

Revisionsrapport

En tillgänglig och ändamålsenlig vård - De mest sjuka äldre

*Christel Eriksson
Certifierad kommunal
revisor
Jean Odgaard
Certifierad kommunal
revisor*

**Landstinget i Jönköpings
län**

Februari 2014

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Inledning	3
Bakgrund	3
Revisionsfråga och genomförande	3
Revisionsfråga	3
Revisionskriterier	3
Kontrollmål	4
Metod och genomförande	4
Avgränsning	5
Granskningsresultat	6
Förändringsarbete och styrning	6
Tillgänglighet till akut specialistvård	7
Det akuta omhändertagandet	8
Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och helhetsperspektiv	9
Tillgång till geriatrisk kompetens	10
Riskbedömning - Senior Alert	10
Läkemedelsgenomgång	11
Rehabiliteringsbedömning	11
Vårdplanering	11
Fast vårdkontakt och uppföljande läkarbesök	13
Återinskrivning	13
Uppföljning av vården	15
Kompetensutveckling	16
Revisionell bedömning	17

Sammanfattning

Revisorerna i Landstinget i Jönköpings län har uppdragit åt PwC att genomföra en granskning av vårdprocessen för de mest sjuka äldre inom specialiserad vård. Bakgrunden är en inledande granskning avseende tillgängligheten till den specialiserade vården, med inriktning mot patientens väg i hälso- och sjukvården. I granskningen framkom ”de mest sjuka äldre”, som den grupp där det återkommande uppstår brister i vårdprocessen. Vidare genomförde revisorerna år 2011 en granskning kring styrningen av vården till de mest sjuka äldre som visade på brister i styrningen av vården till denna målgrupp.

Revisionsfrågan för granskning har varit: Säkerställer landstingsstyrelsen att vården till de mest sjuka äldre inom specialiserad vård är tillgänglig och ändamålsenlig utifrån ett patientperspektiv? Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i huvudsak säkerställer tillgänglighet i den akuta vården men inte helt säkerställer att vården till de mest sjuka äldre inom specialiserad vård är ändamålsenlig.

Av granskningen framgår att väntetiderna på akutmottagningarna i många delar är acceptabla. Det akuta omhändertagandet är dock, i likhet med vid tidigare revision kring målgruppen, inte anpassat till målgruppens behov av helhetssyn utan har mer fokus på sjukdom/diagnos. Positivt är dock att Värnamo sjukhus utvecklat särskilda rutiner för det akuta omhändertagandet av äldre.

Vården ges i huvudsak utifrån de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Det finns tillgång till geriatrisk kompetens på samtliga sjukhus. Vidare sker en landstingsövergripande utveckling och det finns särskilda insatser riktade till målgruppen de mest sjuka äldre som exempelvis riskbedömning och så kallade fokuspatienter, en metod som upplevs ge positiva effekter av de som arbetar i vården. Positiva effekter av snabbspår för stroke och höftfraktur kommer även de mest sjuka äldre till del. Omfattningen av rehabiliteringsbedömningar, läkemedelsgenomgångar, information vid utskrivning och planering för fortsatt vård med fast vårdkontakt bedöms ha utvecklats. Primärvårdens medverkan i, alternativt information om, planeringen av den fortsatta vården har dock begränsats efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Utvecklingsarbetet kring s.k. fokuspatienter gör dock att primärvården får relativt snabb information om dessa patienter.

Trots detta förekommer återinskrivningar frekvent vilket enligt vår bedömning i många fall orsakas av dels otillräckliga tidiga insatser av primärvården och kommunal hemsjukvård, dels av korta vårdtider och brist på helhetsyn i specialistvården samt avsaknad av trygghet i en lättillgänglig fast vårdkontakt efter sjukhusvistelsen.

Uppföljningen med inriktning på målgruppen är under utveckling bl.a. som en följd av den nationella satsningen kring de mest sjuka äldre. Kompetensutveckling inom specialistvården med inriktning mot målgruppen ges i begränsad utsträckning.

För att utveckla omhändertagandet av de mest sjuka äldre och på sikt minska återinskrivningarna rekommenderar vi:

- att vården för de mest sjuka äldre utanför sjukhuset, i ordinärt boende och i särskilt boende, mer strategiskt inriktas på att undvika sjukhusvård genom att tidiga insatser ges bättre tillgänglighet, i samarbete med kommunerna. Detta kan åstadkommas med bl.a. stöd i kompetensutveckling av hemsjukvården, riskbedömning av och planering för tidiga insatser vid försämring hos enskilda patienter, en tydlig fast vårdkontakt och utvecklat läkarstöd från primärvården till den kommunala hemsjukvården.
- att sjukhusvården för de mest sjuka äldre strategisk inriktas på målgrupp (på samma sätt som för barn och unga) mer än på specialitet även om specialistinsatser ska finnas tillgängliga. Uppföljning av vården kan då underlättas och kompetensutveckling kan särskilt riktas till den personal som ger vård till målgruppen.

Vi anser att landstinget regelbundet bör följa upp omfattningen av patienter som är utskrivningsklara och finns kvar på sjukhuset då detta påverkar målgruppen och vårdplatssituationen på länets tre sjukhus.

Inledning

Bakgrund

Revisorerna har under 2013 genomfört en granskning (etapp 1) avseende tillgängligheten till den specialiserade vården, med inriktning mot patientens väg i hälso- och sjukvården. Utifrån primärvårdens perspektiv skulle patientgrupp och vårdkedjor identifieras där vården fungerar mindre väl. Resultatet av granskningen pekade entydigt ut ”de mest sjuka äldre”, som den grupp som bäst behöver fungerande samverkan. Det är också inom den grupp patienter som det återkommande uppstår problem, orsakade av brister i samverkan mellan olika vårdgivare.

Vi känner sedan tidigare igen bilden av att bristerna i patientens väg i vården ofta avser de mest sjuka äldre, dvs. äldre med sammansatta sjukdomsbilder och med återkommande behov av insatser och stöd. Revisorerna genomförde år 2011 en granskning av styrningen av vården till de mest sjuka äldre (multisjuka). I granskningen framkom inte någon övergripande styrning som särskilt rör målgruppen de mest sjuka äldre. Hittills har styrningen skett via vissa utvecklingsarbeten. Främst framkom att styrningen var svag när det gällde akut omhändertagande och rehabilitering av de mest sjuka äldre. Även på området läkemedel var styrningen begränsad. Däremot fanns en i huvudsak ändamålsenlig styrning vad gäller samverkan med kommunerna och kring vårdplanering och informationsöverföring. Det saknades en mer samlad uppföljning kring de mest sjuka äldre.

