möten i patientens hem.

2. Patienter upplevs ha större vårdbehov: Det finns en generell upplevelse av att patienterna har ett större vårdbehov när de kommer hem. Detta kräver fler vård- och omsorgsinsatser, högre kompetens och fler hjälpmedel. Vissa kommunrepresentanter upplever att patienter skrivs hem tidigare på grund av personalbristen på sjukhusen. Det finns även en upplevelse hos intervjuade kommunföreträdare att patienter ibland skrivs ut från slutenvården trots att det

kvarstår ett behov av vård eller utredning på en annan avdelning.

3. Ökat krav på flexibilitet i kommunen:

Kortare ledtider ställer högre krav på flexibilitet hos hemtjänsten. Detta försvåras av att den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras. I många fall står hemtjänstpersonal beredda att ta emot en patient och få avbryta mottagandet på kort varsel. **I flera kommuner har även team för att stärka upp mottagandet bildas, ofta kallat Trygg hemgång.** Dessa team möter upp patienten med riktade hemtjänstinsatser under en kortare tid. Detta kan ibland ersätta placering på korttidsboende och möjliggör en grundlig utredning i hemmet inför framtida biståndsbeslut. På lång sikt är därför tanken att kostnaderna ska minska, men eftersom insatsen är dyrare än ordinarie hemtjänst ökar kostnaderna på kort sikt.

4. Ökat tryck på korttidsboende: De kortare ledtiderna har upplevs även ha ökat behovet av platser på korttidsboenden. I vissa fall har kommuner öppnat upp nya korttidsboenden innan lagens införande.

...huvudmännen bör därför följa upp och diskutera hur kommunernas kostnader påverkas

Hur kommunernas kostnader påverkas av den nya lagen är ännu inte känt.

Åsikterna går isär, vissa kommuner menar att de har nya kostnader direkt kopplat till lagen medan andra uttrycker att de inte har det. Hur kommuner upplever att belastningen har ökat skiljer sig även åt. Det är svårt att skilja kostnader direkt kopplade till lagen och kostnader som drivs av en generell trend av en åldrande befolkning och att mer vård sker i hemmen.

Bilden av att kommuner får ökade kostnader riskerar att minska tilliten mellan huvudmännen. Det är därför viktigt att huvudmännen gemensamt diskuterar om och hur kommunernas kostnader ökar. Kostnader bör följas upp på olika verksamheter för att öka förståelsen vad som driver kostnaderna. Utifrån detta kan huvudmännen gemensamt arbeta för att hitta förbättringsområden.

*" Jag kan inte säga att vi ser ökade kostnader i koppling till lagen. Vi har inte gjort något beslut om att skjuta till pengar till hemvården på grund av lagen"
(Kommun i Region Örebro län)*

*" Lagen har skrivits när det inte var sådan kris med personalförsörjning inom slutenvården. Nu fungerar lagen för att övervältra sjukvård på kommunerna. Frågar man en läkare på golvet så får man bilden av att patienter blir utskrivningsklara när det saknas personal."
(Tjänsteman i Jönköpings kommun)*

*" Kommuner talar om ökade kostnader, mer korttidsplatser, hemtjänsten. Man kommer hem fortare. Men det är inte så entydigt från kommuner."
(Tjänsteman, Region Örebro län)*

Utveckla specifika delar i arbetssätten för att underlätta en mer proaktiv planering

Båda huvudmännen upplever att det krävs fortsatta utbildningsinsatser för att förbättra följsamhet och genomförande av specifika delar av planeringsprocessen. Framförallt inom tre delar:

1. Det preliminära tidpunkten för utskrivning (utskrivningsdatumet) behöver bli mer träffsäkert. Osäkerheten på tidpunkten gör det svårt för kommunerna att planera för mottagandet av den enskilde. **Detta resulterar i ineffektivt resursutnyttjande, försvagad tillit mellan huvudmännen och lägre följsamheten till riktlinjerna.** Om datumet flyttas fram utnyttjas ibland inte de resurser som kommunen tagit fram, exempelvis hemtjänstpersonal. Många kommuner uttrycker att slutenvården inte förstår vikten av att tidpunkten uppdateras under vårdtiden samt att de får ta kostnaderna när slutenvården ger fel datum. Kommuner beskriver också att det finns en känsla av att det fortfarande ligger ett mått av strategi i hur tidpunkten placeras, där det hela tiden flyttas fram under vårdtiden. Denna bild delas delvis av kommunrepresentanter och personal inom slutenvården. Detta riskerar att påverka tilliten mellan huvudmännen och följsamheten till riktlinjerna. Det finns

en samsyn hos kommunen och slutenvården kring att **det är svårt att sätta ett korrekt utskrivningsdatum.** Vissa åkommor har ett mer standardiserat vårdförlopp medan andra sjukdomstillstånd har osäkrare vårdtider. Det finns dock en bild av att tillförlitligheten på datumet skiljer sig mellan sjukhus och avdelningar. **Den generella bilden är att träffsäkerheten kan förbättras, genom att exempelvis beräkna generella vårdtider för diagnoser samt utbilda personalen.**

2. Informationsöverföringen mellan slutenvården och kommunen behöver förbättras och då menas konkret förbättring inom två områden:

- Informationen bör uppdateras under vårdförloppet:** Kommuner uttrycker att det kommer en första bedömning av patientens behov vid inskrivning. Dock kan uppdateringen av informationen under vårdtiden kan förbättras. Vissa vittnar om att information om behov ibland kommer först vid utskrivning. Detta gör att kommunen förlorar viktig planeringstid.
- Mer information bör ges:** Ibland

saknas informationen helt eller är otillräcklig. Detta kan exempel röra sig om ADL-bedömning. Denna är ibland ifylld av sjuksköterska istället för arbets- eller fysioterapeut.

3. Rutiner kring påbörjan av planering behöver bli mer enhetliga. I lagen framgår det att planering ska påbörjas när den berörda enheten har mottagit inskrivningsmeddelande. Dock vittnar intervjuade om att vissa kommuner börjar planeringen först när patienten är utskrivningsklar. Det finns även en variation i om patienter planeras även på röda dagar, eller om meddelandet bara kvitteras ut.

Avvikelser kring dessa delar bör gemensamt, med kommun och landsting, följas upp och diskuteras på ledningsnivå. Detta för att identifiera förbättringsområden samt att säkerställa en gemensam bild av verkligheten. **Utifrån avvikelser bör rutiner och riktlinjer vid behov revideras.** I vissa fall kan det vara lämpligt att utforma workshops för att utarbeta förslag på förändringar. **Avvikelser bör även ligga till grund för riktade informationsmöten och utbildningsinsatser.**

*"Skillnader i hur sjukhusen arbetar skapar mer och mer frustration"
(Tjänsteman, Kommun)*

*"Risken med osäkerheten kring utskrivningsklar är att kommunerna börjar förhåla processen och väntar med planeringen tills patienten är utskrivningsklar."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

*"Kommunen får inte den infon man behöver i planeringsunderlaget. Ingen arbetsterapeut hinner med att göra bedömning, exv. ADL-status. Oftast klistras bara det i att det är förändrat."
(Tjänsteman, Örebro kommun)*



3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?

Syftet med förändringen är:

Den enskilde ska känna sig delaktig i planering av sin vård och omsorg. Detta ska syfta till att öka självständigheten och tryggheten hos den enskilde.

3. Fortfarande okunskap om och begränsat fokus på den enskildes upplevelse av delaktighet, självständighet och trygghet

Det finns begränsade kunskaper om patienternas delaktighet, självständighet och trygghet har förbättrats. Det saknas i nuläget nationell statistik och tillgängliga verktyg såsom Webbkollen och SIP-kollen används i begränsad omfattning.

Verksamhetsföreträdare beskriver hur lagens krav på SIP och fast vårdkontakt verkar för en patientcentrerad ansats, men att fokus i utvecklingsarbetet under detta första år varit på att anpassa verksamheterna efter de nya lagkraven.

Kommuner och landsting har genomfört nya arbetssätt och roller för fast vårdkontakt och samordnad individuell plan som verkar för att öka den enskildes delaktighet och trygghet. Vissa har även försökt lyfta fram den enskildes behov tydligare i sitt utvecklingsarbete.

Tre framgångsfaktorer som framkommit i arbetet:

1. Förstärkt information om den fasta vårdkontakten och SIP till den enskilde och närstående
2. Uppföljande kontakt av den fasta vårdkontakten och registrering i verktyget Webbkollen
3. Information och dokumentation om SIP görs enkelt tillgänglig för invånarna

För att tydligare lyfta fram den enskildes fokus betonas tre övergripande utvecklingsområden:

1. Förbättra informationsöverföringen till den enskilde
2. Fokusera mer på proaktiva insatser för att undvika sjukhusinläggning
3. Följa upp den enskildes delaktighet och trygghet i processerna

Det finns en samsyn kring att lagen är bra för den enskildes vård och omsorg

Den övergripande synen inom verksamheter är att lagen bidrar med att öka den enskildes delaktighet och trygghet

Det finns en samsyn hos huvudmän och personal i verksamheterna att lagen i grunden verkar för patientens bästa då den styr mot:

1) En ökad samverkan av vård- och omsorgsinsatser. Det finns en samsyn kring att ökad samverkan är nödvändigt för att säkerställa en god vård, öka delaktighet och trygghet för den enskilde. Det ska vara tydligt vem som gör vad kring patienten, både för den enskilde men även för vård- och omsorgsgivare.

2) Att patienten får komma hem tidigare. Det finns en samsyn kring att det är bra att patienten ligger så få dagar som möjligt som utskrivningsklar på sjukhus. Dels finns det alltid en risk för vårdrelaterade infektioner vid inläggande vård. Vidare så ökar ofta den enskildes trygghet av att få vårdas i hemmet.

3) En ökad informationsöverföring. Informationsöverföringen är en viktig del av den enskildes trygghet. Nya rutiner ökar informationsöverföringen mellan

kommun, primärvård och slutenvård. Vilket gör att tidigare vårdbehov och framtida vårdbehov är bättre känt.

- 4) En ökad delaktighet** Det finns en samsyn kring att SIP och fast vårdkontakt styr mot ökad delaktighet om de används rätt.
- 5) En högre grad av kontinuitet.** Den fasta vårdkontaktens roll styr mot att patienten har en person som har koll på dess insatser. Det upplevs som tryggt att ha ett direktnummer att ringa till.

*"Den enskildes upplevelse av delaktighet i möten har stigit från 49 procent till 80 procent."
(Tjänstemän, Region Norrbotten)*

*"Hur det blir när patienten går hem tidigare? I norra länsdelen har man använt webbkollen, patienten känner sig trygg, bättre resultat trots att det går snabbare."
(projektledare, Region Örebro)*

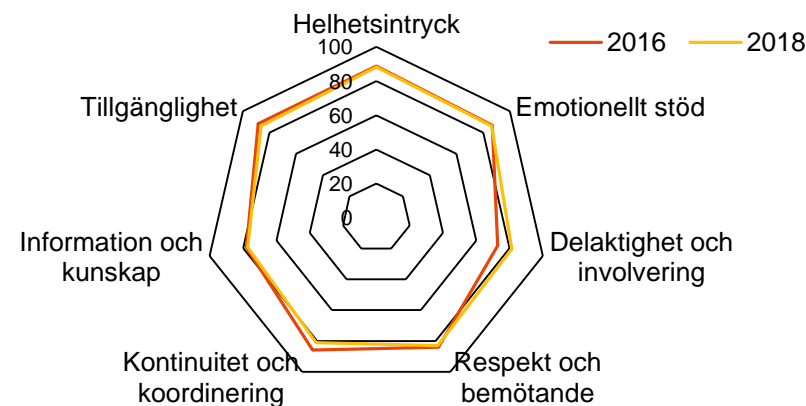
Regionala undersökningar visar på en positiv förändring, inget kan dock utläsas ur nationell statistik

De få undersökningar som har gjort visar på ett positivt resultat för den enskilde. I Region Norrbotten har delaktigheten ökat från 49 procent till 80 procent. Även i Örebro har Webbkollen visat på positiva resultat.

I Nationell Patientenkät kan inga större förändringar urskiljas. Nationell patientenkät visar på en **liten ökning i**

delaktighet och involvering jämfört med 2016. Kontinuitet och koordinering visar på ett litet sämre resultat jämfört med 2016, övriga områden är oförändrade. Dock är det svårt att dra slutsatser från enkäten då den endast ges en gång vartannat år. Det går inte att ta fram data specifikt kopplat till målgruppen vilket gör det svårt att uttala sig om de faktiska effekterna.

Nationell Patientenkät, Specialiserad sjukhusvård, 2016 och 2018*



Tre exempel på övergripande framgångsfaktorer för att öka den enskildes delaktighet och trygghet

Framgångsfaktorer

1

Förstärkt information om den fasta vårdkontakten och SIP till den enskilde och närstående. En viktig del av trygghet är att i god tid få reda på hur den framtida planen ser ut. Detta är särskilt viktigt vid planeringsprocessen eftersom ansvaret övergår från slutenvård till öppenvård. Detta kan åstadkommas genom en förstärkt skriftlig och muntlig information om vad som kommer att ske efter utskrivning. Flera lyfter fram olika verktyg för kommunikation som framgångsfaktorer, exempelvis teach-back, där den enskilde återberättar informationen med sina egna ord, för att säkerställa den enskildes förståelse av den information som getts.

2

Uppföljande kontakt av den fasta vårdkontakten och registrering i verktyget Webbkollen. Det finns flera vinster med att följa upp den enskildes upplevelse. Det ger en möjlighet för vården att hitta förbättringsområden samt förbättrar den enskildes delaktighet genom att följa upp eventuella frågor. Genom interjuver kan den enskilde känna att vården lyssnar och förstår hans situation.

3

Information och dokumentation om SIP görs enkelt tillgänglig för invånarna. Genom att tillgängliggöra SIP digitalt ökar patientens delaktighet i vården. Detta skapar en tydlighet om att det är den enskildes SIP och inte verksamheterna. Detta ger även ett incitament för att skriva SIP riktat till den enskilde, utifrån dess egna mål och delmål.

Exempel från verkligheten

I Region Örebro ges utskrivningsklara patienter information om vem den fasta vårdkontakten är, med namn och vårdcentral. Det utskrivande teamet informerar att vårdkontakten kommer ringa upp för att diskutera SIP. Det finns även en broschyr med information om samordning, SIP och fastvårdkontakt som är anpassad till den enskilde och dess närstående.

I Landstinget Sörmland involverar man patienten i planeringsprocessen genom att tidigt be den enskilde att fundera på vad som krävs för att denne ska känna sig trygg hemma vid utskrivning. Detta upplever man ökar den enskildes delaktighet i vården.

I flera landsting ringer den fasta vårdkontakten upp samtliga listade som skrivits ut för att med hjälp av webbkollen genomföra ett samtal om upplevelsen på sjukhus. Detta är oftast väldigt uppskattat hos den enskilde, som upplever det som tryggt att vårdcentralen blir insatt i sjukhusvistelsen. Siffrorna rapporteras löpande och lyfts sedan på samverkansträffar.

I Region Norrbotten har SIP tillgängliggjorts på 1177 från 12:e november 2018. En dokumenterad SIP kan enkelt nås som en pdf-fil via journal på nätet via 1177.

