

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Samordning, samverkan och samarbete – en förutsättning för en säker vårdkedja

Uttryck som ”man måste vara frisk för att vara sjuk” eller ”det känns som jag hamnat mellan stolarna” används ofta i de berättelser patientnämnden får ta del av.

Många patienter berättar om upplevelsen av att vården inte tar sitt ansvar och att man ”bollas” mellan vårdgivarna. Ofta innehåller berättelsen en upplevelse av att man själv eller sin närstående måste koordinera vården för att få sitt behov av vård tillgodosett och att viktig information når rätt mottagare.

I denna rapport analyseras synpunkter som inkommit till patientnämndens kansli och som handlar om någon form av samverkan och som rör upplevda brister i vårdkedjan.

Faktaruta

Patientnämnden är en oberoende och opartisk instans och har i uppgift att stödja och hjälpa patienter och närstående att framföra synpunkter och klagomål på vården och få dessa besvarade.

Lag och stöd vid klagomål mot hälso- och sjukvården (2017:372)

Bakgrund

Många patienter kan någon gång hamna i en vårdssituation där flera verksamheter eller aktörer är inblandade och det kan bli helt avgörande för patientens upplevelse av vården att alla inblandade tar sitt ansvar för att samverka. Brister i detta samarbete kan det innebära en stor risk för avvikelser och ytterst leda till vårdskador ¹.

Samordning är en central utmaning i svensk hälso- och sjukvård

Fungerande samverkan är centralt för att säkerställa patientsäkerhet och ett effektivt utnyttjande av vårdens resurser. Sverige har en hälso- och sjukvård av hög kvalitet, men samtidigt är det ett faktum att bristande samordning av vården är en stor utmaning. En förbättrad samordning och en stärkt patientmedverkan vid patientens övergångar i vårdkedjan kan bidra till en säkrare och effektivare vård och behandling.

Faktaruta

”Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt”

Patientlag 2014:821

Tydliga riktlinjer och ansvarsfördelning behövs, men också tillit, initiativförmåga och insikt i varandras professionella kunskap samt att ta vara på patientens kunskap och erfarenheter ². För patienter som har behov av flera olika vård- och omsorgsinsatser behöver vården och

¹ Vårdhandboken – Vårdsamverkan översikt

² Kunskapsguiden.se – om samordnad vård och omsorg.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

omsorgen vara både personcentrerad, samordnad och kontinuerlig och ske i en obruten kedja. En viktig del i att få vårdkedjan att hänga ihop är att den vårdnära dokumentationen i patientjournalen är bärare av den information som gör att vården blir sammanhängande. Exempelvis att det framgår vilken vårdgivare som har ansvar för vad i patientens vård samt när och till vem patienten ska höra av sig. Om detta brister kan den gemensamma bilden av vad som har hänt och hur vården är planerad framåt tappas och innebära en patientsäkerhetsrisk³.

”Ur patientens och brukarens perspektiv är vården och omsorgen samordnad när alla aktiviteter aktivt organiseras som en väl fungerande helhet ur hens perspektiv och där hen ges möjlighet att, efter förmåga och preferenser, delta som en aktiv medskapare.”

Patientens övergångar i hälso- och sjukvården SKL 2017

Dokumenterad överenskommelse (tidigare patientkontrakt).

Den dokumenterade överenskommelsen tillkom för att stärka patientens ställning i vården och säkerställa patientens delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan. Bakgrunden är att trots Patientlagen, som infördes 2015 och som kom till för att stärka patientens ställning i vården, finns fortfarande utmaningar. Överenskommelsen ska säkerställa att både patienter och närstående deltar i planeringen av vårdinsatserna. Syftet är bland annat att det ska vara tydligt vad som är patientens ansvar och vad som är vårdens ansvar: **Vad** som ska ske i vård- och omsorgskontakterna, **när** det ska ske och **vem** patienten ska vända sig till.

ESTHER®

I Region Jönköping är ”Esther” ett förhållningssätt som bygger på samverkan mellan

vård och omsorg i kommuner, primärvård och sjukhus. ”Esther” är en symbolisk person med komplexa vårdbehov som kräver integrerad vård och samordning. Ambitionen med Esther är att: ”Esther ska uppleva trygghet och oberoende samt leva ett självständigt liv som förstärks av handlingskraftig samverkan”.



Bild 1. Esthers familj

Syftet med rapporten är att utifrån inkomna synpunkter och klagomål belysa hur patienter och närstående upplevt när vården inte samverkat, samarbetat eller varit sammanhållna och de konsekvenser det fått när detta inte fungerat.

