

[Väck läsarens intresse med en intressant sammanfattning. Det är vanligtvis en kort sammanfattning av dokumentet. När du vill lägga till innehåll klickar du här och börjar skriva.]

Återinskrivning ar

1-30 dagar

Anna Kerstin Lejonklou

Innehåll

ÅTERINSKRIVNING INOM 1 - 30 DAGAR	3
Från En god vård 2018	3
Om återinskrivningar inom 30 dagar inom Region Jämtland Härjedalen	4
Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak (SKL definition).....	4
Återinskrivningar inom 30 dagar (Socialstyrelsens definition).....	5
Återinskrivningar över tid.....	5
Vad kan påverka antal och andel återinskrivningar?	6
1 Antal vårdplatser och antal vårdtillfällen sjukhusövergripande	6
2 Medelvårdtid och DRG-vikt	7
3 Äldrar personer som vårdas inom slutenvård	8
4 Återinskrivningar inom 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle oavsett orsak....	9
5 Återinskrivningar inom 1–30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle valda diagnoser..	9
6 Beror återinskrivningen på vilken kommun personen bor?	10
7 Är det män eller kvinnor som återinskrivs mest?	10
8 Vilka diagnoser är vanligaste orsakerna till att personer blir återinskrivna?	13
9 Varierar återinskrivningar över året?	13
10 Alltför krävande hemresa?	13
11 Hur fångar vi primärvårdens kvalitet i deras arbete att minska återinskrivningar?.....	13
12 Kan kommunernas kvalitet i deras arbete påverka antalet återinskrivningar?	13
Reflektioner och förslag	14

Återinskrivning inom 1 - 30 dagar

Från En god vård 2018

I gruppen 65 år och äldre är de vanligaste orsakerna till oplanerade återinskrivningar hjärtsvikt och lunginflammation. Diagnoserna vid det första vårdtillfället är valda för att fånga vanliga diagnoser hos äldre. Diagnoserna vid återinskrivningstillfället är valda för att dessa diagnoser borde kunnat förebyggas vid vårdtillfälle ett eller genom öppenvårds- eller socialtjänstinsatser (från En god vård 2018). Se även bilaga x.

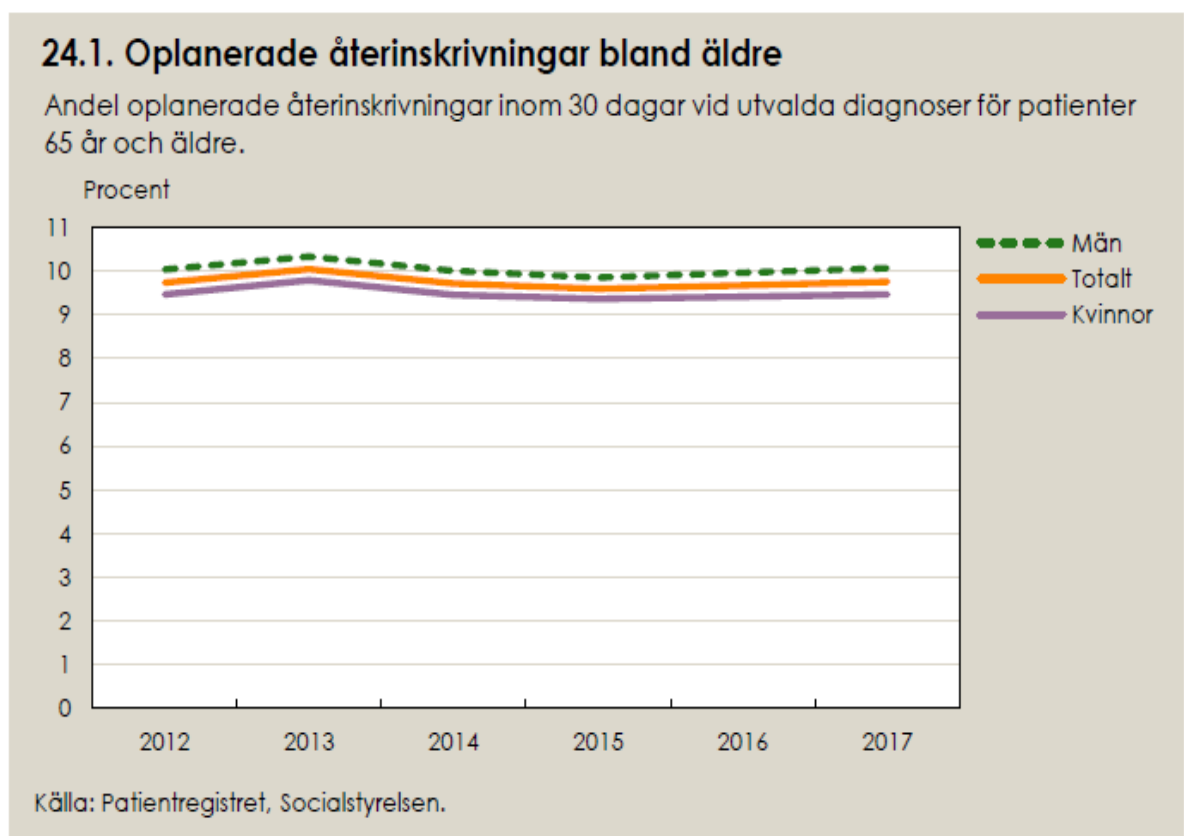
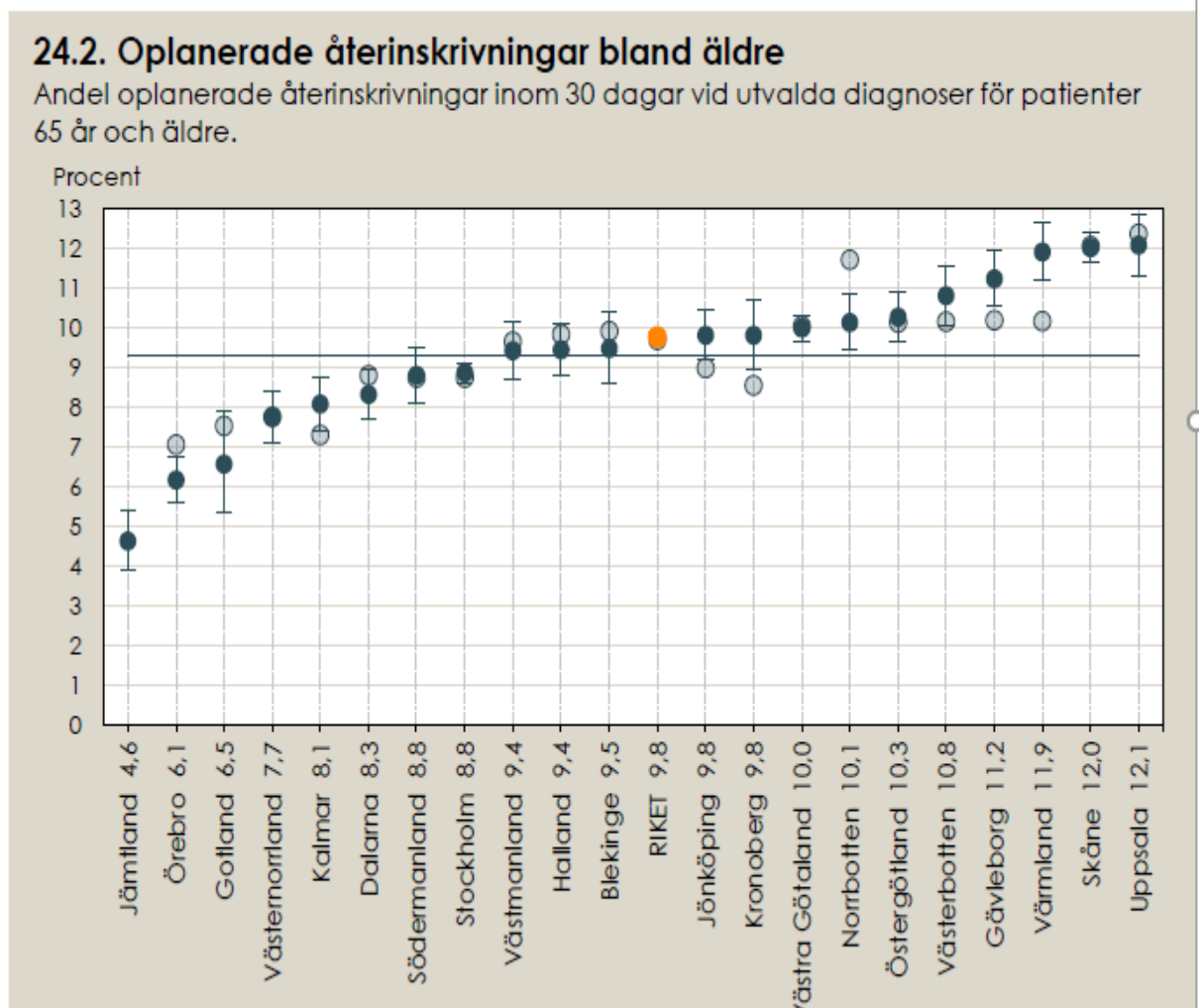


