



LANDSTINGET BLEKINGE

Landstinget i Blekinge
Revisorerna

Revisionskrivelse 2014-11-10

Dnr	2014/0652
Ink	2014 -11- 13
Landstinget Blekinge Diariet	

Till Hälso- och sjukvårdsnämnden

EY har på uppdrag av landstingets revisorer granskat vården av multisjuka äldre. Granskningen har syftat till att belysa hur Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att vårdkedjan för multisjuka äldre är ändamålsenlig.

Den vård som en multisjuk äldre behöver är inte homogen. Därmed låter den sig inte självklart beskrivas som en kedja där samtliga aktiviteter är på förhand bestämda och länkas ihop i en viss ordning. Det som utskiljer gruppen multisjuka äldre är deras behov av flera olika specialistkompetenser. Vilka kompetenser detta är kan variera mellan patienterna. Gemensamt för gruppen är behovet av att flera huvudmäns vård och omsorg samordnas. Granskningen visar att det sker undvikbara inläggningar av personer som är 65 år och äldre och därmed även av multisjuka. Tillgänglighet till primärvård, kommunernas resurser på boenden och sjuksköterskornas organisering är faktorer som enligt intervjuade kan leda till att patienter läggs in på sjukhus i stället för att få vård hemma.

Det finns brister i vissa moment i övergångarna mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Flera parter påpekar brister i deltagandet i vårdplaneringen. Vi bedömer att detta i viss utsträckning kan förbättras genom att riktlinjerna avseende hur kallelse till vårdplanering ska skickas respektive mottas förtydligas, eftersom det i nuläget synes råda en otydlighet i vem som avgör vilka parter som ska delta i vårdplanering. Brister finns också i efterlevnaden av riktlinjerna för genomgång av läkemedelslistor. Problemen är kända och det pågår arbete för att lösa dem.

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer:

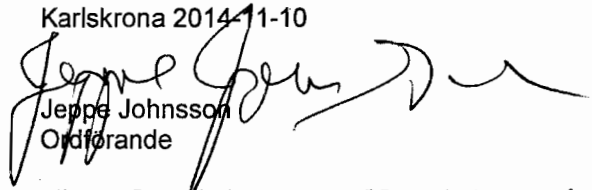
1. Fortsätt arbeta för att minimera antalet undvikbara inläggningar och pröva om arbetssätt inom landstinget bör förändras samt om samarbetet mellan landstinget och kommunerna kan utvecklas för att minska denna risk.
2. Fortsätt arbeta för att säkerställa att läkemedelsgenomgångar sker i enlighet med de landstingsövergripande riktlinjerna.
3. Överväg om ansvaret för beslut om vilka parter som ska kallas till respektive delta i vårdplanering kan förtydligas.



LANDSTINGET BLEKINGE

Svar önskas senast 9 mars 2015 från de nämnder som från 1 januari 2015 har ansvar för ovanstående frågor.

Karlskrona 2014-11-10

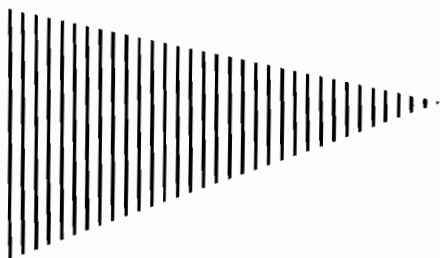


Jeppe Johnsson
Ordförande

Bilaga: Granskningsrapport "Granskning av vården av multisjuka äldre"

Granskning av vården av multisjuka äldre

Landstinget Blekinge



Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Inledning	3
2.1	Bakgrund	3
2.2	Syfte	3
2.3	Ansvarig nämnd	3
2.4	Revisionskriterier	4
2.5	Metod och genomförande	4
3	Revisionskriterier.....	4
3.1	Hälso- och sjukvårdslagen	4
3.2	Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård.....	4
3.3	Landstingsplan 2013-2014	4
4	Granskningsresultat	5
4.1	Inkommande flöde till sjukhuset	5
4.1.1	Vägar in	5
4.1.2	Undvikbara akuta inläggningar	5
4.1.3	Pågående utvecklingsarbete	6
4.2	Vårdplanering och utskrivning	7
4.2.1	Vårdplanering.....	7
4.2.2	Utskrivning	8
4.2.3	Pågående utvecklingsarbete	8
4.3	Läkemedelshantering	9
4.3.1	Mål och styrning	9
4.3.2	Hantering av läkemedelsgenomgångar och läkemedelslistor	9
4.3.3	Uppföljning och förutsättningar för uppföljning.....	10
4.4	Rutiner för samverkan med kommuner	10
4.5	Utveckling utifrån patienters och anhörigas synpunkter.....	11
5	Svar på revisionsfrågor	11
6	Bedömning.....	13
	Källförteckning.....	14

1 Sammanfattning

EY har på uppdrag av revisorerna i landstinget Blekinge granskat vården av multisjuka äldre. Granskningen har syftat till att belysa hur Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att vårdkedjan för multisjuka äldre är ändamålsenlig.

Den vård som en multisjuk äldre behöver är inte homogen. Därmed låter den sig inte självklart beskrivas som en kedja där samtliga aktiviteter är på förhand bestämda och länkas ihop i en viss ordning. Det som utskiljer gruppen multisjuka äldre är deras behov av flera olika specialistkompetenser. Vilka kompetenser detta är kan variera mellan patienterna. Gemensamt för gruppen är dock behovet av att flera huvudmäns vård och omsorg samordnas. Granskningen visar att det sker undvikbara inläggningar av personer som är 65 år och äldre och därmed även av multisjuka. Tillgänglighet till primärvård, kommunernas resurser på boenden och sjuksköterskornas organisering är i kommunerna är faktorer som enligt intervjuade kan leda till att patienter läggs in på sjukhus i stället för att få vård hemma.

