
Revisionsrapport

De mest sjuka äldre (multisjuka)

Landstinget i Jönköpings län

*Christel Eriksson
Kerstin Svensson*

December 2011



Jean Odgaard
Namnförtydligande

Christel Eriksson
Namnförtydligande

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund, revisionsfråga och genomförande	2
Bakgrund	2
Revisionsfråga	2
Tidigare granskning	3
Metod och genomförande	3
Nationell äldresamordnare och nationell satsning kring de mest sjuka äldre	3
Definition av de mest sjuka äldre (multisjuka)	4
Granskningsresultat	4
Övergripande styrning samt utvecklingsarbete	4
Akut omhändertagande	5
Läkemedelsfrågor	6
Rehabilitering	7
Kompetens	7
Vårdplanering och informationsöverföring	7
Samverkan i vårdkedjan	8
Uppföljning av vården till multisjuka äldre	10
Senior Alert	10
Analys och bedömning	11

Sammanfattning

Revisorerna i Jönköpings läns landsting har gett PwC i uppdrag att granska styrningen av vården till de mest sjuka äldre (multisjuka). Granskningen har genomförts via dokumentstudier och intervjuer vid sjukhusen i Jönköping och Värnamo samt primärvården i samma geografiska områden. Vidare har synpunkter efterfrågats från kommuner i områdena.

Revisionsfrågan för granskningen har varit: Säkerställer Landstingsstyrelsen genom sin styrning en ändamålsenlig vård för multisjuka äldre? Granskningen har inriktats på vissa områden med betydelse för vården av de mest sjuka äldre.

I vår granskning har inte framkommit någon övergripande styrning som särskilt rör målgruppen de mest sjuka äldre. Hittills har styrningen skett via vissa utvecklingsarbeten. Det finns sedan hösten 2010 en handlingsplan för äldre och läkemedel som har inriktning till de mest sjuka äldre men denna är ännu ej implementerad. I övrigt är den styrning som finns inriktad på äldre generellt och på vissa sjukdomsgrupper som ofta drabbar äldre. Vår bedömning är att det hittills saknats en samlad styrning som uppmärksammar målgruppen de mest sjuka äldres specifika problematik. Främst är styrningen svag när det gäller akutomhändertagande och rehabilitering av de mest sjuka äldre. Även på området läkemedel har styrningen hittills varit begränsad. Det finns dock en i huvudsak ändamålsenlig styrning vad gäller samverkan med kommunerna och kring vårdplanering och informationsöverföring.

Det förekommer en viss uppföljning kring vården av de äldre genom kvalitetsregistrerat Senior Alert. Dock saknas en mer samlad uppföljning kring de mest sjuka äldre.

I granskningen har framkommit behov av utveckling och åtgärder för vissa angelägna områden för den målgrupp granskningen berör. Dessa sammanfattas nedan

- I granskningen har framkommit ett riskområde som behöver åtgärdas omgående. De i granskningen beskrivna bristerna kring läkemedelslistor innebär både risk för felmedicinering och mycket merarbete.
- Sjukhusens akuta omhändertagande (förutom för vissa diagnoser) saknar en ändamålsenlig organisation som tillgodoser de mest sjuka äldres behov av helhetssyn i bedömningen.
- Det finns anledning att skapa incitament för att akuta bedömningar via hembesök av primärvården ska öka.
- Införandet av vårdval har inneburit begränsningar i samverkan mellan sjukhus och primärvård. Det är angeläget att nya former för sådan samverkan tillskapas.
- Korta vårdtider ger begränsningar för att en bra rehabiliteringsbedömning av multisjuka ska kunna göras. De mest sjuka äldre är ofta svåra att bedöma

ur rehabiliteringssynpunkt eftersom dessa behöver en längre återhämtningstid innan rehabilitering ens är möjlig.

- I handlingsplanen kring äldre och läkemedel finns uppdrag att skapa ett särskilt faktadokument kring multisjuka. Detta är angeläget då det kan utgöra en bra grund för kompetensutveckling och uppföljning inom området.

Bakgrund, revisionsfråga och genomförande

Bakgrund

Äldre personer med flera olika sjukdomar är en riskpatientgrupp som ställer stora krav på att samarbete och samverkan mellan vårdverksamheter och huvudmän fungerar väl, men också att respektive verksamhet beaktar de speciella behov som denna patientgrupp har. På senare år har brister vad gäller vården av denna målgrupp uppmärksammats nationellt. Olika undersökningar har genomförts av bl.a. Socialstyrelsen och SKL. Sedan en tid tillbaka finns möjligheter att söka stimulansmedel för att utveckla vården för de mest sjuka äldre samt för medverkan i kvalitetsregister. Regeringen tillsatte våren 2011 en äldresamordnare och aviserade en miljardsatsning inom området.

