

2007-02-07

Vård- och omsorgs-  
nämnden  
Region Skåne

*För kännedom:*  
Kommunstyrelsen  
Kommunfullmäktige

## **Granskning av vård och omsorg om äldre**

Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers har fått i uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Lunds kommun och av revisionskontoret i Region Skåne att granska hur kommunen och regionen samverkar kring vård och omsorg om äldre.

Granskningen skall ge revisorerna underlag för att bedöma hur de skånska kommunerna och Region Skåne samverkar kring vårdplanering och informationsöverföring mellan huvudmännen samt hur denna information hanteras i det praktiska arbetet. Granskningen skall också ge revisorerna underlag för att bedöma hur information kring läkemedel till äldre hanteras och hur uppföljning av läkemedelsbehandlingen sker. För Lunds kommun har femton vårdtagare studerats för att granska den samordnade vårdplaneringen på individnivå.

Sammantaget visar granskningen på en rad brister i samverkan för samordnad vårdplanering och brister i informationsöverföring. Bristerna avser såväl samverkan mellan kommun och region som brister i samverkan mellan slutenvård och primärvård. Revisionen bedömer dock att Lunds kommuns organisation för vårdplaneringsprocessen är ändamålsenlig och att kommunen genom sitt vårdplaneringsteam och primärvårdens SVP-team väl motsvarar de kompetenskrav som ställs.

Revisionen bedömer att samverkan kring processen för den samordnade vårdplaneringen inte fungerar tillfredsställande. Kommunikationen mellan vårdaktörerna måste förenklas och förbättras. Det brister i informationsöverföringen såväl vid inskrivning som vid utskrivning från sjukhuset. Granskningsrapporten innehåller många exempel på att dokumentationen är ofullständig och på att parterna inte följer överenskomna rutiner. Processen för samordnad vårdplanering fungerar i varierande grad beroende på vilken vårdavdelning som är aktuell på Universitetssjukhuset i Lund. Dokumentationen kring vårdplaneringen är många gånger bristfällig, och i underlaget för övertagande av patientansvar, d.v.s. vårdplanen, framgår inte primärvårdens fortsatta insatser.

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst skall, senast samma dag som patienten skrivs ut, överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Denna granskning visar klart och tydligt att det i allt för många fall inte fungerar enligt gällande författning. Revisionen bedömer att informationsöverföringen kring läkemedelsordinationen och den medicinska epikrisen inte är ändamålsenlig.

2007-02-07

Rapporten översänds härmed till Region Skåne, och Vård- och omsorgsnämnden. Rapporten översänds också till kommunstyrelsen och kommunfullmäktige för kännedom.

FÖR LUNDS KOMMUNS REVISORER

---

Per Olsson  
Ordförande

---

Anna-Klara Arvidsson  
Vice ordförande

---

Eva Ekelund Olsson  
2:e vice ordförande

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Revisionsrapport\*

# Granskning av samverkan kring vård och omsorg om äldre

Lunds kommun och Region Skåne

8 februari 2007

Jean Odgaard

Kristina Hermansson

Linus Owman

\*connectedthinking

## Innehållsförteckning

Sammanfattning .....	1
1 Inledning .....	2
1.1 Bakgrund .....	2
1.2 Uppdrag och revisionsfråga.....	2
1.3 Metod och genomförande.....	3
2 Ramverket .....	4
2.1 SOSFS 2005:12 .....	4
2.2 SOSFS 2005:27 .....	4
2.3 Region Skånes rutiner för samordnad vårdplanering .....	6
2.4 Samverkansavtal och lokala rutiner.....	6
2.5 Samverkan mellan kommun och primärvård .....	7
3 Processen för samordnad vårdplanering .....	7
3.1 Organisation .....	7
3.2 Processbeskrivning .....	8
3.3 Läkemedel .....	9
3.3.1 Läkemedelsrelaterade problem hos de äldre.....	9
3.3.2 Iakttagelser Lunds kommun.....	10
3.4 Kommunens syn på processen.....	11
3.5 Sjukhusets syn på processen.....	12
3.6 Primärvårdens syn på processen.....	14
4 Redovisning av granskningsresultat på individnivå.....	15
5 Analys och bedömning.....	17
5.1 Avtal och rutiner.....	18
5.2 Samverkan kring processen för den samordnade vårdplaneringen .....	18
5.3 Informationsöverföring till kommun och primärvård .....	20
5.4 Läkemedelsfrågor .....	21
5.5 Sammanfattande slutsatser .....	21

## Sammanfattning

Enligt socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen har huvudmännen skyldighet att samverka kring vård och omsorg om äldre. Granskningen skall ge revisorerna underlag för att bedöma hur de skånska kommunerna och Region Skåne samverkar kring vårdplanering och informationsöverföring mellan huvudmännen samt hur denna information hanteras i det praktiska arbetet. Granskningen skall också ge revisorerna underlag för att bedöma hur information kring läkemedel till äldre hanteras och hur uppföljning av läkemedelsbehandlingen sker. För Lunds kommun har femton vårdtagare studerats för att granska den samordnade vårdplaneringen på individnivå.

Sammantaget visar granskningen på en rad brister i samverkan för samordnad vårdplanering och brister i informationsöverföring. Bristerna avser såväl samverkan mellan kommun och region som brister i samverkan mellan slutenvård och primärvård.

Revisionen bedömer att samverkan kring processen för den samordnade vårdplaneringen inte fungerar tillfredsställande. Processen upplevs i allmänhet som tungrodd, tidskrävande och otidsenlig. Kommunikationen mellan vårdaktörerna måste förenklas och förbättras. Det brister i informationsöverföringen såväl vid inskrivning som vid utskrivning från sjukhuset. Granskningsrapporten innehåller många exempel på att dokumentationen är ofullständig och på att parterna inte följer överenskomna rutiner. Processen för samordnad vårdplanering fungerar i varierande grad beroende på vilken vårdavdelningar som är aktuell på USiL. Dokumentationen kring vårdplaneringen är många gånger bristfällig, och i underlaget för övertagande av patientansvar, d.v.s. vårdplanen, framgår inte primärvårdens fortsatta insatser.

Lunds kommun har organiserat ett SVP-team (samordnat vårdplaneringsteam) bestående av olika yrkeskategorier. Primärvården i Lund har skapat ett SVP-team bestående av läkare från primärvården. Läkarna gör en bedömning ur ett allmänmedicinskt perspektiv, kontrollerar att vårdplanen är komplett, och medverkar även vid en del vårdplaneringar. Organisationen gör att grunderna för övertagandet av patientansvaret blir bättre.

Granskningen visar vidare att det fortfarande brister i kunskap och förståelse för varandras uppdrag och ansvar. Revisionen bedömer att Lunds kommuns organisation för vårdplaneringsprocessen är ändamålsenlig och att kommunen genom sitt vårdplanerings-team och primärvårdens SVP-team väl motsvarar de kompetenskrav som kan ställas.

