



Omsorgsförvaltningen  
2014-09-30

# Projektrapport

## Undvikbar slutenvård

### april- september – 2014

Analysmedel från Region Skåne

Eva Klang Vänerklint

## Innehåll

1. Bakgrund .....	1
Syfte.....	1
Metod.....	1
2. Projektredovisning .....	2
3. Resultat – statistik .....	4
4. Sammanfattning.....	6
5. Slutsatser.....	7

# 1. Bakgrund

Under en längre tid har lasarettet signalerat att en del patienter läggs in utan att egentligen ha några specifika medicinska behov av slutenvård. Läkarna indikerade att det ofta är den sociala situationen som sviktar men vid aktuellt tillfälle ges inga alternativ än att lägga in vederbörande.

Dessutom visade analysarbetet med Webbkollen att ca 45 % av återinlagda patienter inte hade kunskap om var man skulle vända sig annat än till sjukhuset.

Kommunen deltar också i ett nordiskt projekt, VAPBRO (valuebased procurement). Som "forskningsobjekt" använder vi Mottagningsteamets arbete för att bl a mäta graden av självständighet, trygghet hos brukare samt trygghet hos anhöriga. Vi gör då en jämförelse med hur det såg ut tidigare då brukaren gick till en korttidsenhet istället för att få hjälp i hemmet via Mottagningsteamet. En uppföljning görs av brukarens livssituation 3 månader efter Mottagningsteamets överlämnande till ordinär hemvård.

I Mottagningsteamets uppdrag ingår i förlängningen att man undviker, inte bara "onödiga" sjukhusbesök, utan också alla andra "onödiga" hjälpinsatser. onödiga menas då att om vi gör rätt insatser, i rätt mängd och vid rätt tillfälle så slipper brukaren fara runt i systemet. Mottagningsteamets arbete, utifrån de utvärderingar vi hittills har, visar att vi har hittat en bra form för detta.

## **Syfte**

Att utifrån bakgrunden av att det finns en uppfattning om att kunna förbättra brukaren/patientens väg till rehabilitering och att slutenvården och kommunen tillsammans, genom att prova andra vägar, kan undvika slutenvård genom att erbjuda patienter hjälp på annat, mer adekvat, sätt.

## **Metod**

- Att kartlägga omfattning och flöde för ovannämnda patientgrupp.
- Att finna nya och bättre lösningar i samarbete mellan lasarett/ primärvård och kommun med utgångspunkt i de resultat vi kunnat utläsa från Mottagningsteamets arbete.
- Att under en testperiod prova alternativa lösningar som framkommit under analysfasen

## 2. Projektredovisning

Det finns ett stort antal gränssnitt och kontaktytor mellan verksamheterna. I Landskrona finns sedan många år ett gott samarbetsklimat mellan kommunen och Region Skåne. Denna plattform har möjliggjort projektet.

Det inledande arbetet bestod i att detaljerat och prestigelöst se över alla de ”kopplingar” mellan organisationerna där patienten/brukaren övergår från en vårdform till en annan. Granskning har skett av såväl egna som andras processer och ett antal ”felkopplingar” där den enskilde kommer i kläm har identifierats

En grupp bestående av kompetenser från olika professioner från verksamhetsområdena har skapats.

Gruppen har träffats vid fyra heldagar då syftet har varit att kartlägga nuläget. Följande frågeställningar har besvarats i kartläggningen:

- Befintliga flöden inom respektive verksamheter idag?
- Vilka intressenter arbetar man tillsammans med?
- Vilka kompetenser finns inom respektive verksamhetsområde?
- Vilka felkopplingar, i prioriterad ordning, kan identifieras i det gemensamma flödet runt patienterna/brukarna ur ett närsjukvårdsperspektiv?
- Vilka flöden fungerar väl i samarbetet mellan verksamheterna?

