

# Granskning av samverkan kring utskrivningsklara patienter

Utförd på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun,  
Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun,  
Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun och Vingåkers  
kommun.



## Innehåll

1.	Sammanfattade slutsatser.....	2
1.1	Bakgrund.....	8
1.2	Syfte och revisionsfrågor.....	8
1.3	Ansvariga nämnder.....	8
1.4	Avgränsningar.....	9
1.5	Metod och genomförande.....	9
1.6	Bedömningsgrunder.....	9
2.	Styrmodell och incitament för samverkan.....	10
2.1	Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning.....	10
2.2	Modellen för betalningsansvar främjar samverkan.....	11
2.3	Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande.....	12
3.	Samverkan kring enskilda patientärenden.....	15
3.1	Steg 1: Inskrivning.....	16
3.2	Steg 2: Vårdtid.....	19
3.3	Steg 3: Utskrivningsklar.....	22
3.4	Steg 4: Hemgång.....	24
3.5	Steg 5: Uppföljning.....	27
4.	Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling.....	29
4.1	Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad.....	29
4.2	Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv.....	29
4.3	Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område.....	31
4.4	Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser.....	32
5.	Svar på revisionsfrågorna.....	34
6.	Bilagor.....	41
	Dokumentförteckning.....	41
	Intervjuförteckning.....	43

# 1. Sammanfattade slutsatser

EY har på uppdrag av revisorerna i Region Sörmland, Eskilstuna kommun, Flens kommun, Gnesta kommun, Katrineholms kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Strängnäs kommun, Trosa kommun samt Vingåkers kommun genomfört en granskning med syftet att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i kommunerna säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas.

I detta avsnitt framgår EY:s sammanfattade slutsatser och bedömningar. De förtroendevalda revisorerna i de medverkande kommunerna har med utgångspunkt i granskningen själva bedömt vilka rekommendationer de vill rikta till respektive granskad nämnd, med hänsyn till lokala förutsättningar och iakttagelser. Rekommendationerna till respektive nämnd som omfattats av granskningen i kommunerna samt regionstyrelsen framgår av revisorernas gemensamma missiv

## Det finns en tydlig styrning och starka incitament för samverkan

Genom införandet av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (LUS) har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att regionen och kommunerna har tecknat en överenskommelse som ger en tydlig roll- och ansvarsfördelning för styrning av det övergripande arbetet. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.

På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. Eftersom samverkan i hög grad är reglerad genom lag och överenskommelse bedömer vi inte att frånvaron av politisk styrning i övriga kommuner är anmärkningsvärd. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem.

Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats av regionen och kommunerna i samverkan. Vi bedömer att dessa på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå, men att vissa otydligheter har noterats på genomförandenivå. I flertalet kommuner har organisatoriska anpassningar skett på tjänstemannanivå sedan införandet av LUS.

Metodstödet genom Samverkanswebben bedöms vara otillräckligt. Vi rekommenderar därför regionstyrelsen och ansvariga nämnder att säkerställa eller efterfråga utbildningsinsatser och stödmaterial. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).

## Det finns gemensamma rutiner men de efterlevs inte av parterna

Samverkan kring enskilda patientärenden regleras i den gemensamma riktlinjen för trygg och effektiv samverkan. Riktlinjerna beskriver hur regionens slutenvård och primärvård respektive kommunernas socialtjänst och hälso- och sjukvård ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. Samverkan sker, men vi noterar i granskningen att aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar, kommunikation hanteras genom andra kanaler än genom Prator och patienten är inte involverad i enlighet med lagens intentioner. Det finns många olika orsaker bakom detta och vår bedömning är att både region och kommuner kan vidta åtgärder för att bidra till en förbättrad utskrivningsprocess.

En central del i LUS är att samverkan i utskrivningsprocessen ska inledas redan vid inskrivning. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs utskrivningsprocessen i tre olika färgkoder beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess. Av granskningen framgår

att aktörerna inte har samsyn kring vilken processfärg som ska tillämpas. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan förändring i bedömningen av patientens tillstånd och behov, vilket innebär att patienter kan ha omfattande behov av omvårdnad, sjukvård eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange". Det beskrivs också att val av process skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar trots likvärdiga behov hos patienten. Slutenvården delar bilden av att antalet röda processer totalt sett är färre för tillfället. Fördelningen har inte analyserats.

Vi ser en risk i att den detaljerade aktivitetsfördelningen i riktlinjen riskerar att medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Beskrivningen av utskrivningsprocessens olika faser är utförlig men flödet av aktiviteter kopplade till utskrivningsprocessen är invecklade och tidsmässigt utdragna, vilket kräver både kunskap och kontinuitet bland medarbetarna. Vår bedömning är att respektive sjukhusledning behöver säkerställa att det finns interna rutiner i form av exempelvis checklistor som leder till att utskrivningsplanering initieras redan vid inskrivning för de patienter som är i behov av fortsatt stöd från regional primärvård, hemsjukvård eller socialtjänst efter utskrivning. En framgångsfaktor som lyfts fram både inom slutenvården och hos övriga aktörer är att sjukhusavdelningarna utser medarbetare med ett särskilt ansvar för att koordinera utskrivningsprocessen. Vid de granskade sjukhusen varierar det mellan olika verksamheter i vilken grad sådana funktioner tillämpas.

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom vårdcentralen, när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut. För denna roll tillämpas funktionen samordningssjuksköterska som i första hand arbetar med multisjuka och äldre. I granskningen noterar vi att samordningssjuksköterskan i hög grad fungerar som en administrativ samordnare utan rimliga förutsättningar att ta det helhetsansvar för patientens fortsatta sjukvård efter utskrivning som är lagens intention. Ambitionen kan i många fall vara att vid senare tillfälle utse en annan fast vårdkontakt i lagens mening. Vi bedömer att regionstyrelsen behöver tydliggöra vad uppdraget innebär och vilka förväntningar och förutsättningar som finns. Samtidigt bedömer vi det vara väsentligt att vårdcentralerna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget. Om ambitionen är att tillämpa en initial samordnande kontakt för utskrivningen som sedan överlämnar till en fast vårdkontakt eller läkarkontakt bör detta beröras i riktlinjerna. Dessa utvecklingsområden är kritiska eftersom den fasta vårdkontakten spelar en avgörande roll för att patientperspektivet ska kunna säkerställas genom hela vårdkedjan.

Ett problem under vårdtiden och i samband med utskrivning är bristande informationsöverföring mellan aktörerna. I Prator saknas ofta nödvändig information, med konsekvensen att kommunernas medarbetare inom både myndighet, hemtjänst och hemsjukvård får ringa sjukhusen och söka kompletteringar över telefon. Samverkan blir mer personbunden och viktig informationsöverföring riskerar att gå förlorad. Det blir också en ökad belastning för sjukhusen att bemöta förfrågningarna.

## Kunskapen om utskrivningsprocessen och om varandra behöver stärkas

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottenar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Det framkommer frustration från

flera håll över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan korttidsboende som uppfattad vårdinstans, kommunal hemsjukvård och specialistvård som exempelvis SSIH, där palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. Flera intervjuade lyfter fram att en översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam skulle kunna vara en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en upplevd brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper. Läkare belyser att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser; samtidigt som hemtjänsten belyser att rätt förbrukningsmaterial ofta saknas när patienten skrivs ut från sjukhus.

Ovan beskrivna konfliktytor är exempel på bristande kunskap och förståelse för varandras organisatoriska förutsättningar och arbete utefter skilda lagstiftningar. För att de gemensamma rutinerna i högre utsträckning ska efterlevas av samtliga aktörer ser vi i ett behov av att stärka kunskapen om utskrivningsprocessen, varandras organisatoriska förutsättningar samt skilda lagstiftningar.

## Utskrivningsprocessen går fort och mycket behöver hända på slutet

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan kommunens biståndsenhet har meddelat att kommunen är klara med sin planering. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten. Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen över veckodagar är jämnt fördelad. Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma tider bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla uppgifter. Enligt riktlinjen ska nytillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. Därtill kan det enligt processflödet vara en grön patient, men som kommunerna bedömer vara en patient med stor komplexitet eller i behov av omfattade insatser, vilket kräver planering och erfaren personal. Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl patientens välmående som för samverkan.

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen samt rehab som arbetar utefter samma lagstiftning. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SoL och HSL-insatser. Flera av kommunerna har arbetat för att stärka upp sina rutiner kring detta under 2022. Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.

Merparten av de intervjuade förmedlar en bild av att utskrivningsprocessen i deras uppfattning går för fort och att utskrivningen i många fall hade blivit bättre om patienten vårdades på sjukhus en dag till. Våra iakttagelser i granskningen tyder dock på att det finns moment att utveckla som inte beror på tidsbrist. Genom att initiera en större del av planeringen tidigare under vårdtiden, forma en mer

välfungerande intern och extern kommunikation mellan aktörerna och säkra kunskap och förståelse för varandras organisation är vår uppfattning att en till dag på sjukhus inte är nödvändig.

## Parternas fortsatta stöd samordnas utan patientens delaktighet

En central del i arbetet med att säkerställa en trygg hemgång med vård- och omsorgsinsatser av god kvalitet är genomförandet av samordnad individuell planering (SIP) där patienten eller närstående ska ges möjlighet att delta. Vår bedömning är att lagens intentioner avseende SIP inte har uppfyllts. Det saknas dokumentation över hur ofta SIP sker, men av intervju framkommer att SIP endast sker i en liten del av de fall där patienten har ett fortsatt behov av stöd.

Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP; vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Medicinskt ansvariga sjuksköterskor lyfter att SIP inte alltid initieras i tid av sjukhusen ens vid komplicerade fall, exempelvis patienter med trakeostomi där det enligt separat överenskommelse alltid ska ske en riskbedömning och SIP. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningen och den efterföljande vården.

Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att vårdcentralerna uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten. Intervjuade från vårdcentralerna känner igen beskrivningen och upplever sig inte ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Vi noterar dock att vårdcentralerna är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar är ett viktigt exempel.

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutenvård byggas på delaktighet och samtycke från patienten. En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång. Kommunikationen med patienten förefaller därtill vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt kommunalt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

## Rätt stöd finns inte alltid på plats vid hemgång

I samband med utskrivning och hemgång finns det flera komplicerande faktorer som försvårar samverkan. Att sjukhusens preliminära utskrivningsdatum förändras med kort varsel skapar problem i planeringen för både kommuner och regionens primärvård. I många fall finns det medicinska skäl till snabba förändringar och detta behöver alla parter ha förståelse för. Samtidigt bedömer vi att respektive sjukhusledning kan underlätta processen genom att säkra rutiner där de preliminära utskrivningsdatumen omprövas löpande och med så lång framförhållning som möjligt.

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till ineliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är ineliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver

sjukhusen att det inom den regionala rehabiliteringsverksamheten finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel. När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller inte tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt. Därtill vittnar representanter från kommunerna om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till ytterligare behov av att eftersöka information.

## Mer kan göras för att minska undvikbara återinskrivningar

Av den länsgemensamma överenskommelsen framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad ett gemensamt arbete ska leda till. Vi noterar att vissa övergripande aktiviteter pågår kring exempelvis fallprevention.

Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en presentation till Länsstyrgruppen där bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp framgår. I sammanställningen finns ingen statistik över antalet eller andelen återinskrivningar inom 30 dagar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen politiskt beslutad målsättning om andelen återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen i december.

Arbetet med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att *trygg hemgång* används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Eftersom insatsen är personalintensiv och svår att få jämn beläggning i har dock flera kommuner valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten trots att den upplevts positiv ur patientperspektiv.

Vi rekommenderar att regionstyrelsen bör överväga att anta en målsättning om att minska andelen återinläggningar inom slutenvården som orsakas på grund av brister i samordning och planering. Vi bedömer också att kommunerna på individnivå bör följa upp återinläggningar av patienter som nyligen kommit hem från slutenvården, för att säkerställa att de kommunala insatserna i samband med hemgång har utförts ändamålsenligt för att säkra en trygg hemgång. Därtill bedömer vi att regionstyrelsen bör överväga att göra en samlad uppföljning och utvärdering av de lokala initiativ som har tagits för att motverka undvikbara återinskrivningar, i syfte att identifiera framgångsexempel.

## Uppföljningen är fokuserad på kvantitativa data och betalningsansvar

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Det har inte tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad. Den länsövergripande riktlinjen följs upp regelbundet. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Åtterrapporering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.

## Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen. Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras i regel direkt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna upplever att sjukhusen svarar på få avvikelser, och att svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras avvikelserrapporterna i den aktuella situationen av berörda medarbetare, utskrivningssamordnare eller ansvarig enhetschef, och på sammanställd nivå eller av MAS, MAR, eller utskrivningsledare i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte. I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser.

Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserrapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserrapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åtterrapporering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.

Stockholm den 14 december 2022

Nina Högberg  
Certifierad kommunrevisor

Josefine Algotsson  
Verksamhetsrevisor

David Leinsköld  
Verksamhetsrevisor

Anders Hellqvist  
Certifierad kommunrevisor



## 1.1 Bakgrund

Den 1 januari 2018 trädde Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS) i kraft. Lagen syftar till att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för enskilda som efter utskrivning från slutna vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården. Lagen ska särskilt främja att en patient med behov av insatser skrivs ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlade läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Ovanstående ska uppnås genom samverkan mellan de två huvudmännen regionen och kommunen.

Regionstyrelsen i Sörmland har vårdgivaransvar och socialnämnderna eller vård- och omsorgsnämnderna i länets samtliga kommuner har ansvar för den sociala omsorgen för brukare över 65 år. För samverkan mellan region och kommun finns nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Nämnden har i uppdrag att följa upp och föreslå samverkansmöjligheter mellan regionen och kommunerna. Samverkansavtalet är beslutad av NSV.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte är att ge underlag för att bedöma om regionstyrelsen och respektive nämnd med ansvar för social omsorg i respektive kommun säkerställer en ändamålsenlig process för samverkan kring utskrivningsklara patienter så att en god vård och social omsorg av god kvalitet främjas. Syftet uppnås genom att besvara följande revisionsfrågor:

- ▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutna vård" ändamålsenlig?
- ▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?
- ▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?
- ▶ Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?
- ▶ Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?
- ▶ Har regionen säkerställt att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?
- ▶ Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar för att förebygga undvikbara återinskrivningar?
- ▶ Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklings syfte?

## 1.3 Ansvariga nämnder

Granskningen omfattar följande delar av organisationen inom Region Sörmland och samtliga kommuner i Södermanlands län:

Region/kommun	Ansvarsprövad nämnd/bolag
Region Sörmland	Regionstyrelsen
Eskilstuna kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Flens kommun	Socialnämnden
Gnesta kommun	Socialnämnden

Katrineholms kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Nyköpings kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Oxelösunds kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Strängnäs kommun	Socialnämnden
Trosa kommun	Vård- och omsorgsnämnden
Vingåkers kommun	Socialnämnden

## 1.4 Avgränsningar

Granskningen har avgränsats till samverkan mellan den somatiska slutenvården, primärvården och den sociala omsorgen inom kommunen. Granskningen har avgränsats till att beröra patienter/brukare över 65 år.

## 1.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom intervjuer och dokumentstudier (se bilaga). EY följer SKYREVs riktlinjer avseende planering, rapportskrivning och avrapportering. Intervjuade har haft möjlighet att faktagranska samt ge synpunkter på rapportutkastet. Utförd oktober 2022 - december 2022.

## 1.6 Bedömningsgrunder

Denna granskning har sin primära utgångspunkt i *Lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård av utskrivningsklara patienter (LUS)*. Den bedömningsgrund som bildar underlag för granskningen hämtats från lagar, överenskommelser, policyer och styrdokument. Nedanstående bestämmelser utgör bedömningsgrund mot vilka olika slutsatser och bedömningar kommer att ställas. Innehållet i bedömningsgrunderna redogörs för löpande i rapporten.

- ▶ Lag (2017: 612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård, i sin helhet.
- ▶ Socialtjänstlagen (SoL 2001:453) 2 kap. 7 §
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 2017:30) 16 kap. 4 §
- ▶ Region- och kommunfullmäktiges mål och budget för 2022 för respektive kommun

## 2. Styrmodell och incitament för samverkan

*När personer har behov av vård och omsorg från flera olika vårdgivare ställs stora krav på planering och samverkan. Att vårdens aktörer har säkerställt välfungerande samverkanstrukturer är en grundförutsättning, men en trygg vårdkedja kräver även att planeringen utgår från den enskilde patientens behov och önskemål. Därför behöver patienten/brukaren och närstående involveras tidigt och strukturerat i arbetet för att utskrivningskedjan ska bygga på trygghet, kontinuitet och säkerhet.*

### 2.1 Sörmland etablerade tidigt former för trygg och effektiv utskrivning

Region Sörmland och länets kommuner har ingått en överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning. Syftet med överenskommelsen är att åstadkomma en god vård på rätt vårdnivå, där ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Vi noterar dock att uppföljning enligt överenskommelsen ska följa särskild plan men sådan plan saknas.