Diagram 1 från -En god vård 2018.

Indikatorn belyser allt för tidig utskrivning från sluten vård eller utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via öppenvård inte är tillräckligt samordnad. Indikatorn kan påverkas av tillgängliga resurser i primärvård och socialtjänst. Även tillgänglig kompetens, till exempel om demens i socialtjänsten och primärvården kan påverka indikatorn.

Indikatorn återinskrivningar finns i olika varianter, såsom utskrivning relaterat till olika diagnoser och även oberoende av diagnos.

Variationen mellan länen enligt Socialstyrelsen var 4,6 – 12,1 %. En orsak till variationen kan vara att kategoriseringen av vårdtillfällen som planerade eller oplanerade kan skilja mellan länen. Från En god vård 2018.



Källa: Patientregistret Socialstyrelsen
Diagram 2: från En god vård 2018.

Om återinskrivningar inom 30 dagar inom Region Jämtland Härjedalen

Inom Region Jämtland Härjedalen är två olika modeller inlagda för att på olika sätt kunna följa upp återinskrivningar inom 30 dagar. Den modell som används för månatlig uppföljning och uppföljningar för delårs- och årsbokslut är återinskrivningar inom 30 dagar oavsett orsak. Då används DivePort presentationen som underlag. Den andra modellen avser återinskrivningar inom 30 dagar kopplat till specificerade diagnoser. Båda beskrivs närmare nedan.

Återinskrivning inom 30 dagar oavsett orsak (SKL definition)

Definition:

Mätetalet: oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar efter ett annat slutenvårdstillfälle är täljare. Nämnare är totala antalet avslutade vårdtillfällen inom samma tidsperiod. Oftast följs oplanerade återinskrivningar avseende personer 65 år och äldre.

Vad är mätetalet avsett att mäta?

Mätetalet används både nationellt och internationellt som indikator för att beskriva kvaliteten i det sammanhållna hälso- och sjukvårdssystemet.

Utgångsresonemanget är att normalt ska inte en patient vara i behov av fler oplanerade slutenvårdstillfällen så nära inpå. Indikatorn belyser därmed utskrivning från slutenvård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte varit tillräckligt samordnat. Utfallet är tämligen trögörsligt och utan närmare analys ger indikatorns resultat ingen precis vägledning i förbättringsarbete. Endast återinskrivningar som sker i samma landsting som ursprungsvårdstillfället skedde fångas.

Indikatorn användes i det tidigare mest sjuka äldre-projektet för att fördela prestationsbaserad ersättning till landsting och kommuner och finns också i flera varianter i olika Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Indikatorn presenteras också i Vården i Siffror.

Återinskrivningar inom 30 dagar (Socialstyrelsens definition)

Socialstyrelsens definition av återinskrivningar utgår från 10 valda diagnoser: diabetes, KOL, pneumoni, bronkit, UVI, akut tubulo interstitiell nefrit, cystit ospecificerad, fraktur på lårben eller höft, förmaksflimmer eller hjärtsvikt.

Om, räknat från ett första vårdtillfälle, ett nytt vårdtillfälle påbörjas inom 30 dagar med någon av de valda diagnoserna som orsak, fångas det senare vårdtillfället som en oplanerad återinskrivning.

Se bilaga 1. Exempel: En person vårdas vid första vårdtillfället för förmaksflimmer.

