



Centrum för
Informationslogistik

Fokuspatienten i vårdkedjan

Inlämningsuppgift inom Verksamhetsförlagt
projektarbete

Författare: Åsa Ingers

Lärare: Fabian von Schéele

Ljungby Januari, 2014

Innehåll

Förord	iii
Sammanfattning	iv
1 Inledning.....	1
1.1 Bakgrund	1
1.2 Problemformulering	2
1.3 Verksamhetsbeskrivning	3
1.4 Avgränsningar	3
1.5 Begreppsförklaring	4
2 Litteraturanknytning.....	5
2.1 Soft systems methodology	5
2.1.1 Rik bild.....	5
2.1.2 Root definition.....	6
2.1.3 Konceptuell modell	6
2.2 Processkartläggning.....	7
2.3 Problemanalys.....	7
3 Genomförande	8
3.1 Datainsamling.....	8
3.2 Analys.....	9
4 Resultat	10
4.1 Processbeskrivning	10
4.2 Rik bild.....	15
4.3 CATWOE.....	17
4.3.1 Customers	17
4.3.2 Actors	17
4.3.3 Transformation	18
4.3.4 Weltanschauung (worldview).....	20
4.3.5 Owner	21
4.3.6 Environment	21
5 Analys.....	23
5.1 Problemanalys.....	23
5.1.1 Sambandsanalys	25
5.1.2 Problemgrafdiskussion	26
5.2 Konceptuell modell	27
5.3 Andra kommentarer.....	29
6 Slutsats.....	31
6.1 Hur går vi vidare?	31
7 Reflektion	32
Litteraturförteckning	34

Figur 1 - Kommunikationsvägar mellan slutenvård, primärvård och kommun ..	15
Figur 2 - Problemgraf	24
Figur 3 - Konceptuell modell	28

Bilagor:

Bilaga 1 – Intervjuunderlag, process

Bilaga 2 – Rik bild, handritad

Bilaga 3 – Intervjuunderlag, CATWOE

Bilaga 4 – Processkarta, nuläge

Bilaga 5 – Processkarta, förändringsförslag

Bilaga 6 – Samtalsguide “Webbkollen hemma”

Bilaga 7 – Samtalsguide för vårdcentraler

Bilaga 8 – Underlag till rotdefinition

Förord

Denna rapport har skrivits som en del av kursen *Verksamhetsförlagt projektarbete*, 30 hp, som ges genom utbildningen i Informationslogistik, 180 hp, på CIL i Ljungby. Kursen är en chans för oss som går utbildningen att redan nu komma ut i arbetslivet och konkretisera det som vi hittills har lärt oss. Jag genomförde min praktiktermin på Qulturum som tillhör kansliet i Jönköpings läns landsting. Mitt uppdrag under hösten har varit att kartlägga en process som syftar till att förstärka omhändertagandet av äldre sköra patienter i vården.

Jag skulle vilja tacka alla som på något sätt har varit involverade och hjälpt mig framåt med arbetet, som har ställt upp på intervjuer och som har kommit med idéer och förslag. Ett särskilt tack riktas till min företagshandledare, Caroline Fruberg.

Jönköping, 2014-01-15,

Åsa Ingers

Sammanfattning

Som en del av en nationell satsning på *Bättre liv för sjuka äldre* förde Jönköpings läns landsting i april 2013 in ett nytt arbetssätt för att stärka omhändertagandet efter sjukhusvistelse av äldre sköra patienter, så kallade fokuspatienter. Arbetet hade fram till i augusti inte gett det resultat som hade önskats och fundering uppkom då kring om det var något i processens informationsflöde som orsakade detta. Projektet har gått ut på att kartlägga processen för fokuspatienten från inskrivningen i slutenvården till dess att patienten skrivs ut och patientens tänkta vårdkontakt istället övergår till att vara primärvård/hemsjukvård och ett särskilt fokus har legat på informationsflödet mellan de olika aktörerna i processen.

Peter Checklands Soft Systems Methodology ligger till grund för rapporten. Information kring processen har samlats in genom intervjuer med totalt 20 personer och har mynnat ut i en nulägesbeskrivning, både i form av en processkarta och en så kallad rikbild. Utifrån den insamlade informationen har sedan en problemgraf med tillhörande sambandsanalys gjorts samt en konceptuell modell som visar på möjliga förbättringsåtgärder.

Arbetet med fokuspatienter har visat sig vara ett mer komplext område än vad som initialt uppfattades. Det finns vissa problem i informationsflödet, men även i och utanför processen. Rapportens slutsats är att följande problem och förbättringsområden finns:

Informationsrelaterade problem:

- Omständiga kommunikationsvägar mellan kommun och primärvård.
- Krav på patientens samtycke försvårar kommunikationen.
- Informationen i remisserna uppfattas ibland som otillräcklig

Andra förbättringsområden:

- Rutiner och riktlinjer bör förstärkas både för slutenvård och primärvård.
- Samarbetet mellan landsting och kommun bör förankras på ledningsnivå
- Antalet remisser bör kunna ökas genom tidigare identifiering, även på akuten.

Som förslag till hur det skulle gå att fortsatt utreda hur processen kunde göras bättre ser jag att patientens åsikter kring vilka åtgärder som är värdefulla hade varit en möjlig utgångspunkt.

1 Inledning

I följande kapitel ges läsaren en överblick över bakgrunden till projektet, vilka avgränsningar som har gjorts och vilken problemformulering rapporten syftar till att besvara. En kortare verksamhetsbeskrivning ges också.

1.1 Bakgrund

Sveriges befolkning blir allt äldre. Andelen personer över 70 år har ökat från 8,5 % 1968 till 12,9 % idag och enligt SCB är detta en utveckling som kommer att fortsätta då de prognostiserar andelen över 70 år 2050 till 19 % (SCB, 2013a; SCB 2013b). Med hög ålder kommer ofta ett större behov av vård och omsorg och den allt äldre befolkningen leder därmed till ett högre tryck på vård- och omsorgsgivarna. Men trots att belastningen ökar minskar resurserna och därför blir det hela tiden allt viktigare att hitta bra och effektiva arbetssätt för att i fortsättningen kunna ha en hållbar vårdssituation. Sjuka äldre har ofta behov av vård och omsorg från flera olika instanser och huvudmän, både från den landstingsdrivna vården och den kommunala omsorgen, vilket medför en ökad komplexitet i omhändertagandet av dessa patienter (Socialdepartementet, 2011).

Mot den bakgrunden gick regeringen och Sveriges kommuner och landsting (SKL) 2010 samman i en nationell satsning, *Bättre liv för sjuka äldre*, som syftar till att stödja ett "...långsiktigt förbättringsarbete med fokus på en förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård av och omsorg om de mest sjuka äldre." (SKL, 2013a). Med den äldres behov i centrum och genom ekonomiska incitament ska satsningen leda till att samverkan mellan kommun och landsting förbättras. De områden som står i fokus för satsningen är följande (Socialdepartementet, 2013; SKL, 2013):

- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demens
- God läkemedelsbehandling för äldre
- God vård vid livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre

I landstinget i Jönköpings län infördes i april 2013 en prestationsersättning för så kallade fokusutskrivningar. Ersättningen infördes som en del av en satsning på mer sammanhållen vård och omsorg samt för att minska den undvikbara slutenvården och antalet återinskrivningar. Sjukhusvården är den vårdform som kostar mest och dessutom ökar risken för att dra på sig andra sjukdomar och infektioner vid sjukhusvistelse jämfört med i det egna hemmet. Det ligger av den anledningen (bland

flera andra) i patientens intresse att undvika sjukhus om möjligt och det gör arbetet med att minska den undvikbara slutenvården ständigt aktuellt.

Fokusutskrivningen ska göras när en fokuspatient har varit inlagd i slutenvården. Enligt ersättningsmodellen definieras en fokuspatient som en person över 65 år som antingen har varit inlagd vid ett tidigare tillfälle de senaste 12 månaderna eller är diagnostiserad med antingen diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL eller stroke som huvud- eller bidiagnos. När dessa patienter blir utskrivna från slutenvården ska en fokusremiss skickas till primärvården för att förstärka omhändertagandet av patienten efter sjukhusvistelsen. Syftet är att förebygga att patienten blir oplanerat inskriven igen.

När ersättningsmodellen infördes räknade landstingets kansli med att ca 10 000 fokusremisser skulle skickas i länet fram till slutet av december 2013. I slutet av augusti 2013 hade 481 remisser skickats (statistik hämtad från det interna statistiksystemet Diver, 2013-12-13) och enligt statistik från kansliet var det bara ca 5 % av de patienter som på pappret definierades som fokuspatienter som faktiskt fick fokusremisser vid utskrivning från slutenvården (E-M. Blomqvist, personlig kommunikation, 2013-09-27). Dessutom var andelen av dessa patienter som blev oplanerat återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning oönskat stor. Funderingar fanns kring om det var något i informationsflödet som gjorde att resultaten inte blev de önskade och det är mot den bakgrunden mitt uppdrag har utförts. Uppdraget innebar att kartlägga processen för fokuspatienten från inskrivningen i slutenvården till dess att patienten skrevs ut och patientens tänkta vårdkontakt istället övergått till att vara primärvård/hemsjukvård. Ett särskilt fokus låg på informationsflödet mellan de olika aktörerna i processen.

1.2 Problemformulering

I arbetet med fokuspatienter är det alltså flera olika aktörer som är involverade och dessa måste kunna samarbeta på ett effektivt sätt för att det bästa patientomhändertagandet ska kunna uppnås. För samarbetet krävs att information delas mellan de olika parterna och det är däri rapporten har sin huvudfråga:

Vilka informationsrelaterade problem förekommer vid hantering av fokuspatienter i vårdkedjan?

Frågan besvaras i syfte att möjliggöra en förbättring i processen.

1.3 Verksamhetsbeskrivning

Jönköpings län är ett av två län i Småland och omfattar totalt 13 kommuner (Länsstyrelsen, 2013). Länsövergripande arbetsområden styrs av Jönköpings läns landsting som är en politisk organisation och leds av politiker som väljs in vid folkomröstningar vart fjärde år. Ett av landstingets huvudansvar är vården och i landstingets regi drivs tre sjukhus samt 31 vårdcentraler (Landstinget i Jönköpings län, 2013a; Landstinget i Jönköpings län, 2013b). I länet finns även 21 privata vårdcentraler (Landstinget i Jönköpings län, 2013c). Totalt har Jönköpings län ca 340 000 invånare (SCB, 2013c).

De tre sjukhusen utgör mittpunkterna i länets tre sjukhusområden. Till Värnamo sjukhusområde hör kommunerna Gnosjö, Gislaved, Värnamo och Vaggeryd och sjukhusområdet ansvarar för barnhälsovård, kvinnohälsovård, familjecentraler och ungdomsmottagningar i de fyra kommunerna. De andra sjukhusområdena utgår från Länssjukhuset Ryhov i Jönköping och Högländssjukhuset i Eksjö. (Landstinget i Jönköpings län, 2013d). Till Jönköpings sjukhusområde hör kommunerna Jönköping, Habo samt Mullsjö och till Högländets sjukhusområde hör kommunerna Tranås, Aneby, Nässjö, Eksjö, Vetlanda och Sävsjö (Landstinget i Jönköpingslän, 2013e; Landstinget i Jönköpingslän, 2013f)

Landstinget är indelat i elva förvaltningar (Landstinget i Jönköpingslän, 2013b) och Qulturum, där jag har haft min praktik, tillhör landstingets kansli. Namnet Qulturum kommer från QUL som är ett kvalitetssystem från SKL och står för *Q*ualitet, *U*tveckling och *L*edarskap, kombinerat med ord så som futurum, kultur och forum (Qulturum, 2013). Namnet speglar organisationens huvuduppgifter vilka är att hjälpa till med kvalitetsutveckling, förbättringskunskapsutveckling, ledarskapsutveckling samt systemförvaltning på uppdrag av verksamheterna i någon av de elva förvaltningarna i landstinget (Qulturum, 2013). En del projekt som drivs på Qulturum är på nationell nivå i samarbete med SKL och inom verksamhetens ramar anordnas även konferenser genom den konferensverksamhet som finns i byggnaden.

1.4 Avgränsningar

Processkartläggningen är avgränsad till att beröra medicinkliniken på sjukhuset i Värnamo och därefter Vaggeryds kommun. I Vaggeryds kommun har Skillingaryds- och Vaggeryds vårdcentraler inkluderats. Inom verksamheterna är intervjupersonerna begränsade till en läkare, en sjuksköterska och en vårdutvecklare på sjukhuset, en representant för var-

dera vårdcentral, en representant för biståndshandläggarna samt en representant för kommunsjuksköterskorna. Avgränsningen har delvis gjorts i samråd med Eva-Mari Blomqvist, utvecklingsledare vid Värnamo sjukhus.

Intervjuer har genomförts mellan 2013-09-24 och 2013-12-20. Under perioden hade medicinkliniken i Värnamo 2671 vårdtillfällen och av dessa var 25 % återinskrivningar. Under perioden har totalt 56 fokusremisser skickats och av dessa har 12 skickats till Vaggeryds vårdcentral och 5 till Skillingaryds vårdcentral. Under undersökningsperioden pågick ett omfattande ombyggnadsarbete på medicinkliniken och en av de två avdelningarna var stängd. Under ombyggnationen har antalet platser varit färre än normalt, 48 på avdelningen jämfört med 72, och en del platser, 8 stycken, har utlokaliserats till andra enheter. Det har även varit lägre bemanning än normalt på grund av sjuksköterskebrist.

Även om processkartläggningen är avgränsad enligt ovan har flera andra enheter varit inkluderade under informationsinsamlingen för att få en bredare syn på processen.

1.5 Begreppsförklaring

Slutenvård – vård som ges på sjukhus eftersom patientens tillstånd inte kan behandlas inom öppenvården.

Primärvård – i den här rapporten används begreppet primärvård för vård som ges via vårdcentral.