Processerna såsom för överlämnandet från sjukhus till primärvård resp kommun, men även patientprocessen i omvänd riktning ska förbättras genom konkreta åtgärder

Informationsflöden har genomlysts och åtgärder för förbättring har tagits fram såsom Information i SVPL, Information/samtal med patient och/eller anhöriga (välinformerad patient och anhörig), Epikris, läkemedelsinformation, SIP

Även en genomlysning av de positiva effekterna som framkommit sedan Mottagningsteamet startade har gjorts med syfte att utöka arbetssättet.

Utifrån dessa ovan förtecknade områden var nästa fokus att ta fram ett önskvärt läge. Därefter tog deltagarna fram konkreta handlingsplaner och satte mål för sina lösningar inom respektive organisation.

**Det konkreta förslag som gruppen *gemensamt* arbetade fram var att prova om en jourhandläggare skulle avhjälpa inläggningar av den karaktär så att de kan klassificeras som undvikbara.**

Handläggaren placerades organisatoriskt i kommunens Mottagningsteam. Handläggare med särskilt uppdrag anställs i 6 månader, jourhandläggare, med arbetstid 9.30–18.30 måndag-fredag.

Inom mottagningsteamet, diskuterades vilken statistik som skulle föras för att mäta det som var relevant för projektet. Följandehar samlats in:

Initialer, ålder, kön, område, orsak till uppsökt akutmottagning, in och ut – datum, tidigare insatser, insats start samt insats slut, utförd tid i mottagningsteamet, samarbete, samt om personen blivit beviljad korttid från akutmottagningen, insatser utifrån SoL eller HSL.

En informationsträff arrangerades av mottagningsteamet för berörda, kommunens sjuksköterskor inom kvälls- och nattpatrull samt läkare på medicinakuten i Landskrona stad.

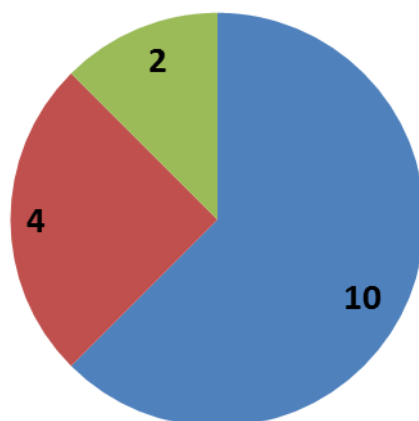
Särskilda rutiner arbetades fram:

- Akutmottagningen i Landskrona förses med direkttelefonnummer till jourhandläggaren.
- Då akutmottagningens läkare gjort sin medicinska bedömning och tagit ställning till att patienten inte behöver läggas in för slutenvård meddelar han/hon patienten detta och erbjuder kontakt med jourhandläggaren.
- Handläggaren åker och träffar patienten på akutmottagningen och skaffar sig en bild av hur behoven ser ut och fattar beslut om insatser.
- Om patienten ordinerats nya läkemedel delas dessa upp för tre dagar av akutmottagningens sjuksköterska.
- Epikris över det aktuella vårdtillfället medföljer patienten hem.
- Då primärvården inte beretts tillfälle att överta det medicinska ansvaret för patienten kvarstår detta ansvar hos den läkare som undersökt patienten på akutmottagningen.
- Om patienten anses behöva behandling som utförs specifikt av sjuksköterska i hemsjukvården skall aktuell ordination ges direkt till sjuksköterskan, jourhandläggaren förser med telefonnummer.
- Under de första 48-72 timmarna verkställs beslutet av Mottagningsteamets personal om ordinarie område saknar resurser.
- Kontakt kan behöva tas med hemsjukvårdens sjuksköterska och nattpatrull, allt efter behov. Handläggaren samordnar detta.
- Under de första dagarna tar handläggaren åter kontakt med brukaren för ställningstagande till de fortsatta insatserna. Beslut tas om hjälpnivån och beställning görs till den hemvårdsaktör individen valt.