Om denne återinskrivs inom 30 dagar i någon av diagnoserna hypertoni, förmaksflimmer, hjärtsvikt, dyspné, kärlkramp eller cerebral infarkt räknas återinskrivningen som undvikbar.

Definition:

Täljare: Antal oplanerade återinskrivningar för valda sjukdomstillstånd för personer 65 år och äldre, där tiden mellan utskrivning från indexvårdtillfället och återinskrivningens start maximalt är 30 dagar. Nämnare: Totala antalet vårdtillfällen för valda sjukdomstillstånd vid första besöket där patienten är utskriven.

Vad är mätetalet avsett att mäta:

Måttet är avsett att belysa alltför tidig utskrivning från slutna vården, alternativt utskrivning där uppföljning och fortsatt omhändertagande via den öppna vården eller socialtjänsten inte är tillräckligt samordnad. Måttet avser att vara indikator för en sammanhållen vård och omsorg.

Inom Region Jämtland Härjedalen har hittills återinskrivningar med Socialstyrelsens definition använts som fördjupning om ökning av återinskrivningar oavsett orsak ökat inom någon verksamhet. Den finns inlagd i Dive port, tillgänglig för alla.

Återinskrivningar över tid

Återinskrivningar inom 1–30 dagar oavsett orsak har varit föremål för uppföljning inom Region Jämtland Härjedalen (JH) under flera års tid. Emellertid har uppföljningen gjorts på olika sätt över tid. Resultaten för 2018 och fram till mars 2019 är framtagna på samma sätt. Totalt för Region JH återinskrevs 18,65 % av patienterna 2017 och 20,99% under 2018. Resultaten gäller åldersgrupperna 65 år och äldre. För 2019 har fram tills 26 mars 21,2 % i samma åldersgrupper blivit återinskrivna.

Det är befogat att ställa frågan – varför sjunker inte andelen återinskrivningar eftersom flera åtgärder vidtagits som borde ha förändrat läget?

Vad kan påverka antal och andel återinskrivningar?

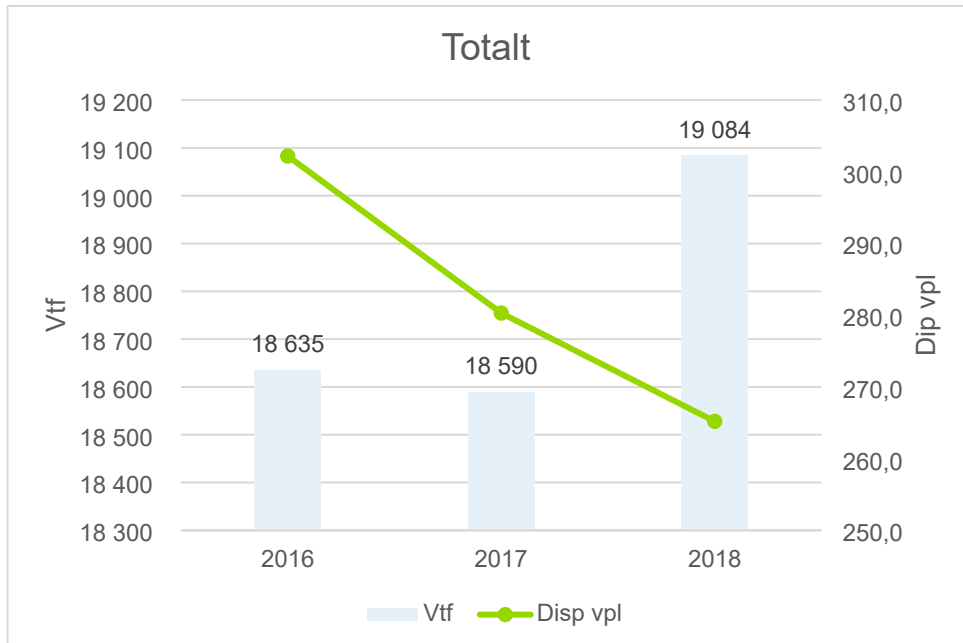
1 Antal vårdplatser och antal vårdtillfällen sjukhusövergripande

Byte av journalsystem 2015 gör att resultat bakåt i tiden inte skulle bli exakt jämförbara med resultaten från 2016 - 2018. Redovisningen omfattar därför åren 2016 - 2018.

Antalet disponibla vårdplatser inom Östersunds sjukhus har minskat över tid. 2016 fanns 302,2 disponibla vårdplatser och 2018 var antalet 265,2, således en minskning med 37 vårdplatser. Alla specialiteter har minskat sina disponibla vårdplatser under perioden 2016 – 2018.

Under samma tidsperiod har antalet vårdtillfällen ökat med 449, från 18 635 (2016) till 19 084 (2018). Det studerade intervallet medger inte några slutsatser om det är en trend eller en tillfällig ökning av antalet vårdtillfällen. V.g. se diagram 3. Ökning av vårdtillfällen har främst skett inom Områdena ortopedi och HIM.

Diagram 3: Östersunds sjukhus, antal disponibla vårdplatser och antal vårdtillfällen 2016 - 2018



Utveckling för de specialiteter som ökat antalet vårdtillfällen

Områdena HIM och Ortopedi har ökat sina vårdtillfällen under tidsperioden 2016 - 2018. Övriga områden har antingen minskat eller har ganska oförändrade antal vårdtillfällen under tidsperioden.

Område HIM har 889 vårdtillfällen fler 2018 än 2016. Samtidigt har antalet disponibla vårdplatser minskat från 62,1 till 49,2, dvs 13,6 färre.

Det finns i den här situationen anledning att undersöka hur utvecklingen av disponibla vårdplatser varit på avdelningsnivå. En något blandad bild framträder, där lungmedicins vårdplatser minskat, från 14,7 till 3,9. År 2018 tillkom Lättvårdsavdelningen. Avdelningen för mag-, tarm-, och njursjukdomar har bildats under 2017, tidigare var dessa specialiteter inom olika avdelningar.