Metod och urval

Vid nämndssammanträdet 20230914 beslutades att en rapport om samverkan skulle tas fram. Under perioden 20231001–20241031 har ärenden markerats som i synpunkterna handlat om samverkan. Samverkan har definierats som en händelse där två eller flera verksamheter haft en roll i patientens vård eller när kommunikationen om dennes vård brustit inom en verksamhet. Ärenden har lästs igenom i sin helhet och analyserats, och där det identifierats ett antal teman som belyser det som varit av betydelse för att lyfta fram problematiken.

Begrepp: I rapporten används synpunkter och ärenden synonymt.

Resultat

Antalet patientsynpunkter som ingår i rapporten är till antalet 211. Av dessa var det 68

³ Kommunikation och informationsöverföring - Patientsäkerhet (socialstyrelsen.se)

Patientnämnden i Region Jönköpings län

ärende som gällde Medicinsk vård, 62 ärende Kirurgisk vård, 41 ärende Primärvård, 33 ärende Psykiatri/rehab/diagnostik, 3 ärende Kommun och 4 ärende på övriga verksamheter. Det var flest patienter i åldersgruppen 60-69 år följt av 70-79 år och 30-39 år.

Då det ofta handlar om en vårdkedja kan en patient ha synpunkter på flera verksamheter i denna kedja. I rapporten handlar det om 120 unika patienter. I 47 ärende av dessa inkom närstående med synpunkterna till patientnämnden, då de på något sätt varit involverad i patientens vård.

Arbets sättet i handläggningen är att i ärende som handlar om en vårdkedja och där utredare ser att det finns ett värde i att vården samverkar med sina svar begärs ett gemensamt svar från verksamheterna. Detta för att upptäcka var i vårdkedjan det eventuellt brustit.

Samverkan påverkar patientens resa genom vården

Om man inte vet sitt nästa steg eller vem som har huvudansvar för patientens vård kan det leda till att vårdkedjan inte håller ihop. För patienter som har en samsjuklighet och där man inte samverkat kring hela patientens vård kan det bli en otrygghet för patienten då ingen tar ansvar.

Det som framkom var t.ex. att det berott på bristande kommunikationsöverföring mellan huvudmän, verksamheter eller yrkesgrupper. Bristande tillit i organisationen var också något som framkom, såsom att man hade en misstro mot en annan verksamhets bedömning, "vem har sagt att du ska söka här"? Det kunde också handlat om en "kultur", d.v.s. att man som patient känner av stämningen på en vårdenhet som gör att man upplever att man "stör vården".

Det som också framkom var att man själv eller sin närstående måste försöka hålla ihop vården,

att vara sin egen koordinator och att man upplevt att man hamnat "mellan stolarna".

Bristande kommunikation leder till att man kan tappa helheten

Ju fler verksamheter som är involverade kring en patients vård desto större risk för att det uppstår brister i kommunikationen och information tappas. I ett ärende så var fem verksamheter involverade och där det blev en fördröjning i varje verksamhets omhändertagande av patienten då kommunikationen mellan dem var bristande. Det ledde till att tillståndet blev väldigt akut för patienten som hade en inre blödning och förlorade 3 liter blod. Detta ärende visade på svårigheterna som finns i systemet då många verksamheter måste samverka. Det kan leda till att patienten och inblandad hälso- och sjukvårdspersonal inte kan skapa eller tappar den gemensamma bilden av vad som har hänt och vad som är planerat.

Citat från patient:

"När jag kom in till akuten tog allt för lång tid med prover och röntgen och kommunikationen mellan klinikerna, samtidigt som jag blev allt mer sämre i mitt mående..."

Vem håller ihop vårdkedjan?

En patient som hade flera olika kontakter med vården, både med primärvården och specialistvården, framförde svårigheterna att veta vem som ansvarade för vad i hens vård.



Citat från patienter:

"Vem ansvarar för patienten. Jag har fått en diagnos från Neurologen men det är inte de som följer upp mig eller skriver i min journal den diagnos de"

Patientnämnden i Region Jönköpings län

satt. Jag känner att ingen tar helhetsansvaret för mig, vem ska jag vända mig till vid besvär?"

"Jag har upplevt att jag kastats mellan mottagningar och ingen har velat hålla i någon form av helhetsgrepp"

I ett ärende där en patient sökte akut för smärta i sin höft på jourtid, men blev hänvisad till sin vårdcentral då denne inte hade någon feber. Patienten sökte sin vårdcentral men inte heller där togs några prover. När patienten för tredje gången sökte vård för sin starka smärta i höften togs en snabbsänka, som då visade sig vara väldigt hög och patienten lades in på sjukhus.

