

Förord

Landstingets revisorer tillsammans med revisorerna i Arvika, Eda, Årjäng, Sunne, Kil, Filipstad, Karlstad, Säffle, Forshaga, Kristinehamn, Hammarö och Storfors kommuner gemensamt prioriterat en granskning av samverkan i vårdkedjan för äldre.

En av beröringspunkterna mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör åtgärder som utförs av olika huvudmän (landstinget och kommunerna), i s.k. vårdkedjor. I gränssnitten mellan kommunerna och landstinget finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att patienterna inte får den vård och omsorg som de behöver. Sådana risker kan också finnas i gränssnitten mellan enheter inom en och samma huvudman.

Den granskning vi har utfört har avsett en kartläggning och bedömning av vårdkedjor för målgruppen som innehar insatser från kommunernas vård och omsorg för äldre. Även gränssnittet mellan primär- och sjukhusvård inom landstinget har ingått i granskningen. Brister i dessa vårdkedjor kan medföra sämre förutsättningar för de vårdkedjor som direkt rör kommunerna.

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	4
3.	Revisionsinriktning	4
3.1	Syfte	4
3.2	Avgränsning	5
3.3	Ansvariga nämnder/styrelse	5
3.4	Revisionskriterier	5
3.5	Projektorganisation	6
4.	Metod och genomförande	6
4.1	Vårdkedjan - GAP analys	7
5.	Utveckling av vård och omsorg för äldre	9
6.	Lagstiftning och föreskrifter	11
6.1	Bakgrund	11
6.2	Aktuell lagstiftning och föreskrifter	12
7.	Samverkan mellan landstinget och kommunerna	14
7.1	Beredningsgruppen	14
7.2	Vårdplaneringsgrupp	15
7.3	Huvudmännens riktlinjer och överenskommelser	16
7.4	Huvudmännens uppföljning av samverkan och avvikelserapportering	18
7.4.1	Vår bedömning	20
8.	Genomförande av vårdkedjan	21
8.1	Inledning	21
8.2	Gap 1 Före inläggning vid sjukhus	23
8.2.1	Iakttagelser kommuner	23
8.2.2	Iakttagelser primärvård	24
8.2.3	Iakttagelser sjukhus	24
8.3	Gap 2 Ankomst vid sjukhus och inläggning	24
8.3.1	Iakttagelser kommuner	25
8.3.2	Iakttagelser primärvård	25
8.3.3	Iakttagelser sjukhus	25
8.4	Gap 3 Vård och behandling vid sjukhus	26
8.4.1	Iakttagelser kommuner	26

8.4.2	Iakttagelser primärvård	27
8.4.3	Iakttagelser sjukhus	28
8.5	Gap 4 Samordnad vårdplanering	28
8.5.1	Iakttagelser kommuner	29
8.5.2	Iakttagelser primärvård	30
8.5.3	Iakttagelser sjukhus	30
8.6	Gap 5 Medicinskt utskrivningsklar	31
8.6.1	Iakttagelser kommuner	31
8.6.2	Iakttagelser primärvård	32
8.6.3	Iakttagelser sjukhus	32
8.7	Gap 6 Hemkomst	32
8.7.1	Iakttagelser kommuner	32
8.7.2	Iakttagelser primärvård	33
8.7.3	Iakttagelser sjukhus	33
8.8	Gap 7 och 8 Eftervård/ vård i hemmet och Samordnad uppföljning	34
8.8.1	Iakttagelser kommuner	34
8.8.2	Iakttagelser primärvård	34
8.8.3	Iakttagelser sjukhus	34
8.9	Vår bedömning	35
9.	Fördjupning avseende återinläggningar	37
9.1	Inledning	37
9.2	Resultat	38
9.2.1	Återinläggning på medicinklinik.	38
9.2.2	Journalgranskning	38
9.3	Vår bedömning	40

1. Sammanfattning

Vi har på uppdrag av landstingets revisorer tillsammans med revisorerna i 12 av länets kommuner genomfört en kartläggning och bedömning av vårdkedjor för målgruppen som innehar insatser från kommunernas vård och omsorg för äldre. Även gränssnittet mellan primär- och sjukhusvård inom landstinget har ingått i granskningen.

I vår genomförda granskning har ingått en stickprovsbaserad analys av de återinläggningar som skett vid länets tre sjukhus. Av de patientjournaler som vi studerat, är vår bedömning att ca 40 % av studerade återinläggningar hade kunnat undvikas med bättre planering, högre vårdnivå av kommunen och primärvården efter sjukhusvistelsen och/eller snabbare medicinsk uppföljning.

Med utgångspunkt från en nyligen publicerad studie¹ motsvarar detta ca 840 läkarbesök i primärvården eller 3300 hemtjänsttimmar alternativt 570 dagar i ett korttidsboende. Om detta vore överförbart till Värmland och vi i ett tankeexperiment översätter vår analys till att enbart 20 % av nuvarande totala antalet återinläggningar per år vid länets sjukhus skulle kunna undvikas är detta att jämföra med en resurs motsvarande ca 18,5 Mkr. Eller uttryckt på ett annat sätt; frigör resurser motsvarande 17 304 läkarbesök inom primärvården.

Att undvika återinläggningar kan naturligtvis ses som en resursfråga i flera perspektiv, men framförallt bör det ses som en möjlighet att förbättra kvaliteten i vården och att undvika onödigt mänskligt lidande.

Vår sammanfattande slutsats utifrån ovanstående och tillsammans med den övriga granskning vi genomfört är att det finns ett utvecklingsbehov av samverkan i vårdkedjan mellan och inom huvudmännen.

Vi kan övergripande konstatera att det finns en upparbetad struktur i länet för samverkan genom såväl riktlinjer, rutiner som samverkansgrupper. Vi kan samtidigt konstatera att det finns risk för att på det sätt som nuvarande vårdplanering i vårdkedjan för äldre genomförs så är det inte en gemensam omsorgs- och medicinskplanering för den enskilde. Istället är det i första hand en planering med omsorgs- och omvårdnadsperspektiv för fortsatta kommunala insatser. Detta innebär enligt vår bedömning en betydande risk för den aktuella målgruppen avseende läkemedelsbehandling, medicinsk uppföljning och inte minst undvikbara återinläggningar.

För att utveckla samverkan i vårdkedjan för äldre är vår bedömning att det finns ett stort behov av att analysera och bedöma de olika aktörernas roll och ansvar för en sammanhållen vårdkedja. I synnerhet anser vi att primärvårdsnivån bör integreras tydligare för att skapa en sammanhållen vårdkedja. Detta ställer enligt vår bedömning krav på såväl sjukhusen som primärvården. Av granskningen framgår att primärvården i många fall inte ser ett behov av att aktivt delta och de ser inte att de kan bidra till vårdplaneringen. Vår syn är att det är väsentligt att vårdplaneringen ses som en gemensam aktivitet mellan de tre enheterna; sjukhus, primärvård och kommun. Vår övergripande bedömning är att det idag inte finns upparbetade arbetsformer/rutiner som säkerställer att det sker tillräckligt tydliga ställningstagande till hur vårdplaneringen skall

¹ Bättre liv för sjuka äldre, SKL, 2012, där 12 landsting/regioner och ett antal primärkommuner i dessa ingått.

genomförs mellan samtliga dessa enheter. Detta leder enligt vår bedömning till betydande risker enligt ovan.

Sett till ovanstående och de utvecklingsbehov vi bedömer är det väsentligt, inte minst i ett revisionellt perspektiv, att det finns en koppling till styrning, ledning och kontroll av samverkan till de ansvariga nämnderna och styrelserna inom huvudmännen. Vår bedömning är att det finns en upparbetad struktur för detta i länet bl. a genom den sk. Beredningsgruppen. Vi kan dock konstatera att det finns behov av att tydliggöra kopplingen mellan denna grupp och ansvariga nämnder och styrelser. Vår bedömning är att det krävs en diskussion och ett förtydligande kring vilket mandat och uppdrag som Beredningsgruppen har samt även vilka krav som ska ställas på rapportering och förankring från denna grupp till den politiska nivån.

Med utgångspunkt från det ansvar för uppföljning av den interna kontrollen som föreligger hos ansvariga nämnder och landstingsstyrelsen ser vi det även som väsentligt att tydliggöra ansvaret för att säkerställa att antagna riktlinjer och rutiner m.m. efterlevs. I ett sådant förbättringsarbete bör en naturlig del vara att tillse att det finns ett gemensamt fungerande system mellan huvudmännen för att hantera avvikelser från de gemensamma riktlinjerna. Vår bedömning, utifrån genomförd granskning, är att det idag inte finns ett ändamålsenligt och etablerat gemensamt arbetssätt och system för att hantera avvikelser i samverkan.

Beträffande den struktur som upparbetats avseende riktlinjer och rutiner för samverkan är vår övergripande bedömning att det visar på en god ambition och har ett innehåll som till stora delar överensstämmer med de krav som ställs på huvudmännen. Vår bedömning är dock att föreskrifterna på området i vissa delar visar på en högre ambitionsnivå än de riktlinjer som antagits. Mot denna bakgrund är vår bedömning att riktlinjernas överensstämmelse med lag och föreskrifter bör ses över och anpassas. Framförallt avser detta vikten av alla berörda enheters ansvar för att delta i den gemensamma vårdplaneringen. Vi anser att det behövs förtydliganden kring vilka krav som ställs på primärvårdens delaktighet i den gemensamma vårdplaneringen och vilka krav som bör ställas på sjukhusens ansvar för en gemensam vårdplanering.

Mot bakgrund av ovanstående iakttagelser och bedömningar vill vi lyfta fram följande områden för att stödja utvecklingen av en förbättrad samverkan i vårdkedjan och uppnå en mer sammanhållen vård – och omsorg för äldre i Värmland:

- ✚ Genomförandet av samverkan i vårdkedjan mellan sjukhusen, primärvården och kommunerna bör ses över så att en faktisk gemensam vårdplanering säkerställs mellan samtliga ingående enheter. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot att säkerställa en gemensam vårdplanering mellan sjukhus och primärvård.
- ✚ Primärvårdens roll och ansvar att delta i den gemensamma vårdplaneringen bör tydliggöras. De risker som det kan innebära att primärvården ej aktivt deltar bör åtgärdas, brister i medicinsk informationsöverföring såväl vid inskrivning som vid vårdplanering inför hemgång bör åtgärdas. Åtgärder bör vidtas som säkerställer såväl sjukhusens ansvar som primärvårdens ansvar för en gemensam vårdplanering.
- ✚ Uppdrag, roller och ansvar för samverkansorganisationen i länet bör ses över så att de formella beslutsforumen i kommunerna och landstinget kan ta ett reellt ansvar för styrningen av samverkan och den interna kontrollen avseende samverkan.

- ✚ De gemensamma riktlinjerna och rutinerna för vårdplanering mellan och inom huvudmännen bör ses över med inriktning att uppnå bättre överensstämmelse med ambitionsnivån i aktuella författningar. Nedan beskrivs några områden som vi anser bör ingå i en sådan genomgång:
 - Rutiner för hur informationsöverföring ska ske och säkerställas mellan sjukhus och primärvård.
 - Struktur/rutiner hur man ska agera i kommunen före inläggning där även primärvårdens roll och ansvar klarläggs i denna del.
 - Rutiner för att fastställa hur vårdplanering ska genomföras, för vilka målgrupper, vilka alternativa former för vårdplanering som kan användas. Rör det patienter som kommer från vård och omsorgsboende, fastställa vilka krav som ska ställas på vårdplanering och myndighetsutövning.
 - Interna rutiner inom primärvården. På varje vårdcentral klarlägga hur patientinformation i vårdkedjan hanteras så att den medicinska säkerheten kan garanteras.

2. Inledning

Landstingets revisorer tillsammans med 12 av länets kommuner har i sina riskbedömningar och revisionsplaner för 2011 prioriterat en gemensam granskning av vårdkedjor.

De kommuner som ingår i granskningen är: Arvika, Eda, Årjäng, Sunne, Kil, Filipstad, Karlstad, Säffle, Forshaga, Kristinehamn, Hammarö och Storfors kommuner

En av beröringspunkterna mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör åtgärder som utförs av olika huvudmän (landstinget och kommunerna), i s.k. vårdkedjor. I gränssnitten mellan kommunerna och landstinget finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att patienterna inte får den vård och omsorg som de behöver. Sådana risker kan också finnas i gränssnitten mellan enheter inom en och samma huvudman.

Den granskning vi har utfört har avsett en kartläggning och bedömning av vårdkedjor för målgruppen som innehar insatser från kommunernas vård och omsorg för äldre. Även gränssnittet mellan primär- och sjukhusvård inom landstinget har ingått i granskningen. Brister i dessa vårdkedjor kan medföra sämre förutsättningar för de vårdkedjor som direkt rör kommunerna.

3. Revisionsinriktning

Granskningen har inneburit att genomföra en kartläggning och bedömning av vårdkedjan för äldre mellan kommunernas och landstingets verksamheter. Även gränssnittet mellan primär- och sjukhusvård inom landstinget har ingått i granskningen.

Det övergripande revisionsmålet har varit att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har inrättat ändamålsenliga arbetsformer för att kunna tillgodose patienternas behov av vård och omsorg.

Inriktningen på granskningen har varit att genomföra en helhetsbedömning av samverkan mellan länets kommuner och landstinget och inte att i första hand tydliggöra lokala eller kommunvisa avvikelser och utvecklingsbehov.

3.1 Syfte

1. Kartlägga avtal och överenskommelser mellan landstinget och berörda kommuner.
2. Kartlägga instruktioner och direktiv som landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina enheter.
3. Kartlägga den information som huvudmännen kommunicerar mellan sig vid vårdövergångar.
4. Granska och bedöma om det finns brister i samarbetet mellan landstinget och kommunerna i något avseende som behöver åtgärdas.

5. Granska och bedöma om landstingets och kommunernas styrning och uppföljning är tillräcklig för att säkerställa att vårdkedjorna fungerar på ett tillfredsställande sätt.
6. Granska och bedöma om landstingsstyrelsen/kommunstyrelsen i övrigt vidtagit åtgärder för att skapa förutsättningar för att arbetet i vårdkedjorna ska kunna tillgodose patienternas behov av vård om omsorg.

3.2 Avgränsning

Granskningen har avsett att i första hand belysa vårdkedjan och vårdprocessen för gruppen äldre som vid akutinläggning vid sjukhus redan har insatser från kommunerna.

I granskningen har inte ingått att belysa samverkans i vårdkedjan specifikt för enskilda kommuner, utan inriktningen har varit att belysa samverkan utifrån en helhetsbedömning.

I granskningen har inte ingått att genomföra patientintervjuer eller att bedöma vårdens innehåll. Det har heller inte ingått att verifiera att planerade service- och omvårdnadsinsatser respektive medicinska insatser faktiskt har utförts.

Frågor som gäller huvudmännens ekonomiska förhållanden med anledning av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård behandlas inte i denna rapport.

Med begreppet primärvård avses i denna rapport landstingsdrivna och privata vårdcentraler för den aktuella målgruppen.

3.3 Ansvariga nämnder/styrelse

Föremål för granskningen är landstingsstyrelsen och ansvariga nämnder/kommunstyrelse i de i granskningen ingående kommunerna.