Avdelning	2016	2017	2018
Infektionsavdelningen (ÖSD-Inf-30)	16,4	16,6	15,5
Lungavdelningen (ÖSD-Med-14)	14,7	10,4	3,9
Lättvårdsavdelningen (ÖSD-Med-läva)			6,5
Hematologiavdelningen (ÖSD-Med-408h)	5,5		
Njuravdelningen (ÖSD-Med-njur)	5,5		
Avdelningen för blod- och hormonsjukdomar (ÖSD-Med-408e)	14,0	14,0	12,5
Avdelningen för mag- tarm- och njursjukdomar (ÖSD-Med-mage)	6,6	13,1	10,7
Totalt	62,7	54,1	49,1

Område ortopedi har 141 vårdtillfällen fler under samma tidsperiod, minskningen av disponibla vårdplatser var 4,7. Område ortopedi är sedan 2015(?) en avdelning med fyra olika team. Utvecklingen av disponibla vårdplatser framgår av nedanstående tabell.

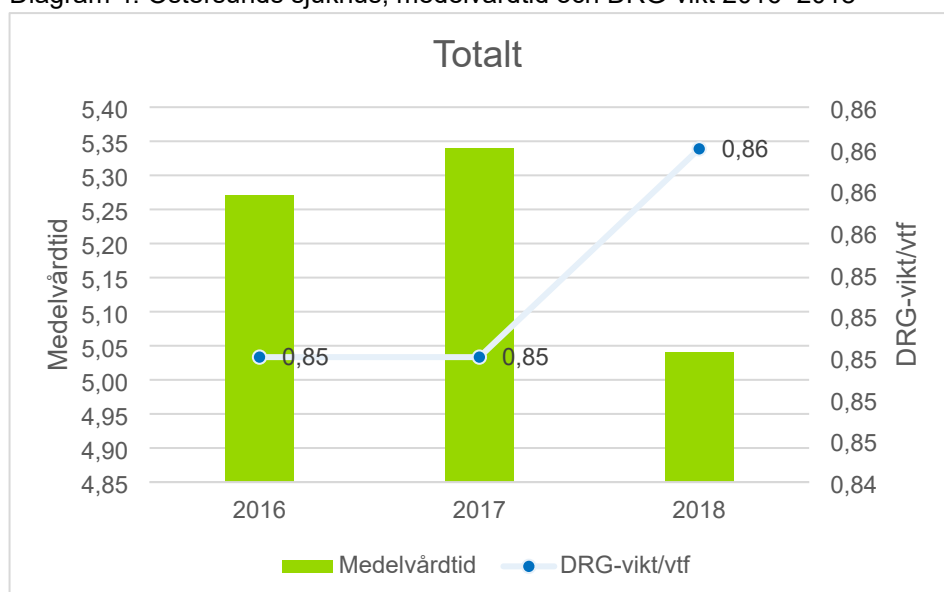
Avdelning	2016	2017	2018
Ortopedi akutteam 1 (ÖSD-Ort-409b)	12,5	12,7	12,5
Ortopedi akutteam 2 (ÖSD-Ort-409r)	12,6	12,7	9,3
Ortopedi elektivt team (ÖSD-Ort-209r)	9,5	9,7	8,2
Ortopedi ortogeriatriskt team (ÖSD-Ort-209u)	8,2	8,2	8,1
	42,8	43,3	38,1

2 Medelvårdtid och DRG-vikt

Medelvårdtiden har varierat för patienterna inom Region JH mellan 5,34 till 5,04 under de undersökta åren. Det finns ingen tydlig trend sjukhusövergripande. V.g. se diagram 4. Medelvårdtiden har ökat inom Områdena barn- och ungdomsmedicin och psykiatri. Övriga specialiteter har minskat sina medelvårdtider.

Avseende DRG- vikt, en ökning från 0,85 till 0,86 baserat på sjukhusets specialiteter för åren 2016 - 2018.

Diagram 4: Östersunds sjukhus, medelvårdtid och DRG-vikt 2016–2018



DRG- vikt per specialitet.

Av nedanstående tabell framgår de olika Områdenas DRG- vikter 2016 – 2018. Varje område följer i stort sina egna resultat över tid. DRG-gruppering görs inte inom psykiatrin. Område ortopedis verksamheter har höga DRG-värden. Jämförelse mellan åldersgrupper visar att patientgruppen 0–6 år de aktuella åren har DRG-vikt 1,0 respektive 0,89.

Område	2016	2017	2018
Barn- och ungdomsmed	0,8	0,88	0,88

Hjärta Neuro Rehabilitering (HNR)	0,76	0,83	0,84
Hud Infektion Medicin (HIM)	0,94	0,84	0,89
Kirurgi	0,96	0,97	0,96
Ortopedi	1,29	1,27	1,21
Kvinna	0,63	0,63	0,64
Total	0,85	0,85	0,86

Tabell 1

3 Åldrar personer som vårdas inom slutenvård

Fokus på 65 år och äldre i redovisningen. Av nedanstående tabell framgår att ca 20 % av vårdtillfällena utgörs av personer i åldrarna 65 - 74 år. Mellan 18 - 19 % finns i åldersgruppen 75–84 år och ca 10 % av personer i åldersspannet 85–94 år. Av de personer som vårdas är ca 1 % i åldrarna 95 år och äldre.

År	Disp vpl.	Åldersgrupp	Vtf	Rel åldersgrupp	Medelvårdtid	DRG-vikt/vtf
2016	302,2		18 635		5,27	0,85
		0–6	958	5,1%	3,27	0,89
		7–19	764	4,1%	1,97	0,58
		20–64	7 801	41,9%	4,87	0,74
		65–74	3 730	20,0%	5,54	0,98
		75–84	3 361	18,0%	6,23	0,94
		85–94	1 885	10,1%	6,87	0,93
		95-w	136	0,7%	7,43	0,97
2017	280,3		18 590		5,34	0,85
		0–6	880	4,7%	3,92	1,02
		7–19	932	5,0%	2	0,58
		20–64	7 751	41,7%	5,24	0,74
		65–74	3 428	18,4%	5,3	0,99
		75–84	3 530	19,0%	6,18	0,96
		85–94	1 889	10,2%	6,49	0,89
		95-w	180	1,0%	5,68	0,85
2018	259,9		19 084		5,04	0,86
		0–6	835	4,4%	4,02	1,00
		7–19	801	4,2%	2,22	0,58
		20–64	7 740	40,6%	4,99	0,73
		65–74	3 853	20,2%	5,14	1,02
		75–84	3 777	19,8%	5,49	0,95

85–94	1 902	10,0%	5,70	0,91
95-w	176	0,9%	5,86	0,84

4 Återinskrivningar inom 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle oavsett orsak

Totalt för Region JH Östersunds sjukhus: 2017 återinskrevs 18,61 % och 2018 återinskrevs 20,99% av patienterna, som var 65 år och äldre. Hittills under 2019 har 21,2 % av patienterna blivit återinskrivna (siffrorna är kursiverade eftersom de kommer att förändras).