SKL (Sveriges kommuner och landsting) har prioriterat frågan om Bättre liv för sjuka äldre. Våren 2011 presenterade SKL en undersökning kring de mest sjuka äldre. Undersökningen visar att systemen inte är anpassade för de sjuka äldre som behöver omfattande insatser från specialiserad vård, primärvård och kommunal vård och omsorg. Att skraddarsy insatser utifrån den äldres behov och att hitta nya lösningar för samordning och tidig upptäckt är en utmaning för kommuner och landsting framhålls från SKL.

Revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har lämnat uppdrag till PwC att genomföra en granskning av styrningen av vården till de mest sjuka äldre.

Revisionsfråga

Revisionsfrågan för granskningen är: Säkerställer Landstingsstyrelsen genom sin styrning en ändamålsenlig vård för multisjuka äldre?

Följande delfrågor har bildat utgångspunkt för granskningen:

- Finns en styrning för vården av multisjuka äldre som omfattar:
 - o Akut omhändertagande
 - o Samverkan i vårdkedjan inom sjukhus och mellan sjukhus och primärvård
 - o Samverkan med kommunen
 - o Informationsöverföring
 - o Läkemedelsfrågor
 - o Rehabilitering
 - o Kompetens
- Vilken uppföljning sker av vården till multisjuka äldre?

- Finns ett utvecklingsarbete i landstinget för att förbättra vården för multisjuka äldre? Används det nationella registret Senior Alert i utvecklingsarbetet?

Tidigare granskning

Revisorerna i Jönköpings läns landsting genomförde år 2009 en granskning kring Läkemedelsförskrivning och läkemedelsuppföljning för äldre. Denna visade på vissa brister när det gällde läkemedelsuppföljning för äldre i sjukhusvården samt behov av stöd genom farmakologisk kompetens till förskrivarna. I granskningen föreslogs läkemedelsepikriser som ett stöd för uppföljningen.

Metod och genomförande

Intervjuer har genomförts med landstingsdirektör, hälso- och sjukvårdsdirektör, sjukvårdsdirektör Värnamo samt verksamhetschefer för medicin och ortopedi vid de båda sjukhusen Ryhov och Värnamo. Vid Ryhov har även verksamhetschefen för geriatriska kliniken intervjuats. På respektive sjukhus har också sjuksköterskor från medicin- och ortopedkliniken intervjuats avseende vårdplaneringsprocessen.

Vidare har intervjuer genomförts med verksamhetschefer vid 6 vårdcentraler inom primärvården varav 2 privata.

Intervjuer har även genomförts med företrädare för utvecklingsarbete som pågår för de mest sjuka äldre (Herman & Brita).

Styrande dokument, avtal mm har studerats.

Ett urval intervjuer har genomförts med medicinsk ansvariga sjuksköterskor alternativt verksamhetschef för sjuksköterskor i kommunerna i de aktuella sjukvårdsområdena med syfte att efterhöra hur samverkan, informationsöverföring mm från landstinget fungerar. Kommunerna Värnamo, Gnosjö, Gislaved, Jönköping och Tranås har lämnat synpunkter.

I vissa fall har intervjuer av logistiska skäl genomförts per telefon. Stukturerade intervjuguider har används vid samtliga intervjutillfällen.

Granskningen har avgränsats till sjukhusen Ryhov och Värnamo samt Vårdcentralerna Bra Liv och privata vårdcentraler.

Nationell äldresamordnare och nationell satsning kring de mest sjuka äldre

Regeringen tillsatte våren 2011 en nationell äldresamordnare. Syftet med detta är att

- Förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre
- Stärka incitament och förutsättningar för landsting och kommuner
- Skapa resultatbaserade mål
- Utvecklingsinsatser ska ske som en integrerad del av ordinarie verksamhet

För ändmålet har regeringen avsatt 3,75 miljarder kronor under åren 2011-2014.

Under våren har en probleminventering genomförts. För närvarande genomför äldresamordnaren kartläggningar bl.a. av omfattningen av de mest sjuka äldre, förstudier och nödvändiga kunskapssammanställningar. Syftet är även att definiera målgruppen.

Under 2012 kommer ekonomiska medel att styras till landsting och kommuner som har skapat en ”långsiktig hållbar struktur för ledning i samverkan”. Det ska även finnas en politiskt förankrad avsiktsförklaring mellan huvudmännen.

