

– FoUI RAPPORT 84:2018 –

Gemensamma riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan

Uppföljning 2018-01-01—2018-08-31

Ingegerd Skoglind-Öhman

Sammanfattning

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) trädde i kraft 2018-01-01. Denna ersatte Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404), den så kallade ”Betalningsansvarslagen”. Syftet med lagen om samverkan är att främja en god vård och socialtjänst, genom att ge den enskilde en trygg övergång från slutenvård på sjukhus till stöd och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende. I Norrbottens län finns sedan dess ”Riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan”, vilka är gemensamma för Region Norrbotten och kommunerna i Norrbottens län.

Föreliggande uppföljning är ett uppdrag från Norrbottens Kommuners styrelse. Syftet är att undersöka kommunernas uppfattning om implementeringen av samverkansriktlinjerna för gemensam samordnad individuell plan. I syftet ingår även att ge en lägesbild av utskrivningsklara personer/patienter i Norrbottens läns kommuner under perioden 1 januari-31 augusti 2018.

Uppföljningen är gjord med kvalitativ, deskriptiv ansats. Datasamling är gjord via intervjuer, dialogmöte och enkät samt statistik från nationell och regional datakälla.

I uppföljningen framkommer:

Att implementering är en process som tar tid och är komplext då den involverar flera huvudmän. Samverkansriktlinjerna är kända hos berörd personal i kommunerna, men arbete återstår med att utveckla och/eller förbättra rutiner hos både kommuner och regionens hälso- och sjukvård.

Att resultaten av ett förändringsarbete innebärande ett nytt arbetssätt och/eller användande av nytt verksamhetssystem kan ses i utförligheten; alltså hos de praktiker som ska använda arbetssättet. Utvecklingsprocessen behöver kontinuerligt följas upp för att identifiera förbättringsområden och för att främja fortsatt utveckling.

Att samtlig berörd personal och inte minst nyanställda behöver ges erforderlig kunskap om lagstiftning, samverkansriktlinjer och verksamhetssystem. Information/utbildning bör därför ske kontinuerligt för att ge personalen förutsättningar att utföra de arbetsuppgifter som ingår i det gemensamma ansvaret för att trygga och säkra övergångar i vården. Detta för att den enskilde ska erhålla socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån individuellt behov och på rätt nivå.

Att den enskilda personens delaktighet och inflytande behöver beaktas och stärkas i processen.

Innehåll

Bakgrund	1
Syfte.....	1
Projektet ”Min plan”.....	2
Implementering av ett nytt arbetssätt.....	2
Metod	4
Etiska aspekter.....	5
Resultat	6
Betalningsansvar.....	6
Generella synpunkter på samverkansriktlinjerna.....	6
Implementeringsstrategi och samverkan	8
Samarbete/teamarbete.....	10
Samarbete/teamarbete lokalt inom kommunerna	10
Lokalt samarbete kommun/primärvård	10
Samarbete kommun/slutenvård	11
Övrigt kring samverkan.....	11
Utskrivning från sluten hälso- och sjukvård.....	11
Preliminärt utskrivningsdatum	11
Planeringsunderlag	12
Kvitteringar av meddelanden från slutenvården.....	13
Färgspåren	13
Samordnad individuell plan (SIP)	14
Informationsöverföring	14
Hjälpmedel	15
Vårdtider och återinskrivningar.....	15
Individperspektivet.....	16
Kvalitet i övrigt.....	16
Sammanfattning av intervjuerna.....	17
Statistiska uppgifter	17
Särskilt boende	18
Medelvårdtid som utskrivningsklar.....	18
Betalningsansvar	20
Exempel från länet.....	21
Reflektioner	23
Referenslista	26
Bilaga 1: Frågeunderlag vid intervju med socialchefer.....	27
Bilaga 2: Frågeställningar vid dialogmöte med MAS/MAR.....	28

Bakgrund

Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) trädde i kraft 2018-01-01. Denna ersatte Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404), den så kallade ”Betalningsansvarslagen”. Den tidigare lagen tillämpas dock fortsatt till och med året 2018 för patienter som vårdas i sluten psykiatrisk vård. För den gruppen tillämpas nya lagen från och med 2019-01-01.

Syftet med lagen om samverkan är att främja en god vård och socialtjänst, genom att ge den enskilde en trygg övergång från slutenvård på sjukhus till stöd och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende. Lagen ska främja att utskrivning av den enskilde sker så snart som möjligt efter att behandlande läkare har bedömt personen som utskrivningsklar¹. Huvudmännen har gemensamt ansvar för trygga och säkra övergångar i vården för att personen ska erhålla socialtjänst och hälso- och sjukvård utifrån individuellt behov och på rätt nivå.

I Norrbottens län finns ”Riktlinjer för samverkan – Samordnad individuell plan” som är gemensamt framtagna av Länsstyrgruppen med representanter från Region Norrbotten och kommunerna i Norrbottens län. Riktlinjerna är baserade på lagstiftning, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt cirkulär från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). De är antagna av Politiska samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola. Därefter är de beslutade i Regionstyrelsen och i socialnämnd i respektive kommun. Riktlinjerna är följaktligen gemensamma för länets kommuner och regionens hälso- och sjukvård (Region Norrbotten och kommunerna i Norrbottens län, 2017).

Styrelsen för Norrbottens Kommuner beslutade 2017-12-07 att rekommendera kommunerna att anta samverkansriktlinjerna, och att utvärdering och eventuell revidering skulle ske senast 2018-10-31. Styrelsen beslutade även att samverkansledaren för social välfärd får uppdraget att ansvara för en kartläggning och analys av kommunernas betalningsansvar gällande utskrivningsklara patienter. Undersökningsperioden omfattar sex månader från och med 1 januari till och med 31 augusti 2018. Resultatet redovisas för styrelsen 2018-10-18.

Syfte

Syftet med föreliggande uppföljning är att undersöka kommunernas uppfattning om implementeringen av samverkansriktlinjerna för gemensam samordnad individuell plan. I syftet ingår att ge en lägesbild av utskrivningsklara i Norrbottens läns kommuner under perioden 2018-01-01--2018-08-31.

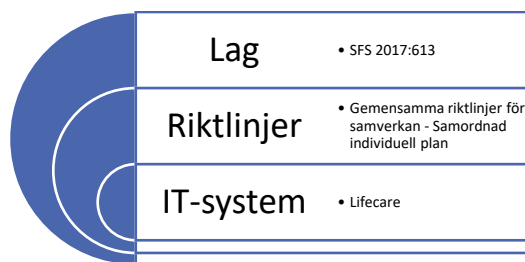
¹ Definition: ”Utskrivningsklar är en patient som av behandlande läkare inte längre bedöms behöva sluten vård (Källa: termbank.socialstyrelsen.se).

Projektet "Min plan"

I Norrbottens län pågår ett samverkansprojekt under 2016-01-10 -- 2019-04-30, det så kallade "TSIP - tillgängliga samordnade individuella planer/Min plan-projektet".

Projektet utförs i samverkan mellan Region Norrbotten (före detta Norrbottens läns landsting) som är projektägare, Norrbottens Kommuner och Luleå tekniska universitet, samt Tieto. Luleå kommun och Haparanda kommun var pilotkommuner medan övriga 12 kommuner i länet ingick i ett senare skede, vid det så kallade breddinförandet. Projektet finansieras till en del via EU:s strukturfonder. En projektledare tillika samordnare för ovan nämnda projekt finns från såväl Norrbottens Kommuner som Region Norrbotten. Projektet kommer att utvärderas och avrapporteras till huvudmännen efter projektidens slut. Utvecklings- och förbättringsarbetet har initierats av lagförslaget (SOU 2015:20) som reglerar ansvarsförhållandena och arbetsprocesserna mellan vård, stöd- och omsorgsaktörerna. Den antagna "Lagen om samverkan vid utskrivning från slut-ten hälso- och sjukvård" trädde i kraft 2018-01-01, se inledningsavsnittet ovan.

Ett huvudmannagemensamt IT-system benämnt Lifecare breddinfördes i länet i februari 2018. Systemet används för att säkra informationsöverföring mellan slutenvård, primärvård och kommunerna. Utbildningar avseende lagstiftning, samverkansriktlinjer och verksamhets-/ IT-systemet Lifecare har hållits för berörd personal inom verksamheterna, se figur 1. Användarstöd och så kallade superanvändare fungerar som resurser lokalt och har till uppgift att stödja användare på respektive enheter i länet.



Figur 1. Samordnad planering för att främja god vård och socialtjänst

En senior forskargrupp med forskare från Region Norrbotten och Norrbottens Kommuner har parallellt under projektet studerat implementeringsprocessen av det förändrade arbetssättet som projektet "Min Plan" innebär.

Implementering av ett nytt arbetssätt

I Norrbottens län pågår såsom beskrivs inledningsvis ett implementeringsarbete för att vid utskrivning från slut-ten hälso- och sjukvård trygga övergångarna till stöd och omsorg i det egna hemmet eller inom särskilt boende. Arbetet är

gemensamt för kommunerna i länet och Region Norrbotten och det regleras av lagstiftning, föreskrifter och riktlinjer.