Tabell 2 Återinskrivningar per område:

Område	2017		2018		2019	
	Antal åi	Andel åi	Antal åi	Andel åi	Antal åi	Andel åi
HNR	394	16,18	556	21,46	107	19,2
HIM	517	21,99	677	22,67	189	25,4
Kirurgi	542	21,60	536	22,32	122	22,8
Kvinna	43	26,88	49	30,06	8	20,5
Ortopedi	162	11,03	221	14,20	43	12,4
Psykiatri	23	20,00	26	20,00	8	27,6
total		18,61		20,99	477	21,2

5 Återinskrivningar inom 1–30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle valda diagnoser

Andel återinskrivningar med valda diagnoser visar att de flesta återinskrivningar sker inom områdena HIM och HNR.

Återinskrivningar per område:

Område	2018	2019
	Andel åi	Andel åi
HNR	10,22	10,19
HIM	12,55	10,84
Kirurgi	7,03	0
Kvinna	0	0
Ortopedi	3,28	1,69
Psykiatri	0	0
Total	9,33	8,02

Tabell 3

6 Beror återinskrivningen på vilken kommun personen bor?

Avsnitt 6 är uppdaterat.

Uppgifter finns för 2018 och innevarande års första månader.

Uppgifterna baseras på vårdtillfällen för patienter som blivit utskrivna från någon av enheterna inom hälso- och sjukvårdsförvaltningen. 2018 varierade andel återinskrivningar oavsett orsak, mellan de olika kommunerna från 17,71 % till 23,24 %. Hittills 2019 har variationen varit från 19,61 % till 24,8 %.

Tabell 4. Antal och andel återinskrivningar per kommun

Kommun	2018			2019		
	Antal vtf	Antal vtf åi	Andel åi (%)	Antal vtf	Antal vtf åi	Andel åi (%)
Berg	568	107	18,84	149	34	22,82
Bräcke	540	116	21,48	137	34	24,8
Härjedalen	559	99	17,71	153	30	19,61
Krokom	744	136	18,28	191	41	21,47
Ragunda	534	118	22,1	156	34	21,79
Strömsund	595	136	22,86	152	39	25,66
Åre	552	104	18,84	140	33	23,57
Östersund	4092	951	23,24	1007	198	19,66
Privata	1346	277	20,58	435	99	22,76

Sökväg: Diver/vård COSMIC/återinskrivningar. Ovanstående tabell med underlag från översiktstabellen. Innehåller alla återinskrivningar. (2019-04-12)

Enligt sammanställning i Diver producerades totalt 9836 vårdtillfällen 2018. Antal återinskrivningar blev 2065. Andel återinskrivningar blev 20,99 %.

Motsvarande uppgifter för 2019: totalt 2824 vårdtillfällen producerade. 585 återinskrivningar vilket utgör 20,72 % (noterat 13 april)

Kommentar: tyvärr finns inte historiska värden för andel återinskrivningar för flera år bakåt i tiden. Om önskemålet är att minska andel återinskrivningar är det av värde att följa resultaten proaktivt. Som framgår av ovanstående tabell är andelen återinskrivningar inom 1–30 dagar för 2019 i nivå med eller över resultatet 2018. Tabell 4 visar per kommun, antal och andel återinskrivningar inom 1–30 dagar. Samma person kan ha blivit återinskriven mer än en gång under ett tidsspänn. För små kommuner och hälsocentraler kan detta påverka resultatet i ganska hög grad.

7 Är det män eller kvinnor som återinskrivs mest?

I detta avsnitt är texten tillhörande tabell 5 och framåt uppdaterad, dvs sidorna 11–12.

I de flesta sammanställningar redovisas att män återinskrivas i högre grad än kvinnor. I det begränsade underlag för Region JH som för tillfället finns till hands från 2018 och tre månader 2019 ser den bilden lika ut på övergripande nivå.

I åldersgruppen 65 år och äldre återinskrevs 19,2 respektive 19,8 % av kvinnorna. Motsvarande resultat för män var 22,7 respektive 22,9%. Om alla åldrar inkluderas återinskrevs 19,05 % av männen 2018 och 18,15 % av kvinnorna inom 30 dagar. Om istället återinskrivningar redovisas per kommun och med fördelning till män respektive kvinnor framträder olikheter.

Tabell 5 visar antal återinskrivningar för män respektive kvinnor. Det är åldrarna 65 år och äldre som ingår i underlaget. Totalt överväger männen i antal återinskrivningar drygt 55 % båda åren. För en del kommuner är det tydlig skillnad mellan antalet återinskrivningar för kvinnor och män, såsom Berg, Bräcke, Ragunda, Åre.

Krokom och Östersund har visserligen också fler vårdtillfällen med män än kvinnor som återinskrivna, men skillnaden är inte så stor.

Observera att en person kan ha blivit återinskriven vid flera tillfällen. I tabell 6 framgår hur många återinskrivningar olika individer haft under 2018.

Tabell 5 Antal och andel återinskrivningar för kvinnor och män fördelat till kommun

Kommun	2018			2019		
	Antal åi kvinnor	Antal åi män	Total	Antal åi kvinnor	Antal åi män	Total
Berg	39	68	107	10	24	34
Bräcke	39	77	116	14	20	34
Härjedalen	48	51	99	14	16	30
Krokom	66	70	136	18	23	41
Ragunda	40	78	118	12	22	34
Strömsund	62	74	136	16	23	39
Åre	44	60	104	8	25	33
Östersund	455	496	951	101	97	198
Privata	110	167	277	45	54	99
ALLA	903	1141	2044	238	304	542
ALLA andel	44,2	55,8		43,9	56,1	

Sökväg: Diver/vård COSMIC/återinskrivningar. Ovanstående tabell med underlag urval respektive kommun samt män och kvinnor. (2019-04-13).

Antal vårdtillfällen med återinskrivningar för kvinnor och män samt antal kvinnor och män som blivit återinskrivna.