För att tydligare lyfta fram den enskildes fokus krävs ett brett utvecklingsarbete



Utvecklingsområden - exempel

Samtliga intervjuade är överens om att arbetet för att öka den enskildes delaktighet, trygghet och självständighet kan förbättras och att denna fråga finns på agendan för det fortsatta utvecklingsarbetet. Tre viktiga områden för att åstadkomma detta är:

- 1 Förbättra informationsöverföringen till den enskilde
- 2 Fokusera mer på proaktiva insatser för att undvika sjukhusinläggning
- 3 Följa upp den enskildes delaktighet och trygghet i processerna

1 Förbättra informationsöverföringen till den enskilde

Det finns en samsyn i verksamheterna att informationen till den enskilde kan förbättras i flera av stegen. Information till den enskilde kan förbättras både i kvalitet och i kvantitet.

- 1. Informationen bör vara enhetlig från olika verksamheter.** Ett sådant exempel är där slutenvården rekommenderar korttidsplats men kommunen inte kan erbjuda det.
- 2. Informationen bör vara lättillgänglig och samlad.** Detta kan ske med t ex informationsbroschyrer som delas ut eller finns tillgängliga på hemsidan. Verksamhetsföreträdare lyfter att det i många fall finns information till den enskilde på olika språk och för olika grupper, dock saknar ofta personalen kunskap var material finns så det kommer aldrig patienten till del.

För att informationen till patient och de anhöriga ska stärkas bör huvudmännen säkerställa att det finns en kännedom om beslutade riktlinjer kring informationsöverföring. I vissa fall kan det vara nödvändigt att se över riktlinjer för att säkerställa att informationsöverföringen till patienten blir en naturlig del av arbetet. Vidare bör de stödmaterial, exempelvis mallar, checklistor, metodstöd, som finns spridas bättre ut i verksamheterna.

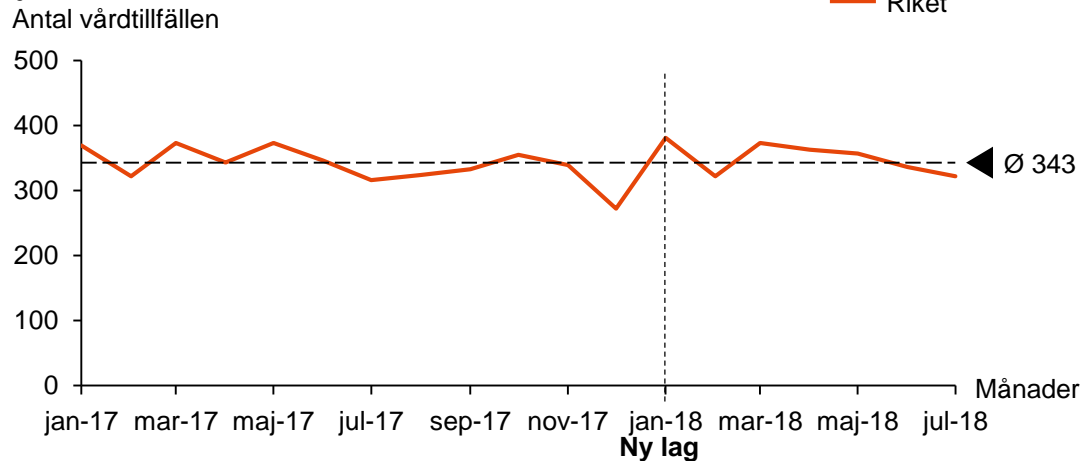
”Information till patienten i samband med utskrivning brister. Information till patienten är tydligt reglerad i lagstiftning och i många fall lever verksamheter inte upp till lagens krav.”
(Tjänsteman, Region Örebro Län)



2 Fokusera mer på proaktiva insatser för att undvika sjukhusinläggning

Undvikbar slutenvård är oförändrad sedan lagens införande

Vårdtillfällen med undvikbar slutenvård, 65 år och äldre, riket, januari 2017-juli 2018



Undvikbar slutenvård är en indikator för att analysera hur sammanhållen vården är. Målet med en god och nära vård är att den enskilde aldrig ska behöva hamna på sjukhuset. Dock finns det en kvarstående problematik med mångbesökare på akuten och patienter som skrivs in på sjukhus fast det kunde undvikits. För perioden januari 2017 till juli 2018 kan ingen förändring i indikatorn synas.

"5 procent av platser beläggs av utskrivningsklara patienter, 10 procent av platserna beläggs av de som inte borde komma till sjukhuset."
(Tjänsteman, Region Örebro län)

Vården i hemmet behöver stärkas och den fasta vårdkontakten behöver ta en större roll

Det finns en samsyn kring att även arbetet med att säkerställa en god och nära vård i hemmet behöver stärkas genom mer proaktiva insatser. Arbetet kring den nya planeringsprocessen kommer den enskilde till nytta men för en stor del av som ingår i den nya lagen genomförs den största delen av vården i hemmet. Det stora förändringsarbetet med planeringsprocessen har resulterat i att många kommuner och landsting upplever att fokus inte har kunnat ligga på att utforma nya arbetssätt som syftar till minska risken för undvikbar sjukhusvård. Många uttrycker att detta är ett naturligt nästa steg i utvecklingsarbete. Flera har börjat koppla an arbetet kring den nya lagen med modeller för proaktivt arbete i hemmet.

För att säkerställa att arbetet sker mer proaktivt behöver flera områden stärkas:

1. Den fasta vårdkontakten behöver ta ett större ansvar för att fånga upp problem tidigt och arbeta för att undvika att patienten behöver söka akut vård om

inte behov finns

2. Tryggheten i hemmet behöver stärkas med exempelvis hemsjukvård, mobila team, modeller för förstärkt hemtjänst (trygg hemgång)
3. Koppla ihop den nya planeringsprocessen med tidigare övergripande modeller och arbetssätt. Exempelvis Region Örebro ViSam, Region Jönköping läns Esther

"Vi har inte kommit i mål med nära vård, det blir nästa steg. Man har haft fullt upp med utskrivning. Viktigt att man gör SIP i hemmet. Flera länsdelar pratar om att göra närsjukvårdsteam."
(Tjänsteman, Region Örebro län)

"Vi måste bli mer proaktiva – inte bara börja planera när patienten är på sjukhuset."
(Primärvården, Landsting)

3 Följa upp den enskildes delaktighet och trygghet i processerna

Den enskildes upplevelse är till stor del okänd och följs inte upp på ett systematiskt sätt

Flera verksamhetsföreträdare uttrycker att den enskildes upplevelse av processen fortfarande till stor del är okänd. Fokus har hittills varit på att införa nya roller och arbetssätt. Vissa följer upp på verksamhetsnivå men få följer upp patientens delaktighet på central nivå, och gemensamma rutiner för denna uppföljning saknas ofta. I nationella källor följs patientens upplevelse upp med nationell patientenkät, denna är dock för alla vårdtillfällen och ej specifik för målgruppen.

Det finns flera nationella verktyg för att följa upp den enskildes upplevelse av vården men dessa används inte i större utsträckning. Webbkollen, Rutinkollen och SIP-kollen kan användas som stöd för att följa upp den enskildes delaktighet, dock är det få som använder dem. Vissa verksamheter väljer istället att jobba med en egenutvecklad uppföljningsmodell.

Anledningar som anges till varför de nationella verktygen ej används är:

1. **Verktygen är ej kända och det finns en osäkerhet kring hur de ska användas** vilket resulterar i en låg registreringsgrad

2. **Ur nationella datakällor finns inte statistik kopplat till målgruppen.** De största nationella datakällor som finns är framförallt Nationell Patientenkät, samt Socialstyrelsens "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" Ur dessa går det dock inte att få fram statistik specifik för lagens målgrupp.
3. **Få av dagens IT-system möjliggör automatisk insamling av data** utan kräver manuell registrering
4. Fokus i landstings/kommuners **uppföljningsmodeller landstingen har varit på utfallsmått** (medelvårdtid) samt process mått (antal genomförda SIP) och **inte på den enskildes upplevelse.**

Huvudmän och verksamhetschefer bör därför gemensamt utforma tydliga rutiner för uppföljning av patientrelaterade mått.

Resultaten av uppföljningen behöver kommuniceras ut till verksamheterna. Enkäter bör sammanställas, visualiseras på ett pedagogiskt och användbart sätt samt kommuniceras till personal ute i verksamheterna.

Det finns nationella stöd för uppföljning, dessa används dock i liten utsträckning

Webbkollen Trygghet i vardagen

Webbkollen är ett verktyg för att låta patienterna komma till tals. Den finns i sex olika versioner:

1. Sjukhus - Återinskrivning
2. Sjukhus - Ring upp
3. Sjukhus – Akutmottagning
4. Vårdcentral/Hälsocentral
5. Kommunal vård och omsorg
6. Samverkan (kommun, slutenvård och öppenvård)

Versionen 6. *samverkan* är en enkät där medarbetare kan fylla i hur väl de tycker att samverkan vid utskrivning fungerar, bland annat hur kommunikationsöverföringen är mellan verksamheterna.



SIP-kollen är en enkät för att mäta den enskildes upplevelse av SIP-mötet och av det uppföljande SIP-mötet.



Rutinkollen är ett verktyg för att bedöma följsamheten till rutiner. I rutinkollen finns ett verktyg för SIP-utförande. Utifrån dokumentation/journaler avgörs om rutiner har följts och om dokumentationen varit täckande.



4. Den somatiska vården ligger steget före jämfört med psykiatrin

Den somatiska vården ligger steget före jämfört med psykiatrin med införandet av den nya lagen. 16 av länen har inte nyttjat 2018 för en gradvis övergång till en modell där fristdagarna enligt lagens backup-lösning minskar från 30 till 3 stycken januari 2019. Till och med juli 2018 har det inte skett någon minskning av andelen vårdplatser som upptas av utskrivningsklara patienter inom den psykiatriska slutenvården. En allmän uppfattning är att psykiatrin inte kommit lika långt som somatiken när det gäller införandet av nya arbetssätt, implementering av nya IT-system och förtydligande av roller.

Kommuner och landsting har i vissa fall infört nya arbetssätt. I vissa län har man ändrat rutinerna för psykiatrin trots att reglerna kring betalningsansvar är detsamma som tidigare. Det upplevs att psykiatrin har särskilda omständigheter som försvårar omställningen, denna bild delas av kommuner och av verksamhetsföreträdare inom psykiatrin.

Tre konkreta framgångsfaktorer kan identifieras för de organisationer som lyckats väl med att införa den nya lagen för psykiatrin:

1. Utfört pilot med nya arbetssätt för psykiatrin
2. Involverat patient- och brukarorganisationer i införandet av nya arbetssätt
3. En ansvarig per vårdavdelning som är extra insatt i de nya arbetssätten

Två kvarstående utvecklingsområden:

1. Anpassa nya rutiner, roller och arbetssätt utifrån patienternas behov och verksamheternas förutsättningar
2. Inkludera psykiatrin i nya och befintliga IT-system
3. Uppdatera modellerna för kommunernas betalningsansvar i linje med somatiken

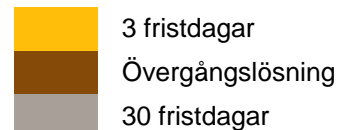
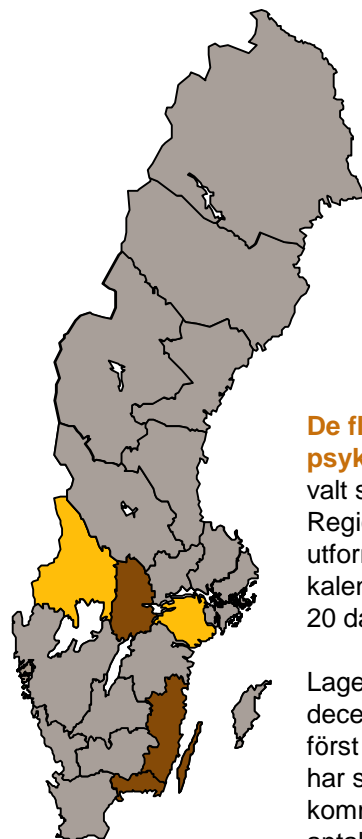
4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin påverkats?

Syftet med förändringen är:

Den enskilde ska möta samma effektiva och proaktiva planeringsprocess oavsett vårdtyp. Det ska inte längre göras skillnad på psykiatrisk vård och somatisk vård i kommunernas betalningsansvar.

De flesta landsting har inte ändrat betalningsansvaret, och ledtiderna för psykiatrin har inte förändrats under 2018

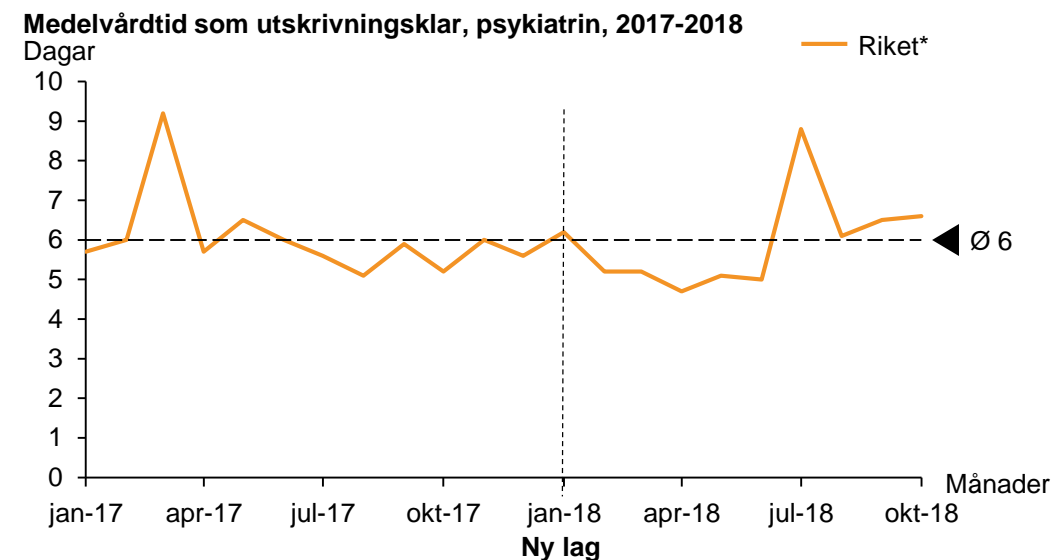
De flesta län har ännu inte ändrat betalningsansvaret för psykiatrin, 16 län har kvar tidigare nivåer på 30 fristdagar



De flesta län har ännu inte infört nytt betalningsansvar för psykiatrin. Endast Södermanlands län och Värmlands län har valt samma antal dagar inom psykiatrin som inom somatiken. I Region Örebro län, Kalmar län och Blekinge län har man utformat en övergångslösning. I Region Örebro län gäller 15 kalenderdagar, Kalmar län 20 kalenderdagar samt i Blekinge län 20 dagar efter utskrivningsklar.

Lagens övergångsbestämmelser föreskriver att fram till 31 december 2018 ska kommunernas betalningsansvar inträda först efter 30 dagar efter att en underrättelse om utskrivningsklar har skickats, förutsatt att kommunerna och landsting inte har kommit överens om annat. Från 1 januari 2019 gäller samma antal fristdagar för psykiatrin som för somatiken i lagens backup-lösning.