3.4 Revisionskriterier

Utgångspunkt för vår granskning har varit:

- Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404)
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan mellan huvudmännen vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete(SOSF 2011:9)²

² Denna föreskrift har ersatt tidigare föreskrifter, SOSFS 2006:11, föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS samt SOSFS 2005:12 föreskrifter om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården som gällde vid granskningens genomförande.

- Tillämpliga riktlinjer och rutiner antagna mellan huvudmännen
- Tillämpliga lokala riktlinjer och rutiner.

3.5 Projektorganisation

Uppdragsansvarig och projektledare har varit Mikael Lind, certifierad kommunal revisor och konsult, medarbetare i granskningen har varit Örjan Garpenholt konsult och specialist. I uppdragsorganisation har även Mikael Rizell, överläkare och geriatiker, ingått som specialist och kvalitetssäkrare.

4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i 12 av länets kommuner och Landstinget i Värmland.

I vår analys och granskning har vi utgått från de mål som har formulerats för samverkan, dels genom lagar, föreskrifter och vedertagen praxis, men även genom upprättade överenskommelser mellan landstinget och kommunerna. Vi har även analyserat hur de gemensamma riktlinjerna och rutinerna ser ut avseende vårdkedjan. I vår granskning har vi även analyserat verksamhetens styrning och uppföljning. Vi har då bl.a. granskat hur väl samverkansarbete följs upp och om det leder till beslut och åtgärder och hur det påverkar den enskilde patienten i vårdkedjan.

Inom ramen för granskningen har inhämtats och kartlagts såväl gemensamma styrande dokument för samverkan som interna styrdokument, direktiv och instruktioner gällande samverkan inom respektive huvudman

Vid de intervjuer som genomförts med chefer och medarbetare (i kommuner, landstingets sjukhusvård och primärvård) har vi tagit upp frågor som arbetsformer, resurser, hur de ser på möjligheterna att nå målen och om målen är realistiska och rätt avgränsade. Vi har även intervjuat dem med hänsyn tagen till bl. a de olika riskområden som vi översiktligt presenterat i en GAP analys av vårdkedjan (se nedan). Intervjuerna med personalen har skett med hjälp av en i förväg konstruerad intervjuguide.

Intervjuerna med företrädare för kommunerna och landstinget har skett genom såkallade workshops vid 13 olika tillfällen. Inbjudna har varit nyckelpersoner för genomförandet av samverkan i vårdkedjan mellan kommunerna och landstinget, vilket inneburit att representanter för samtliga kommuner inbjudits att delta, samtliga vårdcentraler i alla i granskningen ingående kommunerna, inklusive privata vårdcentraler samt representanter för de tre sjukhusen i länet.

Från sjukhusen har representanter deltagit från 4 avd. vid Arvika och 4 avd vid Torsby sjukhus och från centralsjukhuset (CSK) representanter för medicin, njurmedicin, hjärt- o akutmedicin, neurologi, infektion samt opererande spec. länsspecialiteter. Totalt har mer än 60 olika företrädare för sina respektive huvudmän deltagit och gett synpunkter.

Förutom dokumentstudier och intervjuer har granskningen omfattat en kartläggning, inventering och analys av ett stickprovsbaserat urval av patienter från länssjukhusens medicinkliniker.

Analysen har utgått ifrån alla 75 år och äldre som varit utskrivna från medicinklinik och återinlagd på sjukhus (oavsett klinik) inom 28 dagar.

Den fördjupande analysen av återinläggningar på sjukhusen innehåller två delar.

1. Med hjälp av data från Slutenvårdsregistret beskrivs antalet återinläggningar inom 28 dagar under åren 2008, 2009 och 2010.
2. Journalgranskning av 36 patienter som skrivits ut och återinlagts på medicinklinikerna i Arvika och CSK samt från Torsby sjukhus

I analysen har ingått att analysera:

- Beskrivning av vårdtillfälle 1. (vårdtid, multisjuk, palliativ vård, dokumenterad vårdplanering)
- Orsak till återinskrivning.
- Varifrån kommer patienten (ordinärt boende, vård- och omsorgsboende)
- Remiss till primärvård vid vårdtillfälle 1
- Kontakt med primärvård mellan vårdtillfälle 1 och 2
- Besökt akutmottagning mellan vårdtillfälle 1 och 2
- Bedömning av om återinskrivning hade kunnat undvikas genom bättre medicinsk och omvårdnadsplanering

Denna del av granskningen har syftat till att verifiera att rådande brister i samverkan mellan och inom huvudmännen i vårdkedjan för äldre leder till oplanerade återinläggningar på sjukhus i större utsträckning än som är motiverat.

Föreliggande rapport är inom kommunerna sakgranskad av socialchefer eller motsvarande. Inom Landstinget i Värmland är rapporten sakgranskad av hälso- och sjukvårdschefen och divisionschef allmän medicin. Inom Region Värmland av ansvarig för Beredningsgruppen.

4.1 Vårdkedjan - GAP analys

Begreppet vårdkedja är inte tydligt definierat. Det går att tolka både ur ett brukarperspektiv och ur ett strukturellt perspektiv. I brukarperspektivet kan man föreställa sig en enskild individ som insjuknar och processen från symptom debut till bot eller lindring som en vårdkedja, en individuell vårdkedja. I ett strukturperspektiv blir innebörden snarare hur vården organiseras för en viss grupp brukare så att delprocesser och övergångar mellan olika enheter inom en organisation/vårdgivare och mellan olika organisationer/vårdgivare går så smidigt som möjligt.

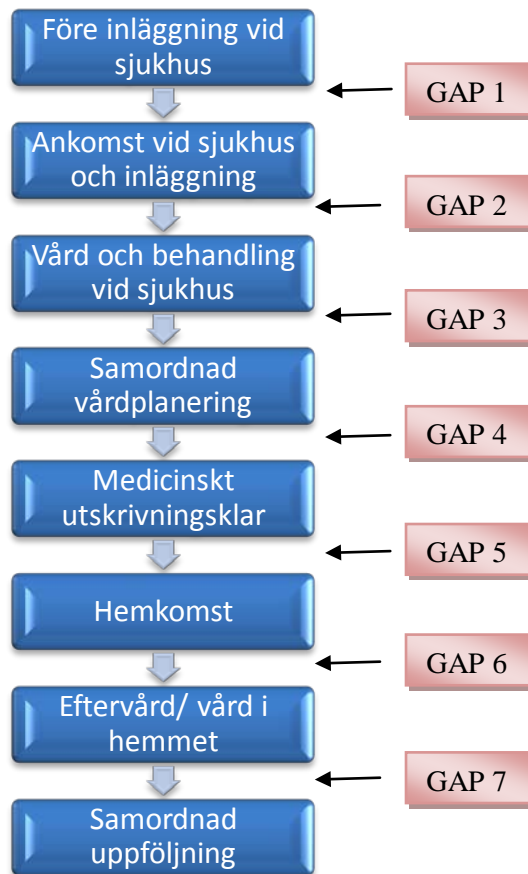
En vårdkedja kan också beskrivas som en struktur genom vilket det pågår ett flöde av patienter, information, behandlingar, åtgärder och – i vissa fall – betalningsströmmar. SPRI har beskrivit

vårdkedjan som: ”Ett organisatoriskt begrepp som betecknar hur olika hälso- och sjukvårdsinsatser kan länkas ihop till en sammanhängande och samordnad helhet, som inte enbart ger god vård i varje länk utan också eftersträvar ett så bra slutresultat som möjligt av de olika insatserna som görs under samma vårdförlopp”.

Syftet med denna granskning är att belysa det strukturella perspektivet dvs. de övergångar som finns mellan olika vårdgivare inom landstinget och mellan landstinget och kommunerna. Hur överföringen sker får naturligtvis konsekvenser och påverkan för varje enskild individ som är i behov av insatser från kommuner eller landstinget.

I nedanstående modell beskrivs vårdkedjan för patienten/vårdtagaren på ett översiktligt plan. Vi är medvetna om att kedjan består av mindre delar (processer) som även de är viktiga för vården och patienten, men har ändå valt att beskriva den i mer översiktliga termer. Vi anser att det är en fullt tillräcklig beskrivning, eftersom det är mellan processerna som det är störst risk att problem uppstår. Modellen bygger på praxis i samverkan mellan kommuner och landsting samt Socialstyrelsens föreskrifter. Som underlag för att bedöma vårdkvalitet och produktivitet/effektivitet har vi i vår granskning försökt fånga dessa risker, identifierat dem samt att ge förslag till hur de kan elimineras.

Användandet av GAP-analys är förekommande i bl a kvalitetssammanhang (se Grönroos, 1990, ”Tjänstekvalitet”) för att identifiera väsentliga kvalitetsbrister. Här har vi använt metoden med GAP-analys i syfte att identifiera olika risker av väsentlig betydelse i vårdkedjan. Modell vårdkedja:



5. Utveckling av vård och omsorg för äldre

Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Drygt 20 procent av befolkningen är 65 år eller äldre. År 2020 beräknas att en miljon svenskar kommer att vara 75 år eller äldre, vilket innebär att en fördubbling av denna åldersgrupp har ägt rum under de senaste 50 åren. Det är andelen äldre över 85 år som ökar mest.

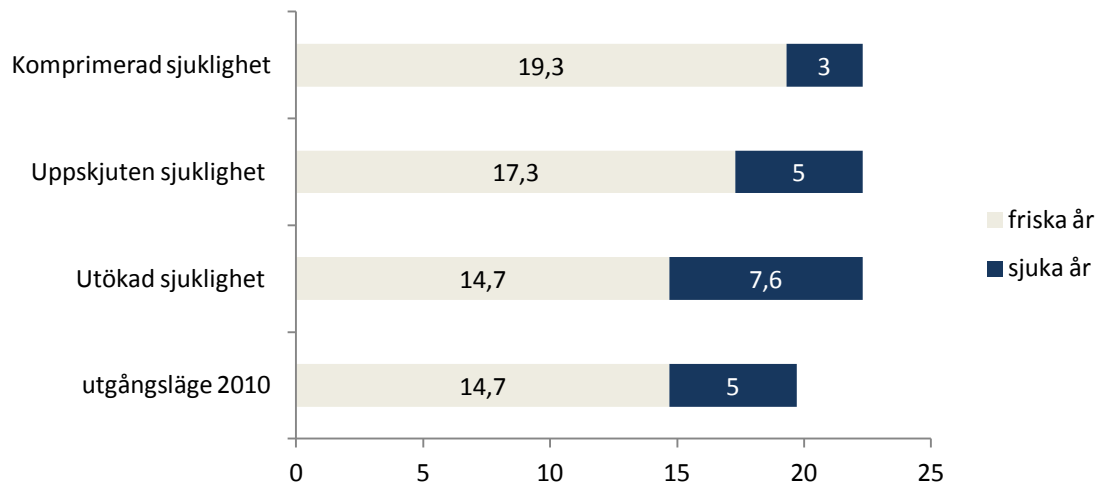
I en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL)³ jämförs befolkningsförändringar åren 1980-2005 med SCB:s befolkningsframskrivning för 2010-2035. Rapporten visar att kommande befolkningsutveckling ställer mycket högre krav på framtida välfärdsystem än tidigare. Antalet personer i åldern 24-64 år ("försörjarna"), kommer att öka i mindre omfattning de kommande 25 åren än mellan 1980-2005. I förhållande till totalbefolkningen, har beräknats att andelen "försörjare" kommer att minska från 59 procent år 2005 till 54 procent år 2035. Skillnaden mellan de jämförda tidperioderna är framförallt den förväntade ökningen av personer som är 65 år eller äldre. Mellan åren 1980 – 2005 ökade antalet 65 åringar eller äldre med 15 procent (200 000) och för innevarande period 2010-2035 beräknas ökningen för åldersgruppen bli 41 procent (700 000).

I rapporten "Den ljusnande framtid är vård"⁴ beskrivs tre olika hälsoscenarier fram till 2050 – 'utökad sjuklighet', 'uppskjuten sjuklighet' och 'komprimerad sjuklighet'. I samtliga scenarier

³ Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering. SKL 2010.

⁴ Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet, 2010.

utgås från att medellivslängden ökar med 2,6 år för en 65-åring från 2010 till 2050, enligt SCB:s befolkningsprognos. I scenariot 'utökad sjuklighet' lever personen längre, men får en sämre hälsa vid samma ålder som idag. Vid 'uppskjuten sjuklighet' skjuts såväl sjuklighet som död upp lika mycket. I 'komprimerad sjuklighet' komprimeras de sjuka åren p.g.a. att hälsan förbättras i jämförelse med år 2010.



Figur1. Förväntad återstående livslängd vid 65 års ålder 2010 och 2050 fördelat på friska och sjuka år enligt tre scenarier. Källa: SCB och *Den ljusnande framtid är vård*, Socialdepartementet 2010.

Rapporten menar att en effektivare vård och omsorg kan ge minskad sjuklighet, att bättre hälsa och funktionsförmåga minskar behovet av desamma samt att förbättrad tillgänglighet och effektiva hjälpmedel minskar hindren av funktionsnedsättningar.

Många av de som bor i eget boende har behov av mycket avancerade och omfattande sjukvårdsinsatser. Det innebär att det krävs en fungerande samverkan mellan primärvårdsinsatser, sjukhus och kommunala insatser (inom hälso- och sjukvård) för en så god vård som möjligt. Flera rapporter visar att många som bor i eget boende och som har stora vårdbehov far illa, eftersom det brister i samverkan mellan olika aktörer. De som riskerar att fara mest illa är de som har flera olika sjukdomar, s.k. multisjuka. Varje enskild verksamhet utför sina åtaganden, men problemet för den enskilde blir den bristande samordningen. Samtidigt står de mest sjuka äldre för hälften av hälso- och sjukvårdens samt omsorgens insatser. En stor del av den idag omdiskuterade belastningen på sjukhusens akutmottagningar beror på undermåliga rutiner för omhändertagande av äldre med många sjukdomar. Ett annat stort problem inom denna grupp är den omfattande läkemedelsanvändningen, som utan koordination av olika förskrivare kan leda till en sämre hälsa.

Hösten 2007 genomförde SKL och Socialstyrelsen under en dag, en kartläggning om hur många av vårdplatserna på landets alla sjukhus som upptogs av utskrivningsklara patienter⁵. Undersökningen visade att 7,6 procent av vårdplatserna var belagda av patienter som inte var i behov av slutna vård längre. Andelen äldre multisjuka personer ökar inom sjukhusvården samtidigt som medelvårdtiden på sjukhus minskat. I åldrarna 65-84 år hade 66 procent av

⁵ Inventering av utskrivningsklara patienter och vårdplanering i samband med utskrivning 2007

patienterna varit utskrivningsklara mindre än en vecka jämfört med 74 procent i åldrarna från 85 år och uppåt. Mer än hälften hade varit utskrivningsklara mindre än två dagar. I mer än hälften av fallen väntade man på en korttidsplats i kommunen, vilket tyder på att det finns betydande behov av fortsatt vård utanför sjukhuset.

