

Revisionsrapport

Samgranskning Hemsjukvården i Halland

Varbergs kommun

*Projektledare
Margaretha Larsson*

*My Nyström
Martin Hassel
Josefine Palmquist
Schantz
Malou Olsson*

Januari 2017

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Syfte och Revisionsfråga.....	5
1.3. Revisionskriterier	6
1.4. Kontrollmål	6
1.5. Avgränsning och metod	6
2. Granskningsresultat	8
2.1. Styrning	8
2.1.1. Avtal/överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan.....	8
2.1.2. Det finns aktuellt avtal avseende Läkarmedverkan - Tillgång till avtalad läkarresurs/ specialistkompetens	9
2.1.3. Det finns rutiner för hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser	10
2.2. Fungerande organisation/samverkansformer som stödjer hemsjukvården och dess utveckling.....	10
2.2.1. Organisation	10
2.2.2. Samverkansformer på övergripande nivå.....	11
2.2.3. Samverkansformer på verksamhetsnivå.....	11
2.3. Rutiner och riktlinjer för vårdkedjan	12
2.3.1. Vårdplanering.....	12
2.3.2. Enstaka hembesök	13
2.3.3. Informationsöverföring	14
2.3.4. Återinskrivning till sjukhus	15
2.3.5. Hantering av avvikelser från fastställda rutiner	16
2.4. Uppföljning och utvärdering	17
2.4.1. Uppföljning och utvärdering av vårdkedjan sker systematiskt.	17
2.4.2. Hemsjukvårdens utveckling följs upp och utvärderas systematiskt	18
3. Revisionell bedömning	19
4. Bilaga 1	21
5. Bilaga 2	22
6. Bilaga 3	23

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av revisorerna i Varbergs kommun genomfört en granskning av vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre. Granskningen har skett i samverkan med länets sex kommuner och Region Halland.

Syftet med granskningen är att bedöma och besvara revisionsfrågan om socialnämnden i Varbergs kommun säkerställt att vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Vår samlade bedömning är att vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre fungerar inte fullt ut har säkerställts på ett tillfredsställande sätt.

I vår bedömning utifrån avstämning mot kontrollmål har vi funnit att vårdkedja och hemsjukvården i allt väsentligt fungerar tillfredsställande dock finns brister och utvecklingsbehov avseende

- Följsamhet till avtal, riktlinjer och rutiner
- Informationsöverföring.
- Uppföljning och utvärdering av hemsjukvårdens kvantitet och kvalitet.

Avtal/överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan.

Kontrollmål	Kommentar
Det finns aktuellt avtal avseende Läkarmedverkan	Uppfyllt. Avtal och överenskommelser mellan huvudmännen finns och dessa är i allt väsentligt ändamålsenliga. Specifikt avtal avseende läkarmedverkan finns inte då detta ingår i den övergripande överenskommelsen
Tillgång till avtalad läkarresurs/ specialistkompetens	Delvis uppfyllt Viss problematik finns enligt uppgifter från kommunen det är dock inte ett generellt och organisatoriskt problem, utan ser olika ut beroende på vårdcentral och till viss del brist på tillgängliga resurser för vissa vårdcentraler, och i andra fall anses det vara en prioriteringsfråga och/eller personfråga snarare än en resursfråga. Läkartillgången och tillgänglighet har förbättrats sedan projektet läkarmedverkan i hemsjukvården startade.

Det finns rutiner för hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser

Delvis uppfyllt.

Det finns rutiner för avvikelshantering dock bör följsamheten till dessa förbättras och säkerställas.

Fungerande organisation/samverkansformer som stödjer hemsjukvården och dess utveckling.

Kontrollmål

Det finns fungerande organisation/samverkansformer på övergripande och lokal nivå

Kommentar

Uppfyllt.

Det finns en ändamålsenlig organisation på likväl övergripande nivå som på lokal nivå som enligt vår bedömning är funktionell och i allt väsentligt är gynnsam för en fungerande samverkan.

Rutiner och riktlinjer för vårdkedjan:

Kontrollmål

Aktuella rutiner/riktlinjer finns för informationsöverföringen mellan aktörerna

Kommentar

Delvis uppfyllt.

Det finns rutiner för informationsöverföring men dessa tillämpas inte fullt ut. Delar av informationen sker via fax vilket kan innebära risker i patientsäkerhet och effektivitet. Det finns en utmaning i att huvudmännen använder olika IT-system och det faktum att flertalet olika it-stödsystem används parallellt kan innebära en risk för att väsentlig information saknas och/eller är inaktuell.

Aktuella rutiner/riktlinjer finns för att undvika återinskrivning till sjukhus

Uppfyllt.

Rutiner finns för att undvika återinskrivning till sjukhus inom ramen för projektet, läkarmedverkan i hemsjukvården i Varberg och Trygg hemgång.

Aktuella rutiner/riktlinjer finns vårdplanering

Delvis uppfyllt.

Rutiner och riktlinjer finns på både regional och lokal nivå för att säkerställa vårdkedjan och dess olika processer.

Dock finns brister avseende följsamhet till dessa rutiner och riktlinjer.

Närsjukvården och vårdcentraler behöver bli en tydligare del i vårdprocessen. Även

professionen kring rehabilitering behöver i större utsträckning bli och ses som en naturlig del i den samordnade vårdplaneringen oavsett på vilken vårdnivå planeringen sker.

Aktuella rutiner/riktlinjer finns för hantering av avvikelser från fastställda rutiner.

Delvis uppfyllt.

Rutiner för hantering av avvikelser från rutiner, riktlinjer och avtal finns som är tydliga och ändamålsenliga men att dessa inte följs fullt ut.

Det finns ett mörkertal när det gäller avvikelser då inte alltid hanteringen sker som den ska och i stället hanteras mer informellt via telefon eller inte hanteras över huvud taget.

Uppföljning och utvärdering

Kontrollmål

Kommentar

Uppföljning och utvärdering av vårdkedjan sker systematiskt.

Uppfyllt.

Vårdkedjan följs upp genom avvikelshantering, patientsäkerhetsberättelsen och kommunens indikatorrapport. Kommunens indikatorrapport mäter delvis effekter och att kommunen följer volym och ekonomi för hemsjukvården. Rapportering av indikatorer sker löpande till regionen. Socialnämnden får ekonomisk rapportering löpande under året.

Hemsjukvårdens utveckling följs upp och utvärderas systematiskt avseende:

- effekter
- volymer
- ekonomi.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Överenskommelsen om hemsjukvården i Halland gäller från 1 januari 2015. Regionen har ett ansvar för slutenvården och läkarinsatser i särskilda boenden och hemsjukvård. Övriga insatser tillgodoses av kommunen. Många personer får stöd av hemtjänst/hemsjukvård för att klara av att bo hemma så långt möjligt. Vårdcentralerna har en viktig roll för de patienter som inte omfattas av hemsjukvård eller andra stödinsatser.

En väl fungerande vårdkedja är en förutsättning för att uppnå syftet med hemsjukvårdsreformen. Vård av äldre i samverkan med kommunerna har varit i fokus under lång tid, bl.a. med koppling till säker vård.

Samverkan/samarbete mellan huvudmän är väsentligt för en effektiv vårdprocess. Regionen och kommunerna möter ofta samma personer/patienter i primärvård, hemsjukvård, sjukhusvård, särskilda boenden och hemtjänst.

Det förekommer att personer som vårdats på sjukhus blir kvar på sjukhuset trots att behandlingen är avslutad. Kommunerna övertar efter en tid betalningsansvaret för dessa patienter. Kommunens betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård regleras i lagstiftning. I lagen regleras även aktiviteter under vårdtiden exempelvis inskrivningsmeddelanden, framtagande av vårdplaner och utskrivningsmeddelanden. Det är således viktigt att regionen planerar för en utskrivning i tid och kallar till vårdplanering. Kommunen måste vara flexibla i sitt arbetssätt för att snabbt kunna ordna servicen hemma då patienten blir utskriven.

En fungerande hemsjukvård och samverkan möjliggör för personer med vård- och omvårdnadsbehov att så långt möjligt kunna få sin vård där denne bor utan att behöva förflyttningar mellan huvudmän.

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalys funnit skäl att granska vårdprocessen och hemsjukvården ur ett kvalitativt och effektivitetsperspektiv.

1.2. Syfte och Revisionsfråga

Syftet med granskningen är att bedöma om Region Halland och de halländska kommunerna har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring i syfte att säkerställa *vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre*.

Granskningen ska utgå från huvudmännens respektive uppdrag och ansvar samt styrning, uppföljning och samverkan. Den ska också granska risk för brister i kommunikation som kan påverka den äldre negativt, såväl mellan som inom huvudmännen. Detta omfattar också att analysera att gränssnitt/ansvarsgränser är tydliga mellan regionen och kommunerna.

Den övergripande revisionsfrågan är om:

Gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel i Region Halland, Driftsnämnd När sjukvård samt ansvarig nämnd för hemsjukvård i respektive kommun har säkerställt att vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre fungerar på ett tillfredsställande sätt?

I Varbergs kommun är det socialnämnden som är ansvarig nämnd för hemsjukvård.