Ingen minskning av medelvårdtider som utskrivningsklar kan observeras för psykiatrin



Ingen minskning på medelvårdtiden för utskrivningsklara patienter kan ses i psykiatrin. Sedan januari 2017 har snittet legat på sex dagar som utskrivningsklar.

Det är svårt att analysera förändringen på regional nivå eftersom det rör sig om få vårdtillfällen per län. Enstaka fall kan därför leda till stora variationer i utfall över tid och mellan länen/kommunerna.

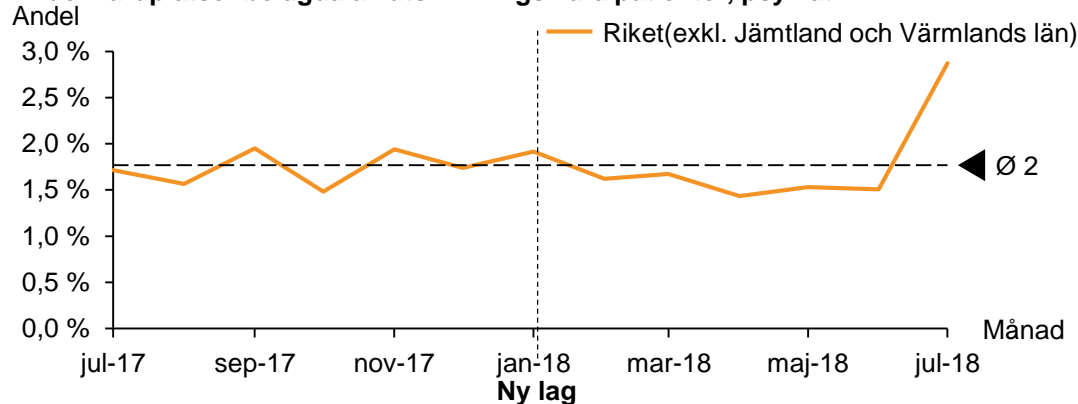
*"Vi ligger efter med att utforma ett avtal för psykiatrin"
(Tjänsteman, Kommun)*

* Värmlands län saknas data för 2017, Jönköpings län januari – april 2017, Jämtlands län januari – februari 2018, Västra Götalands län augusti – oktober 2018, Skåne län februari – oktober 2018

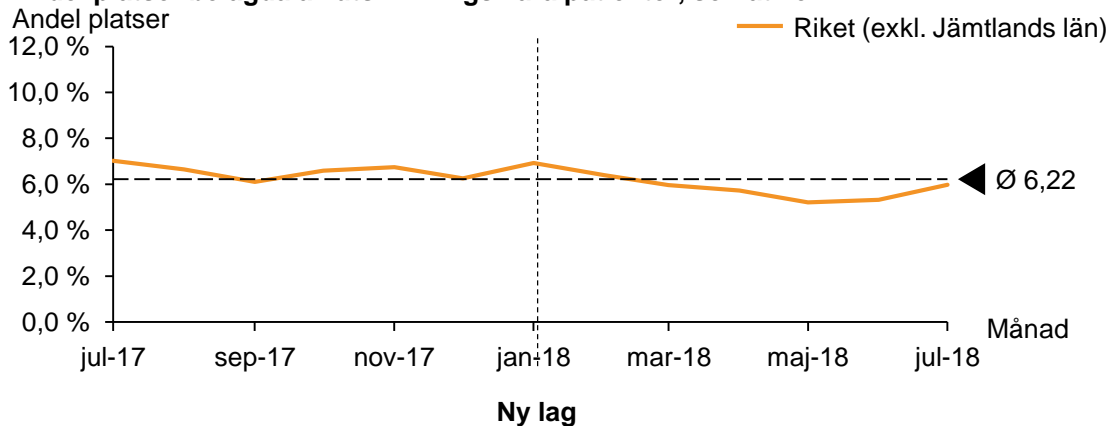
Andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara har inte minskat, men de står för en mindre del än för somatiken

Färre platser är belagda av utskrivningsklara patienter inom psykiatri jämfört med somatiken

Andel vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter, psykiatri



Andel platser belagda av utskrivningsklara patienter, somatiken



I psykiatri rör det sig om få vårdtillfällen med långa vårdtider som utskrivningsklar som påverkar medelvårdtiden som utskrivningsklar

Det har inte skett en påvisbar minskning av andelen platser belagda av utskrivningsklara patienter, under perioden januari 2017 till juli 2018.

Dock är andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara patienter relativt låg för psykiatri, runt 2 procent jämfört med somatiken 6 procent. Detta kan ha bidragit till att frågan inte har varit lika prioriterad hos huvudmännen.

Jämför man medelvårdtiden för utskrivningsklara är förhållandet omvänt. **För somatiken är medelvårdtiden som utskrivningsklar 4 dagar medan psykiatri har ett snitt på 7 dagar.**

Vårdtillfällen och vårdtid som utskrivningsklar redovisas den månad vårdtillfället avslutas. Inom psykiatri rör det sig om få vårdtillfällen med långa vårdtider som utskrivningsklar, detta gör att enstaka fall kan ge stort utslag vissa månader, vilket bör tas hänsyn till vid tolkning av statistiken. Det är därför lämpligt att observera flera månader för att få en korrekt bild.

Statistiken skiljer sig åt från vantetider.se då Jämtlands län och Värmlands län är exkluderade för hela perioden, samt för att Skåne län är inkluderade.

"Vi har brukare som vi inte kan hitta en permanent boendelösning för på den korta planeringstiden vi har"
(Biståndshandläggare, Kommun)

"Tyvärr har vi patienter som ligger kvar väldigt länge, till och med mer än de trettio dagar som kommunen har på sig i dag"
(Heldygnsvården, Landsting)

"Psykiatri ligger väldigt mycket efter, man har inte haft samma samverkan."
(Tjänsteman, Örebro kommun)

Psykiatrin upplevs inte ha kommit lika långt som somatiken på grund av särskilda utmaningar

Psykiatrin upplevs ha särskilda utmaningar på grund av det speciella patientunderlaget

Det finns en generell uppfattning av att psykiatrin inte har kommit lika långt som somatiken. Detta beror på flera faktorer, bland annat:

- 1) Eftersom betalningsansvaret inte börjat gälla fullt ut för psykiatrin har kommuner och landsting inte fokuserat på att följa den nya planeringsprocessen
- 2) Det har inte varit ett lika stort problem inom psykiatrin med utskrivningsklara patienter. Dels för att de är färre vårdtillfällen och dels för att det har varit lägre nivåer av överbeläggningar.
- 3) **I vissa fall kan enskilda individer behöva särskilda boendelösningar.** Detta tar tid för kommunerna att ta fram vilket gör att enstaka fall kan ge väldigt långa vårdtider som utskrivningsklar, **särskilt i små kommuner är detta en utmaning då de inte alltid har en beredskap på att lösa långsiktiga boendesituationer för vårdtunga individer.**

*"Man skriver ut patienter till härbärgen, ett större problem."
(Heldygnsvården, Region Örebro län)*

*"Psykiatrin är nästa stora utmaning. Vi har inte jobbat med psykiatrin lika mycket som med somatiken. Nya utmaningar med att gå från 30 till 3 dagar för betalningsansvar."
(Tjänsteman, Region Örebro län)*

*"Få vårdtillfällen för psykiatrin gör att man på kommunsidan inte kan bygga egna lösningar exv. hemtagningsteam. Svårt att lösa boende med kort varsel."
(Tjänsteman, Region Örebro län)*

Dock upplever personal i verksamheterna att nya arbetssätt redan har resulterat i att patienterna kommer hem tidigare

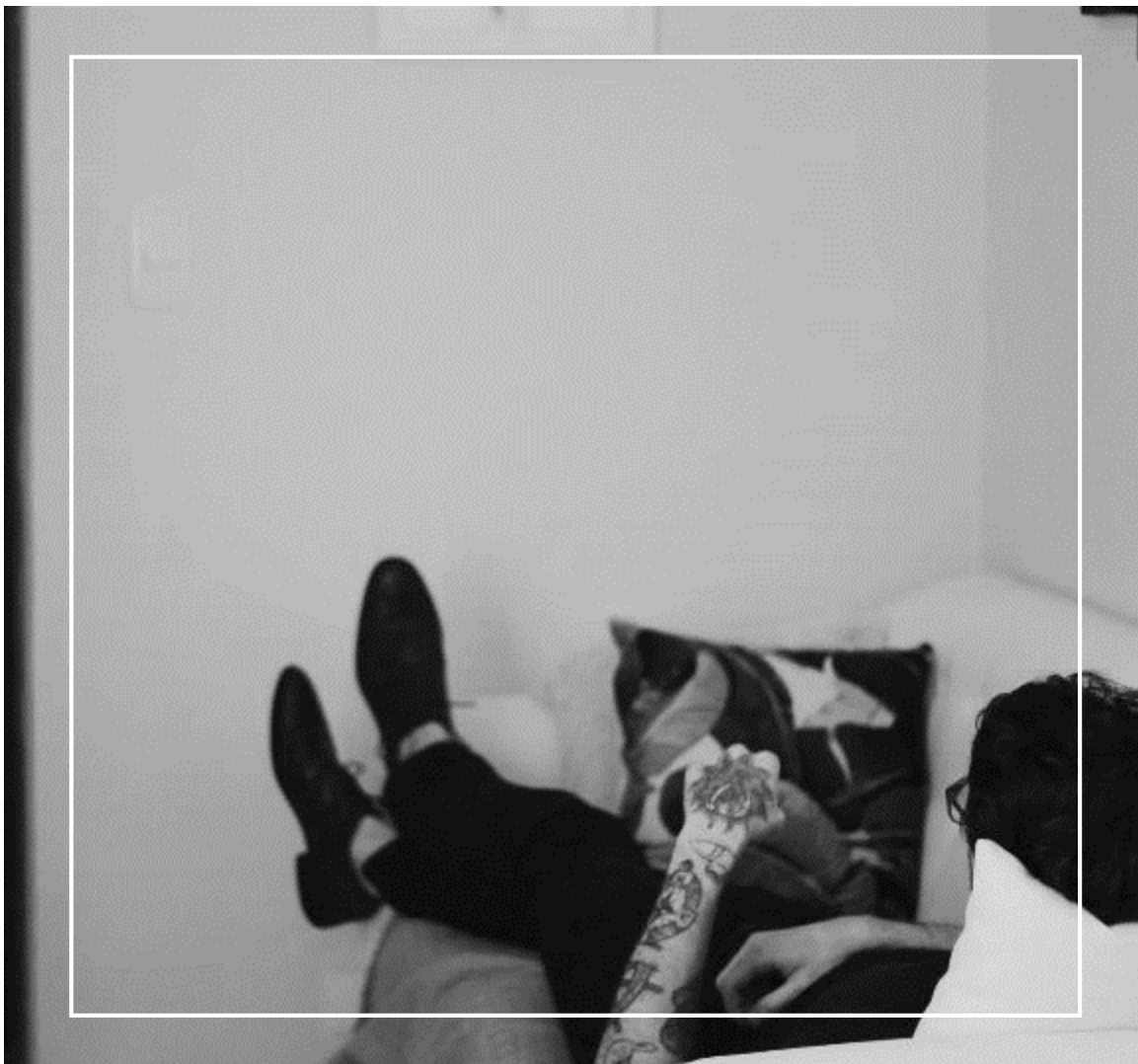
Det finns ändå en bild av att nya arbetssätt redan har resulterat i utskrivningsklara patienterna kommer hem tidigare inom psykiatrin. I många landsting har psykiatrin redan ändrat arbetssätt och rutiner trots att betalningsansvaret inte börjat gälla. Kommunerna upplevs även vara bättre rustade för att ta hem patienterna tidigare.

*"Jag tror att det har blivit bättre och bättre. Kan inte säga om det har blivit mer luft i systemet. Kommunen har klart det bra hittills. Jag tror att de kommer klara det bra."
(Verksamhetsutvecklare psykiatrin, Region Örebro län)*

*"Vi har sett redan nu att det har minskat jättemycket. Har legat på 10-15 dagar tidigare år. Den sämsta kommunen har 5 dagar."
(Heldygnsvården, Region Jönköpings län)*

*"Man kan hoppas att man kan ta hem patienter. Inte bra att vara inneliggande. Boendestödjare saknas, folk som går hem och hjälper till."
(Öppenpsykiatrin, Region Jönköpings län)*

Vissa grupper inom psykiatrin har särskilda behov och bestämmelser



Barn och ungdomspsykiatri, tvångsvården och rättspsykiatri har särskilda behov och behöver anpassade lösningar vid införandet av den nya lagen.

Barn och ungdomspsykiatri har i många fall särskilda samarbetspartners och jobbar inte alltid i samma IT-system.

Ett exempel är elevhälsan och skola, vilka ofta är relevanta samarbetspartners. Det kan därför vara önskvärt att även dessa får information om slutenvårdsbehandling, utskrivning och SIP. Då skola/elevhälsa idag inte är inkluderade i de kommunikationssystem som finns mellan verksamheter i kommun och landsting upplevs dessa som svårare att involvera.

Tvångsvården har särskilda bestämmelser vid övergång till öppen psykiatrisk tvångsvård. Vid utskrivning till öppen tvångsvård måste förvaltningsrätten godkänna en ansökan som innefattar en samordnad vårdplan. Vårdplanen upprättas enligt bestämmelser i 7 a § lagen (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård. Denna innehåller bland annat beslut om insatser och ansvarig enhet. I många landsting stödjer inte systemet en E-signering vilket förlänger processen.

Även rättspsykiatri har särskilda bestämmelser vid övergång till öppen rättspsykiatrisk vård, där

förvaltningsrätten behöver godkänna övergången och en samordnad vårdplan. En samordnad vårdplan ska upprättas enligt, 12 a § lagen (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård.

Detta innebär att beslut om kommunala insatser och boende måste vara på plats innan patienten kan skrivas ut. Kommunen måste således tillhandahålla boende innan förvaltningsrätten kan godkänna vårdplanen och patienten kan bli utskrivningsklar. Eftersom en samordnad vårdplan ska bifogas ansökan till förvaltningsrätten innebär det att den flexibilitet i utskrivningsplaneringen, som anses kunna gälla vid utskrivning från övrig sluten vård, inte är möjlig i dessa fall. Sammantaget understryker detta vikten av att planeringen påbörjas tidigt.

*Förvaltningsrätten måste bedöma när patienten är utskrivningsklar. Kommunen måste då fixa boende innan. I det fallet hamnar vi i moment 22. Då kan vi inte kräva betalningsansvar.”
(Heldygnsvården, Region Örebro län)*

Tre exempel på framgångsfaktorer för att förbättra införandet av nya arbetssätt i psykiatrin

Framgångsfaktorer

- 1 Utfört pilot med nya arbetssätt för psykiatrin.** Genom att genomföra en pilot i ett fåtal verksamheter har man fått möjlighet att i liten skala testa nya arbetssätt, roller och IT-system innan skarpt läge. Detta ger också ett gott exempel inför breddinförande som gör att tilltron till nya rutiner och system stärks.
- 2 Involverat patient- och brukarorganisationer i införandet av nya arbetssätt** Genom att dessa tillfrågas stärks den enskildes delaktighet i processen. Med en ambition att den enskilde ska vara en medskapare istället för mottagare av vård, är det naturligt att ta in patientens åsikter vid utformandet av riktlinjer.
- 3 En ansvarig per avdelning som är extra insatt i de nya arbetssätten och i lagen.** För att sprida kunskapen om systemet, processen och lagen har det varit en framgångsfaktor att ha en särskilt avsatt roll per vårdavdelning.