I svaret från verksamheten:

"...du har hanterats av tre olika instanser på kort tid där man inte har misstänkt att det skulle kunna handla om en infektion. Man har blivit vilseledd av att du har normal temperatur som uppmäts på närakuten. Smärta är svår att värdera men hade man följt dig från en instans istället för tre kunde man sett hur det stod till med din höft".

Att vara sin egen eller närståendes koordinator

Patienter/närstående framförde att man saknat en vårdplan, haft bristande uppföljning samt att samverkan mellan olika verksamheter brustit. För en patient blev det ett väldigt långt och utdraget vårdförlopp innan cancerdiagnosen sattes av den hudförändringen patienten hade. Flera enheter var involverade i vårdkedjan. Det uppstod fördröjning i form av att patienten inte kallades som var planerat till sin vårdcentral, att inte bilder bifogades till remissen, vilket gjorde att specialistvården inte kunde göra en korrekt bedömning och remissen avvisades. Patienten visste inte hur planeringen var eller vad som hände i utredningen och vem som ansvarade för vad.

Citat från patient:

"Jag fick själv ringa runt till de olika enheterna för

att veta hur planeringen var"

En närstående framförde synpunkter om sin förälder som hade försämrat minne och fick på sju läkarbesök träffa sju olika läkare. Det uppstod en del frågetecken och felaktigheter kring läkemedelsförskrivningen som patienten inte kunnat uppmärksamma själv på grund påverkat minne. Detta innebar att närstående fick hålla ihop vården och även reda ut kring patientens läkemedelsförskrivning.

I svaret från verksamheten:

"...Det är både för patienten och vården enklare och bättre med kontinuitet. Man får inte alltid träffa samma läkare men att ha så många olika läkare som XX haft är ovanligt och beror på olyckliga omständigheter.

Med tanke på att XX hade svårt att själv hålla koll på sina mediciner hade det varit en fördel att alla XX:s läkemedel fanns på läkemedelslistan".

Att "bollas" fram och tillbaka i vården

Ett ärende rörde ett barn, där man sökte till barnakuten då barnet hade urinvägsbesvär och som var allmänt påverkat. Fick besked på barnakuten att lämna in urinprov på sin vårdcentral dagen efter. Vårdcentralen hade ingen tid förrän sen eftermiddag. Man hänvisade då förälder att söka barnakuten med sitt barn igen. På akuten hänvisade man tillbaka till vårdcentralen och hjälpte föräldern med att få en tid. På vårdcentralen bedömde de att barnet var så medtaget att de åter fick söka på barnakuten där sedan barnet blev inlagt flera veckor.

Citat från förälder:

"Det tog alltså 20 timmar från första besök till att behandling startades samt fyra fysiska vårdbesök för barnet".

Risk för "glapp i vårdkedjan"

Det är viktigt att det finns en tydlig planering av en patients vård för att undvika att det blir

Patientnämnden i Region Jönköpings län

fördröjningar i vårdförloppet eller att missförstånd uppstår om vem som ansvarar för vad. Ett barn utreddes under 8 månader för pipig andning och långvarig hosta och där man tidigt misstänkte astma. Medicineringen hade ingen effekt på barnets besvär och utredningen fortsatte med en röntgen men som inte visade något avvikande då. Flertalet vårdkontakter och utredningar skedde och man såg senare avvikande röntgenbild och en CT-röntgen påvisade en främmande kropp i lungan som då snabbt åtgärdades.

I svaret från verksamheten:

”.....Vi förstår också att vi ytterligare behöver förbättra kommunikationen mellan vårdgivare för att undvika missförstånd och glapp i vårdkedjan. Vi behöver också fortsätta implementera användandet av dokumenterade patientöverenskommelse för att tydliggöra vem som ansvarar för vad”

Samsjuklighet

Att ha en psykiatrisk diagnos med samtidig somatisk sjukdom ledde till svårigheter för patienter att veta vem som höll i dennes vård. Dessa patienter uttryckte att vården inte såg ”hela mig”. Då är samverkan mellan verksamheter viktigt för att patienten ska få en god och sammanhållen vård.

Citat från närstående:

”Vi ser inte att den samlade sjukvården har mött upp XX gemensamt och gett hen den vård hen efterfrågade och behövde”.

Från verksamheterna tog man detta på största allvar och en åtgärd blev att se över sina rutiner och att framöver samverka i mycket större utsträckning för att förhindra otydligheter i vårdkedjan.