1.3. Revisionskriterier

- Dokument som är styrande inom området såsom avtal i olika former och gemensamt antagna rutiner för exempelvis vårdplanering
- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialtjänstlagen
- Betalningsansvarslagen
- Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

1.4. Kontrollmål

- *Avtal/överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan.*
 - Det finns aktuellt avtal avseende läkarmedverkan - tillgång till avtalad läkarresurs/specialistkompetens
 - Det finns rutiner för hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser
- *Fungerande organisation/samverkansformer som stödjer hemsjukvården och dess utveckling.*
 - Det finns fungerande organisation/samverkansformer på övergripande nivå
 - Det finns fungerande organisation/samverkansformer på verksamhetsnivå
- *Rutiner och riktlinjer för vårdkedjan:*
 - Aktuella rutiner/riktlinjer finns för informationsöverföringen mellan aktörerna
 - Aktuella rutiner/riktlinjer finns för att undvika återinskrivning till sjukhus
 - Aktuella rutiner/riktlinjer finns för vårdplanering
 - Aktuella rutiner/riktlinjer finns för hantering av avvikelser från fastställda rutiner.
- *Uppföljning och utvärdering*
 - Uppföljning och utvärdering av vårdkedjan sker systematiskt
 - Hemsjukvårdens utveckling följs upp och utvärderas systematiskt avseende:
 - effekter
 - volymer
 - ekonomi

1.5. Avgränsning och metod

Granskningen har avgränsats till vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre i ordinärt boende. Granskningen som redovisas i denna rapport omfattar Varbergs kommuns hemsjukvård. Granskningen är en del i en samgranskning som har omfattat länets sex kommuner, Halmstad, Hylte, Falkenberg, Kungsbacka, Laholm och Varberg samt vårdcentraler i respektive kommun och tre kliniker vid Hallands sjukhus inom Region Halland.

Intervjuer har genomförts på plats i Varberg med ansvariga och anställda insatta i hemsjukvården, såsom verksamhetschef, enhetschef, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), kvalitetschef, utvecklingsledare, kommunalsjuksköterska, omsorgshandläggare från vårdplaneringsteamet. På vårdcentralerna har verksamhetschef och sjuksköterska intervjuats. Sammanlagt har 13 personer intervjuats.

En webbenkät har skickats ut till 47 personer i Varbergs kommun, chefer inom hemtjänsten, sjuksköterskor inom hemsjukvården. Sammantaget var det 33 respondenter i Varbergs kommun. Svaren i enkäten kompletterar och till viss del förstärker det som framkommit vid intervjuer. Enkäten bestod av 24 frågor och det fanns utrymme att lämna kommentarer för de flesta av frågorna. Resultaten av enkäten redovisas i sin helhet i bilaga till rapporten.

Granskningen har vidare genomförts genom en genomgång av aktuella riktlinjer och rutiner, både på regional som lokal nivå. Bland annat följande styrande och stödjande dokument har ingått i granskningen:

- Överenskommelse om hemsjukvård i Halland 2015, rev. 2015-02-25
- Bilaga till överenskommelsen: Överrapportering från vårdcentral till kommunal hemsjukvård för enstaka hembesök – journalhandling
- Riktlinje för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus inom Region Halland med stöd av Meddix, 2015-02-06
- Blankett: överenskommelse/vårdplanering öppenvård 2, vårdplan hemsjukvård, journalhandling
- Informationsblad: Nu startar pilotprojekt *Läkarmedverkan i hemsjukvård* i Kungsbacka och Halmstad
- Indikatorrapport Hemsjukvård i Halland. September 2016
- Rutin: Meddix – driftstopp
- Rutin: Samordnad vårdplanering – Meddix
- Rutin: Trygg hemgång
- Överenskommelse att omfattas av hemsjukvård. Version 150311.
- Årsredovisning 2015 för gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel

Lokala styrdokument granskningen har tagit del av:

- Rutin: Hälso- och sjukvårdsinsats hos patient i ordinärt boende
- Rutin: Informationsöverföring vid överlämnande och avslutande av ärenden mellan olika professioner.

Rapporten har faktakontrollerats i verksamheten och kvalitetssäkrats internt enligt vår modell för att säkerställa god kvalitet.

2. Granskningsresultat

2.1. Styrning

2.1.1. *Avtal/överenskommelser avseende hemsjukvård och samverkan.*

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård som ges i den egna bostaden. Gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel beslutade 25 februari 2015 om en överenskommelse för hemsjukvården i Halland. Överenskommelsen gäller från och med 1 januari 2015 till och med 31 december 2018 men implementerades i praktiken 7 april 2015. Genom överenskommelsen regleras ett gemensamt ansvar för frågor inom hemsjukvården genom den gemensamma nämnden. 10 bilagor medföljer överenskommelsen. Dessa kommer, i de fall dessa berör granskningens kontrollmål, löpande beskrivas i texten. Exempel på bilagor är *Riktlinje vårdplanering i hemsjukvård i öppenvård och enstaka hembesök* samt *Fallbeskrivningar, tolkningsexempel – hemsjukvård*.

Överenskommelsen reglerar Region Hallands och kommunernas uppdrag att tillhandahålla hemsjukvård för länets invånare, samt finansiering av verksamheten. Varbergs kommun ansvarar enligt överenskommelsen för hemsjukvården och regionen har ansvar för att förse hemsjukvården med läkare. Regionen har också ansvar för viss rehabilitering och habilitering.

Definitionen för hemsjukvård är enligt avtalet:

”Hemsjukvård i Halland avser hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tid. Vårdplaneringen är grunden för inskrivning i hemsjukvården. Hemsjukvårdens uppdrag omfattar också enstaka hembesök hos ej inskrivna patienter.”

Kriterierna för att få hemsjukvård ska enligt överenskommelsen vara lika i hela Halland och utgå från en så kallad tröskelprincip. Tröskelprincipen innebär att patienten blir hemsjukvårdspatient när personen utifrån sitt medicinska tillstånd inte bedöms kunna ta sig till en vårdcentral. Överenskommelsen innebär också att kommunens legitimerade personal vid behov gör enstaka hembesök hos patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården.

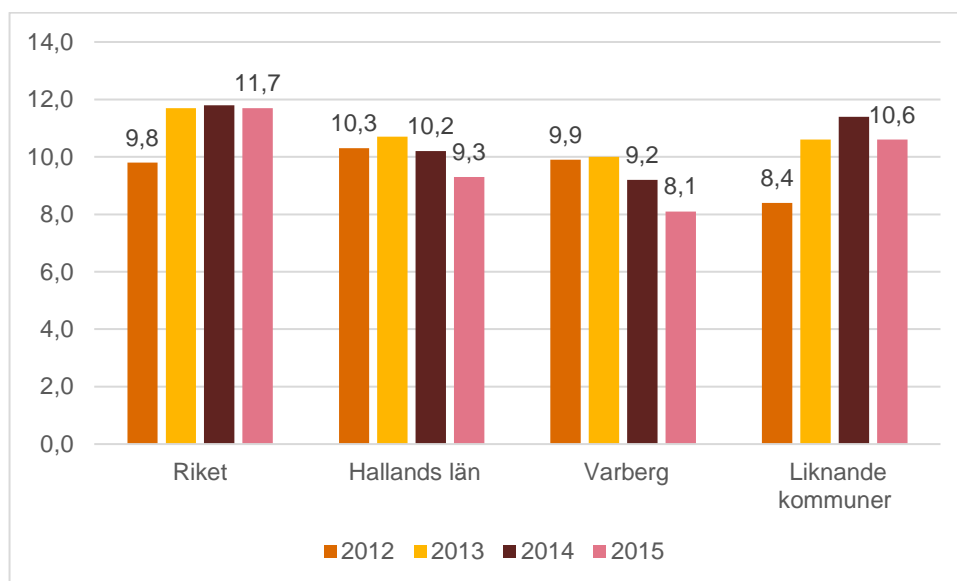
Den allmänna reflektionen från socialförvaltningen i Varberg och sjuksköterskor i hemsjukvården är att det nya avtalet har inneburit att rätt patienter hamnar i hemsjukvården jämfört med tidigare. Det tidigare s.k. duschkriteriet (utifrån om en person har insatser från kommunen enligt SoL, socialtjänstlagen) har slopats och tröskelprincipen har gett bättre förutsättningar för hemsjukvård till de som har ett reellt behov enligt intervjuerna med förvaltningen.

Både vårdcentralerna och kommunerna framhåller att bedömningen ska ske utifrån ett helhetsperspektiv, exempelvis hur stor påfrestning det blir för patienten att ta sig till vårdcentralen även om hen kan ta sig över sin tröskel. Vi har i granskningen funnit att gränsdragningen och ansvarsfördelningen i praktiken upplevs otydlig. Det råder samstämmig uppfattning bland de intervjuade att avtalet lämnar utrymme för individuella tolkningar. I intervjuer framkommer att i början av avtalsperioden upplevdes en otydlig-

het kring ansvaret vilket förbättrats efter ytterligare informationsinsatser och framtagandet av lokala riktlinjer.

I kommun- och landstingsdatabasen, Kolada, finns offentlig statistik för hur stor andel av invånare över 65 år som varit mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Se tabell nedan. Varberg har under hela perioden 2013-2015 haft en lägre andel än såväl liknande kommuner kopplat till äldreomsorg¹, som länet och riket. År 2015 var 8,1 procent av invånare +65 år mottagare av hemsjukvård, vilket kan jämföras med 9,3 procent i länet samt 10,6 procent inom liknande kommuner.

Figur 1. Invånare 65+ som varit mottagare av hälso- och sjukvård som kommunen ansvarar för enl. 18 § HSL (hemsjukvård), andel (%)



Källa: Kolada

2.1.2. Det finns aktuellt avtal avseende Läkarmedverkan - Tillgång till avtalad läkarresurs/ specialistkompetens

Hemsjukvårdens stöd av läkare och riktlinjer kring läkarmedverkan har förändrats i Varbergs kommun de senaste åren. Bilagor till Överenskommelse om hemsjukvård i Halland 2015 som reglerar läkarmedverkan har tagits bort under 2016 för att ersättas av socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd på området, samt Region Hallands uppdragsbeskrivning för närsjukvården, *Uppdragsbeskrivning för Vårdval Halland 2016*. Dessa är mer översiktliga än tidigare bilagor vilket skapat ett utrymme för olika tolkningar enligt intervjuer med socialförvaltningen. I intervjuer med förvaltningen upplevs detta som en brist och det efterlyses tydligare riktlinjer alternativt en levande dialog om hur de mer övergripande riktlinjerna ska tolkas.