Medicinska framsteg gör att allt fler äldre med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar kan leva länge med god livskvalitet i det egna hemmet. En förutsättning för detta är att äldre och deras anhöriga får ett bra stöd från samhället. Vården och omsorgen bör utvecklas för att möta de nya förutsättningarna. Trots omfattande resursinsatser inom samverkan, står huvudmän och aktörer runt de sjuka äldre fortfarande inför stora utmaningar för att skapa en sammanhållen vård för de med störst behov⁶

I nyligen publicerad undersökning från SKL⁷ är slutsatserna bland annat att

- Det finns brister i samordningen och planeringen mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de multisjuka äldre.
- Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för multisjuka äldre
- Det finns brister avseende informations- och helhetsansvar för de multisjuka äldres läkemedelsanvändning.

I en kartläggning som genomfördes av Socialstyrelsen på regeringens uppdrag under år 2011⁸ konstaterades bland annat att "Primärvården behöver en tydligare framtida roll för de mest sjuka äldre gentemot den specialiserade vårdens och hemsjukvårdens uppdrag" samt att "Vård och omsorgsgivarna bör utveckla den individuella vårdplaneringen, fasta vårdkontakter, fasta läkarkontakter samt multidisciplinära team där äldreomsorgen, hemsjukvården och primärvården samarbetar".

6. Lagstiftning och föreskrifter

6.1 Bakgrund

Under 1990-talet genomfördes tre stora reformer inom vård och omsorg för att utveckla samverkan mellan de medicinska och sociala verksamhetsområdena. Den första var Ädelreformen som genomfördes 1992, och därefter följde Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995. Med Ädelreformen ville man samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade hos en huvudman, kommunen. Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, kallad betalningsansvarslagen, infördes som en del av Ädelreformen.

Syftet med betalningsansvarslagen var bl.a. att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. Målet var att mer effektivt utnyttja

⁶ Bättre liv för sjuka äldre, SKL, 2012.

⁷ ibid

⁸ Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre, SoS, 2011

landstingens slutenvårdsplatser. Uppföljningar före Ädelreformen visade att omkring var femte vårdplats inom den somatiska akutsjukvården upptogs av patienter som bedömdes vara medicinskt färdigbehandlade, men som väntade på andra vårdformer⁹. Inom akutsjukvården förekom vårdtider på över ett år vilket innebar att framför allt äldre fick tillbringa lång tid i miljöer som var illa anpassade för deras behov. Samma problem fanns för dem som vårdades i slutna psykiatrisk vård. Därför införde man i samband med Psykiatrireformen ett betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade även i slutna psykiatrisk vård¹⁰.

Innan betalningsansvarslagen trädde i kraft 1992 fanns alltså problem med framför allt långa vårdtider inom den somatiska sjukvården. I regeringens proposition ”Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet” (2002/03:20) konstaterades att dessa problem minskat successivt. Trots det föreslog regeringen ändringar i betalningsansvarslagen eftersom det fortfarande fanns stora brister på en del områden, framför allt när det gällde samverkan. Det hade riktats mycket kritik mot uttrycket ”medicinskt färdigbehandlad”. En del av kritiken gällde att termen inte var tydligt definierad utan kunde påverkas av de tillgängliga resurserna och patienttillströmningen till slutenvården. Det uppstod irritation hos kommunerna över att slutenvården ensidigt avgjorde när ansvaret för den fortsatta vården och omsorgen skulle övergå till kommunen och landstingens öppna hälso- och sjukvård¹¹. Det hade även förekommit att patienter skrivits ut utan att det varit klarlagt om patientens fortsatta behov skulle kunna tillgodoses genom landstingets primärvård och kommunens verksamheter. Detta kunde medföra att personer som skrivits ut efter en kort tid åter kommit till sjukhusens akutmottagningar för att på nytt läggas in¹².

6.2 Aktuell lagstiftning och föreskrifter

Efter en översyn 2003 av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård¹³ (SFS 1990:1404) infördes förtydliganden av lagstiftarens krav på huvudmännens samverkan vad gäller planering och informationsöverföring. Av lagen framgår att det bland annat ställs krav på inskrivningsmeddelande, att en vårdplan skall upprättas i samverkan mellan företrädare för kommun och landsting samt det finns preciserat vad en vårdplan skall innehålla. En vårdplan anses upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna (LKB § 10 d). En patient är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård (LKB § 10)

Om kommun och landsting inte kommer överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad (LKB § 11). Lagen innehåller utöver vad som här nämnts ett antal mer detaljerade regler för vad som krävs för en vårdplan respektive att kommunernas skall anses ha ett betalningsansvar.

⁹ Samarbete kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2001.

¹⁰ Proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet.

¹¹ Samarbete kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2001

¹² Proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

¹³ Förkortas i fortsättningen LKB

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter (SOSFS 2005:27) ytterligare preciserat kraven på huvudmännens samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Föreskrifterna inleds med att konstatera att såväl kommuner som landsting i annan lagstiftning respektive föreskrifter är ålagda att utveckla och säkra kvaliteten inom hälso- och sjukvården¹⁴. Av föreskrifterna framgår även att huvudmännen i samråd skall utarbeta rutiner för vårdplanering som är dokumenterade och enhetligt utformade inom ett län eller en region (SOSFS 2005:27, 2 kap.3 §).

Det är enligt Socialstyrelsens föreskrifter behandlande läkare inom slutenvård som efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter som fastställer hur vårdplaneringen skall genomföras (SOSFS 2005:27, 3 kap. 1 §).

Av vårdplanen skall tydligt framgå vilka insatser som behövs efter utskrivningen från den slutna vården för att upprätthålla en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet (SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §). I samma paragraf anges att vårdplanen i förekommande fall skall innehålla uppgifter om medicinska åtgärder och andra behandlingar, aktuella läkemedelsföreskrivningar, allmän och specifik omvårdnad etc. samt att även följande skall framgå;

- Namnet på den behandlande läkare som ansvarar för planen
- Vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem skall vidta respektive åtgärd
- Namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten
- Om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte
- Om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och
- Målsättningen med insatserna samt hur dessa skall följas upp

Vidare kan noteras Socialstyrelsens föreskrifter anger att all vårdplanering skall dokumenteras i den slutna vårdens patientjournal.

De krav som lagstiftaren formulerat enligt ovan kan och bör ses som en del i de krav på systematisk kvalitetsutveckling som såväl socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ger uttryck för. För att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och inte utsättas för risker måste olika yrkesgrupper samarbeta. Det kan gälla överföring av information och samordnad planering av vården och omsorgen. Kraven på detta regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete(SOSF 2011:9)

Ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska finnas riktlinjer och rutiner för att identifiera och hantera fel och brister och för klagomålshantering. Dessa rutiner samt rutinerna för anmälningar om allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah (14 kap. 2 § SoL)samt för avvikelshantering ska vara kända och tillämpas av alla som arbetar i verksamheten.

14 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete(SOSF 2011:9)

Erfarenheterna ska användas i det systematiska kvalitetsarbetet så att bristerna åtgärdas och förbättringar genomförs.

7. Samverkan mellan landstinget och kommunerna

Med utgångspunkt från de formella föreskrifterna har länets kommuner tillsammans med landstinget utvecklat olika arbetssätt och former för såväl länsövergripande styrning och utveckling av samverkan som lokal styrning och utveckling av samverkan.

På lokal nivå har vi uppfattat att det finns etablerade kontakter och samverkansforum mellan primärvården och kommunerna. Samtliga kommuner har avtal eller motsvarande med sina vårdcentraler som beskriver förutsättningar för detta.

I denna granskning har fokus legat framförallt på hur den länsgemensamma samverkan styrs, utvecklas och säkras utifrån de krav som ställs på huvudmännen.

7.1 Beredningsgruppen

Vår bild är att samverkan mellan huvudmännen idag leds och/eller administreras inom ramen för Region Värmland och det utvecklingsarbete som kallas Nya perspektiv¹⁵. Här finns en gemensam grupp, kallad Beredningsgruppen, bestående av 3 st. divisionschefer och närsjukvårdscoordinator samt 4 socialchefer eller motsvarande från kommunerna. Sammankallande och ordförande i beredningsgruppen är representant för Region Värmland.

Det formella uppdrag vi uppfattat för Beredningsgruppen är att hantera strategiska frågor gällande samverkan mellan huvudmännen. Häri ska ingå att:

- Vid behov utarbeta förslag till centrala överenskommelser/avtal.
- Ajourhålla förteckning över befintliga överenskommelser/avtal.
- Biträda landstinget och kommunerna vid utarbetande av lokala överenskommelser/avtal.
- Följa upp att beslut som fattas och överenskommelser som träffas på central nivå i länet genomförs och efterlevs.

I gruppens ansvar ligger att rapportera till respektive huvudman och Region Värmland. Det formella ansvaret att fatta beslut om överenskommelser eller motsvarande som gruppen arbetar fram åligger respektive huvudman, utifrån förslag från Beredningsgruppen.

Utifrån de intervjuer vi genomfört har vi uppfattat att Beredningsgruppens tillkomst går tillbaka längre i tiden än Nya perspektiv inom Region Värmland. Det framkommer att Beredningsgruppen arbetat med samverkansfrågor av detta slag under cirka en 10-årsperiod och efterhand kommit att bli integrerad i utvecklingsarbetet inom Nya perspektiv.

¹⁵ Länsövergripande utvecklingsarbete mellan kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland där man möts på en gemensam arena i en dialog utifrån ett medborgarperspektiv. Region Värmland samordnar och leder arbetet

Ambitionen och uppdraget i denna granskning är inte att beskriva utvecklingsarbetet inom Nya perspektiv. Vi kan ändå konstatera att för den frågeställning som vi har att behandla, nämligen styrning ledning och uppföljning av samverkan i vårdkedjan mellan landstinget och kommunerna, har detta samverkansarbete och hur det är strukturerat stor betydelse. Vår utgångspunkt nedan är att försöka beskriva hur den formaliserade samverkan på länsnivå styrs och följs upp.

Vår bild utifrån intervjuer m.m. är att Beredningsgruppen arbetar på ett självständigt sätt med frågan om samverkan i vårdkedjan. På frågor hur styrning och uppföljning sker av Beredningsgruppens arbete är vår bild att indirekt styrning sker inom ramen för gemensamma sammankomster inom Nya Perspektiv. I övrigt uppfattar vi att gruppens koppling till den politiska arenan i denna fråga, dvs. landstingsstyrelse och ansvariga nämnder i kommunerna, är förhållandevis svag. Detsamma gäller uppföljning av gruppens arbete på detta område. Vi har inte uppfattat att det ligger i gruppens ansvar att t.ex. årligen rapportera till respektive huvudman vad gruppen arbetat med och åstadkommit, inte heller något krav på att prestera någon inriktning, mål eller aktiviteter inför varje verksamhetsår.

I de samtal vi fört med Beredningsgruppen uppfattar vi att gruppen löpande gör bedömningar av vilka frågor som bör lyftas till politisk nivå för formella beslut och vad som kan hanteras på tjänstemannanivå. Det vanligaste sättet att frågor initieras och förankras uppfattar vi vara för landstingets sida via ledningsgruppen för hälso- och sjukvård och för kommunerna via socialchefsträffar.

Vårt intryck via intervjuer är att gruppen ser den övervägande delen av de frågor som aktualiseras inom ramen för samverkan i vårdkedjan som sk. Hur-frågor, dvs. frågor som, enligt gruppens sätt att se det, bör hanteras på tjänstemannanivå. Från Beredningsgruppens sida framhålls dock att det skett viss information/rapportering till förtroendevalda inom landstinget genom att man varit inbjudna till olika politiska grupperingar. Vi uppfattar dock att någon strukturerad formell rapportering direkt till och styrning från landstingsstyrelsen inte föreligger. Motsvarande gäller även för ansvariga nämnder i kommunerna.

Den sammanfattande bilden blir att styrningen av Beredningsgruppen till viss del sker inom ramen för Nya perspektiv och de behov som gruppen fångar i dialogen med förtroendevalda där, men att tyngdpunkten ligger i gruppens egen initiativkraft och förmåga att fånga viktiga utvecklingsområden.

7.2 Vårdplaneringsgrupp

Som stöd för det mer direkta arbetet med samverkan i vårdkedjan har Beredningsgruppen utsett en grupp kallad Vårdplaneringsgruppen. Det uppdrag som vi uppfattat gruppen har är att arbeta för ett gemensamt arbetssätt i hela länet, utforma riktlinjer och rutiner som stöd för detta och rapportera sitt arbete till Beredningsgruppen. Det formella ansvaret/uppdraget för denna grupp uppfattar vi inte har formaliserats på något sätt.

Gruppen består av 20-talet deltagare där var och en i gruppen representerar sina olika delar/huvudmän. Detta innebär t.ex. att de som deltar från kommunerna ska föra vidare information till sina kollegor i andra kommuner. Vi har uppfattat att detta vanligen sker genom de yrkesträffar som arrangeras i länet i Region Värmlands regi. Hur motsvarande förankring sker inom landstinget är, utifrån våra intervjuer, något oklarare, men vår tolkning är att frågor lyfts i ledningsgruppen för hälso- och sjukvård samt inom respektive område/division.

I vårdplaneringsgruppen finns även en direkt koppling till Beredningsgruppen genom att en av deltagarna, närsjukvårdskoordinatören, även sitter med i Beredningsgruppen.

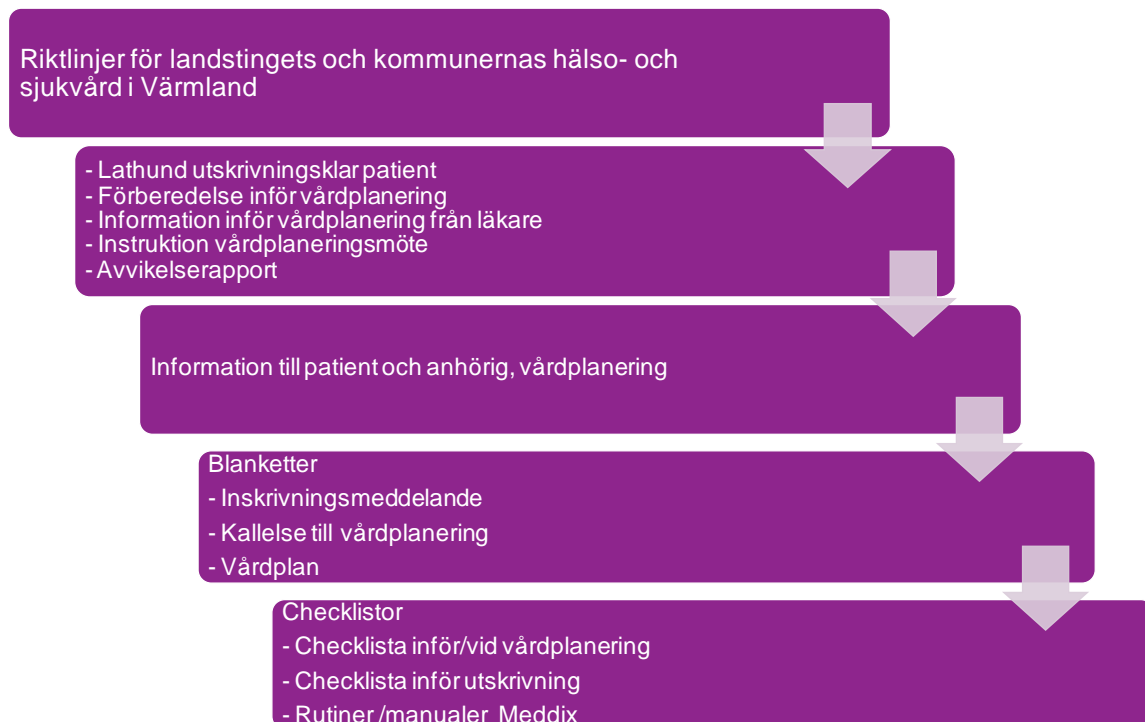
Som vi uppfattat det har gruppens arbete över tid till stor del bestått i att utarbeta gemensamma riktlinjer och rutiner för samverkan i vårdkedjan mellan huvudmännen. En stor del av tiden har under senare år ägnats åt att stödja utvecklingen av det gemensamma IT-stöd (Meddix) som används för att administrera samverkan i Vårdkedjan.