”Implementering avser de procedurer som används för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att metoderna används som avsett och med varaktighet” (Sundell & Soydan, 2008; Socialstyrelsen, 2013). Implementering handlar om att förverkliga och genomföra, men också att det man gör får den verkan och den effekt man avser att få.

Implementering tar tid, varför det ibland kan ta flera år innan en ny metod har integrerats och blivit en del av det ordinarie arbetet (Socialstyrelsen, 2013). Resultatet av implementering kan ses i utförarleden, det vill säga hos de praktiker som ska använda arbetssättet (Guldbrandsen, 2007; Nilsen, 2014). Forskare har identifierat fyra nivåer som en användare måste genomgå för att kunna ta till sig ett nytt arbetssätt. Användaren ska ha kännedom, ha kunskap, visa färdighet och kunna använda det nya arbetssättet (Joyce & Showers, 2002; Sundell & Soydan, 2008). Implementering hänger samman med lärande, och förutsättningar för lärande skapas genom reflektion, kunskaps- och erfarenhetsutbyte där möjlighet ges till att prova olika lösningar. I en implementeringsprocess finns således flera kritiska steg för att planera, bedöma och lyckas med implementeringen (Meyers et al, 2012; Folkhälsomyndigheten, 2015).

Metod

Med utgångspunkt från uppdraget och syftet valdes kvalitativ ansats och deskriptiv metod (Backman, 2015). Deltagarna utvaldes genom strategiskt urval (Kvale, 1997) för att kunna ta del av erfarenheter från socialtjänstens verksamhetsområde i Norrbottens kommuner. Deskriptiv analys gjordes enligt kvalitativ metod (Patton, 2002; Silverman, 2004). En sådan analys är huvudsakligen beskrivande och sammanfattande.

Som datainsamlingsmetod valdes *intervjuer av socialcheferna* i länets 14 kommuner. Ett frågeunderlag innefattande riktlinjer för gemensam samverkan, organisation, rutiner för implementering användes vid samtalen (bilaga 1). Intervjuerna gjordes via personligt möte, Skype eller per telefon. Sammanlagt har 19 personer intervjuats och samtalen har förts i 20–67 minuter. Tre av socialcheferna har valt att inbjuda till exempel medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) eller enhetschef för biståndshandläggare och hemtjänst i samtalet. Övriga socialchefer uppger att de har konfererat med enhetschefer, MAS/MAR som förberedelse för intervjun. Vid en av intervjuerna var socialchefen förhindrad att delta, varvid samtal fördes med chefer för äldreomsorg och hemtjänst.

Dialog fördes med MAS/MAR² i samband med årlig länsträff (2018-08-29) arrangerad av Norrbottens Kommuner. Vid den dialogen erbjöds deltagarna möjlighet att lämna sina erfarenheter kring implementering av samverkansriktlinjer och utskrivningsklara från slutenvård. Ett frågeformulär med fem frågeområden utdelades vid mötet och deltagarna ombads att efter ifyllande inlämna svaren. Svar har mottagits av elva av länets kommuner som samtliga gedeutat har besvarat frågorna. Två av dem lämnade de skrivna svaren på plats, medan nio skickade dem via epost.

I sammanställningen beskrivs informanternas synpunkter och erfarenheter av de huvudmannagemensamma samverkansriktlinjer som används i Norrbotten. Resultaten presenteras i form av belysande citat av socialchefer respektive MAS/MAR (kursivt skrivna i rapporten) som knyts samman genom författarens kommentarer. Synpunkterna har insorterats i rubriker baserade på frågeområden för intervjuer/dialoger.

Vidare har en *översiktlig kartläggning* gjorts för att finna exempel på hur länets kommuner har arbetat med att trygga personers hemkomst från slutenvården (sjukhusvården). Detta har skett i samband med intervjuer och dialogmöten.

Dessutom har *statistik* samlats in avseende utskrivningsklara; genomsnitt för alla län i Sverige och genomsnitt i Norrbotten har gjorts via nationell källa för perioden januari-augusti 2018.

² MAS/MAR=Medicinskt ansvarig sjuksköterska och medicinskt ansvarig för rehabilitering kom till när ansvaret för viss hälso- och sjukvård fördes över från landstingen till kommunerna. Det ska finnas en MAS eller en MAR inom de verksamhetsområden som kommunen bestämmer (24§ HSL).

Avrapportering av uppföljningen har gjorts vid olika tillfällen under uppföljningsperioden. Delredovisning har skett vid Norrbottens Kommuners styrelsesammanträde 2018-06-14 samt vid socialberedningens möten 2018-05-02 och 2018-09-18. Socialchefer har informerats 2018-03-08 och MAS/MAR 2018-08-29. Socialnämndsordföranden har erhållit information vid möte 2018-10-25. Muntlig slutredovisning görs vid styrelsens sammanträde 2018-12-06. Skriftlig slutrapport delges styrelsen och samtliga kommuner.

Etiska aspekter

Syftet med uppföljningen har beskrivits muntligt och skriftligt för berörda. Information har lämnats till respondenterna om att allt insamlat material behandlas konfidentiellt och att uppgifter inte ska kunna härledas till enskild person, samt att ljudfiler med intervjumaterial raderas och skrivna noteringar destrueras efter att skriftlig rapport är färdigställd (Silverman, 2004; Backman, 2015). Muntlig presentation av uppföljningsprocess och resultat ges för uppdragsgivaren - styrelsen för Norrbottens Kommuner, för socialberedningen samt vid regionala nätverksträffar för berörda grupper.

Resultat

Resultaten redovisas under rubrikerna *intervjuer/dialoger* och *kommunexempel* trygg hemgång (kvalitativa data) respektive *statistiska uppgifter* (kvantitativa data). I sammanställningen beskrivs informanternas synpunkter och erfarenheter av de huvudmannagemensamma samverkansriktlinjer som används i Norrbotten.

Ett antal av erfarenheterna/synpunkterna har överlämnats till projektledarna för ”Min Plan-projektet” tillika införande av IT-systemet Lifecare. Dessa handlar om verksamhetssystemfrågor och specifika aktiviteter inom ramen för informationsöverföringssystemet, vilka därför inte i detalj behandlas i föreliggande sammanställning.

Intervjuer/dialogmöte visar att personal generellt i verksamheterna väver samman lagstiftning, riktlinjer och gällande IT-system. Detta har i viss mån varit problematiskt och medfört att analys av resultaten initialt har inriktats på att sortera upp inlämnade synpunkter inom de tre nämnda områdena. Slutligen har dock erfarenheterna kategoriserats under fem rubriker; ”Generella synpunkter på samverkansriktlinjerna”, ”Implementeringsstrategi”, ”Samarbete/teamarbete”, ”Utskrivning från slutna hälso- och sjukvård” samt ”Kvalitet i övrigt”.

Resultatsammanställningen inleds med kort beskrivning avseende kommunernas betalningsansvar. Därefter följer de fem intervjuområdena.

Betalningsansvar

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) föreskriver att kommunens betalningsansvar ska inträda tre dagar efter att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats. Vid intervjutillfället av socialchef för respektive kommuner hade 11 av 14 ingen person/patient aktuell för betalningsansvar. Hälften av dessa kommuner hade inte varit aktuella för betalningsansvar på flera år. Följaktligen hade flertalet av länets kommuner vid tidpunkten för intervjutillfällena uppfyllt ansvaret att inom föreskriven tidsram tillgodose övergången från slutenvård till stöd och omsorg i eget hem eller i särskilt boende.

Generella synpunkter på samverkansriktlinjerna

Socialcheferna menar att samverkansriktlinjerna i huvudsak fungerar bra, men att det finns behov av att utveckla och/eller förbättra rutiner i verksamheterna hos både kommuner och regionens hälso- och sjukvård.

”Riktlinjerna... är väl en del småsaker att revidera, ingenting stort. Det vi ser är att det finns brister [avseende implementeringen] från båda huvudmännen.”

Flera av socialcheferna och MAS/MAR påtalar att verksamheterna har uttryckt bekymmer avseende riktlinjerna kontra hemsjukvårdsavtalet³, där de menar att den tidigare skatteväxling som gjordes mellan dåvarande landstinget och länets kommuner inför den kommunala hemsjukvårdstarten januari 2013 behöver revideras. Några av dem uttrycker att:

”Det finns okunskap om hemsjukvårdsavtalet och hur det kommunala ansvaret ser ut” och menar att ”bristande kunskap från sjukhusen råder om vad Socialtjänstlagen⁴ innebär och att det ofta förekommer tyckanden om vilka insatser som ska ges i hemmen”.

”Hemsjukvården, skatteväxlingen gjord 2013 borde ses över. Vården förändrats mycket och mycket görs i hemmet...kommunala sjukvården fått högre belastning och det ställs högre krav på kompetens i hemtjänsten...så vården flyttas hem och det krävs mer av kommunala hemsjukvården...inte så hälsosamt att vara på sjukhus då man inte behöver det, behöver därför se över kommunala hälso- och sjukvårdens möjligheter att jobba”.

MAS/MAR påtalar vikten av att de gemensamma samverkansriktlinjerna utvärderas och att eventuell revidering sker vid behov. De menar att implementering och samverkan mellan de två huvudmännen kompliceras av att kommunen har flera lagstiftningar att förhålla sig till; HSL, SoL och LSS.