Bakgrund till överenskommelsen är att regeringen 2014 beslutade om en översyn av den dåvarande lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Det fanns ett behov av att minska den tid som utskrivningsklara patienter vistades i slutenvården i onödan på grund av långa ledtider mellan slutenvården och vård och omsorg i hemmet eller i särskilt boende. En viktig utgångspunkt med utredningen var att förbättra formerna för samverkan mellan huvudmännen.<sup>1</sup> När betänkandet *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*<sup>2</sup> presenterades agerade NSV i Sörmland proaktivt och initierade ett arbete med att skapa gemensamma arbetssätt i linje med lagförslaget. När *Lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård*<sup>3</sup> beslutades av riksdagen<sup>3</sup> och trädde i kraft 1 januari 2018 hade Region Sörmland och länets kommuner redan under ett års tid gradvis anpassat sina verksamheter till den nya lagen.

I överenskommelsen finns två övergripande mål:

*Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:*

- ▶ känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård
- ▶ är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv

Överenskommelsen definierar det specifika ansvar som kommunerna och regionen har i detta samarbete:

---

<sup>1</sup> Dir 2014:27 Kommittédirektiv *Betalningsansvarslagen*

<sup>2</sup> SOU 2015:20

<sup>3</sup> Prop. 2016/17:106

Kommunens ansvar	Regionens ansvar	Gemensamt ansvar
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kommunens ansvar är att patienten kan lämna sjukhuset när den bedöms vara utskrivningsklar samt medverka i SIP när regionen bedömer att det krävs för utskrivning.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Regionens slutenvård har ansvar att underrätta kommunen/berörda öppenvårdsenheter inom 24 timmar efter inskrivning, bedöma om patienten är utskrivningsklar samt delta i SIP om öppenvården kallar.</li> <li>• Regionens öppenvård ansvarar för att utse fast vårdkontakt senast tre dagar efter underrättelse om att en patient är utskrivningsklar, innan personen skrivs ut från den slutna vården. Den utsedda fasta vårdkontakten ska kalla till SIP senast tre dagar efter att en underrättelse mottagits om att patienten är utskrivningsklar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Parterna ska tillhandahålla resurser och informationsöverföringssystem för att individen ska komma hem på ett tryggt sätt efter slutenvårdsvistelsen. Samordnad individuell planering (SIP) ska i huvudsak utföras i hemmet men i särskilda fall ska samtliga parter kunna kalla till en SIP under sjukhusvistelsen. Parterna har ett gemensamt ansvar att tillräckliga resurser ges till hjälpmedelsprocessen för att utskrivningen från slutenvård ska kunna ske tryggt och effektivt. Alla berörda parter har ansvar för att medverka i att en SIP upprättas och följs.</li> </ul>

Överenskommelsen reglerar även kommunernas betalningsansvar (se nedan) samt hur eventuella tvister skall lösas. Tvister och samarbetsproblem löses i första hand på lokal chefsnivå. Om problemet inte kan lösas där lyfts frågan till länsstyrgruppen. Kan länsstyrgruppen inte lösa frågan diskuteras frågan vidare i nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV). Vid tvist som inte kan lösas enligt ovan får frågan lyftas till domstol.

Länsstyrgruppen för nära vård fastställde i december 2016 riktlinjer för att reglera processen kring tryggt och effektiv utskrivning och för att ge stöd i det dagliga arbetet. Riktlinjerna beskriver hur samtliga aktörer ska agera under respektive steg i utskrivningsprocessen. Innehållet i riktlinjerna återges i kapitel 3. Riktlinjerna reviderades senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

## 2.2 Modellen för betalningsansvar främjar samverkan

Enligt LUS ska kommunen ersätta den region som en patient vårdas inom efter att patienten bedömts utskrivningsklar.<sup>4</sup> Kommunerna kan debiteras med 9300 kronor per dygn 2022, enligt årlig beräkning av genomsnittskostnad från Socialstyrelsen (HSLF-FS 2021:83). Hittills har ingen kommun blivit betalningsansvarig. Vår bedömning är att modellen premierar arbetet med att korta ledtiderna på övergripande nivå istället för att rikta fokus på enstaka långliggande patienter.

Den betalningsmodell som har utarbetats i den regionala överenskommelsen skiljer sig avsiktligt från lagstiftningens grundmodell, vilken är dispositiv och får ändras genom lokala överenskommelser. Från att räknas per ineliggande patient tillämpas i Sörmland en genomsnittmodell där kommunen blir betalningsskyldig om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar överskrider tre kalenderdagar<sup>5</sup> under tre månader i följd. Representanter från varje kommun och regionen ska enligt överenskommelsen månatligen kontrollera följsamhet. Om det genomsnittliga antalet dagar i slutenvården överstiger tre dagar ska en gemensam analys och lämpliga åtgärder

<sup>4</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård, 5 kap.

<sup>5</sup> Beräknas enligt följande: Totala antalet dagar i slutenvård efter utskrivningsklar divideras med totalt antal utskrivningsklara personer.

genomföras. Om problemet kvarstår månad tre ska kommunen ersätta regionen på individnivå från och med månad fyra.

Det genomsnittliga antalet dagar per månad har varierat mellan 0,29-1,04. Samlat genomsnitt var 0,5 dagar under hela perioden 2019-2021, långt från betalningsansvarets gräns på 3 dagar.

## 2.3 Organisationen för att säkerställa god samverkan är komplex och omfattande

Den regionala överenskommelsens parter är Region Sörmland och kommunerna i Södermanlands län. Regionstyrelsen ansvarar för att vården bedrivs i enlighet med överenskommelsen. Den gemensamma nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård (NSV) har i uppdrag att följa upp och föreslå utveckling av samverkansmöjligheter mellan regionen och länets kommuner. Utveckling och uppföljning av samverkan sker både i vårdlinjeorganisationen och i den regionala samverkansstrukturen. Vår bedömning är att det är tydligt hur det formella ansvaret är fördelat. Vi noterar dock att många tjänstepersoner ingår i flera olika samverkansforum med överlappande agendor vilket riskerar att skapa en upplevd otydlighet.

### 2.3.1 Riktlinjer och utvecklingsarbete formas i den regionala samverkansstrukturen

Inom NSV:s ansvarsområde finns Sörmlands läns gemensamma regionala stöd inom socialtjänst och vård. I det ingår närvårdsstrukturen där den läns gemensamma styrgruppen för närvård (länsstyrgruppen) utgör beredningsgrupp till NSV. Länsstyrgruppen består av representanter från länets nio kommunerna, regionen och FoU i Sörmland. Inom länsstyrgruppen har det fastställts riktlinjer som i detalj reglerar arbetet med trygghet och effektiv utskrivning.

Länsstyrgruppen har i sin tur utsett ett antal beredningsgrupper med olika fokusområden, bland annat en beredningsgrupp som arbetar med att utveckla samverkan kring målgruppen äldre. Beredningsgruppen har i sin tur utsett tre geografiskt indelade arbetsgrupper.



Figur 1: Den regionala samverkansstrukturen.

Det är inom dessa arbets-, berednings- och styrgrupper som de nu gällande riktlinjerna har utarbetats. Här sker också merparten av alla diskussioner kring resultat, brister och utveckling.

För att samordna verksamheterna på det lokala planet och bidra till att skapa nätverk mellan kommunerna, vårdcentralerna och sjukhusen finns tre närvårdscoordinatorer, en för respektive länsdel. Ansvaret är främst att främja en gemensam utveckling av närvård i länet genom att skapa mötesarenor och utveckla dialogen. Arbetet sker genom att leda och stödja nödvändiga samverkans- och förändringsprocesser på lokal nivå inom lednings- och arbetsgrupper för närvården samt genom att delta i länsövergripande närvårdsutveckling. Närvårdscoordinatorn är en gemensam resurs för hälso- och sjukvårdsförvaltningen och arbetar på uppdrag av regionens hälso- och sjukvårdsledning.

Därutöver finns i varierande omfattning lokala samverkansstrukturer mellan regionen och enskilda kommuner, se respektive kommuns tabell i kapitel 5. Utbyte sker också i professionsnätverk för exempelvis socialchef och MAS. Intervjuade lyfter också fram deltagande i utbildningar, seminarier eller forskningsprojekt hos Forskning och utveckling i Sörmland (FoUIS) kring bland annat brukarinflytande, kompetensförsörjning, Nära vård i Sörmland samt kring SIP.

I intervju lyfts att samverkan mellan regionen och kommunerna är bra, men att det är tids- och resurskrävande samt att samverkan mellan kommunerna i länet är ett förbättringsområde. Mer specifikt framhålls att det finns många former för samverkan i de olika länsdelarna, men inte samma erfarenhetsutbyte mellan länsdelarna.

### 2.3.2 Regionstyrelsen säkerställer att vårdorganisationen bidrar till en trygg utskrivning

Regionstyrelsen är enligt reglemente hälso- och sjukvårdsnämnd, förutom för primärvård och rättspsykiatri, och utövar därmed den övergripande planeringen av hälso- och sjukvård samt habilitering och de har även vårdgivaransvar. Regionstyrelsen har fastställt regler för bedrivande av primärvård som säkerställer att verksamhet i såväl egen regi som privat regi bidrar till en trygg och effektiv utskrivning. Nämnden för primärvård, rättspsykiatri och Dammsdalskolan har vårdgivaransvar för drift och utförande av primärvård i egen regi inom ramen för vårdvalssystemet.

Genom Hälsoval Sörmland har medborgarna möjlighet att fritt välja vårdcentral inom länet. Både offentliga och privata vårdgivare måste leva upp till det grundåtagandet i inriktningsdokument för primärvården.<sup>6</sup> Godkännandet förutsätter att vårdcentralen åtar sig det uppdrag som är formulerat i "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland"<sup>7</sup>. I regelboken ställs krav på samverkan och vårdplanering. Reglerna säger bland annat att alla vårdgivare ska samverka med övrig hälso- och sjukvårdsverksamhet och andra aktörer för att säkerställa kompetens, kvalitet och kontinuitet i vårdkedjorna. Vårdprogram och lokala överenskommelser mellan primärvård, sjukhuskliniker och de kommunala vårdgivarna ska följas, däribland överenskommelsen om trygg och effektiv utskrivning.

Alla vårdgivare ska ingå i den struktur för närvårdssamverkan som finns på lokal nivå så väl som länsnivå. Vid behov ska vårdgivaren också kunna vara representant för primärvården i länsgemensamma arbetsgrupper.

### 2.3.3 I enstaka kommuner har det tagits politiska beslut om samverkan – men alla förvaltningar har behövt anpassa sig

I länets kommuner förekommer det endast i enstaka fall (Eskilstuna och Nyköping) att ansvariga nämnder har beslutat om mål eller uppdrag med direkt bäring på utskrivningsprocessen. I övriga kommuner saknas politisk styrning, alternativt förekommer det endast som liten del i beskrivande texter av övergripande mål.

För kommunen varierar förekomsten av lokala och verksamhetsnära rutiner. Flertalet kommuner har inte upprättat lokala rutiner med hänvisning till att den länsgemensamma är tillräckligt utförlig. I de

<sup>6</sup> Beslutat av regionfullmäktige den 21 april 2020 § 62/20.

<sup>7</sup> *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022* (RS-LED21-2443).

fall lokala rutiner har upprättats rör det sig om verksamhetsnära rutiner som behandlar ett specifikt steg i utskrivningsprocessen, exempelvis beställningar från biståndsenhet till hemtjänst.

I samband med införandet av LUS och den gemensamma riktlinjen har kommunerna i sin tur sett över avtalen med externa utförare av omsorgstjänster. Bland länets kommuner finns en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrietssystem. Intervjuade uppger att det framförallt är inom vårdvalssystem för hemtjänst som anpassningar har behövt ske, i första hand avseende inställelsetider för att verkställa insatser för utskrivningsklara patienter. I respektive granskad kommuns förfrågningsunderlag för LOV inom hemtjänst förekommer det en variation i vilken grad kommunerna uttryckligen kräver att samverkan med regionens verksamheter tillämpas i efterföljande led (se bilaga för respektive kommun). Den gemensamma rutinen för samverkan vid utskrivning innehåller aktiviteter som kräver direkt kommunikation mellan slutenvård och utförare av hemtjänst.

För kommunerna har implementeringen av LUS och riktlinjen för samverkan inneburit ökad administration och i vissa fall behov av nya arbetssätt. Förändringen har enligt uppgift från intervjuade hanterats genom omfördelning av befintliga resurser. Att omorganisera eller förstärka myndighetsenheterna för att hantera snabbare utskrivningar är vanliga åtgärder. Vissa kommuner har exempelvis specialiserade biståndshandläggare som enbart jobbar med utskrivningar.

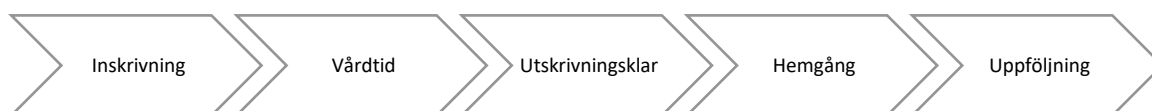
I flera kommuner har det också utarbetats särskilda arbetssätt för att stödja personer med omfattande eller komplexa behov vid utskrivning, under namnen *Trygg hemgång*, *Tryggt mottagande*, *Hemgångsteam* eller motsvarande. Upplägget varierar men i regel handlar det om förstärkt hemtjänst utförd av en särskilt utsedd personalgrupp som under en begränsad tid (vanligen högst två veckor) säkerställer en välfungerande hemgång innan ordinarie insatser och personal tar över. Vi noterar att flera kommuner i länet också beskriver att de tidigare har haft motsvarande arbetssätt men nu har avvecklat dessa. Orsaken uppges vara att det tog för mycket resurser i anspråk och att det i perioder visade sig vara ineffektivt sett till det ojämna patientflödet. De intervjuade är dock eniga om att det ur ett patientperspektiv var bra lösningar.

### 3. Samverkan kring enskilda patientärenden

För att säkerställa tillämpningen av LUS har gemensamma riktlinjer för trygg hemgång och effektiv samverkan utformats. De gemensamma riktlinjerna beskriver hur aktörerna ska agera i de olika aktiviteterna i utskrivningsprocessen. För att underlätta bedömningen av hur utskrivningen ska göras beskrivs processen i tre olika steg beroende på komplexitet: grön, gul och röd utskrivningsprocess.

Grön process	Gul process	Röd process
<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som är känd i kommunen och som skrivs ut från sjukhuset med samma eller likartade insatser som före sjukhusvistelsen.</li><li>• Patient som inte är känd i kommunen, och som är i behov av enklare medicinska åtgärder samma eller nästkommande dag.</li><li>• Patient som inte är känd i kommunen och som har mindre nytillkomna insatser tex larm, och som inte behöver startas upp samma dag som hemgång.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser som ska startas upp samma dag som hemgång.</li><li>• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt gul process ska patienten vanligtvis gå hem samma dag som den är utskrivningsklar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Patient som skrivs ut från sjukhuset med insatser med stor komplexitet eller behov av mycket omfattande insatser</li><li>• Om patienten bedöms kunna planeras ut enligt röd process ska patienten vanligtvis kunna gå hem tidigast dagen efter att SIP upprättas.</li></ul>

Oavsett bedömd processfärg delas processernas aktiviteter efter inskrivning in i följande faser:



Figur 2: Processens faser från inskrivning till uppföljning enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan.

Riktlinjerna innehåller också vägledning till proaktivt arbete i hemmet, samt riktlinjer kring patienter som uppsöker akutmottagningen men inte behöver skrivas in i slutenvården. Dessa processer omfattas ej i denna granskning.

I granskningen har vi noterat att de olika aktörernas följsamhet till riktlinjerna varierar. Nedan presenteras bedömningsgrunder för varje steg, väsentliga observationer från granskningen samt sammanfattade bedömningar.

Vi vill betona att det i merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.