Definition av de mest sjuka äldre (multisjuka)

Det finns ingen vedertagen definition på begreppet de mest sjuka äldre (multisjuka). Socialstyrelsen och SKL har i olika utredningar använt definitioner som exempelvis personer över 75 år med flera sjukdomar och som behandlas med många läkemedel. Vi har utgått från motsvarande definition.

Granskningsresultat

Övergripande styrning samt utvecklingsarbete *Styrande dokument*

I landstingets budget 2011 och flerårsplan 2012-2013 finns inget specifikt mål eller uppdrag kopplat till målgruppen de mest sjuka äldre. Det framhålls dock i budgeten ”att det är viktigt att utveckla samverkan...” samt ”att särskild uppmärksamhet ska riktas mot långvarigt sjuka och multisjuka”. Samverkansfrågor mellan specialiteter, mellan specialistvård och primärvård och med kommunerna har enligt intervjuerna varit ett prioriterat område från landstinget sedan många år (se vidare nedan under rubriker Samverkan). I intervjuerna framhålls också att systemet med vårdpeng syftar till att uppmärksamma de mest sjuka. Vårdpeng fördelas enligt ACG (Adjusted Clinical Group) vilket ger mest resurser för äldre och personer med flera diagnoser. I Regelbok för vårdval i Jönköpings län¹ finns angivet krav på vårdvalsverksamheter om läkarmedverkan i särskilt boende (se även nedan under samverkan) samt jourverksamhet. I budgeten lyfts Äldre och läkemedel som ett prioriterat område och koppling görs till den Handlingsplan för äldre och läkemedel som antagits (se nedan under Läkemedelsfrågor).

Under åren 2008-2010 har landstinget med stöd av stimulansmedel från staten bedrivit utvecklingsarbete inom områden som läkemedelsgenomgångar, läkartillgång i särskilt boende, förebyggande arbete kring fall, nutrition, trycksår och smärta, demensvård, rehabilitering och kring kvalitetsregistrerat Senior Alert.

I landstingets budget för 2012 och flerårsplan 2013-2014 har den aktuella målgruppen uppmärksammas genom ett uppdrag att göra en översyn av geriatriken. Vidare lyfts i budgeten den handlingsplan för äldre och läkemedel som tagits fram i sam-

¹ Fastställd av fullmäktige 22 september 2009 och reviderad i nov 2010 samt nov 2011.

verkan med kommunerna (redovisas närmare nedan under rubriken Läkemedelsfrågor).

Landstinget baserar mycket av sin styrning på s.k. kunskapsstyrning. Detta sker till stor del genom faktadokument som beskriver diagnostik och behandling, ansvarsfördelning mellan specialistvård och primärvård mm. för olika diagnoser. Bland aktuella faktadokument återfinns sjukdomar flera sjukdomar som kan beröra gruppen de mest sjuka äldre som exempelvis demens, palliativ vård, kardiologi och geriatrik. Faktabladen är dock inte målgruppsinriktade utan specialitets- eller diagnosinriktade. I den handlingsplan som antagits kring äldre och läkemedel (se nedan under avsnitt Läkemedelsfrågor) framgår dock under avsnittet styrning att ett separat faktablad för omhändertagande av äldre multisjuka ska skapas.

Utvecklingsarbete

I Jönköpings län pågår sedan flera år utvecklingsarbeten för att utveckla samverkan mellan landstinget och kommunerna.

”Herman och Brita” är ett utvecklingsarbete i Värnamoområdet, ”Ester” är ett motsvarande arbete i Höglandsområdet och KLAS är ett utvecklingsarbete i Jönköpingsområdet.

I intervjuerna framhålls värdet av dessa utvecklingsarbeten, främst för att förbättra samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun inom områden som vårdplanering och informationsöverföring. Dock beskrivs att de stora förändringarna kring införandet av vårdval och pågående förberedelse för överföring av hemsjukvården till kommunerna innebär att utvecklingsarbetet inom ramen för ovan angivna projekt delvis mattats av.

Akut omhändertagande

Vi har i granskningen inte funnit någon specifik styrning kring det akuta omhändertagandet av multisjuka äldre.

Det finns inte något särskilt omhändertagande riktat mer generellt till de mest sjuka äldre där dessa hanteras på särskilt sätt vid akutmottagningen. Dock framhålls att sjukhuset i Jönköping, som har en intagningsavdelning där flera specialister samtidigt finns att tillgå, har större möjligheter till omhändertagande och bedömning med en helhetssyn som ofta är angelägen för denna målgrupp med mångfacetterad sjukdomsproblematik och omfattande läkemedelsbehandling.