”Riktlinjerna behöver utvärderas, följas upp och revideras avseende processen för SIP. Kommunal verksamhet arbetar under fler lagar än slutenvården. Hälso- och sjukvårdsinformation ska överföras mellan legitimerad personal (HSL), medan övriga behov hanteras av SoL”.

Några socialchefer och MAS/MAR pekar på att personal i kommunal hemsjukvård hamnar i dilemman på grund av att regionens slutenvård i samband med utskrivning från sjukhus ”överlämnar” patienter som är i behov av avancerade sjukvårdsinsatser som ska utföras i hemmiljön, det vill säga inom kommunens ram. Riktlinjerna ser ut att tolkas på olika sätt inom huvudmännens verksamheter, vilket åskådliggörs genom följande två citat.

”Gränsdragningsproblem mellan kommuner och region är något som vi måste börja prata om, så att vi närmar oss varandra. Det handlar om att diskutera för att få samsyn ...vi har olika uppfattningar om vad som är avancerad sjukvård, där skulle det behövas ett förtydligande”.

Samtliga elva i MAS/MAR-gruppen som besvarar frågan uttrycker att samverkansriktlinjerna är kända och förankrade bland legitimerad personal och

³ Hemsjukvård är medicinska insatser, rehabilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal till och med sjuksköterskenivå eller annan personal med delegering i hemmet både i ordinärt- och särskilt boende. I Norrbottens län trädde hemsjukvårdsavtalet i kraft den 1 januari 2013 och reglerar samverkan mellan kommunerna och dåvarande landstinget, numera regionen.

⁴ Bistånd enligt Socialtjänstlagen /SoL) ansöks av den enskilde själv eller genom en ställföreträdare. Detsamma gäller Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS). En ansökan kan om inte annat är möjligt ske muntligt av den enskilde eller närstående/god man/förvaltare med giltig fullmakt/förordnande och kan senare följas av skriftlig ansökan.

biståndshandläggare i kommunerna. Hälften menar att riktlinjerna är väl kända och att övriga chefer och personal har viss kännedom om riktlinjerna. Någon säger att *"kommunens personal verkar ha mer kunskap än slutenvårdens personal"*, och flertalet påpekar att det finns brister i kännedomen inom slutenvården, samt att kännedomen är bättre inom primärvården jämfört med slutenvården.

En MAS menar att riktlinjerna i sig själva inte utgör ett problem och säger att det snarare handlar om implementeringsprocess av nytt arbetssätt. En annan menar att *"jag tror på det här, det kommer att utvecklas"*. Båda två beskriver dock olika delar som behöver vidareutvecklas för att samverkan ska fungera optimalt. En tredje påpekar att riktlinjerna är *"grovt beskrivna och inte fungerar fullt ut"*. Alla i gruppen pekar ut förbättringsområden som berör båda huvudmännen. En MAS menar att det är svårt för tillfälligt anställda att hitta information i riktlinjerna, och att det är viktigt med checklistor där det tydligt framgår vem som gör vad. En annan beskriver att en av superanvändarna i deras kommun har tagit fram användbara lokala manualer i form av *"snabbguider"*.

I Norrbottens län pågår alltså en implementeringsprocess inom kommunerna och regionen för att införa ett gemensamt användande av ett gemensamma samverkansriktlinjer och därtill ett gemensamt IT-system för säker informationsöverföring mellan slutenvård, primärvård och kommuner. Det handlar om en *"sorts väv där olika moment organiseras"*. I en sådan väv kan organisatoriska mellanrum uppstå, där specifik problematik som inte passar in kan hamna (Tyrstrup, 2014).

Implementeringsstrategi och samverkan

Vid intervjuerna tillfrågades socialcheferna om de kort kunde beskriva hur deras verksamheter hade förberett för implementeringen av riktlinjerna. MAS/MAR besvarade samma fråga vid dialogmöte och via enkät. Överlag gavs bilden av att berörd personal har genomgått utbildning, att gemensamma diskussioner har förts internt tvärprofessionellt och inom respektive berörda professioner inom kommunens organisation, samt mellan kommunen och primärvården genom samverkansmöten och liknande. Det beskrivs i följande citat:

"Vi har rutiner, checklistor, lathundar och jobbar gemensamt inom vår egen organisation. Vi har tänkt både tvärprofessionellt och inom respektive professioner. Vi jobbar för att få det här att löpa så smidigt som möjligt".

"Rutiner med mera är välarbetade inom förvaltningen...god förberedelse. Verksamhetssystemet Lifecare har inte fungerat inledningsvis och vid implementering, vilket medfört omfattande tid vid hantering av systemet".

En kommun beskriver att de har haft stor fördel av att vara pilotkommun under implementeringsarbetet och därför arbetat mycket med själva processen vilket har varit till stor nytta. En annan kommun menar att riktlinjerna

är kända i organisationen men att det oklart hur implementerade de är i själva verksamheterna. En tredje anser att arbetet har varit betungande för professionerna som i sin vardag ska hantera allehanda arbetsuppgifter och krav samtidigt som processen med införandet av nytt informationsöverföringssystem pågår. Hen säger att det interna samarbetet har försvårats av det pågående implementeringsarbetet och att situationen har varit tung för personalen i ”de skarpa lägena”.

I en kommun uttrycker socialchefen att det inte är särskilt enkelt att införa nya arbetssätt då två huvudmän är aktivt involverade; *”det är alltid svårt när två huvudmän ska samarbeta kring en patient och rutinerna är inte ännu implementerade”*.

Flera MAS/MAR ser fördelar med implementeringsarbetets upplägg och att exempelvis lokala utbildningar har hållits gemensamt för kommunens respektive regionens personal. Synpunkter ges kring utbildningens längd, vikten av uppföljning och utvärdering samt att kommunerna bör ges tillfälle till gemensamt arbete utifrån kommunalt perspektiv. Dessutom påtalas behovet av kontinuerliga utbildningar för att ge nyanställd personal nödvändig kunskap så att de i sitt arbete på betryggande sätt ska kunna använda systemet för informationsöverföring.

”Gemensam utbildning för biståndshandläggare, leg. personal inom kommun och personal från Hälsocentralen vilket har varit bra. Leg. personal pratar om att föreslå en uppföljande gemensam utbildning för det har tillkommit ny personal och då skulle man kunna diskutera eventuella olika tolkningar och frågor”.

De poängterar vikten av att delge nya arbetsrutinerna till nyanställda och vikarier, samt att skilja på den nya lagen/arbetsättet och det nya systemet.

”De som fått utbildningen har fått information om var de hittar aktuell information och riktlinjer. Vid nyanställning måste vi se över rutiner, så de får tillräcklig information och utbildning i Lifecare”.

”Biståndshandläggarna anser att bestämmelserna i nya lagstiftningen vid utskrivning från slutenvård inte alltid är i linje med SoL, som biståndshandläggare är ålagd att följa. Lagen är utformad med HSL-insatser i fokus. Enligt SoL förutsätts ansökan om insatser, utredning och bedömning av behov osv, där nya lagstiftningen ställer krav på snabb handläggning och beslut. Biståndshandläggarna får ibland ”tänja” på intentionerna med SoL för att det ska fungera att få hem patienter. Lagstiftarens ”fel” inte huvudmännens”.

Så kallade superanvändare är utbildade för att möjliggöra implementeringen av verksamhetssystemet Lifecare. Deras uppgift är att fungera som stöd i de lokala verksamheterna/enheterna. Flera av socialchefer och MAS/MAR ser detta som en fördel:

”Implementering och arbetssätt har fungerat mycket bra med superanvändare, och det behövs flera superanvändare samt användarstöd i organi-

sationerna” samt ”Har superanvändare, användarstöd och lokal användaradministratör som är bra stöd med god kunskap. Fortsättning behövs dock för förbättring internt...”.

Samarbete/teamarbete

I de gemensamma samverkansriktlinjerna beskrivs att verksamheterna ansvarar för samverkan på individ- och gruppnivå, samt att samverkan styrs av lokala förutsättningar utifrån riktlinjerna. Lokala riktlinjer ska förtydliga vem som vad på lokal nivå. På länsdels-/kommunnivå har närsjukvårdschefen i respektive område ett övergripande samordningsansvar mellan Region Norrbotten och länets kommuner.

Samarbete/teamarbete lokalt inom kommunerna

Socialchefer och MAS/MAR i alla länets kommuner uttrycker att det lokala samarbetet fungerar bra, och hälften att det är mycket bra. En socialchef säger dock att samarbetet kan förbättras i den egna organisationen. En MAS ger följande beskrivning:

”Det lokala samarbetet SoL/HSL fungerar bra tycker både legitimerade, biståndshandläggare och chefer. Vi är en liten kommun där det är lätt att ta kontakt. Skypemöte mellan legitimerade och biståndshandläggare är bokat varje vardag morgon kl 09.15 där man kan lyfta frågor. Används kanske inte så mycket men kommunens sjuksköterskor har nu blivit påmind om att det finns och kan vara bra att använda”.