### 3.1 Steg 1: Inskrivning

Enligt LUS ska berörda enheter underrättas om en patient vid inskrivning bedöms behöva insatser från socialtjänsten eller öppenvården efter utskrivning.<sup>8</sup> Inskrivningsmeddelande ska innehålla beräknat utskrivningsdatum samt patientens personuppgifter och skickas senast 24 timmar efter inskrivning. Om ett behov av insatser från kommun eller öppenvård upptäcks eller uppstår senare under vårdtillfället ska inskrivningsmeddelande skickas senast 24 timmar efter bedömningen. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras ska den slutna vården så snart det är möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 1 - Inskrivning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Skicka inskrivningsmeddelande i Prator inom 24 timmar för patienter med pågående insatser från hemtjänsten och/eller hemsjukvård. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla uppgift om beräknad utskrivningsdag samt efter samtycke även preliminär diagnos. Om utskrivningsdatum ändras ska kommun och öppenvård meddelas. Ange patientens telefonnummer i Prator.</li><li>● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.</li></ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li></ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li></ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"><li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag.</li><li>●●● Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li><li>●●● Individuellt anpassade hjälpmedel (exempelvis komfortullstol) bör följa patienten till sjukhuset.</li><li>● Särskild rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.</li></ul>

Ankom: 2023-01-04 Ärende: KS:2023,2, Handling: 478854

#### 3.1.1 Det finns ett väletablerat system för informationsöverföring som har både starka och svaga sidor

För informationsöverföring och utskrivningsplanering mellan slutenvård, öppenvård och kommun används systemet Prator, som finns till specifikt för detta ändamål. Alla vårdtagare inom den somatiska slutenvården (oberoende av diagnos eller ålder) som behöver insatser från kommunen och/eller hälso- och sjukvården efter utskrivning ska efter samtycke skrivas in i Prator. Systemet innehåller stöd för trepartsdokumentation av varje steg i utskrivningsprocessen och har stöd för tilläggsanteckningar/meddelanden fristående från de avgränsade aktiviteterna.

Av intervjuer framgår att Prator generellt uppfattas vara ett ändamålsenligt verktyg. Det beskrivs vara funktionellt, relativt användarvänligt och skapar goda förutsättningar för en välfungerande samverkan. En risk som framhålls i flera intervjuer är att utskrivningsprocessen blivit så nära förknippad med systemet Prator att många medarbetare inte känns vid att delar av utskrivningsprocessen behöver ske utanför systemet.

En problematik som framkommer av intervjuerna är att behörigheten i Prator skiljer sig åt mellan kommunerna. I vissa kommuner har biståndsenheten och eventuell ytterligare legitimerad personal med behörighet tillgång till Prator. I andra kommuner har även hemtjänstenheten tillgång till Prator.

<sup>8</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 1-4 §§

En följdfeffekt är att mycket kommunikation sker muntligt över telefon utöver Prator, både internt inom kommunen samt externt med regionen. Det skapar också en ovisshet från sjukhusens sida när kommunikationsrutinerna varierar beroende på vilken kommun patienten är hemmahörande i.

Ytterligare ett problem som lyfts fram i intervjuer är att det inte finns en koppling till journalsystemen, utan Prator används parallellt med varje huvudmans övriga system, vilket orsakar extra administration.

Ett nytt kommunikations- och informationsöverföringssystem ska ersätta Prator i oktober 2024. Av intervjuer framkommer att det finns en oro inför bytet av IT-system. Oron gäller både funktionalitet och den befarat omfattande implementerings- och utbildningsprocessen.

### 3.1.2 Aktörerna är inte överens om vilken processfärg som ska tillämpas

Beroende på patientens uppskattade stöd- och omvårdnadsbehov efter utskrivning väljer sjukhuset om grön, gul eller röd process ska tillämpas. Av intervjuer framkommer att det råder delade uppfattningar mellan aktörerna om val av process. Konsekvensen av detta blir att aktörerna inte aktiverar en planeringsform anpassad till patientens behov av stöd.

Målgrupp för respektive processfärg definieras i riktlinjen. Kommunerna beskriver att de har upplevt en ökad förskjutning där tidigare röda processer har blivit gula likväl som att gula processer nu bedöms som gröna. Detta utan att en förändring i bedömningen av patientens hälsotillstånd skett, vilket innebär att patienter kan ha omfattande omvårdnadsbehov, hjälpmedelsbehov eller bostadsanpassning i en lägre processnivå. Kommunerna beskriver också en breddning av den gula processen vilken kan vara "allt ifrån ljusgul till orange", vilket riktlinjen inte stödjer. Biståndsenheternas uppfattning är att val av processfärg skiljer sig mellan sjukhus och mellan avdelningar inom samma sjukhus, trots likvärdiga behov hos patienten.

Intervjuade från sjukhusen delar bilden av att antalet rödmarkerade processer är färre för tillfället. Det finns inte ett uttalat mål om att minska antalet röda processer och fördelningen har inte analyserats. Intervjuade från både kommuner och sjukhus lyfter flera delvis motstridiga spekulationer kring förskjutningen, vilka vi bedömer kan vara relevanta för länsstyrgruppen att analysera närmare:

- Att sjukhusets tilltro till kommunernas sjukvårdskompetens har ökat i takt med att samverkan blivit mer etablerad.
- Att sjukhuset inte har tillräcklig kunskap om begränsningarna i kommunens kompetens och uppdrag.
- Att det finns en önskan om att regionens primärvård ska bli mer involverade och ta ett större ansvar i utskrivningsprocessen, vilket kan uppnås om fler processer är gröna eller gula.
- Att patienter motsätter sig det stöd som finns att få och inte vill delta i en SIP.
- Att personalsituationen på sjukhusen blivit mer pressad och att det är för tidskrävande att ta den röda processens samordnande ansvar.

Konsekvensen av att patienter med omfattande behov av stöd klassificeras med fel färg är huvudsakligen att den samordnade planeringen inte påbörjas i tid. Det kan leda till att patienten blir kvar på sjukhus, eller att patienten kommer hem med ett större stödbehov än kommunen väntat sig vilket kan leda till återinskrivning. Rätt form av samordnad planering är viktigt för att säkerställa patientens delaktighet och trygghet.

### 3.1.3 Förändringar av utskrivningsdatum orsakar problem för kommunerna

I samband med att patienten skrivs in på sjukhus ska ett inskrivningsmeddelande skickas till berörda enheter med uppgift om beräknad utskrivningsdag. Om datumet ändras ska kommunen och öppenvård meddelas.

Intervjuade biståndshandläggare uppger att en stor svårighet i planeringen av insatser är att det preliminära utskrivningsdatumet ofta ändras med kort varsel. Om utskrivningsdatumet tidigareläggs

leder det till svårigheter att hinna planera för mottagandet och verkställa insatserna. Om utskrivningsdatum å andra sidan senareläggs med kort varsel leder det istället till att kommunen har avsatt resurser (exempelvis schemalagt hemtjänstpersonal eller reserverat plats på korttidsboende) som inte nyttjas, vilket skapar onödiga kostnader för kommunen samt påverkar planeringen för andra brukare.

Sjukhusen beskriver att det är en stor utmaning att kunna förutse när en patient ska skrivas ut, inte minst multisjuka patienter vars hälsotillstånd snabbt kan förändras. Därtill utgör utskrivningsdatumet en viktig del i att tillvarata patientperspektivet då patienten genom att ha ett utskrivningsdatum att förhålla sig till blir involverad i processen.

### 3.1.4 Samordnande funktioner underlättar utskrivningsprocessen

Vid samtliga av länets sjukhus finns utskrivningssamordnare, vilka är undersköterskor och som ansvarar för att koordinera samverkan kring patientärenden. Omfattningen varierar (heltid, deltid eller inte alls) beroende på hur respektive avdelningschef planerat arbetet. Till stöd finns vid varje sjukhus en utskrivningsledare som har ett övergripande ansvar.

Funktionen beskrivs i intervjuer underlätta samverkan både kring enskilda patientärenden och på en övergripande nivå. De beskrivs underlätta utskrivningsprocessen samt fungera som en brygga mellan sjukhusen, vårdcentralerna och kommunerna, inte minst vid eventuella avvikelser eller missförstånd i samverkan. På de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare beskrivs utskrivningsprocessen vara mer tidskrävande för båda huvudmännen och enligt de intervjuade sker fler avsteg från riktlinjen. Därutöver beskrivs det finnas en relativt stor personalomsättning bland utskrivningssamordnarna samt att det endast på ett fåtal avdelningar finns flera utskrivningssamordnare som kan tjänstgöra om ordinarie utskrivningssamordnare är sjuk eller har semester. Sommarmånaderna beskrivs vara extra besvärliga.

Det varierar mellan kommunerna i vilken omfattning motsvarande funktion finns utsedd. I vissa kommuner har särskilda biståndshandläggare ett uttalat ansvar för utskrivningsprocessen, medan andra kommuner har valt att låta det vara en del av alla biståndshandläggares uppdrag för att minska personbundenheten.

### 3.1.5 Den fasta vårdkontaktens roll har sammanfogats med samordningssköterskornas

Enligt LUS ska en fast vårdkontakt utses av verksamhetschef inom den öppna vården (vårdcentralen), när ett inskrivningsmeddelande mottagits och innan patienten skrivs ut.<sup>9</sup> Enligt riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan ska en fast vårdkontakt alltid utses. Enligt "Regelbok för bedrivande av primärvård i Region Sörmland" ska funktionen samordningssköterska för multisjuka och äldre finnas på varje vårdcentral. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att under utskrivningsprocessen vara fast vårdkontakt åt alla patienter som omfattas av LUS, inte bara multisjuka och äldre. Det varierar mellan vårdcentralerna om detta senare ersätts med en fast läkarkontakt.

Uppdraget *fast vårdkontakt* är inte tydligt formulerat i vare sig LUS eller i de länsgemensamma riktlinjerna. Uppdragets innehåll och omfattning är heller inte tydligt definierat i hälso- och sjukvårdslagen, patientlagen eller i förarbetena till LUS. Av propositionen inför 2010 års förändringar av hälso- och sjukvårdslagen, där rätten till fast vårdkontakt först infördes, framgår att vårdgivare måste säkerställa att det finns rutiner på övergripande nivå och att lokala rutiner kan upprättas för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget samt vilken typ av uppgifter som ska ingå i uppdraget.<sup>10</sup> Av förarbetena till LUS framgår att patienter som omfattas av LUS alltid ska få en fast vårdkontakt, vilket tydliggör den öppna vårdens helhetsansvar för patientens hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen.<sup>11</sup> Utredningen

<sup>9</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 5 §.

<sup>10</sup> Prop. 2009/10:67 *Stärkt ställning för patienten - vårdgaranti, fast vårdkontakt och förnyad medicinsk bedömning*, s. 61f

<sup>11</sup> SOU 2015:20 *Trygg och effektiv utskrivning från slutna vård*, s. 211f.

menade på att den medicinska kompetensen i öppenvården måste vara tillgänglig på ett enkelt sätt såväl för patienten själv som för andra berörda enheter inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Även om patienten i huvudsak får sin dagliga vård från en annan verksamhet.

Uppdraget som fast vårdkontakt beskrivs indirekt i rutinen "Samordningssjuksköterska för multisjuka och äldre". För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. Samordningssjuksköterskan ska förutom att vara fast vårdkontakt för patienten också vara den samordnande kontakten vid samverkan med kommunernas hälso- och sjukvård samt vid kontakt med avdelningar på sjukhuset.

På Samverkanswebben saknas information om uppdraget som fast vårdkontakt. Eftersom lagstiftningen är vag kring denna roll bedömer vi att det kan finnas behov av förtydligande när det gäller processen kring LUS-patienter. Särskilt komplexa riskerar gränsdragningarna att bli när patienten är inskriven på särskilt boende/korttidsboende eller SSIH. Där har patienten vårdkontakter som denne träffar med hög frekvens och kontinuitet. Samtidigt kvarstår rollen som fast vårdkontakt hos vårdcentralen, som mer sällan har kontakt med patienten. Det samordnande helhetsansvaret för den fasta vårdkontakten bör därför definieras tydligare.

Av intervjuade framgår att det pågår ett förändringsarbete inom den regionala primärvården där den fasta vårdkontakten i form av samordningssköterskorna beskrivs vara central i utvecklingen mot ett effektivt resursanvändande och för omställningen till en relationsbaserad nära vård. Intervjuade vårdcentraler redogör för att tilldelningen av fast vårdkontakt sker på olika sätt. Vanligt förekommande är att samordningssköterskorna, eftersom de har tillgång till Prator, blir fast vårdkontakt till samtliga patienter som omfattas av LUS. Samordningssköterskan kan således vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter där uppdraget beskrivs vara en administrativ lösning. Den huvudsakliga arbetsuppgiften beskrivs av intervjuad samordningssköterska vara att ringa det enligt riktlinjen angivna uppföljningssamtalet till patienten inom sju dagar. Vi noterar också att vårdkontakten oftast väljs utan att patienten har kännedom om detta, eller utan att vårdcentralerna efterfrågar eventuella särskilda önskemål.

Implementeringen av samordningssjuksköterska som fast vårdkontakt skiljer sig mellan granskade vårdcentraler. Intervjuade påtalar dock att det inom primärvården saknas resurser för att omställningen ska kunna äga rum i önskad hastighet. Därutöver försvårar en hög personalomsättning omställningen till nära vård med fler fasta vårdkontakter. Införandet av LUS har därför inneburit stora utmaningar för primärvården.

## 3.2 Steg 2: Vårdtid

Enligt LUS ska berörda enheter inom socialtjänsten och öppenvården vid mottaget av inskrivningsmeddelande börja planera insatser som är nödvändiga för att patienten på ett tryggt och säkert sätt ska kunna lämna den slutna vården och efter utskrivning få sina behov tillgodosedda.<sup>12</sup> Målsättningen är enligt den länsövergripande rutinen att den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård genom hela vårdkedjan. Ingen ska behöva vänta på att få komma hem från sjukhuset.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 2 - Vårdtid	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>● Beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator.</li><li>●● Om det senare under vårdförloppet bedöms att patienten behöver insatser skickas inskrivningsmeddelande omgående efter denna bedömning.</li><li>●● Skicka initiativ till SIP via Prator.</li><li>● Status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser beskrivs enligt SBAR i Prator.</li><li>● Förbereda och kalla till SIP som görs på sjukhus innan patienten blir utskrivningsklar. Medverka samt dokumentera vid SIP.</li><li>● Planera inför utskrivning.</li></ul>

<sup>12</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2 kap 6 §.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Vid behov erbjuda kommunens personal utbildning.</li> <li>● Skrymmande nödvändiga hjälpmedel ska beställas så de är hemma när patienten kommer hem.</li> <li>● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård. Uppdrag förbereds och utförs enligt Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län.</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag (vardagar) och ange fast vårdkontakt. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Skriva in adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR.</li> <li>● Planera inför mottagande av medicinskt ansvar och samarbete med kommunens socialtjänst och/eller hemsjukvård.</li> <li>● Förbereda och medverka vid SIP. Tid för uppföljning och samordningsansvarig för SIP ska bestämmas innan utskrivning.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Delta vid utbildning.</li> <li>● Planera inför mottagande i hemmet och samarbete med läkare i landstingsfinansierad öppenvård.</li> <li>● Bekräfta uppdraget till hemsjukvården.</li> <li>● Förbered och medverka vid SIP.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta inskrivningsmeddelandet samma dag. Informera sjukhuset om aktuella insatser.</li> <li>● Fylla på med adekvat information i SBAR i Prator.</li> <li>● Delta vid utbildning.</li> <li>● Planera inför mottagande i hemmet.</li> <li>● Förbered och medverka vid SIP.</li> <li>● Lämna utförarens kontaktuppgifter till sjukhuset.</li> </ul>

### 3.2.1 Informationsöverföringen mellan parterna brister eller sker i parallella kanaler

Kommunikation mellan slutenvård, öppenvård och kommun inför utskrivning ska enligt riktlinjen ske i Prator. Enligt riktlinjen ska sjukhusen beskriva status och behov av fortsatta vård- och omsorgsinsatser i Prator vid samtliga processer. Intervjuade biståndshandläggare beskriver dock att informationsöverföring genom Prator huvudsakligen sker endast om det är en röd process. Vid grön och gul process sker merparten av kommunikationen i stället över telefon.

Bland de intervjuade upplever både kommunernas biståndshandläggare och sjukhusens utskrivningssamordnare att kommunikationen brister. Konsekvensen blir att biståndshandläggarna får efterfråga kompletterande information över telefon eller genom andra parallella kommunikationskanaler, vilket orsakar merarbete och riskerar att spårbarhet går förlorad. Utskrivningssamordnare påtalar att de uppfattar att ett tydligt trendbrott skedde under Covid-19-pandemin, där biståndshandläggarna började ringa istället för att använda Prator, vilket delvis har fortsatt.

Intervjuade biståndshandläggare beskriver att på de avdelningar det inte finns utskrivningssamordnare fungerar informationsöverföringen sämre. Att utskrivningssamordnare är undersköterskor och inte sjuksköterskor beskrivs av vissa intervjuade innebära begränsningar i förmågan att självständigt bedöma och beskriva patientens medicinska behov. Likväl som att ha en proaktivt samordnande och kritiskt ifrågasättande roll gentemot övriga professioner på sjukhuset.