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst skall, senast samma dag som patienten skrivs ut, överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Denna granskning visar klart och tydligt att det i allt för många fall inte fungerar enligt gällande författning. Revisionen bedömer att

informationsöverföringen kring läkemedelsordinationen och den medicinska epikrisen inte är ändamålsenlig.

Omprövning och genomgång av läkemedelsbehandlingen till vårdtagare på äldreboende sker. Revisionen bedömer att det är angeläget att detta arbete fortsätter och utvidgas till att även omfatta äldre vårdtagare i den kommunala hemsjukvården.

## 1 Inledning

### 1.1 Bakgrund

Enligt socialtjänstlagen respektive hälso- och sjukvårdslagen har huvudmännen skyldighet att samverka kring vård och omsorg om äldre. Granskningen skall ge revisorerna underlag för att bedöma hur de skånska kommunerna och Region Skåne samverkar kring vårdplanering och informationsöverföring mellan huvudmännen, samt hur denna information hanteras i det praktiska arbetet. Granskningen skall också ge revisorerna underlag för att bedöma hur information kring läkemedel till äldre hanteras och hur uppföljning av läkemedelsbehandlingen sker.

Socialstyrelsen har gett ut föreskrifter och allmänna råd beträffande informationsöverföring och samordnad vårdplanering vid överföring av patienter mellan olika huvudmän (SOSFS 2005:27). Sedan februari 2004 finns dessutom rutiner för samordnad vårdplanering mellan Skånes kommuner och Region Skåne.

### 1.2 Uppdrag och revisionsfråga

*Informationsöverföring och samverkan kring samordnad vårdplanering*

Frågeställningarna bygger på vårdplaneringsprocessens fyra delmoment; inskrivningsmeddelande, kallelse till vårdplanering, samordnad vårdplanering och meddelande om utskrivningsklar.

- Vilka avtal finns mellan kommunerna och Region Skåne när det gäller samverkan, och hur ser dessa avtal ut?
- Följer fastställda rutiner socialstyrelsens föreskrifter om in- och utskrivning av patienter i slutenvård?
- Hur ofta skickas inskrivningsmeddelande, för vilken patientkategori, och vid vilken tidpunkt?

- Hur sker kallelse till vårdplanering, vem kallas, när svarar kommunen, och vilken medicinsk information innehåller kallelsen?
- När och hur utförs den samordnade vårdplaneringen (i förhållande till kallelsen), vem deltar, vilken medicinsk information ges skriftligt inför vårdplaneringen, vad beslutas, när och hur justeras vårdplanen av respektive vårdaktör?
- När skickas utskrivningsmeddelande i förhållande till den samordnade vårdplanen, hur ofta återkallas beslut om ”utskrivningsklar” av slutenvården?
- Hur sker informationsöverföring till primärvården, och vilket stöd får äldreomsorgen från primärvården?

### *Informationsöverföring och översyn av läkemedel*

- Hur och när överförs information om läkemedelsordination till berörda vårdaktörer i samband med inskrivning till eller utskrivning från sjukhus?
- Hur säkerställs att informationen når alla berörda?
- Finns aktuell läkemedelslista hos kommun och primärvård?
- Hur ofta, och på vilket sätt, sker omprövning/genomgång av läkemedelsbehandlingen till vårdtagare på äldreboende? Vem deltar i omprövningen?
- Vilka system finns för uppföljning av att nyinsatt medicinering fungerar avseende effekter och bieffekter och hur dokumenteras detta?

Vård- och omsorgsverksamheten är omfattande och berör cirka 3 500 Lundabor. Flertalet av dem får vård, omsorg, stöd och service i sitt ordinära boende. Cirka 850 äldre personer bor permanent i särskilt boende. Mot bakgrund av att utvecklingen har gått mot att allt mer vård ges i det egna hemmet, och att kvarboendepincipen har betonats, kommer denna granskning även att rikta fokus på hur samverkan sker mellan Regionen och hemvården.

### **1.3 Metod och genomförande**

Granskningen har inletts med en inventering av de överenskommelser som föreligger. Ett urval av vårdtagare, i första hand 80 år och äldre, som under den senaste sexmånadersperioden bott på korttidsplatser/-boenden har valts ut för att granska den samordnade vårdplaneringen på individnivå. För Lunds kommuns vidkommande granskas arton genomförda vårdplaneringar. Av dessa har åtta vårdtagare kommit från ordinärt boende,

och återgått till samma boende. Intervjuer har genomförts med kommunens MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska), beställarchef, samt biståndshandläggare och sjuksköterska från kommunens vårdplaneringsteam. Intervjuer har också genomförts med kvalitetsutvecklare från område söder och sjuksköterskor från hemvård och särskilt boende från område öster. Inom regionen har intervjuer genomförts med verksamhetschef från Vårdcentralen Dalby och två läkare från primärvårdens vårdplaneringsteam. Från Universitetssjukhuset i Lund (USiL) har sjuksköterskor från berörda verksamheter<sup>1</sup> intervjuats.

Granskningen har genomförts av Jean Odgaard (projektledare), Kristina Hermansson och Linus Owman från Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB.

## 2 Ramverket

### 2.1 SOSFS 2005:12

I Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården, SOSFS 2005:12, anges följande i 4:e kapitlet kring samverkan och samarbete:

4 § Ledningssystemet skall säkerställa att det finns rutiner

1. som klargör ansvaret för samarbetet kring och planeringen av vården av enskilda patienter vad avser t.ex. överföring av information om enskilda patienter, och
2. för samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område

### 2.2 SOSFS 2005:27

I Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, SOSFS 2005:27, anges följande:

*2 kap 3§ Rutiner för samverkan.*

Landstingen och kommunerna skall i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter, och för överföring av information mellan vård- och

---

<sup>1</sup> Akutsjukvårdsavdelning 7 & 8, Ortopedavdelning 11, Neurologavdelning 25, Kirurgen avd 14 och MAVÅ (medicinsk akutvårdsavdelning).



omsorgsgivare, i samband med in- och utskrivning av patienter från slutna vård till öppen vård och socialtjänst.

### *3 kap. Vårdplanering*

Den behandlande läkaren i den slutna vården skall efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter fastställa hur vårdplaneringen skall genomföras. I vårdplaneringen skall sådan personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivning. Under vårdplaneringen skall respekt för den enskildes integritet och värdighet visas.

### *4 § Vårdplanen*

Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivning från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet ska uppnås.

Vårdplanen ska i förekommande fall innehålla uppgifter om

1. medicinska åtgärder och andra behandlingar
2. aktuella läkemedelsförskrivningar
3. tillhandahållna eller föreskrivna medicinska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar
4. allmän och specifik omvårdnad
5. omsorg, stöd och service och
6. rehabilitering och habilitering.