Exempel från verkligheten

I Region Örebro län har man genomfört en psykiatripilot. I denna har man kunnat identifiera behov av nya roller. Bland annat utformades en roll som utskrivningssamordnare på 100 procent inom heldygnspsykiatrin som ledde arbetet samordning inför utskrivning. Denna roll kommer förmodligen att breddinföras.

I Region Örebro län har patient- och brukarorganisationer involverats när ViSam-modellen har utvecklats för psykiatrin. Representanter från patientföreningar deltog i arbetsgruppen för psykiatrin.

I Region Jönköpings län har man en kurator som har som huvuduppgift att sköta planeringsprocessen. Denne är insatt i lagen och processen och kan svara på frågor om det blir gränsdragningsdiskussioner exempelvis mellan kommunen och regionen.

Tre exempel på utvecklingsområden för att skapa bättre förutsättningar för införandet av nya arbetssätt i psykiatrin



Utvecklingsområden

Ett viktigt övergripande utvecklingsområde är att skapa bättre förutsättningar för psykiatrin att införa de nya arbetssätten. Dessa förutsättningar finns primärt inom följande två områden:

- 1 Anpassa nya rutiner, roller och arbetssätt utifrån patienternas behov och verksamheternas förutsättningar
- 2 Inkludera psykiatrin i nya och befintliga IT-system
- 3 Uppdatera modellerna för kommunernas betalningsansvar i linje med somatiken*

* Ej illustrerat på egen bild

Källa: Intervjuer med företrädare för kommun och landsting, Lumell-analys

1 Anpassa nya rutiner, roller och arbetssätt utifrån patienternas behov och verksamheternas förutsättningar

Exempel på delar av arbetssätten som behöver anpassas:

- 1. Den fasta vårdkontaktens roll behöver utvecklas och förankras.** Det finns olika lösningar på hur den fasta vårdkontakten är utformad. Vissa län har valt att inte specificera om rollen ska vara i primärvården eller i den psykiatriska öppenvården. Det finns för och nackdelar med båda lösningarna, men utgångspunkten måste vara patientens behov.
Argument för fast vårdkontakt inom primärvården:
 - Bättre koordinering vid samsjuklighet. Psykiatriska patienter har högre dödlighet i somatiska sjukdomar
 - Skapar en tydlighet om att primärvården ska ta ett större ansvar även för psykiatripatienter.**Argument för fast vårdkontakt inom öppenpsykiatri:**
 - Öppenpsykiatri har i många fall mer frekvent kontakt med patienten
 - Öppenpsykiatri har bättre kompetens om patientens psykiatriska tillstånd och behandling
- 2. Rutiner för hur och när SIP ska genomföras behöver utvecklas.** Haldygnsvården är vana att genomföra

SIP på sjukhuset och har svårt att gå ifrån de gamla arbetssätten. Det finns även en upplevd oro hos dem att kommunen och primärvården inte har den fulla kompetensen för att planera vissa patienter. För psykiatri behöver även andra grupper involveras. Exempelvis för barn och ungdomspsykiatri där det kan vara nödvändigt att involvera skola och elevhälsa.

- 3. Rutiner för bedömning av den planerade vårdtiden behöver förbättras.** Generellt har psykiatri längre vårdtider jämfört med somatiken. I vissa särskilda fall kan det röra sig om flera månader. Vårdtiderna varierar även mycket mellan patienter. Detta gör att det upplevs som extra svårt att bedöma planerad vårdtid. Flera intervjuade vårdgivare inom haldygnsvården betonar dock att de kan bli bättre på att bedöma vårdtiden och att de ser positivt på de nya arbetssätten.

Huvudmännen behöver därför se över rutiner och riktlinjer för att säkerställa att de möter verksamheternas förutsättningar och patienterna behov på bästa sätt.

"Jag tycker att det är viktigt att vi ska ha den fasta vårdkontakten. Vi har den kompetensen på ett annat sätt än vad primärvården har idag. Vad ska primärvården göra om de ringer och är psykotiska, det blir konstiga omvägar." (Öppenpsykiatri, Region Jönköpings län)

"Vi behöver utveckla tydligare roller inom öppenvården. Bättre flöden, så att det blir rätt registreringar. Vi behöver även besvara, hur gör vi mellan slutenvård och öppenvård när kommunen inte är med." (Verksamhetsutvecklare, Psykiatri Region Örebro län)

"Ibland står man med hjärtat i halsgropen när man skickar hem patienten, vi är vana att ha vårdplanering på sjukhus. Nu möttes patienten 2 dagar efter att den skrevs ut. Det är en vanesak." (Haldygnsvården, Region Jönköpings län)

"Överlag, tanken är jättegod. Slutenvården tappar en del för planerad slutenvård. En patient som är deprimerad är lik en annan patient. Ju längre patienten är inne dess mer hittar vi." (Haldygnsvården, Region Jönköpings län)

"Diskussion kring SIP och hur man tolkar och gör detta. Finns behov av utbildningsinsatser." (Haldygnsvården, Region Jönköpings län)

2 Inkludera psykiatrin i nya och befintliga IT-system

IT-system behöver anpassas för psykiatrin.

I många landsting har psykiatrin använt i andra IT-system än somatiken och sällan haft möjlighet att digitalt kommunicera med kommunerna. Psykiatrin har i många fall andra samarbetspartners som behöver inkluderas. För att anpassa sig efter lagens förutsättningar krävs därför ofta att nya IT-system implementeras i psykiatrin. Detta gör att omställningen blir större och det tar längre tid att införa de nya arbetssätten till fullo. Nya IT-system ställer även krav på utbildning, detta försvåras ibland av en hög personalomsättning inom psykiatrin. I vissa landsting sker fortfarande kommunikationen med kommunen genom fax och genom telefonsamtal. Detta innebär ökad administration, dubbelarbete och sämre dokumentation. Detta har på vissa håll resulterat i att särskilda roller har behövt utformas som endast sköter kommunikationen med kommunerna i samband med in- och utskrivning.

Landstinget bör gemensamt med verksamhetschefer inom psykiatrin och kommunerna se över särskilda behov av funktioner i IT-systemen. Exempelvis kommunikation med särskilda aktörer och underlag inför planering.

*"Har varit svårt på grund av personalomsättning. En av våra superanvändare, har haft en introduktionsutbildning åtta gånger och det skulle behövas en nionde gång."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

*"SIP är mellan 2 huvudmän, kommunal öppenvård samt slutenvård. Ibland behöver vi SIP utan kommunens inblandning. Det blir bökigt i vårt system, även internt skulle behöva en planering. Vi använder systemet även i kommunikationen med öppenpsykiatrin. Man måste bocka ur kommunen."
(Verksamhetsutvecklare Psykiatri, Region Örebro)*





5. Öppenvården har tagit ett större ansvar men den fasta vårdkontakten behöver stärkas

Öppenvården har tagit ett större ansvar men den fasta vårdkontakten behöver stärkas. Hur landsting har utformat den fasta vårdkontaktens roll skiljer sig åt mellan landstingen. De flesta riktlinjer specificerar inte vilken yrkeskategori som ska vara fast vårdkontakt, men de flesta verksamheter har valt en sjuksköterska. Det råder en osäkerhet kring vad den fasta vårdkontakten ska göra, och på många håll upplevs den inte tagit ledartröjan på det sättet som lagen åsyftade.

I vissa landsting har man tillsatt nya tjänster för fasta vårdkontakter, med särskilt avsatta medel. Många landsting har även någon form av övergripande vårdsamordnare som stöttar rollen med utbildning och information.

Tre konkreta framgångsfaktorer kan identifieras där öppenvården har lyckats väl med att ta över ansvaret för planeringen.

1. Avsatt särskilda resurser för den fasta vårdkontakten
2. Övergripande roller för att samordna fasta vårdkontakter
3. Nätverksträffar för fasta vårdkontakter där de kan diskutera problem och avvikelser samt erfarenhetsutbyte

Trots goda resultat finns två tydliga utvecklingsområden.

1. Skapa bättre förutsättningar för öppenvården att utse fast vårdkontakt
2. Förtydliga rollen som fast vårdkontakt i rutiner och riktlinjer

5. Ses en förändring av öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan?

Syftet med förändringen är:

Fast vårdkontakt i öppenvården ska utses när behov finns. Den fasta vårdkontakten ska ansvara för den enskildes långsiktiga planering och samordna den enskildes vård- och omsorgsinsatser.

Bilden av den fasta vårdkontakten är positiv dock finns variationer i förutsättningar och arbetssätt

Överlag är verksamheterna positiv till rollen fast vårdkontakt som den beskrivs i lagen.

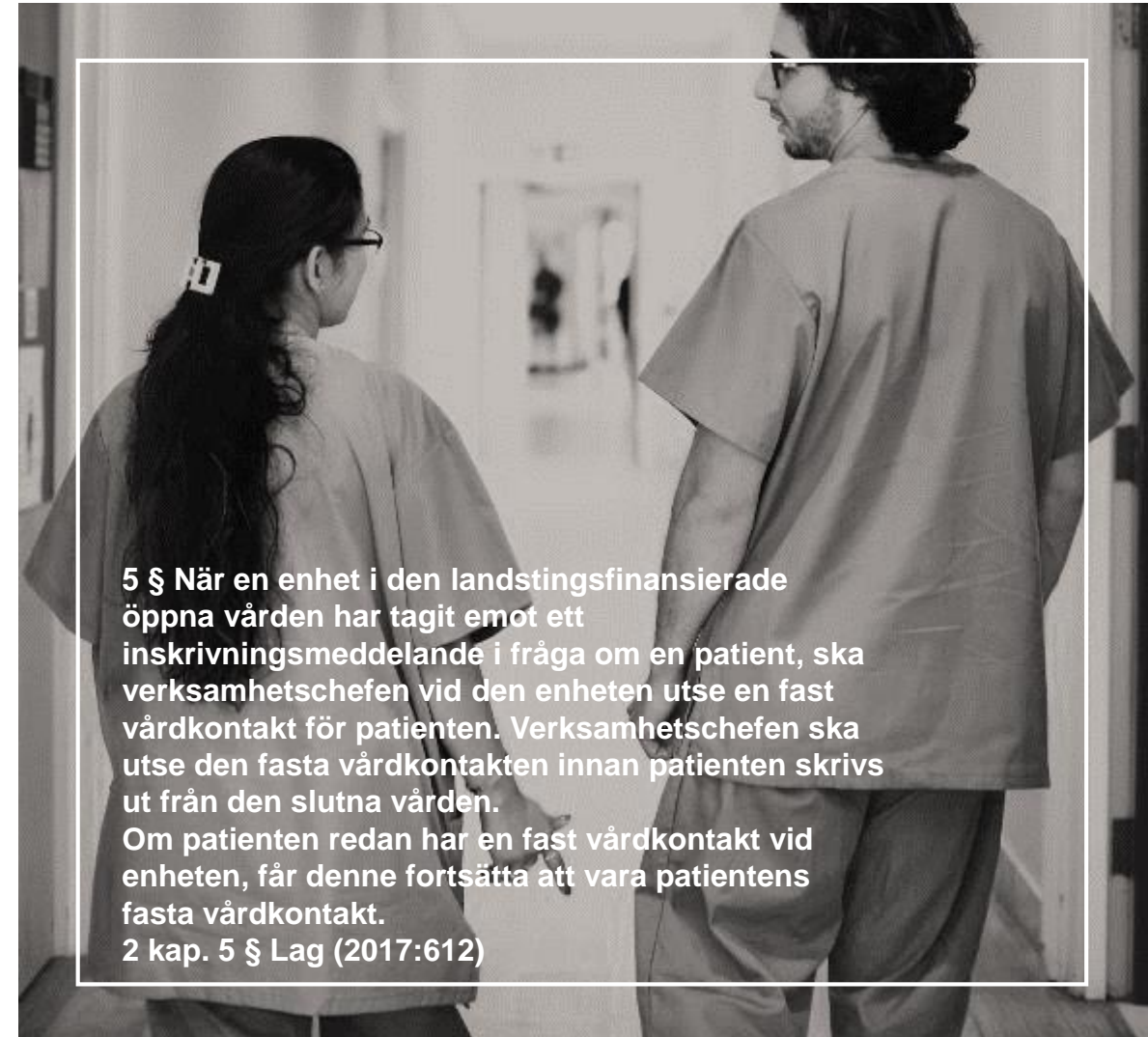
Även om rollen som fast vårdkontakt inte är ny och flera landsting har tidigare haft lokala riktlinjer som beskriver rollens syfte och ansvarsområden har lagen tydliggjort rollbeskrivningen och ansvaret för den fasta vårdkontakten.

Rollen har bidragit till att öppenvården tar en aktivare roll i den enskildes planering då de kallar till SIP och deltar vid mötet. Lagen har även bidragit med att fler har fått en fast vårdkontakt. Patienten upplever det som positivt att ha ett direktnummer att ringa till. Detta ökar tydligheten kring att öppenvården ska vara första linjens vård och kan potentiellt minska undvikbara akutbesök.

Det varierar hur den fasta vårdkontakten är utformad och om särskilda resurser har tilldelats rollen. I de flesta riktlinjer är det inte specificerat vilka yrkeskategorier som kan ta rollen som fast vårdkontakt, men den vanligaste lösningen är att en sjuksköterska i primärvården har rollen. I vissa landsting har särskilda resurser avsatts för den fasta vårdkontakten men i andra ingår det i existerande uppdrag i öppenvård och primärvård.

"Vi har haft vårdsamordnare som fasta vårdkontakter sedan tidigare. Lagen hjälpte att knuffa dem dit vi ville. De är namngivna personer som man kan hitta.."
(Tjänsteman, Region Jönköpings län)

"Vi ser har ett ökat deltagande från distriktsläkaren, då de deltar via videolänk."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)



5 § När en enhet i den landstingsfinansierade öppna vården har tagit emot ett inskrivningsmeddelande i fråga om en patient, ska verksamhetschefen vid den enheten utse en fast vårdkontakt för patienten. Verksamhetschefen ska utse den fasta vårdkontakten innan patienten skrivs ut från den slutna vården. Om patienten redan har en fast vårdkontakt vid enheten, får denne fortsätta att vara patientens fasta vårdkontakt.
2 kap. 5 § Lag (2017:612)

Tre exempel på övergripande framgångsfaktorer för att stärka rollen som fast vårdkontakt

Framgångsfaktorer

- 1 Avsatt särskilda resurser för fast vårdkontakt i öppenvården.** Flera företrädare beskriver att avsatta resurser för fast vårdkontakt har varit en framgångsfaktor. På detta sätt har man kunnat anställa nya personer, så att uppdraget inte konkurrerar med befintliga uppgifter.
- 2 Övergripande roller för att samordna fasta vårdkontakter.** Många betonar stödjande roller som en framgångsfaktor vid utvecklandet av rollen. Vissa verksamheter beskriver att det som fast vårdkontakt kan det upplevas ensamt om det endast finns en per vårdcentral. Genom att ha övergripande och samordnade fasta vårdkontakter blir det tydligt vem man ska vända sig till vid frågor eller gränsdragningsdiskussioner. Detta gör att problem ute i verksamheterna kan lyftas upp till högre nivå. Vidare hjälper det för att sprida kunskap och riktlinjer till verksamheterna.
- 3 Nätverksträffar för fasta vårdkontakter där de kan diskutera problem och avvikelser samt erfarenhetsutbyte.** På mindre vårdcentraler kan den fasta vårdkontakten upplevas som ensam med sina frågeställningar. För att skapa en tydligare sammanhang och har vissa landsting skapat ett forum för erfarenhetsutbyte mellan vårdkontakter. Dessa grupper är också effektiva för informations utbyte mellan de fasta vårdkontakterna och landstinget och kommunerna.