### 3.2.2 Metodstödet uppges vara otillräckligt och svårt att hitta

Från både regionen och kommunerna framhålls att det saknas kompletterande vägledning till medarbetare i specifika situationer i utskrivningsprocessen. Exempelvis beskrivs att det saknas

handfasta, förenklade och användarvänliga vägledningar eller checklistor för de situationer där problem ofta uppstår. Enligt divisionschef för primärvård pågår det ett arbete med att ta fram en *utskrivningsskola*.

Regionen tillhandahåller *Samverkanswebben*, en webbplats för vårdgivare, kommuner och andra samarbetspartners som har gemensamma uppdrag med regionen. Genom *Samverkanswebben* förmedlas information som utarbetats av eller för samverkansstrukturen i regionen. Däribland finns information om strukturen för närvårdssamverkan, information att vidareförmedla till anhöriga/närstående, information om hemsjukvård, information om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård samt ingångna avtal, riktlinjer och överenskommelser som gäller inom Närvården i Sörmland. Vid genomförda intervjuer hänvisar kommunernas medarbetare ofta till *Samverkanswebben* och det finns en god kännedom om sidans existens. Sidan uppges dock inte vara användarvänlig vilket, i kombination med begränsat innehåll, får konsekvensen att den inte används i särskilt hög utsträckning.

Av intervju framgår att avsikten från läns-gemensamt regionalt stöd är att se över *Samverkanswebbens* innehåll och användarvänlighet framgent.

### 3.2.3 SIP-möten sker i liten utsträckning och vårdcentralerna upplevs frånvarande

Enligt LUS ska en samordnad individuell planering (SIP) genomföras om patienten efter utskrivningen behöver insatser från både region och kommunens socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.<sup>13</sup> En kallelse till SIP ska skickas till berörda enheter av patientens fasta vårdkontakt i den öppna vården, senast tre kalenderdagar efter att slutenvården har meddelat att patienten är utskrivningsklar.<sup>14</sup> Av planen ska det framgå vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som ska vidtas av någon annan än kommunen eller regionen och vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.<sup>15</sup>

I och med införandet av LUS har den fasta vårdkontakten i primärvården erlagts ansvaret att kalla till SIP: en. Det är en förändring som syftar till att aktivera primärvården på ett tidigt stadium och därmed säkerställa samordning och kontinuitet.<sup>16</sup> Inom Närvård i Sörmland har den fasta vårdkontakten i de läns-gemensamma riktlinjerna inte erlagts lika stort ansvar som lagens intentioner anger. Av den läns-gemensamma rutinen framgår att ansvaret för att kalla till SIP skiljer sig beroende på processfärg. Vid röd och gul process ska sjukhuset initiera SIP. Vid uppföljning av gul process är vårdcentralen huvudansvarig och vid uppföljning av grön process ligger ansvaret på både kommun och vårdcentral. Samtliga har alltid möjlighet att påkalla behovet. Primärvården har dock ett ansvar att delta vid SIP under utskrivningstiden. Av intervjuer framkommer en samstämmig bild från kommuner och sjukhus om att primärvården uteblir eller tar en passiv roll vid SIP-möten.

Intervjuade från vårdcentralerna känns vid beskrivningen, men beskriver att de inte upplever sig ha en nödvändig roll i dessa SIP-möten. Deras samordningsroll är marginell i jämförelse med slutenvården och kommunerna. Därutöver beskriver intervjuade att en SIP inte alltid är nödvändig då det inte finns något behov av insatser från primärvården. Primärvården är delaktiga i utskrivningsprocessen på andra sätt än att medverka vid SIP. Uppföljningsansvaret att ringa en utskriven patient inom sju dagar lyfts fram som exempel.

I Prator registreras när en part har tagit initiativ till en SIP, men inte hur många som faktiskt genomförs eller vilka parter som medverkar. Det finns inte heller någon dokumentation över bedömningen av behovet av SIP eller om patienten har erbjudits SIP men tackat nej. Mot den bakgrunden är det svårt att bedöma hur stort antalet rimligen borde vara.

Vissa intervjuade lyfter fram att digital planering och SIP-möten också har oönskade negativa effekter ur ett patientsäkerhetsperspektiv. Det är många patienter som inte förstår digital

<sup>13</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 1 §.

<sup>14</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 4 kap 3 §.

<sup>15</sup> Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) 16 kap. 4 § samt Socialtjänstlagen (2001:453) 2 kap. 7 §.

<sup>16</sup> SOU 2015:20 s. 231

informationsöverföring, främst demenssjuka patienter, vilket gör att de inte i tillräcklig utsträckning blir involverade i utskrivningsprocessen. De flesta SIP:ar enligt de gröna och gula processerna sker över telefon, medan röda processer hanteras genom videolänk eller fysiska möten.

### 3.2.4 Patientens delaktighet i planeringen kan utvecklas

Enligt riktlinjen ska en trygg och säker utskrivning från slutna vård bygga på delaktighet och samtycke från patienten. Det samlade behovet av insatser efter hemgång samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats ska klargöras inför utskrivning. Personalen ska särskilt beakta närståendes delaktighet, utifrån samtycke från patienten.

En konsekvens av att planeringen mellan parterna huvudsakligen sker genom Prator och telefon är att patienten inte är delaktig och inte heller har mer insyn än vad som förmedlas av behandlande läkare eller annan vårdpersonal på sjukhuset. Den fasta vårdkontakten i form av samordningssjuksköterska på vårdcentralerna tar inte kontakt med patienten förrän efter hemgång.

Kommunikationen med patienten förefaller ibland vara i otakt mellan parterna. Flera av de intervjuade biståndshandläggarna beskriver att de ibland kontaktar patienter som ännu inte har informerats av sin läkare om förestående utskrivning, och som blir illa berörda av beskedet. Intervjuade läkare beskriver i gengäld att de ofta mottar frågor från både patienter och anhöriga om vad som kommer att hända efter utskrivningen, där osäkerhet kring fortsatt stöd skapar stor oro hos patienten dagarna före hemgång.

### 3.2.5 Att utbilda kommunens personal upplevs betungande för sjukhusen

Enligt riktlinjerna ansvarar sjukhuset för att vid behov utbilda kommunens personal. Det handlar i sammanhanget vanligen om utbildning av hemtjänst i hantering av medicinteknisk utrustning som exempelvis syrgaspump eller sondmatning. Utbildningen genomförs av personalen vid den avdelning där patienten vårdas. Att utbildningarna sker på förfrågan kopplat till enskilda patienter gör, i kombination med hög personalomsättning och stort antal från varandra separata hemtjänstenheter, att förfarandet upplevs betungande för sjukhuspersonalen.

## 3.3 Steg 3: Utskrivningsklar

Enligt LUS ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om att en patient är utskrivningsklar, när den behandlande läkaren har gjort denna bedömning.<sup>17</sup> Enligt den länsgemensamma riktlinjen betyder utskrivningsklar att den behandlade läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Förutsättningen för utskrivningsklar är att samtliga kriterier för *hemgångsklar* är uppfyllda.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 3 - Utskrivningsklar	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"><li>●● Ge uppdrag till kommunens hälso- och sjukvård.</li><li>●● Uppdrag förbereds och utförs enligt <i>Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län</i>.</li><li>●●● Skicka remiss till regionens öppenvård vid behov av fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser. I de fall patienten går till korttidsboende ska remiss skickas till den vårdcentral/motsvarande som har läkaransvar för korttidsboendet.</li><li>●● Skriva utskrivningsrapport i Prator. Uppdatera rapporten vid förändring.</li><li>●●● Läkemedel se rutin <i>Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning</i>, hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som krävs för att patienten ska klara de första tre vardagarna i hemmet avseende förflyttning, toalettbesök och nutrition finns tillgängliga för patienten.</li><li>●●● Säkerställ att patienten är hemgångsklar.</li></ul>

<sup>17</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 1 §.

Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Bekräfta mottagen remiss vardagar inom 24 timmar.</li> <li>●● I samband med hemgång tas ansvaret över i enlighet med remiss.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Återkoppla och bekräfta uppdraget.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Meddela när patienten är kommunklar samt kontaktuppgifter till utföraren.</li> <li>● Bekräfta utskrivningsrapport och kontakta vid behov patienten.</li> </ul>

### 3.3.1 Det råder delade uppfattningar om när patienten är utskrivningsklar

En vanligt förekommande diskussion mellan kommun och sjukhus handlar om ifall en patient är färdigbehandlad eller inte. Konflikten bottnar ofta i en felaktig bild av tillgänglig kompetens och resurser inom den kommunala verksamheten, där utskrivande läkare av kommunerna upplevs ha orimligt höga förväntningar på vilken vård- och omsorg patienten kommer att få av kommunen. Intervjuade korttidsboendechefer beskriver att de förväntas ta emot mer sjuka personer än vad de har resurser att omhänderta sett till boendets personaltäthet och kompetensnivå. Därtill beskrivs att anhöriga från sjukhuset får en felaktig bild av vad korttidsboende innebär, om kommunernas möjlighet att erbjuda en korttidsplats samt av formerna för behovsprövning av dessa.

Bland de intervjuade på sjukhusen framkommer en oroskänsla inför vissa utskrivningar. Flera läkare och sjuksköterskor belyser att patienter med rätta kan bedömas vara färdigbehandlade inom deras akut- eller specialistvårdsavdelning, men fortfarande ha ett stödbehov som överskrider vad som ges inom ramen för korttidsboende eller eget boende. Även kommunerna upplever att patienter i behov av fortsatt specialistvård efter utskrivning ofta leder till förlängda utskrivningsprocesser och mycket diskussion mellan parterna, även om antalet ärenden är få. Det framkommer frustration över otydliga, ineffektiva eller okända gränsdragningar mellan hemsjukvård och SSIH och palliativa patienter lyfts fram som särskilt utsatta. En översyn av arbetet med mobila specialistteam och jourteam lyfts fram som en möjlig väg framåt. Det framkommer även att det finns en brist på rehabiliteringsplatser i regionens regi för vissa patientgrupper.

Läkare belyser också att många patienter återinläggs av icke-medicinska skäl, exempelvis att det saknas sjukvårdsrelaterat förbrukningsmaterial i hemmet när hemtjänsten ska utföra insatser. Rehab- och hjälpmedelsjour finns inte i regionen.

### 3.3.2 Brister i kommunernas interna kommunikation gör att utskrivningar sker för tidigt

Enligt den länsgemensamma riktlinjen är 'kommunklar' ett meddelande som kommunen ska skicka för att informera slutenvård och öppenvård om när kommunens åtagande tidigast kan verkställas. Ibland brister kommunikationen och biståndshandläggaren markerar patienten som kommunklar utan att hemsjukvården är redo.

Kommunernas stuprörsorganisation och informationsasymmetri orsakar ibland interna missförstånd. Det är biståndshandläggarna som hanterar kommunikationen via Prator och är de som förmedlar när kommunen är kommunklar. Biståndshandläggarna arbetar utifrån socialtjänstlagen, men markeringen kommunklar ska även omfatta hemsjukvården som får sitt uppdrag från läkare enligt hälso- och sjukvårdslagen. En vanligt förekommande situation är att hemsjukvård eller rehab inte har hunnit säkerställa att patienten kan komma hem. Problemet skulle sannolikt kunna undvikas om fler enheter, utöver biståndshandläggarna, hade tillgång till Prator eller att kommunklar markeras separat för SOL och HSL-insatser.

Vidare kritiserar sjukhusen för att inte särskilja begreppen utskrivningsklar, hemgångsklar och kommunklar. Intervjuade inom kommunerna beskriver att det förekommer situationer där sjukhusen skickar hem en patient så fort han eller hon är markerad som utskrivningsklar i Prator, utan att invänta kommunklar.



### 3.3.3 Rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematisk

En kritisk del i utskrivningsprocessen är att nödvändiga hjälpmedel finns på plats när patienten skrivs ut. Det kan exempelvis handla om hjälpmedel och medicinskteknisk utrustning för att klara förflyttning, toalettbesök och nutrition. Regionen ansvarar för att patienten har hjälpmedel för de första tre vardagarna, samt mellanliggande helgdagar, därefter tar kommunens ansvar vid. När patienten ska skrivas ut från sjukhuset finns vissa enklare hjälpmedel i basförråd på sjukhusen för att medföras vid hemgång, exempelvis rullatorer eller anpassade toasitsar. Mer avancerade hjälpmedel såsom rullstolar eller en specialanpassad säng är en beställningsvara med leverans som kan dröja fem dagar. Patienten skrivs då ut utan anpassat hjälpmedel eller blir inneliggande på sjukhuset.

Av granskningen framgår att den kommunala rehabiliteringens frånvaro i processen upplevs vara särskilt problematiskt, både under vårdtiden, vid utskrivning och efteråt. Den kommunala rehaben beskriver att deras perspektiv inte tillvaratas när patienten bedöms vara kommunklar. De blir involverade för sent och biståndshandläggarna arbetar utifrån en annan lagstiftning och har inte tillräcklig kännedom om vikten av rehab i utskrivningsprocessen.

Det finns logistiska utmaningar kring förskrivning av hjälpmedel till inneliggande patienter. Det kan krävas hembesök för att kunna planera eller bedöma behovet av anpassningar och hjälpmedel, vilket inte alltid är möjligt när patienten är inneliggande. Efter utskrivning är patienten inte alltid tillgänglig för att ta emot leverans eller kan vara fysiskt förhindrad att öppna dörren vilket kräver samordning med anhöriga, hemtjänst eller primärvård. Intervjuade enhetschefer inom hemtjänst beskriver att hembesök från regionens rehab sker mycket sällan och att hemtjänstens kunskap om förutsättningarna i hemmet sällan efterfrågas. Därutöver beskriver sjukhusen att det inom den regionala rehaben finns bemanningsproblem då det inom många avdelningar inte finns sjukgymnaster eller arbetsterapeuter. Patienter som skrivs ut utan hjälpmedel eller med fel hjälpmedel återinskrivs i enstaka fall direkt efter utskrivning eftersom den enskilde inte har möjlighet att klara sig i hemmet utan erforderliga hjälpmedel.

När kommunens rehab tar vid upplever många intervjuade att de hjälpmedel som sjukhuset har förskrivit inte finns eller är fel. Exempelvis vittnar flera kommuner om att de har ett "hemligt lager" med inkontinenthjälpmedel då sjukhuset inte har förskrivit några alls eller tillräckligt många. Detta är inte tillåtet eftersom inkontinenthjälpmedel ska förskrivas individuellt.

## 3.4 Steg 4: Hemgång

Enligt LUS ska slutenvården överföra den information som är nödvändig för att berörda enheter ska kunna ge patienten insatser från socialtjänst eller hälso- och sjukvård, senast samma dag som patienten skrivs ut från vårdenheten.<sup>18</sup> Information ska också ges till patient och närstående i enlighet med 3 kap. patientlagen (2014:821).

Enligt den länsövergripande överenskommelsen är en patient hemgångsklar när samtliga kriterier nedan är uppfyllda:

- ▶ Behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar.
- ▶ Patienten har fått skriftlig information inför hemgång.
- ▶ Fast vårdkontakt har utsetts i den regionfinansierade öppna vården.
- ▶ Nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande. Nödvändiga hjälpmedel och medicinteknisk utrustning från Regionen är tillgängliga för patienten utifrån dennes behov.

I samband med att patienten lämnar sjukhuset ska följande vara färdigt enligt den länsgemensamma riktlinjen: remiss till öppenvård, medicinsk epikris/slutanteckning, utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, aktuell läkemedelslista från Regionens journal. Förutom detta ska även sjukintyg, egenvårdsbeslut, recept/dosrecept, uppdrag till hemsjukvården (med hemsjukvård avses

<sup>18</sup> Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 3 kap 2 §.

vård i ordinärt boende och SÄBO/ korttidsboende), omvårdnadsepikris samt utskrivningsrapport i Prator göras klart. Patient och närstående ska ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering. Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 4 - Hemgång	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Skicka [●●uppdaterad] utskrivningsrapport i Prator med uppgift om när patienten lämnar sjukhuset och redogörelse för patientens behov av fortsatt vård och omsorg. Ta kontakt med hemtjänsten [●/utföraren] [●dagen innan] för överenskommelse om lämplig tid för hemgång, beställ lämplig transport och beakta hjälpmedel. Avbryt eget deltagande i SIP samt överför samordningsansvaret till utsedd person.</li> <li>● Säkerställ att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagaren. Lämna ut information till patienten. Säkerställ att kontaktuppgifter till patienten utan pågående kommunala insatser överförs till kommunen.</li> <li>●● Kvällar och helger ska sjukhuset meddela kommunen nytillkommen information via telefon.</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●● Överta medicinskt ansvar.</li> <li>● Överta medicinskt ansvar enligt SIP och efter mottagen remiss.</li> </ul>
Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Skriva in patienten i hemsjukvård alternativt utföra enstaka hembesök samma dag som patienten kommer hem.</li> <li>●● Utföra hälso- och sjukvårdsinsatser enligt behov.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Återinsätta tidigare insatser snarast dock senast inom 24 timmar.</li> <li>●● Påbörja insatser samma dag.</li> </ul>

Vi noterar att små skillnader mellan processfärgerna riskerar att leda till fel i detta steg. De tre processerna innehåller i huvudsak samma moment. Vid gul process ska kontakt med hemtjänst/utförare ske en dag tidigare än i grön och röd process. Endast i grön process ska sjukhuset säkerställa att uppdraget till hemsjukvård (UHS) är bekräftat av mottagen.