Lokalt samarbete kommun/primärvård

Socialchefer och MAS/MAR i flertalet kommuner ger en bild av att gemensamma diskussioner förs med primärvården på olika nivåer, det vill säga inom särskilda samverkansgrupper mellan kommunen och primärvården samt professioner emellan. Samtliga mindre kommuner beskriver att samverkan fungerar väl och att aktivt arbete med att utveckla samverkan har pågått under ett antal år. Dock finns enstaka undantag i en större kommun där samverkan med de egna hälsocentralerna har varit problematiskt:

”Lagen säger att vi är skyldiga att samverka. Vi har försökt jobba hårt med att samarbeta med vår primärvård... finns en tröghet i att få till stånd samverkansträffar lokalt...hur ska vi då hitta lokala rutiner som passar vårt närsjukvårdsområde? Vi har stort behov av att mötas i de här specifika frågorna”.

Så kallade obs-platser finns i anslutning till hälsocentral i en del av inlandskommunerna. Där finns en lokalmässig närhet mellan regionens hälso- och sjukvård och kommunens verksamheter inom socialtjänsten och samverkan beskrivs vara naturlig mellan huvudmännen. Gränsdragningsdiskussioner är ibland blir aktuella, då såväl kommunikation och ansvarsfrågor dryftas, vilket kan ske professioner emellan och vid samverkansmöten.

Samarbete kommun/slutenvård

I de flesta kommuner uttalas att det finns delar som behöver förbättras vad gäller samarbetet med länets sjukhus. Ett antal exempel ges avseende efterlevandet av samverkansriktlinjerna. Områden som omnämns är kommunikation, information, dokumentation, samordnad individuell planering (SIP). Aspekter relaterade direkt till användning av IT-systemet är överlämnade till samordnare/projektledare för "Min plan". Följande kommentar har valts ut för att illustrera samverkan i stort:

"Det finns problem som handlar om att alla inte gör det de ska och det som vi kommit överens om...slutenvården har en resa att göra med sin personal".

Övrigt kring samverkan

I en av kommunerna möts professioner lokalt över huvudmannagränserna för samverkansdiskussioner avseende IT-systemet. Avsikten är att tillsammans utvecklas och överbrygga svårigheter i användningen av det gemensamma systemet. Exemplet omnämns som ett tips eller utvecklingsuppdrag avseende gemensam, lokal samverkan i länet.

"Vi har samverkansmöten Lifecare för kommun, primärvård och slutenvård där bland annat sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut deltar. Dessa möten har gjort att vi kom igång och alla ser processen och vad den innebär för övriga aktörer. Gruppen sprider info vidare i sin org. Vi skapade även en gemensam SIP-grupp när samordnade individuella planer började användas med liknande konstellation".

Utskrivning från slutet hälso- och sjukvård

Samtliga socialchefer och MAS/MAR omnämner erfarenheter av att det finns struktur för informationsöverföring innefattande delar som inskrivningsmeddelande och kvittering av detta, preliminärt utskrivningsdatum, planeringsunderlag, färgkodning i Lifecare, samordnad individuell etcetera. I det följande ges en kort sammanfattning av de nämnda delarna.

Preliminärt utskrivningsdatum

Nio av länets kommuner påtalar att framflyttning av preliminärt utskrivningsdatum försvårar kommunens arbete. Det har "blivit mer fokus på att snabbt skicka meddelande om utskrivningsklar" vilket innebär att utskrivningsdatumet ofta flyttas fram. Följden vid framflyttat utskrivningsdatum är att kommunen förbereder för utskrivning, planerar in hemtjänstpersonal och ofta extraresurs inför hemgång som sedan inte kan nyttjas som planerat:

"Vi har beredskap utifrån att de är bedömda utskrivningsklara, men då startar det här med framflyttning av datum...vi försöker hitta strategier för att lösa det här, men det är som ett annat scenario än vad riktlinjerna säger".

Flera av de intervjuade i kommunerna beskriver att ett omvänt betalningsansvar kan vara en lösning; det vill säga att regionen åläggs betalningsansvar i de fall förberedelser och insatsplanering är igångsatt och slutenvården ändrar utskrivningsdatum. Följande synpunkt exemplifierar detta:

”...i ett övergångsskede skulle man behöva ha ett omvänt betalningsansvar tills man hunnit till en rimlig nivå och kanske helt slipper det här med betalningsansvar, olyckligt att det är bara vi som ska betala - vilket vi ju ser med facit i hand”.

Det beskrivs även att några av slutenvårdens professioner, som exempelvis arbetsterapeuter och fysioterapeuter inte alltid har hunnit utföra det som förväntas av dem för att hemgången ska bli så bra som möjligt:

”Det vi har sett är att HSL och biståndshandläggarna märker att alla professioner inte har hunnit det de ska i slutenvården, men läkaren säger att personen är utskrivningsklar. Då har till exempel inte rehab [det vill säga arbetsterapeut och/eller fysioterapeut] hunnit göra det de behöver göra. Personen ska snabbare ut, och professionerna har inte hunnit förbereda den information som måste ut. Och just vad gäller rehab [arbetsterapeut/fysioterapeuts bedömning och åtgärd] står det ofta ingenting och det gör ju att processen inte flyter på som den ska”.

Vidare framkommer att information om ”utskrivningsklar” inte alltid nått fram till den enskilde personen (patienten) inom aktuell avdelning hos slutenvården. I och med att utskrivningsprocessen påbörjas när kommunen fått meddelande om preliminärt utskrivningsdatum händer det att personen blir kontaktad av kommunens biståndshandläggare utan att alls ha vetskap om att hen ska utskrivas. Personen har ofta heller ingen vetskap om hur regionen och kommunerna arbetar, vilket kan medföra såväl oro som ifrågasättanden hos den enskilde.

”Eftersom det är korta vårdtider har ibland inte anhöriga eller personen själv fått vetskap om att det finns ett preliminärt utskrivningsdatum. De blir många gånger upprörda och säger att det är alldeles för tidigt när biståndshandläggaren tar kontakt”.

Planeringsunderlag

Socialchefer och MAS/MAR i åtta av länets kommuner uttrycker att planeringsunderlagen som görs vid slutenvården inte alltid är funktionella på grund av avsaknad av väsentliga uppgifter. Underlagen ger inte adekvat och nödvändig information om den enskildes status, förmågor och svårigheter etcetera vilket försvårar och fördyrar kommunens planering samt genomförande av insatser:

”Planeringsunderlagen från slutenvården är bristfälliga, ger inte tillräckligt med uppgifter om personen. Svårt att planera då kommunen inte alltid vet vilka behov personen har - får därför ständigt anpassa oss och får mycket merarbete”.

”Arbetet bygger på tillit och det är svårt att kunna lita på att informationen stämmer eftersom slutenvården (läkare och sjuksköterskor) brister i uppdatering av planeringsunderlagen”.

Kvitteringar av meddelanden från slutenvården

Hälften av kommunerna beskriver att kvittering av meddelanden inte fungerar optimalt. Detta gäller särskilt avseende helger och under röda dagar, där man inom den egna organisationen inte har funnit den bästa lösningen. Såväl socialchefer som MAS/MAR pekar på att personalen har påtalat svårigheter med att rent praktiskt kunna sköta kvitteringar vid två tillfällen under dagen. Att kvitteringar av meddelanden via IT-systemet Lifecare istället borde ske en gång per dag istället för två gånger ses därför rimligt. Följande citat från två MAS illustrerar problematiken:

”Det skulle vara önskvärt med en kvitteringstid/dag. Att ha två fasta tider att förhålla sig till varje dag gör det svårt för HSL-personalen att planera sin dag. Det gör också att viss kvittering överläts till annan personal, ex. att sjuksköterska kvitterar i sjukgymnastens eller arbetsterapeutens ställe och vice versa”.

”Vi anser att kvitteringen kl. 9.00 inte är nödvändig utifrån planering inför hemgång. Ingen rond har genomförts före kl. 9.00, förändringarna kring vård och behandling sker under förmiddagen och till kvitteringstiden kl. 14.00. Detta innebär att vi har kort tid för planering och situationen ändras efter läkarbedömningen. Vi anser att kvitteringstiden kl. 13.00 är den tid som passar verksamheten bäst och även för patienten och att kl. 9.00-tiden uteblir i fortsättningen”.

Diskussioner pågår i kommunernas verksamheter om vem som ska kvittera inkomna meddelanden under helger och röda dagar. En MAS poängterar att: *”Det behövs gemensam planering inför storhelger och semestertider då detta innebär ändrade förutsättningar i verksamheterna. Detta bör ses över med en gemensam strategi”.* Det framkommer även att inskrivningsmeddelanden inte alltid kommer till kommunen den dag då patienten blir inskriven inom slutenvården: *”Detta gör att vi inte hinner med den egna planeringen på kommunen”,* och att *”Inskrivningsmeddelande uppdateras inte alltid när patienten byter avdelning eller sjukhus”.*

Färgspåren

Inom systemet Lifecare används särskilda färgspår vilka ska fungera som rekommendation till öppenvården om tidpunkt för att kalla till ett samordnat individuellt planeringsmöte efter utskrivning från slutenvården. Flera av socialchefer och MAS/MAR pekar på att dessa behöver ses över. Detta på grund av att de har erfarit att färgspåret inte alltid överensstämmer med individens faktiska behov. Någon av dem säger:

”Arbetsprocessen har fungerat bra, innebär dock ett mycket större arbete för alla (både HSL och SoL) i kommunen än tidigare i och med att man tar kontakt med alla personer som är inskrivna. Man vågar inte riktigt lita på spåren och att de stämmer med personens behov”.