Sedan juni 2016 deltar Varbergs kommun i projektet kring läkarmedverkan i hemsjukvården. Denna pilotverksamhet ligger organisatoriskt inom närsjukvården Halland. Syftet med projektet är att patienten ska få vård på rätt nivå och att undvika onödiga inskrivningar på sjukhus. Fokuspatienter är de som riskerar inläggning eller återinskrivning. De patienter som ska prioriteras bestäms i samverkan mellan hemsjukvårdsläkaren och kommunens hälso- och sjukvårdspersonal. Läkare på vårdcentral och hemsjukvårdsläkare

¹ Liknande kommuner inom äldreomsorg är: Östersund, Uddevalla, Karlskrona, Falun, Nyköping, Motala och Skellefteå.

ska ha en kontinuerlig dialog om de insatser som görs för patienten. Syftet med projektet har enligt intervjuerna varit att ta hand om brådskande behov av oplanerade hembesök för att därmed undvika sjukhusbesök. I praktiken har läkaren fungerat som ett stöd för hemsjukvårdspersonalen, inte minst för kommunens sjuksköterskor, för att exempelvis hantera felaktiga läkemedelslistor och minska risken för att sjuksköterskor står ensamma med ansvaret kring medicinering. Hemsjukvårdspersonalen som medverkat i intervjuerna uppfattar projektet med läkarmedverkan som ett stort stöd.

I intervjuer med hemsjukvårdspersonal från kommunen framhävs dock att problematiken med läkarmedverkan från vårdcentralerna inte är ett generellt och organisatoriskt problem, utan ser olika ut beroende på vårdcentral. Detta anses delvis bero på brist av tillgängliga resurser för vissa vårdcentraler, och i andra fall anses det vara en prioriteringsfråga och/eller personfråga snarare än en resursfråga. En iakttagelse från intervjuerna är dock att det tenderar fungera sämre i staden än i serviceorterna (t.ex. Veddige och Tvååker) då det är fler än en vårdcentral i staden som har ansvaret för läkarmedverkan.

2.1.3. Det finns rutiner för hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser

Rutiner finns för att hantera händelser som inte följer fastställda överenskommelser och rutiner. Dessa är också kända i organisationen. Enligt uppgift följs inte dessa fullt ut och från kommunens sida uppger man att det saknas uppföljning och återkoppling på de avvikelser som skickas. Ett exempel på en vanlig avvikelse är problemet med felaktiga läkemedelslistor där avvikelserapporter skickats men ingen förbättring skett. Enligt intervjuer med förvaltningen innebär felaktiga medicinlistor merarbete för sjuksköterskor i hemsjukvården som får lägga tid på att kontakta vårdcentraler, sjukhusens avdelningar och läkare för att få dessa korrigerade.

2.1.3.1. Bedömning och rekommendationer

Vår revisionella bedömning avseende avtal och överenskommelser mellan huvudmännen är att dessa i allt väsentligt är ändamålsenliga dock finns brister i följsamhet som behöver säkerställas.

Vidare gör vi bedömningen att det finns rutiner avseende hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser som är bra förutsatt att dessa följs vilket vi erfar inte sker.

Vår rekommendation är att avvikelshanteringen gällande rutiner och riktlinjer över huvudmannagränsen behöver utvecklas och bli en del i ett systematiskt kvalitets- och utvecklingsarbete inom ramen för samverkan i vårdprocessen.

2.2. Fungerande organisation/samverkansformer som stödjer hemsjukvården och dess utveckling

2.2.1. Organisation

I Varberg är det socialnämnden och socialförvaltningen som ansvarar för hemsjukvården för äldre personer i kommunen. Hälso- och sjukvårdsenheten där all legitimerad personal som arbetar med hemsjukvård är direkt underställda förvaltningschef.

Det finns åtta vårdcentraler i kommunen, fem drivs av Region Halland och tre är privata.

2.2.2. *Samverkansformer på övergripande nivå*

På regionnivå finns en regional genomförandegrupp för hemsjukvårdsavtalet, en indikatorgrupp som jobbar med uppföljning samt ett nätverk för Hallands medicinsk ansvariga sjuksköterskor (MAS).

En regional genomförandegrupp med representanter från samtliga kommuner samt regionens närsjukvård för såväl offentlig som privat regi bildades vid implementeringen av den nya överenskommelsen för att hålla ihop det övergripande arbetet. Enligt gemensamma nämndens årsredovisning 2015 har gruppen genom sitt övergripande förhållningssätt och mandat kunnat arbeta effektivt i samverkan och därmed kunnat korta beslutsvägarna. Enligt uppdraget ska gruppen arbeta för att säkerställa en likvärdig vård, bl.a. genom att beskriva roller och ansvar för hemsjukvård utifrån den nya överenskommelsen. Uppdraget har även varit att analysera de data som tas fram utifrån beslutade indikatorer och att återrapportera dessa till den gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel.

Indikatorgruppen startades upp i december 2014 med representanter från respektive kommun och med Region Halland som sammankallande part. Uppdraget har inledningsvis varit att ta fram indikatorer för hemsjukvården i Halland. Enligt gemensamma nämndens årsredovisning 2015 har fokus initialt varit att mäta struktur och process genom mätetal såsom, antal inskrivna, åldersfördelning, antal patienter med enstaka hembesök, antal utskrivningsklara och antal återinläggningar 1-30 dagar.

2.2.3. *Samverkansformer på verksamhetsnivå*

På lokal nivå har Varberg en egen genomförandegrupp för hemsjukvårdsavtalet samt träffar mellan kommunen och vårdcentralerna.

I den lokala genomförandegruppen träffas de professioner som är delaktiga i hemsjukvården. Syftet med gruppen är att diskutera hemsjukvården och sedan lyfta dessa frågor till den regionala nivån, där kommunens verksamhetschef för hälso- och sjukvård samt Utvecklingsledare ingår. Gruppen träffas kontinuerligt.

Vid införandet fanns även en grupp på chefsnivå med vårdcentralchefer, kommunchefer, chefer från Varbergs sjukhus samt med projektledaren från Region Halland. Efter implementeringen avstannade dock gruppens arbete.

Regelbundna träffar mellan vårdcentralerna och kommunen har annars legat nere under en period men är nyligen uppstartade igen. I denna konstellation ska praktiska spørsmål diskuteras, exempelvis undermåliga underlag för vårdplanering och brister i kommunikationen. Både förvaltningen och vårdcentralerna upplever att det är ett bra deltagande vid dessa träffar. Däremot uttrycks det att vårdcentralernas sjuksköterskor och kommun-sjuksköterskorna skulle behöva träffa varandra för att skapa ett bättre samarbete.

2.2.3.1. *Bedömning och rekommendationer*

Det finns en ändamålsenlig organisation på likväl övergripande nivå som på lokal nivå som enligt vår bedömning är funktionell och i allt väsentligt är gynnsam för en fungerande samverkan.

Vår bedömning är att det finns ändamålsenliga lokala och verksamhetsöverskridande samverkansgrupper för hemsjukvård i Varberg. Vi gör dock bedömningen att den externa samverkan mellan vårdgivare och de olika personalgrupper som är involverade i den kommunala hemsjukvården behöver förbättras.

2.3. Rutiner och riktlinjer för vårdkedjan

Det finns regionövergripande riktlinjer och rutiner som tydliggör process och ansvarsförhållanden i vårdkedjan. *Riktlinjer för vårdplanering hemsjukvård i öppenvård och enstaka hembesök.*

2.3.1. Vårdplanering

I frågan kring vårdplanering finns två riktlinjer för verksamheterna att förhålla sig till, *Riktlinjer för vårdplanering hemsjukvård i öppenvård och enstaka hembesök* samt *Riktlinje för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus inom Region Halland med stöd av Meddix*. Riktlinjerna utgår från vart behovet av hemsjukvård initieras vilket kan ske från tre håll, från sjukhus, från vårdcentral eller från kommun.

För att en patient ska bli inskriven i hemsjukvården krävs att en vårdplanering har ägt rum. Detta gäller oavsett om patienten kommer från sjukhusvistelse eller om hemsjukvård påkallats från annat håll. I Varbergs kommun finns ett vårdplaneringsteam som i nuläget består av sju personer, omsorgshandläggare, sjuksköterskor och arbetsterapeut samt fysioterapeut. Vårdplaneringsteamet är de enda som har mandat att skriva in patienter i hemsjukvården i Varberg. Sjuksköterskornas roll är att bedöma de medicinska behoven och omsorgshandläggaren sköter det administrativa, gör utredning och fattar biståndsbeslut samt har de löpande kontakterna med sjukhuset och vårdcentralerna. Det sker cirka 60-70 vårdplaneringar per månad.

Grunden är att behovet av hemsjukvård kan initieras från tre håll: från sjukhus, från vårdcentral eller från kommun. Efter överenskommelse kan vårdplanering ske på sjukhuset, i hemmet, på vårdcentral eller vissa fall via telefon. När vårdplaneringen är genomförd och beslut fattat om hemsjukvård ska en vård-/rehabiliteringsplan upprättas.

Behov av hemsjukvård som initieras av sjukhuset startas genom att sjukhuset kallar till vårdplanering via Meddix. En samordnad vårdplanering (SVP) ska ske när patienten bedöms ha fortsatt behov av hälso- och sjukvård och/eller omsorg efter utskrivning från sjukhus. Syftet med en SVP är att skapa en samordnad vård- och omsorgskedja, en tydlig ansvarsfördelning samt att säkerställa att patienten får sina behov tillgodosedda från både region och kommun efter utskrivning. Ett av målen med SVP är att all personal ska få den information som krävs för att fullgöra sitt uppdrag. Vårdplaneringsteamet deltar vid vårdplaneringen. Vårdcentralerna deltar inte vid detta tillfälle och enligt uppgift kallas de inte heller.

Behov av hemsjukvård som initieras av vårdcentral faxas till kommunens vårdplaneringsteam. Enligt de lokala rutinerna framkommer att patient, kommun och vårdcentral ska delta i vårdplaneringen. Legitimerad personal i kommunens vårdplaneringsteam genomför vårdplaneringen och fattar beslut om hemsjukvård. Vid intervjuer framkommer att rutinen inte följs fullt ut och från vårdcentralen finns viss kritik kring detta förfarande. De anser att kommunens sjuksköterskor i stor utsträckning genomför planeringen själva till-

sammans med patient och därefter också fattar beslut och inskrivning i hemsjukvård eller ej.