Regeringen har sedan år 2010 ingått årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre samt anslagit medel för utvecklingsåtgärder. Under 2011 tillsatte Regeringen en Äldresamordnare med uppdrag att arbeta kring dessa frågor. Sedan år 2012 sker ett arbete med vård och omsorg om mest sjuka äldre tillsammans med kommunerna inom ramen för Ledningskraft.

Med utgångspunkt från etapp 1 och tidigare granskning har nu revisorerna genomfört en granskning av vårdprocessen för de mest sjuka äldre inom specialiserad vård.

Revisionsfråga och genomförande

Revisionsfråga

Revisionsfrågan för denna granskning har varit:

Säkerställer landstingsstyrelsen att vården till de mest sjuka äldre inom specialiserad vård är tillgänglig och ändamålsenlig utifrån ett patientperspektiv?

Revisionskriterier

- Hälso- och sjukvårdslagen
- Socialstyrelsens råd och föreskrifter
- Budget med verksamhetsplan 2013
- Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - hjärtsvikt

De nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård berör inte särskilt behandling till äldre. Den problematik som framkom i etapp 1 handlar inte främst om den medicinska kvaliteten. Då det även saknas särskilda riktlinjer, vårdprogram eller motsvarande för vård av målgruppen De mest sjuka äldre har en stor del av kontrollmålen baserats på, utöver ovan angivna revisionskriterier, rapporter från Socialstyrelsen och SKL. I dessa redovisas analyser, statistik och goda exempel kring den aktuella målgruppen och där framkommer såväl framgångsfaktorer som problemområden för målgruppens vård. Vi har därför valt att formulera nedanstående kontrollmål utifrån dessa.

Kontrollmål

- Den akuta vården till de mest sjuka äldre är tillgänglig och ges i rimlig tid
- Det akuta omhändertagandet är anpassat efter målgruppen
- Vården ges utifrån från de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård men ges även med ett helhetsperspektiv på patientens totala situation.
- Det finns tillgång till geriatrisk kompetens för konsultation
- Riskbedömning genomförs med stöd av Senior Alert¹ och resultatet används i den fortsatta vård- och behandlingsplaneringen.
- Läkemedelsgenomgång genomförs i samband med vårdtillfället och en läkemedelsberättelse upprättas
- Rehabiliteringsbedömning eller motsv. genomförs inför hemgång
- Vårdplanering inför utskrivning genomförs där patienten är delaktig, där primärvården är delaktig, där kommunen är delaktig och där specialistvården lämnar en plan för fortsatt vård. Vårdplaneringen lämnas skriftligt till patienten
- Patienten (alt anhörig) får information om vem de kan kontakta om de försämras ("fast vårdkontakt")
- Ett uppföljande läkarbesök planeras in inom en vecka efter utskrivning alternativt annan individuppföljning sker inom en vecka
- Återinskrivningar inom 30 dagar sker i en begränsad utsträckning
- Vården till de mest sjuka äldre följs upp och analyseras på sjukhus-/ landstingsnivå med avseende på bl.a. patientens delaktighet/nöjdhet, medicinska resultat, patientsäkerhet och kön
- Personal inom slutenvården ges kompetensutveckling inom området äldre.

Metod och genomförande

Granskningen har omfattat samtliga tre sjukhus i landstinget; Länssjukhuset Ryhov, Höglandssjukhuset och Värnamo sjukhus.

Intervjuer har genomförts med personal på akutmottagning (2 intervjuer på respektive sjukhus) och ett urval av medicinska vårdavdelningar (2 st på respektive sjuk-

¹ Senior Alert är ett kvalitetsregister där varje person, 65 år eller äldre, registreras med riskbedömning, vidtagna åtgärder och resultat inom områdena fall, undernäring, trycksår och munhälsa.

hus där patienter i journalurvalet, se nedan, vårdats) samt verksamhetschefer för medicinkliniken på respektive sjukhus. Vidare har intervjuer genomförts med hälso- och sjukvårdsdirektör och utvecklingsledare på Qulturum.

En journalgranskning har genomförts som omfattade 10 patienter ur gruppen de mest sjuka äldre på respektive sjukhus (totalt 30 patienter). Journalgranskningen har genomförts med hjälp av granskningslista som baseras bl.a. på kontrollmålen. Urvalskriterier för journalstudien har varit: "Patienter i målgruppen de mest sjuka äldre²) inom diagnosgruppen hjärtsvikt som bor i ordinärt boende och som vårdats akut i slutenvård vid minst 2 tillfällen det senaste året. Senaste vårdtillfället bör inte vara senare än i oktober 2013".

Uppföljningsfakta/statistik från Öppna jämförelser (SKL) och landstingets egen uppföljning bl.a återinskrivningar har studerats.

Pågående projekt i landstinget inom ramen för nationell satsning De mest sjuka äldre har inventerats och redovisas översiktligt.

Granskningen kommer även att beskriva omfattningen av patienter som är utskrivningsklara och finns kvar på sjukhuset.

Rapporten har sakgranskats av berörda tjänstemän.

Avgränsning

Granskningen av den medicinska kvalitén har avgränsats till en översiktlig granskning av följsamhet till de nationella riktlinjerna med inriktning på hjärtsvikt.

Granskningen har avgränsats till att omfatta sjukhusvård.

² Definition av De mest sjuka äldre för denna revision: Personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom (Socialstyrelsens rapport De mest sjuka äldre: Avgränsning av målgruppen)

Granskningsresultat

Förändringsarbete och styrning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och Socialdepartementet gör gemensamt en statlig satsning – ”Bättre liv för sjuka äldre”. Satsningen bygger på en inventering av hur situationen ser ut och vilka områden som behöver prioriteras. Med de mest sjuka äldres behov i centrum och genom ekonomiska incitament ska satsningen uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov och förbättringarna ska leda till:

- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demens
- God läkemedelsbehandling för äldre
- God vård vid livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg kring de mest sjuka äldre

Det pågår ett samverkansprojekt i länet mellan landstinget och de tretton kommunerna, ”Ledningskraft så mycket bättre för sjuka äldre”.