### 3. Resultat – statistik

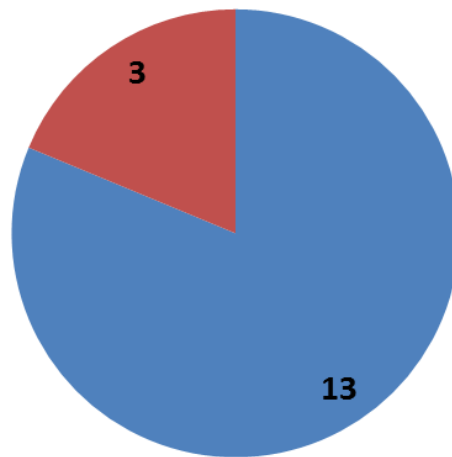
#### Kontakter från akutmottagningen på jourtid. (16 patienter 1/4-30/9 2014) Patientens orsak till besöket.

■ Fysiska besvär ■ Psykiska besvär ■ Fysiska och psykiska besvär



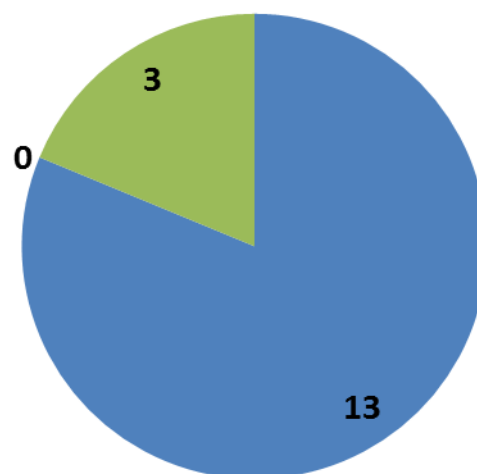
### Könsfördelning på de patienter som överrapporterats från akutmottagning .

■ Kvinnor ■ Män



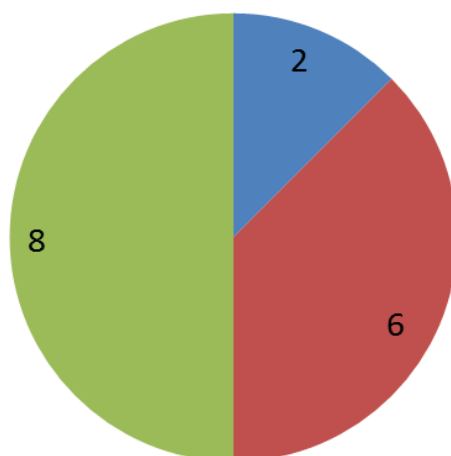
### Hur många av de som sökte akutmottagning hade pågående hemvårdsinsatser?

■ Ja ■ Nej ■ Endast trygghetslarm



## Åldersfördelning mellan de patienter som överrapporterades från akutmottagning.

■ 66-75 ■ 76-85 ■ 86-95



### 4. Sammanfattning

Under projekttiden 140401- 140930 har jourhandläggaren hanterat sammanlagt 16 ärenden från akutmottagningen. Inledningsvis tog akutmottagningen kontakt cirka en gång i veckan, under juni och juli har dock akutmottagningen kontaktat jourhandläggare med tätare frekvens.

I de fall där akutmottagningen kontaktat har det till mestadels rört sig om oro, fall i hemmet samt nedsatt allmäntillstånd. I redovisad statistik kan man se att de flesta brukare som kommit i kontakt med projektet har gått hem till ordinärt boende med samma insatser som tidigare. I vissa fall har jourhandläggare mött upp för vårdplanering i hemmet senare under dagen eller dagen efter. Jourhandläggaren har i de fallen lämnat information om tidigare fattade beslut, informerat om användandet av trygghetslarm samt om hur en ansökan om äldreboende sker. Jourhandläggaren har även lämnat telefonnummer till områdesansvarig handläggare, pratat om hur brukaren önskar att hjälpen skall fortsätta framöver (justering av tider, dagar etcetera), har även varit behjälplig med att förmedla kontakt till andra yrkesgrupper i förvaltningen samt samordnat vid hemgång från akutmottagningen tillsammans med ordinarie hemtjänstgrupp och ansvarig sjuksköterska på området.