När behov av hemsjukvård identifieras av hemtjänstens personal ska de enligt rutin kontakta aktuell vårdcentral som sedan ska kontakta vårdplaneringsteamet enligt tidigare beskrivning. Av intervjuerna framgår dock att fastställd rutin frångås och kommunens vårdplaneringsteam i praktiken kontaktas direkt av hemtjänsten i dessa fall.

I intervjuer med förvaltningen beskrivs att avslutande av hemsjukvård i Varberg sker av legitimerad personal från kommunen, såväl arbetsterapeut och fysioterapeut som sjuksköterska. Enligt intervjuerna finns det risk för att en sjuksköterska i kommunen avslutar hemsjukvården för att de medicinska behoven inte kräver det längre, men att hemsjukvård ändå kan vara berättigat på grund av fortsatt rehabiliteringsbehov.

2.3.2. Enstaka hembesök

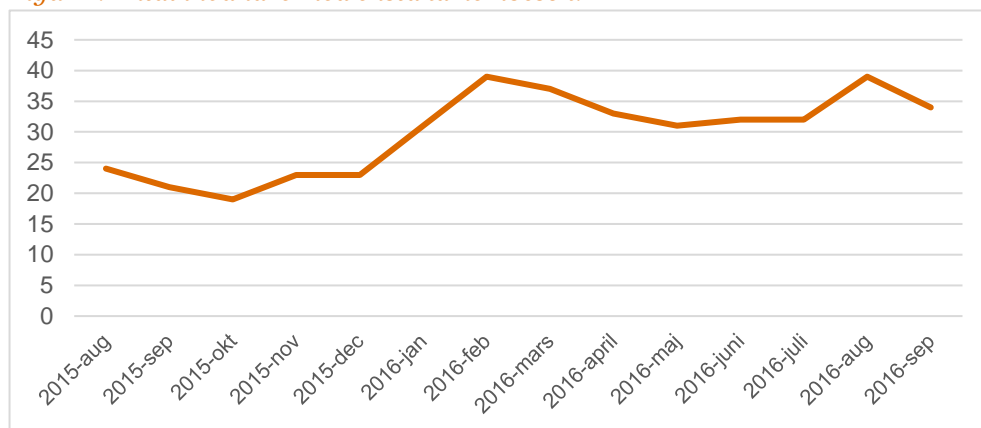
Samma rutin som beskriver vårdplanering definierar även vad som gäller för enstaka hembesök. Ett enstaka hembesök kan göras hos patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården och innebär en eller ett fåtal insatser med ett identifierbart start- och slutdatum. Enstaka hembesök ordinerar från vårdcentral och utförs av legitimerad personal inom kommunen. När den ordinerade insatsen har utförts ska detta återkopplas till ordinerande vårdgivare. Viktigt att notera vid enstaka hembesök är att patientansvaret inte övergår till kommunen. Det finns en regionövergripande blankett vid ordination av enstaka hembesök, *Överrapportering från vårdcentral till kommunal hemsjukvård för enstaka hembesök*.

Enligt intervjuer med kommunen upplevs verksamheten med enstaka hembesök som otydlig och att det görs olika tolkningar mellan kommunen och vårdcentralerna. Både i intervjuer med vårdcentraler och kommunen framkommer en oro att den andra parten inte fullt ut tar sitt ansvar för patienten. Exempelvis nämner kommunen att vårdcentraler ibland begär enstaka hembesök för såromläggningar som borde ha skötts av vårdcentralen. I intervju med vårdcentralrepresentanter lyfts det omvända, d.v.s. att det händer att patienter som haft enstaka hembesök söker sig till vårdcentralen eftersom utförandet inte gjorts tillräcklig väl (t.ex. såromläggning).

Antal patienter med enstaka hembesök

Sedan överenskommelsen trädde i kraft ser utvecklingen kring enstaka hembesök ut enligt diagrammen nedan. Antal invånare med enstaka hembesök har ökat med cirka 10 personer sedan augusti 2015 och uppgick i september 2016 till 34 personer. Det finns dock månader med toppar och dalar och antalet har pendlat mellan 19 och 39 patienter underperioden

Figur 2. Antal invånare med enstaka hembesök.



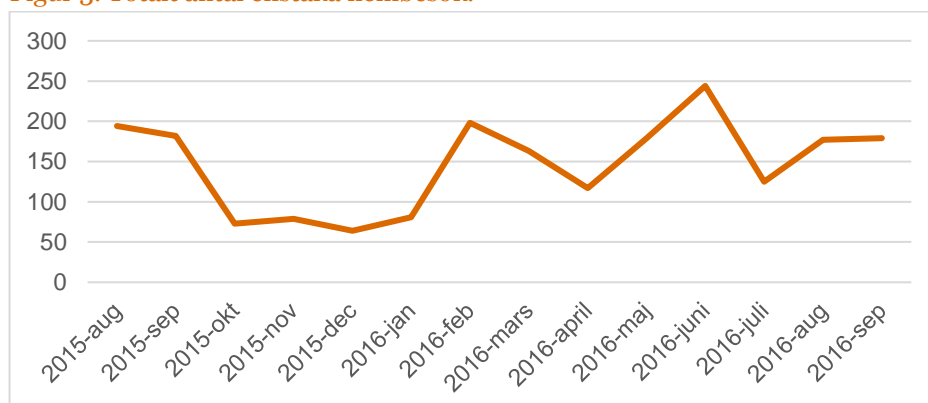
Källa: Indikatorrapport, Region Halland november 2016

Antal hembesök per patient

Diagrammet visar ett snitt för antal enstaka hembesök per patient med enstaka hembesök under månaden. (Det totala antalet enstaka hembesök divideras med antal unika patienter med enstaka hembesök.).

Det totala antalet enstaka hembesök har sett över hela perioden pendlat från som lägst i snitt 38 besök per patient till som mest 244 besök per patient.

Figur 3. Totalt antal enstaka hembesök.



Källa: Indikatorrapport, Region Halland november 2016

De enstaka hembesöken berör till största delen sjuksköterskeinsatser samt insatser som utförs av undersköterska på delegation av sjuksköterska. Att antalet patienter med enstaka besök har ökat och att antalet besök per månad och patient pendlar påverkar verksamhetens arbetsbelastning och svårigheter att planera.

2.3.3. Informationsöverföring

Meddix är ett IT-stöd för informationsöverföring mellan vårdnivåer. Meddix används inte vid informationsöverföring från vårdcentral då i stället fax används. Enligt uppgift saknas modul i Meddix för öppenvården i systemet.

Det finns fastställda riktlinjer för informationsöverföring mellan sjukhus/ primärvård/hemsjukvård/hemtjänst. Följsamheten till dessa rutiner är upplevs av de intervjuade

variera. Brister som nämns är hur Meddix används samt dokumentationens kvalitet och att bristerna främst upplevs i informationsöverföringen mellan primärvård och kommun.

Vissa delar avseende informationsöverföring sker inte elektroniskt utan i pappersform via fax mellan vårdcentraler och hemsjukvårdsteamet på kommunen. Detta upplevs från både kommun och vårdcentral som patientosäkert och tidskrävande samt att det finns en osäkerhetsfaktor i om meddelandet når fram. Problemet som de intervjuade förmedlar är att huvudmännen använder olika it-stödsystem samt att flertalet system för informationsöverföring används. Ofta leder det till dubbel administration och osäkerhet kring informationens kvalitet (exempelvis om den är uppdaterad samt komplett) beroende på att det ibland krävs manuell inmatning och samma information ska matas in i flera system.

När en patient skrivs ut från sjukhuset ska en överrapportering ske från läkare till läkare. Detta innebär att slutenvårdens läkare ska förvissa sig om att det medicinska ansvaret kan övertas av läkare inom primärvården. Överrapporteringen kan enligt rutin inte delegeras. Den allmänna uppfattningen hos kommunen är att detta brister och att det kan hända att patienten kommit hem och att ansvarig läkare inom primärvården inte har erhållit aktuell information från sjukhusbesöket. Primärvården efterfrågar information efter att en vårdplanering är genomförd för att säkerställa sitt ansvar avseende exempelvis läkarmedverkan.

Det framkommer i granskningen att informationsöverföringen vid utskrivning från sjukhus inte fungerar fullt ut. En vanligt förekommande miss är felaktigheter rörande läkemedel, t.ex. att det inte följer med någon läkemedelslista, att läkemedelslistan inte är uppdaterad eller att patienten skickas hem utan att få med sig medicin för de första tre dagarna. I dokumentet *Riktlinje för samordnad vårdplanering vid in- och utskrivning från sjukhus inom Region Halland med stöd av Meddix* fastställs att det är slutenvårdens ansvar att ordinerade nyinsatta läkemedel/sjukvårdsartiklar finns tillgängliga vid hemkomsten för tre dagar fram i tiden, det förekommer att detta inte följs.

Som tidigare nämnts sker informationsöverföring mellan vårdcentral och kommun via fax. I både intervjuer med kommunen och med vårdcentralerna påtalas att detta är problematisk. Faxen upplevs från både kommun och vårdcentral som patientosäkert och tidskrävande samt att det finns en osäkerhet i om meddelandet når fram. Det uttrycks också i flera intervjuer att systemet att använda fax är otidsenligt och att informationsöverföring bör kunna fungera betydligt smidigare och säkrare för patienten med modern teknik.

I vårdprocessen är det enligt rutin för samordnad vårdplanering sju delar som ska noteras som information i Meddix för att alla parter ska ha kännedom om patienten. I bilaga finns tabell som beskriver informationsflödet utifrån Meddix.

Ett generellt förbättringsområde som lyfts under intervjuer för att säkra vårdkedjan är att kommunikationen mellan kommun, primärvård och sjukhus behöver förbättras.