Av intervjuer framgår att det finns en kunskap och medvetenhet om att antalet återinskrivningar är högt. Enligt uppgift från mars 2013 var 140 av landstingets totalt 1 021 vårdplatser upptagna av patienter som återinskrivits akut inom 30 dagar efter sitt förra vårdtillfälle. Det innebär att nästan var femte patient över 65 år skrivs in på sjukhus inom en månad efter att de senast skrevs ut.

För att komma tillrätta med problem avseende återinskrivningar har en rad olika åtgärder vidtagits under år 2013. Bland annat infördes begreppet ”fokuspatient” vilket innebär att specialistvården ska identifiera patienterna och att primärvården får information om och agerar när de vet vilka patienter som riskerar återinskrivning. En fokuspatient är en patient över 65 år som uppfyller minst ett av följande:

- Har haft en tidigare inläggning under de senaste 12 månaderna
- Har en aktuell huvud- eller bidiagnos som är diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL eller stroke
- Vårdgivaren bedömer att det finns risk för återinskrivning/ökat vårdbehov

Landstinget satsade sju mnkr i en prestationsersättning för att minska återskrivningarna. Syftet med denna satsning var att ge verksamheterna resurser för att förebygga återinskrivningar och premiera de som lyckas.

Av dessa riktades motsvarande 2,1 mnkr till den specialiserade vården för insatser i utskrivningsprocessen av s.k. fokuspatienter för:

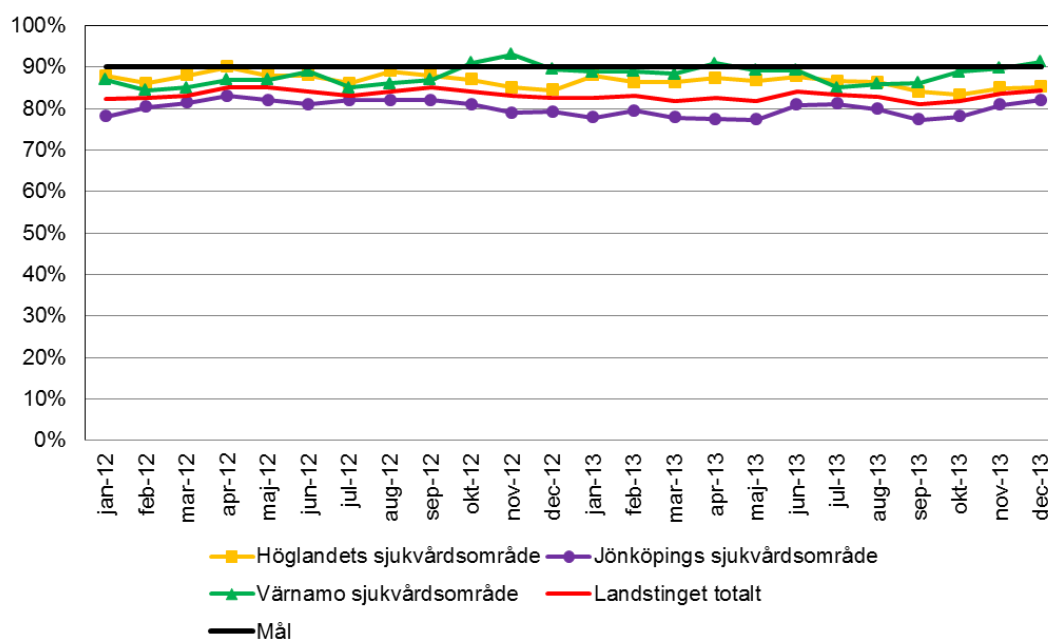
- Remiss till primärvården inom ett dygn från utskrivning
- Uppföljande telefonsamtal inom 72 timmar

Den specialiserade vården ska genom fokusprocessen säkra ett förstärkt omhändertagande genom att patienterna med risk för återinskrivning identifieras. Vidare ska fokusremiss skickas till primärvården inom ett dygn från utskrivning. Specialistvården ska ha ett uppföljande telefonsamtal inom 72 timmar. I fokusprocessen ingår även ett arbete med vårdprevention (identifiera risker och påbörja åtgärder) och läkemedel (checklista).

Tillgänglighet till akut specialistvård

Värnamo sjukhus nådde i stort målsättningen om handläggningstid på akutmottagningen inom fyra timmar. Lägst målluppfyllelse återfinns på Länssjukhuset Ryhovs (se diagram 1 nedan).

Diagram 1: Andel patienter som fått hjälp och lämnat akutmottagningen inom fyra timmar, 2012-2013.



Väntetiden uppges vara påverkad av läkarbemanning samt av att antalet sökande har ökat. Väntetiden kan även påverkas av om patienten först bedöms av en specialitet och därefter slussas till annan.

Företrädare för verksamheten uppger att de patienter som läggs in har behov av sjukhusvård men de bedömer att behovet kunde undvikits om insatser satts in tidigare.

Det finns ingen särskild statistik på handläggningstid/tillgänglighet för målgruppen de mest sjuka äldre. Av journalgranskningen som genomförts framgår att merparten av patienterna hanteras inom 2-3 timmar. Av 30 patienter i journalgranskningen hade 5 patienter en handläggningstid på mer än fyra timmar. (längsta ca 5 timmar).

Det akuta omhändertagandet

Av intervjuer med företrädare från akutmottagningarna framgår att vid ankomst till akutmottagningen sker s.k. triagering³ utifrån hälsotillstånd och prioritering av patienterna sker med utgångspunkt från detta.

Det finns några s.k. snabbspår förbi akutmottagningen på samtliga sjukhus. Dessa avser stroke, höftfrakturer, hjärtinfarkt samt Geriatrik direkt. Kriterierna för Geriatrik direkt är dock snäva och avser inte specifikt målgruppen de mest sjuka äldre. Hjärtsviktspatienten kommer vanligen in via det vanliga flödet till akutmottagningen.