Undvikbar slutenvård – de slutenvårdstillfällen som beror på någon av diagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njursten och öron- näsa- halsinfektioner. Alla dessa diagnoser anses vara möjliga att förebygga med rätt åtgärder i ett tidigt skede och bör därför inte kräva sjukhusvård (SKL, 2013b).

2 Litteraturanknytning

Nedan presenteras de teorier som ligger till grund för hur projektet har genomförts och rapporterats.

2.1 Soft systems methodology

Peter Checklands Soft Systems Methodology (SSM) bygger på den grundläggande idén att problem som involverar människor sällan är klara och tydliga, eller att alla involverade har samma syn på problemen. Problemsituationer finns alltså enligt Checkland (1999) i komplexa situationer och metodologin är framtagen för det ska gå att skapa en bild av och förstå en situation som någon eller några uppfattar som problematisk. Traditionella systems engineering tekniker kräver ett tydligt mål och ett tydligt problem och kan därför, enligt Checkland (1999), inte framgångsrikt appliceras i dessa situationer. Sjukvårdssystemet som fokusprocessen befinner sig i är en väldigt komplex miljö med många aktörer och därför har SSM varit lämplig att använda.

I korthet är tanken med metodologin att utifrån den skapade bilden, tillsammans med de involverade aktörerna, komma fram till vad som kan göras för att förbättra den problematiska situationen och att sedan implementera ändringarna. I metodologins senare versioner specificeras fyra huvudaktiviteter och ett antal metoder föreslås för hur dessa aktiviteter kan genomföras. Metoderna ska hjälpa undersökaren att se den helhet som systemet som studeras är en del av. Huvudaktiviteterna är:

1. Finding out (ung. Ta reda på)
2. Modellera meningsfulla aktiviteter
3. Diskutera och förhandla kring möjliga lösningar
4. Agera utifrån det som diskussionen ger (Checkland, 1999)

Nedan beskrivs de metoder inom SSM som har används i det här arbetet.

2.1.1 Rik bild

Genom samtal, intervjuer och/eller observationer samlas så mycket information som möjligt in gällande problemsituationen för att en bild, en faktisk teckning, av situationen ska kunna skapas. Bilden kan ta form på olika sätt beroende på undersökaren, men innehåller ofta de aktörer som är inblandade, viktiga strukturer och aktiviteter samt relationer dessa emellan. Bilden kan också innehålla text, till exempel i form av pratbubblor, och andra element som kan ha en inverkan på situationen.

En rik bild har flera olika användningsområden. För det första ritas den för att få en helhetssyn på situationen och för att det ofta är lättare att

uttrycka hur olika aktörer/aktiviteter/fenomen relaterar till varandra i bild än i text. Det är också en första bild av problemsituationen och används för att välja ut de områden (av Checkland kallade system) som kan vara av vikt för att förbättra situationen och därmed bör undersökas närmare (Checkland, 1999). Bilden kan även användas som en utgångspunkt för fortsatta diskussioner med de inblandade aktörerna, delvis för att verifiera att undersökaren har fått en korrekt uppfattning, men även för att vidareutveckla bilden av situationen. Genom att lyfta upp nyckelkommentarer från de olika aktörerna i bilden kan de olika perspektiven och synerna på situationen synliggöras (Checkland, 1999).

2.1.2 Root definition

En root definition (fortsättningsvis används det svenska uttrycket rotdefinition) är en tydligt strukturerad beskrivning av ett system som bygger på strukturen "Ett system som gör P genom Q för att R" (Checkland, 1999). Definitionen svarar därmed på frågorna vad, hur och varför. Flera olika rotdefinitioner kan tas fram med utgångspunkt i samma rika bild och en rotdefinition för exakt samma situation kan se olika ut beroende på utifrån vilken aktörs perspektiv den skapas. Definitionen behöver inte beskriva en process så som den ser ut i dagsläget, snarare ska definitionen beskriva det som önskas av systemet (Checkland, 1999). Utifrån definitionen skapas en konceptuell modell över den process som systemet kräver för att fungera optimalt.

För att säkerställa att nödvändiga delar finns med i definitionen kan akronymen CATWOE användas (Checkland, 1999):

Customers – Vilka är kunderna, de som vinner eller förlorar i systemet?

Actors – Vilka är aktörerna som utför aktiviteterna i systemet?

Transformation – Vilka är stegen i processen? Vad är input och vad är output?

Weltanschauung (worldview) – I vilket större sammanhang passar systemet in?

Owner – Vem eller vilka kan stänga ner systemet?

Environment – Vilka andra faktorer kan påverka systemet?

2.1.3 Konceptuell modell

Efter att en rotdefinition som det fortsatta arbetet ska utgå ifrån har tagits fram skapas en konceptuell modell av systemet. Metoden som rekommenderas för detta arbete är att utgå ifrån de aktiviteter som krävs

och skriva ner verb som beskriver dessa. Verben, mellan fem och nio stycken, ska därefter kopplas samman i den ordning som aktiviteterna behöver utföras (Checkland, 1999). Som tidigare nämnts ska den konceptuella modellen inte avspegla nuläget utan snarare visa på det ”optimala” systemet. Modellen används sedan för att hitta gapen med nuläget (Checkland, 1999).

2.2 Processkartläggning

Processkartläggning är enligt Larsson och Ljungberg (2001) en förutsättning för styrning och utveckling av en organisations processer. Enligt författarna ska alla processer starta med ett kundbehov och sluta med uppfyllelse av behovet. Anledning till att processerna presenteras i form av en karta är enligt författarna att det är det bästa sättet att förmedla hur processerna ser ut och fungerar. Kartan kan visualisera hur olika delar av en organisation hänger ihop och hur de måste arbeta för att processen ska nå det mål som satts.

2.3 Problemanalys

Enligt Goldkuhl och Röstlinger (1988) tar en problemanalys sitt avstamp i en situation som någon eller några upplever som problematisk. Den ska visa vilka de viktigaste problemen, problemorsakerna och problemeffekterna i situationen är. Arbetet sker enligt författarna i fyra moment: problemområdesavgränsning, identifiering och formulering av problem, problemområdesindelning och slutligen analys av problemsamband.

Arbetet med att hitta problemen i en situation bör innebära förutsättningslöst ifrågasättande av hela situationen och arbetet med att precisera problemen sker iterativt (Goldkuhl & Röstlinger, 1988). Till att börja med bör det inte finnas några restriktioner kring vilka problem som ska tas upp eller ej. Problem som i ett senare skede av analysen uppfattas som irrelevanta kan helt enkelt tas bort då. Resultatet av analysen presenteras i en problemlista och en problemgraf som visar problemsambanden (Goldkuhl & Röstlinger, 1988).

3 Genomförande

I följande kapitel beskrivs hur uppdraget har genomförts. Inledande beskrivs hur information har samlats in och därefter hur materialet har analyserats.

3.1 Datainsamling

Datainsamlingen har skett genom ett antal öppna och semistrukturerade intervjuer. En helt öppen intervju hölls först med vårdutvecklarna på medicinkliniken i Värnamo, Christina Andersson och Katarina Ekberg, för att jag skulle få en uppfattning om processen och vilka aktörer som kunde vara intressanta i det fortsatta arbetet. Därefter hölls intervjuer med aktörer i olika verksamheter i Jönköpings län, både inom landstinget och de olika kommunerna. 12 intervjuer genomfördes med totalt 20 personer från följande enheter: medicinklinikerna på sjukhusen i Jönköping, Värnamo och Eksjö, vårdcentraler i Vetlanda (2 st), Jönköping (1 st), Tranås (1 st), biståndshandläggare i Vetlanda och Vaggeryd samt kommunsjuksköterskor i Habo, Vetlanda och Vaggeryd. Intervjuerna syftade till att ge en bild av processen så som den ser ut idag samt vilka problem som upplevs. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från intervjuunderlaget i bilaga 1. Förutom intervjuerna har information om förhållandena kring processen inhämtats genom material som finns tillgängligt på landstingets hemsida och intranät samt genom närvaro på ledningskraftsmöten där det aktuella konceptet, bland annat, har diskuterats. Ledningskraftsmötena är en länsövergripande mötesplats för alla de områden som ingår i den nationella satsningen på de mest sjuka äldre. Här delas erfarenheter från de olika länsdelarna och här finns plats för övergripande samarbeten att ta form. Jag har också närvarat vid flera nationella sammankomster kring äldreområdet.

Parallellt med att intervjuerna genomfördes skapade jag en första rik bild enligt Checklands (1999) metodik. Bilden har byggts på allt eftersom jag har fått nya intryck och bättre förståelse. Den första versionen ritades för hand, men jag har även skapat en digital version. Den handritade bilden kan ses i bilaga 2.

Intervjuer med vårdcentralerna i Vaggeryd och Skillingaryd hölls sist av alla. Även dessa var semistrukturerade och byggde på intervjuguiderna i bilaga 1 och 3. Intervjuunderlaget i bilaga 3 fokuserar på de olika delarna i en rotdefinition (CATWOE) och dessa frågor ställdes även vid en andra intervjuomgång till de respondenter som omnämndes i avgränsningen (kap 1.4). Denna andra intervjuomgång gjordes via telefon. Syftet med

frågorna kring rotdefinitionen var att få en djupare bild av processen och respondenternas uppfattning av den.

Det insamlade materialet sammanställdes förutom i den rika bilden i en beskrivning av processen så som den ser ut i dagsläget. Beskrivningen gjordes både i form av en processkarta (bilaga 4) och i en textuell beskrivning.

3.2 Analys

Utifrån materialet som samlades in och presenteras i kapitel 4 nedan har jag gjort en probleminventering som presenteras i en problemlista och en problemgraf. Utifrån probleminventeringen och annat som framkommit har jag även gett några förbättringsförslag som både presenteras textuellt och i processkartan i bilaga 5.

4 Resultat

I följande kapitel presenteras det insamlade materialet. Materialet har sammanfattats i en processbeskrivning, en rik bild och en sammanfattning av intervjuerna kring de olika elementen i en rotdefinition.

4.1 Processbeskrivning

Processen med fokusremisser beskrivs övergripligt i bilaga 4 och beskrivs textuellt i närmare detalj nedan. Beskrivningen är en sammanställning av intervjuerna med Christina Andersson, vårdutvecklare på medicinkliniken i Värnamo, Anders Magnusson, överläkare vid medicinkliniken i Värnamo, Jennie Allvén, sjuksköterska vid medicinkliniken i Värnamo, Caroline Arnoldsson, kommunsjuksköterska i Vaggeryds kommun, Catherine Johansson, biståndshandläggare Vaggeryds kommun, Gunilla Clarin, sjuksköterska på vårdcentralen i Vaggeryd och slutligen Solweig Jonsson, vårdenhetschef Skillingaryds vårdcentral. Referensen kommer endast att ges när något specifikt belyses.

Processen startar med att en patient anländer till akuten på sjukhuset och sedan läggs in på medicinkliniken. Patienten skrivs in i journalsystemet Cambio Cosmic och i de fall då patienten har kommunala insatser skickas även ett inskrivningsmeddelande via Meddix. Meddix är det system som används för kommunikation mellan slutenvård och kommun och inom kommunen kan meddelandena ses av kommunsjuksköterskor samt biståndshandläggare. Inskrivningsmeddelandet skickas för att de kommunala insatserna i hemmet ska kunna pausas under den tid då patienten är på sjukhuset. Hemtjänsten använder inte Meddix och på grund av det måste biståndshandläggaren, om patienten har hemtjänst, kontakta hemtjänstsamordnaren så att hemtjänstgruppen som har hand om patienten kan informeras. Om patienten har hemsjukvård läses meddelandet även av kommunsjuksköterskan så att eventuella insatser även där kan pausas.

Efter inskrivningen vårdas patienten på sjukhuset utifrån de behov som finns, men vården som ges påverkas inte av om det är en fokuspatient eller inte enligt C. Andersson (personlig kommunikation, 2013-12-18). Under vårdtiden kan det framkomma att det finns behov av stöd från kommunen eller behov av att aktuellt stöd ändras efter utskrivning och då skickar sjuksköterskan, med patientens medgivande, en begäran om vårdplanering via Meddix. Meddelandet läses av biståndshandläggaren som därefter har fem arbetsdagar på sig att samla de aktörer som bör närvara och sedan genomföra vårdplaneringen och besluta om insatser. Efter de fem dagarna går betalningsansvaret för sjukhusvistelsen, om

patienten är utskrivningsklar, övergår till kommunen. Vårdplaneringen och bedömningen av vårdinsatser sker på samma sätt oavsett om det handlar om en fokuspatient eller inte. Begreppet fokuspatient nämns ibland i begäran om vårdplanering från sjukhuset, men det har ingen speciell betydelse för biståndshandläggarens arbete enligt C. Johansson (personlig kommunikation, 2013-10-18). Kallelse till vårdplanering kan inte göras förrän patientens tillstånd är tillräckligt bra för att det ska vara möjligt att bedöma behoven efter sjukhusvistelsen och all kontakt rörande en viss patient mellan landstinget och kommunen måste enligt sekretesslagsstiftningen ske med patientens medgivande. Enligt C. Johansson (personlig kommunikation, 2013-10-18) fungerar användandet av Meddix bra när det används så som det är tänkt. Det händer dock ibland att saker som borde ha dokumenterats inte skrivs in och då kan det bli problem. Finns det inte i Meddix "har det aldrig hänt" (C. Johansson, personlig kommunikation, 2013-10-18). Detta håller även C. Arnoldsson (personlig kommunikation, 2013-10-25) med om och säger att informationen som finns i Meddix är bra, när Meddix faktiskt används. C. Johansson (personlig kommunikation, 2013-10-18) menade också att det finns en märkbar klyfta mellan kommunen och landstinget när patienten ska hem. Hon anser att det mer känns som ett överlämnande av ansvar än ett samarbete kring patienten vid hemgången. Hon anser också att det hade varit bättre med vårdplanering i hemmet. Om vårdplaneringen sker i närområdet hade det kanske varit större sannolikhet att de personer som borde vara med vid vårdplaneringen faktiskt är det, exempelvis representant från vårdcentralen alternativt hemsjukvården, sjukgymnast och arbetsterapeut (C. Johansson, personlig kommunikation, 2013-10-18).