Exempel från verkligheten

I Region Örebro län har primärvården fått utökade resurser för att anställa en vårdsamordnare per vårdcentral. På detta sätt har personen kunnat fokusera helt på uppdraget.

Region Jönköpings län har övergripande vårdsamordnare som är ute i verksamheterna och stöttar rollen. Dessa personer har sedan tidigare erfarenhet av att jobba som vårdsamordnare. I uppdraget ingår att sammanställa och sprida information till vårdsamordnare, medverka i förbättringsprojekt för samverkan, främja dialoger med patient- och anhörigföreningar.

Region Jönköpings län har haft nätverksträffar med fast vårdkontakt (vårdsamordnare) och de övergripande vårdsamordnarna. På dessa möten sprids manualer och riktlinjer för att detta inte ska behöva ligga på den enskilda vårdcentralen. Vidare ges utrymme för diskussion och lärande av varandra.

*"Man har fått förutsättningarna, en vårdsamordnare har anställts per vårdcentral."
(Vårdsamordnare, Region Örebro län)*

*"Vi har 2-3 övergripande vårdsamordnare, 30 procentig deltidstjänst som hjälper till med den nya rollen (fast vårdkontakt)."
(Tjänsteman, region Jönköpings län)*

Två exempel på utvecklingsområden för att skapa bättre förutsättningar för den fasta vårdkontakten



Utvecklingsområden

För att den fasta vårdkontakten ska lyckas med uppdraget som den enskildes samordnare av vård och naturliga kontaktväg behöver rollen stärkas och förtydligas.

- 1 Skapa bättre förutsättningar för öppenvården att utse fast vårdkontakt
- 2 Förtydliga rollen som fast vårdkontakt i rutiner och riktlinjer

1 Skapa bättre förutsättningar för öppenvården att utse fast vårdkontakt

Förutsättningarna skiljer sig åt mellan olika vårdcentraler och specialiserade öppenvårdsenheter. **Vissa verksamheter har en ansträngd personalsituation med mycket stafettpersonal, vilket gör det svårare att prioritera uppdraget och involvera övrig personal i arbetet.** Hög personalrotation försvårar även att nya arbetssätt förankras och blir en naturlig del av arbetet. Resurstilldelning till öppenvård varierar också mellan landstingen där vissa har gett högre ramanslag till exempelvis primärvården och andra har gett ökade medel specifikt till verksamheterna för den fasta vårdkontakten. I vissa fall har en ny person kunnat anställas per vårdcentral i andra delar av landet har rollen lagts på befintlig personal. Olika lösningar ställer olika krav på verksamheterna vilket betonas i flera intervjuer med både verksamhetsföreträdare och tjänstemän.

För att skapa rätt förutsättningar för öppenvården att kunna utse en fast vårdkontakt behöver landstingen se över vilka behov verksamheterna har, hur nuvarande uppdrag är formulerat och om resurstilldelning behöver förändras för att öppenvården ska kunna lösa uppgiften på bästa sätt.

*"Jag tror att detta kräver en utökning av uppdraget, resurstillskott. Personalsituationen på vårdcentralen och inom psykiatri är krånglig med stafetter vilket försvårar."
(Tjänsteman, Region Örebro län)*



2 Förtydliga rollen som fast vårdkontakt i rutiner och riktlinjer



Många verksamheter uttrycker att det finns en osäkerhet kring vad som ska ingå i den fasta vårdkontaktens uppdrag, både i de nya arbetssätten och i den övriga vården. Flera beskriver också att **rollen behöver få legitimitet, både i den egna organisationen och i kommunen.**

Framförallt är det två områden som lyfts:

- a. **Otydlig uppdragsbeskrivning har gjort det svårt att skapa ett enhetligt arbetssätt och tydlig rollfördelning.** En faktor som bör förtydligas är att den fasta vårdkontaktens uppgifter inte enbart rör utskrivning, utan att den fasta vårdkontakten även ska vara kontaktperson för den enskilde i längden.
- b. **Ibland finns en bristande kännedom och följsamhet till riktlinjer** och fortsatta utbildningsinsatser krävs i vissa fall. Det kan skilja sig mellan vårdcentraler i när kallelse till SIP går iväg och hur många SIP som utförs. Ibland finns en upplevelse om att patienter tackar nej till SIP eftersom den fasta vårdkontakten inte riktigt lyckas förmedla syftet med SIP.

- c. **Landstingen behöver därför tillsammans med kommunerna utforma tydligare riktlinjer samt informera och utbilda sin personal i vad den fasta vårdkontakten ska göra och vilket ansvar och mandat den har.**

"Deras roll har varit väldigt oklar, har inte haft en tydlig uppdragsbeskrivning. Varje vårdsamordnare har skapat sin egen roll, vissa har trampat över kommunen"
(Projektledare, Örebro kommun)



6. Det finns en kvarstående stor osäkerhet kring hur SIP ska genomföras och vad den ska innehålla

SIP genomförs i större utsträckning än tidigare men det finns stora variationer i utförande med avseende på när, var och hur den utförs. Detta kommer av en kvarstående osäkerhet hos verksamheterna kring syfte med SIP, rollfördelning och arbetsätt. Särskilt finns en osäkerhet kring skillnaden mellan den tidigare vårdplaneringen och SIP. Överlag finns dock en positiv inställning till SIP och personal i verksamheterna anser att det är gynnsamt för den enskilde då det har gått från en punktinsats till en process. Den enskilde upplever ofta det som positivt att mötet är i hemmet.

Landsting och kommuner har genomfört nya arbetsätt som inkluderar SIP i planeringsprocessen. Den fasta vårdkontakten kallar berörda enheter till SIP. SIP genomförs sedan i hemmet eller på sjukhus vid behov.

Två konkreta framgångsfaktorer kan identifieras för de organisationer som lyckats väl med SIP-genomförandet.

1. Utbildning i SIP med olika patientfall
2. Användande av nationellt framtaget stödmaterial för SIP

Trots goda resultat finns utvecklingsområden.

1. Förtydliga skillnaden mellan SIP och den tidigare vårdplaneringen
2. Se över riktlinjer för vilka målgrupper som ska få SIP
3. Utveckla digitala lösningar för att stödja SIP

6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?

*Syftet med förändringen är:
SIP ska genomföras med berörda parter och användas som utgångspunkt för den enskildes långsiktiga plan för vård-
omsorgsinsatser.*

Fler SIP utförs och är överlag positiv

Verksamheter upplever att SIP är positivt för den enskilde

Fler SIP görs och bilden är överlag positiv från verksamheterna som ofta betonar dessa fördelar:

- 1. Planering i hemmet är ofta bättre för den enskilde.** Intervjuade uttrycker att det ses som positivt att den enskilde får planering i hemmet istället för på sjukhus. Insatser kan bedömas bättre eftersom den enskilde har fått komma hem och enklare kan uttrycka sina behov. Vidare är hemmiljön oftare tryggare vilket ger bättre möjlighet för deltagande av den enskilde.
- 2. Planeringen har gått från punktinsats till process.** Den tidigare vårdplaneringen var en punktinsats. SIP är mer en process då en uppföljande SIP görs för att bedöma hur insatserna fungerat för den enskilde och om något behöver förändras.
- 3. Tydligare vilka roller kring den enskilde som bör involveras.** Bland annat blir det tydligare att de anhöriga ska tillfrågas och involveras för att ge den enskilde stöd.

Uppföljning av data från SIP-kollen visar på goda resultat men eftersom det är få enkäter och det finns stor variation mellan landsting i vilken utsträckning som SIP-kollen används är det svårt att dra några generella slutsatser.

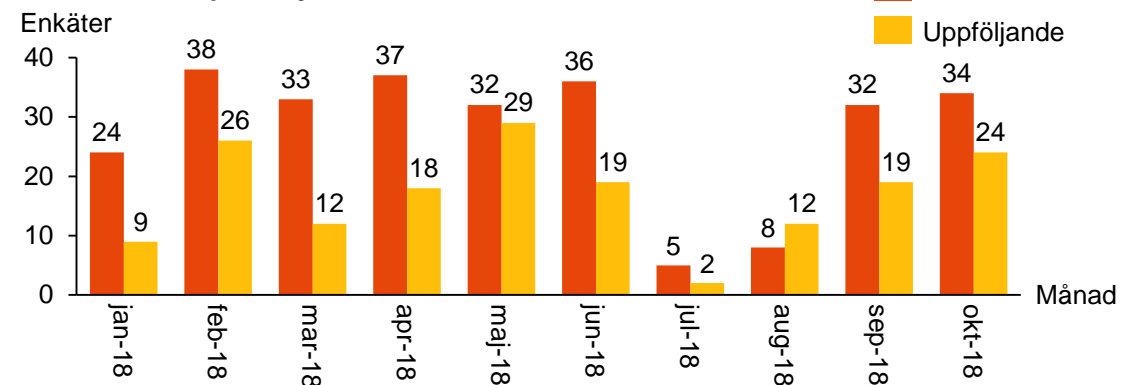
*"Det är en stor lättnad att veta vem som gör vad och vem som har ansvaret. Bördan på mig som anhörig har minskat."
(Närstående)*

*"...i genomlysning av SIP, Väldigt positivt, hur man upplevde SIP, och vårdsamordnarens roll fungerar"
(Tjänsteman, Region Jönköpings län)*

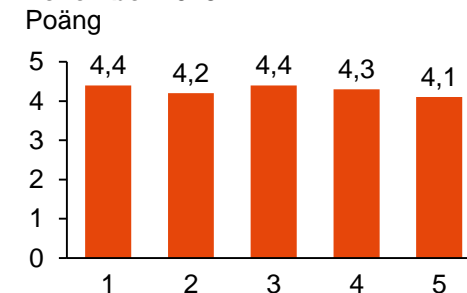
*"Innan SIP blev jag som anhörig inte lyssnad till eller hade möjlighet att trycka på. Med SIP upplever jag att jag verkligen kan göra det."
(Närstående)*

SIP-kollen visar på goda resultat från den enskilde, men få enkäter görs

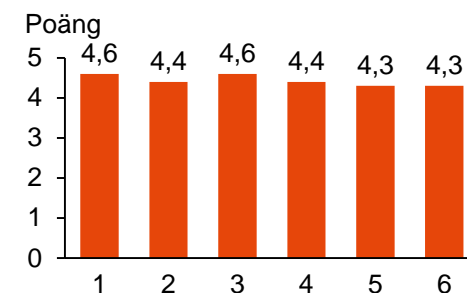
SIP-kollen, mätperiod januari 2018 – oktober 2018



Första SIP, mätperiod november 2017 – november 2018



Uppföljande SIP, mätperiod november 2017 – november 2018



1: Bemötande
2: Medbestämmande
3: Relevans
4: Struktur
5: Information
6 Uppföljning

SIP utförs inte tillräckligt hög utsträckning i enlighet med lagens intention

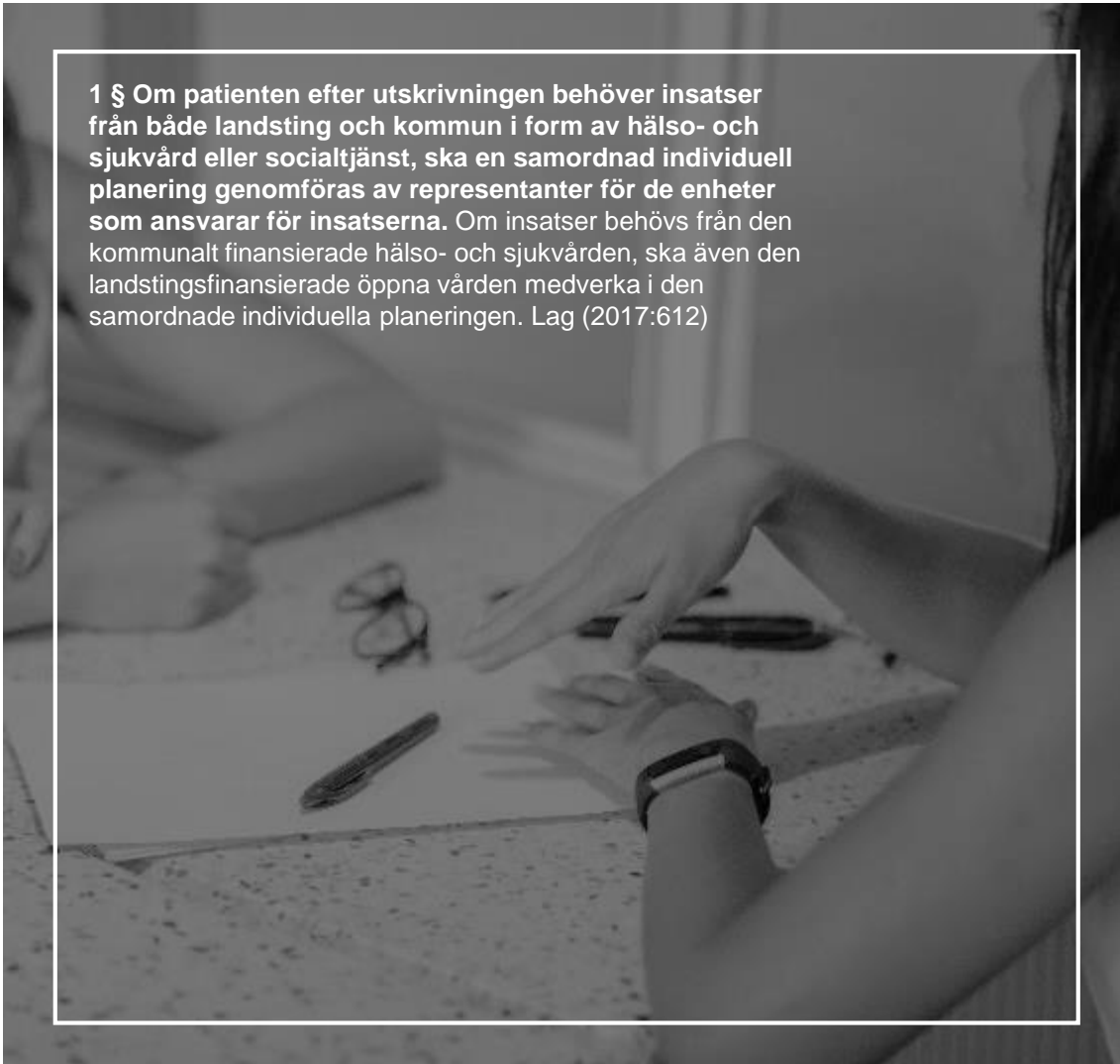
Fler representanter från verksamheter och huvudmän beskriver att SIP och egen planering hos huvudmännen har ersatt den gamla vårdplaneringen men att SIP fortfarande inte görs helt efter de intentioner som framkommer i lagen och dess förarbete.