Samordnad individuell plan (SIP)

Sedan den 1 januari 2010 finns en lagstadgad skyldighet i HSL (3§) och SoL (2 kap. 7§) för landstingens hälso- och sjukvård samt kommunernas socialtjänst att tillsammans upprätta en SIP när den enskilde har behov av stöd och samordning av insatser från båda huvudmännen. Syftet är att säkerställa samarbetet mellan huvudmännen så att den enskildes behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodoses. Detta återfinns i lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612).

Socialchefer och MAS/MAR har uttryckt en del synpunkter kring hanteringen av SIP. Flera av dem pekar på att det i verksamheterna finns önskemål om fler utbildningstillfällen för kunskapsinhämtning och/eller -påfyllnad om SIP. Några respondenter menar att det är viktigt att se på samverkan kring den samordnade individuella planen ur patient/brukarperspektiv. De pekar på att ett flertal SIP-aktörer kan vara kallade till planeringsmötet, och att det kan upplevas kränkande för patienten att ha så många personer hemma hos sig. Å andra sidan kan det inträffa att aktörer som borde bli kallade inte blir det. Följande två citat är exempel på kommentarer:

”Ett problem är att sip:arna som utförs efter utskrivningen inte är bra planerade. Kommer för tidigt, för sent, borde vara på sjukhuset innan utskrivning eller på korttids. Man behöver utveckla detta vidare”.

”Det är bra att HC och kommun träffas en gång i månaden för att se över vilka sip:ar vi har och vad som fungerar och inte fungerar. Vi upplever att sip:arna tar mycket tid av det övriga arbetet”.

En MAS påpekar att kommunen saknar rutiner för brukare som kommer till korttidsplats. *”Det står i riktlinjerna att det ska kallas till en SIP för inläggande patient som väntar på korttidsplats, men om patienten redan kommit till en korttidsplats vilket vi nog är ganska snabba att ordna i vår kommun. Hur är det då med SIP?”*

Informationsöverföring

Hälften av respondenterna uttrycker att det är svårt för kommunens personal att få tillräcklig information om den enskilde vid utskrivning från slutenvården. Flera av dem pekar på att goda överrapporteringar är nödvändiga, i synnerhet i de fall där planeringsunderlagen ibland kan vara bristfälliga. Följande citat illustrerar svårigheten med kommunikation och vissa exempel på förbättringar. Det kan finnas brister i kommunikationen bland personal hos båda huvudmännen.

”Kommunikationen med slutenvårdens personal saknas i vissa fall, varför viktig kommunikation missas. I systemet är informationen ofta bristfällig och många frågor besvaras med vet ej. Önskar snabbare uppdatering av underlag/intyg (planeringsunderlag, ADL, egenvårdsintyg med mera)”.

”Varit lite dialog i vissa ärenden där slutenvården ”gjort klart” och beställt hemtransport och förväntar sig att hemtjänsten möter upp i hemmet. Borde varit i omvänd ordning det vill säga att hemtjänsten/verk-

ställigheten skrivit i patientinformation när de varit beredd att ta emot och när första besök inplanerats så att slutenvården kan beställa transport utifrån det”.

”Det fungerar inte alltid med dokumentation som ska följa med patienterna vid utskrivning. Enligt överenskommelse ska sjukhuset skicka med läkemedel för tre dagar vid utskrivning för att säkerställa läkemedelshandlingen/att patient får sina läkemedel enligt ordination. Det fungerar inte heller alltid och det innebär ofta merarbete för ansvariga sjuksköterskor att säkerställa och hantera läkemedel”.

Vidare nämner en av kommunerna att slutenvårdens kommunikation med enheten funktionsnedsättning kan förbättras och att informationsöverföring i något fall inte har fungerat: *”att brukare har skickats hem till LSS-boenden mitt i natten, och där finns endast personal med sovande jour”.*

Hjälpmedel

Slutenvården ansvarar för att hjälpmedel för att klara toalettbesök och förflyttning inomhus, samt eventuell medicinteknisk utrustning är tillgängliga för den enskilde innan hen skrivs ut från sjukhus. Kontakter med arbets- och/eller fysioterapeut bör ske tidigt i processen i de fall där deras kompetens behövs för att planera och säkra utskrivning från sjukhus.

I några kommuner beskrivs att ”sena utskrivningar” försvårar för kommunens personal att möta upp personen i samband med hemkomst från sjukhus: *”Det är inte ovanligt att personen kommer hem efter klockan 17.00 på grund av resesamordningen om kvitteringen har skett klockan 14.00”.*

Transporter av hjälpmedel från länsdelsförråd sker en gång per vecka till mindre inlandskommuner. Det är då viktigt att samverkan sker avseende hjälpmedel. Flera MAS/MAR nämner att den enskilde ibland inte får med sig nödvändiga hjälpmedel i samband med hemgången från slutenvården. En av socialcheferna beskriver att det påverkar såväl den enskilde som personalen:

”Utskrivningsdagar är alla dagar, vilket gör att patienterna inte alltid får med de hjälpmedel de behöver. Det blir att vi får göra nödlösningar genom att låna någon annans tillsvdare och den i sin tur får vänta lite längre för utprovning av hjälpmedlet”.

Vårdtider och återinskrivningar

Fyra av socialcheferna pekar på vikten av att undersöka andelen återinskrivningar till slutenvård och att det är av intresse att veta antalet och orsaken till återinskrivning kort tid efter det att individen blev utskriven efter sjukhusvistelse.

”Skett förändring... skrivs ut snabbare. De skickas hem i sämre skick och när de ännu är i behov av hälso- och sjukvård och inte är utskrivningsklara egentligen. Det här är något nytt som har blivit på senare tid...”

Individperspektivet

Fem av socialcheferna betonar vikten av individperspektivet och medvetenheten om att det är den enskilde personens behov som ska stå i centrum för samverkan i samband med utskrivning från sjukhus. De menar att den enskilde individen och anhöriga "förlorats i hanteringen". Någon säger också att det fanns en trygghet i tidigare sortens vårdplanering där man träffades och planerade tillsammans. En annan uttrycker att "*intentionen var att patienten skulle hamna i fokus... och vi får nu mindre information om patienten än tidigare...*" medan en annan säger "*Om man tänker på lagen och personens egen delaktighet i planeringen har något tappats bort. Lagen säger ju att de ska vara med*".

Vikten av trygghet för den enskilde betonas av flera socialchefer och MAS/MAR, vilka menar att utskrivning från slutenvård ställer stora krav på kommunerna att trygga den äldre personen och deras anhöriga: "*Vi ser att äldre far illa. De snabba rycken på sjukhus är inte riktigt anpassade till äldres behov*".

Kvalitet i övrigt

Flera MAS menar att patientsäkerheten äventyras när slutenvården skickar hem patienten utan fullgod överrapportering, läkemedelslistor med mera. En av dem uttrycker:

"Upplever att systemet inte är patientsäkerhet i och med brister i informationsöverföring och överrapport mellan slutenvård/kommun/hälsocentral. Slutenvården som startar utskrivningsprocessen i samband med inskrivning i slutenvården har svårigheter att överblicka hela processen och vad den innebär för övriga aktörer. Svårighet att komma till rätta med detta".

En annan påpekar att planeringen är bristfällig inom både primärvård och hemsjukvård för patienter som tidigare inte varit hemsjukvårdspatienter men som nu behöver hjälp med medicinhantering. Det framkommer att bedömning av egenvård sällan sker under sjukhusvistelsen och att detta försvårar arbetet för kommunens personal eftersom insats då inte hinner komma igång innan hemgång. Flera respondenter funderar på om det kan bli möjligt att registrera egenvård i Lifecare. En av socialcheferna påtalar att det kan behövas ett eventuellt förtydligande om vad som gäller när sjukhusen går i stabsläge och undrar: "*Kan patienter akut skickas hem från sjukhusen utan att samverkansriktlinjerna och den planering som finns i Lifecare följs?*"

Sammanfattning av intervjuerna

Sammanfattningsvis beskriver socialcheferna och MAS/MAR att

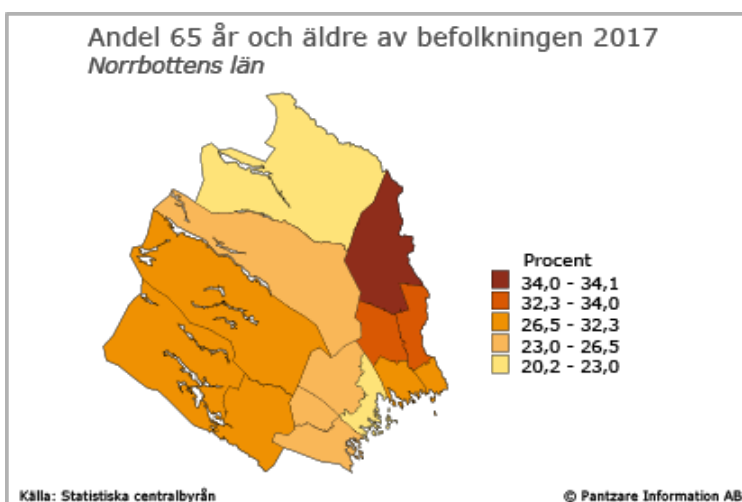
- riktlinjerna är kända och förankrade hos berörd personal i kommunerna
- det finns en vilja lokalt att det nya arbetssättet ska fungera
- det interna sam/-teamarbetet bland kommunens personal fungerar väl och naturlig dialog fortsätter som tidigare
- samverkan kommun/primärvård sker genom bland annat samverkansmöten och enskilda kontakter mellan professionerna – förbättringspotential finns dock i flera fall
- samverkan mellan kommun/slutenvård – förbättringsbehov finns avseende kommunikation

MAS/MAR poängterar även att:

- implementering är en process som är komplex och tar tid
- inom regionens slutenvård behöver förståelsen för att kommunal verksamhet styrs av flera lagrum förbättras
- patientsäkerheten försvåras på grund av bristande efterlevnad av samverkansrutinerna

Statistiska uppgifter

Norrbotten är ett geografiskt stort län med befolkningens mängd på 251 295 personer. Andelen äldre i befolkningen är i alla länets kommuner högre än riksgenomsnittet, vilket illustreras i nedanstående (figur 2). Länets demografi med en åldrande befolkning medför att framtidens hälso- och sjukvård samt stöd och omsorg ställs inför stora utmaningar.