### *4 kap. Överföring av information vid in- och utskrivning*

1 § Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller lagen (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten.

2 § Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten.

3 § Informationen skall innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen skall de övriga uppgifterna bestå av

1. inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen,
2. vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården,
3. sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården,

4. patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd,
5. patientens upplevda hälsotillstånd,
6. riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd,
7. patientens arbetsförmåga,
8. närstående, förvaltare eller god man, och
9. andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen.

## 2.3 Region Skånes rutiner för samordnad vårdplanering

Gemensamma rutiner för samordnad vårdplanering infördes den 1 juli 2004 och omfattar samtliga 33 kommuner och hela Region Skåne. Rutinerna innehåller en beskrivning av processen för samordnad vårdplanering och de fyra delprocesserna inskrivningsmeddelande, kallelse till vårdplanering, samordnad vårdplan och utskrivningsmeddelande.

Under hösten 2005 har Hälso- och sjukvårdsledningen i Region Skåne och Kommunförbundet Skåne genom en förvaltningsgrupp utvärderat de Skånegemensamma rutinerna. Resultatet för utvärderingen presenterades i en rapport för den politiska styrgruppen för närsjukvård i mars 2006. Förvaltningsgruppen fick därefter i uppdrag att revidera rutinerna utifrån rapporten bl.a. mot bakgrund av Socialstyrelsens nya föreskrift, SOSFS 2005:27. Nya gemensamma rutiner föreslås gälla från 1 mars 2007. En kravspecifikation är även framtagen för IT tjänsten ”Samordnad Vårdplanering – En konfigureringsbar ärendehanteringstjänst”.

## 2.4 Samverkansavtal och lokala rutiner

För Lund kommuns vidkommande finns det några avtal som reglerar den samordnade vårdplaneringen och samverkan med primärvården.

Det finns ett *samarbetsavtal* mellan Primärvården Skåne, mellersta området och Vård- och omsorg, Lunds kommun. Avtalet reglerar bl.a. samarbetsformer, läkarstöd, läkemedels- hantering, läkemedelsgenomgångar, dokumentation och kompetensutveckling.

Det finns en lokal rutinbeskrivning för samordnad vårdplanering. Denna rutin klargör ansvar och uppgifter för kommunens SVP-team och för den övriga hemvården. Rutiner finns för Lunds kommuns samverkan med Hospis inklusive Palliativt konsultteam (PKT). Det finns vidare ett beslut i Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt kring lokal hantering och finansiering av korttidsenheter, för rehabilitering inom Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt. Det finns även generella riktlinjer för läkemedelshantering inom primärvården gällande kommunens hälso- och sjukvård i Mellersta Skånes sjukvårdsdistrikt.

I övrigt används de gemensamma rutinerna för samordnad vårdplanering.

## 2.5 Samverkan mellan kommun och primärvård

Kommunens personal uppges överlag vara nöjda med överenskommelsen. Läkarmedverkan på särskilt boende fungerar bra. Det finns en namngiven familjeläkare för varje särskilt boende för äldre, och det finns tid avsatt per vecka. Läkarstödet används av sjuksköterskorna för att konsultera läkare kring olika patientärenden. Utifrån diskussionen med sjuksköterskorna avgör sedan läkaren om hembesök krävs. Gemensamma träffar sker även med läkare och hemsjukvårdspersonal kring hemvården. Det finns bra kommunikationsmöjligheter per telefon. Utrymmet för kompetensutveckling är dock knappt och skulle kunna utvecklas.

## 3 Processen för samordnad vårdplanering

### 3.1 Organisation

#### Kommunens organisation

Sedan 1 april 2006 finns ett SVP-team (samordnat vårdplaneringsteam) bestående av sjuksköterskor, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast. Tidigare har det funnits ett vårdplaneringsteam bestående av endast sjuksköterska och biståndshandläggare. Den nya organisationen innebar en utvidgning och syftar till att samla kompetens och att satsa på ett rehabiliterande synsätt. SVP-teamet svarar för alla samordnade vårdplaneringar med undantag för psykiatri, permanent plats i äldreboende, och då processen för s.k. ”kort vårdtid” används. Det finns också fall då biståndshandläggare och/eller områdesteamet beslutar att ta ansvar för en kommande samordnad vårdplanering. SVP-teamet är stationerat på USiL där de flesta av kommunens vårdplaneringar sker. SVP-teamet får även kallelser från andra sjukhus i Skåne och medverkar vid dessa vårdplaneringar utifrån bedömt behov. De flesta vårdplaneringar på annan ort sker dock via telefon.

#### Sjukhusförvaltningarna

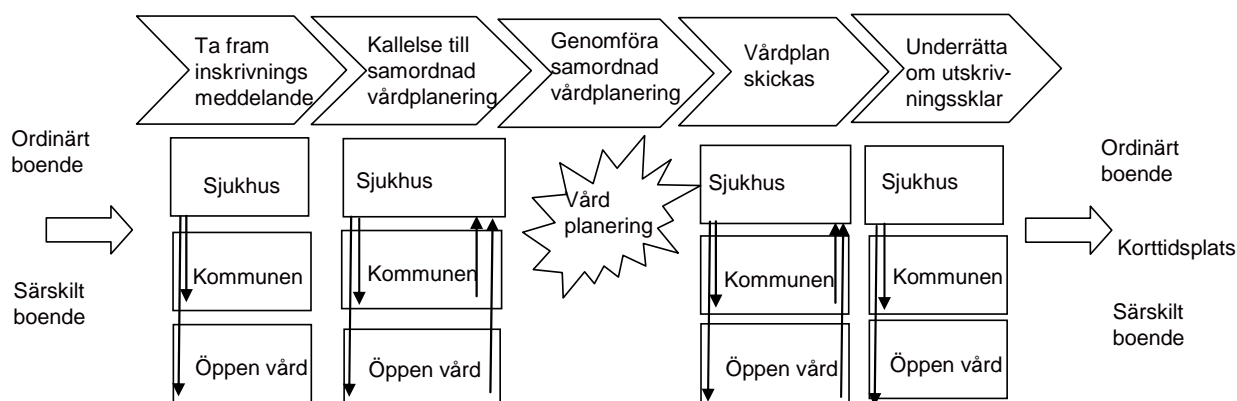
Vårdplanering för invånare i Lunds kommun sker i huvudsak på USiL. Sjukhuset har inget särskilt vårdplaneringsteam, utan respektive vårdavdelning organiserar arbetet.