Innan lagen infördes utfördes vårdplanering på sjukhus inför utskrivning. Slutenvården ansvarade för att kalla berörda till planeringen. Öppenvården bjöds in men deltog sällan. Fokus under vårdplaneringen var att göra en biståndsbedömning utifrån den enskildes behov, och upplevdes i stor utsträckning som en punktinsats inför hemgång .

Enligt den nya lagen upphävs vårplaneringen i dess tidigare form. Istället tillämpas en samordnad individuell plan (SIP) enligt hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. Den fasta vårdkontakten ska kalla till SIP vilket syftar till att tydligare involvera öppenvården i planeringen. Tanken är att SIP ska utföras vid den tidpunkt och på den plats som passar den enskilde bäst. Verksamheternas egen planering av lämpliga insatser ska påbörjas redan vid inskrivningsmeddelandet och mottagande verksamheter kan själva

kontakta patienten innan mötet för att förstå den enskildes behov och ta beslut om insatser. Detta för att mötet ska fokusera på samordning av insatserna. I vissa fall finns behov av en SIP på sjukhuset för samordning men i andra fall genomförs den i patientens hem efter utskrivning. Lagens förarbete beskriver att planeringen ska ses som en process och många huvudmän har utformat rutiner för hur en SIP ska följas med ytterligare samordning, ofta kallat uppföljande SIP

Idag utförs dock planering delvis efter den gamla vårdplaneringen i alltför hög utsträckning. Verksamheternas planering börjar för sent, öppenvården deltar sällan i SIP på sjukhus och uppföljande SIP i patientens hem utgår ofta ifrån ett verksamhetsperspektiv och inte som en uppföljning av den enskildes fortsatta behov.



1 § Om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras av representanter för de enheter som ansvarar för insatserna. Om insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska även den landstingsfinansierade öppna vården medverka i den samordnade individuella planeringen. Lag (2017:612)

Två övergripande exempel på framgångsfaktorer för lyckat genomförande av SIP

Framgångsfaktorer

- 1 Utbildning i SIP med olika patientfall.** Vissa intervjuade lyfter att det finns en osäkerhet vid genomförande av SIP när det kommer till specifika målgrupper exempelvis barn och personer med psykiska problem. Att ta upp patientfall vid SIP-utbildningar som även berör dessa målgrupper har lyfts som en framgångsfaktor i att etablera ett gott arbetssätt för SIP.
- 2 Användande av nationellt framtaget stödmaterial för SIP.** På många håll finns kvarstående osäkerhet om SIP-genomförandet i form av rollfördelning och innehåll. Användandet av stödmaterial formaliserar mötet, tydliggör rollfördelningen och underlättar för att alla delar täcks. Stödmaterial för olika vårdgrupper som psykiatri, äldre, barn ökar tydligheten för genomförandet, vissa företrädare menar dock på att det är bättre att ha en generell lösning för alla då det alltid finns gränsdragningsdiskussioner.

Exempel från verkligheten

I Region Jönköpings län har man lyft patient-case som täcker ytterligheterna, som exempelvis en hjärtsjuk 60-åring med psykiska besvär. Man har även genomfört rollspel för att personalen ska få testa på att genomföra en SIP i avslappnad miljö där diskussioner kan föras. Detta har skett genom Esther SimLab, en modell för att personal ska få simulera "icke-tekniska" färdigheter inom vården.

I Region Örebro län använder man sig av mötescirklar för SIP (SIP-snurra) vid genomförandet av mötet. För varje deltagare finns en egen snurra med information om dennes roll i mötet. Snurran anger hur mycket tid som bör ges på varje del och vad som ska täckas i mötet.



Tre exempel på utvecklingsområden kopplat till SIP



Utvecklingsområden

För att SIP ska bli den naturliga utgångspunkten för den enskildes planering behöver kunskapen om SIP stärkas inom framförallt tre områden:

- 1 Förtydliga skillnaden mellan SIP och den tidigare vårdplaneringen
- 2 Se över riktlinjer för vilka målgrupper som ska få SIP
- 3 Utveckla digitala lösningar för att stödja SIP

1 Förtydliga skillnaden mellan SIP och den tidigare vårdplaneringen

Både landsting och kommuner uppger att SIP i flera aspekter liknar den gamla vårdplaneringen och att den fortfarande är en punktinsats med ett verksamhetsperspektiv och inte som en löpande process utifrån den enskildes behov. Framförallt är det fyra områden som behöver förändras:

1. **Verksamheter behöver skilja på egenplanering och SIP.** Det finns en kvarstående osäkerhet kring skillnaden mellan vårdplanering, egen planering av insatser och av SIP. Vissa möten handlar fortsatt mycket om utredning av insatser, detta tar tid från mötet och är inte alltid relevant för övriga deltagare. Innan SIP bör verksamheterna redan utfört den egna planeringen, som inleds vid mottagande av inskrivningsmeddelande, så fokus kan ligga på koordinering av insatser efter den enskildes behov.
2. **SIP bör skrivas bättre utifrån den enskildes mål.** Det finns en samsyn kring att dokumentationen kan förbättras. De skrivs fortfarande mycket utifrån ett

verksamhetsperspektiv både språkligt och innehållsmässigt. SIP bör skrivas utifrån den enskildes perspektiv och utifrån dess mål.

3. **Fler SIP bör utföras i hemmet.** Många SIP utförs fortfarande på sjukhus vilket försvårar deltagande av öppenvården.
4. **Uppföljande SIP behöver skifta till individens fokus.** Uppföljande SIP bör i större utsträckning vara en uppföljning av den enskildes mål och inte uppföljning av utförda insatser utifrån ett verksamhetsperspektiv. Den enskildes mål kan ändras och därmed behovet av insatser och hur de ska koordineras.

För att förtydliga skillnaden mellan SIP och tidigare vårdplanering behövs fortsatta riktade utbildningsinsatser för verksamheterna. Personal bör förse med stödmaterial som hjälper dem att få med alla delar och involvera patienten. **Det är viktigt att diskussioner förs på ledningsnivå och ute i verksamheterna för att säkerställa att man har en gemensam bild av syfte och utformning av SIP**

*"... man skriver inte SIP precis som vi vill. Vi har kollat 170 SIP, det finns vissa saker i SIP-rutinkollen där utveckling krävs. Vi måste göra utbildningar i SIP, vad som man måste göra vad det som är patienten behöver."
(Tjänsteman, Region Jönköpings län)*

*"Det vi behöver jobba vidare med. Kvaliteten på innehållet, mötes genomförande. Bjuder in den enskilde att vara en jämbördig partner. Att vi skriver från den enskilde."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

*"Så många som pratar, blir rörigt. 7-8 personer. Ingen som gjort uppföljning på upplevelse. Är det för organisationerna eller för den enskilde."
(Tjänsteman, Örebro kommun)*

*"Man står kvar i den gamla vårdplaneringsuppgifter. Väldigt mycket SIP på sjukhus fortfarande."
(Tjänsteman, Piteå kommun)*

*"SIP är inte en utredning, behöver tydliggöras. Hur pratar vi från kommunernas del så att det inte blir en biståndsbedömning? Detta måste man jobba vidare. Vi måste förstå skillnad mellan egenplanering och SIP."
(Tjänsteman, Norrbottens kommuner)*

*"En del möten går jättebra. Men det finns stor osäkerhet kring uppföljning. Man tror att man ska följa upp åtgärder. Om bara kommunen har gjort insatser så följer primärvården inte med. Men det är personens mål som ska följas upp, då kan det komma upp nya insatser."
(Tjänsteman, Örebro kommun)*

2 Se över riktlinjer för vilka målgrupper som ska få SIP

Det finns en osäkerhet hos verksamheterna vilka målgrupper som ska få en SIP. Både hos huvudmännen där osäkerheten resulterat i otydliga riktlinjer, samt hos verksamheterna som ibland uppfattar att riktlinjer ger alltför stort tolkningsutrymme. Det finns en generell upplevelse av att man inte helt lyckats nå rätt individer. Problematiken ligger både i att personer som skulle ha nytta av SIP inte får det samt att SIP upplevs som onödig för vissa. I vissa län finns en upplevelse av att många patienter med få insatser får SIP, vilket skapar en frustration från kommunens sida som behöver lägga mycket tid på att delta i möten. Kommunerna uttrycker att de skulle vilja lägga tiden på de individer som verkligen behöver en SIP.

För att förtydliga detta bör huvudmännen gemensamt se över sina riktlinjer om de är tillräckligt tydliga avseende vilka patienter där utgångsläget ska var att erbjuda en SIP. Huvudmännen behöver också via utbildning och information förtydliga syftet med SIP och vilka målgrupper som SIP syftar till att hjälpa.

Verksamheternas följsamhet till

beslutade riktlinjer behöver också bli bättre. Detta bör ske genom samverkan mellan landstinget och kommunerna där verksamheterna diskuterar vilka som fått en SIP och om man gemensamt möter patientens behov av samordning.

*"I SIP finns det mycket frågetecken fortfarande. Många sådana möten där man inte förstår syftet. Det tar väldigt mycket tid med alla SIP, ibland bara trygghetslarm. Men vill lägga tid på dem som behöver det."
(Tjänsteman, Örebro kommun)*

*"Det återstår mycket arbete. Det som vi trodde var att inte så många skulle bli röda spår (och få en SIP på sjukhuset). Alla har blivit röda."
(Tjänsteman, Piteå kommun)*



3 Utveckla digitala lösningar för att stödja SIP



Avsaknad av digitalt stöd för dokumentation och uppföljning av SIP betonas ofta av verksamheterna. Det finns både tekniska och juridiska begränsningar i utformande av digitala lösningar som fungerar för både landstingens verksamheter och kommunerna. **Trots detta bör huvudmännen se över möjligheterna att utveckla befintliga system och kravställa nya för att stödja användningen av SIP i större utsträckning.**

Dels behöver system utvecklas för att stödja digital dokumentation av SIP. På många håll görs SIP fortfarande på papper för att sedan scannas in i verksamheternas system, exempelvis journalsystem. Även digitala lösningar för deltagande av SIP kan behöva utvecklas för att fler ska kunna delta. Detta bör stödja att både personal och anhöriga kan delta i större utsträckning. Exempelvis kan olika lösningar för videomöten användas för att möjliggöra detta.

*"Mycket skulle kunna göras kring digitalisering. Det finns mycket effektiviseringar att göra."
(Tjänsteman, Region Norrbotten)*

Bilaga

-
1. *Bakgrund till den nya lagen*
 2. *Syfte och metod*
 3. *Kompletterande analyser*

05

Bakgrund till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

Den nya lagen bygger på delbetänkande ”Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård”

Den 21:a november 2013 beslutade regeringen att tillkalla en nationell samordnare för att analysera hur hälso- och sjukvården kan använda resurser på ett effektivare och mer ändamålsenligt sätt. Göran Stiernstedt, direktör för avdelningen vård och omsorg vid Sveriges kommuner och landsting tilldelades uppdraget som utredare för utredningen. **Den 27:e februari 2014 tilldelades även uppdraget att göra en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.** Denna utredning kom som ett delbetänkande-**”Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård, utredning om betalningsansvarslagen”** till utredningen ”Effektiv vård”. Delbetänkandet lämnades den 5 mars 2015 till regeringen.

Betänkandet föreslår att den tidigare lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404)

ska upphävas och ersättas av en ny lag lagen om samverkan från slutna hälso- och sjukvård (2017:612).

Syftet med den nya lagen är att främja en god vård där ledtiderna mellan slutna vård och öppen vård ska hållas korta så mycket som möjligt. Tanken är att utskrivningsklara patienter som behöver insatser från den kommunala hälso- och sjukvården, socialtjänsten eller den landstingsfinansierade öppna vården, ska få komma hem så tidigt som möjligt. Detta är önskvärt både ur ett patientperspektiv och för ett effektivare utnyttjande av de gemensamma resurserna.

Utredningen fokuserar på *förutsättningar* för att utskrivningsklara patienter ska få komma hem så tidigt som möjligt, för de patienter som behöver fortsatta insatser i hemmet.

Den nya lagen innehåller föreskrifter kring planeringsprocessen, samverkan samt kommunernas betalningsansvar

Lagen är till stor del dispositiv vilket innebär att kommuner och landsting gemensamt ska utarbeta riktlinjer till sina verksamheter samt sluta en överenskommelse för kommunernas betalningsansvar med avseende på fristdagar och ersättningsnivåer. Om ingen sådan överenskommelse sluts träder istället lagens backup-lösning i kraft, denna anger att betalningsansvaret inträder efter tre kalenderdagar och ersättningen uppgår till genomsnittskostnaden för ett vård dygn.

I övriga delar är lagen inte dispositiv utan beskriver de olika delarna i planeringsprocessen samt vilket ansvar de olika aktörerna har i processen. Övergripande beskriver lagen att:

- Inskrivningsmeddelande ska skickas till berörda enheter om behandlande läkare bedömer att patienten kommer behöva insatser från den kommunalt finansierade hälso- och

sjukvården eller den landstingsfinansierade öppna vården. Meddelandet ska innehålla beräknat tidpunkt för utskrivning. I samband med detta ska en fast vårdkontakt utses i den öppna vården.

- En samordnad individuell plan ska upprättas för de patienter som behöver insatser från både kommun och landsting i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst. Om insatser krävs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska även den fasta vårdkontakten delta.

För psykiatrien gäller fram till den 1 januari 2019 en övergångsbestämmelse där backup-lösningen anger 30 fristdagar innan betalningsansvar inträder. Denna del är liksom för somatiken dispositiv och huvudmännen kan därför avtala om ett annat antal fristdagar.

Syfte och mål med uppföljningen

Denna rapport syftar till att följa upp huvudmännens arbete med att införa den nya lagen om samverkan vid utskrivning. Rapporten kommer att undersöka vilka effekter som kan observeras, identifiera framgångsfaktorer i arbetet samt kvarstående utvecklingsområden.

Rapporten bygger på en uppföljning av landstingen och kommunernas arbete med att införa den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård. Arbetet kring den nya lagen inleddes för de flesta landsting och kommuner i januari 2018 och pågår fortfarande. Uppföljningen fokuserar därför på det arbete som skett mellan januari – oktober 2018.

Kommuner och landsting har kommit igång olika tidigt med arbetet kring samverkan, implementering av nya arbetssätt och IT-system. Mot denna bakgrund är det önskvärt att sprida lärdomar från andra kommuner och landsting.

Målsättningen är att rapporten ska kunna användas som ett konkret stöd

för kommuner och landsting och SKL i deras **fortsatta utvecklingsarbete**. Rapporten syftar till att ge vägledning till vilka områden som huvudmännen bör fokusera på i närtid och på lång sikt, samt ge konkreta exempel på hur detta kan ske.



Uppföljningen bygger på publika rapporter, kvantitativ dataanalys samt fördjupade intervjustudier i tre län

1 Identifiering av frågeställningar för uppföljningen

Arbetet inleddes med en genomgång av lagen och dess förarbete. Utifrån lagens syfte och mål identifierades sex övergripande frågeställningar:

1. Hur har samverkan och arbetssätt ändrats?
2. Hur har ledtiderna för vårdens övergångar påverkats?
3. Vilken utveckling har setts för delaktighet, självständighet och trygghet hos den enskilde?
4. Har skillnaderna mellan somatiken och psykiatrin minskat?
5. Har öppenvårdens roll i långsiktig planering och samverkan förändrats?
6. Hur används SIP (Samordnad Individuell Plan)?