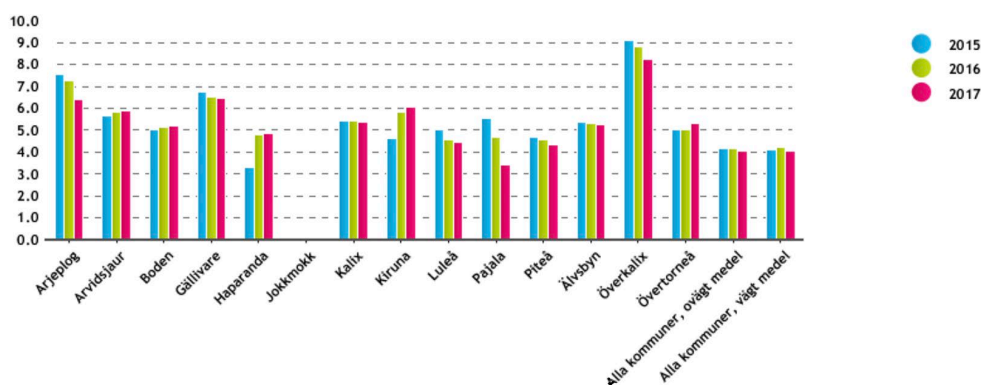
Figur 2. Andel personer 65 år och äldre i Norrbottens län 2017-12-31. Uppgifter från SCB.

Riksgenomsnitt avseende andelen personer som är 65 år och äldre är 19,8 procent. Motsvarande andel i Norrbottens län utgörs av 23,6 procent. Andelen är alltså i Norrbottens län som helhet 3,8 procentenheter högre än riket, och varierar mellan kommunerna i länet. Pajala, Överkalix och Övertorneå kommuner har flest ålderspensionärer med 34,0 procent respektive 33,1 procent samt 32,3 procent per kommun. Statistiken baseras på uppgifter från 2017-12-31 (SCB, 2018).

Särskilt boende

Särskilt boende för äldre personer är enligt socialtjänstlagen (SoL) anpassat till äldre med stort omvårdnadsbehov. Nedan illustreras andelen i åldersgruppen 65+ som bor i särskild boendeform i norrbottenskommunerna, se figur 3. Överkalix har största andelen 65+ som bor i särskilt boende, medan Pajala som har flest äldre invånare har färre andel som bor på särskilt boende. Enligt diagrammet synes andelen invånare 65 år och äldre som bor i särskild boendeform vara större i länets kommuner jämfört med alla kommuner i riket (RKA, 2018).

Invånare 65+ i särskilda boendeformer, andel (%) (Värde)



Figur 3. Andel invånare 65 år och äldre i särskild boendeform. Uppgifter från Kolada (RKA, 2018).⁵

Medelvårdtid som utskrivningsklar

I det följande presenteras statistik från nationell källa angående utskrivningsklara från slutet hälso- och sjukvård. Uppgifterna visar genomsnittstid som utskrivningsklar för alla län i Sverige och genomsnitt i Norrbotten under perioden januari till och med augusti 2018. Under åren 2014–2016 gjordes mätningen på alla avslutade vårdtillfällen där patienten var 65 år och äldre vid utskrivningen. Från och med 2017 görs inget sådant åldersurval.

⁵ I diagrammet finns inga uppgifter om Jokkmokks kommun. Bortfall av okänd anledning.

Som indikator används den medelvårdtid som utskrivningsklara patienter varit utskrivningsklara. Mätningen görs på alla vårdtillfällen⁶ som avslutats under aktuell månad och där patient varit utskrivningsklar en dag eller mer. Siffrorna anger därmed inte kommunernas faktiska antal dagar avseende deras betalningsansvar som inträder tre dagar efter att en underrättelse om att patienten är utskrivningsklar har lämnats (SKL, 2018⁷).

Tabell 1. Medelvårdtid som utskrivningsklar i norrbottenskommunerna och riket januari-februari 2018.

	Januari	Februari	Genomsnitt för respektive kommun
Arjeplog	4,0	3,5	3,8
Arvidsjaur	4,8	7,5	6,2
Boden	14,0	10,5	12,3
Gällivare	7,0	4,6	5,8
Haparanda	4,0	2,3	3,2
Jokkmokk	0,0	0,0	0,0
Kalix	3,8	3,5	3,7
Kiruna	7,9	3,4	5,7
Luleå	5,4	4,5	5,0
Pajala	5,3	0,0	2,7
Piteå	5,9	5,8	5,9
Älvsbyn	5,4	5,5	5,5
Övertorneå	0,0	1,0	0,5
Övertorneå	0,0	0,0	0,0
Alla län	4,0	2,8	

I tabell 1 åskådliggörs medelvårdtiden som utskrivningsklar i riket och i respektive kommun i Norrbottens län. De två första månaderna under 2018 (januari och februari) uppvisar relativt höga siffror där flertalet av länets kommuner ligger över snittet för alla län i riket. Under dessa månader hade implementeringen verksamhetssystemet Lifecare inte genomförts, eftersom det så kallade breddinförandet skedde inför månadsskiftet februari-mars.

⁶ Definition: Vårdtillfälle = händelse när ett vårdtillfälle påbörjas och vårdplats i sluten vård ställs till patients förfogande (Källa: termbank.socialstyrelsen.se)

⁷ SKL förvaltar en nationell databas, Väntetider i vården, med landstingens rapporterade väntetider inom primärvård och specialiserad vård. Den visar även uppgifter om medelvårdtid som utskrivningsklar.

Tabell 2. Medelvårdtid som utskrivningsklar i norrbottenskommunerna och riket mars-augusti 2018.

	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	Genomsnitt för kommunerna
Arjeplog	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	0,5
Arvidsjaur	1,5	0,0	0,0	1,0	1,0	0,0	0,6
Boden	4,1	11,8	1,8	2,6	2,8	2,7	4,3
Gällivare	3,0	3,7	3,9	4,8	5,3	3,8	4,1
Haparanda	2,6	1,8	1,7	1,7	1,9	1,2	1,8
Jokkmokk	2,0	2,0	0,0	1,0	1,0	1,0	1,2
Kalix	1,8	1,9	2,2	2,1	2,6	2,5	2,2
Kiruna	3,3	4,9	3,1	11,6	8,6	3,8	5,9
Luleå	2,8	2,0	2,0	1,7	2,0	1,9	2,1
Pajala	1,0	3,0	0,0	34,5	0,0	1,0	6,6
Piteå	2,2	2,4	2,2	2,2	2,1	1,9	2,2
Älvsbyn	3,3	3,5	2,2	2,4	2,5	1,8	2,6
Överkalix	1,0	1,0	0,0	0,0	1,8	1,0	0,8
Övertorneå	1,0	0,0	1,7	0,0	0,0	2,0	0,8
Alla län	3,2	3,4	3,2	3,1	3,2	2,9	

Antalet dagar som utskrivningsklar under månaderna mars-augusti pekar på att utvecklingen i norrbottenskommunerna har gått i positiv riktning (tabell 2). Trenden visar att siffrorna grovt sett har halverats och att trenden har bestått under sommarmånaderna. Några av kommunerna bryter dock mönstret och har fler dagar än övriga i länet. Boden ligger i topp under april månad, likaså Gällivare under maj-augusti respektive Kiruna under april-augusti. Pajala som ligger på noll dagar under tre av åtta undersökta månader uppvisar diametralt avvikande siffra (34,5) under juni månad. Värdet tyder på anomali/avvikelse från normalmönstret för aktuell uppgift och kan därmed bortses från.

Betalningsansvar

Totala antalet betalningsansvarsdagar i Norrbottens län under perioden mars till och augusti 2018, presenteras i tabell 3 nedan. Uppgifterna har erhållits via Region Norrbottens samordnare/projektledare för ”Min plan” och IT-systemet Lifecare. Perioden har valts eftersom just dessa månader har förflutit under pågående process inom ramen för verksamhetssystemet Lifecare i skarp drift. Siffrorna bekräftar den trend som påvisats i föregående tabeller. Även den avvikande uppgiften avseende april månad kan utläsas.