Tabell 6.

	antal individer med återinskrivningar										antal individer med återinskrivningar								
	antal vtf åi	antal åi vtf kv	1 åi	2 åi	3 åi	4 åi	5 åi	6 åi	7 eller flera	Antal kvinnor	antal åi vtf män	1 åi	2 åi	3 åi	4 åi	5 åi	6 åi	7 eller flera	Antal män
Berg	107	39	21	2	1	0	1	1	0	26	68	27	13	2	1	1	0	0	44
Bräcke	116	39	14	6	3	0	2	0	0	25	77	29	11	0	3	1	0	1	45
Härjedalen	99	48	23	3	3	1	0	1	0	31	51	33	2	2	2	0	0	0	39
Krokom	136	66	35	6	3	1	0	1	0	46	70	39	9	0	2	1	0	0	51
Ragunda	118	40	24	2	2	0	0	1	0	29	78	26	8	2	1	3	0	1	41
Strömsund	136	62	34	4	5	0	1	0	0	44	74	30	4	4	0	0	0	2	40
Åre	104	44	21	6	2	0	1	0	0	30	60	27	8	4	0	1	0	0	40
Östersund	951	455	180	48	22	14	4	1	4	273	496	173	45	18	11	5	3	4	259
Privata	277	110	59	13	7	1	0	0	0	80	167	54	22	11	3	2	0	2	94
ALLA	2044	903	411	90	48	17	9	5	4	584	1141	438	122	43	23	14	3	9	652

sökväg: Diver/ återinskrivningar/ Urval kommun, återinskrivningar för män och kvinnor samt antal återinskrivningar per person ID. (2019-04-13)

I tabell 6 redovisas med underlag från 2018 och individer 65 år och äldre, hur många gånger de olika individerna blivit återinskrivna. Observera att kolumnerna för 7 eller flera återinskrivningar är sammanfattade till en. Det finns ett ytterlighetsvärde, en person har enligt Diver 68 återinskrivningar. De övriga höga återinskrivningsantalen varierar mellan 8 – 11. För att göra bedömning av om de återinskrivningarna hade kunnat undvikas behövs tillgång till journaluppgifter.

8 Vilka diagnoser är vanligaste orsakerna till att personer blir återinskrivna?

De vanligaste orsakerna till återinskrivningar är hjärtsvikt, pneumoni och förmaksflimmer, KOL, fraktur på lårbenshals och höft. När det gäller återinskrivningar oavsett orsak kommer dessa orsaker samt alla andra orsaker till återinskrivningar med.

När det gäller återinskrivning vid valda tillstånd blir det är det första inskrivningstillfället ett indexeringstillfälle. Endast diagnoser som uppfyller kriterierna för återinskrivning vid eventuellt nytt vårdtillfälle räknas som återinskrivning.

9 Varierar återinskrivningar över året?

Denna del behöver följas över tid. Resultaten från 2018 tyder på att det är en ökning juni, juli och augusti jämfört med övriga årets månader. För 2017 finns inga uppgifter tillgängliga.

Även om resultaten inte är fullt jämförbara med tidigare år kan ändå viss jämförelse göras mot 2014 och 2015. Dessa år syns ingen särskild skillnad mellan månaderna, som kan stödja att återinskrivningar ökar under sommarmånaderna.

10 Alltför krävande hemresa?

Frageställningen var om en hemresa kan vara så lång och ansträngande för en patient att det i sig kan vara orsak till att en person blir återinskriven. För besvarande av denna fråga har underlag från webbkollen använts. Intervjuerna därifrån är från 2012–2013. Den fråga som ställdes var "varför är du här nu?" Svaren är formulerade med personernas egna ord.

Biverkningar av medicin • Smärta höft kan inte stödja på benet • KOL • Luxation samt infektion • Mycket lågt blodtryck • Svår huvudvärk • Benen bar ej. Allt snurrar haft en stroke för flera år sedan. • Urinstopp, blödning • Stroke • Dåliga värden efter behandling • Utslag, klåda • Ont i vänstra armen • Nyligt hjärtstopp • Andnöd behöver syrgas • Svårt att svälja • Underbehandling • Svimmat, blodtrycksfall • Hjärtsvikt, mycket vätska • Gallsten • Infektion • Smärta vid djupandning

I en del kommentarer framgår att hemtjänstens insatser inte varit tillräckliga för att vården skulle fungera hemma. Det framgår inte i någon av kommentarerna att hemresan skulle ha haft någon betydelse. Någon direkt fråga om hemresan är inte ställd i intervjuerna.

11 Hur fångar vi primärvårdens kvalitet i deras arbete att minska återinskrivningar?

12 Kan kommunernas kvalitet i deras arbete påverka antalet återinskrivningar?

Ingen av frågorna 11 och 12 kan besvaras utifrån de data som hittills har presenterats. Återigen är syftet att använda återinskrivningar inom 1 – 30 dagar som en indikator för att följa en sammanhållen hälso- och sjukvård. Då bör alla parter insatser granskas, såväl slutenvård, primärvård som kommunal vård. Som vägledning i förbättringsarbete krävs närmare analys av tillgängliga data för att resultaten av återinskrivningar ska kunna vara till hjälp.

I rapport från Västra Götaland (2014) framgår att primärvårdens arbetssätt har betydelse, men endast en mindre del av återinskrivningar kan direkt förklaras av hur primärvården fungerar. Istället visar studiens resultat att personers trygghet och känsla av sammanhang har betydelse för om en person blir återinskriven eller inte. En person med insikt och kunskap om egna sjukdomar kan i högre grad hantera sin situation. Således har faktorer utanför hälso- och sjukvården betydelse på individuellt plan om en person blir återinskriven.

Reflektioner och förslag

Tidigare innehåll är bearbetat och nytt innehåll är tillagt, sidorna 14 – 16.

Sannolikt är det flera bidragande orsaker till att andelen återinskrivningar inte sjunker, trots att flera förbättringsåtgärder vidtagits för att kvalitetssäkra planering inför patienternas utskrivning. Bland åtgärder som vidtagits över tid finns arbetet med *Bättre liv för sjuka äldre*, som startades 2012 och pågick under flera år i samarbete med kommuner och specialiserad vård. Primärvården deltog på olika sätt. Statliga pengar möjliggjorde att förbättringsledare kunde vara stöd till verksamheterna även i kommunerna. När de statliga pengarna inte längre var riktade till kommunerna att ha förbättringsledare, blev konsekvensen att stödet till vårdverksamheterna med dessa kompetenser försvann. Konceptet *Trygg och säker hemma* introducerades under den här tiden. Den systematiska implementeringen av *Trygg och Säker hemma* är ännu inte fullt genomförd och pågår således fortfarande. Andra ambitioner till förbättringar som vidtagits från Region JH:s sida är mobilt stroketeam, geriatrisk kompetens och MINT (mobilt närvårdsteam).