Under vårdtiden görs också bedömning om patienten är en fokuspatient eller inte. Enligt både A. Magnusson och J. Allvén (personlig kommunikation, 2013-10-15) sker detta oftast sent under vårdtiden, inte sällan under sista rondan innan utskrivning, och det är oftast läkaren som tar upp att det skulle röra sig om en fokuspatient. Beslutet att bedöma någon som fokuspatient görs i princip endast utifrån om det anses finnas hög risk för återinläggning och inte utifrån några andra kriterier (A. Magnusson, personlig kommunikation, 2013-10-15; C. Andersson, personlig kommunikation, 2013-12-18). En av anledningarna till att inte de kriterier som tagits fram av landstingets kansli för vilka patienter som är fokuspatienter inte används är att definitionen är alldeles för bred. C. Andersson (personlig kommunikation, 2013-09-24) säger att om den definitionen hade använts hade de flesta av patienterna på medicinkliniken kunnat definieras som fokuspatienter. Då patienten bedöms vara en fo-

kuspatient finns särskilda utskrivningsrutiner som ska följas. Dessa inkluderar nedan aktiviteter:

- Utskrivningssamtal med läkare
- Skriftligt utskrivningsmeddelande
- Meddelande om att sjuksköterska kommer ringa upp några dagar senare
- Läkemedelsgenomgång och läkemedelslista
- Information om vart patienten ska vända sig vid försämring eller behov av receptförnyelse
- Medicinsk epikris inom 24 timmar med anvisningar om fortsatt uppföljning
- Övervägande om remiss till mobila geriatriska teamet

När patienten är utskrivningsklar skickas ett utskrivningsmeddelande via Meddix om patienten när kommunala insatser så att dessa kan återupptas. En omvårdnadsepikris skickas till kommunalsjuksköterskan om patienten har plats på särskilt boende. Även en fokusremiss skickas. Den skickas till primärvården inom 24 timmar efter att patienten lämnat sjukhuset. Dock kan en patient bedömas vara fokuspatient utan att fokusremiss skickas. Detta händer när patienten ska ha uppföljning från medicinkliniken, bor på särskilt boende eller då patienten är inskriven i hemsjukvården (C. Andersson, personlig kommunikation, 2013-10-22). Fokusremissen i sig är inte olik en vanlig remiss varken till innehåll eller avseende vilka informationsvägar som används. Det står dock fokusremiss hos mottagaren vilket ska signalera att det är en prioriterad remiss.

Patienten ska ringas upp från sjukhuset inom 72 timmar från utskrivning och detta sker enligt C. Andersson (personlig kommunikation, 2013-12-18) i de allra flesta fall. Dock så visar statistik från landstinget (hämtad från det interna statistiksystemet Diver, 2013-12-13) att bara två uppföljande samtal har gjorts från medicinkliniken på de 55 fokusremisserna som fram till dess hade skickats. Vem som gör det uppföljande samtalet varierar och det görs antingen av en sjuksköterska eller vårdutvecklare. De patienter som ska följas upp med ett samtal inom 72 timmar skrivs ner på en lista och på listan anges också i efterhand hur lång tid hela samtalet tog, inklusive inläsning på patienten och journalföring. Samtalen följer mallen för Webb-kollen hemma (bilaga 6). Det är inte enbart fokuspatienter som rings upp enligt C. Andersson (personlig kommunikation, 2013-12-18) och enligt J. Allvén (personlig kommunikation, 2013-10-15) kan det vara svårt att hitta tid för att ringa samtalen. Det finns dessutom ingen naturligt lämplig plats att ringa samtalen från då sjuksköterskestationen finns i korridoren.

Informationen i de följande fyra styckena kommer från Gunilla Clarin (personlig kommunikation, 2013-12-02).

I primärvården tas en skickad fokusremiss emot tillsammans med andra inkommande meddelanden och remisser och omdirigeras därefter av sekreterare till lämplig person. I Vaggeryd innebär det att den skickas till Gunilla Clarin, sjuksköterska som är speciellt ansvarig för bland annat fokuspatienterna, men som även har andra ansvarsområden när det gäller äldre. Cirka en vecka efter att slutenvården har gjort sitt uppföljande samtal ringer Gunilla själv upp patienten. Om slutenvårdens samtal har gjorts på en måndag ringer hon vanligtvis upp innan helgen för att minska risken för att patienten egentligen skulle ha behövt vård innan helgen, men tvekat på att höra av sig och istället åker till akuten under helgen. Samtalet följer den mall som används vid flera andra vårdcentraler för den här typen av samtal (se bilaga 7) men i Vaggeryd kompletteras den även med annan information. Exempelvis beskrivs vid samtalet vad vårdcentralen kan hjälpa till med utifrån patientens sjukdom (exempelvis vätskedrivande medicin och syrgas) och patienten får veta att han eller hon gärna får ringa vid behov. Fokuspatienter i Vaggeryd slipper telefonkö eftersom de får ringa på ett akutnummer och därmed alltid får prata med någon direkt. Patienten uppmanas att höra av sig tidigt vid eventuella problem så att de kan avhjälpas på vårdcentralen. Vid samtalet försöker sjuksköterskan även ta reda på hur den sociala situationen för patienten ser ut för att kunna avgöra vilken typ av vidare kontakt som behövs. Eventuella läkarbesök bokas också in och enkel och tydlig kontaktinformation på en lapp i A5 format skickas ut via post. I de fall då patienten har svårt för att ta sig till vårdcentralen erbjuder Gunilla sig att boka sjuktransport för besöket. Det är alltid samma person som sköter kontakten med fokuspatienterna, förutom vid sjukdom eller semester.

De gånger då en fokuspatient faktiskt hör av sig och är i behov av vård erbjuds de alltid en akuttid samma dag. När de kommer ner till vårdcentralen, vare sig det är akut eller ett inplanerat besök, brukar Gunilla gå in till patienten och presentera sig för att patienten ska få ett ansikte på personen som ringer. Om det finns en uppfattning av att patienten är i behov av extra stöd, oavsett om det är medicinskt eller om det finns en känsla av att patienten inte själv skulle kontakta vårdcentralen om det skulle ske en försämring, försätter sjuksköterskan att ringa uppföljande samtal till patienten så ofta som det anses behövas. Vid intervjun beskrivs att samtalen brukar vara väldigt uppskattade och att flera patienter vid slutet av samtalen försäkras sig om ett nytt samtal snart igen.

Det finns enligt Gunilla ett uttalat stöd från chefen på vårdcentralen för det ökade stödet till fokuspatienterna och det är inga problem med att avsätta tid för samtalen. Samtalen journalförs med en kortare notis under rubriken Uppföljning fokuspatient. Vårdåtagandet "Fokuspatient"

lämnas öppet även efter att 30 dagar har gått från utskrivningen med motiveringen att "de kommer ju alltid vara fokuspatienter" (G. Clarin, personlig kommunikation, 2013-12-02). Att vårdåtagandet står kvar fyller även funktionen av att kollegorna på vårdcentralen lätt kan se att det handlar om en av de patienter som Gunilla har särskild kontakt med och kan informera henne vid behov. De vet även att hon vill prata med patienten om denne frågar efter henne speciellt.

I de fall då patienten är inskriven i hemsjukvården tar sjuksköterskan kontakt med en speciell kommunsjuksköterska som informeras om att patienten är en fokuspatient och om eventuella uppföljningar som måste göras.

I Skillingaryd omdirigeras fokusremissen också till en speciellt ansvarig person. Hittills har fem remisser skickats hit och alla patienter utom en har varit hemsjukvårdspatienter. Av den anledningen är den vanligaste åtgärden när det kommer en fokusremiss att ansvarig sjuksköterska inom kommunen rings upp för att säkerställa att denne vet att det handlar om en fokuspatient och att personen i fråga behöver följas upp efter sjukhusvistelse. Kommunikationen med kommunen sker därefter främst direkt mellan kommunsjuksköterska och patientansvarig läkare när det behövs och då via telefon eller fysiska lappar som hämtas och lämnas personligen på vårdcentralen. Kommunikationen med den ansvariga kommunsjuksköterskan upplevs enligt S. Jonsson (personlig kommunikation 2013-12-18) fungera väl.

Den rutin som ska följas när patienten inte har hemsjukvård är att journalen ska bevakas och några dagar efter att slutenvården har ringt sitt uppföljande samtal ska patienten kontaktas. Samtalet stöds av samtalsmallen i bilaga 7 och patienten informeras om vad vårdcentralen kan hjälpa till med. Eventuella åtgärder planeras.

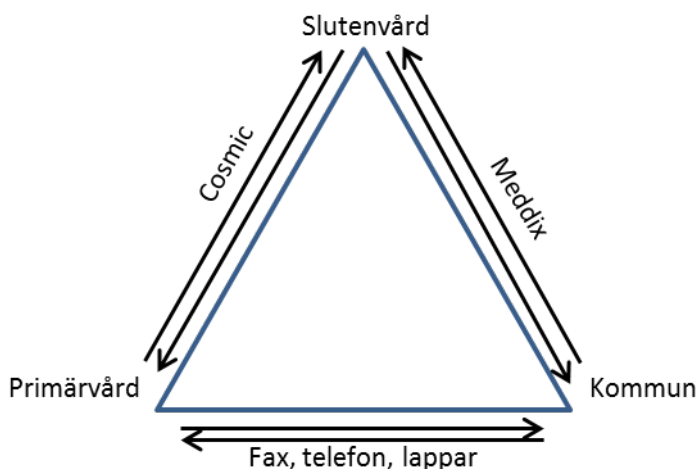
S. Jonsson (personlig kommunikation 2013-12-18) hade önskat att det hade kommit fler fokusremisser. Hon anser att det i dagsläget inte finns någon chans att få någon rutin i arbetet med det antalet remisser som kommer. Den senaste remissen som hade mottagits då intervjun genomfördes mottogs i slutet av oktober.

C. Arnoldsson (personlig kommunikation, 2012-10-25) saknar struktur och riktlinjer för vilka rutiner som gäller när det handlar om fokuspatienter. Hon anser också att det hade varit bra med en tydlig plan för hur återinläggning ska förhindras och tydligare direktiv i vårdbegäran kring vilka insatser som förväntas.

4.2 Rik bild

Den rika bilden som visas i bilaga 2 är en översiktlig bild över situationen som fokusprocessen befinner sig i. Bilden visar alltså inte processen i sig utan snarare några av de faktorer som påverkar varför processen överhuvudtaget finns, hur den utförs och hur väl den lyckas. Den presenterar också några av de åsikter som aktörerna i processen har uttryckt. Då bilden är en sammanfattning av alla de intryck och erfarenheter som har gjorts under arbetets gång ges generellt inga referenser.

Det finns flera faktorer som påverkar processen kring fokuspatienterna. Till att börja med befinner sig patienten i en situation där den vård och omsorg som han eller hon har eller kan behöva drivs av två olika huvudmän (myndigheter) nämligen landstinget och patientens hemkommun. Dessa två vårdgivare lyder under olika lagstiftningar, Social omsorgslagen (SoL) inom kommunen och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) för landstinget. För att information ska få delas mellan de två enheterna måste patienten ge sitt samtycke till detta på grund av den tystnadsplikt som annars gäller (undantag finns, men om patienten kan föra sin talan måste samtycke ges). Informationsdelningen påverkas också av att de två myndigheterna delvis använder sig av olika informationssystem. Landstinget använder sig av journalsystemet Cambio Cosmic vilket också kan användas för att kommunicera mellan slutenvården och primärvården. Kommunen använder sig intern av Magna Cura. Till viss del används även Meddix, då för kommunikation mellan slutenvården och kommunen. Primärvården kan inte ta del av informationen i Meddix. För kommunikation mellan primärvård och kommun finns inget IT-system. Kommunikation mellan dessa enheter sker via telefon, fax och papperslappar. Bilden nedan (figur 1) illustrerar kommunikationsvägarna mellan de tre aktörerna.



Figur 1 - Kommunikationsvägar mellan slutenvård, primärvård och kommun

På de olika enheterna (sjukhus, vårdcentral och kommun) har det framkommit att det finns viss osäkerhet hos personalen kring processen och förväntningarna på arbetet. På sjukhuset finns det frågetecken kring vilka patienter som ska remitteras som fokuspatienter och det har även uttryckts stress över att hitta tid till att ringa de uppföljande samtalen. Det har under intervjuerna också pratats om att det är oklart hur fokusremissen tas emot och behandlas av primärvården, alltså att det saknas ett sammanhang till varför fokusremissen skickas. På vårdcentralen har det på olika sätt uttryckts att det är oklart vad som förväntas av dem. Den inkommande remissen upplevs på vissa håll inte som någon faktisk vårdbegäran utan snarare som en epikris och det upplevs därför som otydligt vad deras roll är. Detta leder också till att den uppföljning som görs på de olika vårdcentralerna blir beroende av personen som ansvarar för fokuspatienterna. Slutligen har fokusbegreppet varit relativt okänt för de som arbetar med de äldre inom kommunen. De har hört begreppet någon gång och sett det skrivet i olika meddelanden från den landstingsdrivna vården, men det har inte haft någon egentlig inverkan på hur de utför sitt arbete, varken för kommunsjuksköterskorna eller för biståndshandläggarna. Det finns inga rutiner för hur arbetet i kommunen med dessa patienter ska ske och kommunerna medverkade inte vid framtagningen av konceptet.

Ersättningsmodellen som finns för fokusremisserna är uppbyggd på så sätt att slutenvården bara kan vinna pengar på att skicka fokusremisser, medan primärvården antingen kan få eller förlora pengar. Kravet på slutenvården är att de skickar fokusremissen och ringer ett uppföljande samtal till patienten inom 72 timmar och för detta får de 204 kr (Landstinget i Jönköpings län, internt dokument, 2013). Den aktuella vårdcentralen får 590 kr per mottagen fokusremiss, men om patienten skrivs in inom 30 dagar görs också ett avdrag på 895 kr. Det innebär i de fallen en förlust för vårdcentralen på 305 kr. Kommunen är inte en del av ersättningsmodellen.