Det finns brister i vissa moment i övergångarna mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Flera parter påpekar brister i deltagande i vårdplanering. Vi bedömer att detta i viss utsträckning kan förbättras genom att riktlinjerna avseende hur kallelse till vårdplanering ska skickas respektive mottas förtydligas, eftersom det i nuläget synes råda en otydlighet i vem som avgör vilka parter som ska delta i vårdplanering. Brister finns också i efterlevnaden av riktlinjerna för genomgång av läkemedelslistor. Problemen är kända och det pågår arbete för att lösa dem.

Vi ger Hälso- och sjukvårdsnämnden, samt de nämnder som från 1 januari 2015 har ansvar för nedanstående frågor, följande rekommendationer till det fortsatta arbetet:

- ▶ Fortsätt arbeta för att minimera antalet undvikbara inläggningar och pröva om arbetssätt inom landstinget bör förändras samt om samarbetet mellan landstinget och kommunerna kan utvecklas för att minska denna risk.
- ▶ Fortsätt arbeta för att säkerställa att läkemedelsgenomgångar sker i enlighet med de landstingsövergripande riktlinjerna.
- ▶ Överväg om ansvaret för beslut om vilka parter som ska kallas till respektive delta i vårdplanering kan förtydligas.

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Multisjuka äldre kan definieras på olika sätt. Äldrecentrum tillämpar definitionen att man ska vara 75 år eller äldre, ha vårdats inom slutna sjukhusvård vid tre eller flera tillfällen under ett år och ha tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsgrupper. Äldrecentrums studier visar att multisjuka äldre vill ha kontinuitet i kontakterna med vården och omsorgen. De vill se ett sammanhang mellan olika insatser och vill ha inflytande i vården.

Behoven som multisjuka ger uttryck för stämmer väl överens med målformuleringar i socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Men lagarna innehåller inga riktlinjer för hur man ska nå de övergripande målen. För att nå dit krävs ett väl fungerande samarbete mellan landsting och kommun och en fungerande vårdkedja.

Brister i vårdkedjan resulterar i ökade remissflöden till sjukhusen, ökat tryck på akutmottagningar, problem med ökat antal utskrivningsklara patienter samt överbeläggningar på vårdavdelningar. I stället för att göra en sammanvägd individuell bedömning av hela sjukdomsbilden i samarbete med inblandade parter finns risk att patienter skickas mellan olika specialister, allmänläkare, akutmottagning och hemtjänst.

Behovet av att utveckla vården för äldre har även uppmärksammats i Landstinget Blekinge. Det behandlas bl.a. i den utredning av framtidens vård som landstingsdirektören presenterade i september 2013. Där framgår att en växande grupp äldre har omfattande och sammansatta behov. I Landstingsplanen 2012-2014 är ett strategiskt och prioriterat område att ge god vård genom ett processinriktat arbetssätt. Äldresjukvården och främst äldre med flera diagnoser är en av de grupper som lyfts fram.

2.2 Syfte

Granskningen har syftat till att belysa hur Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att vårdkedjan för multisjuka äldre är ändamålsenlig.

I granskningen besvaras följande frågor:

- ▶ Hur fungerar det inkommande flödet av patienter med komplexa problem och diagnoser? Akutmottagningen visavi specialistkliniker?
- ▶ Fungerar utskrivningsrutiner och vårdplanering på ett tillfredsställande sätt för patienter som ska återvända till kommunal vård och fungerar det kommunala mottagandet av utskrivningsklara patienter?
- ▶ Tar landstinget aktivt ett ansvar för att samverka med kommunen fungerar?
- ▶ I vilken utsträckning sker undvikbara akuta inläggningar av äldre multisjuka?
- ▶ Fungerar läkemedelshanteringen på ett tillfredsställande och patientsäkert sätt?
- ▶ I vilken mån utvecklas vården av multisjuka äldre utifrån patienters och anhörigas erfarenheter och kunskap?

2.3 Ansvarig nämnd

Hälso- och sjukvårdsnämnden.

2.4 Revisionskriterier

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005: 27)
- ▶ Landstingsplan 2013-2014

2.5 Metod och genomförande

Granskningen har genomförts genom dokumentgranskning och intervjuer. Vårdflödena vid Blekingesjukhuset i både Karlshamn och Karlskrona har granskats.

Följande har intervjuats:

- ▶ Verksamhetschefer vid akutkliniken samt medicinkliniken
- ▶ Ställföreträdande verksamhetschef vid medicinkliniken, tillika ansvarig för kontakt med kommuner och övrig organisation
- ▶ Verksamhetschefer vid Trossö och Ronneby vårdcentraler
- ▶ Medicinskt ledningsansvarig läkare vid akutkliniken
- ▶ Förvaltningschef för primärvården
- ▶ Sektionsansvarig läkare geriatrik
- ▶ Avdelningschefer vid de avdelningar där geriatriska platser finns inom Blekingesjukhuset i Karlskrona och Karlshamn
- ▶ Processtödjande utredare
- ▶ Ansvariga för biståndsbedömningarna i Karlskrona, Ronneby, Sölvesborg, Karlshamn och Olofströms kommun

3 Revisionskriterier

3.1 Hälso- och sjukvårdslagen

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Landstinget ska till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende.