### 3.4.1 Hemtjänsten överraskas ibland av utskrivningen

Av samtal med biståndshandläggare och hemtjänsten framgår att sjukhusen tar kontakt med hemtjänsten för överenskommelse om lämplig tid för hemgång innan patienten är kommunklar. De intervjuade upplever också att det är vanligt förekommande att patienter skrivs ut med kort varsel på fredag eftermiddag, inför storhelger, inför semestertider, kvällstid när rehab inte är tillgängliga, när det är minst antal vårdplatser på sjukhuset och störst personalbrist inom hemtjänsten.

Vår sammanställning över registrerade utskrivningsklar-datum i Prator tyder dock på att fördelningen är jämnt fördelad tisdag-fredag, med en liten övervikt på fredagar. Denna står dock inte i proportion till beskrivningen från de intervjuade.



Figur 3: Antal patienter 2021-2022 (t.o.m 15 nov 2022) markerade som utskrivningsklara i Prator fördelat per veckodag

Upplevelsen av den ökade belastningen på obekväma bör ändå tas på allvar. Om informationen i Prator har varit bristfällig har kommunen inte tillräcklig kännedom om patientens behov och förutsättningar. Om information ändras eller tillkommer sent är det inte säkert att de funktioner som bevakar Prator hinner upptäcka och vidareförmedla det. Enligt riktlinjen ska nyttillkommen information på kvällar och helger alltid meddelas via telefon för att säkerställa att informationen når fram, vilket enligt intervjuade inte alltid sker. En försvårande faktor från sjukhusets sida är att kommunerna har olika rutiner för huruvida hemtjänstgrupper läser information i prator eller inte. Bland länets kommuner finns därtill en stor variation i sammansättningen av verksamhet i egen regi och privata utförare i upphandlade system/valfrihetssystem. Antalet inblandade utförare och utförarnas respektive kapacitet är för vissa kommuner en komplicerande faktor när det gäller samverkan kring utskrivningsklara patienter.

Hemtjänsten beskriver att de i nästan samtliga fall anpassar sig och hanterar oplanerade och sena utskrivningar men att det tar mycket tid och resurser i anspråk. I enstaka fall leder det till undvikbara återinskrivningar. Det beskrivs vara ett stort bekymmer och skapar negativa följder för såväl samverkan som patientens välmående.

### 3.4.2 Bristande information vid hemgång hotar patientsäkerheten

Vid hemgång ska sjukhuset säkerställa förmedlingen av utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse, en skriftlig sammanfattning av de förändringar (in-/och utsättning, dosändring) som har gjorts under vårdtillfället. Den ges till patienten vid hemgång tillsammans med aktuell läkemedelslista från regionens journal. Som ytterligare stöd finns en rutin för säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.

Representanter från kommunerna vittnar om att sjukhusets läkemedelslistor ofta är ofullständiga eller felaktiga. Ibland anländer utskrivna patienter till boendet eller hemmet utan att någon medicinlista har förmedlats, vilket leder till behov av att eftersöka information. Vid intervjuer framkommer även att sjukhusen skriver ut egenvårdsintyg till patienter utan att säkerställa genomförandet efter utskrivning.

Enligt den länsgemensamma riktlinjen ska patient och närstående ha fått information om fast vårdkontakt och fortsatt planering vid hemgång. Därutöver ska patienten få skriftlig information om vem som ansvarar för respektive åtgärd och hur man kommer i kontakt med denne. Skriftlig information ges med hjälp av informationsfoldrar. Foldern finns i två versioner utifrån att processen, vårdkontakter etc. skiljer sig och förhoppningen är att ge varje patient en så tydlig beskrivning som

möjligt. I informationsbrevens finns bland annat information om utskrivningsprocessen, planering inför hemgång, vad som sker när du har kommit hem och kontaktoppgifter. Det finns också information om anhörigstöd. Informationen finns endast på svenska.

### 3.4.3 Få SIP-möten sker i hemmet

Enligt den läns-gemensamma överenskommelsen ska arbetet organiseras på ett sådant sätt att SIP i huvudsak kan utföras i hemmet och inte på sjukhus. Få SIP-möten sker dock i hemmet där kommunen är sammankallande aktör. Intervjuade biståndshandläggare delar bilden av att det sker få SIP:ar i hemmet där kommunen har kallat till SIP. En orsak som lyfts från flera intervjuade är att sjukhuset ofta skickar initiativ till en SIP utan att fullfölja och avsluta den SIP:en. Det blir en SIP som inte leder någonstans och när patienten väl är hemma tar det stopp. Ansvaret faller mellan stolarna och aktörerna skyller på varandra.

Därutöver påverkar kommunernas interna organisation möjligheten att kalla till SIP. Ett vanligt förekommande fenomen är att den kommunala organisationen är uppdelad och organiseras utifrån funktioner inom verksamheten där samverkan mellan funktionerna och verksamheterna stundtals är bristfällig. Det är vad som inom organisationsteori benämns som 'stuprörsorganisation'. Funktionerna utgör sedan de så kallade stuprören inom organisationen och dessa medför avgränsningar mellan avdelningarna vilket genererar svårigheter för de anställda att arbeta tvärssektoriellt. Biståndshandläggarna har möjlighet att kalla till SIP men problem uppstår då de inte har tillräcklig information och kunskap om patientens eventuella behov av SIP. Den typen av informationsasymmetri inom den kommunala stuprörsorganisationen bidrar således också till att kommunerna sällan kallar till SIP.

Intervjuade inom vårdcentraler och sjukhus beskriver att SIP-möten vid behov alltid bör ske i hemmet då samordning och samverkan brister, detta i syfte att uppnå en personcentrerad nära vård där den enskilda patientens behov är i fokus. Det framkommer även att kommunen borde ta ett större ansvar att kalla till SIP i hemmet innan en sjukhusinläggning, i förebyggande syfte. Information om förändrat vård- och omsorgsbehov finns ofta hos hemtjänstpersonalen som möter brukaren dagligen och en tidigare SIP i hemmet skulle alltså kunna förhindra eller framflytta en sjukhusinläggning.

## 3.5 Steg 5: Uppföljning

Av lagstiftningen framgår inga krav eller förväntningar på uppföljning efter att patienten har lämnat sjukhuset. I den läns-gemensamma riktlinjen finns krav på både uppföljande patientkontakt och direktiv kring hur parterna ska kalla till SIP om behov av samordning uppmärksammas efter hemkomst.

I riktlinjen för trygg hemgång och effektiv samverkan har detta omsatts i följande aktiviteter:

Ansvarsfördelning i steg 5 - Uppföljning	
Sjukhuset	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal (webbkollen).</li> </ul>
Regionens öppenvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Ringa upp patienten i hemmet inom 7 dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen.</li> <li>●● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas. Om någon part avser att delta via videolänk ska detta vara möjligt. Öppenvården ansvarar för att öppna länk som möjliggör anslutning från övriga parter.</li> <li>● Om patienten har behov av samordning kallar öppenvården till SIP i prator inom tre dagar från det att patienten är utskrivningsklar. Detta kan göras innan remiss kommit. Medverka samt dokumentera vid SIP. Om behov av samordning <u>inte</u> föreligger avslutas SIP processen. Följ <i>Rutin för att hantera informationsflöde i Prator</i>. Öppenvården ansvarar för att öppna videolänk som möjliggöra anslutning från övriga parter.</li> </ul>

Kommunens hälso- och sjukvård	<ul style="list-style-type: none"> <li>●●● Följa upp hälso- och sjukvårdsinsatser.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas.</li> <li>● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> </ul>
Kommunens socialtjänst	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Kontakta patienten för bedömning av SoL-insatser inom 72 timmar eller nästkommande vardag efter hemkomst.</li> <li>● Kalla till SIP i Prator om behov av samordning uppmärksammas.</li> <li>●● Ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle (till exempel webbkollen).</li> <li>● Uppföljning av SIP gjord på sjukhuset.</li> </ul>

### 3.5.1 Telefonsamtal efter hemgång skapar trygghet, delaktighet och en möjlighet att fånga upp behov av bättre samordning – men alla patienter blir inte uppringda

Enligt den läns-gemensamma riktlinjen är ansvaret för uppföljningen delat. Sjukhuset ansvarar för att ringa upp patienten i hemmet inom 24 timmar för ett trygghetsskapande samtal. För detta används vård- och omsorgskollen (tidigare känt som webbkollen), ett av SKR framtaget intervjustöd för att följa upp kvaliteten för individer som har kontakt med vård och omsorg inom kommuner och regioner. Öppenvården ska ringa upp patienten i hemmet inom sju dygn för ett trygghetsskapande samtal enligt webbkollen. De standardiserade intervjumallarna är utformade för att skapa trygghet och delaktighet, och för att möjliggöra förebyggande insatser som exempelvis att tydliggöra läkemedelsändringar, förmedla kontakter och erbjuda SIP (samordnad individuell plan) när det finns fortsatt behov av samordning.

Kommunerna ska ringa upp patienten vid ordinarie uppföljningstillfälle. När detta inträffar varierar beroende på vilken typ av insats som har beviljats och om det är nya eller utökade insatser alternativt om tidigare beviljade insatser återupptagits. Rutinerna varierar mellan kommunerna. Vid ett utökat behov beviljas i regel nya eller utökade insatser för en kortare tid, ca två veckor, och följs därefter upp inför ett mer långvarigt biståndsbeslut.

Följsamheten mot uppföljningsansvaret beskrivs vara bristfälligt. Enligt när-vårds-koordinator har verktyget förändrats av SKR och regionen har under 2021-2022 testat olika verktyg och frågebatterier. Detta gör att jämförande statistik saknas. Vi har inte kunnat ta del av sammanställning över antal genomförda samtal som dokumenterats och kan därför inte jämföra med antalet utskrivningar som omfattas av LUS. Inom vissa avdelningar finns inte kännedom om att sjukhuset ska ringa upp patienten inom 24 timmar; inom andra avdelningar finns kännedom om sjukhusets uppföljningsansvar men det efterlevs inte till följd av tidsbrist. En intervjuad beskriver att många patienter blandar ihop de olika aktörerna när både sjukhuset, vårdcentralen och kommunen ringer, vilket skapar en förvirring.

Inom primärvården är det samordningssjuksköterskorna som har de uppföljande samtalen. Det beskrivs inte vara några svårigheter att fullfölja ansvaret som riktlinjen anger. Vid dessa samtal kan samordningssjuksköterskorna identifiera om ytterligare samordningsinsatser krävs.

### 3.5.2 Genomförda SIP utvärderas i regel inte gemensamt av aktörerna

Att en SIP ska följas upp och avslutas beskrivs inte i lagstiftningen. Enligt den läns-gemensamma riktlinjen ansvarar öppenvården och kommunen (beroende på vem som är sammankallande) för uppföljning av SIP gjord på sjukhuset vid röd process. Granskningen visar att gemensam formaliserad uppföljning av SIP inte sker i någon betydande utsträckning utan vanligen hanteras separat av respektive aktör. Rutin för informationsflöde i Prator medger att uppföljning kan ske av den enskilde vårdgivaren eller gemensamt.

## 4. Uppföljning, förbättringsarbete och utveckling

### 4.1 Uppföljningen inom ansvariga nämnder och styrelser är begränsad

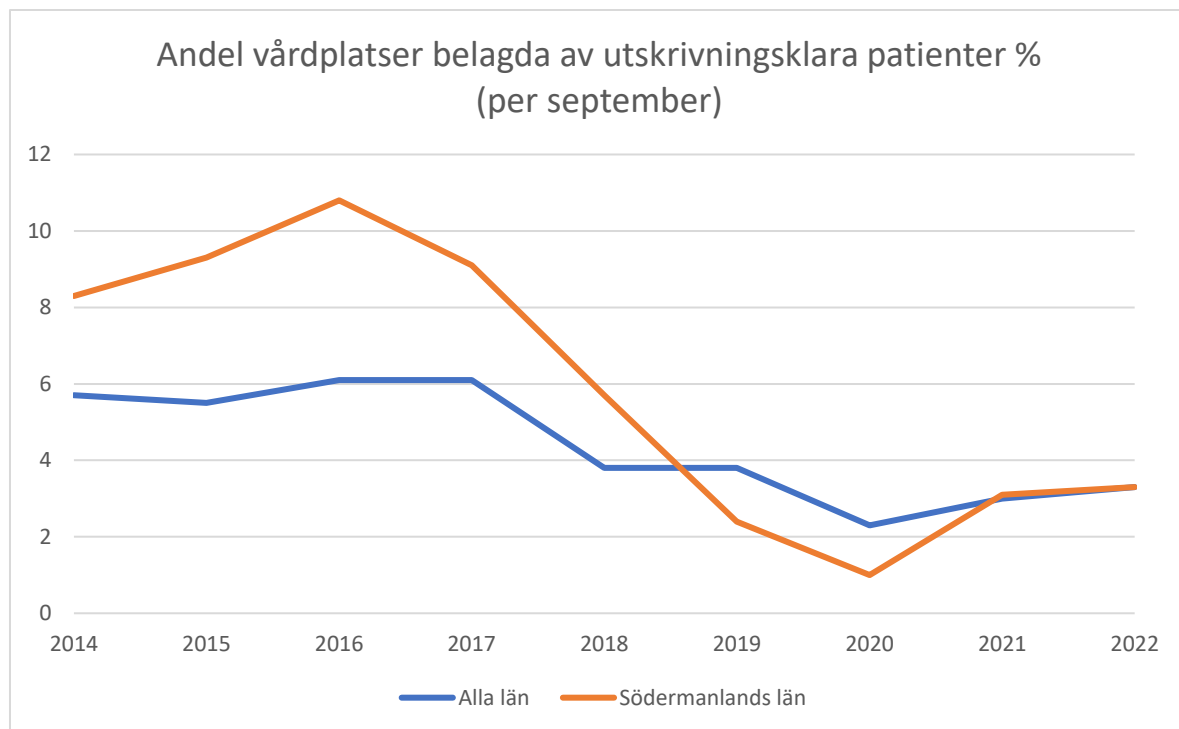
Uppföljning av den länsgemensamma överenskommelsen ska enligt överenskommelsen följa särskild plan. I övrigt finns inga krav på uppföljning av effektmål eller dylikt. Vi noterar att det inte har tagits fram någon uppföljningsplan. Ingen övergripande utvärdering är planerad.

Den länsövergripande riktlinjen diskuteras återkommande inom strukturen för närvårdssamverkan. Riktlinjerna reviderades av NSV senast 2020. En mer omfattande översyn av riktlinjerna pågår vid tidpunkten för denna granskning och ska slutföras under våren 2023.

Genomgående är att endast ett fåtal av de ansvariga nämnderna följer upp arbetet på övergripande nivå. Bland granskade nämnder och styrelse noterar vi inga specifika mål eller nyckeltal kopplat till LUS. Enligt intervjuade förvaltningschefer finns en stor tilltro till verksamheten och ingen särskild uppföljning efterfrågas eftersom samverkan upplevs välfungerande och kommunen inte blivit betalningsansvarig. Flera av förvaltningscheferna beskriver att de kontinuerligt, eller vid behov, lämnar skriftlig eller muntlig information om arbetet med LUS och samverkan kring utskrivningsklara patienter. I övrigt rapporteras statistik i form av exempelvis utskrivningsklara dagar.