Processen kan också påverkas av resurstilldelningen till vård och omsorg och hur dessa resurser fördelas lokalt både inom landstinget och inom kommunen. Äldreområdet är på nationell nivå ett prioriterat område där regeringen har gått in med prestationsersättningar för flera olika områden. Detta gör också att arbetet med fokuspatienter är en av flera satsningar som pågår just nu. Detta innebär att det är flera olika insatser som kräver uppmärksamhet för de som arbetar i verksamheten.

Det finns mest frågetecken kring patienten i bilden. Varför åker patienten i första hand till akuten istället för att kontakta vårdcentralen? Vad

är det patienten vill ha från vården och omsorgen? Vilka behov har patienten?

4.3 CATWOE

Nedan presenteras respondenternas svar på frågorna i frågeformuläret som visas i bilaga 3. Svaren presenteras per frågeområde och respondenterna hålls anonyma.

4.3.1 Customers

Alla respondenter utom en angav att det i första hand är patienten som är kunden i systemet med motiveringar så som "det görs för vårdtagarens bästa", "så att det kan finnas ett omhändertagande innan det blir att man måste åka in på sjukhus" och "för att patienten ska slippa åka ut och in". Den som inte nämnde kunden ansåg att det är slutenvården som är kund. Totalt var det fyra av sju som anser att slutenvården är kund i systemet med motiveringarna att minska platsbrist, att arbetet görs för att minska beläggningen på sjukhuset och för att minska kostnader. Primärvården nämndes som kund av två respondenter, av en som kund till kommunens arbete (primärvården kan lägga beställningar till hemsjukvården) och av en som förlorare på systemet i form av ökad arbetsbelastning.

Endast en respondent ansåg att det kunde finnas några förlorare i systemet, men två la in reservationer för att det inte fanns några förlorare när allt fungerar som det ska. De menade att om resurserna finns för att arbetet ska kunna utföras finns det bara vinnare, men att det kunde medföra ökad arbetsbelastning om resurserna inte finns.

4.3.2 Actors

Alla respondenter nämnde slutenvården och primärvården som aktörer i processen och totalt fyra nämnde en eller flera av kommunens insatser. Tre nämnde patienten själv och av dessa så var det också två som nämnde patientens anhöriga.

Respondenterna hade mer spridda svar gällande arbetsättets påverkan. Fyra nämnde färre återinläggningar som de menade skulle leda till mindre platsbrist, lättare arbetsbörda på sjukhuset och en bättre situation för patienten. Totalt var det fem respondenter som menade att arbetsbelastningen skulle minska medan två menade att arbetsbelastningen istället skulle öka med arbetsättet. En av respondenten som menade att arbetsbelastningen skulle öka ansåg att merarbetet skulle ligga i att samordningen och samarbetet mellan de olika parterna skulle vara krävande. Den andra menade att arbetsbelastningen kunde öka "så här i början,

innan det har kommit igång”. Tre respondenter ansåg att det påverkade patienten positivt och fyra av respondenterna gav på ett eller annat sätt även uttryck för att arbetssättet fortfarande är nytt och inte ännu inarbetat.

Fem respondenter svarade på hur aktörerna har reagerat och svaren rörde alla utom ett den egna organisationen. Av dessa var två neutrala, ett positiv och två negativa. De två neutrala svaren kom båda från respondenter i kommunen som menade att arbetssättet inte påverkade deras arbete nämnvärt. De två negativa reaktionerna berodde på ökad arbetsbelastning och oklarheter kring vad uppdraget innebär. Den positiva kommentaren rörde inte den egna organisationen, respondenten reflekterade istället över de positiva reaktionerna från patienterna.

4.3.3 Transformation

Respondent ett ansåg att det första scenariot, då fokusremissen ses som input, består omvandlingen av ett bättre flöde och bättre samarbete i hela vårdprocessen. Output skulle bli patienter som mår bättre med motiveringen att det kan vara ansträngande att bli inlagd på sjukhus. I det andra scenariot, då den sjuka patienten istället ses som input, ansåg respondenten att output skulle bli kostnadsbesparingar både för patienten och för samhället genom att återinläggningarna skulle kunna minskas. ”Istället för att en patient läggs in tre gånger på en månad blir det kanske istället en gång på ett halvår.”

Enligt respondent två skulle omvandlingen när fokusremissen är input bestå av ökad kommunikation mellan de olika vårdgivarna. Respondenten menar att det innebär tidiga diskussioner kring vilka insatser som kan sättas in och vilka olika professioner som behöver kopplas in, exempelvis läkare, sjukgymnast och arbetsterapeut, samt utvärdering av åtgärderna och därefter eventuella ändringar i de insatser som använts. Outputn skulle enligt respondenten bli en förbättring i patientens välbefinnande och hälsa på grund av förbättrad hemsituation och därmed minskat behov av sjukhusvård. I det andra scenariot, där den sjuka patienten är input, tar respondenten patientens hem som utgångspunkt och ser omvandlingen som bestående av hembesök och samtal med patient tillsammans med eventuella anhöriga om situationen och vad som kan göras. Möjliga åtgärder utförs därefter och följs sedan upp. Output skulle vara densamma som i det tidigare scenariot.

Respondent tre har ett kommunperspektiv på processen och ser för sin del att omvandlingen, när fokusremissen är input, börjar när vårdplaneringen sker. ”Ingen ska behöva komma in på sjukhus om det finns hjälp att få hemma.” Respondenten betonar dock att arbetet för deras del

inte görs annorlunda på grund av fokusremissen. Outputn är enligt respondenten en patient som kan behandlas i hemmet. Om istället den sjuka patienten ses som input menar respondenten att det måste uppmärksammas på ett eller annat sätt att patienten är i behov av hjälp, men att resultatet och arbetsgången är desamma oavsett om patienten är en fokuspatient eller inte.

Respondent fyra menade att omvandlingen i processen består av kontakten med patienten, oavsett vem som tar den kontakten. Respondenten ansåg att det handlar om att bygga upp ett förtroende så att patienten känner sig säker på vart det är lämpligast att vända sig vid behov av vård framöver. Output skulle vara mervärde för patienten då den hjälp som behövs i det specifika fallet skulle vara grunden för arbetet. Om det var den sjuka patienten som var input skulle omvandlingen istället bestå av behandlingen och information för att få patienten att förstå vart han eller hon ska vända sig vid olika tillfällen. Patientens involvering och delaktighet skulle vara viktig för att skapa trygghet. Output skulle fortfarande i grunden vara densamma, att patienten får rätt vård utefter behov.

Respondent fem anser att det är informationen i fokusremissen som är inputen. Omvandlingen sker genom att informationen når primärvården på ett säkrare och tydligare sätt vilket leder till ett bättre och tydligare omhändertagande och uppföljning av patienten. Respondenten säger att det i och med fokusremissen är lättare att följa upp även de patienter som inte "skriker högt själva" och menar att en del patienter inte hör av sig förrän de är i så dåligt skick att de måste söka akutvård på sjukhuset. Om det är den sjuka patienten som ses som input menar respondenten att det är de vårdande insatserna som är omvandlingen och resultatet ska bli en patient som mår bättre och inte behöver söka akut sjukvård. Respondenten reflekterar kring att det ofta handlar om kroniskt sjuka patienter som blir bättre och sämre i perioder och att sjukvårdsinsatserna inte alltid kan hjälpa patienterna tillräckligt.

Den sista respondenten ansåg att den största omvandlingen sker efter att patienten har lämnat sjukhuset då behandlingen på sjukhuset inte skiljer sig nämnvärt beroende på om det är en fokuspatient eller inte. Omvandlingen efter sjukhusvistelsen består av att patienten kontaktas, både av sjukhuset och av primärvården, vilket leder till bättre kontakt med primärvården och kan leda till hjälp i kontakten med kommunen om det skulle behövas. Output skulle vara färre återinskrivningar. Respondenten ser ingen större skillnad i processen om den sjuka patienten istället skulle ses som input och menar också att resultatet skulle bli det samma.

Alla respondenter anser att det är samma aktörer och kunder som angavs i de tidigare frågorna och att det är samma aktörer i båda scenarierna. En respondent svarade inte på frågan.

4.3.4 Weltanschauung (worldview)

En respondent anser att fokusarbetet görs som en del av det större arbetet med att minska återinläggningar, både för patientens skull och för de ekonomiska vinsterna för samhället.

En annan respondent menar att sammanhanget är att sjukhusvården skulle minska, främst till fördel för patienten. Respondenten menar att sjukhusvistelsen kan innebära ökat lidande och ökad risk för infektioner för patienten. Respondenten nämnde även riskerna med multiresistenta bakterier och trycksår och menade att patienten mår bättre av att vara hemma i en trygg miljö istället för på sjukhus.

Nästa respondent menar att sammanhanget helt är patienten, att livskvalitén kan höjas i och med arbetet och att svackor i hälsan kan undvikas.

Fjärde respondenten menar att arbetet görs för att förhindra att det är samma patienter som gång på gång läggs in och upptar vårdplatser när det eventuellt skulle finnas annat som kunde göras för att tillgodose patientens behov.

En respondent anser att sammanhanget är den moderna vården, att utvecklingen går mot att fler patienter ska kunna vårdas hemma. Respondenten menar att hela vårdkedjan går ut på att det bara är de allra sjukaste som ska läggas in på sjukhus. Respondenten sätter också in arbetet i ett slags effektiviseringssammanhang i och med att antalet vårdplatser minskar. Utöver detta ser respondenten även vinster för patienten i form av ökad integritet och självbestämmande.

Näst sista respondenten säger att arbetet är en del av det större arbetet med den multisjuka och mest vårdkonsumerande patienten. Respondenten menar att det handlar om att minska vårdbehovet på sjukhus för dessa patienter för att minska kostnaderna.

Sista respondenten säger att det handlar om att arbeta utifrån patienten eller "med patienten i centrum". Respondenten menar att det finns så många aktörer som hjälper fokuspatienterna och att ett stort problem är att arbetet ofta sker självständigt utan att de olika aktörerna har kännedom om vad den andra gör.

4.3.5 Owner

En respondent tänkte att de som kan stänga ner systemet är de som ”bestämmer högre upp” och tänkte att det var de som hade infört arbetssättet som också kunde stänga ner det. Respondenten hade dock ingen klar uppfattning om vet det var. I enskilda fall ansåg denna respondent även att patienten hade makt att inte delta i arbetssättet och på så sätt kunde stänga ner det. Tre andra respondenter ansåg att det var landstingsledningen och en annan sa landstingsledningen eller sjukhusledningen. Ytterligare en respondent sa landstingsledningen och resonerade sedan kring om det även kunde vara SKL i och med satsningen inom äldreområdet.

En respondent resonerade först kring att det var patienten själv, men att det då var i det enskilda fallet. Respondenten ansåg att både slutenvården och primärvården behövde ha ägandeskap i processen för att den skulle fungera och menade att båda parter måste göra, och ha ägandeskap över, sin del.

4.3.6 Environment

På frågan kring vad i omgivningen som kan innebära begränsningar för arbetet svarade en första respondent samarbetet mellan kommun och landsting. Respondenten menade att problem kunde uppstå om inte alla arbetade mot samma mål och att alla måste vara involverade för att det ska kunna fungera.

En annan en respondent tyckte i första hand att det var resurstilldelningen som kunde ha störst påverkan och innebära begränsningar. Respondenten menade att det låg på politisk nivå, hur mycket pengar som tilldelas vård och omsorg.

En tredje respondent menade att det ofta är väldigt mycket som ska fungera runt fokuspatienterna, att det är många inblandade och många led som ska klaffa. Respondenten menade att samordningen och samarbetet är kritiskt. Respondenten sa också att ekonomin spelar stor roll och att brist på resurser kan innebära begränsningar för hur arbetet fungerar.

Ytterligare en respondent ansåg att både landstingets och kommunens ekonomi kunde ha stor inverkan. Respondenten tyckte också att det var oroande om arbetet har startats för att spara pengar snarare än av ideologiska skäl. Dessutom ansåg respondenten att det var viktigt att det fanns ett väl fungerande samarbete mellan de olika vårdgivarna, även över gränsen mellan kommun och landsting.

En annan respondent sa att det kunde finnas ekonomiska hinder och menade att vissa resurser saknades. Respondenten ansåg också att samarbetet mellan kommun och landsting kunde innebära ett problem och nämnde informationsöverföring som ett problem. Slutligen pratade respondenten även om att det kunde vara enskilda individer, både personal och patienter, som kunde få processen att falla genom att helt enkelt inte vilja delta.

Näst sista respondenten ansåg att ett hinder kunde ligga i att det var slutenvården som kunde räkna in de största vinsterna, både ekonomiska och genom minskad arbetsbelastning, medans den största arbetsbördan ligger på primärvården.

Den sista respondenten svarade samverkan mellan kommun och landsting och menade att det inte riktigt fungerade ännu. Respondenten ansåg också att ekonomin spelade stor roll.