2.3.4. Återinskrivning till sjukhus

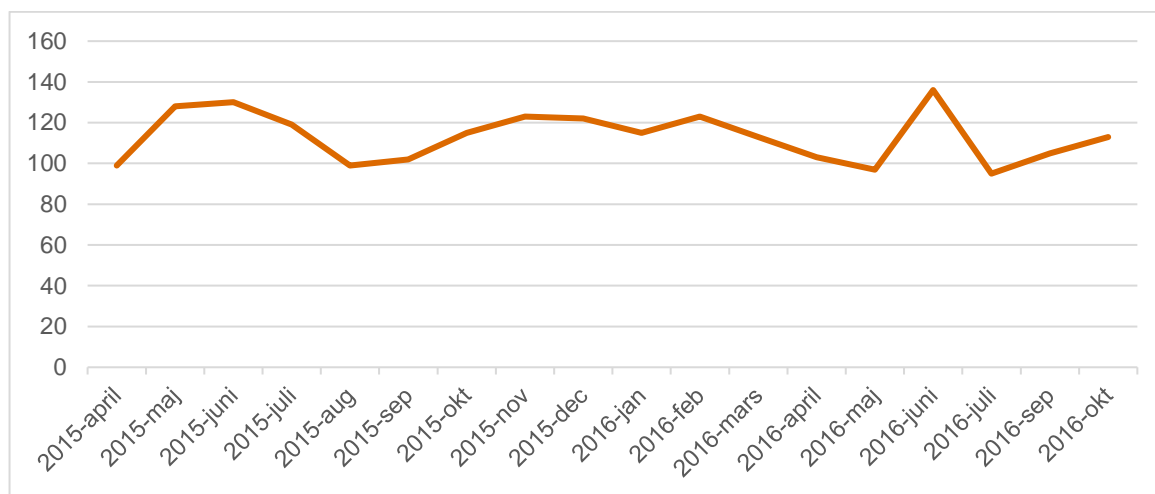
I Varberg sker enligt uppgift från de intervjuade ett aktivt arbete för att undvika återinskrivningar till sjukhuset genom bland annat projektet *Läkarmedverkan i hemsjukvård och Trygg hemgång*.

Pilotprojektet *Läkarmedverkan i hemsjukvård* som pågår i Halmstad, Kungsbacka och Varberg fokuserar på de patienter som riskerar inläggning på sjukhus och de som skrivs ut från sjukhus med risk för återinskrivning. Syftet är bland annat att patienterna ska få vård på rätt vårdnivå och målsättningen är att undvika inskrivningar på sjukhus som inte tillför något mervärde för patienten.

Enligt rutin för *Trygg hemgång* ska en patient med hög risk för återinskrivning identifieras på sjukhuset. Vid utskrivning fokuseras på att patient och närstående är välinformerade, att läkemedelsordinationen är korrekt och att epikris (utlåtande om sjukdomsfallet) skrivs ut inom ett dygn efter hemgång. Sjuksköterska inom kommun/vårdvalsenhet tar del av information via sina respektive journalföringssystem och i Nationell patientöversikt (NPÖ). Sjuksköterskan inom närsjukvården eller kommunens sjuksköterska i hemsjukvården kontaktar patienten efter utskrivning för ett samtal med stöd av blankett *Trygg hemgång - stöd för tryggt kontaktsamtal*.

Från Kvalitetsportalen hämtas uppgifter till indikatorrapporten över oplanerade återinskrivningar. Diagrammet nedan visar det totala antalet återinskrivna oavsett om de är hemsjukvårdspatienter eller ej under perioden april 2015 till oktober 2016. Sett till hela perioden har antalet oplanerade återinskrivningar legat relativt konstant, med ett snitt på 113 oplanerade återinskrivningar per månad.

Figur 4 - Antal oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar, april 2015-okt 2016



Källa: Region Hallands Indikatorrapport

2.3.5. Hantering av avvikelser från fastställda rutiner

Överlag anser de intervjuade att de har fungerande rutiner för att förhindra att avvikelser inträffar beträffande hemsjukvårdspatienterna. Enligt rutinen Samordnad vårdplanering - Meddix ska varje yrkeskategori, som är delaktig eller berörd i en samordnad vårdplanering, rapportera avvikelse från rutinen om en sådan sker. Avvikelsen ska rapporteras, diskuteras och åtgärdas utifrån gällande rutin i respektive organisation. Enligt intervjuer med förvaltningen tenderar det brista i avvikelsehanteringen då personalen som ska rapportera avvikelser upplever att det tar mycket tid. Detta har exempelvis inneburit att alla avvikelser inte rapporteras, och uppföljningen av de inrapporterade avvikelserna brister. Det upplevs finnas en trötthet i organisationen relaterad till att jobba med avvikelser då uppfattningen är att det inte leder till något. Samtidigt poängteras vikten av att fortsätta

rapportera avvikelser av exempelvis felaktiga läkemedelslistor, för att kontinuerligt kunna förbättra verksamheten.

Avvikelse och problemställningar i relation till hemsjukvårdsarbetet diskuteras i den lokala genomförandegruppen för att sedan tas upp i med regionen via MAS i indikatorgruppen och i MAS-nätverket.

Enligt intervju med MAS saknas en systematisk och övergripande process för att analysera avvikelser på en aggregerad nivå i kommunen, därmed har kommunen inte möjlighet att dra slutsatser kring avvikelser som berör flera patienter och enheter. Det är vidare inte möjligt att ange huruvida antalet avvikelser ökat eller minskat över tid då det saknas systematik i hanteringen av avvikelser. I kommunen har det enligt uppgift påbörjats ett arbete för att skapa en bättre systematik i avvikelshanteringen för att kunna analysera, åtgärda, följa upp och återkoppla på ett kvalitetssäkrat sätt framöver.

2.3.5.1. Bedömning och rekommendationer

Vår revisionella bedömning av de rutiner och riktlinjer som finns på både regional och lokal nivå för att säkerställa vårdkedjan och dess olika processer i allt väsentligt är ändamålsenliga. Vår bedömning är att det i flera delar finns brister avseende följsamhet till dessa rutiner och riktlinjer. Det finns dock rutiner fastställda för hantering av avvikelser från fastställda rutiner som enligt vår bedömning är tydliga men att dessa inte följs fullt ut.

För att en patient ska bli inskriven i hemsjukvården krävs att en vårdplanering har ägt rum. Enligt uppgift kallas inte primärvården varför de inte heller deltar vid några vårdplaneringar. Primärvården framhåller att de ofta saknar information om när en patient skrivs in i hemsjukvården. Vår bedömning är att primärvården i större utsträckning behöver vara en del i vårdplaneringen oavsett om det är aktuellt med hemsjukvård eller ej.

Det finns rutiner för informationsöverföring men dessa tillämpas inte fullt ut. Bland annat sker till viss del informationen via telefon eller fax vilket kan innebära risker i patientsäkerhet och effektivitet.

Vår revisionella bedömning i detta sammanhang är att det finns brister i informationsöverföringen som kan medföra risker för patientsäkerheten då information kan missas.

När det gäller att undvika återinskrivning till sjukhus är vår bedömning att projektet avseende läkarmedverkan i hemsjukvården i Varberg och Trygg hemgång är av vikt att följa och utvärdera. Projektet har vid granskningstillfället påvisat vissa positiva effekter, bland annat för kontinuiteten samt att tillgängligheten till läkare inom hemsjukvården har förbättrats men det är oklart om det påverkat antal återinskrivningar. Vår bedömning är att effekterna varit positiva och har en positiv effekt för patienterna.

2.4. Uppföljning och utvärdering

2.4.1. Uppföljning och utvärdering av vårdkedjan sker systematiskt.

Vårdkedjan följs upp i de olika samverkansgrupperna, den lokala genomförandegruppen, indikatorgruppen och i MAS-nätverket genom den Indikatorrapport som sammanställs

månatligt. I rapporten finns redovisning av indikatorer som fastställts av den gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel.

2.4.2. Hemsjukvårdens utveckling följs upp och utvärderas systematiskt

I Varbergs kommun fanns en farhåga att i samband med att det nya avtalet trädde i kraft skulle fler patienter bli aktuella för hemsjukvård. Denna ökning uteblev istället är antalet patienter ungefär desamma. En framgångsfaktor för detta anses vara att förvaltningen har jobbat med att ta fram lokala rutiner utöver regionens, exempelvis rutin för *Hälso- och sjukvårdsinsats hos patient i ordinärt boende*.

Tabell 1. Antal inskrivna invånare med hemsjukvård.

Antal inskrivna hemsjukvård. Varbergs kommun															
	2015 aug	2015 sep	2015 okt	2015 nov	2015 dec	2016 jan	2016 feb	2016 mar	2016 apr	2016 maj	2016 jun	2016 jul	2016 aug	2016 sep	2016 okt
< 64 år	87	84	83	86	80	68	68	71	67	67	68	69	64	64	61
65-79	172	165	171	173	177	157	164	168	162	163	162	162	169	167	161
80+	440	444	461	466	466	472	472	463	466	472	475	486	470	451	445
Totalt	699	693	715	725	723	697	704	702	695	702	705	717	703	682	667

Källa: Statistik från socialförvaltningen skickad till PwC.

Kommunen beskriver att de själva har god uppföljning avseende insatser på patientnivå. Detta följs i kommunens indikatorrapport vilken sammanställs tre gånger per år. Exempel på indikatorer som följs lokalt för hemsjukvården är läkemedelshantering, sårömläggningar, sondnäring, provtagning och förflyttningsförmåga.

Som tidigare nämnts saknas en systematisk och övergripande process på aggregerad nivå för uppföljning och analys avseende exempelvis avvikelser.

Den gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel följer upp utvecklingen av volymer genom Indikatorrapporter. Varbergs kommun rapporterar underlag och uppgifter till rapporten avseende bland annat inskrivna i hemsjukvården och enstaka hembesök.

2.4.2.1. Bedömning och rekommendationer

Vår bedömning är att uppföljning och utvärdering av hemsjukvården inte är tillräcklig. Socialnämnden följer vissa nyckeltal och indikatorer avseende kvantitet men enligt vår bedömning finns brister kring kvalitativ uppföljning. Kommunens indikatorrapport mäter effekter och följer utvecklingen avseende volym och ekonomi för hemsjukvården. Indikatorrapportering sker löpande dock kan underlaget enligt vår bedömning användas i större utsträckning för utveckling av verksamheten.