### 4.2 Statistiken tyder på att utskrivningsprocessen är effektiv

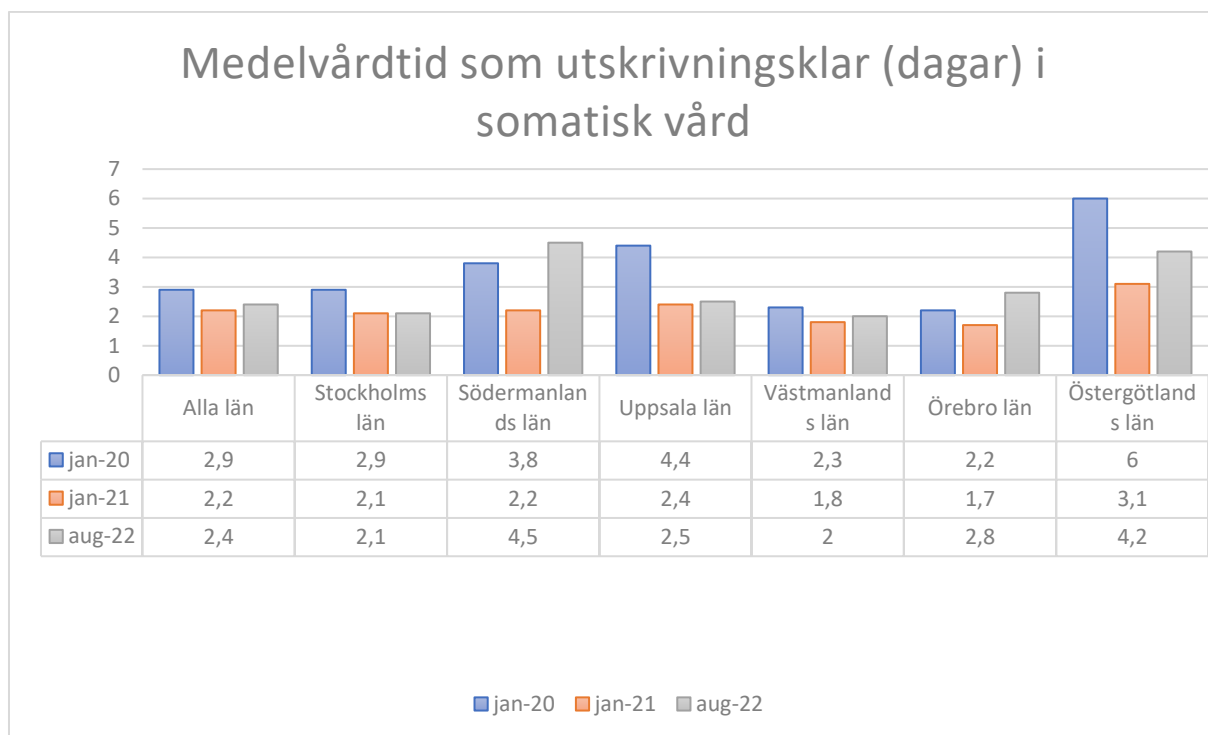
Sedan 2014 har det skett tydliga framsteg gällande att skapa en utskrivningsprocess där patienter kan skrivas ut så snart som möjligt efter att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Andel vårdplatser som beläggs av utskrivningsklara patienter minskade kraftigt, från att inledningsvis ha varit avsevärt högre än genomsnitt i övriga landet. Utvecklingen har sedan 2020 vänt uppåt och är nu i paritet med genomsnittet.



Figur 3: Belagda platser, som visar andel (%) disponibla vårdplatser som i genomsnitt under månaden varit belagda av utskrivningsklara patienter, källa SKR Väntetider i vården.

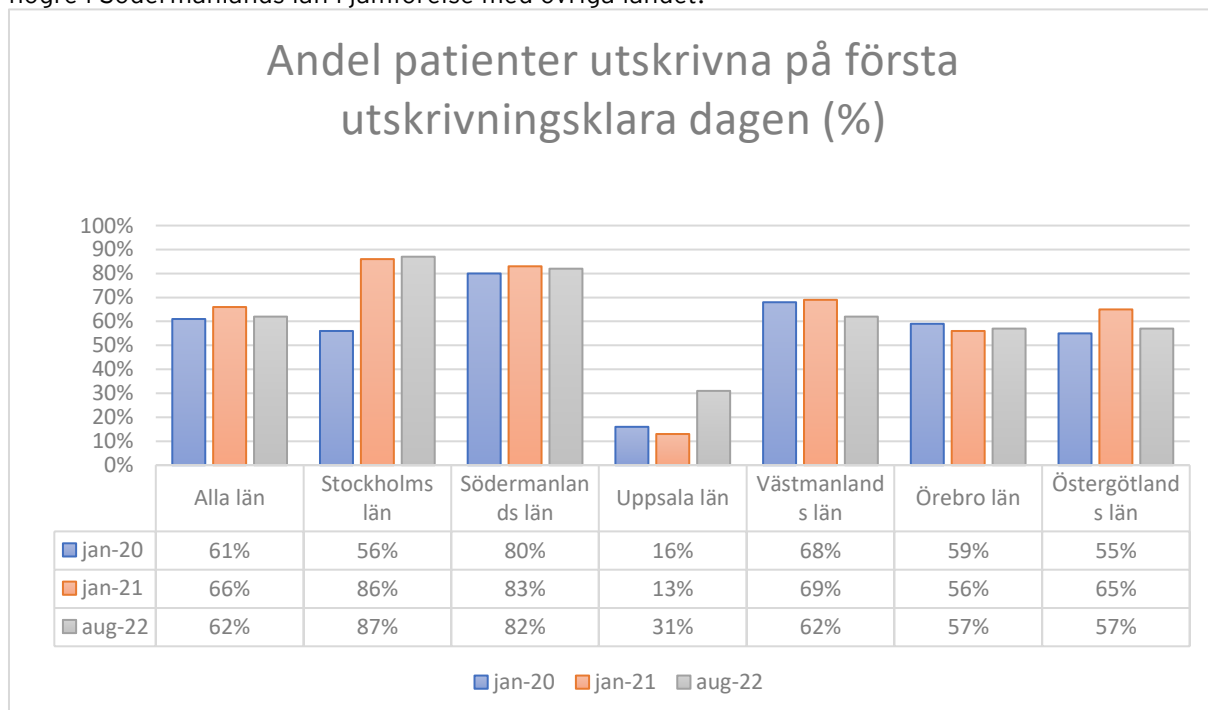
Trots det framgångsrika arbetet är medelvårdtiden som utskrivningsklar i den somatiska vården högre i Södermanlands län än övriga i landet. Observera att statistiken skiljer sig mot de resultat

som redogjordes i avsnitt 2.2 om betalningsansvar, eftersom betalningsansvarsgrundande dagar inte omfattar *nolldagen* och har bryttider vid klockslag.



Figur 4: Dagar i snitt, som visar medelvårdtiden som utskrivningsklar för de patienter som skrivits ut under månaden och som varit utskrivningsklara minst en dag. Källa: SKR Väntetider i vården.

Av redovisning framgår att andelen patienter som skrivits ut på första utskrivningsklara dagen är högre i Södermanlands län i jämförelse med övriga landet.



Figur 5: Andel patienter som skrivs ut på utskrivningsklardagen i förhållande till antal vårdtillfällen där patient varit utskrivningsklar 1 dag eller mer. Källa: SKR Väntetider i vården.

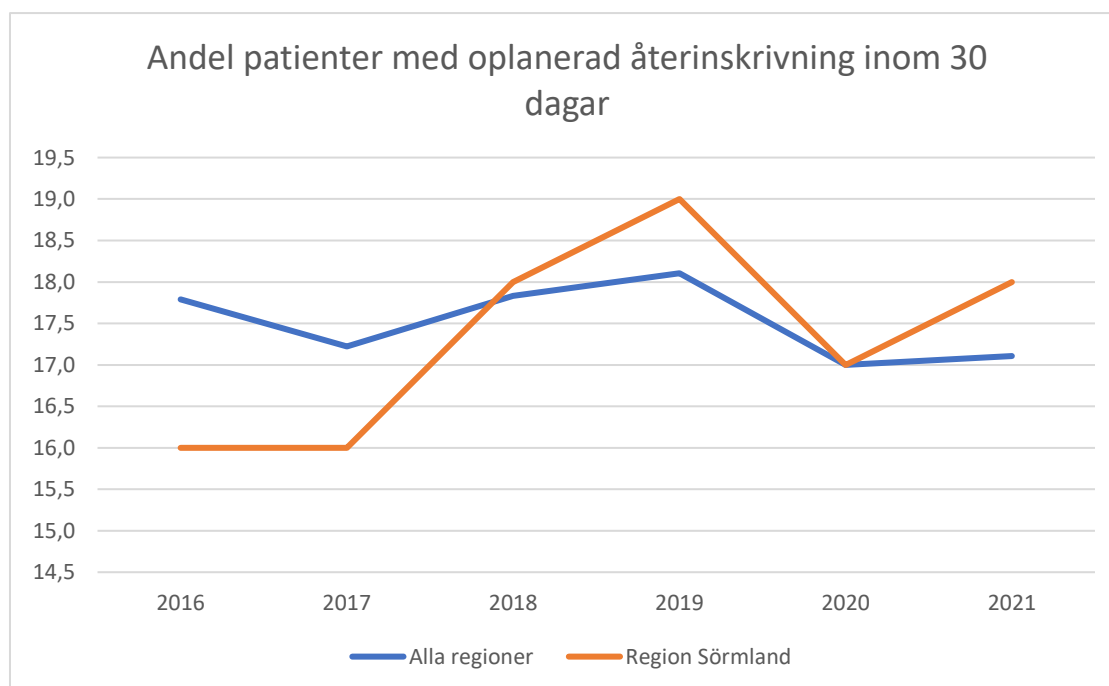
### 4.3 Arbete för att motverka undvikbara återinskrivningar är ett prioriterat område

Det framgår att parterna är överens om att en god utskrivningskvalitet minskar undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Genom god och säker läkemedelsbehandling och bedömning av hälsotillståndet hos individer i hemmet enligt systematisk bedömningsstruktur kan inskrivning i slutenvård undvikas. Parterna ska arbeta strukturerat med det vårdpreventiva arbetet men det är inte klarlagt vad det gemensamma arbetet ska leda till.

Samtliga intervjuade är eniga om att en god kvalitet i samverkan kring utskrivningsprocessen är ett av de viktigaste verktygen för att komma till rätta med undvikbara återinskrivningar i slutenvård. Upplevelsen av att utskrivningsprocessen *går för fort* och att aktörerna inte hinner säkerställa alla moment som de vet är kritiska för en trygg och effektiv utskrivning beskrivs av många som ett problem.

Det finns ett gemensamt arbetssätt för att bedöma förändrade hälsotillstånd hos patienter, SKILS. Metoden används av sjuksköterskor hos patienter i hemmet, i hemsjukvården, särskilda boenden, korttidsboenden och i regionens mobila verksamheter. Bedömningen ligger till grund för överrapportering till vårdcentralen, mobil läkare och eller akuten och ger ett underlag för nästa vårdgivare och för beslut om vårdnivå. När dessa kontroller sker i hemmet används övervakningsblad i hemmet som säkerställer att besök från annan verksamhet, ambulans eller mobilt team enkelt kan jämföras med aktuella värden, oberoende av tillgång till journal.

Tillgängliga data för andel patienter med oplanerade återinläggningar finns till och med 2021. I denna statistik tas ingen hänsyn till samsjuklighet, diagnosättning, utförd egenvård eller andra faktorer som försvårar tolkning. Det omfattar heller inte bara patienter som omfattats av LUS. Jämförelsen tyder på att det under senare år har skett en viss ökning av oplanerade återinläggningar 2021, och att det sedan 2018 sker fler återinskrivningar i Region Sörmland i jämförelse med övriga regioner.



Figur 6: Andel patienter 65 år eller äldre med oplanerad återinskrivning inom 30 dagar. Källa: Socialstyrelsen/Patientregistret via Socialstyrelsens data för jämförelser.

Inom ramen för den regionala samverkansstrukturen diskuteras undvikbara återinskrivningar, både utifrån avvikelser och genom att lyfta framstående exempel.



Beredningsgruppen äldre sammanställer årligen en skriftlig presentation redovisat som PowerPoint till Länsstyrgruppen. Där framgår bland annat analys av återinläggningar i respektive geografisk arbetsgrupp. Därutöver genomfördes mer ingående uppföljning av återinläggningar i Eskilstuna kommun, Nyköpings kommun, Oxelösunds kommun, Trosa kommun, Gnesta kommun samt Flens kommun under 2020. I sammanställningen finns ingen statistik på antalet eller andelen återinskrivningar av äldre patienter som skrivs ut. Det finns heller ingen beslutad målsättning som driver arbetet med att minska antalet återinskrivningar. Under Coronapandemin gavs mindre tid till uppföljningar pga. omprioriteringar av arbetsuppgifter. 2022 års uppföljning presenteras för Länsstyrgruppen under december månad.

I analysen av enskilda återinskrivningar mellan 2018 och 2021 framkommer bland annat:

- ▶ Viktigt med uppföljning från sjukhuset genom Webbkollen inom 24 timmar
- ▶ Sjukhuset måste förbättra sitt arbete med uppdrag till hemsjukvården
- ▶ Flera mycket komplexa fall där SIP saknades (många gånger säger patienten nej)
- ▶ Remiss till vårdcentral saknas ofta
- ▶ Stundtals bristfällig följsamhet mot riktlinjen
- ▶ Tveksamt om patienten verkligen är hemgångsklar
- ▶ Viktigt att utveckla den proaktiva processen
- ▶ Bättre möjlighet till snabba/akuta hembesök från läkare
- ▶ Öppenvården behöver bli mer delaktiga i hela utskrivningsprocessen
- ▶ Fler gula och röda processer behövs
- ▶ Bristande information till patient/kommun vid utskrivning
- ▶ Frågetecken inför öppenvårdens uppföljningsansvar om 7 dagar är för lång tid
- ▶ Behov av fler SIP:ar i hemmet
- ▶ Bättre uppföljning även vid grön process

Vi noterar att många av iakttagelserna är snarlika mot de observationer EY har gjort och presenterat i kapitel 3 i denna granskning. Att flera av iakttagelserna kvarstår sedan 2018 tyder på att eventuella åtgärder inte varit tillräckliga för att lösa problemen.

Bland de intervjuade framgår att arbete med att motverka undvikbara återinskrivningar i första hand är en del i det ordinarie kvalitetsarbetet. Att säkerställa god följsamhet till rutinerna vid utskrivning, för att därmed säkra en trygg hemgång och en sammanhållen vårdkedja, lyfts av många fram som en central insats. Flera representanter från SÄBO och hemtjänst framhåller också insatser såsom fallprevention (utvecklas för närvarande inom alla *äldre*-arbetsgrupper) och samarbete med regionen för att nå ut med information till ineliggande patienter och anhöriga om vilka hjälpinsatser som finns att tillgå efter utskrivning. I intervjuer framkommer också att trygg hemgång används som metod i flertalet kommuner för att bland annat undvika återinskrivningar. Inom kommunerna utgörs trygg hemgång oftast av ett sammanhållet team som tar ett helhetsansvar för den enskilde och ger förstärkta insatser under högst två veckor. Som nämnts ovan har dock flera kommuner nyligen valt att avveckla trygg hemgång-verksamheten.

#### 4.4 Det saknas ett gemensamt system för hantering av avvikelser

Det saknas direktiv kring hantering av eventuella avsteg eller avvikelser från parternas åtaganden i den länsgemensamma överenskommelsen och riktlinjen.

Avvikelser som är avgränsade till enskilda patientfall rapporteras enligt etablerade rutiner i respektive verksamhet. Det innebär i regel direkt kontakt mellan de berörda enheterna. Det saknas ett gemensamt system för att rapportera avvikelser. Avvikelser rapporteras på pappersblanketter som skickas till berörd verksamhet. Detta innebär att det inte går att få en samlad bild över inrapporterade avvikelser varken sett till antal eller innehåll. Kommunerna påpekar att sjukhusen svarar på få avvikelser och svaren i förekommande fall är ofullständiga och sker efter lång tid. Konsekvensen blir att tröskeln för att rapportera är hög och att det sannolikt finns ett stort mörkertal av ej rapporterade avvikelser. Det pågår ett projekt med test av ett gemensamt

avvikelseystem mellan två kommuner och regionen, där beslut om ytterligare utvidgning och implementering i samtliga kommuner under 2023 ska tas i Länsstyrgruppen i december 2022.

Rutinerna ser olika ut mellan de granskade verksamheterna men i regel hanteras dessa avvikelserapporter av berörd medarbetare, ansvarig enhetschef eller av MAS, MAR, utskrivningsledare eller utskrivningssamordnare dels i den aktuella situationen, dels på en sammanställd nivå i lokala samverkansforum. Förekomsten och strukturen för sådana forum skiljer mellan kommunerna och vissa har en nära dialog med sjukhus och vårdcentral, andra inte.

I länet finns ett nätverk där samtliga kommuners medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) ingår. Nätverken är generella forum för erfarenhetsutbyte men frågor som rör samverkan och patientsäkerhetsarbete är frekvent förekommande. I forumet lyfts särskilda exempel för diskussion, positiva och negativa, inte en komplett översyn av avvikelser. Möten ska ske en gång per månad.

## 5. Svar på revisionsfrågorna

I detta avsnitt presenteras sammanfattande svar på revisionsfrågorna för de nämnder och styrelser som varit föremål för granskning. I tabellen längre ner framgår även viss partsspecifik information av sådan detaljnivå att den inte varit relevant att ta upp i den samlade rapporten men som vi bedömer kan vara av intresse för respektive kommuns egen revisionsgrupp.

