

Sjukvårdsberedningen

Verksamhetsrapport 2017-2018



REGION
NORRBOTTEN

Innehållsförteckning

Regionfullmäktiges sjukvårdsberedning	2
Aktuellt uppdrag	2
Frågeställningar	2
Verksamhetsrapport	2
Disposition	2
Tillvägagångssätt	2
Kunskapsuppbyggnad	3
Urval för dialoger	3
Dialogmetoder	3
Analys och slutsatser	3
Återkoppling	3
Ekonomisk redovisning	3
Fakta	3
Samverkan i hälso- och sjukvården	3
Samordnad individuell plan (SIP)	4
Patientkontrakt	4
Sjukvårdsberedningens analys	5
Samverkan och samordning	5
Helhetssyn på patienten	5
Närståendes engagemang	5
Stafettpersonal	5
Personal med utbildning inom ålderssjukdomar	6
Sjukresor	6
1177 Vårdguiden	6
Sammanfattning av behov	6

Regionfullmäktiges sjukvårdsberedning

Sjukvårdsberedningens generella uppdrag är att arbeta med uppgifter som rör speciella diagnosgrupper inom länets hälso- och sjukvård samt tandvård. Beredningens uppgift är att utifrån ett patient- och närståendeperspektiv på verksamhetens innehåll inom sitt område:

- Öka kunskapen om patienters och närståendes behov
- Verka för bättre kontakter mellan medborgare och förtroendevalda
- lämna rapporter om genomförd verksamhet

Ledamöter
Ia Uvberg (S) ordförande
Thor Viklund (S) vice ordförande
Lennart Holm (S)
Johan Söderholm (S) från november 2016 till oktober 2017
Emmi-Lie Spiegel (S) från oktober 2017
Agneta Burman (S)
Bo Engström (V)
Mats Dahlberg (MP)
Margareta Henricsson (NS)
Anders Bohm (NS)
Sören Sidér (NS)
Dick Vånsjö (NS)
Helena Nordvall (M)
Anne Kotavuopio Jatko (L)

Aktuellt uppdrag

Sjukvårdsberedningen har tilldelats följande uppdrag av landstingsfullmäktige den 23-24 november 2016 samt av regionfullmäktige den 22-23 november 2017:

- Vilket behov har medborgare och patienter med flera sjukdomsdiagnoser samt närstående av bättre samordning, dels mellan regionens enheter och dels mellan regionen och andra aktörer? I analysen ska även regionens påbörjade pilotverksamhet inom patientkontrakt beaktas.

Sjukvårdsberedningen har ett särskilt ansvar för att i sitt arbete bevaka och belysa aktuella etik- och prioriteringsfrågor inom det aktuella uppdraget.

Frågeställningar

Sjukvårdsberedningen har i början av arbetet tagit fram frågeställningar utifrån uppdraget. Dessa har alltid använts som utgångspunkt vid beredningens dialoger. Dialogerna har därefter anpassats beroende på deltagarnas bakgrund och situation för att främja en öppen dialog.

- Vad är din upplevelse av samordningen mellan olika vårdenheter?
Perspektiv: Delaktighet och information.
- Hur tänker du att vården ska samordnas på bästa sätt?
Perspektiv: Delaktighet och information.
Aspekter: Vad man vill behålla, vad man saknar, om man ser några förbättringsområden.

Verksamhetsrapport

Disposition

Sjukvårdsberedningens verksamhetsrapport inleds med information om det aktuella uppdraget och beredningens tillvägagångssätt för dialogerna. Därefter följer en faktadel om samverkan inom hälso- och sjukvården följt av beredningens analys av det som framkommit i dialogerna. Rapporten avslutas med en sammanfattning av de behov som identifierats utifrån uppdraget.