Omhändertagande på akutmottagningen på Länssjukhuset Ryhov och Höglandsjukhuset är inte särskilt anpassat efter målgruppen även om personalen uppger att man försöker göra riskbedömning och beakta de äldres särskilda omvårdnadsbehov. Det finns inga sjukhussängar utan patienten läggs på britsar med risk för trycksår. Vidare saknas möjlighet att tillhandahålla mat, utan den vårdsökande får hålla tillgodo med smörgås och nyponsoppa eller motsvarande. Det framhålls i intervjuerna att detta innebär risker vad gäller nutrition och uttorkning och är viktigt att beakta för patienter med exempelvis diabetes. Dock har Värnamo sjukhus dokumenterade riktlinjer för akut omhändertagande av äldre som bl.a. anger riktlinjer för väntetid, mat, läkemedelslista, tillsyn och övervakning, riskbedömning, omvårdnad och dokumentation samt att den äldre patienten ska läggas i säng direkt. Företrädare för akutmottagningen på Värnamo sjukhus uppger att man arbetar efter dessa.

I intervjuerna efterlyses ett särskilt flöde för de mest sjuka äldre. Vidare anser flera att en betydande mängd äldre med hjärtsvikt kommer till akuten från särskilt boende och många av dessa patienter borde kunna hanteras bättre inom den kommunala omsorgen och skulle inte behöva komma till akuten. Patienten har många gånger en förväntan om att vården skulle vara förberedd på akuten. Så är inte fallet utan de hanteras på samma sätt som övriga vårdsökande.

När patienten kommer till vårdavdelning uppges omhändertagandet vara ändamålsenligt. Patienten har många gånger ett stort omvårdnadsbehov. Personalen behandlar i första hand hjärtsvikten.

På Länssjukhuset Ryhov hamnar en del patienter på akutvårdsavdelning. Här är vårdtiden i genomsnitt 1,2 vårddygn. På denna avdelning finns inte möjlighet att initiera vårdplanering. Om vårdbehovet är mer omfattande ska patienten läggas in

³ Förenklat kan triagering beskrivas som en systematisk bedömning av tillstånd som används för att göra prioritering av patienter.

på annan vårdavdelning. Det sker då heller ingen risk- eller rehabiliteringsbedömning. Uppföljning av vårdepisoden genomförs endast efter uppdrag från läkare.

I intervjuerna framhålls att samverkan mellan primärvård och vårdpersonal på särskilda boenden/hemsjukvården är ett annat utvecklingsområde. Bl.a. uppger akutmottagningens personal att många patienter med hjärtsvikt inte skulle behöva komma till akutmottagningen och eventuellt bli inlagda om det fanns en större uppmärksamhet på tidiga symtom. Många hjärtsviktpatienter skulle då kunna behandlas i större utsträckning i boendet/hemmet exempelvis vid andningsproblem. Det framkommer även att många äldre patienter med hjärtsvikt kommer till sjukhuset på grund av att de tagit fel mediciner eller har fått fel dosering för sin hjärtsvikt. Kunskapen om tidiga symtom som exempelvis viktuppgång eller andningspåverkan kan förbättras och de intervjuade upplever att kommunens sköterskor i vissa fall hade behövt mer läkarstöd i sitt arbete. Patienter i livets slutskede kommer i vissa fall till akutmottagningen trots att det finns dokumenterat s.k. brytpunktssamtal och planering för insatser för att undvika sjukhusvård.

Vid Höglandssjukhuset finns en ledningsgrupp (Esther) som fortsatt arbetet efter tidigare projektet för äldre. Det finns även en motsvarande nätverksgrupp med representanter för sjukhusens verksamheter. I dessa forum tas frågor och utvecklingsområden upp med syfte att förbättra omhändertagandet för de mest sjuka äldre.

Som angetts ovan inleds det akuta omhändertagandet på akutmottagningen med en s.k. triagering. I rapporten ”Triage som prioriteringsinstrument på akutmottagning – en etisk analys av RETTS” från Prioriteringscentrum i Linköping 2012:2 lyfts fram att vissa patientgrupper exempelvis de mest sjuka äldre är en kategori där triageringen ibland upplevs problematisk och inte alltid fångar prioriteringsbehovet för dessa patienter. Detta bekräftas också i våra intervjuer där det framhålls att en prioritering utifrån hälsotillstånd många gånger innebär väntetider på akutmottagningen för målgruppen.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård och helhetsperspektiv

Av intervjuerna framgår att vården ges utifrån de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Socialstyrelsens nationella riktlinjer avser dock behandlingsrekommendationer som i första hand är relaterade till en sjukdomsgrupp. Intervjuad personal på vårdavdelningar ger exempel på att vården individualiseras vid till exempel demens. Vid Höglandssjukhuset arbetas med standardvårdplaner som utgår från de nationella riktlinjerna för bl.a. hjärtsviktpatienter.

Många patienter i tidig hjärtsvikt eller som fått förändrad läkemedelsbehandling följs upp på s.k. hjärtsviktsmottagning på sjukhusen. Där ges patienterna information om sin sjukdom, egenvård, läkemedelsbehandling mm. och eventuellt förändrad läkemedelsbehandling följs upp.

Vid intervjuerna uppges att det är svårt att skapa ett helhetsperspektiv för patienten på specialistavdelningarna. Geriatriken uppges oftast vara bättre på det även om

medicinklinikerna försöker arbeta efter detta. Fokus är dock alltid aktuell sjukdom/diagnos och åtgärder kopplade till denna.

Tillgång till geriatrisk kompetens

Av intervjuerna framgår att det finns tillgång till geriatrisk kompetens för konsultation. Det finns kompetens kopplat till geriatrisk vårdavdelning på samtliga sjukhus. Vidare finns det ett mobilt geriatrisk team att tillgå i sjukvårdområdena Värnamo, Jönköping och vid Höglandssjukhuset sedan januari 2014. Tanken är att dessa team ska förbättra omhändertagandet genom hembesök och telefonkontakter.

Medicinklinikerna vid Värnamo sjukhus och vid Höglandssjukhuset uppger att man har ett omfattande samarbete med geriatriken och avser att utveckla detta ytterligare kring bl.a. vårdplatser, mobilt team, snabbspår. Numera kan medicinjouren lägga in patienter direkt på geriatrisk avdelning om det finns plats.

Riskbedömning - Senior Alert

Av granskningen framgår att riskbedömning sker av alla patienter som skrivs in på vårdavdelning och är över 65 år. Bedömningen görs tidigt i vårdförloppet på vårdavdelningen och dokumenteras i patientens journal. Registrering sker i Senior Alert. Uppgift om s.k. ADL status⁴ efterfrågas vid vårdplanering av patient.