Vid båda de granskade sjukhusen finns dock s.k. fast-track (snabbspår) för höftfraktur-, hjärtinfarkt- och strokepatienter. Det innebär att patienten inte går via akutmottagningen utan transporteras direkt till röntgen och därefter till vårdavdelning alternativt operation. Alla strokepatienter vårdas vid geriatrisk klinik .

Vid sjukhuset i Jönköping finns en överenskommelse mellan ortopedkliniken och geriatriska kliniken om samarbete runt äldre ortopedpatienter (se nedan under avsnittet samverkan i vårdkedjan).

I Jönköping pågår också en diskussion om äldreprocessen. Det diskuteras möjlighet till akut konsultation (via intranätet) och möjlighet till direktinläggning på geriatriska kliniken. Från december 2011 finns möjlighet till direktinläggning på geriatriska kliniken.

Det uppges vid sjukhusen vara problem vid akut omhändertagande, att primärvårdsläkare inte alltid har tillräcklig tid för akuta bedömningar utan skickar istället patienten till akutmottagningen. Dock framhålls i Värnamo att primärvården och kommunerna numera tar ett större ansvar för patienter där det främsta behovet är sociala insatser och att dessa patienter mer sällan än tidigare kommer till akutmottagningarna

I intervjuerna framhåller specialistklinikerna att de mest sjuka äldre ofta är en patientgrupp som kan "hamna mellan stolarna". Symtom- och sjukdomsbilden hos dessa gör att det inte alltid är självklart vilken specialitet som ska ta ansvar och ingen specialistklinik vill naturligt ta hand om patienten.

Läkemedelsfrågor

I länet finns sedan hösten 2010 en "Handlingsplan för äldre och läkemedel, 2011-2013" som berör flera frågor aktuella för målgruppen de mest sjuka äldre bl.a. läkemedelsgenomgångar på sjukhus, i särskilt boende och i hemsjukvård samt utveckling av ett IT-stöd för detta. Vidare finns i handlingsplanen uppdrag kring en läkare med samordningsansvar för den äldres totala läkemedelsbehandling. I handlingsplanen finns också uppdrag att skapa ett separat faktadokument för omhändertagande av äldre multisjuka, samt kring utbildnings- och uppföljningsinsatser inom området. En särskild utvecklingsledare för implementering av handlingsplanen har tillsatts och det finns en tidplan för implementering och utbildningsinsatser mm. Handlingsplanen har utarbetats i samverkan med kommunerna och utgår bl.a. från Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer kring äldre och läkemedel. Implementering pågår men ännu är inte handlingsplanen implementerad i de verksamheter som granskningen omfattat.

På sjukhusen lyfts fram att det vid ett vårdtillfälle görs en översiktlig bedömning av patienternas läkemedel men att det under korta vårdtider är svårt att göra mer genomgripande förändringar. Klinikerna anger att de ofta noterar att äldre har många läkemedel ordinerade men att de inte gärna sätter ut läkemedel som primärvårdsläkaren ordinerat och som patienten haft länge. Oftast förutsätts att primärvården gör mer fördjupad läkemedelsgenomgång eftersom de känner patientens hela situation bättre.

Det finns tillgång till apotekare alternativt farmaceut på sjukhusen för rådfrågning kring läkemedel. Vissa kliniker exempelvis kirurgkliniken i Värnamo har avtal med apotekare om läkemedelsgenomgångar. De verksamheter som använder sig av apotekarstöd upplever detta värdefullt speciellt för multisjuka med många läkemedel.

I primärvården framhålls att man gör läkemedelsgenomgång återkommande men att primärvårdsläkaren oftast inte ifrågasätter eller sätter ut läkemedel som specialistvården ordinerat.

Rehabilitering

I granskningen har inte framkommit någon särskild styrning kring rehabilitering för målgruppen de mest sjuka äldre.

Sjukhusen uppger att det görs en rehabiliteringsbedömning på sjukhuset. I vissa fall kan patienter få rehabiliteringsinsatser på sjukhuset exempelvis på ortopedien i Värnamo eftersom vårdtiderna här är något längre än i Jönköping. I andra fall är vårdtiderna korta vilket innebär att rehabilitering måste genomföras efter sjukhusvistelsen. Det finns tillgång till sjukgymnaster och arbetsterapeuter i de granskade verksamheterna både på sjukhus och i primärvården. Om behovet av rehabilitering bedöms omfattande skrivs remiss till geriatrisk klinik.

Sjukhuset i Jönköping har haft ett utvecklingsarbete kallat Märta som var inriktat kring rehabilitering för multisjuka äldre.

Primärvården uppger att det vanligen görs en rehabiliteringsbedömning på sjukhuset och rehabiliteringen genomförs sedan utanför sjukhuset. Undantaget är patienter som vårdas vid geriatrisk klinik som ger större delen av rehabiliteringen under vårdtiden. I Värnamo kommun finns möjlighet till hemrehabilitering.