Revisionsfråga	Bedömning
<p>▶ Är den beslutade "Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" ändamålsenlig?</p>	<p>Ja. Genom införandet av LUS har det tillkommit lagstadgade krav och tydligare former för hur regionen och kommunerna ska skapa en effektivt sammanhållen planeringskedja som bidrar till kortare väntetider i vården. Vår bedömning är att överenskommelsen är ändamålsenlig och säkerställer att lagstiftningen omsätts i lokala mål med tydlig ansvarsfördelning. Inga förändringar har skett i dessa avseenden under revisionsåret 2022.</p>
<p>▶ Är de beslutade riktlinjerna "Trygg hemgång och effektiv samverkan - riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland" ändamålsenliga?</p>	<p>Delvis. Av LUS framgår att region och kommuner gemensamt ska utarbeta kompletterande riktlinjer till lagstiftningen. Sådana riktlinjer har utarbetats och vi bedömer att de på ett rimligt sätt omsätter lagstadgade krav i en tydlig process på operativ nivå. Vi har noterat ett antal situationer där samverkan tenderar att brista, till följd av endera bristande implementering av riktlinjen eller tolkningsproblem. Dessa redogörs för i detalj i rapportens tredje kapitel. De huvudsakliga åtgärderna för att komma till rätta med dessa brister bedömer vi är: förenkling eller förtydligande av de olika processfärgsflödena i riktlinjen, situationsanpassat metodstöd, kunskapshöjande insatser samt ett metodikarbete för att säkra en bättre framförhållning.</p>
<p>▶ Är roller och ansvarsfördelning tydliga vad gäller samverkan mellan slutenvård, primärvård respektive social omsorg?</p>	<p>Delvis. Vi bedömer att roller och ansvarsfördelning i stort är tydliga men att kunskapen om dessa brister vilket skapar flera problem i processen.</p> <p>Regionen och kommunerna har specificerat ansvarig aktör för varje aktivitet i utskrivningsprocessen. Vi noterar att matrisuppdelningen riskerar medföra att de olika aktörerna huvudsakligen fokuserar på sin egen del av samverkan och att helhetsperspektivet utifrån patientens hela resa genom vårdkedjan åsidosätts. Granskningen tyder också på att bedömningen av processfärg inte sker konsekvent och med samsyn mellan aktörerna, vilket leder till konflikter kring vilka aktiviteter som ska genomföras och av vem.</p> <p>En vanlig orsak till bristande kunskap om ansvarsfördelningen är när personalkontinuiteten brister - vilket förekommer hos samtliga aktörer och över tid i varierande omfattning. Det kan hända vid personalomsättning och vakanser, men också i samband med sommarssemestrar, helger eller utanför ordinarie arbetstid. Vi noterar samtidigt att både region och kommuner har vidtagit åtgärder för att säkra processen genom särskilt ansvariga funktioner.</p> <p>Granskningen pekar också på att bristande kunskap om varandras roller och uppdrag i det dagliga arbetet påverkar utskrivningsprocessen. I granskningen framkommer det att en särskilt problematisk konfliktyta bottenar i läkarnas kunskap och förväntningar gällande uppdrag, kompetens och resurser inom kommunernas korttidsboenden. Det får konsekvenser för hur snabbt patienternas bedöms vara utskrivningsklara, och det leder också till följdkonflikter mellan kommun och patient/anhöriga.</p>
<p>▶ Säkerställer regionen och kommunerna att slutenvård, primärvård respektive social omsorg tar sitt ansvar för</p>	<p>Delvis. I merparten av alla utskrivningsärenden finns en god och välfungerande samverkan, men vissa situationer och omständigheter leder återkommande till problem och det är dessa vi främst uppmärksammar genom rapporten.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
<p>Samverkan i respektive aktivitet i utskrivningsprocessen?</p>	<p>NSV och den regionala samverkansstrukturen har säkerställt att det finns riktlinjer för utskrivningsprocessen. Regionstyrelsen och ansvarig nämnd i respektive kommun har tillsett nödvändiga organisatoriska anpassningar och även säkrat att privata utförare av vård och omsorg (i förekommande fall) omfattas i samverkan genom riktlinjer, regler och avtal. Att kommunen för många patienter ansvarar för insatser både enligt SoL och enligt HSL medför att den interna samverkan blir lika viktig som den externa. Vi noterar att det i vissa fall kan vara en utmaning som påverkar förmågan att samverka med andra. Vissa kommuner har nyligen valt att införa <i>trygg hemgångsteam</i> eller motsvarande medan andra istället har avvecklat detta. Inom sjukhusen förekommer varierande rutiner mellan avdelningarna i vilka forum utskrivningspatienter diskuteras och hur kommunikation mellan utskrivningssamordnare och sjuksköterskor, läkare och arbetsterapeuter säkerställs. Ett övergripande problem för samtliga aktörer är att en pressad kompetensförsörjningssituation och hög personalomsättning leder till svårigheter att upprätthålla rutiner och arbetssätt.</p> <p>Regionen har säkerställt att det finns tillgängliga IT-stöd för att informationsöverföring ska fungera bra, både genom ärendehantering i Prator och genom säkra system för digitala planeringsmöten över videolänk. Vi noterar dock att en stor del av kontakten förefaller ske över telefon, alternativt sker via Prator när den borde ha skett över telefon. Att kommunerna har olika rutiner och behörighetsstrukturer försvårar för de specialistmottagningar som har stort geografiskt upptagningsområde. Att inkludera rehabiliteringen i tidigt skede och att säkerställa att rätt kunskap förs över till exempelvis hemtjänstens nattpatrull är återkommande utmaningar.</p> <p>Kunskapen om riktlinjerna och om varandras uppdrag, förutsättningar och lagstiftningar behöver stärkas. Vi bedömer det därför vara aktuellt att regionstyrelsen och ansvariga nämnder säkerställer utbildningsinsatser och stödmaterial för att underlätta utskrivningsprocessen. Detta bör ske i samverkan med NSV som redan tillhandahåller visst metodstöd genom <i>Samverkanswebben</i>. Det som främst efterfrågas i intervjuer är checklistor eller processbeskrivningar riktade till specifika yrkesgrupper, samt utförligare vägledning i vanliga problemsituationer (exempelvis utskrivning efter kontorstid eller vid semesterperioder).</p>
<p>► Säkerställer regionen och kommunerna att patientperspektivet tas tillvara i utskrivningsprocessen?</p>	<p>Delvis. Enligt patientlagen ska hälso- och sjukvården så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Likväl bygger socialtjänstlagen på frivillighet och delaktighet. I granskningen noterar vi att SIP endast genomförs i en liten andel av samordnade utskrivningar. Genom att säkerställa att SIP sker i större omfattning kan regionen på ett strukturerat sätt förvissa sig om att patienten och närstående kan vara delaktiga i utformningen av utskrivningsprocessen och den efterföljande vården. Patienten har nära kontakt med medarbetare inom slutenvården under pågående vårdtillfälle men liten eller ingen kontakt med sin fasta vårdkontakt före hemgång. Vi bedömer dock att det finns goda rutiner för uppföljning efter vårdtillfället och för trygghetsskapande samtal, genom vilket behov av ytterligare samordning kan identifieras.</p>
<p>► Finns mål för samverkan i utskrivningsprocessen på individnivå och övergripande nivå?</p>	<p>Delvis. I överenskommelsen om samverkan finns två övergripande mål:</p> <p><i>Genom ett tillitsfullt samarbete med individens bästa i fokus:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>► känner sig sörmlänningen trygg och självständig efter slutenvård</li> <li>► är vård- och omsorgsprocessen i Sörmland effektiv</li> </ul> <p>Det saknas närmare definitioner av vad effektiv innebär. Kommunerna hänvisar i regel till oskrivna mål om att undvika betalningsansvar (genomsnitt</p>

Revisionsfråga	Bedömning
	<p>3 dagar efter utskrivningsklar) men samtliga ligger långt under detta måttal. Det kan finnas skäl för ansvariga nämnder att överväga vilken tidsrymd som ger bäst effekt sett till både kostnadseffektivitet och vårdkvalitet.</p> <p>De övergripande målen omsätts för varje enskild individ. Det uttrycks inte i form av definierade individmål, utan genom att det för varje patient ska finnas ett preliminärt utskrivningsdatum att förhålla sig till och en plan för samordning av utskrivningen. Med utgångspunkt i stödbehov upprättas en gemensam plan för utskrivningen och tiden därefter men förhållningssätt och tidshorisont för detta varierar beroende på patientens situation och behov.</p> <p>På lokal nivå varierar formerna för styrning av arbetet med utskrivningsprocessen. I ett fåtal av de granskade kommunerna har specifika mål eller indikatorer beslutats av kommunfullmäktige eller ansvarig nämnd. I dessa kommuner har särskilda utvecklingsaktiviteter initierats på politisk nivå under 2022.</p>
<p>► Säkerställs en tillräcklig uppföljning och återkoppling av resultat som omfattar både regionens och respektive kommuns behov?</p>	<p>Ja. Regionen sammanställer och förmedlar statistikuppgifter kopplade till LUS och har en central roll i att möjliggöra för både de egna verksamheterna och kommunerna att löpande följa sina resultat. Förvaltningen följer själva upp resultaten månadsvis och gör jämförelser mellan olika kommuner och mellan olika tidsperioder. Fokus i uppföljningen ligger på statistik relaterad till betalningsansvaret och till beläggning av vårdplatser. De granskade nämnderna tar i regel inte del av dessa uppgifter. Återrapportering till nämnd sker på förekommen anledning, vid större förändringar eller problem. Trygghet följs upp genom uppföljande samtal med patienten men har inte sammanställts på aggregerad nivå specifikt för utskrivningsprocessen.</p> <p>Vi noterar att uppföljning av samverkansöverenskommelsen enligt överenskommelsen ska följa särskild plan, men sådan plan saknas. Under 2022-2023 pågår det dock inom regional samverkansstruktur ett omfattande arbete med att se över överenskommelse och riktlinjer vilka vi bedömer är likvärdiga med en sådan uppföljning.</p>
<p>► Säkerställer regionen att fasta vårdkontakter har de förutsättningar som krävs för att tillgodose patienters behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen?</p>	<p>Nej. För att ge äldre och multisjuka förutsättningar att bibehålla hälsa, självbestämmande och integritet samt bidra till att den sjuke och dennes närstående kan känna trygghet i vardagen samt i kontakt med vården finns funktionen samordningssjuksköterska. På samtliga vårdcentraler som omfattats av denna granskning ansvarar samordningssjuksköterskor för att vara fast vårdkontakt även åt andra patienter som omfattas av LUS. Detta är förenligt med lagstiftningen som medger att varje region utfärdar direktiv kring hur fast vårdkontakt utses, vilken personal som kan ta på sig uppdraget och vilken typ av uppgifter som ska ingå.</p> <p>Vi noterar dock att samordningssköterskan kan vara fast vårdkontakt till ett mycket stort antal patienter. Uppdraget beskrivs vara en i huvudsak administrativ lösning. Den centrala arbetsuppgiften är att ringa uppföljningssamtal till patienten. Övriga aktörer beskriver att primärvården i stor utsträckning har en frånvarande eller passiv roll i samverkansprocessen kring utskrivning. Vi noterar också att den fasta vårdkontakten vanligen utses utan att patienten har kännedom om detta. Vår bedömning är utifrån det att samordningssjuksköterskor inte har de förutsättningar som krävs för att stärka patientens trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet enligt patientlagen.</p>
<p>► Tar slutenvård, primärvård respektive socialtjänst sitt ansvar</p>	<p>I granskningen noterar vi att det förekommer ett flertal olika lokala initiativ kopplade till att förebygga undvikbara inskrivningar och återinskrivningar, vilka involverar både regionens verksamheter och länets kommuner.</p>

Revisionsfråga	Bedömning
för att förebygga undvikbara återinskrivningar?	Regionstyrelsen bör överväga om det finns ett värde att samordna uppföljning av dessa initiativ i syfte att identifiera framgångsfaktorer och insatser som bör implementeras på bredare front.
<p>► Säkerställer regionen och kommunerna att information från avvikelshantering används i förbättrings- och utvecklingssyfte?</p>	<p>Delvis. Det saknas ett gemensamt systemstöd för rapportering av de avvikelser som uppstår i utskrivningsprocessen. Mot bakgrund av de redogörelser och exempel vi tagit del av i granskningens intervjuer är vår bedömning att antalet inkommande avvikelserapporter med anledning av brister i samverkan vid utskrivning enbart utgör ett fåtal av de avvikelser som sker. Vi bedömer att åtgärder bör vidtas för att säkerställa en ökad avvikelserapportering inom såväl Region Sörmland som inom kommunerna. Förväntningar om åiterrapportering av vidtagna åtgärder vid mottagna avvikelser bör stärkas, då det finns en utbredd bild av att bristen på återkoppling har lett till att kommunerna rapporterar mindre.</p> <p>Diskussioner kring avvikelser lyfts i många olika forum, både lokalt mellan enskild kommun och sjukhus/vårdcentral och i professionsnätverk samt inom ramen för den regionala samverkansstrukturen.</p>

Särskilda noteringar gällande specifika kommuner	
Eskilstuna	<p>Eskilstunas kommunfullmäktige har beslutat om att all vård och omsorg ska upplevas samlad, tillgänglig och nära. Genom samverkan med regionen och Mälardalens universitet fortsätter utvecklingen av såväl stärkt kvalitet i verksamheterna som förebyggande och hälsofrämjande insatser. Målet är alltid att stärka självständigheten utifrån individens egna förutsättningar</p> <p>I vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan framkommer att vård- och omsorgsförvaltningen vidareutvecklar intensiv habilitering/rehabilitering inom ramen för Intensiv hemrehabilitering (IHR) och Intensiv rehabilitering i samverkan (IRIS). Likaså fortsätter förvaltningen att vidareutveckla arbetssätt inom ramen för trygg och effektiv utskrivning. Bland annat finns en samordnande koordinator med ansvar för samverkan mellan kommunen och regionen vid in- och utskrivningar.</p> <p>Eskilstuna kommun har tillsammans med Region Sörmland sedan år 2018, via vård- och omsorgsnämnden/vård- och omsorgsförvaltningen, ett fördjupat samarbete kring äldre i Eskilstuna och äldres behov av vård och omsorg i linje med omställningen till Nära vård. Här ingår ett Nära vård-team som ska effektivisera utskrivningsprocessen och stärka patientperspektivet i syfte att undvika återinskrivningar.</p> <p>I Eskilstuna kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Det finns tre vård- och omsorgsboende i privat regi.</p> <p>Samverkan med Mälarsjukhuset beskrivs huvudsakligen vara välfungerande. Brister i samverkan förekommer vid olika tolkningar av färgprocesser, vid stora personalomsättningar, i kommunikationen och avsaknad av förståelse av varandras uppdrag. Dessa brister diskuteras i samverkansforum mellan kommunen och sjukhuset.</p>
Flen	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att Flen kommun ska vara ett nav i den nya region Sörmland och vara drivande för att hitta nya sätt att lösa framtidens utmaningar. Flens kommun står inför ett ökat plats- och resursbehov inom äldreomsorgen. Kommunen behöver därför färdigställa fler platser i särskilda boenden och öka tillgången av mellanboenden för äldre. Socialnämnden har inte angivit särskilda mål eller uppdrag kopplat till trygg och effektiv utskrivning.</p>