3.2 Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska landstingen och kommunerna i samråd utarbeta rutiner för vårdplanering inför utskrivning av patienter och för överföring av information mellan vård- och omsorgsgivare i samband med in- och utskrivning av patienter från slutenvård till öppen vård och socialtjänst. I vårdplaneringen ska sådan personal från berörda enheter delta som besitter den kompetens som behövs för att tillgodose patientens behov av insatser efter utskrivningen.

3.3 Landstingsplan 2013-2014

I landstingsplanen finns inga specifika mål som rör vården av multisjuka äldre. Ett av landstingets fyra övergripande mål, som bl.a. rör multisjuka äldre, är *En god hälso- och sjukvård samt insatser för en bättre folkhälsa*.

4 Granskningsresultat

4.1 Inkommande flöde till sjukhuset

Det finns ingen definierad vårdprocess för multisjuka äldre. Av intervjuerna vid Medicinkliniken framgår att multisjuka äldre inte är en homogen patientgrupp. Detta är patienter med tillstånd som fordrar specialistvård, ofta från flera specialiteter. Att så är fallet framkom när det enligt primärvårdschefen för cirka fem år sedan diskuterades inom landstinget om en vårdprocess skulle tas fram. Då stod det klart att den skulle kräva ett stort antal allmänläkare och geriatriker. Ett par av de intervjuade läkarna anser att multisjuka äldre är en lågprioriterad grupp.

4.1.1 Vägar in

Det finns ingen statistik över äldre multisjuka patienters vägar in till sjukhusvården. Särskilda linjer till sjukhuset, där patienten kommer direkt till specialist utan bedömning vid akutmottagningen, finns för exempelvis höftledsfrakturer samt för stroke.

Samtliga intervjuade beskriver att multisjuka äldre vanligtvis kommer till sjukhusvården via akuten. Akutens verksamhetschef betonar att verksamheten arbetar med symptom snarare än patientgrupper och att fokus därför inte ligger på om en patient är multisjuk eller ej.

Speciella geriatriska platser finns både i Karlskrona och i Karlshamn. I Karlskrona finns en medicinsk observationsavdelning (MOA). Patienterna som läggs på geriatriskplatserna kommer ofta från den. Enstaka patienter kommer direkt från akuten till de geriatriska platserna.

Den geriatriska kompetensen på sjukhuset är begränsad och används inte vid akuten. Ansvarig för de geriatriska platserna i Karlskrona beskriver att en geriatrisk kompetens vid akutmottagningen hade inneburit att fler patienter hade kunnat skickas direkt från akuten till geriatriken utan att passera MOA. Platserna i Karlshamn fylls av patienter från dagakuten, från övervakningsplats eller från andra platser inom medicinkliniken.

4.1.2 Informationsöverföring vid inläggning

Problem med informationsöverföring mellan sjukhus, kommun och primärvård förekommer i flera led enligt de intervjuade. Landstinget har tillsammans med kommunerna tagit fram styrdokumentet *Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering* (hädanefter kallat Blekingerutinerna) där rutinerna för vårdplanering beskrivs.

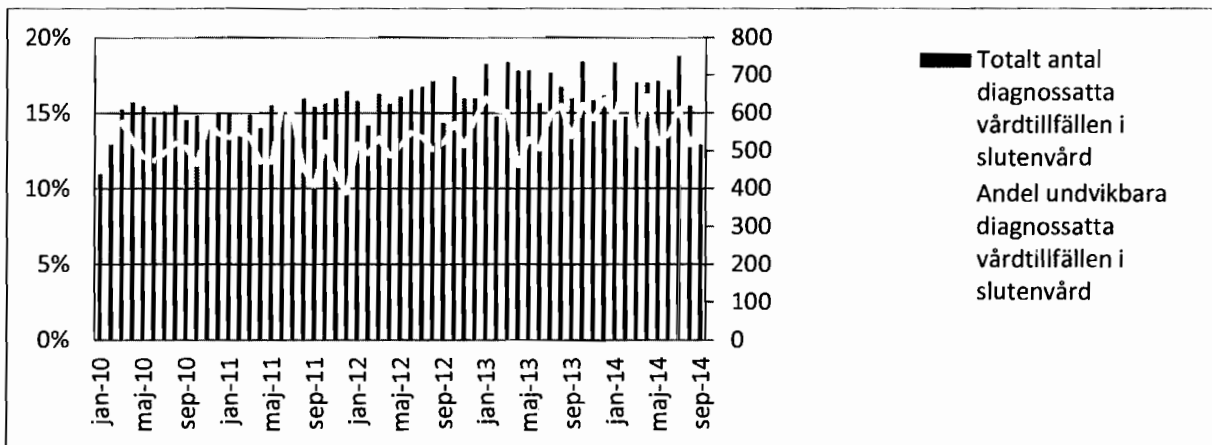
Om en patient läggs in från ett kommunalt boende till sjukhuset ska det enligt Blekingerutinerna följa med en vådrapport från kommunen. Denna ska beskriva vilket hjälp-, vård- och medicinbehov patienten har enligt biståndsbedömning och sjukvårdsbedömning. Enligt uppgift från en kommunrepresentant som intervjuats samt ett par av de intervjuade läkarna är den sällan uppdaterad. Därmed försämras sjukhusets förutsättningar att planera vården. Remisser från primärvården till sjukhusvården skickas på papper. Eftersom avvikelser i remisshanteringsprocessen är relativt vanligt beskriver en av de intervjuade vårdcentralcheferna att de på dennes vårdcentral tillämpar en kompletterande rutin för att per telefon kontrollera att remissen kommit fram.

