

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso-och sjukvård 2023

Förslag till beslut

1. Rapporten godkänns och läggs till handlingarna.
2. Förvaltningen ges i uppdrag i den fortsatta samverkan avseende läkarmedverkan säkerställa och beakta de förbättrings-och utvecklingsområden som identifierats.

Ärendebeskrivning

Under november månad 2023 genomfördes tio olika möten för uppföljning av samverkansavtalet om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Det är sista året med avtalet och ett nytt har arbetats fram. Vid årets uppföljning fokuserades det på de förbättringsåtgärder och utvecklingsområden som identifierades vid förra årets uppföljning. De områden som berördes var:

- Information, kommunikation och kontaktvägar
- Palliativ vård
- Läkemedelsgenomgångar

Det varierar självklart mellan kommunens olika verksamheter och de olika vårdcentralerna, men generellt sett så är uppfattningen att samarbete och samverkan fungerar bra. Inom funktionshinderområdet finns en upplevelse om mer brister/otydigheter. Antalet gemensamma avvikelser är förhållandevis få, utifrån de synpunkter och klagomål som trots allt framhålls. Alla är dock överens om att lyfta problem och frågeställningar direkt när de sker och inte vänta till planerade möten.

Styrdokument som reglerar frågorna som upplevs brista, verkar inte följas eller över huvud taget vara kända. Detta är en chefs- och ledningsfråga. Samtidigt så behövs flera olika typer av samverkansmöten med regelbundenhet.

VÅRD-OCH OMSORGSFÖRVALTNINGEN

Johan Lindström
Förvaltningschef

Åsa Tavemark
Utredningschef

Vård- och omsorgsnämnden

Uppföljning av avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård - Vård- och omsorgsförvaltningen, Eskilstuna kommun 2023

Sammanfattning

Under november månad 2023 genomfördes tio olika möten för uppföljning av samverkansavtalet om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård. Det är sista året med avtalet och ett nytt har arbetats fram. Vid årets uppföljning fokuserades det på de förbättringsåtgärder och utvecklingsområden som identifierades vid förra årets uppföljning. De områden som berördes var

- Information, kommunikation och kontaktvägar
- Palliativ vård
- Läkemedelsgenomgångar

Det varierar självklart mellan kommunens olika verksamheter och de olika vårdcentralerna, men generellt sett så är uppfattningen att samarbete och samverkan fungerar bra. Inom funktionshinderområdet finns en upplevelse om mer brister/otydigheter. Antalet gemensamma avvikelser är förhållandevis få, utifrån de synpunkter och klagomål som trots allt framhålls. Alla är dock överens om att lyfta problem och frågeställningar direkt när de sker och inte vänta till planerade möten.

Styrdokument som reglerar frågorna som upplevs brista, verkar inte följas eller över huvud taget vara kända. Detta är en chefs- och ledningsfråga. Samtidigt så behövs flera olika typer av samverkansmöten med regelbundenhet.

Inledning

Under november månad 2023 har uppföljning av samverkansavtalet om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård genomförts. Detta har skett vid 10 möten då representanter för kommunens hälso- och sjukvårdsorganisation träffat samtliga vårdcentraler i Eskilstuna.

Bakgrund

Nuvarande avtal om läkarmedverkan i kommunens hälso- och sjukvård har gällt sedan 2018 och avtalet löper nu året ut. Till nuvarande avtal finns ett antal bilagor som beskriver definitioner av begrepp, uppgifter, ansvar och de olika kvalitetsområden som ska följas upp.

Genomförande

Tidigare år så har parterna vid uppföljningen följt en checklista, där de olika kvalitetsområdena gått igenom uppifrån och ner. Det har i stort varit samma områden som uppfattats ha brister eller setts som utvecklingsområden vid varje uppföljning. Sammantaget för 2022 så identifierades bristande kommunikation/information och kontaktvägar, brister i samverkan kring gemensamma patienter, brister i den palliativa vården och brister kring läkemedelsgenomgångar. Få handlingsplaner/motsvarande och eller åtgärder har arbetats fram för att komma till rätta med dessa. Här har respektive verksamhetschef ett stort ansvar att så sker.

Vid årets uppföljning lades därför fokus på de faktorer som uppfattades vara mindre fungerande vid förra årets uppföljning. Det vill säga de utvecklingsområden och/eller förbättringsområden som identifierades.