#### Primärvården

Primärvården i Lunds kommun består av åtta vårdcentraler. Utöver dessa finns det olika specialistläkare i allmänmedicin som bedriver sin verksamhet i privat regi. Vårdplaneringsprocessen för den offentliga primärvården i Lunds kommun handläggs sedan ett antal år tillbaka av ett SVP-team bestående av fyra distriktsläkare. Verksamheten är bemannad 20 timmar under måndag – fredag. Teamet är lokaliserat på USiL och distriktsläkarna har under år 2005 deltagit vid c:a 150 (av totalt c:a 1 500) vårdplaneringar. Karaktären på

dessa ärenden har bl.a. varit komplicerade ärenden med multisjuka patienter, demenssjukdomar, hospice- och samfinansierade rehabiliteringsfall.

## 3.2 Processbeskrivning



*Bild: Processen för samordnad vårdplanering*

Patienten söker vård på sjukhuset. Kommer patienten från ett vårdboende eller eget boende, och är föremål för kommunal hemsjukvård, har patienten med sig en kontaktpärm med aktuell medicinlista.

Vid inskrivning till sjukhus ansvarar behandlande läkare för att inskrivningsmeddelande skickas till aktuell kommun och öppenvård, om patienten bedöms vara i behov av vård och/eller stöd efter utskrivning. Ett fax med **inskrivningsmeddelande** når kommunens platsamordnare och vidarebefordras till SVP-teamet och berörd biståndshandläggare, respektive enhetschef. Rör det en vårdtagare från ett särskilt boende skickas meddelandet direkt till detta. Inskrivningsmeddelandet når primärvårdens SVP-team, vidarebefordras berörd vårdcentral och läggs till patientansvarig läkare för information och dokumentation i journal.

**Kallelse till vårdplanering** skickas till SVP-teamet som registrerar ärendet och tar ställning till medverkan. Sjuksköterskan kontaktar vårdavdelningen och bokar tid för vårdplanering (per telefon eller på vårdavdelningen). För de fall där områdesteamet bedöms ansvara för vårdplaneringen faxas kallelsen vidare dit för fortsatt handläggning. Kallelsen når primärvårdens SVP-team. Diskussion förs med kommunens SVP-team om eventuellt deltagande vid vårdplaneringen.

**Vårdplaneringen** genomförs på sjukhusets vårdavdelning. Sjukhusets sjuksköterska ska dokumentera alla de insatser som ska utföras enligt den samordnade vårdplanen. Vårdplaneringen resulterar i en **vårdplan** som ska justeras av kommun och öppenvård. Vårdplanen faxas till kommunen som justerar den och skickar tillbaka den till sjukhuset. Vårdplanen justeras av primärvårdens SVP-team, och vidarebefordras till patientansvarig

läkare på vårdcentralen som arkiverar vårdplanen. Vårdplanen dikteras (eller scannas) även för dokumentation i patientjournalen.

Senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från sjukhuset skall den behandlande läkaren underrätta berörda enheter. Detta sker genom att ett **utskrivningsmeddelande** faxas till kommunen och vidarebefordras till berörd enhet. Utskrivningsmeddelandet når primärvårdens SVP-team som vidarebefordrar det till berörd vårdcentral och patientansvarig läkare för signering. Enligt SOSFS 2005:27 skall slutenvården samma dag som patienten skrivs ut överföra information till berörda enheter (kommun och primärvård), om patienten har behov av hälso- och sjukvård, och/eller socialtjänst. Informationsunderlaget kan utgöras av medicinsk epikris, tillsammans med omvårdnadsepikris, läkemedelslista och eventuella ordinationshandlingar (exempelvis recept).

SVP-teamets biståndsbeslut är tidsbegränsat (1-4 veckor). Tidigare gavs biståndsbeslut endast för två veckor. Den tidsgränsen upplevdes dock vara för kort för att kunna göra en adekvat uppföljning på beslutet. Tanken är att uppföljningen för vårdtagaren skall kunna ske i hemmet.

En individuell vårdplan upprättas i vårdtagarens hem. Vårdplaneringen görs då av hemvården bestående av legitimerad personal, biståndshandläggare och kontaktperson (baspersonal). För vårdtagare som erhållit ett beslut om ett korttidsboende sker vårdplaneringen på detta boende. Inför detta möte har kontakt tagits med hemvårdområdet och vårdtagarens historik beaktas.

Det är ytterst sällan som vårdplanering förekommer för patienter på särskilda boenden. I de fåtal fall då det förekommer sköts det ofta av sjuksköterska från boendet.

## 3.3 Läkemedel

### 3.3.1 Läkemedelsrelaterade problem hos de äldre

Det har i flera uppmärksammande studier från Socialstyrelsen uppmärksammats att läkemedelsbehandlingen för patienter boende i äldreboenden inte är optimal. Äldre personer, i synnerhet de som bor i äldreboende, har ofta en komplicerad sjukdomsbild och använder många läkemedel. Flera olika läkare kan vara inblandade i den aktuella behandlingen, samtidigt som tidigare sjukdomar och behandlingar ofta är dåligt dokumenterade. Det förekommer således att läkemedel ibland finns kvar utan kvarstående indikation.

I en avhandling från Lunds Universitet<sup>2</sup>, vilken syftade till att beskriva de brister som finns vid läkemedelsbehandling hos äldre, samt att pröva effekten av olika interventioner, framkom en rad faktorer som har relevans för denna granskning.

I en delstudie kartlades omfattningen av felaktig läkemedelsanvändning orsakad av brister i överföringen av information. Det undersöktes vidare vad som hände när patienter som var 65 år eller äldre flyttades mellan sjukhus och kommunal hemsjukvård eller sjukhem. I genomsnitt hade patienterna mer än 10 läkemedel vardera och det blev två läkemedelsfel varje gång patienten bytte vårdform, d.v.s. i ca 20 % av ordinationerna, varje gång den äldre patienten skrevs in eller ut från sjukhus.

I en annan delstudie undersöktes huruvida införande av läkemedelsberättelse kan minska antalet fel i läkemedelsjournaler då patienten överförs från slutenvård till kommunal vård. Läkemedelsberättelsen är en del av utskrivningsinformationen som ska ges till patienten, till sjuksköterska inom hemvården, samt till patientens familjeläkare. Läkemedelsberättelsen är ett strukturerat sätt att beskriva vilka läkemedel som har ändrats under sjukhusvistelsen och varför ändringar har gjorts. Resultatet blev en signifikant minskad andel patienter med läkemedelsfel i gruppen med läkemedelsberättelse (32 %) jämfört med kontrollgruppen (66 %). Antalet fel var i genomsnitt 2,2 i kontrollgruppen och 1,0 i gruppen med läkemedelsberättelse. Avhandlingen visar att minskningen i överföringsfel leder till minskat vårdbehov med färre sjukhusinläggningar och minskat lidande för äldre patienter. För sjukvården innebär det i sin tur minskad belastning och minskade kostnader.