Vi har i våra intervjuer med företrädare för kommunerna och vårdcentralerna ställt frågor om hur välkänt Vårdplaneringsgruppens arbete är och hur bekanta de intervjuade är med vilka som finns i gruppen och hur man tar del av gruppens arbete. Vårt intryck från detta är det varierar från helt obekant för vissa till att man känner till att gruppen finns.

7.3 Huvudmännens riktlinjer och överenskommelser

I vår granskning har vi genomfört en inventering av vilka riktlinjer och överenskommelser som träffats mellan huvudmännen för att stödja samverkan i vårdkedjan. Vi kan konstatera att huvudmännen har en överenskommelse om riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård samt betalningsansvar utifrån de övergripande formella krav som ställs via föreskrifter. De riktlinjer vi tagit del av är senast reviderade under 2011-05 och godkända av Beredningsgruppen.

Utöver de övergripande riktlinjerna finns en tydlig struktur av olika rutiner och checklistor som stöd för det vardagliga samverkansarbetet utarbetade av Vårdplaneringsgruppen. Nedanstående schematiska bild beskriver den struktur av styrdokument, rutiner m.m. som finns utarbetat.



I intervjuerna har vi efterfrågat hur de dokument som arbetas fram av Vårdplaneringsgruppen formellt hanterats. Vår utgångspunkt är att för att gemensamma styrdokument ska vara gällande bör de formellt beslutats inom respektive huvudman. Vi har här funnit att de övergripande riktlinjerna formellt godkänts av Beredningsgruppen. Vår bild är också att huvuddelen av kommunerna godkänt riktlinjerna genom beslut i sina ansvariga nämnder. Inom landstinget är det dock oklart om det finns något formellt beslut i landstingsstyrelsen där man fastställt riktlinjerna.

Beträffande de övriga rutiner, checklistor m.m. som arbetas fram har vi inte funnit att de formellt fastställts hos huvudmännen.

Det mest väsentliga dokumentet av de ovan nämnda är enligt vår bedömning de övergripande riktlinjerna för samverkan. Riktlinjer är länsövergripande vilket tillgodoser de specifika krav som ställs i Socialstyrelsens föreskrifter från 2005.

Vår övergripande bedömning av de riktlinjer som upprättats mellan landstinget och länets kommuner är att de i stora delar överensstämmer såväl med gällande lagstiftning som med Socialstyrelsens föreskrifter. Riktlinjerna återger ordagrant viktiga delar av lag och beskriver konkret vilka krav som ställs på en fungerande vårdkedja. Såsom vi tolkat det utgör riktlinjerna även en gemensam tolkning av de föreskrifter som är fastställda på området.

Det sistnämnda gör dock att det finns områden i de gemensamma riktlinjerna där vi ställer oss något tveksamma till följsamheten till föreskrifterna på området eller där vi ser behov av ökad tydlighet för att säkerställa kvaliteten på samverkan i vårdkedjan.

Exempel på detta är den tolkning som görs beträffande inskrivningsmeddelande(LKB 10a §). Här anger föreskrifterna på området att landstingets slutna hälso- och sjukvård, genom den behandlande läkaren, skall informera berörda enheter inom kommunen, landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppen vård om att den enskilde kan komma att behöva insatser från dessa enheter. Här tolkar vi de länsgemensamma riktlinjerna som att de ger en möjlighet till avsteg från att informera primärvården.

Ett annat område som vi vill lyfta fram är den tolkning, och till viss del även arbetssätt, som görs beträffande kallelse till vårdplanering (LKB 10 c §). Här anger föreskrifterna att en vårdplan skall utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid kommunen och landstingets primärvård och annan öppen vård. I de förtydliganden som gjorts i de gemensamma riktlinjerna framgår att en kallelse till vårdplanering måste bekräftas av landstingets enheter oavsett om de avser att närvara eller ej. Det anges också att varje enhet måste ha rutiner för att säkerställa hanteringen av kallelse till vårdplanering samt att kallelsen skall innehålla uppgifter som gör att respektive enhet kan avgöra på vilket sätt de deltar i vårdplaneringen.

Som framgår ovan lämnar egentligen inte föreskrifterna något utrymme för de olika enheterna att avstå från att delta vid utarbetande av vårdplanen. Föreskrifterna anger dock att den behandlade läkaren efter samråd med berörda enheter skall fastställa hur vårdplanering skall genomföras. Detta sammantaget ställer enligt vår bedömning krav på en direktkontakt och avstämning mellan berörda enheter om man skall avstå från att delta vid utarbetande av en vårdplan. Så som vi tolkar de gemensamma riktlinjer lämnas frågan dock över till berörda enheter att utifrån given information självständigt avgöra om man avser att delta eller inte vid vårdplaneringen.

Sett till övriga intervjuer vi genomfört, som redovisas nedan, bedömer vi att detta är ett problem eller riskområde avseende primärvårdens hantering av kallelse till vårdplanering. Den öppning som riktlinjerna ger för en självständig tolkning av primärvården om man vill delta vid vårdplanering eller inte bedömer vi kan innebära risker för att samverkan i vårdkedjan inte optimeras och säkerställer en tillräcklig kvalitet. Sett mot de indikationer som granskningen, i övrigt, gett av vilka brister som delar av primärvården har i rutiner för hantering av kallelse till vårdplanering förstärks detta intryck. Vår bedömning är att riktlinjerna bör förtydligas avseende hur avstämning skall ske mellan behandlande läkare och berörda enheter om hur vårdplanering skall genomföras.

Vi kan sammanfattningsvis konstatera att de riktlinjer som utarbetats till stor del har sin utgångspunkt i betalningsansvarslagen. De föreskrifter (SOSF 2005:27) som gäller på detta område tydliggörs inte i de gemensamma riktlinjerna, även om vissa delar av föreskrifterna istället går att finna via enskilda dokument t.ex. ”lathund för utskrivningsklara patienter”. Vår bedömning är också att föreskrifterna i flera stycken har en högre ambitionsnivå än de riktlinjer som utarbetats. Utifrån den granskning vi genomfört är vår bild att de riktlinjer som framarbetats är det grundläggande styrdokumentet för samverkan mellan landstinget och kommunerna. Mot denna bakgrund är vår bedömning att riktlinjerna bättre bör anpassas till lag och föreskrifter.

I vår granskning har vi även genomfört en enklare form av inventering av vilka lokala rutiner som finns inom respektive enhet för att stödja de riktlinjer och rutiner som fastställts på länsnivå. Utifrån den inventering som är genomförd kan vi konstatera att huvuddelen av kommunerna har lokala rutiner som stödjer de länsövergripande överenskommelserna och riktlinjerna. Inom sjukhusen och primärvården kan vi konstatera att flera enheter har lokala rutiner, men även att vissa hänvisar till de länsövergripande riktlinjerna och saknar egna lokala rutiner.

7.4 Huvudmännens uppföljning av samverkan och avvikelserapportering

Huvudmännen har som redovisats tidigare tydliga krav på att kvaliteten i vården och samverkan systematiskt och fortlöpande ska utvecklas och säkras. Ett stöd för ett sådant arbete är ett väl fungerande ledningssystem för kvalitet. Beträffande samverkan i vårdkedjan bör detta innebära att det ska finnas ett system där huvudmännen gemensamt kan följa upp avvikelser i förhållande till de riktlinjer som man fastställt.

Vi kan här konstatera att vi inte funnit någon tydlig gemensam fastställd rutin för hur detta ska hanteras. Däremot finns en framtagen gemensam rapport för avvikelser. Vi har tolkat rutinen som att respektive huvudman använder denna rapport för att kommunicera ev. avvikelser direkt med berörd enhet och inom sin egen organisation. I rapporten finns även en fotnot som anger att en kopia på rapporten ska sändas till en funktion inom landstinget för sammanställning. Indikationen i våra intervjuer är dock att det finns brister i såväl att rapportera avvikelser som att skicka kopior i enlighet med den notering som finns i avvikelserrapporten. Det framgår även att det finns brister gällande hur avvikelserapporter fylls i från både kommun och landstinget, att svar på insända avvikelser från kommun till landstinget dröjer eller uteblir allt för ofta. Sammantaget innebär detta att det finns risk för ett stort mörkertal i den avvikelserapportering som för närvarande sker, vilket i sin tur kan innebära risker för ett strukturerat förbättringsarbete.

Beträffande uppföljning redovisas att sammanställning av avvikelser inom landstinget redovisas hel- och halvårsvis till hälso- och sjukvårdsledningen av närsjukvårdskoordinator samt även till Beredningsgruppen och vårdplaneringsgruppen. Någon vidare rapportering till landstingsstyrelsen

har vi inte uppfattat sker. Inom kommunerna är vårt intryck att någon sammantagen rapportering över gemensamma avvikelser inte heller sker, utan fokus ligger på de egna avvikelserna.

Vi har tagit del av den sammanställning över rapporterade avvikelser för 2010 och t.o.m. 201107, vilket redovisas i nedanstående tabeller. Det bör dock noteras att vi erhållit uppgifter om att denna statistik innehåller ett visst mörkertal då följsamheten att rapportera avvikelser inte är den bästa. Utöver detta uppges bl.a. Säffle kommun saknas i sammanställningen

Sammanställning av rapporterade avvikelser mellan Landsting och kommunerna i Värmland 2010													
Kategori	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Meddelandeblad													
saknas helt	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	3
ej fullständiga uppgifter	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	1	6
Inskrivningsmeddelande													
fel mottagare	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ej svarat inom 24 timmar	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
ej skickat meddelande	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	3
alla berörda parter ej fått inskrivningsmedd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
svårigheter gällande nåbarhet/kommunikat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vårdplanering													
kallelse ej skickad till alla berörda parter	3	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	8
bristande underlag vid vårdplaneringsmöte	0	0	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	4
fördröjd justering av vårdplan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utskrivning													
berörda parter ej informerade	4	5	1	7	5	5	3	3	1	5	10	3	52
medicinsk epikris saknas	0	4	2	3	0	2	0	0	0	0	0	0	11
medicinsk epikris kom senare än en vecka	3	0	0	2	1	0	0	0	0	2	4	1	13
omvårdnadsepikris saknas	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2
omvårdnadsepikris kom senare än en vecka	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	4
apodos, felaktiga/ofullständiga ordinationer	4	5	4	5	3	2	4	3	1	1	2	3	37
mediciner saknas vid hemgång	1	3	1	6	3	1	1	1	1	3	4	0	25
Patientkonsekvens	10	12	5	15	15	5	8	6	1	6	12	5	100

Sammanställning av rapporterade avvikelser mellan Landsting och kommunerna i Värmland tom juli 2011													
Kategori	Jan	Feb	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Totalt
Meddelandeblad													
saknas helt	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3
ej fullständiga uppgifter	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
medicin saknas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Inskrivningsmeddelande													
ej skickat meddelande	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
alla berörda parter ej fått inskrivningsmedd	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
svårigheter gällande närbarhet/kommunikation	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Vårdplanering													
kallelse ej skickad till alla berörda parter	0	1	0	1	5	5	0	0	0	0	0	0	12
kallelse skickad för tidigt	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	3
bristande kommunikation vid vårdplaneringsmöte	1	0	1	1	5	0	0	0	0	0	0	0	8
fördrojd justering av vårdplan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Utskrivning													
berörda parter ej informerade om utskrivning	1	6	9	5	12	11	2	0	0	0	0	0	46
medicinsk/omvårdads epikris saknas helt	0	1	7	0	6	1	0	0	0	0	0	0	15
apodos/läkemedel,felaktiga/ofullständiga ordinationer	2	7	4	4	9	1	0	0	0	0	0	0	27
mediciner saknas vid hemgång	0	4	9	5	4	3	1	0	0	0	0	0	26
rehabilitering / överrapportering/bedömning saknas	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	3
Utskrivningsklar													
medicinsk ansvar efter utskr ej utrett och accepterat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Patientkonsekvens													
risk för patientkonsekvens	2	4	9	1	14	12	0	0	0	0	0	0	42
patientkonsekvens	1	10	12	10	14	4	3	0	0	0	0	0	54
Summa	8	33	51	28	75	41	6	0	0	0	0	0	242

Avvikelse är i sig en signal om att gällande rutiner inte har fungerat tillfredställande. Med hänsyn till att ovan sammanställda uppgifter inte kan relateras till hur många patienter som haft behov av och fått del av en gemensam planering är det svårt att värdera om ovanstående resultat innebär en generellt stor avvikelse. Det vi kan notera är ändå att ovanstående siffror visar på ett återkommande mönster gällande avvikelser inom områdena informationsbrist, läkemedel och epikris. Vi noterar också att tyngdpunkten ligger i samband med utskrivningar av patienter.

7.4.1 Vår bedömning

Vår huvudinriktning har varit att få en bild av hur samverkan mellan landstinget och kommunerna styrs och följs upp på länsnivå. I ett revisionellt perspektiv är det viktigt att finna en koppling till styrning, ledning och kontroll av samverkan till de ansvariga nämnderna och styrelserna inom huvudmännen.

Vi kan här konstatera att det finns en etablerad organisation för samverkan genom den sk. Beredningsgruppen som administreras inom Region Värmland. Gruppen har varit etablerad sedan en längre tid tillbaka och bl.a. arbetat med att utveckla riktlinjer och rutiner för samverkan i vårdkedjan.

Vår bedömning är att den samverkansform som är etablerad tycks bygga på att Beredningsgruppen har ett relativt självständigt ansvar att driva frågor avseende samverkan i vårdkedjan. Vi anser att kopplingen mellan denna grupp och till ansvariga nämnder och styrelse inom huvudmännen är allt för otydliga för att säkra en tydlig styrning, ledning och kontroll från ansvariga nämnder och styrelse. Vår bedömning är vidare att det krävs en diskussion och ett förtydligande kring vilket mandat och uppdrag som Beredningsgruppen har samt även vilka krav

som ska ställas på rapportering och förankring från denna grupp till den politiska nivån, dvs. ansvariga nämnder och landstingsstyrelsen, inom huvudmännen.

Med utgångspunkt från det ansvar för uppföljning av den interna kontrollen som föreligger hos ansvariga nämnder och landstingsstyrelsen ser vi det även som väsentligt att tydliggöra ansvaret för att säkerställa att antagna riktlinjer och rutiner m.m. efterlevs. I ett sådant förbättringsarbete bör en naturlig del vara att säkerställa att det finns ett gemensamt fungerande system mellan huvudmännen för att hantera avvikelser från de gemensamma riktlinjerna.