4.1.3 Undvikbara akuta inläggningar

Det finns ingen statistik över i vilken utsträckning undvikbara akuta inläggningar av multisjuka äldre sker. Som ett led i SKL:s överenskommelse med regeringen, avseende en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, har landstingen 2013 kunnat få prestationsersättning för förbättringar av undvikbar slutenvård. Landstinget för därför statistik

över undvikbar akut slutenvård av patienter från 65 år och uppåt. Ingen separat statistik finns för gruppen multisjuka. I diagrammet nedan syns totalt antal diagnossatta akuta vårdtillfällen för patienter som är 65 år och äldre samt den andel som utgjordes av undvikbara vårdtillfällen.

Diagram 1. Totalt antal respektive undvikbar andel undvikbara vårdtillfällen i slutenvård, patienter 65 år och äldre.



Flera intervjuade vid Blekingesjukhuset anser att det sker en hel del undvikbara inläggningar av multisjuka äldre. Intervjuade vid akuten ser en tendens att antalet inläggningar ökar inför helger vilket kan vara ett uttryck för bristande resurser vid kommunens äldreboenden. Det framkommer också att det ofta kan vara svårt för patienter att få kontakt med läkare i primärvården när man ska lämna meddelande och bli uppringd. Ett besök vid akuten som kan leda till inläggning kan därför för patienten innebära en snabbare kontakt med läkare, även på kontorstid.

Andra intervjuade påtalar att inläggningar skulle kunna undvikas om det var en tätare dialog mellan läkare i primärvården och kommunens sjuksköterskor. En ytterligare aspekt som uppges påverka inläggningarna är hur sjuksköterskorna är organiserade i kommunerna. En av de intervjuade har arbetat i andra delar av landet. Där har sjuksköterskorna sin organisatoriska hemmahörighet på boendena vilket ger en större närhet till de äldre än när de är organisatoriskt samlade i en pool. Då finns bättre förutsättningar för sjuksköterskan att göra en bedömning innan den boende skickas till akuten vilket av erfarenhet leder till färre inläggningar.

Sektionsansvarig läkare i geriatrisk vid medicinkliniken i Karlskrona har följt upp vid vilka boenden patienterna bor. I ett par fall har denne kontaktat medicinskt ansvarig sjuksköterska i kommunen då antalet personer varit påtagligt större från något boende.

4.1.4 Pågående utvecklingsarbete

Sedan 2011 finns geriatriska vårdplatser på en avdelning vid sjukhuset i Karlskrona och sedan knappt ett år finns motsvarande platser på en avdelning i Karlshamn. I Karlskrona finns en geriatrisk överläkare och i Karlshamn finns en geriatrisk specialistläkare. Tillskapandet av de geriatriska platserna grundar sig i ett politiskt beslut och syftet är att de patienter som läggs in här ska få större tillgång till paramedicinska resurser som sjukgymnastik, arbetsterapeut och kurator. Platserna i Karlshamn upptas enligt uppgift inte alltid av geriatriskpatienter. Ansvarig uppfattar att detta snarare beror på administrativa brister än på att det saknas ett tillräckligt patientunderlag. Platserna i Karlshamn väntas bli fler.

För inläggning vid geriatrikplatserna finns kriterier som säger att patienten ska; vara över 75 år med en eller flera kroniska sjukdomar, komma in med ett eller flera akuta tillstånd/sjukdomar men där behov av organspecifik specialist inte anses påkallat vid inläggningen. I Karlshamn finns en rutin för direktinläggning av multisjuka äldre. Beslut om direktinläggning kan fattas av medicinkliniken under tider på dygnet då dagakutmottagningen är stängd. Processen kan initieras i primärvården eller sjukhusvården. Syftet är att patienten inte ska behöva åka till den dygnetruntöppna akutmottagningen i Karlskrona. Enligt avdelningschef för de geriatrika platserna i Karlshamn används möjligheten i liten utsträckning, sannolikt för att den inte är känd.

4.2 Vårdplanering och utskrivning

4.2.1 Vårdplanering

Vårdplanering och annan kommunikation avseende enskilda patienter hanteras i vårdplaneringssystemet Prator som både landstinget och kommunerna har tillgång till. Vårdplanering av patienter som ska lämna sjukhuset regleras i Blekingerutinerna. Enligt dessa är behandlande läkare inom slutenvården ansvarig för att kalla till vårdplanering. Mottagare av kallelsen ska ta kontakt med vårdavdelningen för att komma överens om vårdplaneringen. Alla mottagare av kallelsen har ansvar för att ta kontakt och bilda sig en uppfattning om vårdtagaren.

Kommunens biståndsbedömare deltar alltid i vårdplaneringen. Därutöver varierar det mellan olika kommuner vilka funktioner som deltar. I vissa kommuner deltar även en eller flera representanter för hemsjukvården, såsom; sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, undersköterska med ansvar för *Trygg hemgång* (se nedan). De intervjuade i kommunerna ger varierande beskrivningar av kontakten mellan biståndsbedömningen och hemsjukvården. I några kommuner uppges kontakten fungera bra. I de kommuner där hemsjukvården som regel inte deltar beskrivs det som ett problem av biståndsbedömaren, som uppfattar att denne får representera en gren av kommunen som denne inte ansvarar för. Även intervjuade i landstinget ser svagheter när endast biståndshandläggaren är med från kommunen.

Vem som representerar sjukhuset vid vårdplaneringen varierar mellan olika avdelningar. Från de geriatrika avdelningarna deltar som regel koordinator, sjukgymnast och arbetsterapeut. Kommunrepresentanter beskriver att sjukhuset i regel representeras av sjuksköterska och uppfattar det som en brist att inte fler funktioner, exempelvis rehabiliterande personal, deltar.