I intervjuerna uppges att den överföring av rehabiliteringsansvar och resurser som genomfördes 1992 har tolkats olika av kommunerna. Det har inneburit att rehabiliteringsorganisationen och ansvarsfördelningen ser olika ut i länet.

Kompetens

Det finns tillgång till geriatrisk kompetens på sjukhusen även om det finns rekryteringsproblem för yrkesgruppen. Primärvården kan få konsultstöd via geriatriker från sjukhuset i särskilda fall men specialisterna i allmänmedicin uppges ha mycket kompetens kring äldre och deras problematik. Vissa av distriktssköterskorna i primärvården har fortbildning i geriatrik.

Det finns tillgång till mobila demensteam och palliativa team för konsultation till primärvården och kommunerna.

I intervjuerna vid sjukhusen framkommer att viss personal fått utbildning kring läkemedel och äldre. I den handlingsplanen för äldre och läkemedel finns planering kring utbildningsinsatser inom området.

En översyn av den geriatriska vården planeras ske under 2012 med anledning av att den ser olika ut över länet.

Vårdplanering och informationsöverföring

Det finns en länsövergripande överenskommelse mellan kommunerna och landstinget om rutiner vid vårdplanering och informationsöverföring. Vårdplanering sker med stöd av IT-systemet Meddix till vilket både sjukhus, primärvård och kommun har tillgång. När patienten skrivs in på sjukhuset skrivs denne in i Meddix och ett meddelande går till både primärvård och kommun. Via Meddix skrivs senare kallelse till vårdplanering till primärvården och kommunen.

I Jönköpingsområdet beskrivs att vårdplaneringen fungerar bra särskilt sedan ett vårdplaneringsteam inrättades som genomför vårdplanering på sjukhuset. I Värnamo finns en s.k. vårdlots som har uppgift att initiera och informera om vårdplaneringen. Vårdlotsen finansierades tidigare av Värnamo kommun och primärvården i samarbete men numera finansieras den av Värnamo kommun och arbetar mindre tid med uppdraget. Sjukhuspersonalen framhåller att vårdlotsen är ett bra stöd för samverkan med kommunen kring vårdplaneringen. Efter införandet av vårdlotsen minskade antalet avvikelserapporter som rörde vårdplaneringen påtagligt. Många vårdplaneringar för patienter som inte är i behov av korttidsvård eller särskilt boende sker numera i hemmet efter utskrivning.

Primärvården framhåller att de ibland inte kallas till vårdplanering för patienter som ska återgå till ordinärt boende och som inte av sjukhuset bedöms ha behov av kommunala insatser. Primärvården får då i vissa fall först i efterhand vetskap om att patienten skrivits hem, trots att denne redan före sjukhusvistelsen hade hemsjukvård. Vad gäller informationsöverföringen fungerar rapporteringen bra till distriktssköterskorna men vad gäller aktuella läkemedel finns problem. Det förekommer att det finns olika uppgifter i läkemedelslistan som kommer från sjukhuset och i den lista som är ordinationen i apotekslistan² (samma problematik framhålls även av kommunerna, se nedan). Detta innebär dels risker för patienterna, dels får kommunens sjuksköterskor lägga mycket tid på att få fram korrekta uppgifter.

Samverkan i vårdkedjan

Inom sjukhus

Medicinklinikerna uppger att man i vissa fall använder sig av konsultation från geriatriska kliniken för äldre patienter även om det vanligen finns mycket erfarenhet av äldre inom medicinkliniken. Ortopedkliniken i Värnamo konsulterar i vissa fall medicin alternativt geriatriska kliniken för råd kring äldre patienter.

Vid sjukhuset i Jönköping finns en mer utvecklad samverkan genom att ortopedkliniken träffat överenskommelse med geriatriska kliniken om att samtliga patienter med höftfraktur och amputation som är över 65 år vårdas vid vårdavdelning inom geriatriken. Ortopedläkare opererar och fungerar sedan som konsulter åt GRK. Även patienter med annan ortopedisk problematik som är över 80 år vårdas enligt denna överenskommelse på geriatriska kliniken förutsatt att det finns tillgång till vårdplats. Samtliga strokepatienter vårdas på geriatrisk klinik.

Från december 2011 kommer äldre i Jönköpingsområdet att ges möjlighet till akutinläggning på GRK.