Tabell 3. Vårdtillfällen utskrivningsklara respektive betalningsansvar antal dagar mars-augusti 2018.

Vårdtillfällen utskrivningsklar	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti
Antal vårdtillfällen totalt	737	647	712	722	570	572
Betalningsansvar antal dagar, fördelat på antal vårdtillfällen	466	856	313	376	347	251
	63	71	41	36	43	35

Exempel från länet

Kommunerna i Norrbottens län har utifrån sina respektive lokala förutsättningar valt olika lösningar för att trygga hemkomst vid utskrivning från sjukhus. Några har för flera år sedan startat så kallade hemtagningsteam för att möta behoven. Andra har påbörjat arbete i projektform under senaste året. Utformningen av de lokala lösningarna varierar. Den gemensamma faktorn är ett småskaligt team med undersköterskor som bas och legitimerad HSL-personal som professionellt stöd. Följande exempel beskriver kortfattat hur några av länets kommuner arbetar med hemtagning:

Luleå kommun betonar vikten av helhet och att erbjuda sammanhållna vård- och omsorg. I januari 2018 startade 18 trygghetsplatser för de personer som vid utskrivning inte kan utskrivas ”direkt till sitt ordinära boende”. Ett tvärprofessionellt utskrivningsteam bestående av biståndshandläggare, arbets- och fysioterapeuter, sjuksköterska och enhetschef finns inrättat sedan februari 2018. Teamet ansvarar för utskrivningsprocess och insatsplanering för personer (kända eller okända) med osäker hemgång. Ett resursteam bestående av undersköterskor, arbets- och fysioterapeut kan under några dagar följa den utskrivna enskilde i hemmet för att förstärka tryggheten genom bedömning, kartläggning och träning. Teamet kan till exempel träna in nästa vårdgivare i en arbets- och eller förflyttningsmetod som är individuellt anpassad. Hemteam där myndighetsdelen samarbetar med vård- och omsorg finns geografiskt fördelade i kommunen. Teamsamverkan stärks via gemensamma teamträffar varje vecka. Arbetssättet i hemtjänsten har ändrats. Rekommenderad biståndstid tillämpas, vilket ger personalen möjlighet att tillfälligt utöka eller minska insats utifrån behovet.

Pajala kommun bedriver sedan i september 2018 ett projekt ”Förstärkt rehab vid hemgång”. Verksamheten kommer eventuellt att permanentas om den visar sig lyckosam. Syftet är att den enskilde ska kunna leva ett så självständigt liv som möjligt i det egna hemmet och skapa ett utvidgat underlag för behovsbedömning av insatser från socialtjänsten. Biståndshandläggare fattar tillfälligt beslut om utredningsinsatser inför hemgång. Arbetsterapeut, fysioterapeut, distriktssköterska och baspersonal arbetar tillsammans kring den enskilde. Rehabinsatsen baseras på individuellt behov och kan pågå i fyra veckor. I samband med periodens avslut görs förnyade bedömningar som ligger till grund för ett mer långsiktigt biståndsbeslut.

Piteå kommun - Hemtagningsverksamheten i nuvarande form startade 2015 och utgörs av tre team: SIP-teamet, utredningsteamet samt vård- och omsorgsteamet. Utrednings- och bedömningsverksamhet påbörjades dock cirka tio år tidigare inom kommunens ram. SIP-teamet består av biståndshandläggare, distriktssköterska- och arbetsterapeut som ansvarar för planering inför utskrivning från slutenvården. SIP teamets biståndshandläggare hanterar så kallade ”slutenvårds-SIP:ar” och nya ärenden från sjukhuset. Hemtjänstchef/koordinator påbörjar och gör egen planering hem från sjukhus med tidigare hemtjänstbeslut. Utredningsteamet består av arbets- och fysioterapeuter och sjuksköter-

skor som gör behovsbedömningar utifrån den frågeställning som biståndshandläggare har ställt, samt utför HSL-uppdrag som de har fått via lokala hälsocentraler. Vård- och omsorgsteamet utgörs av undersköterskor som utför vård och omsorg i nära samarbete med utredningsteamet, för att göra underlag för biståndsbeslut. Som komplement till hemtagningsverksamheten finns möjlighet till heldygnsbedomning på Trädgårdens Äldrecentra i de ärenden där hemgång i första skedet inte är möjligt, till exempel där behovet nattetid är stort. Äldrecentrat tillhör ordinärt boende och samtlig personal (undersköterskor natt och dag, arbets- och fysioterapeuter samt sjuksköterska) arbetar i team för att stödja anhöriga och omsorgstagarna till självständighet, återgång och kvarboende i ordinärt boende.

Älvsbyns kommun har utredningshemteam (UHT) som startade i projektform under 2015 och blir permanent från och med första januari 2019. Biståndshandläggare tar beslut om UHT för den enskilde i samband med planering av insatser. Den enskilde har under en begränsad tid, 3–5 dygn, utifrån behov tillgång till personal dygnet runt. Teamet som förstärker vid utskrivning utgörs av två undersköterskor á 100 procents tjänst och en arbetsterapeut á 25 procent. Fysioterapeut och sjuksköterska från hemsjukvårdsteamet engageras vid behov. Under denna tid utreds individens faktiska behov av stöd och hjälp. Målsättningen är att ge underlag för biståndsbeslut för att uppnå så korrekt anpassade insatser som möjligt samt att minska behovet av korttidsplats vid utskrivning från sjukhus. Att trygga individen och öka möjligheten till kvarboende ingår också i syftet.

Reflektioner

Denna rapport beskriver uppföljning av samverkan vid utskrivning från slutenvård på sjukhus till stöd och omsorg i kommunerna i Norrbottens län. Gemensamma samverkansriktlinjer för ”samverkan - samordnad individuell plan” antogs av Politiska samverkansberedningen för hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola, och beslutades i styrelsen för Region Norrbotten och socialnämnd/kommunstyrelse i respektive kommun inför årsskiftet 2017/2018.

Uppföljningsperioden följde tätt efter införandet av lagen om samverkan vid utskrivning och var enbart åtta månader lång. Kommunerna har kommit olika långt i sina respektive utvecklingsprocesser, varför intentionen har varit att ge en lägesbild av hur situationen såg ut vid tidpunkten för datainsamlingen. Deskriptiv ansats (Backman 2015) har därför valts för uppföljningen.

Baserat på resultaten i denna uppföljning utkristalliserar sig ett antal områden med förbättringspotential. Dessa presenteras i resultatsammanställningen, sidorna 6–17, och kan med fördel undersökas mer djupgående för att finna utvecklingsmöjligheter inför framtiden. Förbättringsområdena handlar till stora delar om tillämpning och tolkning av ansvarsfrågor utifrån de gemensamma riktlinjerna för ”samverkan - samordnad individuell plan” och berör bägge huvudmännen.

I Norrbottens län pågår alltså en implementeringsprocess inom kommunerna och regionen för att införa ett gemensamt användande av ett gemensamma samverkansriktlinjer och ett gemensamt IT-system för säker informationsöverföring mellan slutenvård, primärvård och kommuner. Tyrstrup (2014) beskriver att organisatoriska mellanrum kan uppstå i ett system där olika moment organiseras. Specifik problematik som inte naturligt faller in kan hamna i just sådana organisatoriska mellanrum. Att foga samman sådant som sker på ömse sidor om mellanrummen kan ses som en utmaning för att utveckla fungerande system och relationer mellan involverade parter - i det här fallet kommunerna i Norrbottens län och Region Norrbotten.

Implementering avser tillvägagången för att införa nya metoder i en ordinarie verksamhet och som säkerställer att dessa används som avsett och med varaktighet (Sundell & Soydan, 2008; Socialstyrelsen, 2013). Vad gäller implementering av samverkansriktlinjerna som hänger samman med projektet ”Min Plan”, har informationstillfällen och utbildningar hållits inom alla berörda verksamheter i länet. Dessa har varit gemensamma för berörda professioner i länets kommuner/primärvård, vilket talar för att förutsättningar givits för gemensamt lärande. För *fortsatt* lärande skulle det optimala vara att deltagarna i grupperna fick möjlighet till uppföljningsträffar för gemensam reflektion och kunskaps- och erfarenhetsutbyte.

Åldersstruktur i kommunerna ser inte ut att vara den avgörande faktorn för möjlighet till hemtagning av personer 65 år och äldre från slutenvård. Kommuner med störst andel äldre hade vid undersökningstillfället ingen person aktuell för betalningsansvar. Dessa kommuner uppgav att de inte haft något betalnings-

ansvar under senaste åren, vilket innebär att aktuella kommuner har klarat av att ta hem personerna från sjukhus utan att ha överskridit överenskommen tidsgräns/regel för utskrivning från slutenvård. I ett glesbygdslän som Norrbotten kan demografin ha betydelse i den meningen att inlandskommunerna har en långvarig erfarenhet av lokala lösningar och samarbete utifrån rådande förutsättningar. På grund av stor andel äldre i befolkningen kanske beredskapen för hemtagning från slutenvård var god redan innan lagförändringen i januari 2018.

Tyvärr har det inom ramen för föreliggande uppföljning inte varit möjligt att ta del av statistik angående åldersfördelning kring utskrivning, varken samtliga åldrar eller åldersgruppen 65 år och äldre. En sådan kartläggning vore intressant för att ta fram hur stor andel av personer aktuella för kommunernas betalningsansvar som utgörs av personer 65 år och yngre, respektive 65 år och äldre.