Primärvården deltar sällan. Det beskrivs som ett problem, av representanter från både sjukhus och kommuner. De uppfattar att primärvården blir kallade men inte deltar medan intervjuade i primärvården uppfattar att de inte blir kallade. Samtliga uppfattar att primärvårdens deltagande bidrar till kontinuitet för patienten.

De intervjuade beskriver således önskemål om deltagande i vårdplanering av fler funktioner från både sjukhuset, primärvården och kommunen.

Flera av de intervjuade beskriver, ur olika perspektiv, en ond cirkel i vårdplaneringen. Sjukhusen uppfattar inte att kommunerna, i de fall den aktuella patienten behöver komma till ett boende, tar hem patienten snart nog utan låter denne stanna på sjukhuset och använda en vårdplats som bättre behövs av någon annan. Därför skickas kallelse till vårdplanering så snart patienten kommit in varför kommunerna uppfattar att patienten, vid planeringen, ännu inte är rehabiliterad och klar att skrivas ut. I vissa fall anses kallelsen inte innehålla tillräcklig information om patienten.

Slutligen beskriver kommunrepresentanter att det förekommer att läkare eller sjuksköterska inför vårdplanering, för patient eller anhörig, uttalat vilket stöd patienten bör få enligt socialtjänstlagen. Patient eller anhöriga kan då bli besvikna om kommunens biståndshandläggare gör en annan bedömning.

Brister i vårdplaneringen har tidigare uppmärksammats av Blekinge kompetenscentrum. Två utvärderingar av vårdplaneringen har legat till grund för samverkansmodellen *Samspel*, som ska implementeras under våren 2015 (se nedan).

4.2.2 Utskrivning

Som framgår ovan uppfattar primärvården att sjukhusens överlämning av patientansvar delvis är bristfällig. Representanter för primärvården beskriver också att den uppföljning av vissa värden och utsättning av mediciner som sjukhuset överlämnar till primärvården att hantera, tynger ner primärvården och inte alltid överlämnas med tillräcklig information. Som exempel nämns att det inte är självklart för primärvården varför vissa värden ska följas upp eller hur resultaten ska hanteras, bara att sjukhusläkaren anser att det ska göras. En del i denna brist beror enligt primärvården på att alla remisser från sjukhuset kommer i pappersform, vilket ger en fördröjning i informationsflödet.

4.2.3 Pågående utvecklingsarbete

En avdelning vid sjukhuset testar att ha en särskild utskrivningssjuksköterska som enbart arbetar med utskrivningar och vårdplaneringar och därmed helt kan fokusera på den grupp patienter som ska skrivas ut.

Sjukgymnasterna vid den geriatriska avdelningen i Karlskrona ska under hösten 2014 börja samarbeta med kommunernas hemsjukvård. Samarbetet ska behandla strategiska frågor för den patientgrupp som ska skrivas ut från sjukhus till hemsjukvård. Syftet är att undvika återinläggningar genom att exempelvis ta fram träningsprogram som patienten, med hjälp av kommunens hemsjukvård, kan arbeta med efter hemkomst.

Flera av de intervjuade tar i positiva ordalag upp satsningen *Trygg hemgång*, som går ut på att patienten vid hemkomst från sjukhuset möts av sjukgymnast, arbetsterapeut, sjuksköterska och undersköterska. Dessa samarbetar under tre dagar för att bedöma vilka resurser som finns i hemmet samt vilka praktiska hjälpmedel och vilken träning patienten behöver. Arbetet med *Trygg hemgång* har pågått i cirka två år och görs eller ska göras i alla Blekingekommuner. Landstinget är inte involverat men ser positiva effekter.

I början av oktober 2014 antog det landstings- och kommungemensamma organet Ledningssamverkan Vård och Omsorg (varom mer nedan) modellen *Samspel*, en samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en samordnad individuell planeringsprocess (SIP). Modellen ska användas i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre och omfattar tre delar: Samordnad Individuell Plan, Beslutsstöd för vård på rätt vårdnivå och Säker utskrivning. Samordnad Individuell Plan beskriver processen för vårdplanering; Beslutsstöd för bedömning av vårdnivå är ett verktyg för sjuksköterskor inom kommunal vård och omsorg att utifrån den enskildes hälsotillstånd bedöma var och hur fortsatt vård bör genomföras; Säker utskrivning beskriver beprövade metoder för att öka trygghet och delaktighet för individen i samband med utskrivning. Modellen ska implementeras under våren 2015.

4.3 Läkemedelshantering

4.3.1 Mål och styrning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tecknat årliga överenskommelser med regeringen om patientsäkerhetssatsningar. Överenskommelserna ligger till grund för prestationsbaserade ersättningar. Enligt 2013 års överenskommelse skulle landstingen *upprätta rutiner och påbörja ett förbättringsarbete avseende utskrivningsinformation rörande läkemedel*. Enligt Socialstyrelsens uppföljning uppfyllde Landstinget Blekinge kravet och enligt 2014 års överenskommelse ska landstingen *tillämpa rutiner avseende utskrivningsinformation rörande läkemedel och påbörja uppföljning av efterlevnad*.

Enligt Blekingerutinerna ska en aktuell läkemedelslista följa med vårdtagaren vid utskrivning. Landstingsövergripande riktlinjer finns också för hur läkemedelsgenomgångar ska göras, för hantering av patientens samlade läkemedelslista samt för läkemedelsgenomgångar för vårdtagare på kommunernas äldreboenden. En så kallad enkel läkemedelsgenomgång ska genomföras bl.a. vid inskrivning i slutenvård alternativt under vårdtiden, vid öppenvårdsbesök, vid påbörjad hemsjukvård samt vid inflyttning i särskilt boende. Läkemedelsgenomgången består av en kartläggning av vilka läkemedel patienten är ordinerad och vilka läkemedel hen använder. Läkemedelsgenomgången ska dokumenteras i den medicinska journalen under sökordet *Läkemedelsberättelse*.