Av granskningen framgår att resultatet används i begränsad omfattning i den fortsatta vård- och behandlingsplaneringen. Jönköpings kommun började införa Senior Alert under år 2013. Möjlighet till kommunikation mellan huvudmännen kring resultatet i Senior Alert är begränsad.

Syftet med riskbedömningen uppges i första hand vara att reducera risker på vårdavdelningen. Intervjuad vårdpersonal menar att personalen inte får någon återkoppling från nästa vårdnivå. Bedömningen görs utifrån ett första intryck av patienten.

På Länssjukhuset Ryhov har vårdplaneringsteamet vid vårdplaneringstillfället endast tillgång till uppgift om riskbedömning om muntlig informationsöverföring har givits. Uppgifterna finns vid vårdplaneringstillfället inte tillgängligt i journal och man har inte tillgång till uppgifterna i Senior Alert. Vid Värnamo sjukhus och vid Höglandssjukhuset finns riskbedömningen noterad/sammanfattad i omvårdnadsjournalen (noterades i journalgranskningen).

I journalgranskningen var 27 av de 30 patienterna riskbedömda i Senior Alert.

Vid intervjuerna framkommer en efterfrågan på en mer översiktlig uppföljning av uppgifter ur Senior Alert på systemnivå. Detta inte minst för att öka motivationen för att registrera vilken ju stimuleras av återkoppling och att man ser nyttan även mer långsiktigt (detta uppges vara viktigt för alla kvalitetsregister).

⁴ ADL är en förkortning av Aktiviteter i det Dagliga Livet. Bedömningen utgår från individens funktionsnivå och beskriver förmågan att klara av de grundläggande och vardagliga aktiviteterna i livet.

Läkemedelsgenomgång

Enkel läkemedelsgenomgång genomförs i vissa fall av apotekare för patienter som är klassade som fokuspatienter. Apotekare träffar patient och går igenom vilka läkemedel som är utskrivna och hur de tas. Apotekaren granskar läkemedelsinteraktioner och njurfunktion. Vid behov granskas enskilda läkemedel. Apotekaren dokumenterar i journal. Viktiga iakttagelser informeras om möjligt muntligen till läkare. Apotekare närvarar inte vid medicinsk rond.

Verksamhetscheferna uppger att samtliga patienter på medicinklinikerna får en ”mindre läkemedelsgenomgång” med anledning av att läkemedel är ”medicinspecialiténs” främsta behandling. Det är därför ofta aktuellt att förändra eller justera läkemedelsbehandlingen. En mer omfattande läkemedelsgenomgång görs för vissa patienter om det bedöms finnas behov. Korta vårdtider gör att det är svårt att hinna göra mer omfattande läkemedelsgenomgång under vårdtiden.

Det finns en rutin för en enkel läkemedelsberättelse. Ett dokument – information om din vårdtid – lämnas till patient i samband med utskrivning (se även nedan under vårdplanering). Dokumentet innehåller enkel information om vilken behandling som givits patienten under vårdepisoden samt information om läkemedelsförändring. Denna rutin omfattar endast fokuspatienter vid Länssjukhuset Ryhov men ges till fler patienter vid övriga sjukhus. Av intervjuerna framgår att denna rutin inte tillämpas systematiskt.

Verksamheten uppger att patienter som tagit felaktig dosering eller tagit fel medicin är en relativt vanligt förekommande anledning till försämring och akut sjukhusvård. Patientens lista på läkemedel som apoteken lämnar om uttagna läkemedel bedöms vara en trolig orsak till att det uppstår oklarheter för patienterna. För många patienter kan det vara svårt att skilja den från läkemedelslistan från läkaren.

I journalgranskningen hade det för 11 av 30 patienter gjorts en fördjupad läkemedelsgenomgång och för 2 av dessa fanns en läkemedelsberättelse (Länssjukhuset Ryhov).

Rehabiliteringsbedömning

För samtliga patienter som är föremål för vårdplanering tas ADL-status. Arbetsterapeut och sjukgymnast finns tillgängliga vid behov. En mer fördjupad rehabiliteringsbedömning görs oftast inte för den aktuella målgruppen på grund av korta vårdtider. Om patienterna får fortsatt vård inom exempelvis geriatriken görs en mer fördjupad rehabiliteringsbedömning.

I journalgranskningen hade 17 patienter fått en ADL-bedömning alternativt rehabiliteringsbedömning av sjukgymnast eller arbetsterapeut. För övriga patienter var det ej behov av sådan.

Vårdplanering

Vårdplanering genomförs för patienter som omfattas av insatser från den kommunala hemsjukvården. Vårdplanering äger rum om det finns ett förändrat vårdbehov. Patienten kan neka till (avböja) vårdplanering. Numera väljer kommunerna i vissa

fall att genomföra vårdplanering i hemmet för de som kan återgå till ordinärt boende.

På Länssjukhuset Ryhovs finns ett vårdplaneringsteam från Jönköpings kommun stationerat. Teamet är bemannat med biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut. Kommunen har också initierat ett arbete med vårdplanering i hemmet. Högländssjukhuset har ett " eget " vårdplaneringsteam med sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut som genomför vårdplaneringar med kommunens företrädare. I Värnamo finns två kommunala vårdlotsar på sjukhuset några timmar varje dag.

Företrädare från specialistvården skickar en kallelse till vårdplanering och dokumenterar information om patientens status i dokumentationssystemet Meddix men närvarar inte alternativt deltar endast i begränsad omfattning vid vårdplaneringen. Den skriftliga dokumentationen kompletteras med muntlig information till vårdplaneringsteamet innan eller i samband med att vårdplaneringen äger rum. Någon plan för fortsatt vård lämnas inte vid själva vårdplaneringstillfället. Medicinsk vård enhet B inom medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov ger ingen muntlig information utan vårdplaneringsteamet har endast tillgång till kallelsen.

Vanligen deltar patient och ofta även anhörig samt biståndshandläggare från kommunen. Sjuksköterska från specialistvården ger information till kommunens representanter men deltar inte direkt i planeringen. Kommunens sjuksköterskor deltar för vissa patienter med stora medicinska behov. Dokumentation av genomförd vårdplanering sker i Jönköping i det kommunala journalsystemet Magna Cura över vilka som har deltagit vid vårdplaneringstillfället. Det kommunala beslut som skickas hem till patient innehåller oftast inte information om vilka som deltagit. Vid sjukhuset i Värnamo och vid Högländssjukhuset noteras uppgifter från vårdplaneringen i Meddix. Patienten får ingen dokumentation från den gemensamma vårdplaneringen men får senare skriftligt beslut från kommunens biståndshandläggare på de insatser som planerats exempelvis korttidsvård, särskilt boende eller insatser i hemmet.