2 Intervjustudie, analys av nationell statistik och genomförda utvärderingar

Tre län valdes ut för en fördjupad analys utifrån att de lyckats bra med arbetet kring den nya lagen. Region Jönköpings län, Region Örebro län och Norrbottens län. För att få med olika aspekter av arbetet intervjuades medarbetare på både kommun och landsting. Detta inkluderar projektledare för förändringsprojekt, politiker inom kommun och landsting, patientföreningar, utövare inom slutenvården, fast vårdkontakt, social- och äldrechefer samt biståndshandläggare. Totalt genomfördes 31 semistrukturerade intervjuer. 17 på landstingsnivå och 13 på kommunnivå samt 1 expertintervju. 14 intervjuer genomfördes i Region Jönköpings län, 10 i Region Örebro län och 6 i Norrbottens län.. **Vidare analyserades nationell statistik rörande ledtider för utskrivningsklara patienter inom psykiatri och somatik, kommunala förutsättningar i form av storlek och antal korttidsplatser, patientrelaterade mått samt statistik över 0-dagar.**



3 Resultat av uppföljning med framgångsfaktorer och utvecklingsområden

För varje frågeställning, redovisas vilka effekter av införandet av den nya lagens om kan observeras, vilka systematiska förändringar som huvudmännen gjort, vilka framgångsfaktorer och goda exempel som identifierats samt vilka utvecklingsområden som kvarstår.



Användning av statistik i rapporten

I rapporten används tillgänglig nationell statistik exempelvis över antal vårdplatser, medelvårdtider för utskrivningsklara samt oplanerade återinskrivningar.

Statistik rörande utskrivningsklara patienter (antal vårdtillfällen, vårdplatser) rapporteras in från kommuner och landsting till SKL månadsvis och redovisas publikt på hemsidan vantetider.se. På grund av bland annat uppdateringar i landstingens IT-system finns det bortfall för vissa län under vissa perioder.

Statistiken justeras även bakåt i tiden, då uppdateringar för tidigare månader kan komma in i samband med att ny statistik rapporteras in. Denna rapport använder sig av tillgänglig statistik från november 2018 vilket innebär att resultat kan skilja sig från vantetider.se. Dock rör sig efterregistreringen endast om enstaka vårdtillfällen vilka inte påverkar de totala resultaten nämnvärt.

Vårdtillfällen och vårdtid som utskrivningsklara redovisas den månad vårdtillfället avslutas. Andelen vårdplatser belagda av utskrivningsklara är därför ett ungefärligt värde för respektive månad. Inom psykiatrien rör det sig om få vårdtillfällen med långa vårdtider som utskrivningsklara, detta gör att enstaka fall kan ge stort utslag vissa månader, vilket bör tas hänsyn till vid tolkning av statistiken. Det är därför lämpligt att observera flera månader för att få en korrekt bild. Inom somatiken rör det sig om fler vårdtillfällen med kortare vårdtider vilket gör statistiken är mer representativ för månaden. Då systematiken i beräkningen är samma över tid ger andel platser belagda av utskrivningsklara ändå en bra bild av omfattningen och en eventuell trend.

Många kommuner och landsting har i sin regionala uppföljning även inkluderat 0-dagar i sin beräkning av medelvårdtider vilket gör att deras statistik skiljer sig mot med den nationella statistiken. **Analyserna i rapporten inkluderar inte 0-dagar i beräkningen av medelvårdtid som utskrivningsklara utan analyserat dessa separat.**

Anledningen till detta är dels för att presentera statistik som liknar den som finns på vantetider.se samt för att **medelvårdtid som utskrivningsklara för samtliga vårdtillfällen (inkluderat 0-dagar) inte är begränsat till målgruppen för lagen.** Många av de vårdtillfällen som skrivs ut dag 0 är inte i behov av kommunala insatser. Om även 0-dagar är inkluderade i medelvårdtiden kan därför jämförelse mellan kommuner/enheter försvåras, då patientunderlag ibland skiljer sig åt. För att ändå fånga upp de patienter som skrivs samma dag som de bedöms som utskrivningsklara analyseras denna indikator separat för de län där data fanns tillgängligt.

Det har lyfts från kommuner och landsting att även statistik om 0-dagar hade varit önskvärt. **SKL arbetar för tillfället med att även kunna presentera statistik över 0-dagar på vantetider.se.**

Trots vissa begränsningar för statistik över utskrivningsklara patienter, exempelvis avseende täckningsgrad eller efterregistrering, görs bedömningen att det den tillgängliga statistiken möjliggör analyser av effekter av lagens införande samt jämförelser mellan län och kommuner över tid.



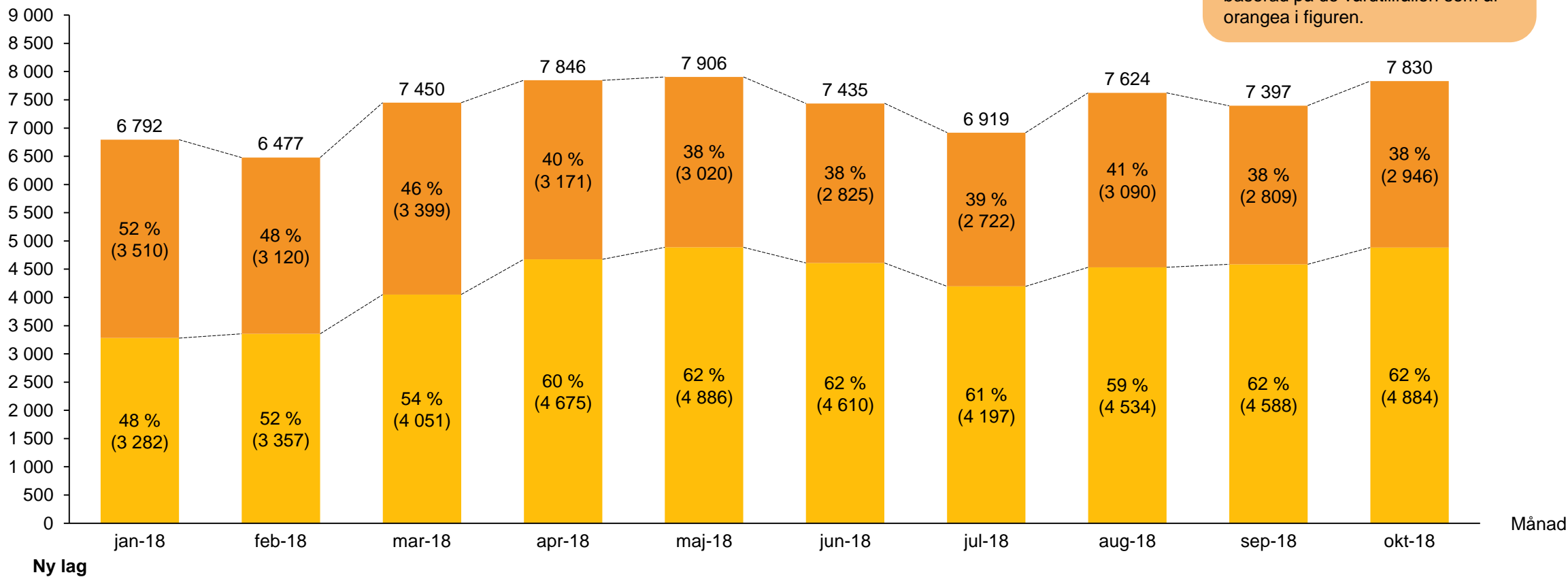
Antal personer som går hem samma dag som de bedöms som utskrivningsklara har ökat

Antal vårdtillfällen som utskrivningsklara, Riket* januari 2018 – oktober 2018

Antal vårdtillfällen

- Vårdtillfällen, utskrivningsklar ≥ 1 dag
- Vårdtillfällen, utskrivningsklar=0 dagar

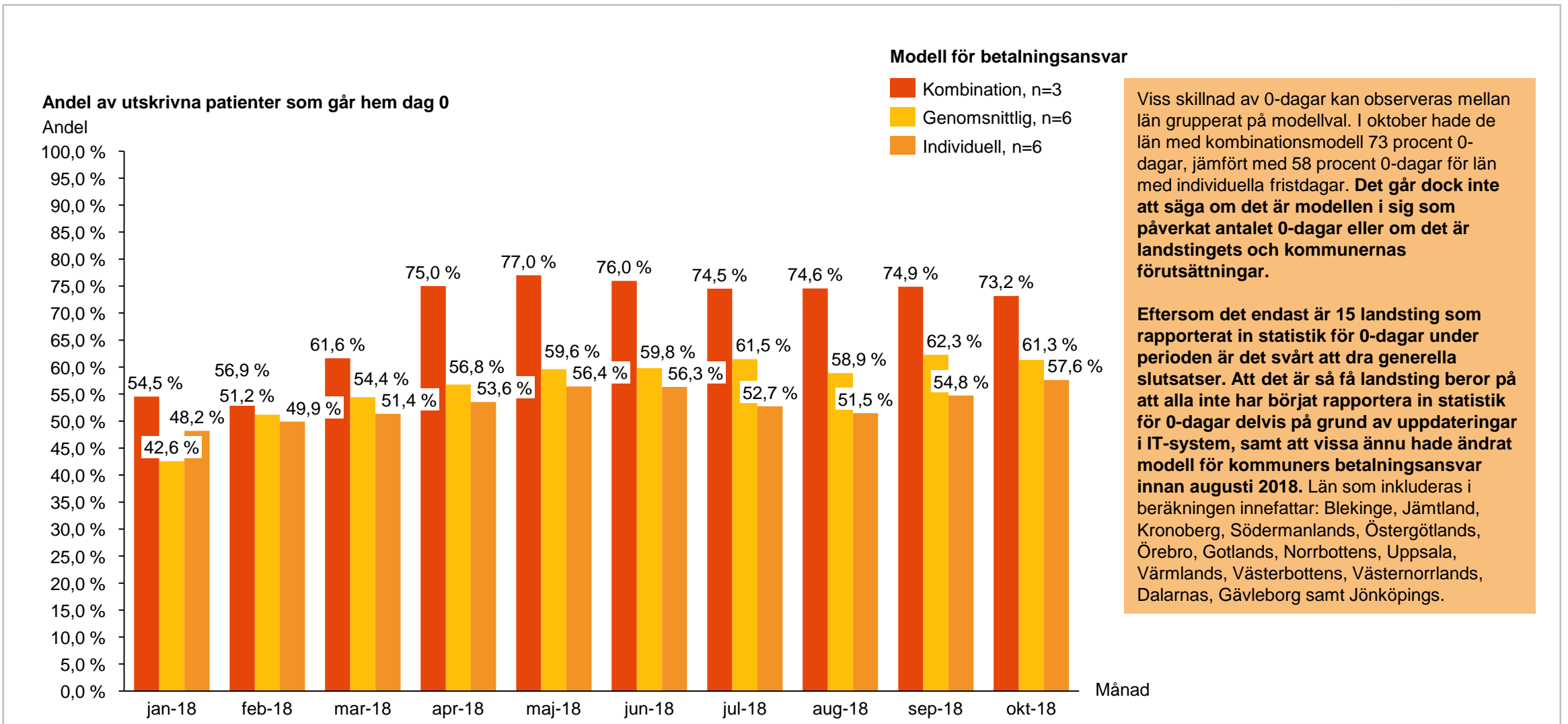
Antalet 0-dagar (gul) har ökat i absoluta tal samt procentuellt sätt. Den nationella statistiken, som återfinns på vantetider.se, är baserad på de vårdtillfällen som är orangea i figuren.



Not: Statistik saknas för Kalmar län, Skåne län, Stockholm län, Västmanlands län och Västra Götalands län. För Jämtlands län saknas statistik för januari och februari 2018, för Norrbottens län saknas statistik för januari – mars 2018.

Källa: Statistik från SKL, <http://www.vantetider.se/>, intervjuer med företrädare för kommuner och landsting, Lumell-analys

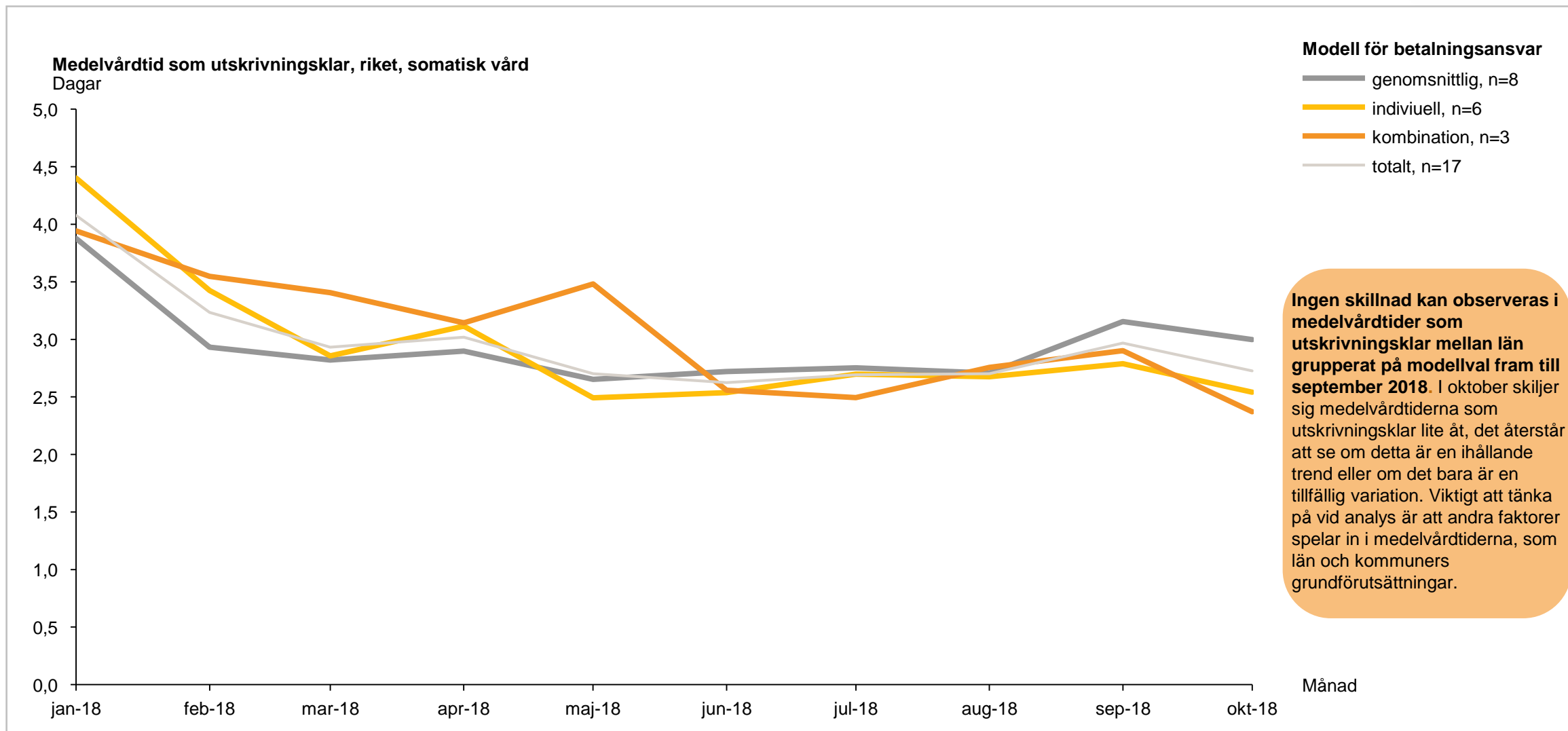
Viss skillnad på antalet 0-dagar kan observeras mellan län med olika modellval, men bakomliggande orsaker bör undersökas



Not: Norrbottens län saknar statistik för januari – mars 2018. Jämtlands län saknar statistik för januari – februari 2018.