### 3.3.2 Iakttagelser Lunds kommun

Vid inskrivning bifogas ordinationsunderlag för patienter från kommunens hemsjukvård eller särskilda boenden. Överrapportering sker även muntligt om kommunens personal finns med. Det är sällan som primärvården kontaktas vid inläggning. Efter utskrivning ska medicinsk epikris och aktuell läkemedelslista medfölja. Det blir ofta fel och företrädare för kommunen uppger att processen fungerar otillfredsställande. Läkemedelslistan kan vara felaktig, recept kan saknas och ordinationerna kan vara osignerade. Det kan dessutom ta tid innan den medicinska epikrisen är klar. Ibland kommer vårdtagaren med ett nytt recept trots att patienten har ApoDos<sup>3</sup>. Det är slutenvårdens läkares ansvar för att ombesörja nybeställning av ApoDos. Bristerna i denna informationsöverföring innebär

---

<sup>2</sup> Läkemedelsrelaterade problem hos äldre - Interventioner för att förbättra läkemedelsbehandlingen, Patrik Midlöv, Lunds Universitet, Lund 2006.

<sup>3</sup> ApoDos innebär att patienten erhåller sina läkemedel i påsar eller brickor för det enskilda intagningsstillfället i stället för att erhålla separata läkemedelsförpackningar.

tidskrävande arbete för kommunens distriktssköterskor. Kommunens sköterska får då kontakta berörd vårdavdelning för att få hjälp med att tolka en ibland handskrivna (och svårtydd) läkemedelslista. Sköterskan kontaktar också berörd familjeläkare för att få en aktuell läkemedelslista. Kommunens SVP-team försöker underlätta och påminna vårdavdelningarna. Det sker också avvikelserapportering; framför-allt vid hemgång till ordinärt boende. De vårdavdelningar där det görs läkemedelsberättelser fungerar bättre. Kontakten med medicinkliniken uppges fungera bra. I övrigt är det sällan att ett ställningstagande görs till patientens sammantagna medicinering.

Läkemedelsgenomgångar har genomförts på hälften av kommunens boenden. Vid dessa deltar läkare, apotekare och kommunens vårdpersonal. Genomgångarna har givit ett bra resultat och läkemedelanvändningen har reducerats betydligt. Genomgångarna ska ske årligen. Något arbete har ännu inte påbörjats kring vårdtagare i ordinärt boende.

Distriktsläkarna uppges att det sker omprövning och genomgång av läkemedelsbehandlingen till vårdtagare på äldreboende i samband med förändring av patientens tillstånd. Omprövning sker också årligen av läkaren vid förnyelse av recept. Kommunens sjuksköterskor följer i allmänhet upp nyinsatt medicinering och observerar effekter/bieffekter. Uppföljning av nyinsatt medicinering dokumenteras i patientjournalen.

### **3.4 Kommunens syn på processen**

Företrädare för Lunds kommun anger att samverkan har blivit bättre under de sista åren. Det som fungerar mindre bra är själva vårdplaneringstillfället. Det är inte alltid förberett och patienten är sällan på plats. En del vårdavdelningar har en undersköterska som förbereder vårdplaneringen. Det upplevs som positivt. Vårdpersonalen på sjukhuset upplevs dock inte alltid vara föreberedda och ”pålästa” kring patienten. De läser innantill och sjukhusets egen informationskedja brister. Det är väldigt många olika personer i personalgruppen kring patienten och många upplevs inte ha träffat vårdtagaren förut. Kallelsen till vårdplanering uppges många gånger skickas för tidigt, och patientens behov av framtida vård blir då svårt att bedöma. De vårdavdelningar där vårdplanering sker sällan fungerar sämre.

Kommunen får inte alltid meddelanden om dödsfall på sjukhuset. Många gånger påbörjas en planering och ett efterarbete i onödan som får avbrytas. Sjukhuset borde istället skriva ett utskrivningsmeddelande med uppgift om ”avliden”. Det förekommer även att sjukhuset inte informerar om att patienten har flyttats till annan vårdavdelning.

Vårdplaneringsteamet använder inte avvikelshanteringssystemet utan för hellre en dialog med vårdpersonalen för att komma till rätta med brister i systemet. Avvikelseapportering sker i första hand i de fall då det borde ha genomförts en vårdplanering, eller då det brister i informationsöverföring avseende läkemedelsordinationer och hjälpmedel.

Vårdplaneringsteamet är lokaliserat bredvid primärvårdens SVP-team. Samverkan med primärvården uppges fungera bra. Det finns möjlighet att gemensamt diskutera handläggningen innan justering av vårdplanen sker. Samverkan medför att patientsäkerheten för den enskilde vårdtagaren ökar.

Företrädare för hemvården område Öster instämmer inte alltid i den bedömning som gjorts kring vårdtagaren. Det förekommer att vårdtagaren är i ett sämre skick än vad utskrivningsmeddelandet gjorde gällande, vilket framgår först då vårdtagaren befinner sig i sitt eget boende. Primärvården upplevs vara ”osynlig” och kommunens sköterska menar att det saknas stöd från familjeläkaren. Företrädare för boende på område Öster menar att läkarnas stöd ibland saknas vid svårare behandlingar. SVP-teamet handlägger heller inte vårdtagare på äldreboenden och det förutsätts många gånger omfattande insatser från den kommunala sjukvården. Mottagandet på boendet, med den samlade kompetens som finns, bedöms ändå vara säkrare än i det ordinära boendet. Det finns personal på äldreboendet som tar emot vårdtagaren och en överrapportering sker alltid. Ibland saknas fax med inskrivningsmeddelande.

Lunds kommun har bekymmer med att ta hem patienterna från sjukhuset. Det är väntetid för plats på äldreboende. Efter en mätning i oktober 2006 kan konstateras att vårdtagaren i genomsnitt får vänta 10 dagar från det att vårdtagaren är utskrivningsklar tills dess att patienten skrivs ut. Orsaken uppges vara platsbrist på kommunens olika boendeformer. Vård- och omsorgsförvaltningen har ett uppdrag att utreda platsbehovet. Uppdraget skall rapporteras till vård- och omsorgsnämnden januari 2007. Platsbristen innebär en kostnad för Lunds kommun då den får betala USiL för vårdtiden. Platsbristen innebär också negativa effekter för vårdtagaren som blir kvar på vårdavdelningen i onödan.

### **3.5 Sjukhusets syn på processen**

Företrädare för de vårdavdelningar från USiL som vi har granskat beskriver vårdplaneringsprocessen som bra för patienterna. Processen behöver dock förenklas och datorstödet behöver förbättras. Det finns de som tycker att det känns onödigt att kommunens personal kommer till sjukhuset för möten, då mer skulle kunna skötas per telefon.

Inom USiL finns ett nätverk som träffas för utbildning och erfarenhetsutbyte kring samordnad vårdplanering. Några gånger om året bjuds medarbetare från kommuner och primärvård till träffar med nätverket.