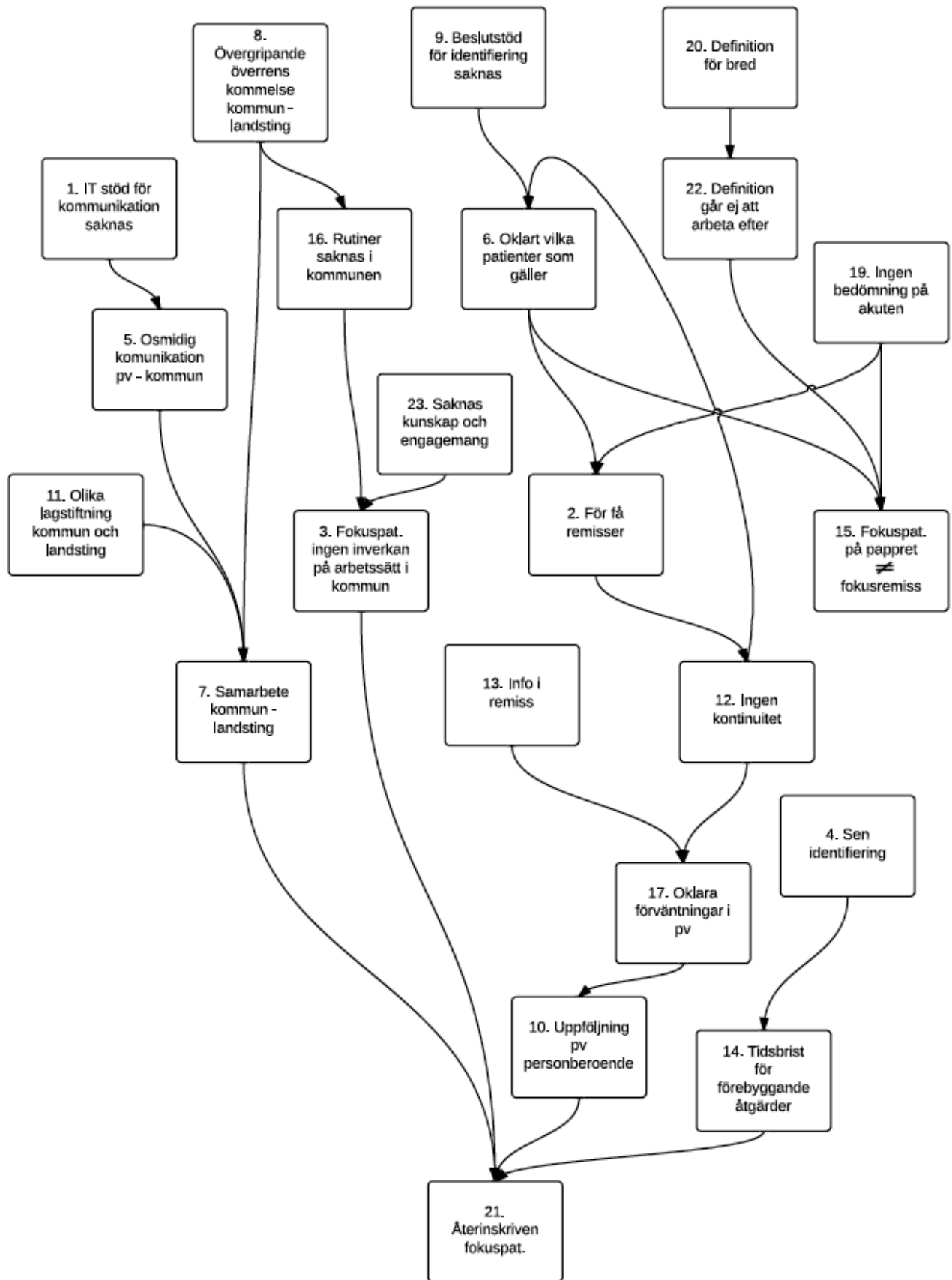
5 Analys

I följande kapitel presenteras resultaten av den analys som har gjorts på all insamlad data. Resultatet består av en problemanalys och en beskrivning av föreslagna ändringar i dagens process.

5.1 Problemanalys

En problemlista (nedan) har sammanställts utifrån det som hittills har beskrivits. De möjliga förbättringsområdena berör både informationsflödet och processen direkt, men inkluderar även sådant som finns i processens närhet och som det har framkommit under arbetets gång har påverkan på processens effektivitet. Problemlistan mynnar därefter ut i den problemgraf som visas i figur 2.

1. Det finns inget IT stöd för kommunikation mellan primärvård och kommun.
2. För få fokusremisser skickas.
3. Fokusremissen påverkar inte arbetssätten i kommunen.
4. Identifiering av fokuspatienter sker sent på Värnamo sjukhus.
5. Kommunikationen mellan primärvård och kommun är osmidig.
6. Det är oklart vilka patienter som är aktuella för en fokusremiss.
7. Samarbetet mellan kommun och landsting är svårt att få till.
8. Övergripande överrensommelse mellan kommun och landsting saknas.
9. Beslutsstöd för identifiering av fokuspatienter saknas på Värnamo sjukhus.
10. Uppföljningen som görs från primärvården är personberoende.
11. Olika lagstiftning gäller för kommun och landsting.
12. Det finns ingen kontinuitet i processen.
13. Informationen i remisserna upplevs ibland som otillräcklig.
14. Det finns risk för att förebyggande åtgärder på sjukhuset inte hinns med innan utskrivning.
15. Fokuspatient på pappret innebär inte alltid att fokusremiss skickas.
16. Rutiner för hur personalen i kommunen (sjuksköterskor och biståndshandläggare) ska arbeta saknas.
17. Förväntningarna på primärvårdens uppföljning är oklara.
19. Patient som ej skrivs in på avdelning, utan skickas hem från akuten, bedöms inte.
20. Landstingets kanslis definition på fokuspatient är väldigt bred.
21. Fokuspatienter blir återinskrivna.
22. Definitionen från landstingets kansli går inte att arbeta efter i praktiken.
23. Kunskap och engagemang saknas i kommunen kring fokusarbetet .



Figur 2 - Problemgraf

5.1.1 Sambandsanalys

Nedan beskrivs kopplingen mellan de olika problemen i problemgrafan.

1 → 5: Det finns inget IT-stöd för kommunikationen som sker mellan kommunen och primärvården vilket leder till att kommunikationen sker med metoder som är onödigt omständiga så som att papper personligen hämtas och lämnas, fax och telefon.

8, 5, 11 → 7: Kombinationen av att det saknas en gemensam överenskommelse mellan kommunen och landstinget kring hur arbetet med fokuspatienterna ska se ut, den i vissa fall omständiga kommunikationen och att de olika huvudmännen lyder under olika lagstiftningar gör att samarbetet mellan de som är aktiva i processen i kommun och landsting kan vara svårt att få att fungera optimalt.

8 → 16: Att det saknas en överenskommelse för arbetet mellan kommun och landsting - att kommunen inte har varit inblandad i framtagningen av konceptet - har lett till att det inte finns några rutiner för hur kommunsjuksköterskor och biståndshandläggare ska arbeta med dessa patienter.

16, 23 → 3: Eftersom det inte finns några rutiner eller riktlinjer för arbetet i kommunen och eftersom de som arbetar i processen i kommunen saknar kunskap om och engagemang i arbetet i stort har fokuskonceptet inte någon större inverkan på hur kommunsjuksköterskor eller biståndshandläggare arbetar.

9, 12 → 6: Det finns på sjukhuset i Värnamo inget beslutsstöd som det går att ta hjälp av i bedömningen om en patient ska ha en fokusremiss eller inte och det finns inte heller någon kontinuitet i processen vilket ytterligare bidrar till en osäkerhet bland personalen kring vilka patienter som ska ha en fokusremiss. Här finns en ond cirkel då osäkerheten kring vilka patienter som ska ha remissen är en bidragande orsak till att kontinuiteten inte finns.

20 → 22: Definitionen för fokuspatient som togs fram av landstingets kansli för ersättningsmodellen (och som även är den definition som används i statistikprogrammet Diver för att hämta data om fokuspatienter) anses vara för bred för att användas i det dagliga arbetet.

6, 22, 19 → 15: Osäkerheten kring vilka patienter som ska ha en remiss, det faktum att den tänkta definitionen inte används och att patienter som skickas hem från akuten inte bedöms eller får fokusremisser gör att det inte är säkert att bara för att en patient är fokuspatient på pappret skickas en fokusremiss.

6, 19 → 2: Osäkerheten kring vilka patienter som ska ha remissen och att patienter inte bedöms på akuten leder också till att för få remisser skickas.

2 → 12: Eftersom det skickas så få remisser har det inte blivit någon kontinuitet i processen.

12, 13 → 17: Informationen och vad som efterfrågas i remissen till primärvården har i vissa fall uppfattats som otydlig och i kombination med att det inte finns någon kontinuitet i processen leder detta till att förväntningarna på vad vårdcentralerna ska göra är otydliga.

17 → 10: De oklara förväntningarna på vad primärvården ska göra leder till att det till stor del beror på vårdcentralens tolkning och de individuella personerna som jobbar där vilken typ av uppföljning som sker.

4 → 14: Fokusbedömningen görs oftast sent under patientens sjukhusvistelse vilket skulle kunna innebära att inte alla de åtgärder som bör göras för en fokuspatient hinns med innan patienten skrivs ut.

3, 7, 10, 14 → 21: Det inte alltid så väl fungerande samarbetet mellan kommun och landsting, att fokusbegreppet inte har någon större inverkan på kommunens arbetssätt, det personberoende omhändertagandet på vårdcentralen och icke-genomförda preventiva åtgärder på sjukhuset är alla faktorer som kan bidra till att en fokuspatient blir återinskriven i slutenvården.

5.1.2 Problemgrafsdiskussion

Så som jag ser det finns det två huvudsakliga grenar i problemgrafan och dessa går att härleda till de olika huvudmännen. De problem som leder ner till, inklusive, problem 3 och 7 hör till kommunen och de problem som leder ner till, inklusive, problem 10 och 14 tillhör landstinget.

På kommunsidan ser jag det bristande deltagandet i fokusarbetet som det huvudsakliga problemet. Detta anser jag går att härleda till att det på ledningsnivå inte har gjorts några gemensamma överenskommelser kring arbetssättet mellan kommunerna och landstinget. Fokuspatienterna finns helt enkelt inte officiellt inom kommunen. Kommunens deltagande kanske inte sågs som nödvändigt när arbetssättet infördes i och med att det då räknades med att en mycket bredare grupp patienter skulle bli fokuspatienter. Det skulle då främst bli ett arbete för primärvården, men så som det ser ut i dagsläget, då det är de allra sköraste som ofta även har behov av kommunala insatser som får en fokusremiss, blir det samarbetet viktigt. Beroende på hur man väljer att gå vidare med fokusarbetet, att antingen bredda fokuspatientgruppen eller fortsätta sikta in sig

på de allra sjukaste, blir det här problemet olika relevant att lösa. Jag tror dock att man oavsett hur arbetet går vidare åtminstone ska försöka föra in en mer officiell medvetenhet kring fokuspatienterna inom kommunen så att det på sikt kan bli en naturlig del av arbetet att det tänks till en gång extra kring fokuspatienterna.

Ett annat mer övergripande problem är kommunikationen mellan kommun och primärvård. Detta är ett problem som inte bara berör fokuspatienterna, utan alla patienter där det finns ett samarbete mellan kommun och primärvård. Detta inkluderar alla patienter med hemsjukvård och de som har plats på särskilda boenden. Jag ifrågasätter både patientsäkerheten och effektiviteten i kommunikation via lappar som kan försvinna eller vara otydliga att läsa, fax som kan hamna hos helt fel mottagare och telefontider som ska passas av kommunsjuksköterskor för att kunna prata distriktsläkare. NPÖ (Nationell Patient Översikt) hade kunnat fungera som en lösning på detta problem, men att vid varje enskilt tillfälle behöva medgivande från patienten för att få tillgå information i systemet gör att det inte är användbart.

I landstinget är det främst att arbetssättet är oklart för personalen som orsakar problem, både inom slutenvården och primärvården. Med tydligare rutiner och riktlinjer tror jag att antalet remisser hade kunnat öka och uppföljningen från primärvården hade blivit mindre beroende av inställningen till fokusremisser på den enskilda vårdcentralen. Med det påståendet menar jag inte att uppföljningen på de vårdcentraler jag har besökt har varit dålig, men omfattningen på uppföljningen har skiljt sig mellan de olika enheterna.

Genom att skapa tydligare rutiner och ett tydligare bedömningsunderlag i kombination med att akuten börjar bedöma de patienter som inte läggs in på avdelning skulle problem 9, 6, 2, 12, 19 och till viss del 17 och 10 kunna lösas. Problem 4 borde också vara relativt lätt åtgärda och detta skulle kunna ge möjligheter till att under vårdtiden tänka till en gång extra kring insatserna för patienten.

5.2 Konceptuell modell

Utifrån all insamlad information har jag skapat följande rotdefinition, alltså en definitionen av den process som jag anser skulle ge det utfall som eftersträvas. I bilaga 8 finns de svar jag har gett på CATWOE frågorna och som definitionen baserar sig på.

Ett arbetssätt som förstärker omhändertagandet av äldre sköra patienter som har en ökad risk för återinskrivning genom att identifiera dem och sedan speciellt uppmärksamma dem i kommunikationen mellan de olika vård- och omsorgsgivarna samt ha en tydlig överlämning av uppföljningsansvar och ett gott samarbete mellan samtliga aktörer; slutenvård, primärvård, kommun, patient och anhöriga, i syfte att minska antalet återinskrivningar och undvikbar slutenvård både för patientens bästa och i syfte att minska samhällskostnader.

Processen kräver följande aktiviteter:



Figur 3 - Konceptuell modell

Dessa aktiviteter skiljer sig inte från de huvudaktiviteter som processen idag innehåller och jag har därför valt att lägga in de ändringar jag ser skulle kunna göras i den processkarta som skapades för att beskriva dagsläget. Kartan finns i bilaga 5 och nedan beskrivs de ändringar som jag föreslår textuellt.

För att öka antalet fokusremisser och för att patienter som är mångbesökare på akuten inte ska missas föreslår jag att en bedömning av de patienter som inte läggs in på någon avdelning görs av läkare på akuten. Bedömningen bör göras utifrån snabba kriterier och inga andra åtgärder behöver göras på sjukhuset. De aktiviteter som normalt ska göras, läkemedelsgenomgång och uppföljande samtal görs istället av remissmottagande vårdcentral.