Resultat av uppföljningsmötena

Sammanlagt så har det genomförts möten med de tio olika vårdcentralerna. Samtliga tio har ansvar för patienter med hemsjukvård inklusive de patienter som tillhör funktionshinderområdet. Nio av dessa har också ansvar för särskilda boenden för äldre. Självklart skulle det uppskattas av funktionshinderområdet att det också tecknades avtal mellan vårdcentraler och bostäderna inom LSS och socialpsykiatri. Från vårdcentralernas sida ses detta framför allt som en fråga om resurser.

Rent generellt så är uppfattningen att samarbetet och samverkan fungerar bra, kanske bättre på boenden än inom hemsjukvården. Det är dock fortfarande inom i stort sett samma områden det brister, det vill säga främst:

- Information, kommunikation och kontaktvägar
- Palliativ vård
- Läkemedelsgenomgångar

Det varierar mellan kommunens olika verksamheter och vårdcentralerna, förbättringar har skett i vissa fall men inte för alla, jämfört med förra året. Framför allt är det inom funktionshinderområdet det fortfarande upplevs flest brister/otydigheter. Från en av vårdcentralerna uttrycktes det, att det många gånger kan vara mer personbundet och inte vårdcentralsbundet, när samverkan tryter. Det kan också handla om att vårdcentralens uppdrag gentemot kommunens verksamheter inte är tydliggjort för alla läkare. För övrigt är alla överens om att problem behöver lyftas direkt när de sker och inte vänta till planerade samverkansmöten en till två gånger om året.

Det upplevs från båda parter att kontinuitet och tillgänglighet, det vill säga en specifik läkare för patienter inom ett boende, leder till såväl ökad kompetens som

högre kvalitet. Med fast konsultationstid inom hemsjukvård uppnås också i stort sett samma effekt som ronder på boenden.

Kommunikation/information och kontaktvägar

Att få kontakt med namngiven läkare uppfattas fortfarande svårt. Hembesök är svårt att få till. Det förs en diskussion om hur ”kontakt med läkare” ska tolkas. Från kommunens håll uppfattas det som att de ska kunna ringa direkt till läkaren vid behov, medan det från vårdcentralens håll uppfattas att samordnings-sjuksköterskorna är de som tar emot samtal och vidarebefordrar till läkaren. Från kommunens håll upplevs då att samordningssjuksköterskor många gånger ifrågasätter deras bedömning.

Huruvida kommunens sjuksköterskor gjort en SKILS (Sörmlands kommuner i landstingssamverkan) eller inte, framgår inte heller tydligt för läkarna på vissa av vårdcentralerna. Här menar sjuksköterskorna i kommunen att det kanske inte alltid uttalas att de gjort en SKILS, men att det är naturligt att parametrarna ingår i den information som ges. Lika viktigt som SKILS är att använda sig av SBAR (situation-bakgrund-aktuell bedömning-rekommendation). När hälsotillståndet förändras hos en patient ska en strukturerad medicinsk bedömning genomföras med hjälp av SKILS och informationsöverföring ske till nästa vårdgivare enligt SBAR.

Det finns fortfarande ingen gemensam enhetlig metod för information/kommunikation. För några av vårdcentralerna har samverkan förbättrats med kommunens verksamheter genom förändrade arbetsätt. Nämnas kan fasta konsultationstider, schemalagda kontroller i Prator och snabb information tillgänglig i NPO (nationell patientöversikt) med hjälp av taligenkänning.

Parterna är överens om att ”sommoplanering eller planering vid längre frånvaro” egentligen innebär att respektive part alltid ska ha aktuell information om vem/vilka som ska kontaktas i olika situationer.

Specifika samverkan kring gemensamma patienter

Fortfarande inte riktigt samstämmt om antalet inskrivna i hemsjukvård. Det finns inget enhetligt sätt att dokumentera detta. Vissa vårdcentraler upplever också att information saknas om när patienter skrivs ut från hemsjukvården. Ett förtydligande som görs är att: För patienter som redan är inskrivna i hemsjukvården behövs ingen begäran om nytt uppdrag, det behövs endast för patienter med enstaka hembesök.

Patienter som har behov av specialistsjuksköterskans kompetens så som diabetes, KOL (kroniskt obstruktiv lungsjukdom), hjärtsvikt etcetera upplevs från kommunens håll, framför allt från funktionshinderområdet, inte få tillgång till dessa. Här kontrar vårdcentralerna med att de som har behov av specialistsjuksköterska också får det. Det är läkarens ansvar att göra den bedömningen och tillsammans med kommunens sjuksköterska arbeta fram en plan för den fortsatta vården.