Vår bedömning utifrån genomförd granskning är att det idag inte finns ett ändamålsenligt och etablerat system för att hantera avvikelser i samverkan. Riskerna är idag allt för stora för att nuvarande arbete med avvikelser inte leder till ett gemensamt förbättringsarbete.

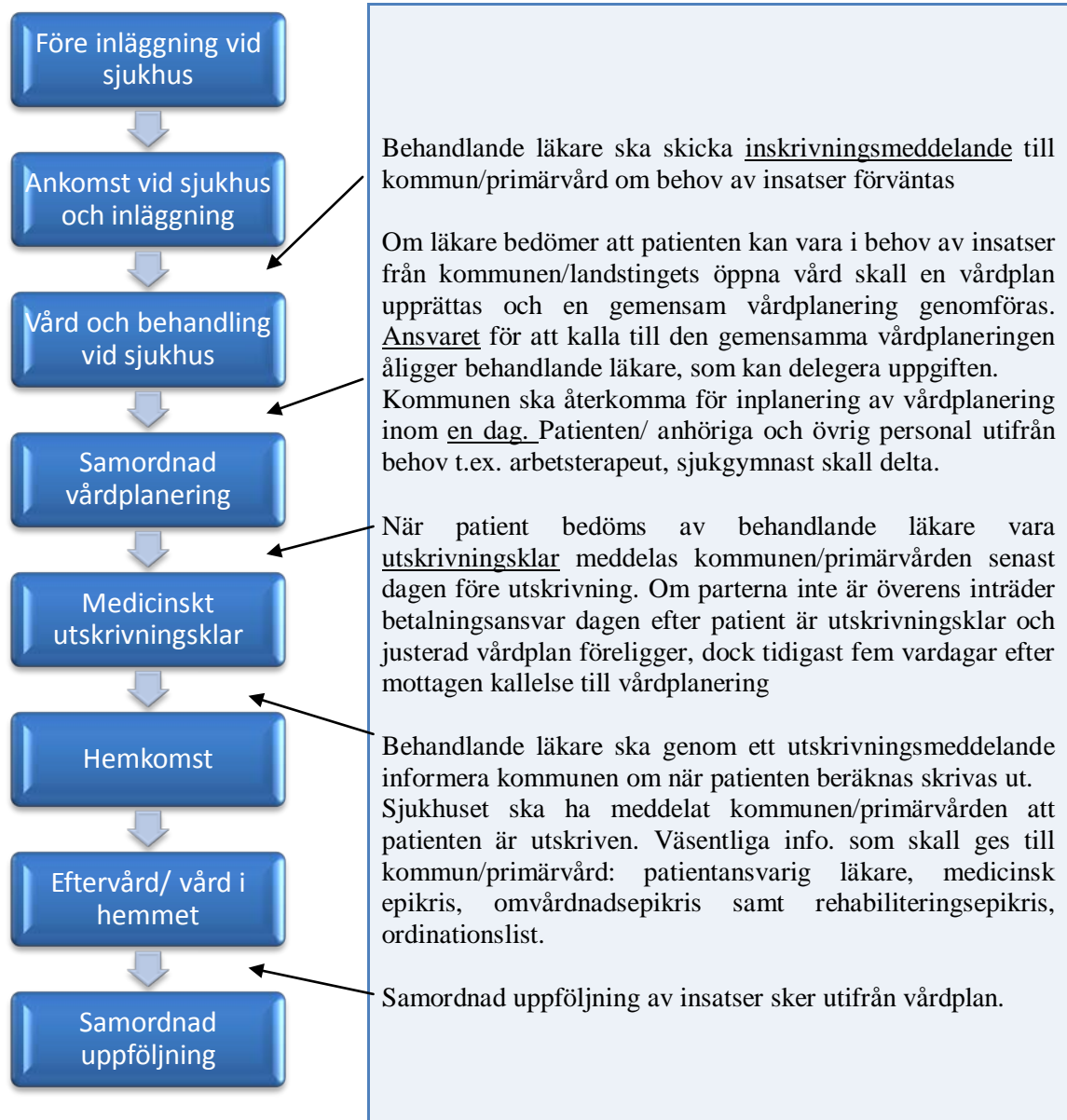
Beträffande den struktur som utarbetats avseende riktlinjer och rutiner för samverkan är vår övergripande bedömning att den visar på en god ambition och har ett innehåll som till stora delar överensstämmer med de krav som ställs på huvudmännen genom lag och föreskrift. Vi kan konstatera att de riktlinjer som utarbetats till stor del har sin utgångspunkt i Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. De föreskrifter (SOSF 2005:27) som gäller på detta område tydliggörs inte i de gemensamma riktlinjerna.

Vår bedömning är att föreskrifterna, vilka i sig är bindande för huvudmännen, i flera stycken har en högre ambitionsnivå än de riktlinjer som utarbetats. Utifrån den granskning vi genomfört är vår bild att de riktlinjer som framarbetats är det grundläggande styrdokumentet för samverkan mellan landstinget och kommunerna. Mot denna bakgrund är vår bedömning att riktlinjerna bör analyseras och anpassas så att de bättre överensstämmer med lag och föreskrifter. Framförallt avser detta primärvårdens roll och deltagande i den gemensamma vårdplaneringen. Vi anser här att det behövs förtydliganden kring vilka krav som ställs på primärvårdens delaktighet i den gemensamma vårdplaneringen.

8. Genomförande av vårdkedjan

8.1 Inledning

I detta avsnitt presenterar vi vårdprocessen i den gemensamma samverkan utifrån den tidigare presenterade modellen för vårdkedjan, GAP - analysen för risker i vårdkedjan. Iakttagelserna är en sammanfattning av vad som framkommit vid intervjuerna. Inledningsvis kan det finnas skäl att tydliggöra vilka krav som i första hand ställs på den gemensamma vårdprocessen utifrån de formella förutsättningarna och med hänsyn till GAP - analysen:



Utöver ovanstående kan det finnas skäl att övergripande beskriva kommunernas organisation avseende vilka funktioner som arbetar med de äldre som aktualiseras i vårdkedjan. Vi kan här konstatera att samtliga kommuner har organiserat sin verksamhet i en myndighetsdel och en verkställighetsdel. Det betyder att det oftast är representanter för myndighetsdelen inom socialtjänsten som svarar för planeringen av insatser utifrån den gemensamma vårdplaneringen i vårdkedjan. Några av kommunerna har bildat sk. vårdplaneringsteam eller har en utpekad funktion som arbetar med kommunens vårdplanering gentemot sjukhusen. De vårdplaneringsteam som skapats i vissa kommuner består av flera kompetenser för att ge en så bred bedömning som möjligt av den enskildes behov.

En stor del av de vårdtagare/patienter som blir aktuella för en gemensam vårdplanering eller insatser från kommunerna i övrigt har redan innan inskrivning vid sjukhusen pågående insatser i någon form från kommunerna. Den vanligaste bilden beträffande personer som har insatser från

hemtjänsten är att den ansvarige för vårdplaneringen eller vårdplaneringsteam vidarekommunicerar till de ansvariga cheferna för hemtjänst alla uppgifter som berör vårdtagare som redan har insatser från hemtjänsten. All vårdplanering fram till beslut om nya eller förändrade insatser sker dock av de utsedda funktionerna eller i vårdplaneringsteamerna för dessa vårdtagare.

För vårdtagare som blir inskrivna på sjukhus från ett vård- och omsorgsboende är däremot vårt intryck att de funktioner som ansvar för vårdplaneringen vidarebefordrar alla uppgifter från sjukhuset direkt till de som är ansvariga för särskilda boenden. Från att inskrivningsmeddelande skickats från aktuell avdelningen är vår sammantagna bild att de ansvariga cheferna för särskilda boenden övertar den fortsatta kommunikationen med sjukhuset för dessa vårdtagare.

8.2 Gap 1 Före inläggning vid sjukhus

Aktuella föreskrifter på området anger att information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall, om det inte finns hinder för detta enligt sekretesslagen (1980:100) eller Patientsäkerhetslagen 2010:659, överföras mellan berörda enheter inom den slutna vården och den öppna vården samt socialtjänsten.

De riktlinjer som är utarbetade i länet ger ingen vägledning till vilka krav som ställs på huvudmännen i detta skede av vårdprocessen. I rutinbeskrivningar som finns utarbetade mellan huvudmännen anges dock att meddelande från kommunen och primärvården skall om möjligt följa patienten till sjukhuset.

8.2.1 Iakttagelser kommuner

Av intervjuerna framgår att rutinerna för hur beslut fattas om att skicka in en vårdtagare akut till sjukhusen skiljer sig åt mellan kommunerna. Från vissa av kommunerna uppges att rådgivning, i princip, alltid ska ske med patientansvarig läkare innan beslut fattas medan andra uppger att det ska ske en dialog och rådgivning mellan personal och distriktsköterska innan beslut tas. Vårt intryck är att variationen är relativt stor mellan kommunerna om hur denna typ av beslut ska fattas och att det saknas tydliga modeller/rutiner för detta. Det framkommer också via intervjuerna att ambulanspersonalen har fått en roll i detta sammanhang och från vissa av kommunerna uppges att den kommunala sjuksköterskans beslut om att sända in en patient kan bli ifrågasatt av ambulanspersonal.

Det samlade intrycket från intervjuerna är ändå att primärvårdens roll tycks relativt liten i detta skede av processen, även om det finns lokala avvikelser. Från vissa kommuner uppges att det kan vara svårt att nå läkare för dialog/rådgivning eller att läkare från primärvården inte vill ta sig an det aktuella problemet.

De förbättringsbehov som lyfts fram i intervjuerna är behovet att skapa tydliga rutiner hur den kommunala personalen ska agera i olika situationer. Det lyfts även fram ett behov av att skapa checklistor/program för den kommunala personalen att testa beroende av olika symptom på vårdtagaren.

Den information som kommunerna uppger att man ska skicka med vårdtagaren in till sjukhuset är meddelandeblad/information i Meddix, aktuell läkemedelslista (för vårdtagare med apodos gäller annan rutin) och mediciner samt armband med ID-uppgifter. Meddelandebladet uppges ska innehålla aktuella insatser i kommunen samt orsak till inläggning.

8.2.2 Iakttagelser primärvård

Allmänläkarens roll i denna inledande del av vårdkedjan uppges bland annat bestå av att ge råd till kommunens personal och att remittera patienter till sjukhus. I många fall sker en kontakt innan vårdtagaren skickas till sjukhus och om patienten kommer till vårdcentralen kan även en remiss skrivas. I granskningen har framkommit att det finns en rutin för remisshantering fastställd av hälso- och sjukvårdsledningen. Kunskapen och förankringen av dessa rutiner tycks dock variera och de är inte integrerade i de rutiner och överenskommelser som avser vårdkedjan för äldre mellan huvudmännen.

Det har också framkommit att vissa vårdcentraler har möjlighet att skriva in patienter direkt, ett exempel är NÄVA vid Centralsjukhuset i Karlstad (Närsjukvårdsavdelning). Detta berör kommuner i dessa avdelningars närområde

Vårdcentralerna har organiserat sina kontakter med kommunens personal på lite olika sätt. Vårdcentraler har en så kallad "kontakttelefon" (dagtid) med ett nummer exklusivt för samarbetspartners bl.a. kommunen. På kvällstid får kommunens personal vända sig är till distriktsläkarjouren. De vårdcentralsföreträdare som intervjuades poängterade vikten av att ansvarig läkare är tillgänglig för kommunens personal att kontakta. Läkartillgänglighet, tydlig planering och diskussioner mellan vårdtagaren/anhöriga, läkaren och kommunens personal skapar trygghet och kan bidra till att minimera antalet onödiga inläggningar. Ett förslag som i detta sammanhang framfördes, i syfte att minska antalet inläggningar, var att kommunens personal skulle kunna använda någon form av checklista eller motsvarande för att testa den enskilde vårdtagaren innan inläggning.

8.2.3 Iakttagelser sjukhus

I huvudsak är ställningstagande att åka in till sjukhuset med patienten ett beslut som fattas utanför sjukhuset av den enskilde själv, kommunens hälso- och sjukvård eller primärvården, i samråd eller vara för sig. Som framgår ovan finns det inget i riktlinjerna förutom att det bör medfölja ett meddelande som innehåller information från kommunen. Personer som har insatser från kommunen meddelar inte alltid kommunen att man söker sjukhuset akut, vilket innebär att kommunens personal kan dröja med information till sjukhuset.

I våra intervjuer nämns att det "ofta" saknas meddelande från den kommunala sidan speciellt om personen bor i ordinärt boende. Det finns ingen uppföljning om i vilken omfattning meddelande saknas när sådant kunde ha medföljt personer som söker akut på eget initiativ eller i samråd med kommunens personal. Har den som söker undersökts av läkare inom primärvårdsnivån medföljer alltid remiss.

8.3 Gap 2 Ankomst vid sjukhus och inläggning

Föreskrifter och läns gemensamma riktlinjer anger att inskrivningsmeddelande ska sändas till berörda enheter i den öppna vården eller omsorgen om att patienten efter att ha skrivits ut kan komma att behöva kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatrisk vård eller annan öppenvård.

8.3.1 Iakttagelser kommuner

Kommunerna uppger att rutinen med inskrivningsmeddelande i stort sett fungerar så att man erhåller detta. Den brist som förs fram är att det kan variera mycket i hur lång tid det tar innan meddelande erhålls i förhållande till inläggning. Här anges att det kan skilja från några dagar upp till enstaka månad.

Från visa kommuner förs även fram att om en vårdtagare varit akut inne på sjukhus men det inte föranlett inläggning så ges ingen information till kommunen. Andra brister som förs fram är att orsak till inläggning kan saknas. Vår övergripande bedömning är ändå att denna del av vårdkedjan tycks fungera relativt bra utifrån de formella förutsättningarna.

8.3.2 Iakttagelser primärvård

Enligt vårdcentralföreträdarna är det kommunens personal som ser till att nödvändig information följer med vårdtagaren till sjukhuset. Man betonade vikten av att läkemedelslistan och övrig aktuell information följer med patienten till sjukhuset. Ett exempel på det senare är om det har fattats ett palliativt beslut avseende vårdtagaren, så är det viktigt att också dokumentation avseende detta följer patienten till sjukhuset. Övrig information kan skickas via Meddix.

Vid inskrivning på sjukhuset förekommer det – dock relativt sällan – att vårdcentralen kontaktas för kompletterande information. Övrig informationsöverföring sker via Meddix. Företrädare för vårdcentralerna lyfter fram att om aktuell läkemedelslista inlämnades/efterfrågades skulle detta underlätta för sjukhusen. En synpunkt som framfördes i detta sammanhang var att ett gemensamt journalsystem också skulle underlätta överföring av information.

I de fall vårdtagaren skrivs in på sjukhuset tar behandlande läkare ställning till vilka enheter, inom kommunerna respektive primärvården, som ska ha ett inskrivningsmeddelande. Informationen ges via Meddix och enligt de tillfrågade vårdcentralföreträdarna fungerar detta bra. De uppger också att vårdcentralerna inte har behov av mer information i detta skede av vårdkedjan.