Som det är idag finns det ingen större möjlighet till lärande i processen, i alla fall inte på något strukturerat sätt. Därför föreslår jag att om patienten som kommer in till sjukhuset är en fokuspatient med fokusremiss från de senaste 30 dagarna och anledningen till besöket på sjukhus bedöms som undvikbar slutenvård görs en mindre underökning kring varför patienten har sökt sjukhusvård igen. Vilka åtgärder togs förra gången patienten skrevs ut? Vilken typ av uppföljning gjordes? Försök att i samtal med patienten ta reda på vad som gjorde att patienten fick åka till sjukhuset den här gången och inte kunde behandlas på vårdcentralen eller i hemmet om patienten har hemsjukvård. Vad saknade patienten? Det kan diskuteras om detta bäst görs på sjukhuset eller från patientens vårdcentral, men jag tror att viss undersökning måste göras redan på sjukhuset för att se vad som kan göras annorlunda och för att det ska vara möjligt att få en samlad bild av orsakerna till återbesöken. En kort sammanfattning av orsakerna bör skrivas ner och samlas på lämplig plats

så att någon, förslagsvis en vårdutvecklare, kan gå igenom materialet och se om det finns mönster i återinläggningsorsakerna. Om det finns mönster bör det också finnas åtgärder som kan tas för att minska risken för dessa återinläggningar.

En annan ändring som jag vill föreslå är att alla patienter som läggs in redan vid inläggningssamtalet bedöms som fokuspatient eller ej. Detta ger mer tid för planering för en förstärkt utskrivning och lösa problem 4 i problemgrafan.

När patienten är i behov av en vårdplanering anser jag att det är viktigt att biståndshandläggaren vet att det handlar om en fokuspatient och att detta också förmedlas till de som kallas till vårdplaneringen. En vårdplanering för en fokuspatient bör prioriteras, men detta kräver att fokusbegreppet får bättre fäste bland alla inblandade.

Slutligen skulle jag också vilja föreslå att det uppföljande samtalet som ska göras inom 72 timmar från det att patienten skrivs ut rings från patientens vårdcentral istället för från sjukhuset. Jag funderar över om det kan signalera att det fortfarande är sjukhuset som är första kontakten vid behov om samtalet kommer därifrån. Kan det inte vara mer givande om samtalet istället kommer från vårdcentralen om målet är att skapa en bra relation mellan patienten och patientens vårdcentral?

5.3 Andra kommentarer

Det kan konstateras att fokusarbetet är mer komplicerat än man kan tro vid en första anblick. Informationsflödet i sig är inte särskilt invecklat, det skiljer sig inte från ett "normalt" remissflöde, men eftersom det är så många vårdgivare som är involverade i dessa patienter är det mer som ska till än bara det. Min känsla av det här arbetet är att verksamheterna tycker att det är "långt borta", att det inte är deras arbetssätt och att de inte har ägandeskap i det. Känslan stöds inte minst av att fyra av sju respondenter på något sätt uttryckte att arbetssättet fortfarande är nytt och att endast en respondent resonerade kring om de som är aktörer i processen också kan vara ägare. Jag tror att om arbetssättet ska fortsätta användas måste det implementeras i verksamheten då det inte verkar vara gjort från början. På CATWOE var svaren till stor del de samma på frågorna kring vilka som var kunder i processen och vilka som var aktörer. Kanske det kan användas som ett sätt att förankra arbetet i verksamheterna, det faktum att aktörerna enligt respondenternas svar jobbar för sig själva.

Något annat jag tycker är nödvändigt att ta i beaktande i det fortsatta arbetet är hur främst vårdcentralerna kommer påverkas om antalen fokusremisser ökar kraftigt. Vad förväntas vårdcentralerna göra och kommer de att ha resurser att göra det om antalet remisser flerdubblas?

Slutligen, att det i statistiken ser ut som om väldigt få remisser skickas beror på att den definition som används för att ta fram statistiken inte stämmer överrens med den definition som används i verksamheterna. För att statistiken ska vara användbar för verksamheterna tycker jag att det bör övervägas att använda den definition som används av verksamheterna också i statistiska syften.

6 Slutsats

Som svar på den inledande frågeställningen kring vilka informationsrelaterade problem som förekommer vid hanteringen av fokuspatienter i vårdkedjan skulle jag vilja säga att de inte är så många, men de redovisas nedan:

- Omständiga kommunikationsvägar mellan kommun och primärvård.
- Krav på patientens samtycke försvårar kommunikationen.
- Informationen i remisserna uppfattas ibland som otillräcklig

Dock anser jag att det finns andra områden som bör ses över för att processen ska kunna förbättras:

- Rutiner och riktlinjer bör förstärkas både för slutenvård och primärvård.
- Samarbetet mellan landsting och kommun bör förankras på ledningsnivå
- Antalet remisser bör kunna ökas genom tidigare identifiering, även på akuten.

6.1 Hur går vi vidare?

Som en första åtgärd skulle jag rekommendera att skapa tydligare rutiner och bedömningsunderlag samt börja med bedömning av patienter även på akuten. Som en andra mer omfattande åtgärd anser jag att samarbetet mellan kommun och landsting behöver förankras.

Det hade även varit intressant att göra en mer omfattande undersökning med patienterna i fokus för att se ta reda på hur de resonerar kring kontakten med vården och vad som får dem att vända sig till ett visst ställe i olika situationer.

7 Reflektion

Den här terminen blev inte riktigt vad jag hade tänkt mig. Jag hade förväntningar på att vara en del av en arbetsplats och få en chans att lära av hur andra arbetar. Tyvärr har jag under terminen arbetat ensam med det här projektet och arbetet har varit väldigt självständigt då det på min fysiska arbetsplats inte har funnits mer än en annan person som över huvud taget har arbetat med det här området. Detta är något jag många gånger har varit frustrerad över då jag har behövt någon att bolla saker med. Så här i efterhand känner jag att jag hade kunnat hantera situationen på ett mycket bättre sätt och exempelvis pratat mer med min företagshandledare om det som jag upplevde som ett problem. Överhuvudtaget att prata och be om hjälp när problem uppstår är något jag har upptäckt att jag måste bli bättre på.

Det har varit intressant att se hur viktigt det är med en tydlig uppdragsbeskrivning. Det blev inte klart förrän cirka en månad in på terminen vad mitt uppdrag faktiskt skulle bestå av och jag tror att även då hade jag och uppdragsgivaren olika uppfattning om innebörden i uppdraget. Utifrån uppdragsbeskrivningen och den första uppfattningen jag fick från den inledande intervjun tyckte jag att processen var väldigt liten vilket gjorde att jag breddade uppgiften sett till antalet enheter att undersöka. Jag tror dock att uppdragsgivaren lade en bredare innebörd i ”den process som sker från det att en fokuspatient skrivs in i slutenvården tills dess att patienten är utskriven och överlämnad till primärvården/hemsjukvården/särskilt boende” som det stod i beskrivningen. I min värld betydde detta fokusremissen, men jag tror att uppdragsgivaren även inkluderade alla de andra insatser som finns/skulle kunna göras kring den här patientgruppen. När det visade sig att arbetet skulle bli alldeles för stort och spretigt med flera enheter fick jag avgränsa det igen, men då hade tid lagts på sådant som inte hade varit nödvändigt. Jag tror att jag hade kunnat göra ett bättre och mer givande arbete om utgångspunkten istället hade varit ”hur kan man förebygga återinläggningar av äldre sköra patienter”, där fokusremissen hade varit en del av arbetet, men där det finns mycket annat som kan spela in.

Detta är inte heller ett uppdrag som Qulturum normalt hade tagit på sig. Qulturum ska fungera som stöd i utvecklingsarbetet, men inte genomföra det. De hade kunnat vara en del av och stödja arbetet med att kartlägga processen, men själva arbetet hade utförts av personer från de enheter som upplevde problemet. Jag tror även att personer närmare verksamheten hade kunnat ge en bättre bild av processen. Jag hade mycket hellre varit delaktig i något av de projekt som Qulturum faktiskt driver.

På ett personligt plan har terminen trots allt varit utvecklande. Jag har som sagt upptäckt nya sidor hos mig själv som jag behöver arbeta med och det har gett mig en bättre bild av vad jag vill, eller snarare inte vill, arbeta med framöver. Jag tycker också att det märks att utbildningen har bidragit till ett slags helikopterperspektiv på en verksamhet och jag tror att jag på vissa sätt har haft lättare att se fokusarbetet i ett större sammanhang än de som arbetar med det. Det är något jag känner att jag kommer ha nytta av oavsett vad jag kommer arbeta med efter utbildningen.

Litteraturförteckning

Checkland, P. (1999) *Systems thinking, systems practice: Soft systems methodology: a 30 year retrospective*.
Chichester: Wiley

Goldkuhl, G., & Röstlinger, A. (1988). *Förändringsanalys – Arbetsmetodik och förhållningssätt förgoda förändringsbeslut*.
Lund: Studentlitteratur

Landstinget i Jönköpingslän (2013a). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/index.jsf?childId=11670&nodeId=25615&nodeType=12>,

Landstinget i Jönköpingslän (2013b). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=25615>,

Landstinget i Jönköpingslän (2013c). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=38168>

Landstinget i Jönköpingslän (2013d). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/index.jsf?childId=940&nodeId=25615&nodeType=12>.

Landstinget i Jönköpingslän (2013e). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/index.jsf?childId=937&nodeId=25615&nodeType=12>

Landstinget i Jönköpingslän (2013f). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lj.se/index.jsf?childId=939&nodeId=25615&nodeType=12>

Ljungberg, A. & Larsson, E. (2001) *Processbaserad verksamhetsutveckling*.
Lund: Studentlitteratur AB

Länsstyrelsen (2013). hämtad 2013-12-05 från:
<http://www.lansstyrelsen.se/jonkoping/Sv/om-lansstyrelsen/om-lanet/kommuner/Pages/default.aspx>

SCB (2013a). Folkmängd efter ålder och år, hämtad 2013-12-11 från:
http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistikdatabasen/TabellPresentation/?rxid=016ddd31-70be-413d-ab7e-2f49faa616e7&productcode=&menu=1&layout=tableViewLayout1

SCB (2013b). Folkmängd efter ålder och kön. År 2013-2110., hämtad 2013-12-11 från:

<http://www.ssd.scb.se/databaser/makro/Visavar.asp?yp=rqexwr&xu=A4097001&omradekod=BE&huvudtabell=BefolkprognRev2013&omradetext=Befolkning&tabelltext=Folkm%E4ngd+efter+%E5lder+och+k%F6n%2E++%C5r+2013%2D2110&preskat=O&prodid=BE0401&deltabell=&deltabellnamn=Folkm%E4ngd+efter+%E5lder+och+k%F6n%2E++%C5r+2013%2D2110& innehall=Befolkprogn&startid=2013&stopptid=2110&Fromwhere=M&lang=1&langdb=1>

SCB (2013c). hämtad 2013-12-19 från:

http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistikdatabasen/TabellPresentation/?layout=tableViewLayout1&rxid=3a1e3d5e-67cc-454e-96f8-fdc005bb303f

SCB (2013d). hämtad 2013-12-19 från:

http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/25788/25795/Folkmangd-1-november---Kommun-och-riket/368232/

SKL (2013a). hämtad 2013-11-12 från:

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/overenskommelsen-aldre-2013

SKL (2013b). *Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser.*

Hämtad 2013-11-12 från:

http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=ea5276c6-8607-4237-8c84-01c8e879aa6a&FileName=A5_040213.pdf

Socialdepartementet (2011). *Promemoria: Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas*, hämtad

2013-12-14 från:

<http://www.regeringen.se/content/1/c6/16/41/50/db860f94.pdf>

Socialdepartementet (2013). hämtad 2013-11-12 från:

<http://www.regeringen.se/sb/d/14622/a/182676>

Qulturum (2013). hämtad 2013-12-20 från:

<http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=31597>

Bilaga 1

Kartläggning av informationsflödet mellan slutenvård, primärvård och kommun för fokusremisser.

Processens första steg är att fokuspatienten identifieras. När, var, hur?

Vad lägger ni i begreppet fokuspatient, vilken definition arbetar ni efter?

Process

- Vad görs? (Verb!)
- Input? (information, material eller handling)
- Vem gör det? (roll, finns speciella resurser avsatta?)
- Var? (om fysisk plats är av vikt, annars ex. medicin kliniken, socialförvaltningen osv.)
- När? (ex. antal dagar efter inläggning/utskrivning, varje tisdag osv.)
- Åt/för/till vem? (om mottagare finns)
- Skiljer sig förfarandet beroende på vilken kommun patienten bor i/på vilket sjukhus patienten har varit inlagd? (för sjukhusen/vårdcentral)

Tjänster (kanaler)

- Genom vilken kanal? (ex. mail, fax, telefon, dator)
- I vilket format? (ex. muntligt, skriftligt)

Informationsobjekt

- Vilken typ av information är det? (Exempel: Beslut, meddelande, remiss, kallelse osv.)
- Vem äger informationen? (Vem ansvarar för att den är korrekt och uppdaterad?)
- Språklig nivå? (fackspråk, "normalt" språk)
- Andra attribut? (ex. sekretess)
- Är innehållet det som behövs? Saknas något? Kommer den i rätt tid? Är den relevant?

Informationskällor

- Var/hur hämtas informationen? (ex. journal, patient, närstående)

Nätbaserade system

- I vilka system lagras informationen? (ex. journalsystem, meddix osv.)

Processen avslutas med att berörda vårdgivare är informerade.