I de fall brukaren har behövt utökade hemtjänstinsatser har det vid de flesta tillfällen gått att verkställa i ordinarie hemtjänstgrupp. I dessa fall har det varit brukare som sedan tidigare haft dagliga besök från hemtjänsten. Vid två tillfällen har mottagningsteamets undersköterskor fått utföra besök hos brukare. Det ena tillfället rörde sig om en engångsinsats på cirka en timme



med anledning av oro hos brukaren. Den andra insatsen var utökade tillsynsbesök under kvällen på grund av oro hos berörd brukare.

### **Erfarenheter**

Samarbetet mellan akutmottagningens sjuksköterskor och läkare har fungerat väl. Processen från det att en brukare sökt på akutmottagning tills att insatser startats i ordinärt boende, har fungerat på ett enkelt och smidigt sätt. Kontakttillfällena från akutmottagningen till jourhandläggaren har ökat under projekttiden allteftersom det nya arbets sättet uppmärksammas av läkare och sjuksköterskor. Fler brukare som är aktuella för projektet uppmärksammas efterhand som projektet får fäste.

Projektet har medverkat till att undvika inläggning i slutenvård där hemsituationen går att lösa med insatser i hemmet. Även möjligheten att informera brukaren och anhöriga om vilka insatser som står till buds genom bl a hemtjänst, hemsjukvård och avlösning har ökat.

## **5. Slutsatser**

Ingången till projektet föranleddes bl a av att sjukvården i Landskrona signalerat att det förekom en brukare om dagen som blev inlagd av icke medicinska skäl. Under projektets genomförande har akutmottagningen kontaktat jourhandläggaren vid 16 tillfällen vilket i snitt motsvarar en brukare i veckan. I projektet har jourhandläggaren i vissa fall endast lämnat information till brukarna eller anhöriga och i vissa fall har denne träffat berörd person i bostaden någon dag efter kontakt från akutmottagningen.

En handläggare behöver således inte finnas tillgänglig för akutmottagningen direkt fysiskt utan skulle kunna finnas tillgänglig via telefon. Uteslutande har samtalen kommit mellan klockan 13-17 på eftermiddagarna, en jourhandläggare som finns tillgänglig för akutmottagningen mellan dessa tider, skulle kunna vara en framtida åtgärd. Detta skulle även framöver påverka antalet inskrivna på grund av enbart ohållbar hemsituation.

Vi kan även se en vinst i att komma i kontakt med brukare direkt i anslutning till akutmottagning då det finns en bättre möjlighet att förebygga bekymmer som skulle kunna uppstå i ett senare led genom information eller genom rätt hjälp direkt vid hemgång.

Vidare har samarbetet mellan kommunen och slutenvården fungerat bra och man har tillsammans kunnat motverka att personer läggs in utan medicinska skäl, vilket torde leda till ett minskat tryck på avdelningarna. Framåt skulle det vara av vikt att involvera även Lund och Helsingborg då det även berör brukare därifrån.

## **Bilaga**

### **Projektdeltagare**

Pia Boklund Sjuksköterska, Medicinmott  
Marianne Nilsson, Sjuksköterska, VC Centrum  
Heléne Ljungberg, Sjuksköterska, VC Centrum  
Anki Nurmi Chefssekreterare LiL  
Lina Bauer Sjuksköterska, Avd 4  
Jonas Tengsmar Verksamhetschef, Medicinkliniken Lil  
Agneta Svensson, Verksamhetschef, VC Centrum  
Lena Åström, specialist allmänmedicin, VC Centrum  
Fredrik Kymle ÖL LiL  
Eva Bergh Bitr Enhetschef, sjuksköterskerorg, Landskrona Stad  
Stefan Segerman MAS Landskrona Stad  
Evalotta Nydahl Enhetschef Mottagningsteam, Landskrona Stad  
Paulina Sinisalo, jourhandläggare Mottagningsteam Landskrona Stad  
Eva Klang Vänerklint, Områdeschef, Landskrona Stad.