Vårdpersonalen uppskattar om patienten vid inskrivning har med sig kommunpärmar med aktuell information. Det är bl.a. viktigt att det finns aktuell information kring patientens



ADL-status<sup>4</sup> med vid de tillfällen då patienten har svårt att meddela sig. Detta saknas för en del kommuner. Vårdpersonalen på sjukhuset missar ibland att skicka tillbaka kommunpärmarna till kommunen.

Utifrån sjukhusets perspektiv är kommunerna olika organiserade och det blir svårt att hålla reda på deras specifika organisation, kontaktpersoner och förutsättningar. Vårdpersonalen förväntas känna till kommunens organisation. Sjukhuset har stor omsättning på personal. På en avdelning hade 12 av 15 sjuksköterskor arbetat mindre än ett år. En avdelning kallar regelmässigt sjuksköterska, biståndshandläggare, arbetsterapeut och sjukgymnast till den samordnade vårdplaneringen. Kommunen får sedan i sin tur avgöra vilka som ska närvara.

På vissa vårdavdelningar närvarar sjuksköterska och ev. övrig vårdpersonal under hela mötet. På andra avdelningar inleder sjuksköterskan och kommer tillbaka mot slutet av mötet för dokumentation. Det händer att sjuksköterskan är dåligt förberedd och inte känner den patient som skall vårdplaneras. Omsättningen på patienter är stor, vårdtiden är kort, och den sjuksköterska som skall ansvara för vårdplanering börjar på morgonen och får ta över 6-8 patienter, samtidigt som vårdplaneringen äger rum på förmiddagen. På grund av tidspressen måste då sjuksköterskan förlita sig på den skrivna dokumentationen kring patienten. Vid sådana tillfällen är det svårt att vara den företrädare som sjuksköterskan förväntas vara för patienten. Det går att förbereda sig dagen innan och prata ihop sig med övriga yrkeskategorier. Ibland sker det inte beroende på stress och tidsbrist.

Företrädare menar att om patienten avlider skickas meddelande om utskrivningsklar med information om att patienten är avliden. Dessutom ringer avdelningen till eventuellt vårdboende.

Vårdpersonalen förväntar sig snabbare handläggning och en bättre tillgänglighet från kommunens sida. Idealsituationen vore att kommunen kunde genomföra vårdplaneringen dagen efter kallelse. Många kommuner är inte bemannade för vårdplanering på fredagar, och telefontiderna till kommunen är vanligtvis under förmiddagar då sjukvårdspersonalen har som mest att göra.

Vårdpersonalen på sjukhuset önskar att primärvården vore mer engagerad och stöttade kommunens vårdpersonal mer. Den medicinska epikrisen skickas till primärvården inom uppskattningsvis en vecka.

---

<sup>4</sup> Ett ADL-status beskriver hur patienten klarar allmänna dagliga sysslor exempelvis personlig vård och boende.

Ett kvalitetsprojekt har påbörjats för att förbättra omhändertagandet för äldre multisjuka. Under 2005 var andelen vårdsökande på akutmottagningen över 65 år 43 procent. Många av dessa kom utan livshotande åkommor vilket kunde ge långa väntetider.

Projektet riktar sig till äldre multisjuka personer som ofta har hjälp av, eller annan kontakt med, kommun och primärvård. Patienten blir liksom tidigare bedömd och prioriterad av en triagesjuksköterska. Men nu finns dessutom en läkare och sjuksköterska med geriatrisk kompetens på akuten. Detta team samlar information om patientens medicinska och sociala bakgrund, förhör sig om bistånd från kommunen och tar kontakt med primärvård och anhöriga.

### 3.6 Primärvårdens syn på processen

Rutiner för samordnad vårdplanering har implementerats lokalt på Lunds vårdcentraler. Rutinerna har även skickats till vårdavdelningarna på USiL. Det är dock inte alltid som rutinerna följs utan dokument skickas ibland direkt ut till berörd vårdcentral.

Primärvårdens SVP-team fungerar utan datorstöd och rutinen innebär betydande administration. Det är vanligt förekommande att det saknas dokument i informationsflödet. Det är undantagsvis som distriktsläkaren deltar i vårdplaneringen. Det är också undantagsvis som distriktsläkaren kontaktar behandlande läker i slutenvården beroende på tidsbrist. Många gånger erhålls dock informationen direkt från berörd sjuksköterska på vårdavdelningen.

SVP-teamet kontrollerar att vårdplanen är komplett och gör en bedömning ur ett allmänmedicinskt perspektiv om patientansvaret kan övertas. Teamet samarbetar under processen med kommunens SVP-team och bedömningar sker i samråd. Närvaron på sjukhuset gör att distriktsläkarna har kunnat delta i 10 % av de genomförda vårdplaneringarna. SVP-teamet arbetar på uppdrag av övriga vårdcentraler och uppges avlasta dessa en del administration. Någon utvärdering av organisationen har ännu inte skett.

Många av vårdtagarna blir kvar på sjukhuset i väntan på ledig plats på särskilt boende. Det uppges få konsekvenser för vårdtagaren som bedöms vara utskrivningsklar från sjukhusets sida. Tillvaron präglas av väntan och oro. Många vårdtagare är förvirrade och fallskador förekommer. Vårdtagaren blir institutionaliserad och flyttas till andra vårdavdelningar.

När det gäller den medicinska epikrisen uppges informationsöverföringen fungera acceptabelt.

## 4 Redovisning av granskningsresultat på individnivå

Granskningen omfattar sju vårdtagare<sup>5</sup> som har varit 80 år eller äldre. Samtliga sju vårdtagare har haft en samordnad vårdplanering. Två av sju vårdtagare har blivit utskrivna till särskilt boende medan övriga fem har skrivits ut till korttidsboende. Vidare omfattar granskningen åtta vårdtagare från ordinärt boende (eget hem) som har varit föremål för en samordnade vårdplanering och därefter blivit utskrivna till ordinärt boende. Samtliga ärenden har avsett en fullständig samordnad vårdplanering.

Fall	Process	Boende- form	Sjuk- hus	Inskriv- ningsmed- delande	Kallelse till vårdplanering	Vård- plan	Utskrivnings- meddelande
1	Vpl	Ord (korttids)	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
2	Vpl	Ord (korttids)	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
3	Vpl	Ord (korttids)	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
4	Vpl	Ord (korttids)	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
5	Vpl	Ord (korttids)	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
6	Vpl	Säbo	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
7	Vpl	Säbo	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
8	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
9	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Nej	Ja
10	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Makulerad
11	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
12	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
13	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Nej
14	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Ja	Ja
15	Vpl	Ord	Lund	Ja	Ja	Nej	Ja

Vpl = Fullständig vårdplanering  
Ord = Ordinärt boende

Säbo = Särskilt boende

<sup>5</sup> Det visade sig att kommunen endast kunde identifiera två av fem vårdtagare som kom från ordinärt boende och skrevs ut till särskilt boende.