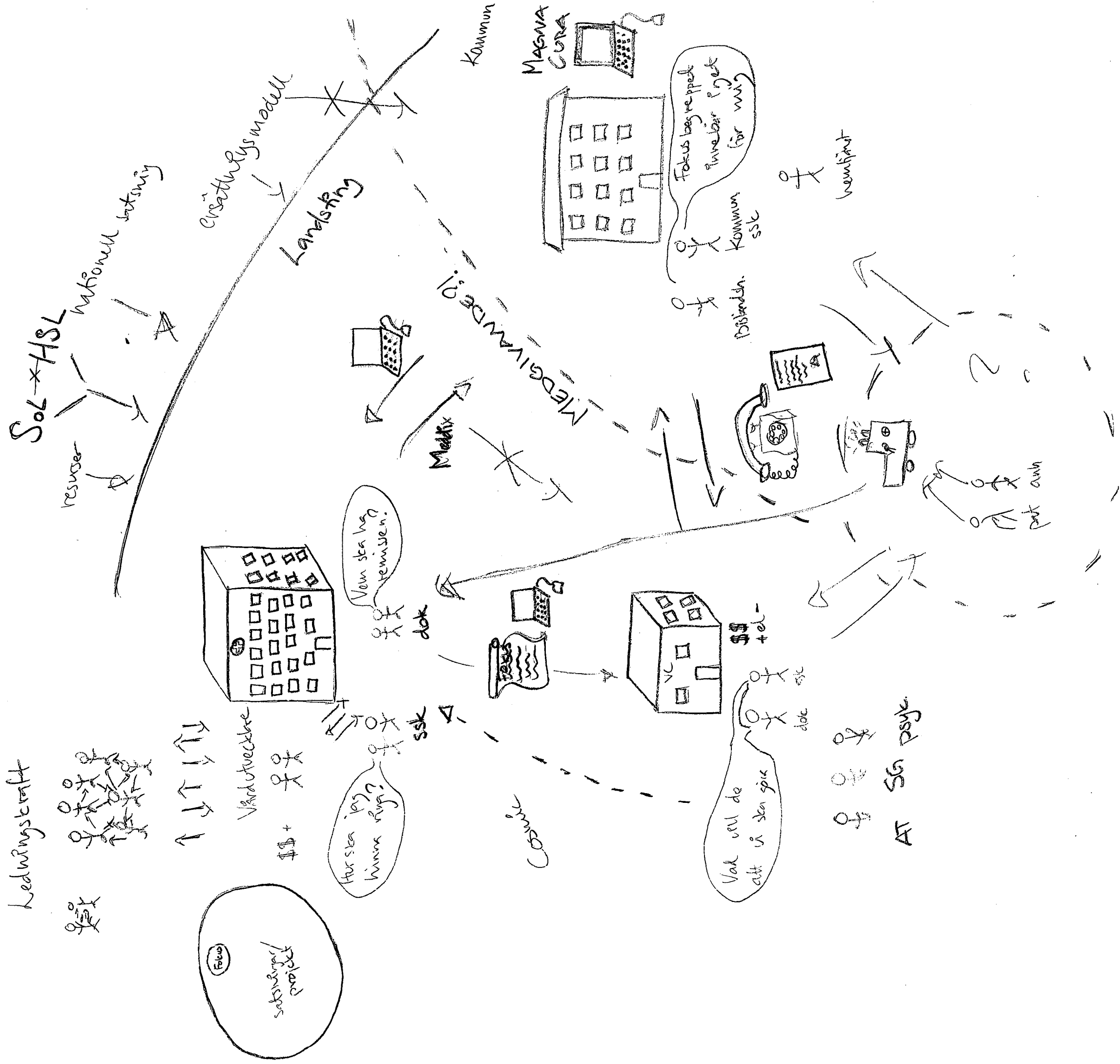
Problem: Vad upplever ni som fungerar mindre bra?

Styrkor: Vad fungerar bra idag?

Förslag: Om ni hade kunnat ändra något, vad skulle det vara?

Bilaga 2

Landstingets kansli
↑ ↑ ↑ ↑ ↑



Bilaga 3

CATWOE, underlag

Kunder:

När det gäller fokusremisser, vilka skulle du säga är kunderna i systemet? Vilka är det som vinner något på det eller möjligen förlorar på det?

Kan du förklara varför?

Aktörer:

Vilka är det som faktiskt gör något i det här systemet, vem är aktörerna?

Hur påverkas de? (ex. mer jobb, mindre jobb, bättre arbetsmiljö)

Och deras reaktion har varit...?

Transformation:

Hur sker omvandlingen i systemet? Om du ser fokusremissen som input, hur sker då omvandlingen ut och vad blir outputen?

Och om du istället ser den sjuka patienten som input, vad blir då output och hur?

Skulle du säga att det fortfarande är samma kunder och aktörer?

Weltanschauung:

Om man ska sätta det ni gör i ett större sammanhang, vilket sammanhang skulle du säga att det är?

Vilket övergripande problem är det som man försöker lösa med hjälp av systemet?

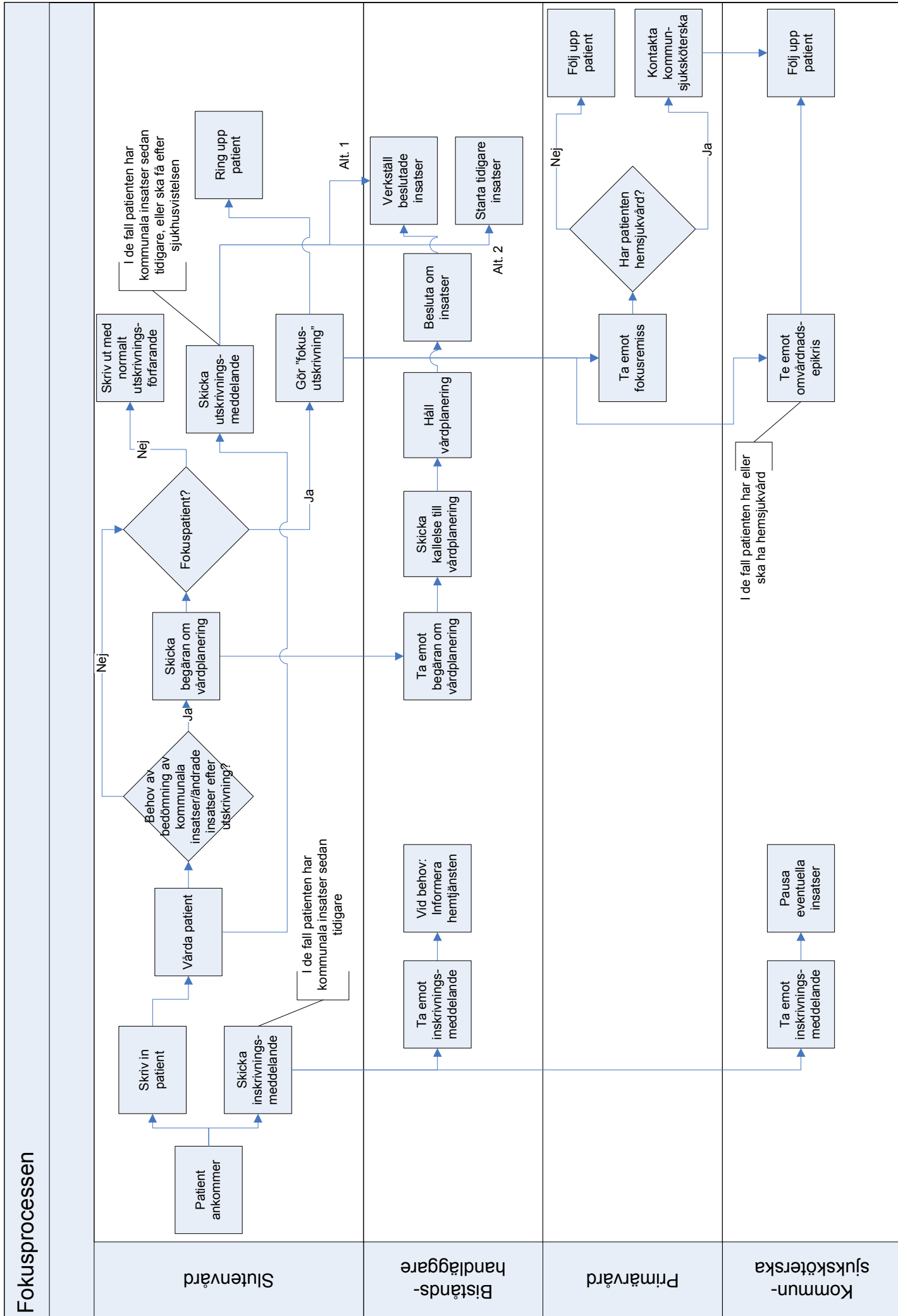
Positiva och negativa effekter?

Owner:

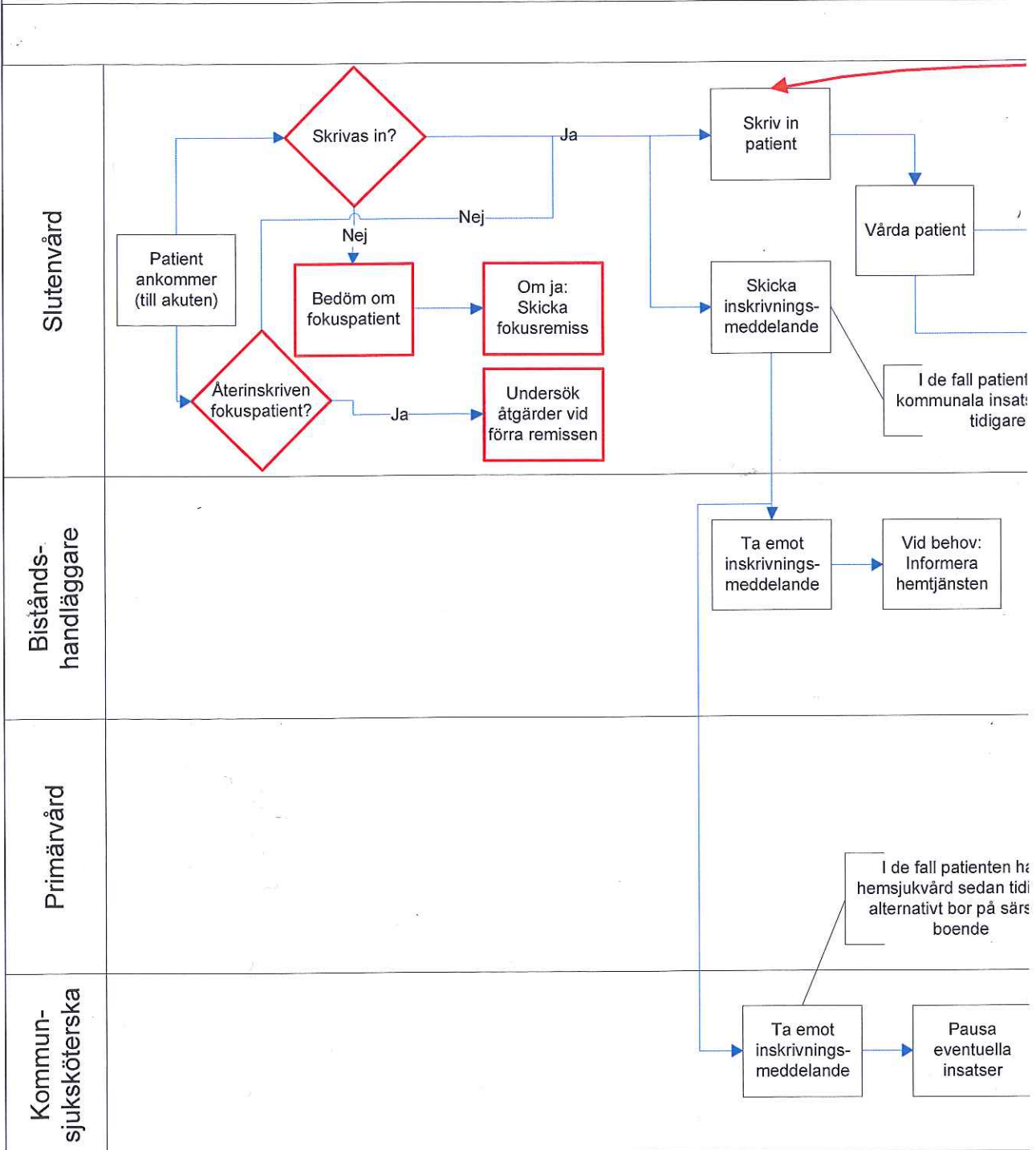
Vem äger det här systemet? Vem har makten att säga att det till exempel inte ska existera längre?

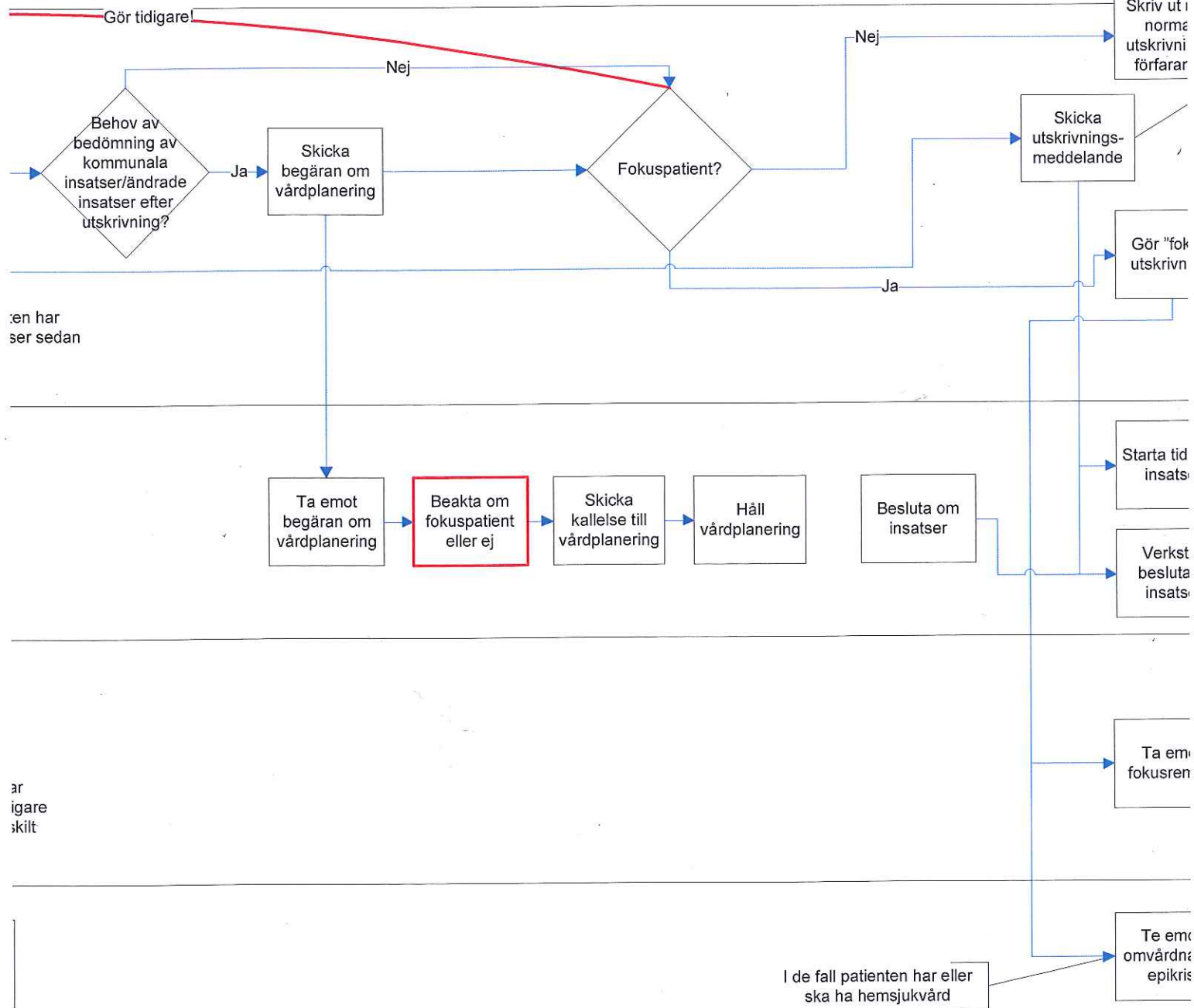
Environment:

Vad finns det i omgivningen som kan innebära begränsningar för hur man kan arbeta i det här systemet? Etiska, ekonomiska, lagar och regler osv.