Tillvägagångssätt

Beredningens uppdrag består av följande moment:

- Fastställande av verksamhetsplan
- Kunskapsuppbyggnad
- Planering och urval
- Medborgardialog utifrån beredningens målgrupp
- Analys av det som framkommit i dialogen tillsammans med relevant fakta
- Fastställande av verksamhetsrapport
- Återkoppling till dialogdeltagarna

Kunskapsuppbyggnad

Sjukvårdsberedningen har tagit del av fakta om samordnad planering vid utskrivning från sjukhus och samordnade individuella planer. Beredningen har också tagit del av arbetet med att utveckla patientkontrakt i vården. Beredningen har under uppdragets gång haft en kontinuerlig kunskapsinhämtning genom kontakter med tjänstepersoner inom Region Norrbotten.

Urval för dialoger

Beredningen har i början av uppdraget gjort en planering och ett urval i syfte att uppnå en bred representation bland patienter, närstående och medborgare som berörs av vårdens samordning. I urvalet har beredningen använt sig av ledamöternas respektive lokalkännedom och kontaktnät för att få en geografisk spridning samt tagit hänsyn till faktorer som ålder och kön.

Dialogmetoder

Sjukvårdsberedningen har baserat sin dialog på runda-bordssamtal mellan ledamöterna i beredningen och patienter, närstående och medborgare inom berörda grupper. Information om beredningen och uppdraget har om möjligt skickats ut till de inbjudna deltagarna i förväg för att skapa goda förutsättningar för samtal.

Beredningen har i första hand träffat representanter från patientföreningar och anhörigcentra. Alla dialogtillfällen har dokumenterats av ledamöterna och dokumentationen har sedan legat till grund för beredningens analys.

Analys och slutsatser

Under analysarbetet har beredningen utgått ifrån sin kunskapsuppbyggnad, fakta och det som framkommit vid medborgardialogerna. Med detta som grund redovisar beredningen sina slutsatser om medborgarnas behov.

Återkoppling

Beredningen kommer att återkoppla till de medborgare man har träffat genom att skicka ut verksamhetsrapporten samt bjuda in till det regionfullmäktigesammanträde som behandlar rapporten. Varje regionfullmäktigesammanträde direktsänds via webb-TV och närradio. TV-sändningarna går dessutom att se i efterhand. Detta ger medborgarna en möjlighet att följa debatterna om behandlingen av beredningens rapport och regionstyrelsens svar på rapporten.

Ekonomisk redovisning

Första verksamhetsåret, november 2016-oktober 2017.

Årsbudget	Utfall (-)	Resultat (+)
970 668	234 541	736 127

Andra verksamhetsåret, utfall perioden november 2017-april 2018. Verksamhetsåret pågår till och med oktober 2018.

Årsbudget	Utfall (-)	Resultat (+)
970 668	61 136	909 532

I beredningens budget finns utrymme för 17 arvoden och 17 dagars ersättning för förlorad arbetsinkomst till varje ledamot.

Fakta

Samverkan i hälso- och sjukvården

Vissa sjukdomstillstånd och diagnoser kräver insatser från flera olika aktörer under lång tid för att behandlas och tas om hand. Uppdelningen av vård, stöd och omsorg i olika specialiseringar och på olika huvudmän fordrar samordning såväl internt inom regionen som mellan region och kommuner. För att tillgodose vårdbehovet i dessa fall finns lagstadgade krav på samverkan. Regleringar finns i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen, patientlagen samt den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

När en person har behov av insatser från flera aktörer ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30) lands-tinget tillsammans med kommunen och den enskilde upprätta en samordnad individuell plan som beskriver vilka vård-, stöd- och omsorgsinsatser som den enskilde behöver i den fortsatta vården. I fall där den enskilde skrivs ut från slutna vård på sjukhus så finns dessutom särskild lagstiftning i form av lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård (SFS 2017:612) som trädde ikraft från och med 1 januari 2018. Den nya lagen syftar till att korta ledtiderna mellan slutna vård på sjukhus och vård, stöd och omsorg i det egna hemmet eller i särskilt boende. Lagen ställer bland annat krav på processen för framtagande av samordnad individuell plan (SIP) samt reglerar kommunens betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara från sjukhus.

Enligt patientlagen (SFS 2014:821) har patienter även rätt att få en fast läkarkontakt inom primärvården samt en fast vårdkontakt. Det senare behöver inte vara en läkare

utan kan vara annan vårdpersonal inom regionen eller kommunen som kan fungera som patientens kontaktperson och tillgodose behovet av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården.