# Öhrlings



Fall	Utskrivningsdatum	Medicinsk epikris behandlad av primärvård	Tid från utskrivningsdatum (dagar)	Uppdaterad läkemedelslista hos primärvården	Tid från utskrivningsdatum (dagar)
1	061023	061107	15	061107	15
2	060724	Ej erhållit	-	Ingen uppdat.	-
3	061009	061026	17	061023	14
4	061009	061009	0	061011	2
5	060921	061009	19	061009	19
6	060918	Ej erhållit	-	Ingen uppdat	-
7	061009	061009	0	061009	0
8	060921	061002	11	060921	0
9	060921	Ej erhållit	-	<sup>6</sup>	-
10	060913	061002 <sup>7</sup>	19	Ingen uppdat	-
11	060913	060920	7	060920	7
12	061002	061026	24	061026	24
13	060926	061002	7	061002	7
14	060904	060905	1	060914	10
15	060904	Ej erhållit	-	060926	22

<sup>6</sup> Lämnad uppgift avser annat vårdtillfälle.

<sup>7</sup> Efter påtryckning 060929.

För de sju fall där vårdtagare har skrivits ut till korttidsboende eller särskilt boende deltog kommunen i samtliga fall med sjuksköterska och biståndshandläggare. Från sjukhusets sida deltog sjuksköterska i samtliga fall tillsammans med läkare (2 fall), kurator (2 fall), arbetsterapeut (1 fall) och kurator (1 fall). Vårdplanen har justerats av kommunen vid samtliga sju fall och det fanns dokumenterat att primärvården justerat vårdplanen vid två fall. Utskrivningsmeddelande fanns registrerat hos primärvården vid samtliga sju fall.

För de åtta fall där vårdtagare har skrivits ut direkt till ordinärt boende deltog kommunen med sjuksköterska i samtliga fall tillsammans med biståndshandläggare (7 fall), arbetsterapeut (3 fall), och sjukgymnast (2 fall). Från sjukhusets sida deltog sjuksköterska i samtliga fall tillsammans med läkare (4 fall), sjukgymnast (2 fall) och arbetsterapeut. Vårdplanen har justerats av kommunen vid sex fall av åtta medan det endast framgick vid ett fall att vårdplanen var justerad av primärvården. Utskrivningsmeddelandet fanns registrerat hos primärvården vid fem fall.

## 5 Analys och bedömning

Vid samordnad vårdplanering överförs det medicinska ansvaret från en vårdgivare till en annan och processen blir därmed ett viktigt steg i vårdkedjan för patienten. Samtliga berörda parter menar att den samordnade vårdplaneringen är en viktig del i planeringen av patientens fortsatta omvårdnad.

Sett utifrån ett Skåneperspektiv är den samordnade vårdplaneringen en omfattande process. Uppgift<sup>8</sup> gör gällande att det årligen genomförs ca 10 000 fullständiga vårdplaneringar samt ytterligare ca 10 000 som inte genomförs fullt ut. För varje ärende uppskattas tidsåtgången till ca 2 timmar för slutenvården, 1½ timme för kommunen och ½ timme för primärvården. Det är mot bakgrund av dessa uppgifter som denna granskning skall ses.

Den genomförda granskningen är begränsad till sin omfattning vad gäller intervjuer och studerade individfall. Trots granskningens begränsade omfattning har det dock framkommit uppgifter som det finns anledning att notera.

---

<sup>8</sup> Rapport från förvaltningsgruppen för det Skånegemensamma regelverket för SVPL.

## 5.1 Avtal och rutiner

Under 2005 kom Socialstyrelsens nya författning om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Dessa förändringar kommer att beaktas i de nya gemensamma rutiner som föreslås gälla från 1 mars 2007. Det finns samverkansavtal mellan kommun och region som är i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem och som framförallt reglerar primärvårdens stöd till den kommunala äldreomsorgen. Vi bedömer att samverkansavtalet i stort sett fungerar tillfredsställande mellan kommunen och primärvården.

## 5.2 Samverkan kring processen för den samordnade vårdplaneringen

Det finns en samsyn kring att processen inte fungerar optimalt, men att det har blivit bättre över tiden. Vid denna granskning framkommer dock en rad problem och brister i samverkan mellan de olika parterna. Revisionen bedömer således att samverkan kring processen för den samordnade vårdplaneringen inte fungerar tillfredsställande.

Processen som sådan upplevs i allmänhet som tungrodd, tidskrävande och otidsenlig. Det krävs en bättre teknisk lösning än den nuvarande fax- och pappershanteringen. Det måste tas fram ett ändamålsenligt IT-stöd och stora förhoppningar måste därför ställas till den framtida IT tjänsten för Samordnad Vårdplanering. Vidare måste kommunikationen mellan aktörerna förenklas och förbättras. I den skånska vården brister det inte bara i tillgänglighet för patienterna. Det brister även i tillgänglighet mellan de olika yrkeskategorierna. Idag ägnas mycket tid åt att leta kontaktinformation. Det borde finnas direktnummer och mobil-, och faxnummer till alla berörda parter.

Granskningen visar vidare att det brister i informationsöverföringen från kommunen vid inskrivningen på sjukhus. Ibland finns kontaktuppgifter, ordinationer och status beskrivna, men ibland är informationen bristfällig och inaktuell. Här måste kommunen ta ett större ansvar för att kvalitetssäkra informationen.

Denna granskningsrapport innehåller många exempel på att dokumentationen är ofullständig och på att parterna inte följer överenskomna rutiner. Det är inte ovanligt att något av meddelandena i vårdplaneringskedjan uteblir. Vårdplanen justeras exempelvis inte alltid av familjeläkarna. Den förenklade processen (s.k. ”kort vårdtid”) används i fler fall än de gemensamma rutinerna föreskriver. Det är ytterst sällan som vårdplanering förekommer för patienter på särskilt boende. Om boendeformen blir utgångspunkt för val av process föreligger en risk för att planeringen av de fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatserna, och informationsöverföringen till läkare och sjuksköterska i kommun, blir bristfälliga.

Kommunen upplever att vårdpersonalen på sjukhuset inte har förberett vårdplaneringen i tillräcklig utsträckning. Det händer att sjuksköterskan är dåligt förberedd och inte känner den patient som skall vårdplaneras. Orsaken till detta kan bero på stress och tidsbrist, men förklaringen kan många gånger också sökas i att en akutsjukvårdsavdelning inte är organiserad för denna process. Stor patientgenomströmning, platsbrist, korta vårdtider och lokalt överenskomna schemamodeller försvårar planeringen, och gör att sjuksköterskan snarare får förlita sig på system och dokumentation, än på kännedom om patienten. Sjukhusen förväntar sig i sin tur en snabbare handläggning och en bättre tillgänglighet från kommunens sida. Många gånger vill man kunna genomföra vårdplaneringen dagen efter kallelsen. Vår granskning visar att processen för samordnad vårdplanering fungerar i varierande grad beroende på vilken vårdavdelning som är aktuell på USiL. Sjukhuset bedriver akutsjukvård och har många gånger svårt att leva upp till förväntningarna från kommunen. Många äldre läggs in på avdelningar som i första hand är anpassade för annan akutsjukvård.