Läkemedelskommittén och Läkemedelssektionen arbetar med läkemedelssäkerheten genom utbildningar för och information till framför allt primärvården men även sjukhus och kommuner.

4.3.2 Hantering av läkemedelsgenomgångar och läkemedelslistor

Av intervjuer framgår att den avdelning i Karlskrona som har geriatriska platser i stort sett efterlever de rutiner som stadgar att en aktuell läkemedelslista ska följa med patienten vid utskrivning. Vidare framkommer i intervjuerna att läkare vid kliniken relativt ofta rensar i läkemedelslistorna så att de ska vara aktuella.

Samtliga intervjuade med insyn i läkemedelshanteringens anser att det finns brister i läkemedelshanteringens. Följande problem beskrivs:

- ▶ Läkemedelslistor inte är aktuella.
- ▶ Den läkemedelsförteckning som patienten får med sig hem stämmer inte överens med den som finns i journalen/epikrisen (sammanfattande bedömning i journalen).
- ▶ Sjukhuset missar att skicka med patienten nyinsatta läkemedel.
- ▶ Avvikelser rapporteras inte konsekvent.

Ordförande för Läkemedelskommittén och apotekare vid Läkemedelssektionen beskriver problemet med uppdaterade läkemedelslistor som en följd av specialiseringen i vården, som gör det svårt för läkaren att ta ansvar för någon annans förskrivning. Primärvården får ofta ansvar för att sortera i läkemedelslistan, vilket är ett ansvar som i större utsträckning borde axlas av klinikerna.

Av intervjuerna framgår att ovan nämnda problem är uppmärksammade och det arbetas aktivt med dem. Det sker bl.a. inom ramen för patientsäkerhetsarbetet där verksamhetschefer och apotekare har nyckelroller.

4.3.3 Uppföljning och förutsättningar för uppföljning

En apotekare från Läkemedelssektionen ska, med början vid årsskiftet, till varje förvaltning ge feedback på hur det ser ut i förvaltningen med utskrivningsmeddelanden, läkemedelsberättelse och läkemedelsgenomgångar. Den framtida rapporteringsfrekvensen kommer att bero på vad förvaltningarna efterfrågar. Samma apotekare har gjort journalgranskningar avseende läkemedelshanteringen under ett vårdtillfälle vid medicinkliniken i Karlshamn 2011 och 2013. Motsvarande arbete pågår nu i Karlskrona.

Den planerade rapporteringen kommer att bygga på kvantitativa dokumenterade data. Enligt uppgift från apotekaren görs många läkemedelsgenomgångar utan att dokumenteras på rätt sätt. Ingen tillförlitlig statistik finns därför över i vilken utsträckning läkemedelslistor är uppdaterade och läkemedelsgenomgångar görs.

4.4 Rutiner för samverkan med kommuner

I intervjuer beskrivs att strategisk samverkan mellan landstinget och kommunerna sker genom Ledningssamverkan Vård och Omsorg (LSVO) och genom så kallade Triadmöten mellan primärvård, sjukhus och kommun.

LSVO skapades för cirka tio år sedan och organiserar de fem Blekingekommunerna samt landstinget. Enligt verksamhetsplanen för 2014 och 2015 ska LSVO genom sammanhållen vård och omsorg verka för en god hälsa för invånarna i Blekinge. Ett av sju mål är att *Minska andelen återinskrivningar/undvikbar slutenvård (onödig) inom hela LSVO:s verksamhetsområde.*

Detta ska nås genom utvecklat triad-arbete, utvecklad lokal form av trygg hemgång samt utvecklat arbete med vårdplanering och SIP (se beskrivningen av *Samspel* ovan). LSVO fungerar enligt uppgift ofta som styrgrupp i gemensamma projekt. Primärvårdschef beskriver att gruppen under de senaste åren bland annat arbetat med utskrivningsprocessen, korrekta läkemedelslistor och hantering av läkemedelslistor efter växlingen av hemsjukvård. Han uppfattar att gruppen är välfungerande men är tveksam till i vilken utsträckning resultatet av ledningssamarbetet syns i alla verksamheter.

Triad-möten hålls fyra gånger per år. Även privat driven primärvård kan delta. Varje triadmöte inkluderar en kommun samt representant för en av sjukhusets verksamhetsgrenar. Sjukhuset representeras av olika kliniker vid olika triader. Mötena syftar till samarbete avseende lokala frågor som rör de mest sjuka äldre. I intervjuer varierar beskrivningarna av om mötena främst tar upp övergripande frågor eller enskilda patientfall. En av de intervjuade beskriver att den offentligt drivna primärvården sällan deltar vid mötena.

En avdelningschef inom primärvården beskriver att det finns risk att personer faller mellan stolarna i fördelningen av ansvar mellan primärvård och hemsjukvård. Enligt hälsovalet ska primärvården inte göra hembesök. Om en person inte själv anser sig ha förmåga att ta sig till primärvården men hemsjukvården bedömer att personen är frisk nog att klara detta kan ett glapp uppstå. Den aktuella avdelningschefen har löst ett fåtal sådana fall genom att, i strid med reglementet, låta distriktssköterska göra hembesök. Primärvårdschefen beskriver att det fanns en generell förväntan om bättre kontakt mellan hemsjukvård och omsorg vid växlingen av hemsjukvård. Om denna förväntan infriats så har det i någon utsträckning skett på bekostnad av kontakten mellan hemsjukvård och läkare.