	<p>Det finns inga privata utförare. Tryggt hemgångsteam har funnit tidigare, men avvecklats då det inte har fallit så väl ut som planerat. Det pågår vid granskningens tillfälle en översyn av organisationen. Det beskrivs av vissa intervjuade finnas en önskan om att återinföra ett tryggt hemgångsteam.</p> <p>I Flens kommun beskrivs personalomsättning och bristande kompetensförsörjning vara en stor utmaning för en ändamålsenlig utskrivningsprocess då samverkan i stor utsträckning blir personbunden. Underbemanning beskrivs vara den främsta orsaken till att hemgångsteamet avvecklades. Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts därutöver som ett problem vid flera intervjuer. Likväl att få SIP:ar upprättas, varför patientens delaktighet blir lidande i utskrivningsprocessen. Brister i samverkan förekommer också vid olika tolkningar av färgprocesser.</p> <p>Samverkansmöten mellan utskrivningssamordnare, deltagare från hemsjukvård, biståndshandläggare och vårdcentraler äger rum kontinuerligt. Vid dessa möten behandlas bland annat avvikelser och framgångsrika utskrivningar.</p>
Gnesta	<p>Kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet om en trygg vård och omsorg av hög kvalitet som utformas i nära samverkan med brukare och personal.</p> <p>Kommunen har till följd av sin ringa storlek inga särskilda handläggare eller sjuksköterskor som arbetar med utskrivningsprocessen. Diskussioner har förts om att eventuellt införa en samordningsfunktion. Brister i kommunikationen mellan olika enheter har skett och upplevs kvarstående av de tillfrågade utförarenheterna. Kommunen har särskilt arbetat för att stärka dialogen med den enda förekommande privata utföraren av hemtjänst.</p> <p>Samverkan med sjukhusen upplevs ojämnt fungerande beroende på vilken sjukhusavdelning som berörs.</p>
Katrineholm	<p>Kommunfullmäktige har beslutat att ett övergripande mål är att kommunens samverkan med regionen fortsätter att utvecklas med utgångspunkt från den nationella överenskommelsen om att vidareutveckla den nära vården. Målet är en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan, vilket bland annat innebär att brukare ska få mer vård utförd i hemmet och slippa onödiga inläggningar på sjukhus.</p> <p>Kommunen har ändrat sina arbetssätt för att kunna hantera snabbare utskrivningar. Ett särskilt vårdplaneringsteam hanterar all kontakt med sjukhusen. Interna rutiner finns för att tydliggöra samarbetet mellan biståndsenhet och hemsjukvård. Under 2017-2018 testades ett särskilt hemgångsteam, men den ojämna beläggningen var svår att hantera och det upplevdes också orättvist från de privata utförarna att kommunen automatiskt tog hemgångspatienter i två veckor. Kommunen har LOV-utförare och i förfrågningsunderlaget finns krav på mottagningstimme där både hemtjänst och rehabilitering möter upp vid hemgång. Att kommunikationen når ut till alla hemtjänstenheter i god tid lyfts dock som en utmaning.</p> <p>Överföringen av kommunikation från slutenvården lyfts som ett problem vid flera intervjuer. I Västra länsdelen har det startats en samverkansgrupp där vårdplanerarna från Katrineholm ingår tillsammans med utskrivningssamordnare från Kullbergska. Samverkan med primärvården kring patienter som <i>inte</i> har hemsjukvård lyfts fram som ett särskilt problem; mellan hemsjukvård och primärvård finns bättre samverkan.</p>
Nyköping	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att de sociala insatserna ska främja medborgarnas trygghet, jämlikhet och aktiva deltagande i samhällets gemenskap. Verksamheten ska bedrivas rättssäkert med individen i fokus och i god samverkan med andra myndigheter, ideella krafter och anhöriga. Personalen är verksamheternas viktigaste resurs som tillsammans med välfärdsteknik ska klara ett av samhällets viktigaste uppdrag för ett socialt och ekonomiskt hållbart Nyköping.</p> <p>I maj 2022 startades ett hemgångsteam. Formen för teamet samt dess professioner finns på plats. Under sommaren 2022 fick detta team dock ställa om och utföra andra prioriterade områden inom hemtjänsten såsom framför allt delegeringsuppdrag.</p>

	<p>I Nyköpings kommun finns en gemensam äldreomsorg där myndighetskontoret är införlivat i verksamheten. Det finns särskilda biståndshandläggare som jobbar med utskrivningsprocessen, vilket är igång efter sommaren igen, och samtliga utskrivningar kommer från Nyköpings lasarett. Det finns tre privata särskilda boenden och tre privata hemtjänstutförare. Kommunen har haft svårigheter att bemanna samtliga professioner senaste 1,5 året, vilket påverkat kompetensen och erfarenheten, då många i personalen är nya.</p> <p>Intervjuade upplever bristande samverkan både inom den egna verksamhetens funktioner, till exempel mellan biståndshandläggare och hemtjänst samt med sjukhuset där olika uppfattningar om färgprocessen bidrar med svårigheter i utskrivningsprocessen. Samtliga intervjuade upplever dock att patienter är i sämre skick vid utskrivning än tidigare.</p>
Oxelösund	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att det är värdigt, tryggt och säkert att åldras i Oxelösund. I Oxelösund innebär det att äldre med behov av stöd erbjuds möjlighet att bo kvar i egen bostad och att äldre har inflytande över hur beviljade insatser utförs. Insatser till äldre ska vara av god kvalitet, individinriktade samt ges med gott bemötande.</p> <p>Enligt nämndens verksamhetsplanering pågår det en översyn inom länet ifall ett länsövergripande verksamhetssystem skulle kunna införas i alla nio kommunerna inom vård- och omsorgsområdet. Syftet är att på ett enklare sätt kunna synka med varandra och regionen.</p> <p>I Oxelösunds kommun finns inga privata utförare av hemtjänst. Kommunen hade ett Tryggt hemgångs-team tidigare, men avvecklade det under våren 2022 på grund av att en ny hemtjänstorganisation infördes under hösten 2021. Numera jobbar alla efter den metoden, men det finns inget särskilt team. På grund av högt tryck har det varit stopp på korttidsboendet och kommunen har behövt köpa korttidsplatser externt.</p> <p>Tidigare har det funnits en Prator-kordinator på 50%. Den funktionen försvann för en tid sedan, men den är saknad och det kommer tillsättas en liknande tjänst på biståndskontoret. Det har funnits en hög personalomsättning bland biståndshandläggare och sjuksköterskor vilket påverkar att processen med utskrivning stannar upp. Intervjuade uppger att kontakten med Nyköpings lasarett varierar beroende på avdelning. Det framkommer även att kontakten och informationsutbytet mellan personalgrupperna inom kommunen är bristfällig.</p>
Strängnäs	<p>Kommunfullmäktiges övergripande mål är att i Strängnäs kommun erbjuds välfärdstjänster av god kvalitet som utgår från invånarnas behov. Samverkan mellan kommun och region är grunden för att möta vårdbehovet hos äldre. Insatserna kan vara komplexa och kräver att Strängnäs kommun har kompetent och utbildad personal för att kunna genomföra insatserna.</p> <p>Personalsituationen i kommunen är ett genomgående tema som framkommer av intervjuerna. Biståndsenheten har för närvarande svårt att mäta med sitt uppdrag. Ett stort ansvar ligger istället på samordningsfunktionen inom hemtjänsten att hantera kontakt med sjukhus och hemsjukvård. Hemsjukvården har stor brist på sjuksköterskor. Brist på korttidsplatser inom kommunen uppger leda till många återinläggningar. Samverkan uppger vara personbunden och svår att upprätthålla inom enheter med hög personalrörlighet.</p>
Trosa	<p>I kommunfullmäktiges mål- och budget framgår att kommunens verksamhet ska präglas av ett helhetsperspektiv och bygga på samordning / samverkan mellan resurser inom och utom kommunen. Kommunen ska uppmuntra samarbete, okonventionella och alternativa lösningar.</p> <p>En platssamordnare har införts för särskilda boenden/korttidsboenden, vilket uppger ha underlättat den interna kommunikationen mycket. Kommunen har sedan tillståndsplikten infördes inom hemtjänst inte längre några privata aktörer verksamma. Det är för närvarande en god bemanningssituation avseende sjuksköterskor, arbetsterapeut och sjukgymnast.</p>



	<p>Arbete pågår med att starta upp "intensiv hemrehabilitering" som kommer att omfatta en liten del av LUS-patienterna. Tidigare satsningar på tryggt hemgångsteam har avvecklats då de bedöms vara mycket resurskrävande.</p> <p>I Trosa uppger intervjuade att det finns en god relation till Nyköpings lasarett, vilket hanterar cirka 90 % av patienterna från kommunen, men att relationerna till övriga sjukhus inte är lika utvecklade. En hög läkarkontinuitet vid vårdcentralen i Trosa har bidragit positivt till kommunens arbete, men intervjuade problematiserar att läkarnärvaron ofta är över telefon och inte hos patienten.</p>
Vingåker	<p>Vingåkers kommunfullmäktige har beslutat om det övergripande målet att boende och verksamma i Vingåkersbygden upplever att livskvaliteten är hög, inklusive tillgången till kommunal service. I övrigt finns inga målsättningar kopplade till utskrivningsprocessen varken från fullmäktige eller ansvarig nämnd.</p> <p>Vingåker har inte behövt göra några stora anpassningar för att den egna organisationen ska kunna implementera den länsgemensamma riktlinjen. All verksamhet bedrivs i kommunal regi och i samma förvaltning vilket underlättar kommunikationen. Kommunen har tidigare provat särskilda <i>trygg hemgång</i>-team men avvecklat det då patientvolymen är för liten för att ett dedikerat team ska vara rimligt belagda med arbete varje vecka. Från hemtjänsten framförs önskemål om att bli involverade tidigare i planeringsprocessen inför hemgång.</p> <p>Intervjuade upplever att kontakterna med Kullbergsska sjukhuset fungerar bra men att det är svårare vid andra sjukhus där utvecklade relationer saknas. Informationsöverföringen i Prator är svag, mycket telefonkontakter krävs. Tillsammans med Kullbergsska pågår ett särskilt projekt kring nära vård.</p>

## 6. Bilagor

### Dokumentförteckning

- ▶ Eskilstuna kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Eskilstuna Kommun 2021*, (VON/2022:10).
- ▶ Eskilstuna kommun, *Upphandlingsdokument (IEN 19.054) 2019-12-18*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och Omsorgsnämndens verksamhetsberättelse 2021 och slutrapport för internkontroll 2021*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och Internkontrollplan 2022 (VON/2021:36) 2021-12-07*.
- ▶ Eskilstuna kommun, *Årsplan 2022*
- ▶ Flen kommun, *Nämndplan 2020-2023 med budget 2020 - Socialnämnden*.
- ▶ Flen kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Flens kommun 2021 (SN/2022:16)*.
- ▶ Flen kommun, *Strategisk plan 2020-2023 med budget 2022*.
- ▶ Flen kommun, *Årsuppföljning av ekonomi, mål och uppdrag 2021 - Ekonomisk uppföljning*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Framtidsplan 2022-2024 - För Socialnämnden*.
- ▶ Gnesta kommun, *Förfrågningsunderlag hemtjänst enligt LOV - Gnesta kommun*.
- ▶ Gnesta kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Gnesta kommun år 2021 (SN.2022.16)*
- ▶ Gnesta kommun, *Årsredovisning 2021 - Uppföljning av Framtidplan 2021-2023 för Socialnämnden (SN.2022.13)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Förfrågningsunderlag - Valfrihetssystem för brukare enligt lagen om valfrihet - Hemtjänst (VON/2020:40-711)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Hälsa & trygghet - Övergripande plan med budget 2022-2024*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Nämndplan med budget - Vård- och omsorgsnämnden 2022 (VON/2021:47-042)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON/2022:8-8.2.3)*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Planering 2022 - Vård- och omsorgsförvaltningen*.
- ▶ Katrineholm kommun, *Årsredovisning 2021 - Vård- och omsorgsnämnden (VON/2021:49-041)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (KK21/7)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Delårsrapport 2022 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Detaljbudget 2022 - Vård - och omsorgsnämnden. Excelfil*
- ▶ Nyköpings kommun, *Förfrågningsunderlag för bedrivande hemtjänst enligt Lag om valfrihetssystem (giltig från 2022-05-01)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Rapport - Patientsäkerhetsberättelse 2021 (VON 22/13)*.
- ▶ Nyköpings kommun, *Verksamhetsberättelse 2021*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Flerårsplan 2022-2024 (KS/2021:34-0061)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Förfrågningsunderlag - valfrihet inom hemtjänst 2021 (SN/2020:614-059)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Patientsäkerhetsberättelse Socialkontoret i Strängnäs kommun år 2021 (SN/2022:7)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2021-2023 - Socialnämnden (SN/2020:586-012)*.
- ▶ Strängnäs kommun, *Verksamhetsplan 2022-2024 - Socialnämnden (SN/2021:240-012)*
- ▶ Strängnäs kommun, *Årsrapport 2021 - Socialnämnden (SN/2022:66)*
- ▶ Trosa kommun, *Avtalsmall - hemtjänst enligt LOV*.
- ▶ Trosa kommun, *Bokslut 2021 - Vård- och omsorgsnämnden*.
- ▶ Trosa kommun, *Budget 2022 med flerårsplan 2023-2024 (dnr 1991-00085)*.
- ▶ Trosa kommun, *Förfrågningsunderlag - hemtjänst enligt LOV (VON 2021/36)*.
- ▶ Trosa kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Trosa kommun vård och omsorg 2021 (VON 2022/18)*.
- ▶ Vingåker kommun, *Kommunplan med budget 2022 - Flerårsplan 2023-2024*.
- ▶ Vingåker kommun, *Nämndplan för Socialnämnden i Vingåkers kommun 2022-2023*.
- ▶ Vingåker kommun, *Patientsäkerhetsberättelse år 2021*.
- ▶ Vingåker kommun, *Verksamhetsberättelse 2021 - Socialnämnden*.

- ▶ Oxelösund kommun, *Mål- och budget 2022-2022.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Patientsäkerhetsberättelse för Oxelösunds kommun år 2021.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan 2022-2024.*
- ▶ Oxelösund kommun, *Vård- och omsorgsnämndens årsredovisning 2021.*
- ▶ Region Sörmland, *Avtal om övertagande av hälso- och sjukvårdsinsatser i ordinärt boende mellan landstinget och kommunerna i Södermanlands län (2009)*
- ▶ Region Sörmland, *Beslutsstöd SKILS. Bildmaterial*
- ▶ Region Sörmland, *Medicinsk rutin - Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelande i Prator i Region Sörmland (MED19-2846)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för att hantera informationsflöde i Prator. (uppdaterad 2018-08-23)*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för bifogande av fil vid fristående meddelanden i Prator - Landstinget Sörmland.*
- ▶ Region Sörmland, *Rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner. (beslutad 2021-08-18).*
- ▶ Region Sörmland, *Regelbok för bedrivande av primärvård inom Region Sörmland 2022 (RS-LED21-2443).*
- ▶ Region Sörmland, *Samverkansriktlinjer enligt 3 f HSL, 2 kap. 7§ SoL och SOSFS 2007:10/2008:20.*
- ▶ Region Sörmland, *Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning.*
- ▶ Region Sörmland, *Trygg hemgång och effektiv samverkan - Riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Sörmland. (reviderad 2020-03-09)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse angående ansvarsfördelning mellan primärvårdsnivå i kommun och landsting och Rehabiliteringsverksamheten (HH-HOH10-064 PVN-HSF12-048)*
- ▶ Region Sörmland, *Överenskommelse om samverkan för trygg och effektiv utskrivning från slutenvård (NSV16-0028-15)*

## Intervjuförteckning

### Region Sörmland

Tf. hälso- och sjukvårdsdirektör  
Divisionschef primärvård  
Verksamhetschef läns-gemensamt regionalt stöd  
Verksamhetschef patientsäkerhetsenheten  
Närvårdskordinator äldre norra länsdelen  
Närvårdskordinator äldre södra länsdelen  
Närvårdskordinator äldre västra länsdelen  
Chefläkare Mälarsjukhuset (två)  
Chefläkare Nyköpings lasarett (två)  
Utskrivnings-samordnare Mälarsjukhuset (fyra)  
Utskrivnings-samordnare Nyköpings lasarett (tre)  
Verksamhetschef vårdcentral Nävertorp  
Katrineholm  
Verksamhetschef vårdcentral Bagaregatan  
Nyköping  
Verksamhetschef vårdcentral Malmköping  
Verksamhetschef vårdcentral Torshälla  
Samordningssjuksköterska vårdcentral  
Nävertorp Katrineholm

### Eskilstuna kommun

Verksamhetschef äldreomsorg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Medicinskt ansvarig rehabilitering (MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef vård- och omsorgsboende  
Biståndshandläggare - teamledare

### Flens kommun

Socialchef  
Äldreomsorgschef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef korttidsboende  
Enhetschef biståndsenheten  
Biståndshandläggare

### Gnesta kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef korttidsboende (svarat skriftligt)  
Biståndshandläggare

### Katrineholms kommun

Socialchef

Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende  
(svarat skriftligt)  
Arbetsterapeut inom hemsjukvården  
Enhetschef biståndshandsenheten

### Nyköpings kommun

Verksamhetschef äldreomsorg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten  
Enhetschef korttidsboende  
Biståndshandläggare

### Oxelösunds kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef särskilt boende (svarat skriftligt)  
Utvecklingschef biståndsenheten

### Strängnäs kommun

Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Kommunal samordnare hemtjänsten  
Biståndshandläggare

### Trosa kommun

Vård- och omsorgschef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS)  
Enhetschef hemtjänsten  
Biståndshandläggare  
Enhetschef vård- och omsorgsboende

### Vingåkers kommun

Socialchef  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
(MAS)/Medicinskt ansvarig rehabilitering  
(MAR) (svarat skriftligt)  
Enhetschef hemtjänsten (svarat skriftligt)  
Enhetschef särskilt boende/korttidsboende  
(svarat skriftligt)  
Biståndshandläggare