Företrädare från primärvården kallas vanligen inte till vårdplanering. Detta gjordes tidigare men har ändrats efter kommunalisering av hemsjukvården. Genom rutinen kring fokuspatienter bedömer verksamheterna att primärvården kommer att bli mer delaktiga i uppföljningen av patienten.

Av intervjuer med företrädare från vårdplaneringsteamet framgår att vårdplaneringsprocessen kan förbättras. Samverkan mellan huvudmännen kan utvecklas. Kommunens sjuksköterskor har inte tillgång till journaldokumentation i Cosmic (vilket man hade tidigare innan kommunaliseringen av hemsjukvården).

Vid sjukhuset i Värnamo och vid Högländssjukhuset får i stort sett alla patienter en dokumentation som görs av läkare vid utskrivning (se även ovan under avsnitt Läkemedel). Där framgår bl.a. vad som gjorts under vårdtiden, aktuella läkemedel, ev. instruktioner samt planerad uppföljning. Detta verifieras i journalgranskningen där detta finns för i stort samtliga patienter.

För 10 av de 30 patienterna hade vårdplanering genomförts. Dock fanns 13 patienter där det inte var aktuellt att göra vårdplanering exempelvis för att make/maka vårdade och en patient hade själv avböjt vårdplanering.

Fast vårdkontakt och uppföljande läkarbesök

För de patienter som är definierade som fokuspatienter (se ovan under avsnitt Förändringsarbete och styrning) finns vid utskrivning oftast angivet en fast vårdkontakt i form av läkare på vårdcentral. Vissa av patienterna får uppföljning på exempelvis hjärtmottagningen. Vid utskrivning finns således oftast en plan för fortsättningen. Däremot finns ingen ”plan B” om uppföljande läkarbesök dröjer. Vid sjukhuset i Värnamo har dock patienten (eller dess anhörig) möjlighet att ringa vårdavdelningen den närmaste veckan efter utskrivning. Patienten får ett kort med hem med information om telefonnummer mm.

I Värnamo finns sedan april 2013 ett mobilt geriatriskt team och ett sådant startar vid Höglandssjukhuset i januari 2014. Vissa patienter kan slussas till detta team som då följer upp och eventuellt ger kompletterande behandling i hemmet. Dock är kapaciteten för detta team begränsad och de kan inte arbeta med så många patienter samtidigt. Medicinkliniken och geriatriken planerar inom ramen för geriatriska teamet för en ev. särskild satsning på hjärtsviktspatienter där medicinkliniken också medverkar. Dessa planeras då även att öka sin kommunikation med vårdcentralerna.

Av journalgranskningen framgår att uppföljningen ofta inte sker så snabbt som inom en vecka men samtliga 30 patienter i granskningen hade en planering för uppföljning efter sjukhusvistelsen, vanligen i primärvård men några få i specialistvård. Det sker som regel ingen uppföljning av patient som varit inlagd på akutvårdsavdelning.

I samband med intervjuerna framkom att sjukhusets personal upplever att fler patienter borde få kommunal korttidsplats efter sjukhusvistelsen. Det uppges att det är brist på sådana varför många får återgå till ordinärt boende trots stora vård- och omsorgsbehov.

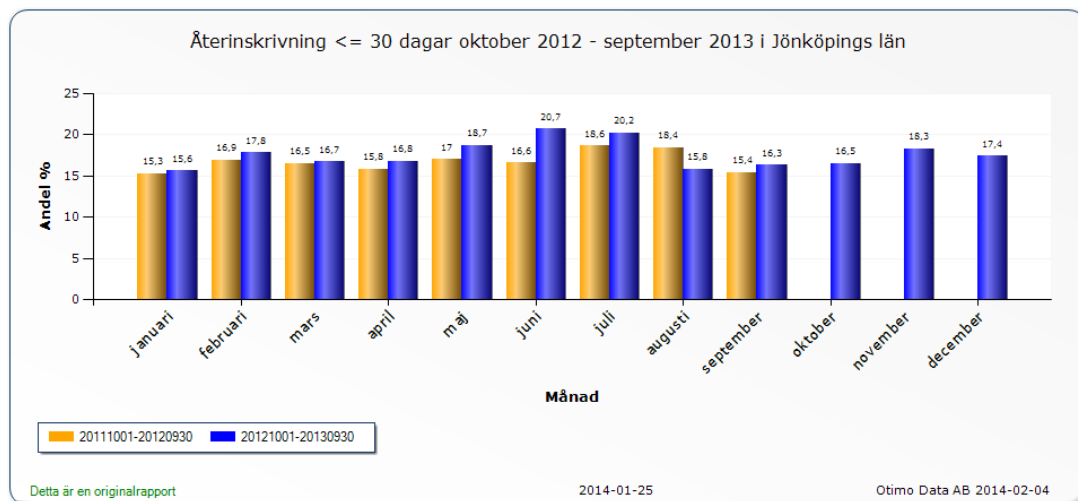
Omhändertagandet i primärvården lyfts fram av flera av de intervjuade. Några efterlyser en särskild hjärtsviktssjuksköterska på vårdcentralerna som kunde stå för kontinuitet och vara en fast vårdkontakt på samma sätt som för diabetespatienter.

Återinskrivning

Landstinget i Jönköpings län har haft förhållandevis många patienter som har återinskrivits inom 30 dagar. Det finns inget specifikt mått för återinskrivningar i de öppna jämförelserna. För hjärtsjukvården finns kvalitetsindikatorn ”Andel patienter som återinskrivs inom 30 dagar eller avlider efter sjukhusvårdad hjärtsvikt”. Här befinner sig landstinget strax under riskgenomsnittet.

I tabellen nedan beskrivs utvecklingen⁵ i Jönköpings län under senaste året. Av uppgifterna framgår att andelen återinskrivna var högre under år 2013 än under år 2012.