Representanter för både sjukhus, primärvård och kommuner beskriver enligt ovan vissa problem i kontakten sinsemellan. I detta sammanhang nämns också, från kommunhåll, att ansvarsfördelningen mellan primärvård och sjukhusvård ibland uppfattas leda till

suboptimering och inte gynna patienten. Många påpekar dock samtidigt att samarbetet har blivit allt bättre och utvecklas i en positiv riktning samt att god vilja sällan saknas och att större kunskap och mer information om varandras förutsättningar sannolikt skulle bidra till smidigare kommunikation.

Av intervjuerna framgår att geriatriken vid medicinkliniken i Karlskrona besökt sjuksköterskorna i flera kommuner och pratat om vården av äldre. Det har varit uppskattat då det finns behov av kompetensutveckling.

4.5 Utveckling utifrån patienters och anhörigas synpunkter

Patienters synpunkter samlas in dels genom de nationella patientenkäter SKL regelbundet samordnar, dels genom Förtroendenämnden. Varje avdelning får del av enkätresultaten för avdelningen och förväntas arbeta med det. De synpunkter som förmedlas via Förtroendenämnden gäller enligt de intervjuade oftare bemötandefrågor än rent medicinska frågor. Varje förvaltning får en aggregerad sammanställning av de frågor som rapporterats till Förtroendenämnden och som rör förvaltningen.

Primärvården gör en egen patientundersökning två gånger per år. Resultaten presenteras vid arbetsplatsträffar eller motsvarande. Vid en av de intervjuade vårdcentralerna finns en låda för synpunkter i receptionen.

Utöver detta beskriver de intervjuade enhetscheferna att de försöker vara tillgängliga för samtal från patienter och anhöriga. Vid utskrivning försöker flera aktivt förhålla sig om erfarenheter och synpunkter. Patienter och anhöriga upplevs idag mer än tidigare aktivt återkoppla synpunkter. Ingen av de intervjuade beskriver några specifika förändringar som skett med anledning av synpunkter från multisjuka patienter eller deras anhöriga.

5 Svar på revisionsfrågor

- ▶ **Hur fungerar det inkommande flödet av patienter med komplexa problem och diagnoser? Akutmottagningen visavi specialistkliniker?**

Ingen sammanställd statistik finns över vilka vägar in till sjukhusvården äldre multisjuka patienter använder. Inget särskilt spår finns för gruppen multisjuka äldre. De intervjuade beskriver att multisjuka äldre vanligtvis kommer till sjukhusvården via akuten. Speciella geriatriska platser finns både i Karlskrona och i Karlshamn. I Karlskrona finns en medicinsk observationsavdelning (MOA) och patienterna som läggs på geriatrikplatserna kommer ofta från den. Platserna i Karlshamn fylls av patienter från dagakuten, från övervakningsplats eller från andra platser inom medicinkliniken.

- ▶ **Fungerar utskrivningsrutiner och vårdplanering på ett tillfredsställande sätt för patienter som ska återvända till kommunal vård och fungerar det kommunala mottagandet av utskrivningsklara patienter?**

Samtliga intervjuade parter – sjukhus, primärvård och kommuner – beskriver goda intentioner men praktiska brister i förutsättningarna för utskrivning av patienter. Sjukhuset uppfattar att kommunerna inte tar hem utskrivningsklara patienter i rimlig tid och kommunerna uppfattar att sjukhuset vill skriva ut patienterna innan de fått tillräcklig sjukhusvård.

Flera av de intervjuade beskriver brister i deltagande vid vårdplanering från såväl kommun som landsting. Samtliga parter påtalar att utökad medverkan från primärvården skulle bidra

till bättre kontinuitet för patienterna. På ett organisatoriskt plan syns en otydlighet i vem som ansvarar för att bedöma vem som behöver medverka vid vårdplanering. Sjukhus och kommun uppfattar att primärvården inte kommer när de blivit kallade medan primärvården inte uppfattar att de blir kallade. De skriftliga rutiner som finns för kallelse till vårdplanering innehåller inga direktiv om vem som ska kallas till vårdplanering men konstaterar att alla mottagare av kallelsen ansvarar för att ta kontakt och bilda sig en uppfattning om vårdtagaren.

Landstinget arbetar aktivt tillsammans med kommunerna för att utskrivning och vårdplanering ska fungera och utvecklas. Idag är den inte tillfredsställande.

► **Tar landstinget aktivt ett ansvar för att samverka med kommunen fungerar?**

Strategisk samverkan mellan landstinget och kommunerna sker genom Ledningssamverkan Vård och Omsorg (LSVO) och genom så kallade Triadmöten. LSVO organiserar de fem Blekingekommunerna samt landstinget och syftar till att genom sammanhållen vård och omsorg verka för en god hälsa för invånarna i Blekinge. LSVO fungerar ofta som styrgrupp i gemensamma projekt. Triad-möten hålls fyra gånger per år mellan primärvård, sjukhus och kommun. Varje triadmöte inkluderar en kommun samt representant för en av sjukhusets verksamhetsgrenar. Mötena syftar till samarbete avseende lokala frågor som rör de mest sjuka äldre.

Representanter för både sjukhus, primärvård och kommuner beskriver svårigheter och problem i kontakten sinsemellan men pekar samtidigt på att god vilja sällan saknas.

Vi bedömer att landstinget tar ett ansvar för samverkan.