Mellan sjukhus och primärvård

Kontakter och samverkan på individnivå sker via vårdavdelningens sjuksköterska i samband med vårdplanering och informationsöverföring. Sjukhusets sjuksköterska rapporterar till distriktssköterskan. Direktkontakt läkare emellan sker endast i spe-

² Ordination på läkemedel skickas elektronisk till apoteket som underlag bl.a. till färdigdoserade läkemedel.

ciella fall exempelvis då det är aktuellt att vårda patienter med omfattande medicinska insatser i hemmet eller vid palliativ vård.

Sjukhusen uppger att samverkan på organisatorisk nivå har försvårats något sedan vårdvalet infördes. Tidigare tillhörde primärvården samma organisation som sjukhusen och gemensamma frågor kunde diskuteras i den gemensamma ledningsgruppen. Efter vårdvalsinförandet är varje vårdcentral sin egen organisation och det innebär att gemensamma frågor och eventuella överenskommelser om gemensamma rutiner eller förankring av faktablad måste diskuteras med många vårdgivare. Sjukhusen efterfrågar en gemensam arena för detta.

Det framhålls i intervjuerna att den datoriserade journalen (Cosmic) underlättat samverkan genom att primärvård och sjukhus har tillgång till samma information.

Samverkan med kommunen

Det finns olika mötesplatser för samverkan mellan kommunerna och landstinget. På övergripande politisk nivå finns ett forum kallat Läns-LAKO³. Det finns även den s.k. SeniorDialogen (speciellt inriktning kring äldre) i samverkan mellan landsting och kommun. På tjänstemannanivå finns en motsvarande samverkansgrupp, den s.k. KOLA-gruppen. Samverkan har lett till bl.a. analyser av vad invånarna behöver och utbildningsinsatser t ex i arbetssätt kring de äldre. På lokal nivå finns arbetsgrupper i respektive sjukvårdsområde där representanter för sjukhus, primärvård och kommun deltar för bl.a. samverkan och utbildning kring de äldre.

Det finns ett länsavtal mellan kommunerna och landstinget i Jönköpings län daterat i mars 2011. I avtalet regleras bl.a. tillgänglighet till läkare, planerad läkarmedverkan, läkemedelsfrågor samt informationsöverföring. Flera av de frågor som avtalet reglerar finns återkopplade i Regelboken för vårdval som nämnts ovan.

På Ryhov i Jönköping framhålls i intervjuerna att samverkan med kommunerna har brister vad gäller att ta hand om utskrivningsklara. Det finns många patienter som ligger kvar trots att de borde vara övertagna till kommunen. En konsekvens för de mest sjuka äldre är att de inte sällan flyttas, när de bedömts som utskrivningsklara, till kliniker som har tomma vårdplatser tills kommunen "tar hem" patienten. Motsvarande problem har inte framkommit i Värnamoområdet.

Synpunkter från kommunerna

Kommunerna som tillfrågats beskriver att samverkan med landstinget generellt fungerar bra på organisatorisk nivå och oftast även på individnivå. Från kommunerna framhålls dock i likhet med sjukhusen att vårdvalsinförandet inneburit viss svårighet att samverka på organisatorisk nivå, kring bl.a. gemensamma rutiner, eftersom dialogen nu måste ske med många olika aktörer i primärvården. Även kommunerna framhåller de utvecklingsarbeten (Herman och Brita, Ester och KLAS) som angetts ovan, som värdefulla för att utveckla samverkan.

³ Gemensamt politiskt organ för samverkan mellan landstinget och kommunerna i Jönköpings län

Läkarmedverkan i särskilt boende sker enligt avtal även om vissa av kommunerna tycker att den tid som avsatts i avtalet för ändamålet inte är tillräcklig. Kommunen framhåller att läkarna blivit bättre på att ha framförhållning kring vården genom att exempelvis ordinera vid-behovs-läkemedel för symtom som kan förväntas.

Kommunerna framhåller att det oftast finns en bra samverkan kring rehabilitering och att patienterna oftast fått en rehabiliteringsbedömning inför utskrivning från sjukhuset. Dock framhålls att för gruppen multisjuka är de korta vårdtiderna en riskfaktor eftersom sjukgymnasterna inte hinner göra en bra bedömning.

Kommunerna nämner tre områden som vållar problem respektive ännu inte är bra utvecklade. Det ena är informationsöverföringen främst vad gäller aktuella läkemedel där det förekommer att det finns olika uppgifter i läkemedelslistan som kommer från sjukhuset och i den lista som är ordinationen i apotekslistan⁴ (samma problematik framhålls även av primärvården, se ovan). Detta innebär dels risker för patienterna, dels får kommunens sjuksköterskor lägga mycket tid på att få fram korrekta uppgifter. I vissa fall kan det även finnas brister i informationsöverföringen vad gäller förändringar i tillstånd och läkemedel. Vidare att det kan ta tid innan epikrisen kommer även om vissa avdelningar skickar med epikrisen vid utskrivningen samt att det inte alltid finns recept för nyinsatta mediciner. Det tredje som framhålls från kommunerna är att det ännu inte överallt fungerar med läkemedelsgenomgångar enligt det läns-gemensamma avtalet och handlingsplanen kring äldre och läkemedel.