Diagram 2: Återinskrivning <= 30 dagar oktober 2012 – september 2013



Det finns en kunskap om att många patienter återinskrivs och återinskrivningsfrekvensen följs på samtliga sjukhus. Den strategi som tillämpas för att ändra på detta är rutinen för s.k. fokuspatienter (se avsnitt Förändringsarbete och styrning). Rutinen sker i överenskommelse med primärvården.

Av vår granskning framgår att inskrivande läkare bedömer om patienten ska betraktas som en fokuspatient. För dessa patienter upprättas en särskild blankett på vårdavdelningen och blanketten vidarebefordras (digitalt) till primärvården efter utskrivning. Fokuspatienterna får (om möjligt) en uppföljande telefonkontakt av en sjuksköterska på sjukhuset inom 72 timmar efter utskrivning till hemmet. Primärvården ska sedan ha en förnyad kontakt inom ca en vecka. Det är inte alltid patientansvarig sjuksköterska gör den uppföljande kontakten utan detta kan göras av annan sjuksköterska. Av intervjuerna framgår att denna rutin dock inte tillämpas systematiskt i nuläget. I intervjuerna och vid journalgranskningen framkom några exempel på att primärvården kontaktat inom en vecka.

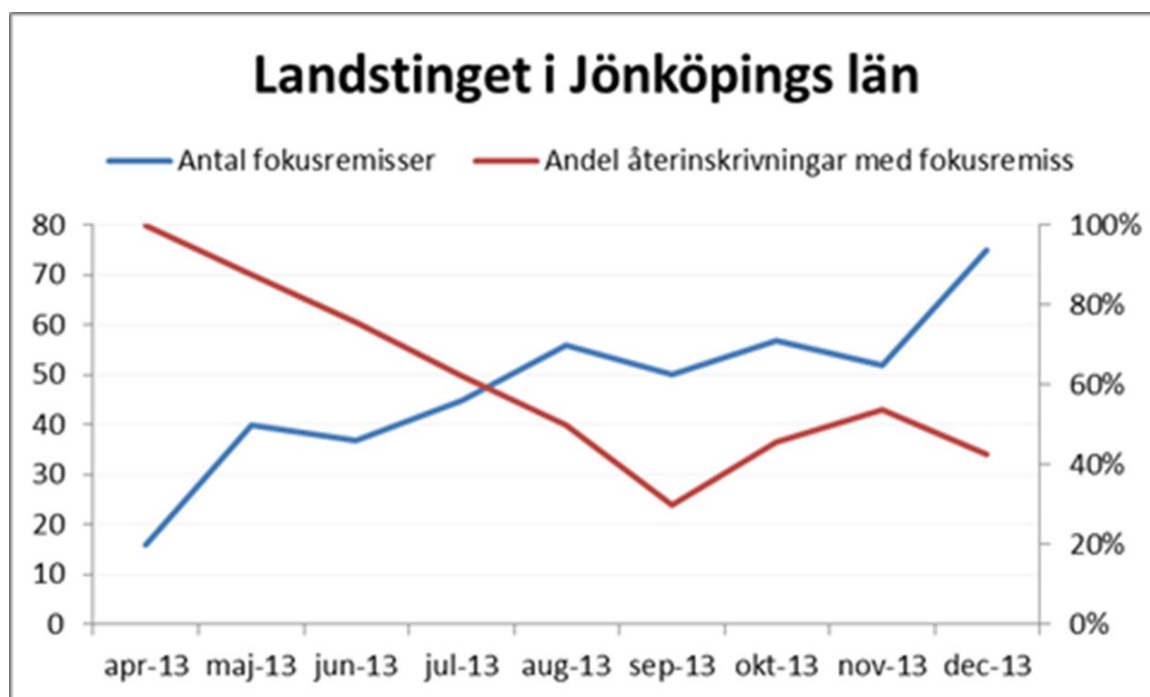
Rutinen har ännu inte fått fullt genomslag. Det diskuteras att rutinen kommer att ändras under år 2014 och att det blir sjuksköterskan (istället för läkaren) som definierar vem som är fokuspatient (och att kriterierna ska bli bredare).

Vid intervjuerna med verksamhetsföreträdare uppges att återinskrivning inom 30 dagar sker för ca 20 % av patienterna. Dock är det bara ca 8 % som återinskrivs med diagnos hjärtsvikt. Övriga har andra problem även om de är hjärtsviktspatienter.

⁵ Källa: Kvalitetsportal, en portal för sammanhållen vård och omsorg av mest sjuka äldre, SKL

Av intervjuer med hälso- och sjukvårdsdirektör framgår att effekten av arbetet med fokuspatienter hittills har varit svag (se diagram nedan). Landstinget har under 2013 börjat med "högriskgrupper" och antalet patienter är fortfarande för litet för att ge effekt vad gäller återinskrivningar på helhetsnivå. Få remisser har hittills gått ut till primärvården.

Diagram 3: Antal fokusremisser samt andel återinskrivningar med fokusremiss



Vi har inte funnit någon löpande uppföljning på akutmottagningarna på patienter som återkommer ofta dvs de som återvänder hem efter akutbesöket finns inte med i uppföljningen bara de som återinskrivs till slutenvård.

Vid intervjuerna framkommer att personalen ser trygghet som en viktig faktor för att minska återinskrivning. Det kan exempelvis handla om att veta vem man kan kontakta när man är orolig eller börjar känna sig sämre. Tillgången till detta borde finnas dygnet runt enligt de intervjuade.

I journalgranskningen fanns relativt många fokuspatienter. Av de 30 patienterna hade mer än hälften återinskrivits inom 30 dagar i vissa fall redan inom några få dagar. Återinskrivningarna inom 30 dagar för patienterna i journalgranskningen var något färre vid Höglandssjukhuset.

Uppföljning av vården

I den uppföljning som sker övergripande på akut- och medicinklinik görs ingen särskild selektering eller analys för de mest sjuka äldre.

Den uppföljning som sker avser kvalitetsindikatorer generellt för de mest sjuka äldre. På landstingsövergripande nivå sker uppföljning utifrån de kvalitetsindikatorer som ingår i den nationella satsningen. Bland annat följs indikatorer kring omfattningen av registrering i vissa kvalitetsregister (Palliativa registret, Senior Alert,

Demensregistret), riskbedömning av munhälsa, läkemedelsförskrivning, undvikbar slutenvård och återinläggning.