Läkarnas närvaro vid SIP (samordnad individuell plan-fysiska möten) har inte förbättrats. Anledningen till det, menar de, är att kallelsen ofta kommer med kort varsel och att de då redan är uppbokade av annat patientarbete. Det kan i vissa fall även gälla för kommunens sjuksköterskor. Flera läkare/vårdcentraler känner inte till den information som finns på samverkanswebben om material som ska användas för patienter med komplexa behov. En risk- och konsekvensanalys som görs när det medicinska ansvaret för dessa patienter ska övertas av primärvården. Man kan kalla

det en "För-SIP". Patienten ska inte behöva delta då diskuterar om vem som ska göra vad.

En mer allmän uppfattning från läkarhåll är att gränserna för vad vårdcentralen ska göra, hela tiden flyttas fram. Rimligtvis är detta en fråga mellan medicinskt ansvarig läkare på sjukhuset och medicinskt ansvarig läkare inom primärvården.

Palliativ vård

Den palliativa vården upplevs som ett problemområde för kommunens verksamheter gentemot samtliga vårdcentraler, om än i olika delar. Även från vårdcentralerna upplevs det osäkert, huruvida patienten förklarats vara i palliativt skede eller inte. Det verkar finnas en rädsla hos vissa läkare att fastställa om patienten är palliativ. Den palliativa rutinen hanteras dessutom olika mellan läkarna, vilket innebär otydlighet för kommunens sjuksköterskor.

Ordinationer och hembesök i tid, gällande vård i livets slut har varit svårt att få till. När sjukhuset skickar hem en palliativ patient som de bedömt och ordinerat, så måste ändå vårdcentralsläkaren göra om samtal och ordination – flera av läkarna undrar varför. Från hemsjukvården upplevs att just detta brister, det vill säga att snabbt få till ett hembesök.

Vissa sjuksköterskor i kommunen blir ifrågasatta då de tar kontakt med läkare för att informera om att de påbörjar vid-behovs-läkemedelsbehandling. Vissa läkare menar att de har vid-behovs-ordinerat, så varför måste sjuksköterskorna ringa?

Brytpunktssamtal är också en fråga för diskussion. Sjuksköterskorna i hemsjukvården vet inte alltid om samtalet/n ägt rum eller inte. De har inte varit delaktiga. Många läkare upplever att det kan vara svårt att genomföra samtalen, andra menar att samtalet ska ses som en process med fler samtal och som startar tidigt i den palliativa vården. Kanske redan vid inflyttnings-/inskrivningssamtalen.

Läkemedelsgenomgångar

Alla är överens om att det ska göras läkemedelsgenomgångar, årligen och vid behov. Inom hemsjukvården borde detta kunna bli bättre. Läkarna anser att de nog gör detta, men dessvärre kodar de inte åtgärden. Från olika håll uppges orsaker till detta kunna vara att "administration som inte ger någon patientnytta" eller "ger inga pengar". Diskussion förs hur då sjuksköterskorna ska se att läkemedelsgenomgångar genomförts. Var dokumentationen ska ske behöver därför också utvecklas. De flesta vårdcentraler, om än inte alla, har kontakt med apotekare för fördjupade läkemedelsgenomgångar, även om flera anser att det inte behövs.

Övriga frågor

Med tanke på att det förs fram ett antal synpunkter och klagomål på att endera parten inte gör vad som ingår i uppdraget, är det förvånansvärt få avvikelser rapporterade.

Analys/Diskussion – Regelverk

Inom de flesta områden finns det både samsyn och olika syn. Diskussionen om vilka som är hemsjukvårdspatienter, när de skrivs in eller skrivs ut borde dock vara tydligt för parterna. Enligt avtal om läkarsamverkan bilaga 4, så är in- och utskrivning i hemsjukvård ett gemensamt beslut av läkare på vårdcentralen och legitimerad personal i hemsjukvård. Och, enligt processbeskrivningen i samverkandokumentet "Trygg hemgång och effektiv samverkan" ska patienten skrivas in i kommunens hemsjukvård först då det medicinska ansvaret övertagits av regionens öppenvård.

Enligt samverkandokumentet ”Trygg hemgång och effektiv samverkan” ska också ett antal kriterier vara uppfyllda för att patienten ska få lämna sjukhuset., exempelvis som att:

- fast vårdkontakt har utsetts i den regionfinansierade öppna vården och
- nödvändig information för patientens fortsatta hälso- och sjukvård och socialtjänst har överförts till de enheter som har fått ett inskrivningsmeddelande

Det ska vara klart med remiss till öppenvård, medicinsk epikris/slutanteckning, utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista från regionens journal.