8.3.3 Iakttagelser sjukhus

Vid sjukhusen kommer oftast den som söker till akutmottagning vid respektive sjukhus. På senare tid har det varit stort fokus på att patienter inte skall vänta på akuten onödigt länge. Detta är än viktigt för de äldre patienterna. På alla tre sjukhus finns det projekt/rutiner som på olika skall minska tiden på akutmottagningen. Men det framförs i våra intervjuer att detta kan innebära att vissa patienter kommer till fel avdelning och att det sedan kan vara svårt att flytta till "rätt avdelningen". Trots detta så beskriver de flesta att det ur patientperspektiv inte är bra för äldre att vara på akutmottagning. Vid CSK och vid Arvika sjukhus finns det möjlighet till direktinläggning utan att passera akutmottagningen för kända patienter och även inläggning direkt från primärvårdsnivå i Karlstad.

Vid närsjukvårdsavdelningen (NÄVA) kan en patient läggas in direkt av inremitterande läkare eller av avdelningen tidigare känd multisjuk patient som kräver sjukhusvård vid:

- Akut försämring av allmäntillståndet, där inte annan specialavdelning krävs

- Akut utredningsbehov på sjukhus
- Smärtbehandling vid osteoporos och kotkompressioner
- Upprepade fall i hemmet
- Blodtransfusioner vid tidigare känd diagnos
- Hjärtsvikt
- Infektionstillstånd som exempelvis UVI eller pneumoni
- Oklart konfusionstillstånd

För att bättre fördela platser vid CSK finns sedan ett antal år vårdkoordinatorer som förmedlar platser vid CSK. Uppfattningen är att detta har inneburit att patienter snabbare kommer till avdelningen och en bättre överblick av platssituationen åstadkommit. Vårdkoordinatorerna utgår från MAVA och under nattetid är det MAVA som har koordinationsansvar.

Som nämns ovan om primärvård så är det viktigt att den medicinska dokumentationen medföljer till sjukhuset som t.ex. läkemedelslista och om eventuellt brytpunktsamtal genomförts (palliativt beslut). I våra intervjuer beskrivs att information om genomfört brytpunktsamtal i stort sett saknas helt. Vi kan inte uttala oss om det beror på att brytpunktsamtal inte är genomfört eller att det är genomfört men inte meddelats. Enligt respondenterna borde brytpunktsamtal genomföras oftare. Ibland kommer det fram senare under vårdtillfället. Det finns idag ingen etablerad rutin för brytpunktsamtal förutom för de som ingår i den palliativa vården av cancerpatienter.

Samtliga intervjuade menar att det är en stor andel patienter som vårdas i onödan på sjukhus. Både primärt och som återinläggning. Enligt de intervjuade skulle onödig inläggning kunna undvikas om kommunikation mellan primärvård, kommunal vård- och omsorg och sjukhusen fungerade bättre.

Flera av de intervjuade menar att man på akutmottagningarna många gånger har mycket dåligt underlag om den sökandes vårdhistoria och därför måste lägga in patienten på sjukhus.

8.4 Gap 3 Vård och behandling vid sjukhus

I detta skede aktualiseras arbetet med att upprätta en gemensam vårdplan. Riktlinjer och föreskrifter säger att den behandlande läkaren i den slutna vården efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter skall fastställa hur vårdplaneringen skall genomföras. I vårdplaneringen skall sådan personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen.

8.4.1 Iakttagelser kommuner

Den sammantagna bilden från intervjuerna är att kallelse till vårdplanering erhålls från sjukhusen.

Rutinerna för hur kallelse hanteras inom kommunerna skiljer sig åt beroende av vilken organisation för att hantera utskrivningsklara patienter som den enskilde kommunen valt.

Vanligt är ändå att kommunerna kontaktar aktuell avdelning för mer information om patienten. Orsaker som uppges för detta är att kallelsen till vårdplanering ofta inte innehåller tillräckligt med information för att kommunerna ska kunna ta ställning till på vilket sätt man vill delta och genomföra vårdplaneringen. Det som framförallt lyfts fram från kommunerna är att ADL-statusen sällan stämmer. Här uppges att den oftast är gjord i det akuta läget och inte utifrån de förutsättningar som gäller när kallelse till vårdplanering erhålls.

Det framkommer också vid intervjuerna att det ser olika ut i kommunerna hur genomförandet av det uppföljande samtalet till berörd avdelning genomförs. Här finns det kommuner som har någon form av checklista medan andra ringer mer öppet. De samlade intervjuerna tycks ändå indikera ett behov av manual el. motsvarande för dessa samtal. Inte minst för att kunna bedöma vilka professioner som bör delta vid en vårdplanering.

Vissa av kommunerna uppger också att det inte är ovanligt att kallelse till vårdplanering och information om att patienten är utskrivningsklar erhålls samtidigt. Detta kan även gälla patienter som legat inne en längre tid.

Av intervjuerna framgår också att kommunerna har olika arbetssätt och modeller för att avgöra på vilket sätt man avser att delta i och genomföra vårdplaneringen. Grunden för ställningstagandet tycks vara telefonsamtalet till berörd avdelning där mer information inhämtas. Den gemensamma utgångspunkt som vi funnit för ställningstagande om deltagande vid vårdplanering bland kommunerna tycks vara omfattningen av tidigare insatser och om det indikeras stora förändringar i dessa. Om så inte är fallet och patienten redan är känd deltar man inte vid vårdplanering vid sjukhusen, utan gör istället en egen vårdplanering vid hemkomst.

En annan faktor som spelar in är om patienten bor hemma i ordinärt boende eller har plats i något kommunalt vårdboende. I det senare fallet uppges inte vanligen någon vårdplanering genomföras, utan avdelningen kommunicerar direkt med berört boende.

Det uppges också från några kommuner att sjukhusen inte genomför den formella rutinen med kallelse till vårdplanering och genomförande av vårdplanering om avdelningen gör bedömningen att vårdtagaren kan gå hem med oförändrade insatser, detta kan gälla oavsett nivå av insatser. I dessa fall erhåller kommunerna enbart ett utskrivningsmeddelande samt informationsöverföring till kommunens sjuksköterska avseende hälso- och sjukvårdsinsatser. Vår bedömning är att detta förfaringsätt inte överensstämmer med aktuella föreskrifter och riktlinjer.

8.4.2 Iakttagelser primärvård

Kallelse till vårdplanering skickas till vårdcentralerna. De i granskningen ingående vårdcentralerna hanterar mottagande och kvittering av meddelanden i Meddix på olika sätt. Det är oftast sekreterare, sköterskor eller distriktssköterskor som hanterar Meddix-informationen. Mottagaren informerar i vissa fall ansvarig läkare, i andra fall görs anteckningar i journalen och i vissa fall bekräftas kallelsen utan avstämning. Endast vid en av vårdcentralerna uppgav man att det händer att läkare kvitterade meddelande i Meddix.

De vårdcentraler som ingått i granskningen uppger att de inte deltar i vårdplaneringar. En orsak till detta är att man menar att vårdplaneringen har ett kommunalt omvårdnadsperspektiv och att det därför i de flesta fall upplevs som onödigt att delta. De medicinska aspekterna hanteras inte vid vårdplanering och för vårdcentralerna är den medicinska överrapporteringen viktigast. En annan orsak till att man inte deltar i vårdplaneringar anges vara tidsbrist. Det uppges också vara sällsynt att det är angivet i kallelsen att vårdcentralerna ska delta.

För patienter som bor i vård och omsorgsboende sker ofta vårdplaneringen genom att sjukhuset och kommunen har telefonkontakt. Kommunen har dock rätt att kräva att vårdplanering genomförs.

Vårdcentralerna har täta kontakter med kommunens personal och får på så sätt information om patienterna. Det finns dessutom möjlighet att via Meddix följa patientens väg genom slutenvården från inskrivning till utskrivning.

8.4.3 Iakttagelser sjukhus

I och med att en patient som har kommunala insatser ”skickas” till sjukhuset skall ett meddelande i Meddix-systemet skickas till sjukhuset. Ett problem som nämns är att det förekommer, inte allt för sällan, att meddelandebudet som skickas inte är uppdaterat och kan innehålla inaktuella uppgifter om t.ex. mediciner och hur mycket hjälp den enskilde i verkligheten har i hemmet.

En viktig del i vården vid sjukhuset är att redan i samband med inläggning planera för tiden efter sjukhusvården. I ett projekt vid Arvika sjukhus togs fram en rutin om en strukturerad daganteckning (enligt formulär) dag ett för patienter vid medicinkliniken. ”Daganteckning dag ett” innebär att ett efter första vård dygnet sammanfatta vad som framkommit och vad planen för fortsatt vård och behandling och påbörja planering för hemgång. Projektet är permanentat och beskrivs fungera bra och ge en bättre planering av både vård och hemgång.

När ansvarig läkare bedömer att patienten är medicinskt färdigbehandlad skall hon/hon kalla till samordnad vårdplanering. Enligt föreskriften och de landstings - kommunala riktlinjerna skall kommunen, primärvården kallas till vårdplanering. Enligt våra intervjuer sker detta på det sätt som föreskriften och den lokala rutinen förskriver. Det finns en diskussion om vem som kallar till vårdplanering. Enligt vår mening är det alltid den patientansvarige läkaren som beslutar/ bedömer om en patient är medicinskt färdigbehandlad. Att sedan det praktiska handhavandet och genomförandet av vårdplaneringen inte sker av läkaren är en helt annan sak.

8.5 Gap 4 Samordnad vårdplanering

Skall en vårdplan upprättas enligt 10 b § skall den behandlande läkare kalla till en vårdplanering. Vårdplaneringen skall påbörjas senast dagen efter det att kallelsen mottagits. En vårdplan skall utformas i samarbete mellan företrädare för berörda enheter vid kommunens socialtjänst eller hälso- och sjukvård, eller landstingets primärvård, öppna psykiatriska vård eller annan öppenvård. Patienten eller hans eller hennes närstående bör delta i vårdplaneringen.

Av vårdplanen skall det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås.

Vårdplanen skall samordnas med eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården. Vårdplanen skall i förekommande fall innehålla uppgifter om

- medicinska åtgärder och andra behandlingar, aktuella läkemedelsförskrivningar, tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar, allmän och specifik omvårdnad, omsorg, stöd och service, och rehabilitering och habilitering.

Av vårdplanen skall det även framgå:

- namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen, vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd, namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten, om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte, om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, målsättningen med insatserna samt hur och när dessa skall följas upp.

8.5.1 Iakttagelser kommuner

Vårt intryck är att genomförandet av vårdplaneringen och kommunernas bedömning av denna varierar mycket beroende av vilket sjukhus och vilken avdelning som är berörd. Ett genomgående intryck är dock att det finns vissa förbättringsbehov. Kommunerna lyfter fram att den sjuksköterska som är ansvarig för vårdplaneringen ofta kan sakna tillräcklig kunskap om den aktuella patienten och/eller vara dåligt förberedd. Vid vissa vårdplaneringstillfällen upplevs också ansvarig sjuksköterska som stressad och vill lämna vårdplaneringssituationen så fort som möjligt. Kommunerna upplever att det saknas kunskap, den ”röda tråden”, om patientens behov från avdelningarna.

I detta sammanhang lyfts dock även goda exempel fram, t.ex. redovisas att vid sjukhuset i Torsby finns en specifik vårdplaneringssköterska som hanterar alla vårdplaneringar. En situation som kommunerna upplever fungera mycket bra. Motsvarande uppges också ske vid avdelning 3 vid centralsjukhuset med gott resultat, där en sjuksköterska håller i samtliga vårdplaneringar.

Från kommunerna konstateras att sjukhusets behandlande läkare i princip aldrig deltar vid vårdplaneringarna. Detsamma gäller allmänläkaren. Kommunerna uppger att detta leder till brister i informationsöverföringen såväl till primärvården som till dem själva. I intervjuerna framgår att kommunerna här ser risker för att mer återinläggningar sker än som skulle vara nödvändigt om det fanns en tydligare och bättre vårdplanering, överföring av information mellan behandlade läkare och ansvarig läkare i primärvården.

Utifrån den genomförda vårdplaneringen upprättas en gemensam vårdplan. Rutinen uppges vara att varje part skriver sin del i stödsystemet Meddix och sedan justerar respektive part vårdplanen.

Från kommunerna uppges att vårdplanen ofta är bristfälligt ifylld från sjukhusen. Här uppges t.ex. brister avseende medicinsk information, om vad som hänt och vad som är planerat. Det uppges också vara vanligt att ansvarig läkare i primärvården saknas och istället anges vårdcentral. Vi kan i detta sammanhang konstatera att de överenskomna riktlinjerna och den blankett som finns som

stöd för utarbetande av gemensam vårdplan enligt vår bedömning inte har samma ambitionsnivå som föreskrifterna på detta område.

Vårt sammantagna intryck från intervjuerna med kommunerna är att de till stor del upplever vårdplaneringssituationen på sjukhusen som en vårdplanering för den omsorg och omvårdnad som ska ges av kommunen och i mindre grad en gemensam vårdplaneringssituation från tre parter hur man gemensamt skall bidra till den bästa vården för den enskilde.

8.5.2 Iakttagelser primärvård

När det gäller den medicinska informationsöverföringen och överlämnandet/övertagandet av det medicinska ansvaret för patienten, har vårdcentralsföreträdarna till viss del olika uppfattningar. Några angav att det medicinska ansvaret inte kan övergå förrän det kommit en medicinsk epikris eller remiss från sjukhuset till vårdcentralen. Andra menade att hur man än formellt definierar det medicinska ansvaret och när det anses överlämnat, så tar vårdcentralen i praktiken över ansvaret när patienten lämnar sjukhuset.

Som nämnts tidigare deltar inte vårdcentralerna i vårdplaneringar. I de flesta fall kvitterar inte heller läkaren vårdplanen i Meddix. Även här finns det olika rutiner vid vårdcentralerna och olika funktioner är involverade i att signera vårdplanen. Det konstaterades från vissa av vårdcentralerna att läkaren aldrig ser vårdplanen och att vårdkedjan "lever sitt eget liv". Däremot justerar läkaren den medicinska epikrisen när den kommer från sjukhuset. En synpunkt som framfördes i diskussionen var att vårdcentralerna skulle kunna bidra i arbetet med vårdplanering, genom kompletterande information, om sjukhusets läkare efterfrågar den.

I intervjuerna aktualiserades frågan om informationen i vårdplanen är tillräcklig för att garantera ett, ur medicinsk synvinkel, säkert omhändertagande efter utskrivning. Här framkom olika synpunkter från de olika vårdcentralerna. Från flera håll betonades dock kommunens distriktssköterska som en mycket viktig kommunikationsbärare för vårdcentralerna. Här betonades också vikten av ett bra samarbete mellan kommunerna och vårdcentralerna. Vissa vårdcentralsföreträdare framförde att ett problem är att information om patienten inte finns samlad. Olika journalsystem vid sjukhus respektive vårdcentraler, ett system för APO-Dos, Meddix samt kommunernas olika system för verksamhetsstöd leder till en komplex informationsstruktur. Ett gemensamt informationssystem med alla delar integrerade skulle dels underlätta arbetet, dels bidra till ökad patientsäkerhet.

8.5.3 Iakttagelser sjukhus

Den samordnade vårdplaneringen sker på sjukhuset. Från sjukhuset deltar oftast endast sjuksköterska, ibland arbetsterapeut/sjukgymnast och i undantagsfall sjukhusläkare. Patienten skall själv delta och anhöriga skall också erbjudas delta. Från kommunerna deltar alltid biståndsbedömare och sjuksköterska. Primärvården är som nämns ovan kallade men deltar inte vid vårdplaneringstillfället.