Således görs ingen särskild uppföljning för patientgruppen avseende delaktighet/nöjdhet, medicinska resultat och patientsäkerhet. Ej heller någon analys vad gäller kön.

Uppgift om omfattning av patienter som är utskrivningsklara och finns kvar på sjukhuset finns inte samlat på landstingsnivå. För att få en bild av hur stor omfattningen är bad vi medicinkliniken på Länssjukhuset Ryhov att ta fram uppgiften för år 2013. I medeltal befinner sig 3,6 – 6 utskrivningsklara patienter per dag på verksamhetens 85 disponibla vårdplatser.

Kompetensutveckling

Det ges generellt ingen särskild kompetensutveckling till personal på sjukhusets medicinkliniker inom området äldre. I intervjuerna framkommer att i samband med annan utbildning kan målgruppen lyftas fram som exempelvis i utbildningar kring läkemedel och vissa sjukdomar. Det förekom även en del utbildning tidigare i samband med projekten Herman och Britta (Värnamo sjukhus) och Ester (Höglands-sjukhuset). Viss kompetensutveckling kring omvårdnad uppges ha huvudfokus på äldre exempelvis om munhäsovård.

Vid Värnamo sjukhus finns särskilda äldreansvariga sjuksköterskor som ger viss utbildning till övrig personal. Höglandssjukhuset har varje år något som kallas ”Esther-strategidag” där viss utbildning ingår.

Revisionell bedömning

Revisionsfrågan för denna granskning har varit: Säkerställer landstingsstyrelsen att vården till de mest sjuka äldre inom specialiserad vård är tillgänglig och ändamålsenlig utifrån ett patientperspektiv? Vår bedömning är att landstingsstyrelsen i huvudsak säkerställer tillgänglighet i den akuta vården men inte helt säkerställer att vården till de mest sjuka äldre inom specialiserad vård är ändamålsenlig.

Vi menar att tillgängligheten i huvudsak är säkerställd. Av granskningen framgår att väntetiderna på akutmottagningarna i många delar är acceptabla. Triagering och prioritering på akutmottagningarna och det akuta omhändertagandet utgår dock i första hand från hälsotillstånd och sjukdom snarare än en bedömning av den specifika målgruppens behov.

Vår bedömning baseras på att det finns områden och verksamheter i den specialiserade vården som inte helt anpassats till målgruppens behov främst av helhetssyn. Det akuta omhändertagandet är, i likhet med vid tidigare revision kring målgruppen, inte anpassat till målgruppens behov utan har mer fokus på sjukdom/diagnos. Positivt är dock att Värnamo sjukhus utvecklat särskilda rutiner för det akuta omhändertagandet av äldre.

Vården ges i huvudsak utifrån de nationella riktlinjerna för hjärtsjukvård. Det finns tillgång till geriatrisk kompetens på samtliga sjukhus. Geriatrisk verksamhet bedöms ha mer av helhetssyn än övrig specialistvård varför inriktningen med s.k. snabbspår till geriatriken bedöms positivt. Dock är det en begränsad grupp som får del av detta bl.a. på grund av tillgång till vårdplatser inom geriatriken. Det återstår att se vilken effekt de mobila geriatriska teamen kommer att få för målgruppen.

Det sker en landstingsövergripande utveckling och det finns särskilda insatser riktade till målgruppen de mest sjuka äldre som exempelvis riskbedömning och så kallade fokuspatienter, en metod som upplevs ge positiva effekter av de som arbetar i vården. Positiva effekter av snabbspår för stroke och höftfraktur kommer även de mest sjuka äldre till del. Omfattningen av rehabiliteringsbedömningar, läkemedelsgenomgångar, information vid utskrivning och planering för fortsatt vård med fast vårdkontakt bedöms ha utvecklats. Primärvårdens medverkan i, alternativt information om, planeringen av den fortsatta vården har dock begränsats efter kommunaliseringen av hemsjukvården. Utvecklingsarbetet kring s.k. fokuspatienter gör dock att primärvården får relativt snabb information om dessa patienter.

Trots detta förekommer återinskrivningar frekvent (se diagram 2) vilket enligt vår bedömning i många fall orsakas av dels otillräckliga tidiga insatser av primärvården och kommunal hemsjukvård, dels av korta vårdtider och brist på helhetssyn i specialistvården samt avsaknad av trygghet i en lättillgänglig fast vårdkontakt efter sjukhusvistelsen. Vi kan inte säkert se att den satsning som hittills gjorts för fokuspatienter har varit tillräcklig för att ge effekt på andelen återinskrivningar för målgruppen. I uppföljningen av fokuspatienterna (se diagram 3) finns en viss tendens till minskad återinskrivning för denna grupp men det är ännu för få patienter i un-

derlaget för att få en säker bild av effekterna. Dock har arbetet med fokuspatienter hittills endast pågått en kortare tid.

Uppföljningen med inriktning på målgruppen är under utveckling bl.a. som en följd av den nationella satsningen kring de mest sjuka äldre. Kompetensutveckling inom specialistvården med inriktning mot målgruppen ges i begränsad utsträckning.

För att utveckla omhändertagandet av de mest sjuka äldre och på sikt minska återinskrivningarna rekommenderar vi:

- att vården för de mest sjuka äldre utanför sjukhuset, i ordinärt boende och i särskilt boende, mer strategiskt inriktas på att undvika sjukhusvård genom att tidiga insatser ges bättre tillgänglighet, i samarbete med kommunerna. Detta kan åstadkommas med bl.a. stöd i kompetensutveckling av hemsjukvården, riskbedömning av och planering för tidiga insatser vid försämring hos enskilda patienter, en tydlig fast vårdkontakt och utvecklat läkarstöd från primärvården till den kommunala hemsjukvården.
- att sjukhusvården för de mest sjuka äldre strategisk inriktas på målgrupp (på samma sätt som för barn och unga) mer än på specialitet även om specialistinsatser ska finnas tillgängliga. Uppföljning av vården kan då underlättas och kompetensutveckling kan särskilt riktas till den personal som ger vård till målgruppen.

Vi anser att landstinget regelbundet bör följa upp omfattningen av patienter som är utskrivningsklara och finns kvar på sjukhuset då detta påverkar målgruppen och vårdplatssituationen på länets tre sjukhus.

2014-03-18

Christel Eriksson

Projektledare

Jean Odgaard

Uppdragsledare