Samordnad individuell plan (SIP)

För personer med behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska en samordnad individuell plan upprättas av region och kommun tillsammans med den enskilde. Planen ska ange vem som är ansvarig för respektive insats, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än region eller kommun samt vem av huvudmännen som har det övergripande ansvaret för planen.

Vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård ställs särskilda krav på processen för att ta fram en SIP. Från och med 2018 ska det enligt lagen ske på ett nytt arbetssätt. Redan vid inskrivning på sjukhus ska ett meddelande om inskrivning skickas till berörda aktörer så att de kan påbörja den egna planeringen av de insatser som bedöms behövas efter utskrivning. Under vårdtiden får patienten en fast vårdkontakt utsedd inom den öppna hälso- och sjukvården. Den fasta vårdkontakten har det övergripande samordningsansvaret för patientens fortsatta vårdplanering och ansvarar för att inom tre dagar skicka kallelse om samordnad individuell planering till berörda aktörer. Vårdplaneringsmötet sker i de flesta fall efter utskrivning från sjukhuset för att patienten ska ges bättre förutsättningar att vara delaktig i planeringen. SIP:en dokumenteras i det gemensamma IT-verktyget Lifecare och tillgängliggörs även digitalt för patienten via 1177:s webbtjänst.

Arbetet med att införa det nya arbetssättet vid utskrivning har i Norrbotten bedrivits genom projektet Min plan. I projektet har regionen och kommunerna tillsammans tagit fram nya rutiner, IT-stöd och riktlinjer för att uppfylla kraven och skapa en tryggare process för den enskilde och närstående vid övergången från slutna vård till öppna vård-, stöd- och omsorgsformer. Förändringarna har införts i verksamheterna från och med mars 2018 och implementeringen kommer att fortsätta under året.

Patientkontrakt

Regeringen föreslog 2017 en satsning för att förbättra hälso- och sjukvårdens tillgänglighet och samordning samt skapa förutsättningar för en mer personcentrerad vård där patienterna i större utsträckning är delaktiga i sin egen vårdplanering. Det sågs som särskilt angeläget att förbättra situationen för patienter med komplexa vårdbehov och många vårdkontakter. Som en del av satsningen startades en pilotverksamhet med uppdrag att ta fram ett koncept/framtidsvision för hur en övergripande sammanhållen plan, kallad patientkontrakt, kan se ut. Patientkontrakt är tänkt att fungera som en slags paraplyöverenskommelse där en patients samtliga vårdinsatser och vårdplaner ingår. Idag kan en patient ha flera vårdplaner som är diagnos- eller områdesspecifika men inte samordnade utifrån patientens sammansatta behov.

Patientkontraktet bygger på delaktighet och planen är därför interaktiv. Till exempel ska patienten via planens webbgränssnitt kunna boka och omboka vårdmöten, kommunicera med den fasta vårdkontakten samt följa upp insatser. I de fall det är möjligt ska patienten även kunna se en visualisering av det planerade vårdförloppet för sin diagnos eller diagnoser.

Utformningen av konceptet för patientkontrakt bygger på intervjuer och workshops med patienter och närstående för att identifiera behov. Ett flertal pilotprojekt har också genomförts för att ta fram förslag till planens olika delar och identifiera problem som behöver lösas. Region Norrbotten deltog som ett av tre landsting och regioner i utvecklingsarbetet under 2017. Från och med 2018 drivs projektet vidare av Sveriges kommuner och landsting (SKL). Regeringen har avsatt nationella medel för att stödja regionerna att ta fram nödvändiga strukturer för att möjliggöra ett framtida införande av patientkontrakt. I Norrbotten pågår till exempel införandet av webbtidbokning i regionens verksamheter. Det bör dock framhållas att det i nuläget finns flera lagmässiga hinder för att införa den typ av sammanhållen plan som patientkontrakt är tänkt att vara. Det handlar till exempel om delande av patientinformation mellan olika huvudmän samt till patientens närstående.