Den sjuksköterska som deltar från sjukhusets sida kan antingen vara en sjuksköterska som tjänstgör i det team som vårdat patienten eller en sjuksköterska som ansvarar specifikt för vårdplanering. Som vi uppfattar det är det en trend att det mer och mer utses sjuksköterskor vid sjukhusen som har ett sådant ansvar.

På samma sätt som kommunerna beskriver menar de intervjuade vid sjukhusen att vårdplaneringen är en planering av sociala insatser (hjälp i dagliga livet och boende) och inte en planering för det framtida medicinska omhändertagandet.

Om samordningen med primärvården skall fungera måste detta ske genom andra kanaler, remiss eller direktkontakt.

Den ”samordnade vårdplaneringen” i Värmland är enligt vår bedömning inte en samordnad vårdplanering för medicinska och social insatser, enligt föreskriften, mellan patient med anhöriga, sjukhusvården, kommunen och primärvården.

8.6 Gap 5 Medicinskt utskrivningsklar

Vårdtiderna vid sjukhusen har minskat radikalt under senare år. Tidigare användes begreppet medicinskt färdigbehandlad. Det har numera ersatts av begreppet utskrivningsklar. Ändring av begrepp innebär en förskjutning i ansvar som framförallt skall ses utifrån Ädelreformen år 1992. Personer med mycket större behov av sjukvårdsinsatser vårdas i ordinärt eller vård och omsorgsboende. Personer med mycket svåra sjukdomstillstånd finns i dag i ordinärt boende och särskilt boende.

Information om patientens behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst skall senast samma dag som patienten skrivs ut överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten. Informationen skall innehålla dels vårdplanen, dels övriga väsentliga uppgifter. Om det är relevant för patientens vård och omsorg efter utskrivningen, skall de övriga uppgifterna bestå av inskrivningsorsak samt hälso- eller funktionstillståndet vid inskrivningen, vilka som varit ansvariga för patientens vård, behandling och rehabilitering inom den slutna vården, sammanfattning och utvärdering av genomförd vård, behandling och rehabilitering samt eventuella komplikationer som tillstött i den slutna vården, patientens aktuella hälso- och funktionstillstånd, patientens upplevda hälsotillstånd, riskbedömning utifrån patientens hälsotillstånd, patientens arbetsförmåga, närstående, förvaltare eller god man, och andra kontinuerliga läkarkontakter än de som är namngivna i vårdplanen.

8.6.1 Iakttagelser kommuner

Av intervjuerna med kommunerna framkommer att det inte tycks som om begreppet medicinskt utskrivningsklar är lika kontroversiellt idag som det varit tidigare. Det lyfts dock fram exempel på situationer där man inte är överens med den behandlande läkaren om möjligheterna att gå hem. Kommunerna upplever t.ex. att processen med patienter som redan har en plats vid ett vårdboende i kommunen är betydligt snabbare än om den enskilde bor i ordinärt boende. En synpunkt som framfördes var att en del kommunala korttidsboenden mer är att likna vid ”sjukhusavdelningar”, om man ser till vårdtyngden på vissa patienter.

Kommunerna lyfter också fram att tillgången på vårdboende eller korttidsboende i kommunerna tycks påverka förloppet vid sjukhusen. Här uppges att det inte är ovanligt att sjukhusen ”lovat” patienten att denne ska få komma till ett boende trots att detta är en bedömning som åligger kommunen.

Kommunerna anger att om man inte är överens om möjligheterna för en enskild patient att gå hem så lyfts fråga med ansvarig sjuksköterska och/eller behandlande läkare. Vårt intryck är dock att denna situation inte är så vanlig.

8.6.2 Iakttagelser primärvård

Behandlande läkare vid sjukhuset bedömer när patienten är medicinskt utskrivningsklar samt patientens förmåga att klara hemgång, ADL-status.

Vårdcentralföreträdarnas uppfattning är att det förekommer en dialog mellan sjukhuset och kommunen kring patienterna inför utskrivning/ hemgång. En dialog där man utöver patientens medicinska tillstånd och ADL-status även väger in patientens boendeform. Det framkom också att de lokala resurserna i patientens hemkommun samt kommunens tillgång på korttidsplatser har betydelse. Till exempel finns uppfattningen att patienter som ska tillbaka till vård och omsorgsboende skrivs ut tidigare än patienter som ska till ordinärt boende. Vårdcentralsrepresentanterna var eniga i att så bör det också vara.

8.6.3 Iakttagelser sjukhus

Personalen beskriver att vårdtiderna på sjukhusen minskat radikalt och att man många gånger upplever att patienter ”skickas hem för tidigt och att inte allt är ”ordnat för den enskilde på hemmaplan.

Några av de intervjuade beskriver en frustration över att få skicka hem patienter med stora vårdbehov till ordinärt boende. Bristen av korttidsplatser kan vara en av orsaken till flera av de återinläggningar som sker enligt dem. I intervjuerna uppges t.ex. att det för närvarande saknas korttidsplatser i Karlstad kommun.

I vårdplanen skall det fastställas vad som är egenvård. Åsikten hur egenvård skall tolkas har skilt sig åt mellan olika kommuner vilket gör att det ibland blir diskussioner om vem som ansvar för vad.

8.7 Gap 6 Hemkomst

Som angivits ovan ställs i detta skede krav på att den behandlande läkaren vid den enhet där patienten vistas senast dagen före det att en patient beräknas skrivas ut från den slutna hälso- och sjukvården genom ett utskrivningsmeddelande skall underrätta ansvariga enheter.

8.7.1 Iakttagelser kommuner

Utifrån våra intervjuer är den övergripande bilden att kommunerna i de flesta fall hinner förbereda hemkomsten för den enskilde. Det är dock en förberedelse som vi av kommunerna uppfattar skulle kunna fungera bättre. Det de kommunerna lyfter fram, som upplever brister, är att den dokumentation som ställs krav på i form av omvårdnadsepikris och läkemedelslista ofta kommer för sent. Omvårdnadsepikris kan enligt uppgift dröja en till två dagar och det är inte ovanligt att kommunerna får påminna.

Andra områden som lyfts fram är hanteringen av transporter och hjälpmedel. Beträffande transporter upplever kommunerna att uppgjorda tider stämmer dåligt och den kommunala personalen får vänta vilket leder till bristande effektivitet. Beträffande hjälpmedel finns enligt

uppgift en överenskommelse om att vissa hjälpmedel ska kunna följa med patienten hem, men även detta fungera enligt vissa av intervjuerna mindre bra.

8.7.2 Iakttagelser primärvård

Vid patientens hemkomst är det för vårdcentralerna viktigt att man får den medicinska epikrisen och eventuell remiss samt att man kan ta del av en uppdaterad läkemedelslista. Några vårdcentraler upplever att det i vissa fall kan ta alltför lång tid innan man får den medicinska epikrisen andra uppger att det fungerar bra och att den kommer i rimlig tid. En kritik som framkom i intervjuerna är att epikrisen skulle vara mer framåtriktad, även de remisser som skickas skulle enligt intervjuerna behöva utvecklas avseende tydlighet och kvalitet. I intervjuerna framfördes att såväl brister i informationens innehåll som eventuella fördröjningar av informationsöverföring till vårdcentralerna, kan innebära ökade risker för återinläggningar.

Vårdcentralerna har ingen rutinmässig dialog med kommunens personal i samband med att patienter skrivs ut. Man tar till sig den information som finns i Meddix och menar att man har tillgång till den information man behöver.

Som nämnts tidigare råder viss osäkerhet om när det medicinska ansvaret formellt övertas av vårdcentralen från sjukhuset. Vårdcentralsläkaren tar i praktiken över ansvaret när patienten lämnar sjukhuset.

Eventuella brister vad gäller information och kommunikation i detta skede av vårdkedjan kan också påverka vårdens kvalitet och säkerhet. De kan också leda till visst merarbete för att söka information. En faktor som kan motverka detta är att primärvårdsläkarna ofta har en god kännedom om de berörda patienterna.

8.7.3 Iakttagelser sjukhus

Som beskrivs ovan är det viktigt att när patienten lämnar sjukhuset att vårdkedjan upprätthålls. Ansvaret för detta ligger i stora stycken på att sjukhuset förvisar sig att de som berörs är informerade. Förutom primärvård och kommuner bör sjukhuset förvissa sig om att patienten/anhöriga har information och förstått information om:

- Vad som hänt på sjukhuset
- Vad som planeras efter sjukhusvistelsen (undersökningar förändringar av mediciner)
- Vem man skall vända sig om det är något man undrar över (sjukhuset, primärvården, kommunen)
- Samt var, hos när uppföljning (återbesök) skall ske.

Vid flera av länets kliniker pågår projekt/rutiner för att förbättra patientinformationen. Bland annat har medicinkliniken i Arvika utvecklat ett utskrivningsbesked som beskriver vad man vårdats för, var man skall vända sig var om ”något” inträffar och planerad uppföljning. Vid inget av sjukhusen kan man boka återbesök vid vårdcentral som patient kan ta med sig. Det är också många gånger svårt att få tid till sjukhusens öppenvårdsmottagningar att sända med patienten.

Vid sjukhuset i Torsby sker all uppföljning som skall ske inom fyra veckor vid sjukhuset. Orsaken till detta är bland annat att man vill förvissa sig om att återbesök sker inom den planerade tiden.

8.8 Gap 7 och 8 Eftervård/ vård i hemmet och Samordnad uppföljning

8.8.1 Iakttagelser kommuner

Vårt intryck från intervjuerna med kommunerna på detta område varierar. Det sammanfattande intrycket är att eftervården och uppföljningen mycket tycks bero på vilken problematik som varit aktuell och vilken enhet/avdelning som är berörd. Här lyfts t.ex. fram ett gemensamt projekt kring rehabilitering i norra Värmland som leder till bättre gemensam uppföljning. Även patienter som varit föremål för stroke-behandling uppges ha en tydligare gemensam eftervård och uppföljning. Några givna och tydliga kontakter med vårdcentralerna tycks dock inte finnas, utan här bygger det i de flesta fallen på att den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen efterfrågar stöd av ansvarig läkare i primärvården.

8.8.2 Iakttagelser primärvård

Vårdcentralföreträdarna ger inte uttryck för att det finns någon egentlig helhetssyn när det gäller eftervården i hemmet. Det sker dock vissa åtgärder för att samordna och anpassa huvudmännens insatser. Ett exempel som nämndes är de så kallade "sitt-ronderna" som vårdcentralläkarna har med kommunens sjuksköterska på särskilda boenden. Man går då igenom vårdtagarnas status, eventuella förändringar, uppdaterade läkemedelslistor och ny information till exempel efter utskrivning från sjukhuset.

Enligt vårdcentralföreträdarna finns ingen samordnad uppföljning av patienter där samtliga vårdgivare deltar. Man ställde sig också tveksam till behovet av en sådan uppföljning. Den allmänna uppfattningen var, att var och en av aktörerna har sin egen uppföljning och att detta är tillräckligt.

Vårdcentralföreträdarna uppgav att sjukhuset, efter utskrivning av patient, endast har ett begränsat engagemang som i huvudsak omfattar eventuella återbesök samt dag-rehab. Vidare anser man att den uppföljning som sjukhuset gör av utskrivna patienter är kopplad till den diagnos/sjukdom/åkomma som behandlats under aktuell vårdepisod vid sjukhuset eller är av långvarig art.

Vårdcentralläkarna gör besök vid särskilda boenden varje vecka då de träffar och följer upp de vårdtagare för vilka det skett någon förändring.

8.8.3 Iakttagelser sjukhus

Även om huvudparten eftervård i hemmet är insatser som utförs av primärvårdsnivå och kommuner så finns det äldre med behov av insatser av öppenvårdsinsatser vid sjukhus. Vi har i denna granskning inte fokuserat på denna grupp. En bedömning som görs i aktuella rapporter från SKL att en hel del av insatser skulle kunna utföras inom primärvårdsnivån. Av praktiska skäl som vid t.ex. Torsby sjukhus utförs uppföljning vid sjukhuset troligen på grund av att primärvården inte har samma möjligheter till snabb uppföljning.

8.9 Vår bedömning

Vi kan inledningsvis konstatera att flertalet av de som intervjuats upplever att det generellt skett en positiv utveckling av samverkan i vårdkedjan under senare år. Samtidigt så åskådliggör våra intervjuer ett antal områden som vi anser bör fokuseras i det fortsatta utvecklingsarbetet.

Den övergripande bedömning vi gör utifrån vår genomgång är att det är primärvårdens roll och ansvar för delaktighet i samverkan i vårdkedjan som är den mest kritiska. Den analys vi genomfört visar enligt vår bedömning på en diskrepans mellan den inriktning som ges via föreskrifterna på området jämfört med den praktiska verkligheten vad gäller primärvårdens deltagande i samverkan i vårdkedjan.

Intervjuerna visar, enligt vår bedömning, att deltagande i den gemensamma vårdplaneringsprocessen är begränsad från primärvården. Intrycket vi får är att det idag inte finns ett aktivt ställningstagande, utifrån en medicinsk bedömning och dialog mellan behandlande läkare vid sjukhusen och läkare i primärvården, om hur vårdplaneringen skall genomföras. Denna centrala del i vårdkedjan har istället ersatts av ett arbetssätt där aktuell enhet vid sjukhusen kallar till vårdplanering, och där primärvården utifrån skilda rutiner vid olika vårdcentraler kvitterar kallelsen, utan i många fall, aktivt ställningstagande om det föreligger behov av en gemensam vårdplanering i det aktuella fallet eller inte.

I stället för detta uppfattar vi att primärvården ser den medicinska epikrisen och remissförandet mellan sjukhusen och vårdcentralerna som den nödvändigaste informationen. Vi konstaterar också i detta sammanhang att vissa representanter för vårdcentralerna inte anser att primärvårdens roll i den samordnade vårdplaneringen är väsentliga, utan att det i många fall räcker att man i efterhand får den medicinska informationen.

Vår bedömning är att det är väsentligt att frågan lyfts hur primärvårdens deltagande i den gemensamma vårdplaneringen kan säkerställas och vilka risker som nuvarande arbetssätt kan innebära för den medicinska säkerheten och kvaliteten för den enskilde. Inte minst mot bakgrund av vad som i övrigt framkommit från våra intervjuer, avseende tidsutdräkt för vårdcentralerna att erhålla medicinsk epikris och remisser från sjukhusen, samt även de skilda rutiner som tycks finnas vid vårdcentralerna. Vi anser att såväl riktlinjerna som det praktiska arbetssättet bättre måste överensstämma med föreskrifterna på området. Vi är väl medvetna om vilka praktiska svårigheter som kan föreligga för ett mer aktivt deltagande av primärvården men detta får inte leda till risker för den enskilde och den medicinska säkerheten.

Vår bedömning är att den sammanhållna vårdplaneringen i huvudsak har utvecklats till att vara en omsorgs- och omvårdnadsplanering av kommunala insatser och innehåller i liten del en medicinsk planering. Vi har inte uppfattat att det förekommer att behandlande sjukhusläkare kallar till vårdplanering för endast medicinsk planering. Vår uppfattning är att det borde prövas alternativa former för vårdplanering, där primärvården kan delta. Detta skulle kunna bidra till att förbättra vårdkedjan för äldre med stora sjukvårdsbehov.