Vår bedömning är att nämnden behöver utveckla uppföljning och utvärdering som en del i sitt utvecklingsarbete för att i enlighet med hemsjukvårdens uppdrag säkerställa följsamhet till avtal och överenskommelser.

Vår bedömning är vidare att det övergripande systematiska kvalitetsarbetet avseende uppföljning, internkontroll och analyser brister.

3. *Revisionell bedömning.*

Revisionskollegorna i Region Halland och i regionens kommuner har granskat vårdprocessen och hemsjukvården för de mest sjuka äldre inom region Halland. Granskningen har utgått från huvudmännens respektive uppdrag och ansvar samt styrning, uppföljning och samverkan.

Vår sammanfattande bedömning och svar på den övergripande revisionsfrågan är att socialnämnden i Varbergs kommun och den gemensamma nämnden för hemsjukvård och hjälpmedel i Region Halland inte helt har säkerställt att vårdkedjan och hemsjukvården för de mest sjuka äldre fungerar på ett tillfredsställande sätt.

Vår revisionella bedömning avseende avtal och överenskommelser mellan huvudmännen i allt väsentligt är ändamålsenliga dock finns brister i följsamhet som behöver säkerställas. Vidare gör vi bedömningen att det finns rutiner avseende hantering av avvikelser från ingångna avtal och överenskommelser som är bra förutsatt att dessa följs vilket vi erfar inte sker.

Det finns en ändamålsenlig organisation på övergripande nivå som enligt vår bedömning är funktionell och i allt väsentligt är gynnsam för en fungerande samverkan. På verksamhetsnivå har kommunen att förhålla sig till ett antal vårdcentraler och där samverkan dem emellan skiljer.

Vår revisionella bedömning av de rutiner och riktlinjer som finns på både regional och lokal nivå för att säkerställa vårdkedjan och dess olika processer i allt väsentligt är ändamålsenliga. Vi gör dock bedömningen att det i flera delar finns brister avseende följsamhet till dessa rutiner och riktlinjer.

För att en patient ska bli inskriven i hemsjukvården krävs att en vårdplanering har ägt rum. Enligt uppgift kallas inte primärvården varför de inte heller deltar vid några vårdplaneringar. Primärvården framhåller att de ofta saknar information om när en patient skrivs in i hemsjukvården. Vår bedömning är att primärvården i större utsträckning behöver vara en del i vårdplaneringen oavsett om det är aktuellt med hemsjukvård eller ej.

Det finns rutiner för informationsöverföring men dessa tillämpas inte fullt ut. Bland annat sker till viss del informationen via fax vilket kan innebära risker i patientsäkerhet och effektivitet. Vår revisionella bedömning i detta sammanhang är att det finns brister i informationsöverföringen som kan medföra risker för patientsäkerheten då information kan missas.

När det gäller att undvika återinskrivning till sjukhus är vår bedömning att projektet avseende läkarmedverkan i hemsjukvården i Halmstad, Kungsbacka och Varbergs kommuner samt Trygg hemgång är av vikt att följa och utvärdera. Projekten har vid granskningstillfället påvisat vissa positiva effekter, bland annat för kontinuiteten samt att tillgängligheten till läkare inom hemsjukvården har förbättrats men det är oklart om det påverkat antal återinskrivningar. Vår bedömning är att effekterna varit positiva och har en positiv effekt för patienterna.

Vårdkedjan följs upp genom avvikelshantering, patientsäkerhetsberättelsen och kommunens indikatorrapport. Kommunens indikatorrapport mäter delvis effekter och att kommunen följer volym och ekonomi för hemsjukvården. Rapportering av indikatorer sker löpande till regionen. Socialnämnden får ekonomisk rapportering löpande under året. Vi bedömer dock att analyser kring kvalitet, effekter och ekonomiska konsekvenser kan förbättras.

Det finns ett behov av att fördjupa samverkan mellan huvudmännen och att sprida goda exempel på arbetsformer mellan hemsjukvård och vårdcentraler.

2017 01 31



Margaretha Larson
Projektledare

Uppdragsledare

5. Bilaga 2

Rutin informationsöverföring i Meddix kopplat till samordnad vårdplanering (SVP)

Steg i vårdflödet	Beskrivning
<i>Inskrivning på sjukhus</i>	Vid akut eller planerad inskrivning på sjukhus skickar kommunen och/eller regionens öppna hälso- och sjukvård ett statusmeddelande till sjukhuset. Syftet är att informera slutenvården om patientens allmänna funktionsförmåga och nuvarande hjälpbehov.
<i>Inskrivningsmeddelande från sjukhus</i>	Om slutenvården bedömer att patienten kan behöva insatser efter utskrivning ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter i kommun och inom regionens öppna hälso- och sjukvård. Syftet är dels att informera om att patienten skrivits in på sjukhus, dels att tidigt signalera att en gemensam SVP kan bli aktuell.
<i>Kallelse till SVP-möte</i>	När slutenvårdens läkare bedömer att patient behöver insatser efter utskrivning sänds kallelse till berörda parter. Kallelsen skickas alltid till mottagande kommun och till primärvården och psykiatrin om patienten bedöms ha behov av insatser därifrån efter utskrivning.
<i>Kallelse kvitteras av kallade parter i Meddix</i>	Samtliga kallade parter ska kvittera kallelsen.
<i>Bokning av SVP-möte</i>	Kommunens ska återkoppla senast dagen efter kallelsen mottagits. Kommunen bokar tid för mötet som ska hållas snarast möjligt.
<i>SVP-möte</i>	Sjukhusets vårdplanerare eller avdelningens ansvariga sjuksköterska ansvarar för att inleda mötet.
<i>Vårdplan upprättas</i>	Vårdplanen ska ge en samlad bild av patientens behov av fortsatta insatser efter utskrivning. Vårdplanen är ett gemensamt dokument där alla parter skriver sin del. När den markeras klar och delas i Meddix kan alla parter läsa planen.

6. Bilaga 3

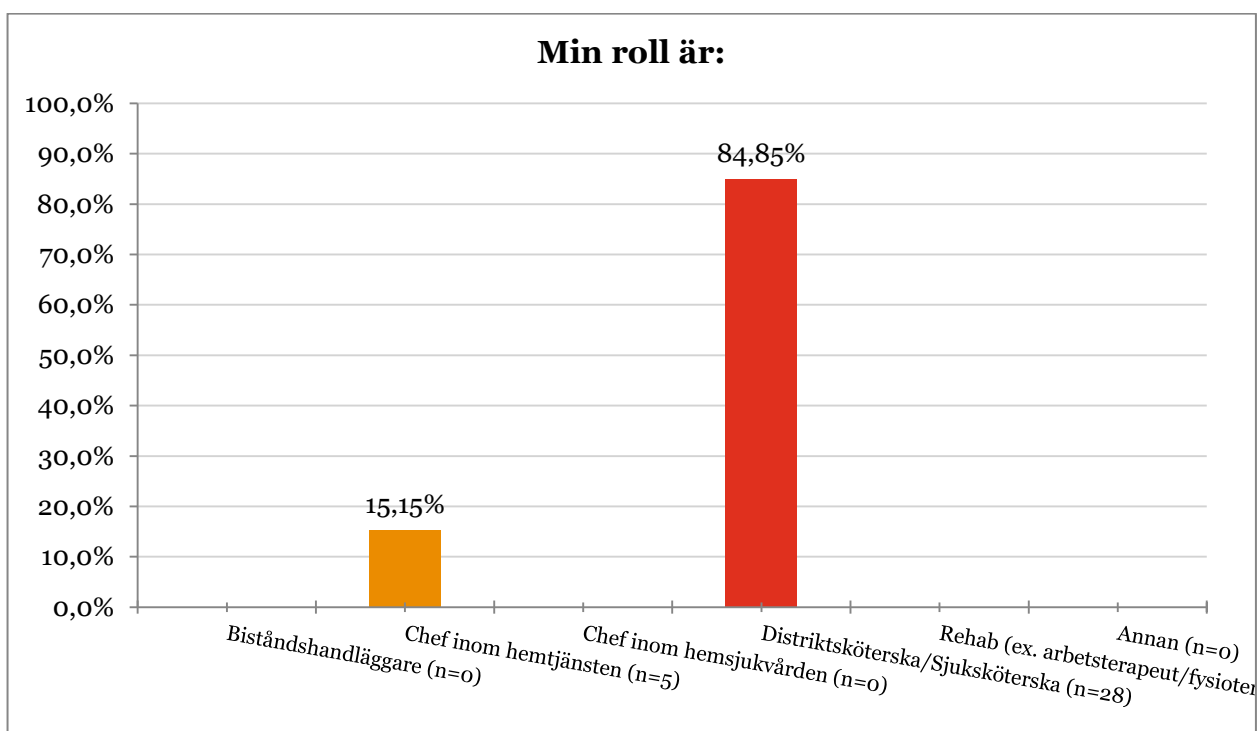
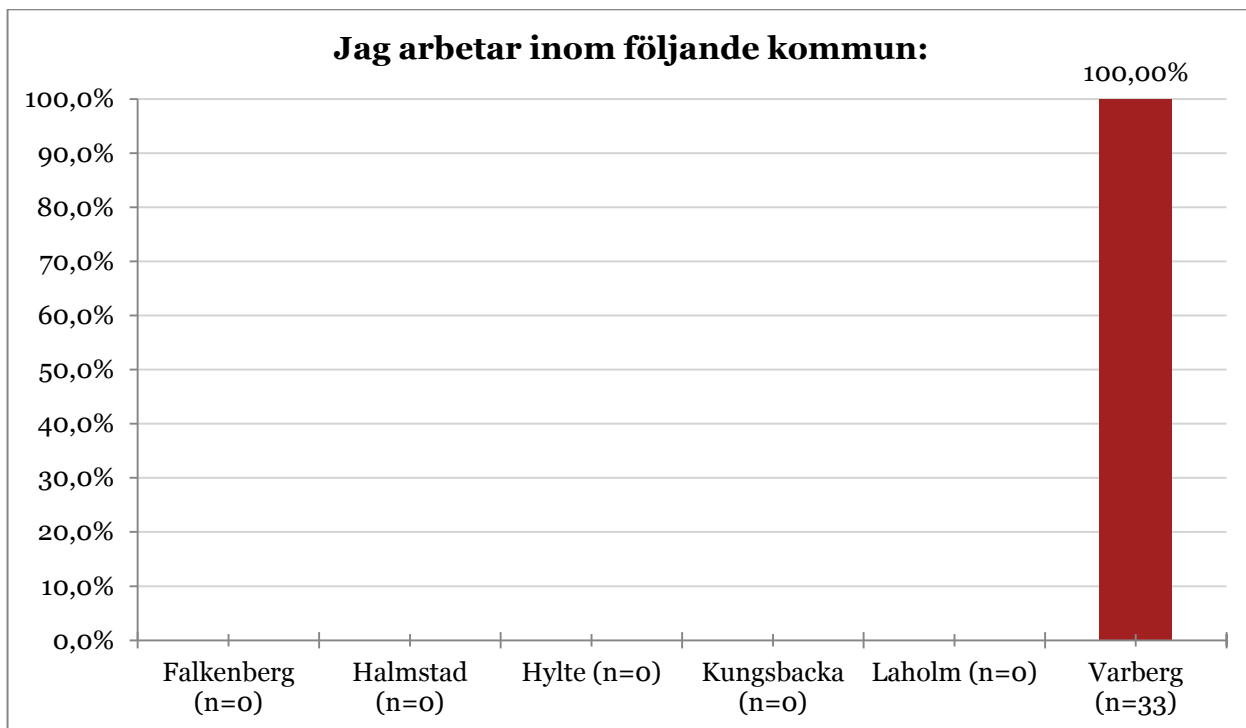
Enkätresultat Varberg