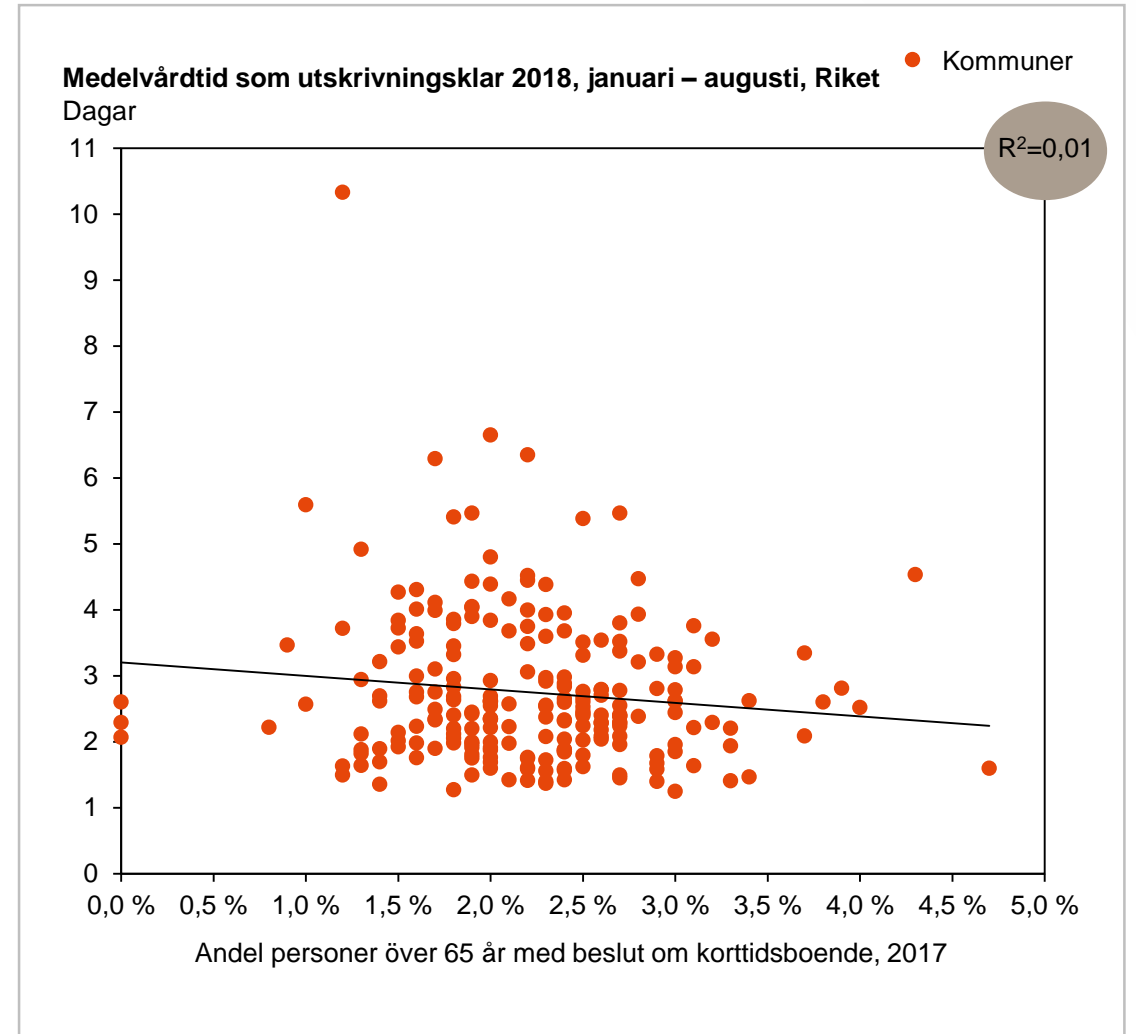
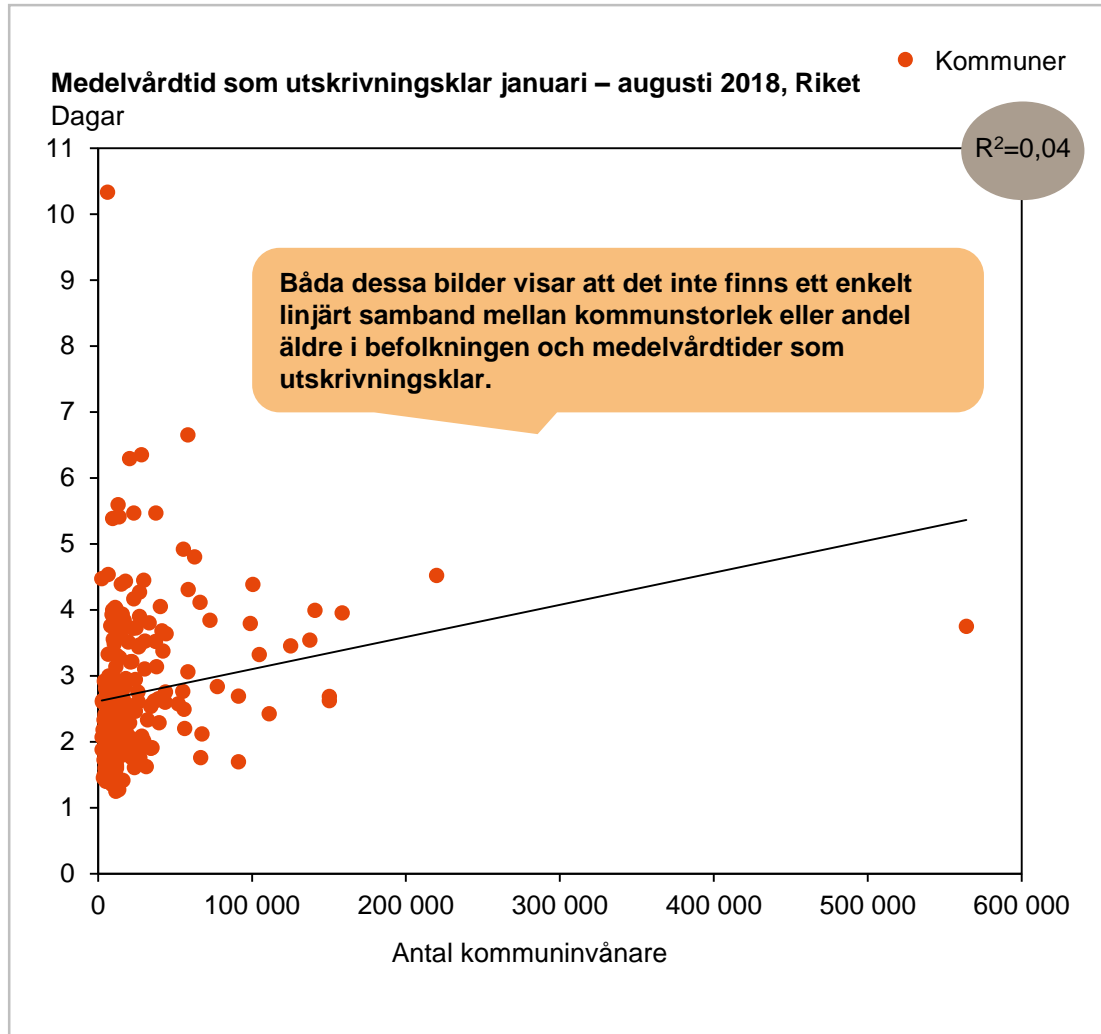
Källa: Statistik från SKL, Beslutade överenskommelserna utifrån lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i respektive region.

Ingen skillnad kan observeras i medelvårdtid för utskrivningsklara utifrån val av modell för fristdagar



Not: Inkluderar inte: Skåne län då statistik saknas; Stockholms län, Hallands län och Västra Götalands län då modell ej ändrats per augusti 2018. För Jämtlands län saknas data från januari – februari 2018 på grund av uppdateringar i IT-system.
Källa: Statistik från SKL, Beslutade överenskommelserna utifrån lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i respektive region.

På kommunnivå kan skillnad i medelvårdtider som utskrivningsklar inte förklaras av enbart kommunstorlek eller korttidsplatser



Not: Stockholms län, Hallands län och Skåne län ej inkluderade

Källa: <http://www.vantetider.se/>; <https://www.scb.se/hitta-statistik/statistik-efter-amne/befolkning/befolkningens-sammansattning/befolkningsstatistik/>; <http://www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/aldreomsorg>

Svårigheter att analysera nationell statistik för att se om trycket på socialtjänsten har ökat

I nationell statistik kan ingen förändring ses på antalet insatser från socialtjänsten, från januari 2018. Dock finns det endast tillgänglig data fram till mars 2018. Att öppna nya korttidsplatser och särskilda boenden tar lång tid vilket kan vara en anledning till att ingen ökning kan ses än. Det kan även bero på att man har stärkt upp på andra sätt.

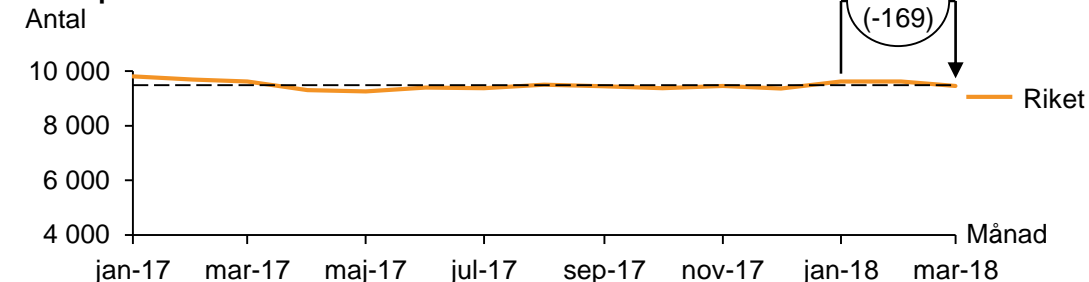
Vissa kommuner vittnar om att de har rustat med fler korttidsplatser för att kunna ta hem patienterna snabbare. Bland annat Örebro kommun har öppnat upp fler korttidsplatser. Men samtidigt finns det kommuner som har stängt ner korttidsplatser för att finansiera hemteam eller trygg hemgångs-team.

För hemtjänsten framgår det inte ur indikatorn vilken nivå av hemtjänst som den enskilde är i behov av. **Det är möjligt att antal personer får hemtjänst är oförändrat men att de är i behov av fler hemtjänsttimmar.**

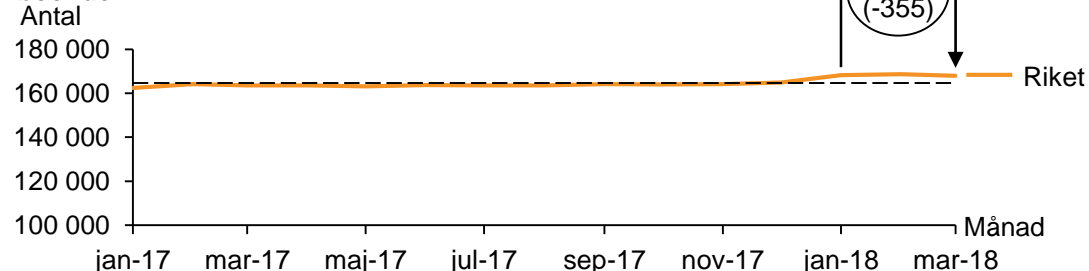
För samtliga insatser; korttidsboende, hemtjänst och permanent särskilt boende är den målgrupp som omfattas av lagen vid utskrivning en relativt liten jämfört med den totala gruppen som nyttjar insatserna. Under Januari 2018 var det ca 9 000 vårdtillfällen som hade 1 dag eller mer som utskrivningsklar. Ur statistiken framgår det inte vilket behov av kommunala insatser dessa personer har, men om samtliga av dessa skulle ha behov av hemtjänst skulle detta motsvara 0,7 procent av de som har insatser från hemtjänsten.

Ett ökat tryck på den kommunala vård- och omsorgen som ett resultat av den nya lagen är därför svår att fånga i nationell statistik.

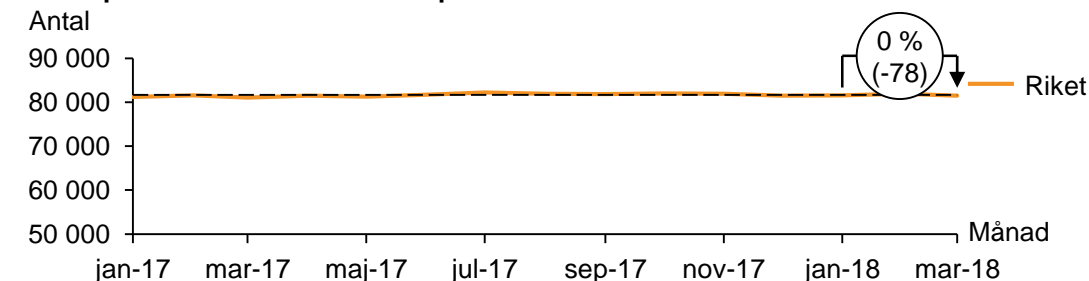
Antal personer >65 år med beslut om korttidsboende



Antal personer >65 år med beslut om hemtjänst i ordinärt boende



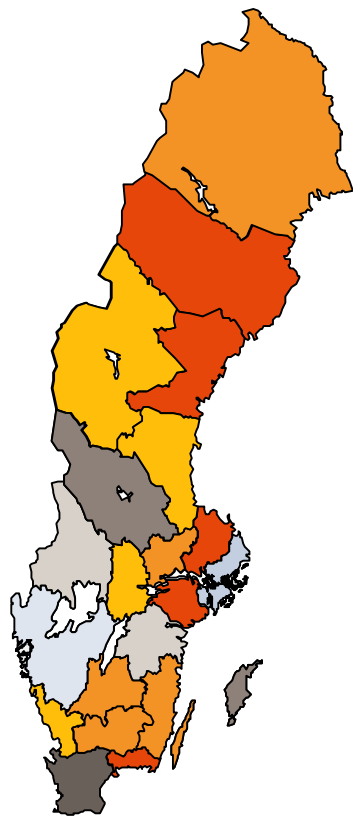
Antal personer >65 år som bor i permanent särskilt boende



Tre IT-system används i en majoritet av länen

Nationell översikt över val av IT-system

100 procent = 21 län



Norrbottnen bytte från Meddix till Lifecare under februari. SAMSA uppdaterades i september. Västmanland bytte från Prator till Cosmic LINK i november. WebCare uppdaterades i november för Stockholm läns landsting.

Fördelning av olika IT-system för informationsöverföring i november 2018, antal och andel (procent)

100 procent = 21 län