Vid behov av fortsatta åtgärder som har samband med vårdtillfälle på sjukhus övergår ansvaret till vårdcentralen efter det att remiss mottagits. Innan remiss mottagits ligger ansvaret kvar på sjukhuskliniken¹. Remissen ska bekräftas inom 24 timmar och vårdcentralens läkare ska kommunicera med kommunens sjuksköterska om eventuella uppdrag/åtgärder. Alltför ofta så påtar sig kommunens sjuksköterskor ett ansvar för patienter utan kommunikation med vårdcentralen.

I dokumentet ”Säker läkemedelshantering vid in- och utskrivning (rev 23-06-15) framgår vad som gäller vid utskrivning från sjukhus. Denna rutin gäller även vid utskrivning av patienter där beslut om palliativ vård i livets slutskede tagits under vårdtillfället. Innan utskrivning måste vissa åtgärder gällande läkemedelsordinationer ha vidtagits. Vad kommunens sjuksköterska ska göra är också beskrivet på en detaljerad nivå. I samband med flytt till en ny vårdenhets/boende är det mycket viktigt att informationsöverföringen sker på ett säkert sätt och att man får med alla viktiga uppgifter.

Rimligtvis borde ansvarig läkare på sjukhuset ha haft ett brytpunktssamtal och ordinerat vid-behovs-läkemedel i syfte att, lindra smärta, ångest, illamående, rosslighet och andnöd., för de patienter där så behövs, innan utskrivning till hemsjukvården. Vårdcentralens ansvariga läkare och kommunens sjuksköterska borde då också ha fått ta del av den informationen.

Vad gäller palliativ vård uttrycks det i den palliativa rutinen² att ett brytpunktssamtal bör ledas av behandlingsansvarig läkare. Förutom patienten och de närstående bör ansvarig sjuksköterska närvara för att säkerställa kontinuiteten. Samtalen ska dokumenteras så att patientens önskemål och uppgjord plan blir kända av alla som deltar i vården. Brytpunktbedömning och brytpunktssamtal ska vara dokumenterat i patientens journal hos respektive vårdgivare.

Diskussionen som fördes vid uppföljningssamtalen kring hembesök för brytpunktssamtal och nya vid-behovs-ordinationer av läkemedel, borde vara icke-frågor om regelverket/nämnda styrdokument följs. Regelverket, som en vårdcentralchef nämnde på mötet, måste vara chefens ansvar att delge sina medarbetare och kontrollera att de följs.

En SIP skulle kunna planeras i god tid för patienter med komplexa behov, parterna behöver inte vänta till att hen hamnat på sjukhus och ska hem. När så ändå sker är

¹ Ingår i avtal om läkarsamverken bilaga 4

² Rutin för palliativ vård på primärvårdsnivå i Region Sörmland och länets kommuner

det ett möte som borde prioriteras, både av vårdcentral och kommunens legitimerade personal. Här verkar det vara så att det finns en otydlighet avseende betydelsen av läkarnas ansvar att delta.

Bilaga 8, till samverkansavtalet om läkarmedverkan, reglerar fördelning och ansvar, kan vara något att fundera på avseende uppfattningen som fördes fram om att ”specialistvården hela tiden flyttar fram gränserna för vad vårdcentralen ska göra”. I det står: *Om det är förenligt med patientsäkerhet kan ansvar överföras från specialiserad nivå till primärvårdsnivå. Det är möjligt att vara ansvarig på specialiserad nivå samtidigt som ordinerade åtgärder utförs på primärvårdsnivå till exempel respirator och dialys. Specialiserad nivå kan ansvara för åtgärder på primärvårdsnivå men det omvända att primärvårdsnivå ansvarar för specialiserad nivå är inte möjligt.* Kommunikation mellan specialistsjukvården och primärvården är en förutsättning för att detta ska ske. Det måste då också tydliggöras var ansvaret ligger och till vem/vilka utförarna ska vända sig vid frågor/problem.

Trots att det varit en stående uppmaning om att ansvariga läkare ska delta på uppföljningsmötena, är det inte alltid att så sker.

Alla är överens om att problem/synpunkter på vad som inte fungerar i samverkan ska tas upp direkt. Därför är olika samverkansmöten mellan parterna veckovisa och/eller månadsvisa, att föredra. Vid vissa möten kan verksamhetscheferna delta, vid andra enhetschefer och/eller sjuksköterskor och läkare. Patientsäkerhetsdialogerna som påbörjats inom särskilda boenden är en typ av samverkansmöten.

Avslutningsvis kan alltid frågan ställas om avvikelser från gällande regelverk under längre tid, och av bägge parter, har resulterat i ett förhållningssätt som i förlängningen sen har blivit ”sanningen”?