En vanlig förekommande uppfattning är att vårdplaneringsprocessen inte är anpassad till primärvårdens situation och att det saknas resurser för primärvården att delta fullt ut. Primärvården i Lund har skapat ett SVP-team bestående av läkare från primärvården. Läkarna gör en bedömning ur ett allmänmedicinskt perspektiv, kontrollerar att vårdplanen är komplett, och medverkar även vid en del vårdplaneringar. Organisationen gör att grunderna för övertagandet av patientansvaret blir bättre. Teamet samverkar även med kommunens SVP-team. Någon utvärdering av nytta och effekter har inte genomförts. Revisionen menar att en sådan utvärdering borde genomföras för att kunna undersöka om likartade lösningar kan genomföras för andra kommuner på USiL samt övriga sjukhus i Region Skåne. Det finns fortfarande brister vad gäller informationsöverföring av den medicinska epikrisen. Revisionen menar att patientansvarig läkare i primärvården bör ställa som krav att patientansvaret endast övertas under förutsättning att den medicinska epikrisen erhålls i samband med utskrivning.

Granskningen visar vidare att det fortfarande brister i kunskap och förståelse för varandras uppdrag och ansvar. Kommunikationen mellan kommunen och sjukhusens vårdpersonal kan bli bättre. Idag uppges man inte respektera varandras synpunkter och det saknas en förståelse för motparten. Kommunerna menar dock att vårdpersonalen har blivit bättre på att inte föregripa kommunens beslut genom att förespegla patient/anhöriga den fortsatta vårdens eller insatsernas inriktning efter hemkomst till kommunen. Det behövs fler fora för en dialog kring processen.

Betydelsen av personkännedom, och kunskap om rutinerna kring samordnad vårdplanering, framhålls som viktiga för att processen skall kunna fungera smidigt. I SOSFS 2005:27 anges att ”i vårdplaneringen skall sådan personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivning”. Vi bedömer att Lunds kommun genom sitt vårdplaneringsteam och primärvårdens SVP-team väl motsvarar de *kompetenskrav* som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter.

Det är ett betydande problem att vårdtagare från Lunds kommun blir kvar på vårdavdelningen i väntan på plats i någon boendeform. Dessa patienter tar plats på vårdavdelningarna som är avsedd för andra. Det innebär en onödig kostnad för Lunds kommun. Men det innebär framförallt ett onödigt lidande för vårdtagaren och en risk utifrån hälsosynpunkt. Det finns därför anledning för revisorerna att noga följa upp Vård- och omsorgsförvaltningens utredning av platsbehovet och att nämndens vidare hantering innebär en förändring av nuvarande situation.

### 5.3 Informationsöverföring till kommun och primärvård

Det finns omfattande brister i informationsöverföring av läkemedelsordination till berörda vårdaktörer i samband med utskrivning från sjukhus. Det fungerar inte och patienten kommer ofta hem utan recept, medicinunderlag, eller medicinsk epikris. Det kan dessutom vara olika uppgifter om läkemedel i samtliga underlag, i den mån de medföljer patienten. Alla läkemedelslistorna är heller inte signerade då de skickas, och distriktssköterskan står då med en osignerad läkemedelslista, för vars innehåll ingen kan hållas ansvarig. Det leder till att distriktssköterskan antingen får låta bli att ge vårdtagaren läkemedel, eller att distriktssköterskan bryter mot Hälso- och sjukvårdslagen genom att administrera läkemedel från en osignerad läkemedelslista. I många fall väljer kommunens distriktssköterskor ett tredje alternativ och söker behandlande läkare i slutenvård, eller patientansvarig familjeläkare, för att få fram en aktuell läkemedelslista för vårdtagaren. Att detta är tidskrävande och stjäl tid från annan av distriktssköterskans verksamhet behöver knappast påpekas.

Det väsentliga för patientansvarig läkare i primärvården är att få ta del av den medicinska epikrisen samma dag som utskrivning sker. Idag kommer den inte i samband med utskrivning. Vår granskning av individfall visar att sex av elva epikriser har tagit mer än en vecka innan de har behandlats av primärvården. Revisionen anser att primärvården borde använda en standardtext vid justering av vårdplaner där det anges att ”vi tar ansvar för patienten under förbehåll att vi i samband med utskrivning får den medicinska epikrisen”.



Revisionen bedömer att informationsöverföringen kring läkemedelsordinationen och den medicinska epikrisen inte är ändamålsenlig. Information om patientens behov av hälso- och sjukvård samt socialtjänst skall, senast samma dag som patienten skrivs ut, överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Denna granskning visar klart och tydligt att det i allt för många fall inte fungerar enligt författningen.

## 5.4 Läkemedelsfrågor

Granskningen visar att det i många fall saknas en aktuell läkemedelslista hos primärvården medan kommunen uppges ta fram aktuell information i samband med att vårdtagaren kommer tillbaka till sitt boende. Problemet är väl känt och mycket arbete görs för att söka rätt information och hålla läkemedelslistorna aktuella. Omprövning och genomgång av läkemedelsbehandlingen till vårdtagare på äldreboende sker. Dessa genomgångar lovordas av alla parter och har också gett ett dokumenterat gott resultat. Revisionen bedömer att det är angeläget att detta arbete fortsätter och utvidgas till att även omfatta äldre vårdtagare i den kommunala hemsjukvården. Uppföljning sker genom en kontroll av att nyinsatt medicinering fungerar avseende effekter och bieffekter. Uppföljningen av nyinsatt medicinering dokumenteras i patientjournalen. Det är viktigt när det gäller utvärdering av läkemedel att det framgår hur den ska ske, och vem som ska utvärdera. Den tydligheten finns inte alltid.

## 5.5 Sammanfattande slutsatser

Sammantaget visar granskningen på en rad brister i samverkan för samordnad vårdplanering och brister i informationsöverföring. Det största problemet förefaller vara informationsöverföring kring läkemedel vid övergång mellan huvudmännen. Många problemområden kan härledas till bristfälligt IT-stöd. Många problem skulle försvinna om det fanns ett ändamålsenligt patientjournalssystem där olika vårdgivare kan ha tillgång till gemensam information. Det råder fortfarande okunnighet om de olika yrkeskategoriernas ansvarsområden och det finns brister i tilliten till varandras kompetens. Ansvaret för processen och patienterna är gemensamt. Mycket tyder ändå på att processen har förbättrats.