Antal utskick: 47

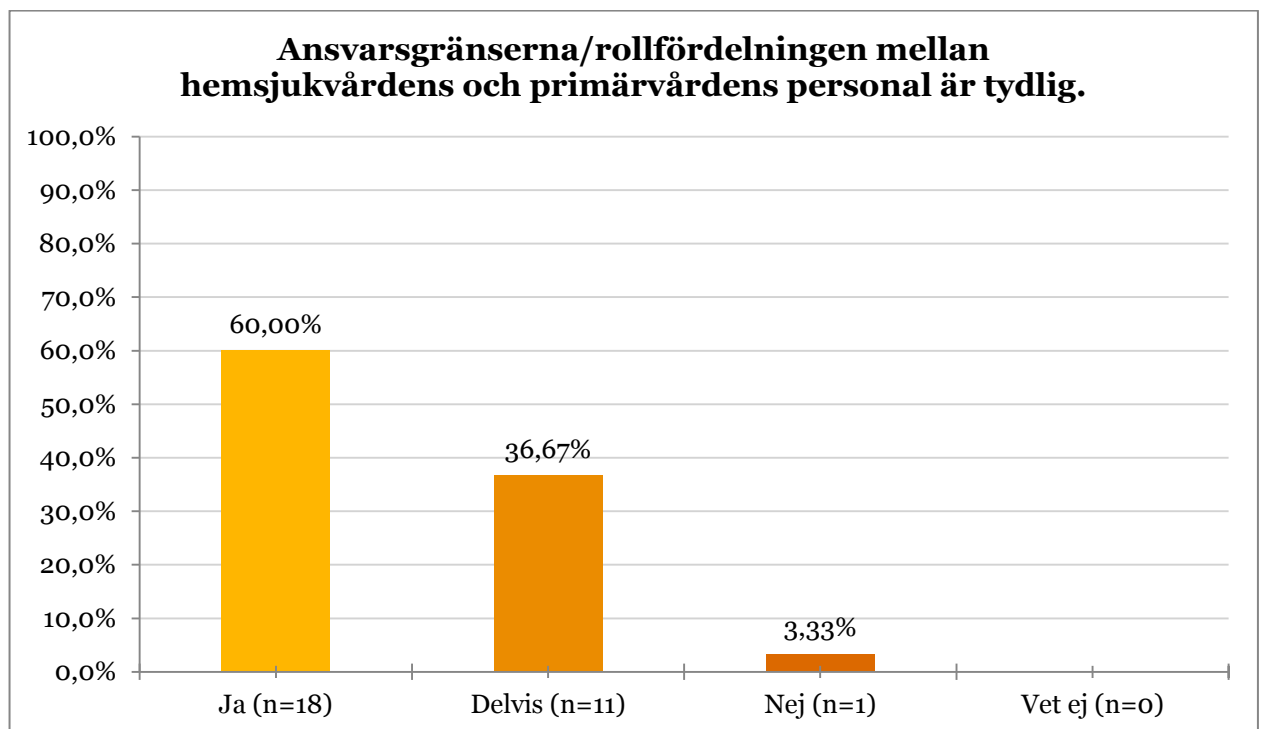
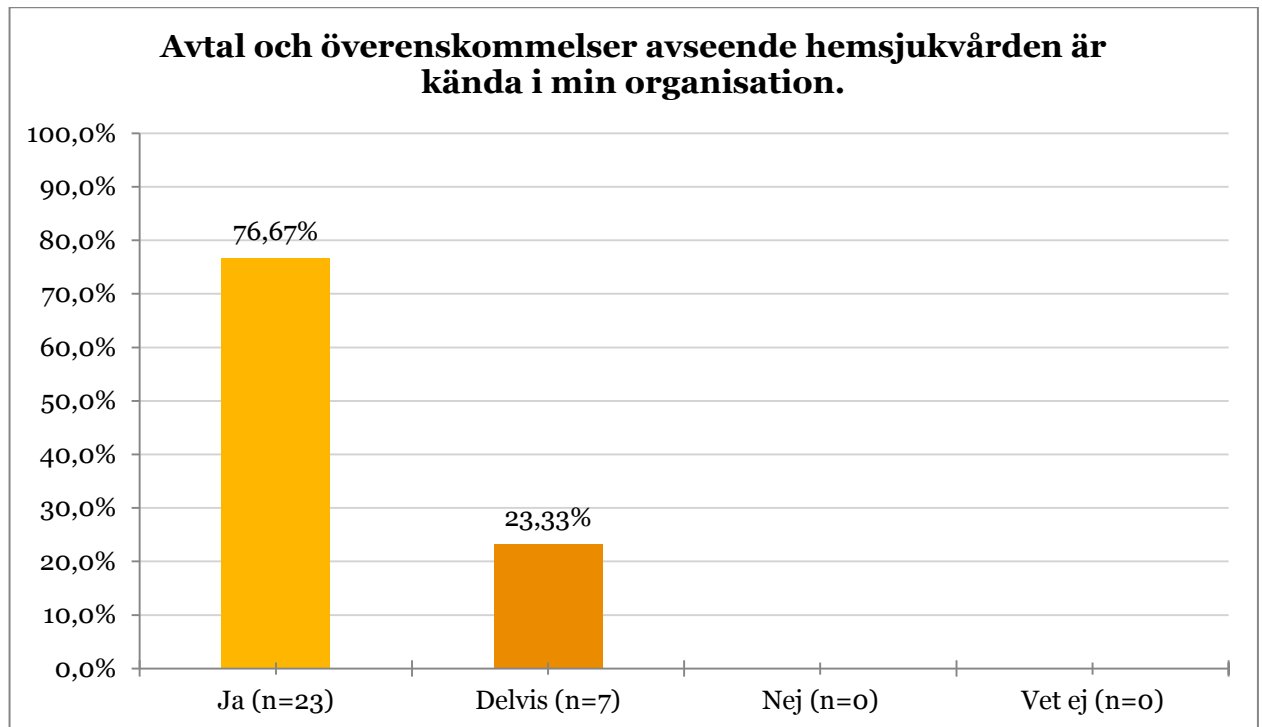
Antal svar: 33