Mer grundläggande, i betydelsen genomgripande, ändring av hälso- och sjukvårdssystemet pågår genom omställning till Nära vård konceptet. Nära vård kan nog inte påstås hunnit nå några tydliga vinster för patienterna än. Nedan reflekterar jag över några aspekter som sannolikt har betydelse för att andel återinskrivningar står still, trots flera vidtagna åtgärder som borde leda till minskning av återinskrivningar.

Färre vårdplatser

Antalet vårdplatser har blivit färre över tid. Minskning av vårdplatser har skett till följd av ändrade arbetssätt i vården, mer vård ska ges i hemmet eller så nära

hemmet som möjligt. Minskning av vårdplatser har ibland skett till följd av brist på personal med rätt kompetens. I det scenariot finns risk för att patienter skrivs ut för tidigt av brist på vårdplatser.

Minskning av medelvårdtider

En annan faktor som orsak till återinskrivning kan vara medelvårdtidernas minskningar. Kan denna minskning av medelvårdtiderna vara påverkad av ambitioner att uppfylla krav relaterade till lagen om in- och utskrivning från slutenvård? Som kliniskt tjänstgörande läkare, sjuksköterska gäller att förhålla sig till avtal mellan regionen och kommunerna. Alla berörda har fått information och är väl medvetna om att planering inför utskrivning ska börja så snart som möjligt efter inskrivning. Utbildningsinsatser har planerats, genomförts och följts upp. Ändå är det inte säkert att implementeringen är fullföljd, alltför kort tid har gått efter att utbildningsinsatser med mera genomförts. Fokus hamnar lätt på att göra utskrivningsplaneringen så kort som möjligt.

Det kan ha gått för fort med utskrivningsplaneringen i vissa fall, med hänsyn tagen till individen som ska skrivas ut. Den person som skrivs ut kan ha fått helt annorlunda personliga förutsättningar än före sjukhusvistelsen. Har vi säkerställt att personen förstår sin nya situation och de ordinationer som givits av läkare och annan legitimerad personal för att klara det dagliga livet?

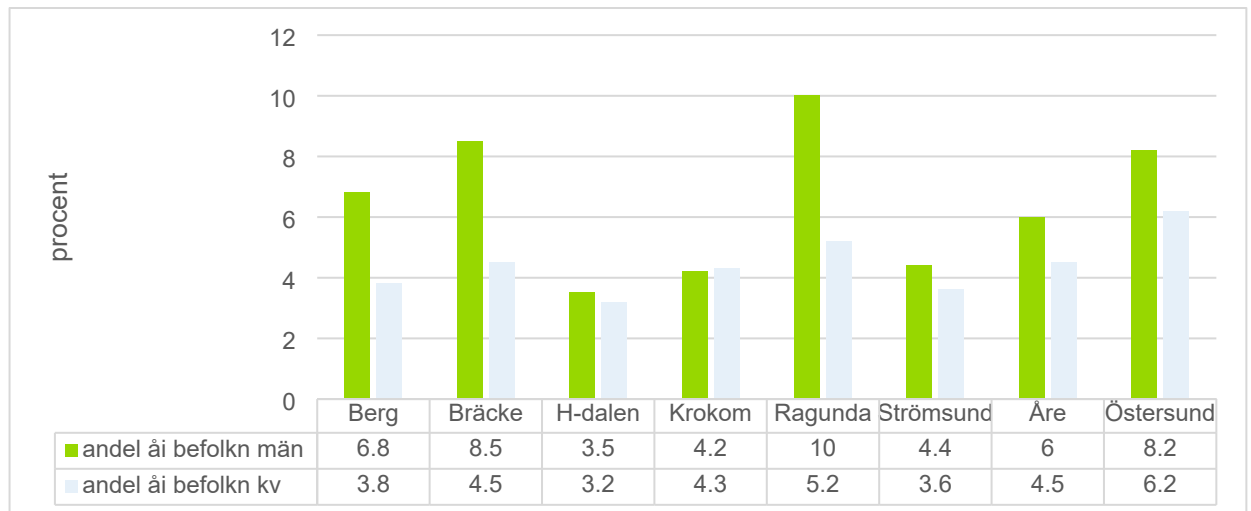
- Varken minskning av vårdplatser eller minskning av medelvårdtider är i grunden något negativt. Det är själva planeringen inför utskrivning som fortsatt behöver kvalitetssäkras.
- Det är också viktigt att individens stöd på hemmaplan ur ett mer långsiktigt perspektiv ordnas mellan primärvård och kommun eller mellan öppna specialiserade vården och kommunen.

Kommun som personen bor i

För en del av frågeställningarna finns inte belägg för att direkt uttrycka om de har betydelse eller inte för återinskrivningsfrekvensen. Ett sådant exempel är vilken kommun som personen bor, eller förmodligen en kombination av vilket stöd en person får av primärvården eller specialiserade öppna vården. Eftersom underlaget i denna rapport endast omfattar ett år och nuvarande års första månader är det inte möjligt att dra slutsatser, underlaget är för litet. Dock tyder underlaget på att återinskrivningar på kommun/primärvårdsnivå är av värde att följa så nära i nutid som möjligt. Det är egna befolkningen och deras vårdbehov som ska tillgodoses.

Ett försök att ändå se om skillnader finns i återinskrivningar mellan män och kvinnor fördelat till kommun som personen bor återfinns i diagram 5. Antal återinskrivningar per kommun (=underlaget i tabell 6, kolumn antal åi vtf kv och åi vtf män) har använts. Dessa värden har beräknats som andelar av varje kommuns befolkning i åldrarna 65 år och äldre (enligt SCB 2018).

Diagram 5 Andel återinskrivningar 2018 i förhållande till respektive kommuns antal invånare i åldersgrupperna 65 år och äldre



Av diagrammet kan utläsas att alla kommuner utom Krokomb har högre andel män som återinskrivits. Skillnadernas storlek varierar mellan kommunerna, Bräcke, Ragunda och Östersund har största skillnaderna mellan könen. I detta läge kan diagnos inte tillskrivas orsak, eftersom underlaget utgörs av återinskrivning oavsett orsak.