Sjukvårdsberedningens analys

Sjukvårdsberedningen presenterar i detta avsnitt sin analys av medborgarnas behov utifrån uppdraget. Analysen baseras på ledamöternas medborgardialoger och den faktainsamling som gjorts under uppdragets gång.

Samverkan och samordning

Personer med flera sjukdomsdiagnoser eller komplexa sjukdomsbilder har generellt sett behov av insatser från flera olika aktörer. Beredningen noterar två vanliga områden där problem med samverkan väldigt ofta kommer på tal:

- När en patient skrivs ut från sjukhus till regionens öppenvård eller till kommunens vård, stöd och omsorg.
- När det enligt lagen ska upprättas en SIP (samordnad individuell plan) men det inte görs.

De samordnade individuella planerna ska vara ett stöd för samordning av insatser, men det finns en bild av att SIP inte används i den utsträckning som behövs. Detta gäller både i fall där en person varit inlagd på sjukhus för vård som kräver fortsatta insatser efter utskrivning (till exempel hjärt- och kärlsjukdomar) och i fall där en person har en diagnos som kräver insatser från flera aktörer (till exempel autismspektrumet).

I dialogerna har flera uppmärksammat att eftervård och rehabilitering fungerar dåligt efter utskrivning. Patientföreningar berättar att de fångar upp medlemmar som skrivs ut och hjälper dem med rehabiliteringen. Även anhöriga får ta ansvar för detta. Det finns också önskemål om att FAR (fysisk aktivitet på recept) används mer frekvent i vården.

Inom äldreomsorgen är förberedelserna för hemkomst från sjukhus ofta inte färdiga när utskrivning sker. Det kan handla om plats på korttidsboende, särskilt boende eller anpassningar och stöd i hemmet. Samverkan mellan sjukhus och äldreomsorg behöver bli bättre. Användandet av olika journalsystem inom kommun och region försvårar överföring av information om patientens tillstånd och behov. Det är ofta oklart både bland personal och patienter var gränsdragningen går mellan regionens och kommunernas ansvar. Ibland verkar aktörerna skylla på varandra när kontinuiteten i vården brister. Brukare och närstående upplever att otydligheten skapar problem och

medför att det tar längre tid att få den hjälp de behöver. Kommunikation, information och respekt mellan aktörer i vårdkedjan behöver förbättras. Beredningen ser positivt på det påbörjade arbetet med patientkontrakt som ett sätt att förbättra samordningen och delaktigheten i hälso- och sjukvården.

Helhetssyn på patienten

Patienter med flera sjukdomsdiagnoser eller med en flersystems sjukdom berättar nästan alltid att de blir skickade mellan olika enheter inom regionens vårdverksamhet. Varje specialismråde tar bara ansvar för sin del av vården. Detta upplevs av patienter och närstående som att personen inte ses som en hel människa utan istället som en lunga, ett öga eller en reumatiker. Det är endast patienten själv och närstående som ser helheten i behoven. Patienterna upplever ofta att det saknas rutiner för omhändertagande av de som hamnar på flera stolar inom vården. Bristen på helhetssyn är särskilt problematisk för patienter med en okänd eller svårdiagnostiserad sjukdomsbild. Det handlar till exempel om patienter med ME (myalgisk encefalomyelit) och CFE (kroniskt trötthetssyndrom). För dessa patientgrupper kan det vara väldigt svårt att komma fram och få hjälp i kontakter med vården trots att det handlar om dokumenterade syndrom.

Närståendes engagemang

Närstående till personer med flera sjukdomsdiagnoser vittnar om att de ständigt måste agera sambandscentral mellan alla instanser för att vården och omhändertagandet ska fungera. "Man måste själv förmedla information mellan vården, skola och assistent". Närstående får ta ett stort ansvar och har också behov av avlastning. Patienter som saknar en närstående som kan ge stöd riskerar att hamna i en utsatt situation. Aktörer inom civilsamhället, till exempel patientföreningar och olika trossamfund, kan utgöra ett viktigt stöd i detta sammanhang.