► **I vilken utsträckning sker undvikbara akuta inläggningar av äldre multisjuka?**

Ingen statistik finns över i vilken utsträckning undvikbara akuta inläggningar av multisjuka äldre. Däremot finns uppgifter om undvikbar akut slutenvård av samtliga patienter från 65 år och uppåt. Under 2013 utgjorde de undvikbara akuta inläggningarna 14,7 procent av samtliga vårdtillfällen för den aktuella åldersgruppen. Motsvarande andel år 2014 till och med september var 14,8 procent. Intervjuerna bekräftar att det sker undvikbara akuta inläggningar av multisjuka äldre och att de kan minska genom andra arbetssätt och organisatoriska lösningar.

► **Fungerar läkemedelshandlingen på ett tillfredsställande och patientsäkert sätt?**

Samtliga intervjuade med insyn i läkemedelshandlingen besvarar frågan nekande. De intervjuade beskriver problem som består i att läkemedelslistor inte är aktuella, att den läkemedelsförteckning som patienten får med sig hem inte stämmer överens med den som finns i journalen/epikrisen och att sjukhuset ibland missar att skicka med patienten nyinsatta läkemedel.

Ordförande för Läkemedelskommittén och apotekare vid Läkemedelssektionen beskriver problemet med uppdaterade läkemedelslistor som en följd av specialiseringen i vården, som gör det svårt för läkaren att ta ansvar för någon annans förskrivning.

► **I vilken mån utvecklas vården av multisjuka äldre utifrån patienters och anhörigas erfarenheter och kunskap?**

Patienters synpunkter samlas in genom de nationella patientenkäter som SKL regelbundet samordnar samt genom Förtroendenämnden. Varje avdelning får del av de enkätresultat som gäller avdelningen och förväntas arbeta med resultaten. Varje förvaltning får en aggregerad sammanställning av de synpunkter som rapporterats till Förtroendenämnden och som rör förvaltningen. Utöver detta beskriver de intervjuade enhetscheferna att de försöker vara tillgängliga för samtal från patienter och anhöriga. Ingen av de intervjuade beskriver några specifika förändringar som skett med anledning av synpunkter från multisjuka patienter eller deras anhöriga.

6 Bedömning

Denna granskning har syftat till att belysa hur Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställer att vårdkedjan för multisjuka äldre är ändamålsenlig. Inledningsvis kan konstateras att den vård som en multisjuk äldre behöver är inte homogen och därmed kanske inte självklart låter sig beskrivas i en kedja där samtliga aktiviteter är på förhand bestämda och länkas ihop i en viss ordning. Det som utskiljer gruppen multisjuka äldre är deras behov av flera olika specialistkompetenser. Vilka kompetenser detta är kan variera mellan patienterna.

Gemensamt för gruppen är dock behovet av att flera huvudmäns vård och omsorg samordnas. Granskningen visar att det sker undvikbara inläggningar av personer som är 65 år och äldre och därmed även av multisjuka. Tillgänglighet till primärvård, kommunernas resurser på boendena och sjuksköterskornas organisering är i kommunerna är faktorer som enligt intervjuade kan leda till att patienter som skulle kunna få vård hemma läggs in på sjukhus.

Det framgår också att det finns brister i vissa moment i övergångarna mellan primärvård, sjukhusvård och kommunal vård och omsorg. Flera parter påpekar brister i deltagande i vårdplanering. Vi bedömer att detta i viss utsträckning kan förbättras genom att riktlinjerna avseende hur kallelse till vårdplanering ska skickas respektive mottas förtydligas, eftersom det i nuläget synes råda en otydlighet i vem som avgör vilka parter som ska delta i vårdplanering. Vi noterar att det finns brister i efterlevnaden av riktlinjerna för genomgång av läkemedelslistor. Problemen är kända och det pågår arbete för att lösa dem.

Vi ger Hälso- och sjukvårdsnämnden, samt de nämnder som från 1 januari 2015 har ansvar för nedanstående frågor, följande rekommendationer till det fortsatta arbetet:

- ▶ Fortsätt arbeta för att minimera antalet undvikbara inläggningar och pröva om arbetssätt inom landstinget bör förändras samt om samarbetet mellan landstinget och kommunerna kan utvecklas för att minska denna risk.
- ▶ Fortsätt arbeta för att säkerställa att läkemedelsgenomgångar sker i enlighet med de landstingsövergripande riktlinjerna.
- ▶ Överväg om ansvaret för beslut om vilka parter som ska kallas till respektive delta i vårdplanering kan förtydligas.

Karlskrona, 10 november 2014

Lena Joelsson

Ylva Westander

Källförteckning

Kriterier för inläggning på Geriatrisk vårdplats, avdelning 8.

Läkemedelsgenomgångar. PM. Version: 1

Läkemedelslistan i Öppenvård. Ansvar. PM. Version 2,4.

Rutiner för direktinläggning av medicinpatient i Karlshamn. Blekingesjukhuset 2013-11-05.
Dnr. 2013/0742, samt därtill hörande förteckning över remisskriterier

Blekinge Kompetenscentrum: Läkemedelsgenomgångar enligt "Blekingemodellen".
Reviderad augusti 2013

Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering. Gäller från 5 maj 2012.
Version 1:1.

LSVO – Ledningssamverkan Vård och Omsorg. Verksamhetsplan 2014 och 2015.

Socialstyrelsen: Patientsäkerhetssatsning 2013 – uppföljning och samlad bedömning av utfall

Patientsäkerhetssatsning 2014. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting om förbättrad patientsäkerhet.

Samspel. Samverkansmodell för planering och informationsöverföring i en Samordnad Individuell Planeringsprocess i Blekinge

Blekinge Kompetenscentrum: Utvärdering av Vårdplaneringar utifrån Gemensamma Blekingerutiner för Samordnad Vårdplanering. 2012-12-18

Slutrapport Samordnad vårdplanering med fokus på undvikbara återinläggningar på sjukhus i Landstinget Blekinge