I svaret från verksamheten:

”.....Med tanke på den tragiska utgång och vår kliniks involvering kommer vi att se över rutiner för

hur vi förskriver läkemedel till patienter med samsjuklighet av psykisk ohälsa.....”

Ett ärende rörde en patient som låg inlagd på en psykiatrisk avdelning men behövde av medicinska skäl flyttas och vårdas på medicinavdelning. När patienten sedan bedömdes som medicinskt färdigbehandlad ville man skriva hem patienten utan att rådgöra med psykiatrin. Tack vare närståendes ifrågasättande så stoppades detta då patientens psykiska tillstånd krävde ineliggande vård inom psykiatrin.

Avsaknad av/eller bristfälliga rutiner

I en hel del ärende som inkommer till patientnämnden uppmärksammas verksamheter på att det saknas rutiner eller finns otillräckliga rutiner för vissa områden. Detta bekräftas ibland i svaren från verksamheter. I ett ärende som gällde ett barn och där utredningstiden tog över ett år, visade på hur ett förlopp kan bli utdraget när man inte har tydliga riktlinjer för vissa flöden.

Röntgen hade t.ex. inga rutinbeskrivningar när det handlade om planerad undersökning med en viss frågeställning som normalt sett för dem är en akut undersökning. Detta ledde till att röntgen nu har arbetat fram nya rutiner vid denna typ av planerad undersökning och hur man borde rekommenderat remittenten till en annan röntgenundersökning. Detta blev ett stort lärande för flera verksamheter som var involverade i vårdkedjan och där patientnämnden begärde ett gemensamt svar.

I ett annat ärende där man följde rutiner men där man inte beaktade Esthers bästa handlade om en patient som var multihandikappad utan förmåga att själv kommunicera. Närstående beskrev att patienten kom till akuten med misstänkt fraktur då denne har en känd benskörhet. Patienten hade med sig sina assistenter som talade för denne. Patienten nekades en läkarbedömning utifrån hur rutinerna ser ut och hänvisades till vårdcentralen.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Tog flera timmar för patienten att ta sig till vårdcentralen där läkaren inte kunde göra en ordentlig undersökning då de inte hade möjlighet att förflytta patienten ur sin stol. Läkaren bedömde att en röntgen behövdes varpå de fick åka tillbaka till akuten. Röntgen visade på att patienten hade ett benbrott. Sammantaget tog vårdbesöket ca 14 timmar för patienten.

Citat från närstående:

”Förstår inte sjukvården att samordning och personcentrering behöver ske när det gäller multisjuka personer”?

I verksamhetens svar:

”.....fastslagen rutin följdes men i ert fall skulle avsteg från denna ha kunnat underlätta hela vårdkedjan. Vi har samtalat med involverad personal och belyst vikten av att tänka kring undantag från riktlinjer i särskilda fall”.

Bristande tillit i organisationen

Patienter har framfört om hur de försökt att söka till rätt vårdnivå. När man t.ex. kommit till akuten har patienter fått som svar att man gjort fel på vårdcentralen eller telefonrådgivning 1177. En patient kan då få ”stå till svars” för att vården inte kommunicerar med varandra då negativa kommentarer om andra verksamheter inom organisationen förekommit. Uttryck som ”vad gör du här” eller ”vem har sagt att du ska åka hit” kan patienter blivit bemötta med. Patienter kan uppleva detta som att man inte känner sig välkommen och att man upplever en negativ atmosfär på vårdheten. Denna bristande tillit till varandras verksamheter inom organisationen försvårar samverkan mellan enheter och risk för att det blir ”glapp” i vårdkedjan.

Har vi säkerställt Esthers resa genom vården?

Många patienter behöver någon form av hjälp från kommunen när man skrivits ut från sjukhuset. Flera synpunkter har handlat om när

man skrivit ut en äldre patient utan att säkerställa att nästa instans tar vid i vårdkedjan. Det kan ha blivit kommunikationsbrist gällande transporten, med närstående eller att man inte säkerställt att hemsjukvård eller hemtjänst tar vid.

I ett ärende blev patienten hemskickad utan vårdplanering eller att kontakt med närstående togs som bestämts under vårdtiden. Patienten sattes istället i en taxi och lämnades vid tomtgränsen utan skor och med sina tillhörigheter i en påse i handen. Närstående fick reda på att hans förälder skrivits ut då patienten själv ringde sin närstående då hen fått låna taxichaufförens telefon. Närstående kunde inte själv få in patienten i huset som innehåller ett antal trappsteg. Fick tillslut tipset av kommunen att ringa till brandkåren för att få bärhjälp. Efter 2 h och 15 minuter efter att patienten blivit avsläppt vid tomtgränsen fick patienten hjälp att komma in i huset. En vecka tidigare hade patienten bedömts i så dåligt skick att hen kunde dö.