Stafettpersonal

För personer med flera sjukdomsdiagnoser och deras närstående upplevs att stafettläkare kan utgöra en stor risk för felbehandling. Ett exempel från medborgardialogerna: "Får man en stafettläkare så måste jag ha egen kontroll på de läkemedel som föreskrivs så att medicinerna inte motverkar varandra".

Det är väl känt att stafettpersonal i vården kan vara problematiskt ur flera perspektiv; kännedom om rutiner och arbetsätt kan saknas, patientkännedom hinner

inte byggas upp, språkkunskaper kan vara otillräckliga, utvecklingsarbete och kontinuitet blir lidande och ansvarsbördan blir tyngre för den fastanställda personalen.

Personal med utbildning inom ålderssjukdomar

Patienter efterfrågar vårdpersonal med utbildning inom ålderssjukdomar, till exempel demenssjuksköterskor och specialistläkare inom geriatrik. Det finns en upplevelse hos äldre patienter att man ofta får ”piller istället för personal”. Det är också viktigt att vårdpersonalen har nödvändiga språkkunskaper för en god kommunikation med patienten.

Sjukresor

Hälso- och sjukvårdens ambition att samordna sjukresor kan lätt slå fel för personer med flera sjukdomsdiagnoser. Samåkning med andra patienter i ett glesbefolkat län med stora avstånd innebär oftast rejäla omvägar på flera timmar för ett sjukhusbesök. Risken är dessutom att hemresan blir lika lång. Detta kan både orsaka stora besvär och medföra att patienter blir sjukare. Under sjukresor bör till exempel hänsyn tas till patientens behov av nutrition och toalettbesök.

När planeringen av sjukresor brister blir det svårt för färdtjänst och taxi att passa tider vilket kan få till följd att patienter missar sina bokade tider eller upplever att de transporteras med livet som insats i alltför höga hastigheter.

Personer med flera sjukdomsdiagnoser har ofta mycket erfarenheter av sjukresor och många förslag på förbättringar. Ett exempel är att samordna tider till läkarbesök med kollektivtrafiken för att undvika onödig väntan. Det är också önskvärt att efterkontroller kan göras på hälso-centralen via digitala lösningar istället för på sjukhus för att minska behovet av sjukresor.

1177 Vårdguiden

För patienter med flera sjukdomsdiagnoser är sjukdomsrådgivningen 1177 Vårdguiden en bra källa för information och rådgivning. Tjänsten upplevs som bra när den fungerar men det finns behov av att tjänsten blir mer välkänd hos patienter och närstående. Ibland är väntetiden för att bli uppringd flera timmar. När en patient behöver rådgivning för att avgöra om sjukvården måste uppsökas är det för länge. Det leder till många onödiga akutbesök.

Sammanfattning av behov

Beredningen har i sin analys sökt svar på uppdragets frågeställning: Vilket behov har medborgare och patienter med flera sjukdomsdiagnoser samt närstående av bättre samordning, dels mellan regionens enheter och dels mellan regionen och andra aktörer? I analysen ska även regionens påbörjade pilotverksamhet inom patientkontrakt beaktas.

De behov som identifierats sammanfattas i nedanstående punkter:

- Det finns behov av helhetssyn på patienten och en bättre kontinuitet i vården, både inom regionens verksamheter och mellan regionen och kommunerna.
- Det finns behov av vårdpersonal med utbildning inom ålderssjukdomar.
- Det finns önskemål om att tidsbokningar i vården i större utsträckning anpassas till patientens transportmöjligheter samt att större hänsyn tas till patientens behov i samband med sjukresor.
- Närstående får ofta ta ett alltför stort ansvar för samordningen av vården. Denna grupp behöver också stöd och avlastning för att orka.
- Det finns behov av att få träffa samma läkare och vård- och omsorgspersonal under längre vårdförlopp.
- Det finns behov av bättre uppföljning och samordning av rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus.
- Patienter och närstående samt olika föreningar som representerar dessa grupper har behov av att bli mer delaktiga i hälso- och sjukvårdens utformning.

www.norrbotten.se