Emellertid kan fråga ställas vilken betydelse patientens kön har vid val av vårdform? Är det så att männen i högre utsträckning prioriteras för sjukhusvård än kvinnorna då behov av vård uppstår inom 1–30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle? För att kunna förbättra resultaten på övergripande nivå inom Region JH behöver resultaten för primärvården och kommunerna synliggöras i fortsättningen. Det är, såsom tidigare skrivits ganska trögrörligt mätetal, så resultat per tertial över året är lagom intervall att mäta.

- Följa återinskrivningar per kommun och primärvård
- Fortsätta följa återinskrivningar fördelat till män och kvinnor
- I högre utsträckning undersöka vilka diagnoser som föranleder återinskrivning

Antal återinskrivningar per individ

I tabell 6 finns redovisat antal vårdtillfällen med återinskrivning och antal fördelat till kön. I detta material finns förstås de ytterlighetsvärden jag tidigare nämnt om i anslutning till redovisningen. Nio män och fyra kvinnor hade 7 eller flera eller flera återinskrivnings tillfällen. Men det är inte ovanligt med fler än ett återinskrivningstillfälle inom 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle. Totalt rör det sig om 1141 vårdtillfällen för män och 903 för kvinnor. Det är sannolikt inte möjligt att återinskrivningar ska bli 0, men med kunskap om vad som orsakar återinskrivningarna är det möjligt att minska återinskrivningarna genom systematiskt arbete.

- Föreslår journalgranskning där primärvård och specialiserad vård samarbetar. Förslagsvis granskas vårdtillfällen med återinskrivningar vid fyra eller fler tillfällen.

Kan vi lita på statistiken?

Uppföljning av återinskrivningar inom 1 – 30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle är som tidigare nämnts en viktig indikator. Hittills har oftast återinskrivningar oavsett orsak använts. Det är bra och den uppföljningen ska fortsätta. När det gäller uppföljning av återinskrivningar inom 1–30 dagar efter slutenvårdstillfälle vid de diagnoser och förutsättningar som framgår av bilaga 2, har den indikatorn inte följts upp i lika hög omfattning hittills.

Ett annat ställningstagande kan göras om uppföljningen i Diver (eller kommande system) blir mer användarvänlig. För att göra uppföljning av en del variabler kopplade till återinskrivningar är det nödvändigt att byta från DivePort till att söka i Diver. Tyvärr är en del av informationen i kolumner och menyer i Diver alltför lätt att missförstå, det är för lätt att göra fel.

Under framtagande av detta underlag har jag haft personligt möte, telefon- och mailkontakt med beslutsstöd vid flera tillfällen. Beslutsstöd har suttit och härlett hur uppbyggnad av informationen är inlagd ner till källdata i Diver, en hjälp som var värdefull att få.

- Sammanfattningsvis viktigt att det underlag som uppföljningen hämtas ifrån är lätt att förstå, korrekt uppbyggt och självklart rätt.
- Om uppföljning för primärvård per kommun beslutas, behöver dessa variabler bli nåbara via DivePort.

Fler variabler?

Om ytterligare kartläggning ska göras (utöver ovan nämnda) för att hitta fler bidragande anledningar till att andel återinskrivningar inte sjunkit, kan följande variabler föreslås:

- CNI (Care need index)
- Kvalitativ undersökning till exempel intervju med patient, läkare, sjuksköterska.

Bilaga 1 Förkortningar i rapporten:

vtf = vårdtillfälle

åi = återinskrivning

HIM = hud, infektion, medicin

HNR = hjärta, neurologi, rehabilitering

SCB = statistiska centralbyrån

CNI= Care need index

Bilaga 2 Definition av oplanerad återinskrivning Socialstyrelsen

<i>Diagnos vårdtillfälle 1</i>	<i>ICD-10</i>	<i>Diagnos vårdtillfälle 2</i>	<i>ICD-10</i>
Diabetes	E101-E108, E110-E118, E130-E138, E140-E148	Diabetes	E101-E108, E110- E118, E130-E138, E140-E148
		Hjärtsvikt	I509
		Diabetisk polyneuropati	G632
		Diabetisk mononeuropati	G590
		Polyneuropati, ospecificerad	G629
KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42,J43,J44,J47 som bidiagnos	Dyspné	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180- J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41,J42,J43,J44,J47 som bi- diagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk in- sufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50

Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11	Dyspne	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50
Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43	Dyspne	R060
		Pneumoni	J150-J159, J180-J182, J188, J189, J13, J14, J16, J17, J100, J09, J11
		KOL	440, J441, J449. J20 tillsammans med J41, J42, J43, J44, J47 som bidiagnos
		Astma	J45, J46
		Bronkit	J20, J40, J41, J42, J43
		Respiratorisk insufficiens	J96
		Hjärtsvikt	I50

Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
Urinvägsinfektion	N39	Urinvägsinfektion	N39
		Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499
Cystit, ospecificerad	N309	Akut tubulo-interstitiell nefrit	N109
		Cystit, ospecificerad	N309
		Streptokocksepsis, ospecificerad	A409
		Sepsis, ospecificerad	A419
		Gastroenterit och kolit av icke specificerad orsak	A099
		Bakterieinfektion, ospecificerad	A499

Fraktur på lårbenshalsen och höften	S72	Luxation i höft	S730
		Frakturer i huvud, näsa, käke, tand etc	S02
		Fraktur på halskota etc	S12
		Fraktur på bröst, revben etc	S22
		Fraktur på Ländkota, pubis etc	S32
		Fraktur på humeros, nyckelben, skulderblad etc	S42
		Fraktur på radius, ulna etc	S52
		Fraktur på hand, handled etc	S62
		Fraktur på underben etc	S82
		Fraktur på kalkaneus etc	S92

Förmaksflimmer	I48	Förmaksflimmer	I48
		Hypertoni	I109
		Hjärtsvikt	I50
		Dyspne	R060
		Kärlkramp	I20
		Cerebal infarkt	I63
Hjärtsvikt	I50	Förmaksflimmer	I48
		Hypertoni	I109
		Hjärtsvikt	I50
		Dyspne	R060
		Kärlkramp	I20