Fokusprocessen

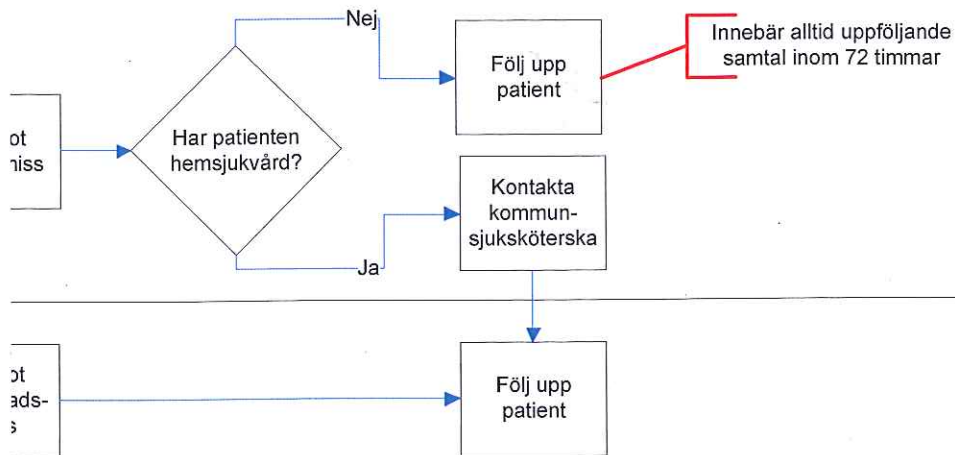
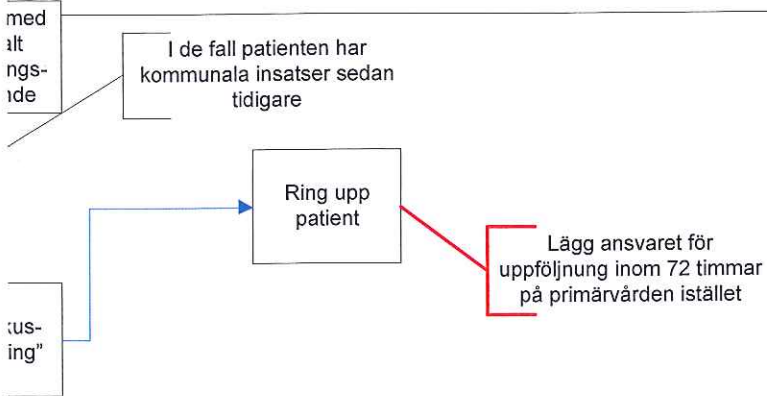




en har ser sedan

ar igare skilt

I de fall patienten har eller ska ha hemsjukvård



Webbkollen Hemma

2013-06-17

Frågorna ställs som öppna och de svarsalternativ som presenteras nedan är avsedda för att snabbt kunna markera vanligt förekommande svar. Syftet är alltså inte att man skall läsa upp svarsalternativen på de frågor där kommentar/eget alternativ förekommer. Vanligt förekommande kommentarer kan komma att göras om till svarsalternativ i efterhand.

Enval **LÄN**

Enval **KOMMUN**

Enval **STADSDELSFÖRVALTNING (om Kommun = Stockholm)**

Enval **Intervjun genomförs av person vid:**

Sjukhus
Kommunal hemsjukvård
Kommunal Vård & Omsorg
Korttids
Landstingets primärvård

Ålder

Enval **Kön**

Man
Kvinna

Enval **Hur bor du?**

Ordinärt boende
Särskilt boende
Seniorboende
Tillfällig vistelse på korttidsboende
Annat alternativ

Annat alternativ för boende

Enval **Hur många dagar sedan skrevs du ut från sjukhuset?**

1 dag före detta samtal
2 dagar före detta samtal
3 dagar före detta samtal
4 dagar före detta samtal
5 dagar eller mer före detta samtal

Enval **[1] Hur fungerar det nu när du har kommit hem?**

- Bra
- Dåligt
- Både bra och dåligt
- Vet ej

Fritext **[2] Vad var det som fungerar bra?**

Flerval **[2] Vad är det som fungerar dåligt?**

- Bekymmer med medicin
- Behovet av hjälpmedel har inte tillgodosetts
- Hemtjänst har inte varit tillräcklig
- Vårdcentralens insatser har varit otillräckliga
- Hemsjukvårdens insatser har varit otillräckliga
- Har inte mått bra
- Anhörig orkar inte
- Annat alternativ / Kommentar

Fritext **[2] Annat som fungerar dåligt**

Flerval **[3] När du låg på sjukhuset fick du hjälp med det du sökte för?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

[3] Annat alternativ / Notering

Flerval **[4] När du kom hem från sjukhuset fick du då den hjälp du behövde?**

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Ej aktuellt

[4] Annat alternativ / Notering

Enval **[5] Var du med och planerade inför din hemgång?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

[5] Notering

Enval **[6] Fick du med dig någon information om vad som planerats, när du åkte hem?**

- Ja
- Nej
- Vet ej

[6] Notering

Enval	[7] Vet du till vem du ska vända dig med eventuella frågor?
	Ja, det vet jag Nej, det vet jag inte Vet ej
Enval	[7b] OM JA OVAN: Vet du till vem du ska vända dig med eventuella frågor?
	Akuten Vårdcentralen Sjukvårdsrådgivningen/1177 112 Specialistmottagning (ex. medicinmottagning, ortoped) Vårdavdelningen Distriktssköterskan
	[7b] Annat alternativ / Notering
Enval	[8] Fick du någon ny medicin eller gjordes någon ändring av din medicinering sist du låg på sjukhus?
	Ja Nej Vet ej
Enval	[9] Vet du vilken medicin du får och varför?
	Ja Nej Ej aktuellt Vet ej
Enval	[10] Fick du någon utskriven sammanställning över dina mediciner från vårdavdelningen?
	Ja Nej Vet ej
Fritext	[11] Finns det något ytterligare som du vill uttrycka som du inte fått möjlighet till i denna dialog?
Enval	BEDÖMNING GÖRS AV DEN SOM GENOMFÖR INTERVJU: [12] Hur säker bedöms intervjupersonen vara på de lämnade svaren
	Säker Ganska säker Viss osäkerhet Osäker
Flerval	[13] Har intervju skett med patient eller närstående/anhörig?
	Patienten Närstående/Anhörig

Flerval **[14] Hur har planeringen av vård och omsorg fungerat?**

Bra

Dåligt

Ej aktuellt

[14] Om dåligt vad är det som fattas:

Flerval **[15] Har du hänvisat till:**

Vårdcentral

Sjukhusmottagning

Akuten

Hemtjänst

Hemsjukvård

Annan

Flerval **[16] Har du för patientens räkning tagit kontakt med:**

Vårdcentral

Sjukhusmottagning

Akuten

Hemtjänst

Hemsjukvård

Annan

[16] Annan:

Flerval **[17] Finns en dokumenterad vårdplanering inför hemgång?**

Ja

Nej

Vet ej

Fritext **[18] Övriga kommentarer:**

Checklista för samtal med Fokuspatienter anmälda via inkommande vårdbegäran där förhöjd risk för akut oplanerad återinskrivning identifierats

Samtycke till information från tidigare vårdgivare	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personnummer:		
Namn:		
Telefonnummer till närmaste anhörig om patienten inte själv kan svara:		
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>		
Samtycke till att patienten godkänner ställföreträdaren	Ja	Nej
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Datum/ifylld av:		

<p>Under telefonsamtalet</p> <p>Har du blivit kontaktad av slutenvården? Orientera dig om patienten, läs epikris och läkemedelslista Finns läkemedel från annat Landsting? Stämmer läkemedelslistan iså fall överens med den aktuella läkemedelslistan?</p>	<p>Ej kontaktad patient</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Patienten svarade inte</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hög arbetsbörda</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Annan anledning</td> <td colspan="2" style="text-align: center;"><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej	Patienten svarade inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hög arbetsbörda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Annan anledning	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	
	Ja	Nej											
Patienten svarade inte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Hög arbetsbörda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
Annan anledning	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>												

<h3 style="margin: 0;">Under telefonsamtalet</h3> <p>Låt patienten med egna ord berätta</p> <p>1) Bedömning av förståelse och hälsotillstånd</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orsaken till inläggningen? • Vilken information fick du vid utskrivningen? • Var informationen lätt att förstå? • Har någon försämring skett sedan utskrivning? • Vem patienten bör vända sig till om tillståndet försämras? Vårdcentralen i första hand! <p>2) Diskussion om patientens läkemedel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vilka läkemedel tar patienten? • Vilka nya läkemedel tar patienten? Är de uthämtade och har patienten börjat ta dem? • Hur läkemedlen ska tas och i vilka doser? • Har patienten fått tillräckligt med information om sina läkemedel, samt förstått informationen? 	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nej</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right; padding-right: 10px;">Skriv kommentar</td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Ja	Nej		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skriv kommentar			<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>			<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>			<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>			<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>		
	Ja	Nej																										
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Skriv kommentar																												
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>																												
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>																												
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>																												
<hr style="border: none; border-top: 1px solid black;"/>																												

3) Avstämning av ev. kontakter med annan vård- och omsorgsgivare.

- Vilka planerade kontakter har patienten eller kommer att ha? (Kommun, hemsjukvård, och/eller specialistmottagningar).
- Vet patienten hur han/hon kontaktar dessa vårdgivare vid behov?

4) Bedömning av tillgodosedda behov

Har patientens behov av information, kontakter, stöd eller svar på frågor blivit tillgodosedda? (Hemsjukvård, distriktssköterska eller annan vårdnivå).

Bilaga 8

Customers – Vilka är kunderna, de som vinner eller förlorar i systemet?

Patienterna i första hand, sekundärt även vårdcentralerna och slutenvården. Patienterna har allt att vinna på att få ett förstärkt omhändertagande om de blir friskare och inte behöver slutenvård. Vårdcentralernas arbetsbörda bör öka samtidigt som trycket på slutenvården från denna patientgrupp bör minska. Detta skulle även leda till vinster för andra patienter som kanske blir bortprioriterade för akuta återinläggningar.

Actors – Vilka är aktörerna som utför aktiviteterna i systemet?

Läkare och sjuksköterskor inom slutenvård och primärvård. Patienten och dess anhöriga. Aktörer i kommunen, sjuksköterskor inom hemsjukvården, biståndshandläggare och hemtjänst.

Transformation – Vilka är stegen i processen? Vad är input och vad är output?

Input är en äldre multisjuk patient med ett ökat behov av vård och omsorg. Transformationen består av att patienten klassas som fokuspatient vilket innebär att han eller hon ska få förstärkt omhändertagande efter sjukhusvistelsen genom att ansvaret för uppföljningen tydligt läggs över på primärvården genom fokusremissen. Patienten vänder sig i första hand till vårdcentralen när problem uppstår, alternativt till den sjuksköterska inom kommunen som är ansvarig. Alla aktörer är medvetna om att patienten är en fokuspatient och tar extra hänsyn till detta i sitt arbete. Output är en patient som kan vårdas på optimal vårdnivå och därmed inte behöver vara inskriven i slutenvården i onödan.

Weltanschauung (worldview) – I vilket större sammanhang passar systemet in?

Trycket på sjukvården är högt och den här patientgruppen står för en stor del av de ”onödiga” vårddygnen på sjukhusen. Om dessa patienter istället kunde vårdas i hemmet eller på vårdcentral skulle trycket på slutenvården kunna lätta något och platser kunde frigöras för patienter som idag inte prioriteras. Patientens livskvalité skulle kunna höjas och samhällskostnaderna skulle kunna minskas.

Owner – Vem eller vilka kan stänga ner systemet?

Ansvariga på landstingets kansli, sjukvårdsledningen, ansvariga inom kommunen. Om aktörerna i processen bestämde sig för att inte göra arbetet skulle även det stänga ner systemet.

Environment – Vilka andra faktorer kan påverka systemet?

Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen, sekretess; de påverkar vilken information som kan skickas mellan kommun och landsting. Resurstilldelning, både på lokalnivå (alltså inom sjukhuset och vårdcentralerna) och på politisk nivå (hur mycket av skattepengarna som fördelas på de olika enheterna). Den nuvarande satsningen på äldreområdet gör systemet extra aktuellt just nu.