Utöver ovanstående är vår bedömning att det finns behov såväl inom kommunerna som mellan huvudmännen att tydliggöra rutiner för hur ställningstagande ska ske om att lägga in vårdtagare akut vid sjukhusen. Vi ser också att det kan finnas möjligheter att ev. minska risken för onödiga inläggningar genom bättre upparbetade rutiner och förbättrad kommunikation mellan

huvudmännen och där primärvården aktivare skulle kunna vara ett stöd för den kommunala personalen genom t.ex. checklistor innan inläggning.

Vår genomgång av vårdkedjan åskådliggör också att det tycks finnas olika arbetssätt beroende av vilken typ av patient/vårdtagare som är aktuell. Vi tänker här främst på att kravet på gemensam vårdplanering av patienter som kommer akut från vård och omsorgsboende inte ställs lika högt som om det vore en patient/vårdtagare från ordinärt boende. Vi kan inte se att vare sig föreskrifterna eller de länsgemensamma riktlinjerna anger att det ska vara någon skillnad och vi vill uppmärksamma på vikten av att det även för dessa patienter sker ett tillräckligt ställningstagande om vårdplanering mellan berörda enheter.

I SKL:s rapport: "Från fattigvård till valfrihet, utveckling av vård och omsorg för äldre" är några av författarnas slutsatser:

"Äldreomsorgen är inte anpassad för dem som behöver den mest, de som behöver en kombination av specialistvård, primärvård och kommunal omsorg. Det är en grupp som kräver en stor del av vårdens och omsorgens resurser, utan att det får dem att må bättre. Tvärtom kan motverkande insatser från olika vårdgivare leda till att hälsan försämras.

Bristen på anpassad äldreomsorg har inte bara negativa konsekvenser för de gamla. Överbeläggningar skulle vara ett avsevärt mindre problem om det fanns en vårdform som är bättre anpassad till äldres behov än den högspecialiserade akutsjukvården.

För att åstadkomma en sådan vård krävs helhetsgrepp och nytänkande, precis som inför Ädelreformen. Öppenvården måste utformas så att man kan ta hand om de sköraste gamla utifrån deras individuella behov. Det behövs en palliativ vård som med empati och värdighet kan hantera de sista åren i en människas liv."

Utifrån från vår genomgång av vårdkedjan för äldre personer är vår bedömning att det finns ett stort behov av att analysera och bedöma de olika aktörernas roll för en sammanhållen vårdkedja. I synnerhet anser vi att primärvårdsnivån bör integreras tydligare för att skapa den sammanhållna vårdkedja som beskrivs i den ovan citerade rapporten.

I nedanstående punkter sammanfattas våra slutsatser från vår gapanalys av vårdkedjan för äldre personer med stora vårdbehov

- Allmänt intryck är att kommunerna upplever en förbättrad samverkan i vårdkedjan - en positiv utveckling
- Primärvårdsnivåns roll och ansvar anses vara viktig – samtidigt beskrivs att vårdcentralerna i mycket liten grad är involverade i arbetet med att skapa en sammanhållen vårdkedja för äldre personer med behov av medicinska insatser och vård- och omsorgsinsatser från kommunerna.
- Det finns behov av strukturer och rutiner för hur man ska agera i kommunen före inläggning. Primärvårdens roll och ansvar borde vara tydligare i denna del.
- Behov av klarläggande om rutiner för att fastställa hur vårdplanering ska genomföras, för vilka målgrupper, vilka alternativa former för vårdplanering som kan användas. Om det

rör patienter som kommer från vård och omsorgsboende, vilka krav som ska ställas på vårdplanering och myndighetsutövning.

- Primärvårdens roll och ansvar att delta i den gemensamma vårdplaneringen bör utredas. I en sådan utredning bör de risker som det kan innebära att primärvården ej aktivt deltar analyseras. Risker för brister i medicinsk informationsöverföring såväl vid inskrivning som vid vårdplanering inför hemgång bör belysas.
- Sjukhusen bör i samråd med kommunerna och primärvården utveckla former för en samlad vårdplanering som stämmer överens med författningar med målet att uppnå en mer sammanhållen vård – och omsorg för äldre.
- Rutiner för hur informationsöverföring ska ske och säkerställas mellan sjukhus och primärvård måste förbättras och klarläggas. Detta så att de bättre överstämmer med ambitionsnivån i föreskrifterna. Nuvarande form av riktlinjer kan innebära risker för kvaliteten och i det medicinska omhändertagandet för den enskilde patienten.
- Enhetliga och gemensamma rutiner för länets vårdcentraler bör utarbetas för hur patientinformation i vårdkedjan ska hanteras, så att den medicinska säkerheten kan garanteras.

9. Förddjupning avseende återinläggningar

9.1 Inledning

Ett användbart mått på hur vårdkedjan för äldre fungerar, är omfattningen av oplanerad återinläggning på sjukhus. Med en väl fungerande vårdkedja kan man undvika onödiga återinläggningar.

I patientdatasystemen kan man inte se om en inläggning/återinläggning är undvikbar eller är nödvändig av medicinska skäl. Att minska antalet undvikbara inläggningar på sjukhus är positivt ur flera skäl. Dels frigörs sjukhusresurser till dem som mest behöver det, men framförallt innebär undvikbar sjukhusvård onödigt lidande för den enskilde äldre. Målet är att minska sjukhusvård för de patienter där andra vårdnivåer är mer ändamålsenliga.

Den fördjupande analysen av återinläggningar på sjukhusen innehåller två delar.

3. Med hjälp av data från Slutenvårdsregistret beskrivs antalet återinläggningar inom 28 dagar under åren 2008, 2009 och 2010.
4. Journalgranskning av 36 patienter som skrivits ut och återinlagts på medicinklinikerna vid Centralsjukhuset i Karlstad(CSK), Sjukhuset i Arvika och Sjukhuset i Torsby.

9.2 Resultat

9.2.1 Återinläggning på medicinklinik.

Utifrån uppgifter från slutenvårdsregistret har andelen återinläggningar beräknats i Landstinget i Värmland beräknats. Resultatet presenteras i nedanstående tabeller.

Tabell 1. Antal vårdtillfällen vid sjukhusen inom Landstinget i Värmland (förutom psykiatri) och andel återinläggningar inom 28 dagar efter utskrivning för personer 75 år och äldre åren 2008 – 2010.

År	Antal vårdtillfällen	Varav antal återinläggningar (%)
2008	13 835	2 304 (17 %)
2009	13 285	2 058 (16 %)
2010	13 781	2 202 (16 %)

Tabell 2. Antal vårdtillfällen vid medicinklinik vid Centralsjukhuset Karlstad och Arvika sjukhus samt Torsby sjukhus (odelat) och andel återinläggningar vid medicinklinik eller Torsby sjukhus inom 28 dagar efter utskrivning för personer 75 år och äldre åren 2008 – 2010.

År	Antal vårdtillfällen	Varav antal återinläggningar (%)
2008	8 628	1 541 (18 %)
2009	8 778	1 474 (17 %)
2010	9 037	1 544 (17 %)

I tabell 1 framgår att 16-17 procent av alla vårdtillfällen Landstinget i Värmland, för personer 75 år och äldre åren 2008 till 2010, var återinläggningar. Vi kan inte uttala oss om hur stor andel av dessa inläggningar som kan anses som undvikbara. Däremot är det sannolikt att en del av dessa återinläggningar säkerligen var planerade eller beror på akut insjuknande. Säkerligen är dock en del av dessa undvikbara, vilket framgår i nedanstående journalgranskning.

I tabell 2 framgår att återinläggningen vid medicinkliniken vid Centralsjukhuset i Karlstad och Arvika sjukhus samt Torsby sjukhus (odelat) ligger på en något högre nivå än den totala återinläggningsfrekvensen. För 2010 var antalet återinläggningar vid medicinkliniken 1 544 st. el. 17 %.

9.2.2 Journalgranskning

För att få en bild av varför äldre patienter återinläggs på sjukhus har en journalgranskning genomförts.

Personal vid medicinklinikerna vid CSK och sjukhusen i Arvika och Torsby tog slumpmässigt fram journaler för 36 patienter. Det ursprungliga antalet var bestämt till 40 patienter varav 20 vid CSK och 10 vardera vid Arvika respektive Torsby sjukhus. Vid CSK togs fram fem journaler för åldersgrupperna 75-79, 80-84, 85-89, i åldersgruppen 90 – 94 identifierades endast en patient därmed uppgick antalet patientjournaler från CSK till 16. Vid Torsby och Arvika sjukhus togs fem patientjournaler ur vardera åldersgruppen 75-84 och 85 – 94. En av journalerna avsåg en patient som flyttats mellan medicin- och kirurgklinik. Journalerna avidentifierades och analyserades enligt ett speciellt framtaget formulär. Vi har inte kunnat se några avgörande skillnader mellan sjukhusen och därför presenteras resultatet gemensamt för alla tre sjukhusen.

Beskrivning av vårdtillfälle 1.

De 35 patienterna vårdades vid första vårdtillfället i genomsnitt 7 dagar (median 5,5 dagar, 1-19 dagar). Inläggningsorsakerna var:

- Andningsproblem (13)
- Bröstmärtor (7)
- Feber (5)
- Illamående yrsel (2)
- Stroke (1)
- Annat (7)

Av de 35 patienterna bedömdes 27 som multisjuka efter kriteriet om minst en sjukdom från tre organsystem. Två patienter beskrivs i journalerna få basal palliativ vård. De flesta av patienterna kom till sjukhus från ordinärt boende (27), fem från vård- och omsorgsboende och tre från korttidsboende.

Orsak till återinskrivning

I genomsnitt skedde återinläggning 9 dagar efter utskrivning med en spridning på 1 – 22 dagar (median 8 dagar). Den vanligaste orsaken till återinläggning var densamma som vid första inläggningen, andnöd (13), vanligen orsakad av hjärtsvikt, ibland i kombination med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), fem patienter med yrsel/illamående, fyra med bröstmärtor och resterande 8 av andra skäl. Majoriteten av återinläggningarna avsåg akut insjuknande (29)

Sjukvårdskontakt mellan vårdtillfällena

I nio av de granskade journalerna uppges att det skickats remiss till aktuell vårdcentral vid första vårdtillfället. I de övriga har epikriskopia från vårdtillfället skickats till aktuell vårdcentral.

Endast i tre av de granskade journalerna uppges att patienten varit i kontakt med primärvården mellan vårdtillfällena. Vår bedömning är att det borde vara betydligt fler som varit i kontakt med primärvården.

I endast en av de granskade journalerna uppges att patienten besökt akutmottagningen mellan de två vårdtillfällena. Det framgår i några enstaka fall att man varit i kontakt med sjukhuset mellan vårdtillfällena via telefon direkt till avdelning.

Bedömning om återinskrivning hade kunnat undvikas genom bättre medicinsk och omvårdnadsplanering

Av de 35 återinläggningarna som granskades, var bedömningen att 15 av dessa skulle kunnat undvikas. Enligt vår bedömning borde tre av patienterna haft insatser av karaktären basal palliativ vård, fyra en högre vårdnivå utanför sjukhuset och åtta hade kunnat förhindras genom snabbare medicinsk uppföljning. Tio av de 15 som vi bedömer som undvikbar återinläggning, söker för samma symtom vid det andra vårdtillfället.

Läkemedel

I det ursprungliga frågeformuläret ingick inte frågor om läkemedel. I samband med genomläsning av journaler upptäcktes ett antal tveksamma läkemedelsbehandlingar i sju patientjournaler. Det kunde handla om läkemedel utan angiven orsak, olämpliga kombinationer av läkemedel och framförallt många mediciner.

9.3 Vår bedömning

Av de 35 patientjournaler som vi studerade, är vår bedömning att 15 återinläggningar hade kunnat undvikas med bättre planering, högre vårdnivå efter sjukhusvistelsen eller snabbare medicinsk uppföljning. Få patienter har mellan vårdtillfällena varit i kontakt med primärvården. Som vi bedömer det, var flera av de studerade patienterna i livets slutskede. Dock fanns det endast notering om palliativ vård/genomfört brytpunktsamtal i två av de 35 journalerna. Vår bedömning är att minst tre av de studerade återinläggningarna hade förhindrats om beslut om palliativ vård funnits.

Att minska återinläggningar är inte ett egenvärde i sig. I en studie (SKL, "Bättre liv för sjuka äldre") som nyligen publicerades¹⁶ där 298 multisjuka personer följdes under 18 månader, konstaterades att primärvården utgjorde endast tre procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. De tillfrågade hade besökt primärvården fyra gånger under den aktuella perioden och hade fyra slutenvårdsepisoder och 25 vårddygn per person. Varje slutenvårdsepisod för de äldre i studien kostade i genomsnitt 60 000 kr. Enligt studien motsvarar resursinsatsen för en inläggning på sjukhus i genomsnitt 56 läkarbesök i primärvården eller 220 hemtjänsttimmar. Till den ekonomiska aspekten skall läggas, att inläggning på sjukhus i sig kan innebära en risk för den enskilde.

I vår genomförda studie, rörande patienter som återinlagts på sjukhus inom 28 dagar, gjordes bedömningen att 15 av dessa återinläggningar hade kunnat undvikas. Detta innebär att i vår studie uppgick andelen så kallade undvikbara återinläggningar på sjukhus till ca 40 %.

Vid medicinklinikerna i länet uppgick det totala antalet återinläggningar av patienter 75 år och äldre till 1 544 under år 2010.

I ett teoretiskt räkneexempel där vi antar en generell andel undvikbara återinläggningar på sjukhus uppgående till endast hälften av resultatet i vår studie, dvs. 20 %. Skulle antalet undvikbara återinläggningar för aktuell patientgrupp uppgå till cirka 309, relaterat till det totala antalet återinskrivningar vid medicinklinikerna i länets sjukhus.

¹⁶ Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning. SKL 2012.

Om man kan undvika de undvikbara återinläggningarna skulle man, med de angivelser som redovisas i studien från SKL, kunna minska kostnader med ca 18,5 Mkr ($309 \times 60\,000 = 18\,500\,000$ Mkr). Eller uttryckt på ett annat sätt; frigöra resurser motsvarande 17 304 läkarbesök inom primärvården.

Utöver ovanstående ser vi det som väsentligt att lyfta fram att i endast en av de studerade journalerna fanns en kognitiv bedömning noterad. Statistiskt har många i den här patientgruppen kognitiva svårigheter. Risken för felmedicinering i hemmet ökar om en kognitiv bedömning inte är genomförd. Har patienten en kognitiv dysfunktion är felmedicinering ofta ett faktum.

I flertalet av de granskade journalerna är de slutanteckningar som görs av sjuksköterskorna mer informativa/stringenta vad gäller planering av framtida vård än läkarnas slutanteckningar.

I få journaler är det angivet i detalj hur och när uppföljning skall ske. Vi anser att borde vara vanligare att man vet när uppföljningen skall ske. Patienten får oftast gå hem och vänta på att bli kallad.

Karlstad dag som ovan

Mikael Lind
Certifierad kommunal revisor
Konsult

Örjan Garpenholt
Specialist
Konsult