Ytterligare en fråga som kommunerna, undantaget Jönköping, lyfter fram som ett förbättringsområde är möjligheten till hembesök (i särskilt boende) främst under jourtid. Det finns tillgång till läkarkontakt på jourtid men dessa besöker oftast inte patienten. Det innebär i vissa fall att läkare i jour uppmanar kommunens sjuksköterska att skicka patienten till sjukhuset. Om läkaren fått tillfälle att undersöka patienten kanske vissa av dessa sjukhusbesök hade kunnat undvikas.

Från kommunerna lyfts också att de i sina kontakter med sjukhusens specialistklinik saknar en helhetssyn på den mest sjuka äldre förutom från geriatriska klinikerna. Fokus från klinikerna är inriktat på den problematik som hanteras av den aktuella specialistkliniken.

Uppföljning av vården till multisjuka äldre

Vi har i granskningen inte funnit att det sker en samlad uppföljning kring målgruppen de mest sjuka äldre. Uppföljning sker i olika omfattning från Senior Alert och därutöver är uppföljningen mer diagnosrelaterad.

Senior Alert

Samtliga verksamheter som ingått i granskningen och även de tillfrågade kommunerna är anslutna till kvalitetsregistrerat Senior Alert. Registreringsfrekvensen varierar dock något beroende på hur långt man nått i införandet av Senior Alert.

⁴ Ordination på läkemedel skickas elektronisk till apoteket som underlag bl.a. till färdigdoserade läkemedel.

Från verksamheterna uppges att Senior Alert är något svårt att hantera bl.a. genom att det är långsamt och att registreringen därmed tar lång tid. Från sjukhusen framhålls att det är svårt att följa upp från Senior Alert och att därmed uppföljningen är begränsad. Det framkommer även visst ifrågasättande kring nyttan med Senior Alert.

Med tanke på datorisering av journalen anser flera att registrering borde kunna effektiviseras genom återanvändning av redan upprättad dokumentation. Fortfarande sker mycket registrering manuellt och dubbelarbete anses förekomma som skäl tid från själva patientarbetet.

Analys och bedömning

I vår granskning har inte framkommit någon övergripande styrning som särskilt rör målgruppen de mest sjuka äldre. Hittills har styrningen skett via vissa utvecklingsarbeten. Det finns sedan hösten 2010 en Handlungsplan för äldre och läkemedel som har inriktning till de mest sjuka äldre men denna är ännu ej helt implementerad. I övrigt är den styrning som finns inriktad på äldre generellt och på sjukdomsgrupper som ofta drabbar äldre som stroke, höftfrakturer m.fl. Vår bedömning är att det hittills saknats en samlad styrning som uppmärksammar målgruppen de mest sjuka äldres specifika problematik. Främst är styrningen svag när det gäller akutomhändertagande och rehabilitering av de mest sjuka äldre. Även på området läkemedel har styrningen hittills varit begränsad. Det finns en ändamålsenlig styrning vad gäller samverkan med kommunerna och kring vårdplanering och informationsöverföring.

Det finns dock exempel på verksamhet som till sin karaktär beaktar målgruppens särskilda behov exempelvis att strokeenheterna koncentrerats till geriatriska kliniker och att det i Jönköping finns en överenskommelse om att äldre med höftfrakturer och vissa andra ortopediska åkommor vårdas på geriatrisk avdelning. Även den planerade möjligheten till direktinläggning på geriatrisk klinik i Jönköping är ett exempel på detta.

Akut omhändertagande

Vår bedömning är att styrningen av det akuta omhändertagandet av de mest sjuka äldre inte i nuläget är ändamålsenlig. Sjukhusens akuta omhändertagande, förutom för vissa diagnoser) saknar en ändamålsenlig organisation som tillgodoser de mest sjuka äldres behov av helhetssyn i bedömningen.