Citat från närstående:

”Om inte min förälder hade fått låna taxichaufförens telefon och kontaktat mig hade min förälder fått vänta vid tomtgränsen i 5 h innan det var dags för nästa hemtjänstbesök”

Patienten uttryckte till sin närstående:

”Om jag inte fått tag på dig hade jag väl fått sitta här tills jag dog”

Patientnämnden i Region Jönköpings län

I flera av de synpunkter som inkommit som rör just denna patientgrupp var det inte ovanligt att det istället blev en återinläggning på grund att man inte säkerställt en trygg hemgång för Esther.

I svar från verksamheten:

”Man ska se över hur vårdflödet för dessa patienter på bästa sätt ska hanteras som ”inte passar in” i de vanliga tydliga patientflödena”.

Diskussion

Det är viktigt att man ser varje del i systemet och att man förstår helheten och att man arbetar med hela systemet samtidigt och har ett dynamiskt systemtänkande i allt vi gör. Vi får inte glömma vem vi är till för, vad är bäst för Esther? Att samordna vården kring patienten, få bort vårt ”stuprörstänk” leder till effektiv, trygg och säker vård. Det är viktigt att alla verksamheter tar ansvar för sin del för att underlätta för steget före och efter.

Vid analysen av de patientberättelser som inkommit till patientnämnden framkom att samverkan är nyckeln till att vi ska få dels en säker vårdkedja men också en fungerande vård kring patienten. Det är viktigt att man arbetar både på organisatorisk nivå, t.ex. hur strukturer och system ska se ut, som individnivå, att då se hela Esthers resa och förebygga glapp i vårdkedjan.

I dagens vårdsystem är mycket uppbyggt kring diagnoser och runt vår organisation, istället för att vara byggt runt patienter som har många olika behov. Patienter med behov av olika typer av vård kan uppleva att vården bara ”ser” sitt eget kompetensområde och att patienten, eller närstående, ofta själva får vara den som koordinerar vården eller förmedlar information. Vissa närstående tar stor del i patienters omsorg och berättar att de är en del av den kedja som gör att processen fungerar.

Det patientnära arbetet är en väsentlig del i det stora systemet där varje del är en betydande länk i kedjan. Brister en länk kan det få stora konsekvenser för den enskilda patienten. Konsekvenserna av att ingen håller ihop vårdkedjan leder till otrygghet för patienten, man vet inte sitt nästa steg och samtidigt en ineffektiv vård där patienter får kontakta flera enheter då de inte vet vem som ansvarar för dennes vård. Detta kan leda till ett slöseri av vårdens begränsade resurser.

Vi behöver arbeta vidare med införandet av överenskommelse i vården där det tydligt framkommer vad som är patientens nästa steg för att också säkerställa hela vårdkedjan. Det görs dagligen många överenskommelse i vården och som finns dokumenterat i patientens journal. Det är viktigt att vården talar om för patienten att de kan läsa denna i sin journal, vilket är ett steg i att förtydliga för patienten om vad som är dennes ansvar och vad som är vårdens ansvar. Ett sätt att utveckla samskapandet med dokumenterad överenskommelse är att granska de överenskommelser som gjorts utifrån syftet med den dokumenterade överenskommelsen för att göra insikter i vilken omfattning man lyckas få till en personcentrerad, samskapad och sammanhållen vårdkedja.

För att vården ska vara samordnad och sammanhållen måste varje medarbetare förstå sin viktiga roll som en länk i vårdkedjan. Vi måste arbeta mer med den interna kommunikationen inom verksamheten, mellan verksamheter och mellan huvudmän.

Det är också viktigt att vi litar på varandra i organisationen så att tilliten stärks och att vi jobbar mot samma mål att göra det bästa för Esther.

Diskussionsfrågor till verksamheterna

Vi hoppas med denna analys av inkomna synpunkter som rör vårdens samverkan att kunna bidra med att man i verksamheterna kan identifiera områden för att vårdkedjan ska hålla ihop.

Patientnämnden i Region Jönköpings län

Hur bra är ni i er verksamhet på att följa upp hur ni lyckas i vårdövergångar?

Hur säkrar ni att era överenskommelser med patienterna innehåller delarna som vad som är patientens nästa steg. **Vad** som ska ske i vård- och omsorgskontakterna, **när** det ska ske och **vem** patienten ska vända sig till.

Vad ser ni blir viktigt att göra i er verksamhet utifrån underlaget i denna rapport?