Kommuner med högre betalningsansvar har i vissa fall ställts inför specifika och problematiska förhållanden. Bodens kommun hade till exempel problem med vägglöss på ett särskilt boende varför temporär flyttning var nödvändig medan lokalerna sanerades. Detta påverkade utfallet av utskrivningsklara under april månad vilket indikeras tydligt i statistiken. Gällivare och Kiruna kommuner ligger högre än länets övriga under flertalet månader av undersökningsperioden. En särskild kartläggning kan vara motiverad för att identifiera orsaker till kommunernas resultat.

Flera av kommunerna pekar i intervjuer och dialogmöte på att återinskrivningar till slutenvård är viktiga att undersöka. Har återinskrivningar varit ett reellt problem? Skiljer det sig mellan kommunerna? Och, vad kan orsaker vara till eventuella skillnader? En djupare undersökning kunde vara intressant, och kan eventuellt tillföra kunskap som är användbar för framtida utveckling.

Implementering tar tid. Förändringsarbetet och utvecklingsprocessen behöver följas upp kontinuerligt för att identifiera förbättringsområden och för att vidareutveckling av dem ska kunna ske. Detta innebär att:

- utvärdering och eventuell revidering av riktlinjerna behöver ske vid behov
- information/utbildning om lagstiftning, gemensamma samverkansriktlinjer och verksamhetssystem bör ske kontinuerligt för att ge samtlig berörd personal ska ges erforderlig kunskap
- uppföljningsträffar för personal som tidigare har genomgått utbildning kan hållas för erfarenhetsutbyte och kunskapspåfyllnad

Hur uppfylls kraven i den lagstiftning som trädde kraft 1 januari 2018? Lagen och samverkansriktlinjerna ska ge tryggare övergångar från slutenvård till vård, stöd och omsorg i eget hem eller i särskilt boende. Dessutom ska förutsättningarna bli bättre för en god vård och hög kvalitet i de insatser som personen behöver, samt att delaktigheten ska öka för den enskilde och dennes anhöriga. I Norrbottens län har förberedelser inför den lag som antogs 1 januari 2018 gjorts under flera år i form av projektet ”Min plan” och införandet av verksamhets-

och IT-systemet Lifecare. Detta arbete har skett i syfte att bygga förutsättningar för att möta de lagkrav som nu finns. Projektet kommer att utvärderas i samband med projekttidens utgång den 30 april 2019.

En frågeställning som vore värdefull i sammanhanget är att undersöka är hur den enskilde personen och dennes anhöriga uppfattar att utskrivningsprocessen från slutenvården till det egna boendet fungerar - oavsett om det handlar om hemkomsten till eget ordinärt boende, särskilt boende eller annat alternativ. Det är även betydelsefullt att ta del av de enskildas delaktighet och inflytande i processen kring utskrivningen. Sådana utsagor skulle kunna vara till hjälp i den fortsatta utvecklingen av den huvudmannagemensamma processen.

En annan frågeställning som kan ställas är: *Hur kommer framtida organisatoriska insatser att ske för att långsiktigt säkerställa kunskap och kompetens hos personalen i verksamheterna?* Denna fråga har betydelse vad gäller bibehållande och/eller utveckling av kvaliteten i informationsöverföringen, det vill säga en ömsesidig samverkan mellan huvudmännen.

Resultaten från föreliggande rapport kan med fördel kommuniceras med Region Norrbotten eftersom identifierade problemområden och följaktligen konstaterade förbättringsområden berör båda av länets huvudmän och deras respektive ansvarsområden. Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) handlar ju om **samverkan mellan huvudmännen**.

Sammanfattningsvis konstateras:

- att införande av nytt arbetssätt där flera huvudmän involveras är en komplex process som tar tid,
- att utvecklingsprocessen kräver regelbunden uppföljning för att identifiera förbättringsområden,
- att information och utbildning är nödvändig för att ge personalen erforderlig kunskap, samt
- att de enskildas delaktighet och inflytande behöver beaktas och stärkas i processen.

Referenslista

- Backman, J. (2015). *Rapporter och uppsatser*. Lund: Studentlitteratur.
- Guldbrandsen, K. (2007). *Från nyhet till vardagsnytta. Om implementeringens mödosamma konst*. Statens folkhälsoinstitut.
- Folkhälsomyndigheten. (2015). *Implementering med kvalitet*. Utblick folkhälsa, november, 2015.
- Meyers, D., Durlak, J., & Wandersman, A. (2012). *The quality implementation framework: A synthesis of critical steps in the implementation process*. American Journal of Community Psychology 50:462-480.
- Nilsen, P (red) (2014). *Implementering av evidensbaserad praktik*. Gleerups.
- Patton, M.Q. (2002). *Qualitative Research & Evaluation Methods*. Third Edition. London, Sage publications.
- Region Norrbotten och länets kommuner i Norrbottens län. (2017). *Gemensamma riktlinjer för samverkan - Samordnad individuell plan*.
- Socialstyrelsen (2013). *Om implementering*. Socialstyrelsens publikations-service.
- Svensk författningssamling. (SFS 1990:1404). Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
- Svensk författningssamling. (SFS 1993:387, SFS 2017:735). Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- Svensk författningssamling. (SFS 2001:453, SFS 2017:809). Socialtjänstlagen, SoL.
- Svensk författningssamling. (SFS 2017:30). Hälso- och sjukvårdslagen, HSL.
- Svensk författningssamling. (SFS 2017:612). Lag om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
- Silverman, D. (2004). *Qualitative Research. Theory, Methods and Practice*. London, Sage publications.
- Sundell, K. & Soydan, H. (2008). Från kunskap till praktik. I Roselius, M. & Sundell, K., (red.) Att förändra socialt arbete. Forskare och praktiker om implementering. Stockholm: IMS och Gothia Förlag.
- Tyrstrup, M. (2014). *I välfärdsproduktionens gränsland. Organisatoriska mellanrum i vård, skola och omsorg*. Stockholm.

Bilaga 1: Frågeunderlag vid intervju med socialchefer

Riktlinjer för gemensam samverkan

- Är samverkansriktlinjerna kända i organisationen? Finns det något problem med riktlinjerna?
- Implementeringsstrategi – hur samverkar huvudmännen sinsemellan?

Organisation

- Utskrivningsklara, hur ser aktuella läget ut för er kommun?
- Tillgång till korttidsplatser?
- Hemtagningssteam, finns sådant och hur har det i så fall påverkat utfallet?
- Andel platser i särskilt boende? Väntetider?
- Underlag för beslut - vilka insatser beviljar kommunen då den då den enskilde ska komma hem? Är personen på korttids för att insatser från socialtjänst inte är ordnade, att dialog inte skett med primärvård, att personen väntar på beviljad plats i särskilt boende etcetera?

Rutiner för implementering

- Hur har kommunen förberett för implementeringen av SIP – samverkan, hur har cheferna ”riggat” rutinerna internt? Be att få rutinerna från respektive kommun.
- Vilka förändringar är gjorda inom organisationen? Har dessa påverkat utfallet? Hur har arbetsprocessen fungerat? Vad finns kvar att göra?
- Hur ser den interna delegationsordningen ut för planeringen mellan SoL och HSL? Hur har kommunen löst helger/röda dagar, vem gör vad?
- Hur hanteras hjälpmedelsfrågan?
- Hur ser interna teamarbetet ut inom SoL/HSL? Dialog med primärvården? Har biståndshandläggarna rutinmässigt dialog med sjukvården inom kommun respektive primärvård och slutenvården?

Övrigt

- Hur ser ni på sjukhusens vårdtider? Har det skett någon förändring efter årsskiftet 2017/2018?

Bilaga 2: Frågeställningar vid dialogmöte med MAS/MAR

Profession:

Kommun:

- 1. Gemensamma riktlinjer för samverkan - samordnad individuell plan**
Uppfattar ni att samverkansriktlinjerna är kända i organisationen? Ser ni något problem med riktlinjerna?
- 2. Implementeringsstrategi**
Har ni någon kommentar kring; organisation, rutiner med mera?
- 3. Samarbete/teamarbete**
Har ni någon kommentar kring; lokala samarbetet inom HSL/SoL? lokala samarbetet mellan kommun/primärvård? samarbetet mellan kommun/slutenvården?
- 4. Utskrivning från slutna hälso- och sjukvård**
Har ni någon kommentar kring; struktur för informationsöverföring, kommunikation, vårdtider inom slutenvård, återinskrivningar?
- 5. Kvalitet i övrigt**
Har ni någon kommentar kring; säkerhet & trygghet, hjälpmedel, patient/brukarperspektiv?
- 6. Övriga kommentarer**

De synpunkter som ni lämnar kan i min rapport inte härledas till enskild person. Jag vill att ni uppger vilken kommun ni arbetar i för att se antalet besvarande kommuner, och för att eventuellt jämföra svaren med socialchefsintervjuer för aktuella kommuner. Tack för att ni lämnar synpunkter på frågeställningarna!

Ingegerd Skoglund-Öhman

Vetenskaplig ledare, FoU, socialtjänst, 070-300 91 17

ingegerd.skoglund-ohman@kfbfd.se