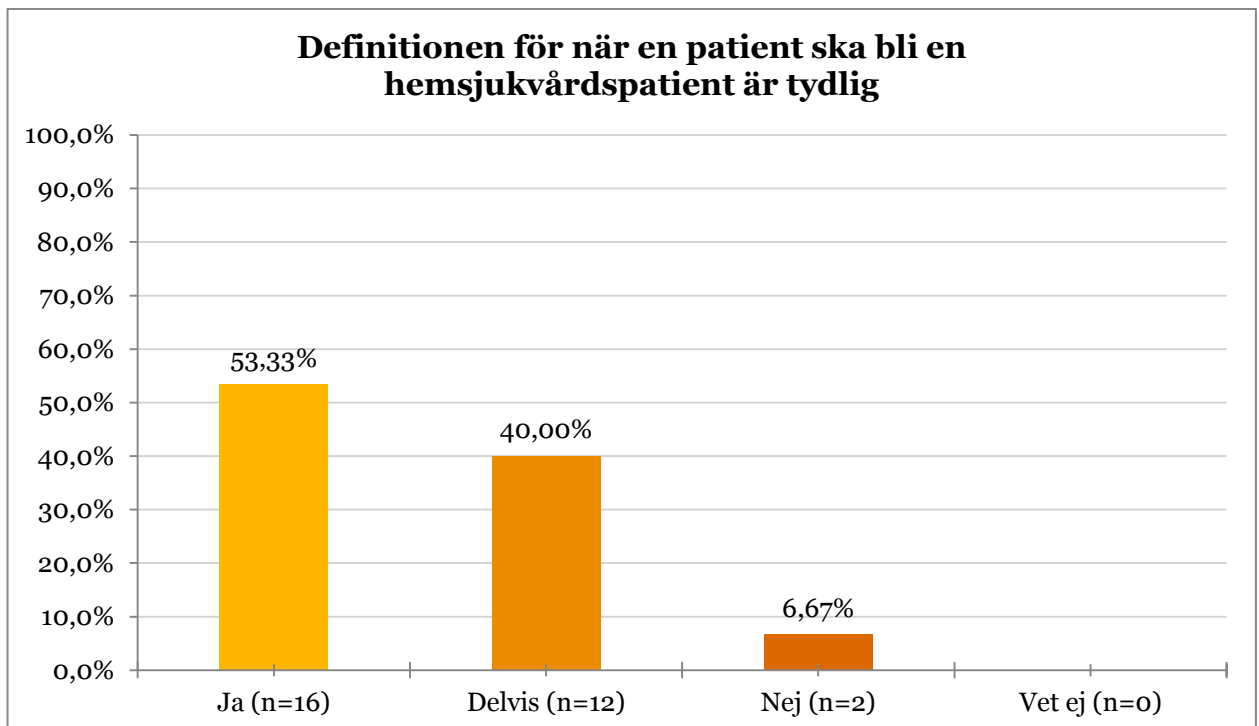
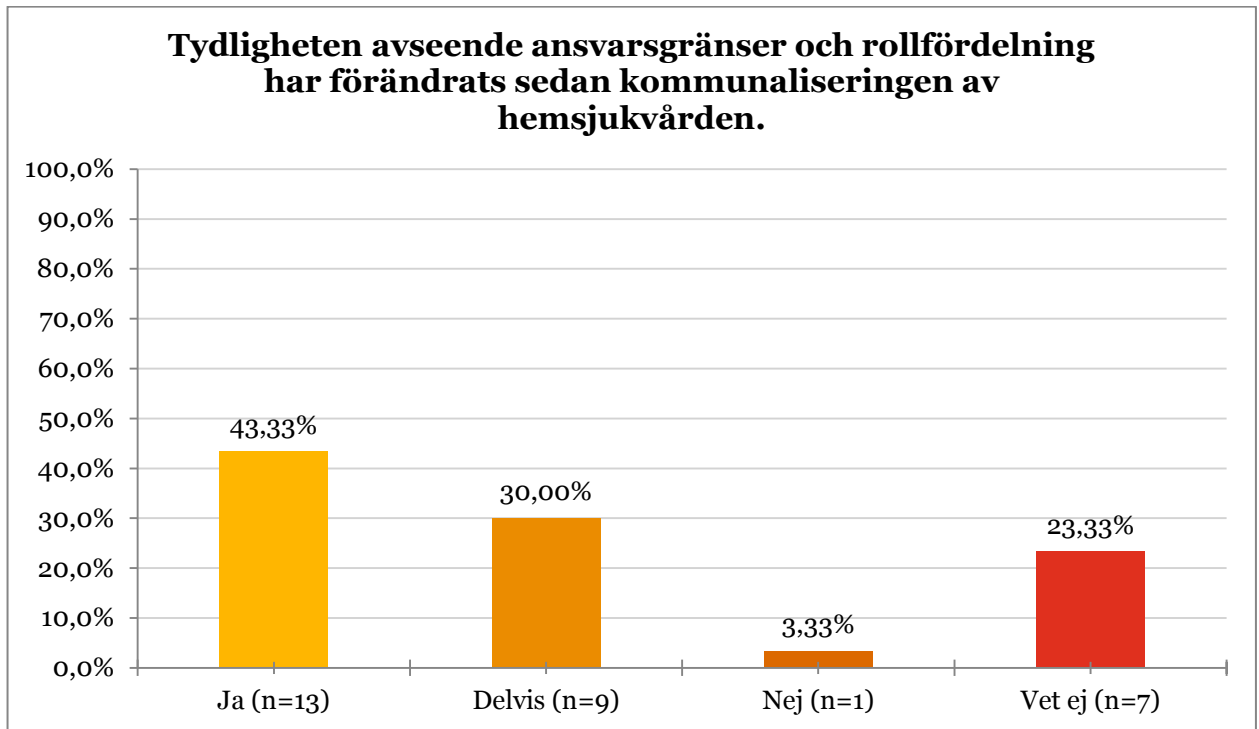
Svarsfrekvens 70 procent

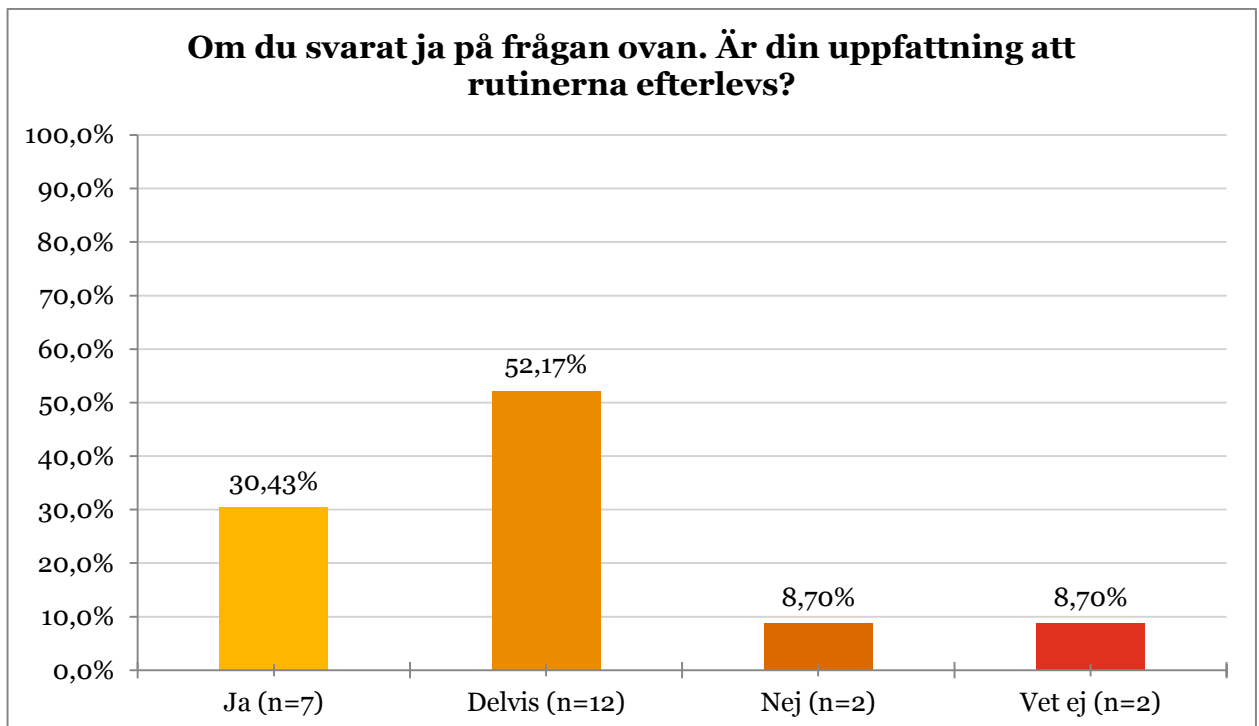
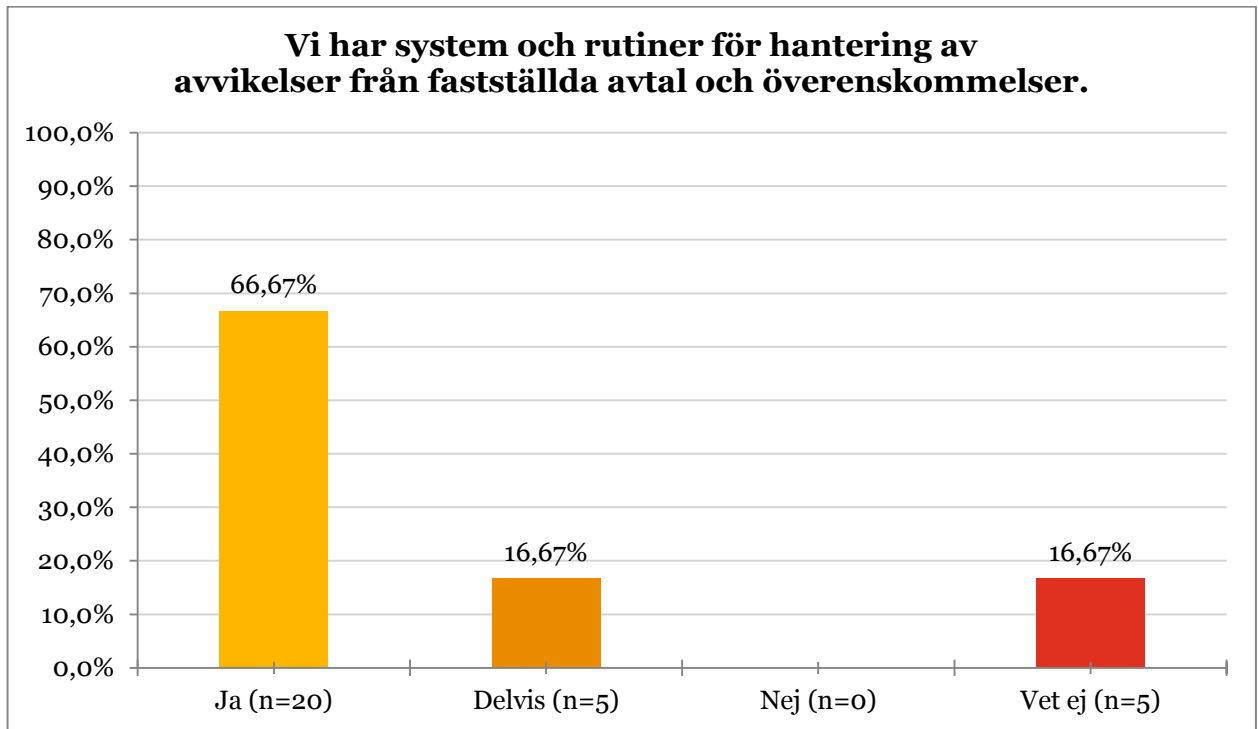
Bakgrundsfrågor



Övergripande avtal och överenskommelse







Riktlinjer och rutiner för vårdkedjan