Den vård som i nuläget ges på specialistkliniker, undantaget geriatriska kliniker, för dessa personer är enligt vår bedömning inte alltid gynnsam för fortsatt funktionsförmåga och livskvalitet. Den är inte heller alltid kostnadseffektiv då den i vissa fall ges i en för hög vårdnivå och minskar tillgängligheten till specialistvård för de som har direkt behov av sådan. För personer som ej har direkt behov av sjukhusets specialistinsatser på akutavdelningar men som till följd av påverkat allmäntillstånd och därav följande funktionsbrister har behov av symptomkontroll eller lindring, om-

vårdnad och rehabilitering kan behöva en särskild slutenvårdsform med en mer utpräglad helhetssyn i avvaktan på fortsatt planering av vården och eventuellt beslut om insatser i hemmet eller särskilt boende. Arbetsformer med multidisciplinära team som bedömer patienten eller direktinläggning i geriatrisk vård kan vara alternativ. Det senare planeras nu i Jönköping.

Det finns även anledning att skapa incitament för att akuta bedömningar via hembesök av primärvården ska öka.

Samverkan i vårdkedjan inom sjukhus och mellan sjukhus och primärvård

Inom sjukhusen finns exempel på samverkansinitiativ som gynnar det akuta omhändertagandet kring målgruppen de mest sjuka äldre bl.a. mellan ortopedi och geriatrisk samt mellan medicin och geriatrisk i Jönköping. Dock behöver detta ytterligare utvecklas för hela länet.

Införandet av vårdval har inneburit begränsningar i samverkan mellan sjukhus och primärvård. Tidigare var samverkan uppbyggd kring en geografisk organisation runt respektive sjukhus. Nu behövs andra former för att underlätta samverkan mellan sjukhusen och primärvården. Det är angeläget att sådana former tillskapas.

Samverkan med kommunen

Det finns enligt vår bedömning en ändamålsenlig styrning av samverkan med kommunerna genom läns gemensamma och lokala forum. Det finns en utvecklad och bra samverkan i länet mellan landsting och kommun både på övergripande nivå och lokalt. Samverkan är utvecklad på både organisatorisk nivå och individnivå.

Samordnad vårdplanering och informationsöverföring

Styrningen av vårdplaneringen och informationsöverföringen är enligt vår bedömning i huvudsak ändamålsenlig dels genom rutiner, dels genom IT-stöd som Meddix och gemensam journal mellan sjukhus och primärvård.

Dock finns problem vad gäller informationsöverföring kring läkemedel som innebär risker för patienterna (se nedan under Läkemedelsfrågor).

Läkemedelsfrågor

Det har hittills inte funnits en helt ändamålsenlig styrning kring läkemedelsfrågor för gruppen de mest sjuka äldre. Eftersom dessa ofta har många läkemedel för olika sjukdomar krävs ett samlat grepp över läkemedelsbehandlingen för att minska risken för oönskade effekter. Viss utbildning har getts och vid vissa sjukhuskliniker används apotekare som en resurs på sjukhusen för läkemedelsgenomgångar. Genom den handlingsplan för äldre och läkemedel som nu tagits fram finns dock förutsättningar för en ändamålsenlig styrning förutsatt att handlingsplanens åtgärder implementeras och genomförs.

I granskningen har dock framkommit ett riskområde som behöver åtgärdas omgående. De i granskningen beskrivna bristerna kring läkemedelslistor innebär både risk för felmedicinering och mycket merarbete.

Rehabilitering

Vi har i vår granskning inte funnit någon övergripande styrning kring rehabilitering. Dock framkommer i granskningen att det oftast finns förutsättningar för att de mest sjuka äldre får en rehabiliteringsbedömning och i vissa fall även rehabilitering på sjukhuset. Dock innebär korta vårdtider begränsningar för att en bra bedömning ska kunna göras. De mest sjuka äldre är ofta svåra att bedöma ur rehabiliterings-synpunkt eftersom dessa behöver en längre återhämtningstid innan rehabiliteringens är möjlig.

Kompetens

Det finns en i huvudsak ändamålsenlig styrning av tillgång till kompetens kring de mest sjuka äldre på sjukhusnivå och i primärvård genom tillgång till geriatrisk specialistvård och specialistteam. Kompetensutveckling kring de mest sjuka äldre har dock förekommit i begränsad omfattning.

I handlingsplanen kring äldre och läkemedel finns uppdrag att skapa ett särskilt faktadokument kring multisjuka. Detta är angeläget då det kan utgöra en bra grund för kompetensutveckling inom området.

Uppföljning av vården till multisjuka äldre och användning av Senior Alert

Det förekommer en viss uppföljning kring vården av de äldre genom kvalitetsregistrerat Senior Alert. Dock saknas en mer samlad uppföljning kring de mest sjuka äldre. Viss uppföljning är planerad inom ramen för handlingsplan för äldre och läkemedel. De i denna angivna skapandet av ett faktablad kring multisjuka är angeläget för att ha som grund för en uppföljning kring vården av målgruppen.