

# Återinskrivningar inom 1 – 30 dagar, Journalgranskning (HSN/150/2019)

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INDIKATORN ÅTERINSKRIVNING INOM 1 – 30 DAGAR .....	3
2	BAKGRUND .....	3
3	UPPDRAGET .....	3
4	METOD.....	4
5	VEM ÄR DEN SKÖRA PATIENTEN? .....	4
6	RESULTAT .....	5
6.1	Hur bor folk .....	6
6.2	Stöd från kommun .....	6
6.3	Diagnoser .....	7
6.4	Andra kvalitetsvariabler .....	8
6.5	I riskzon för skörhet .....	10
7	REFLEKTIONER OCH REKOMMENDATIONER .....	11
7.1	Vad är på gång nationellt? .....	12
8	REFERENSER .....	14
9	BILAGOR .....	15

## 1 Indikatorn återinskrivning inom 1 – 30 dagar

Återinskrivning inom 1 – 30 dagar är en indikator som används både nationellt och internationellt för att beskriva kvaliteten i det sammanhållna hälso- och sjukvårdssystemet. Indikatorn återinskrivningar finns i olika varianter, såsom utskrivning relaterat till olika diagnoser och även oberoende av diagnos. Ofta följs andel återinskrivningar inom 1–30 dagar för patienter 65 år och äldre.

Utgångsresonemanget är att normalt ska en patient inte vara i behov av fler slutenvårdstillfällen så nära inpå ett tidigare slutenvårdstillfälle. Indikatorn belyser därmed utskrivning från slutenvård där uppföljning och fortsatt omhändertagande inte varit tillräckligt samordnat. Utfallet är tämligen trögrörligt och utan närmare analys ger indikatorn ingen precis vägledning i förbättringsarbete.

## 2 Bakgrund

Våren 2019 undersöktes möjliga orsaker till återinskrivningar i slutna hälso- och sjukvård inom 1–30 dagar efter ett tidigare slutenvårdstillfälle. Bakgrunden var att andelen patienter som återinskrivs inte sjönk, trots att flera åtgärder vidtagits som borde synas i uppföljningar.

Rapporten slutfördes i maj 2019. Titel Återinskrivningar 1 – 30 dagar (HSN 150/2019). Vid tidpunkten för rapportens slutförande kunde konstateras att andelen återinskrivningar inom 1–30 dagar då inte hade minskat jämfört med tidigare år. Andelen återinskrivningar per kommun varierade och fler män än kvinnor återinskrivits. Det fanns frågeställningar i rapporten som inte kunde besvaras till exempel varför en del patienter hade inte enbart en utan ett flertal återinskrivningar inom det tidsspänn som uppdraget pågick och en av rekommendationerna till fortsatt arbete var att genomföra en journalgranskning avseende patienter som återinskrivits fyra gånger eller fler.

## 3 Uppdraget

Uppdraget var att genomföra journalgranskning tillhörande patienter som återinskrivits fyra gånger eller fler inom tidsperioden 2018-09-01–2019-08-31. Variabler som skulle inhämtas: ålder, kön, diagnos/er, folkbokföringskommun, hemtjänst, hemsjukvård från kommun/privat utförare, boendeform samt om personen är ensamboende eller sammanboende med någon. I journalgranskningarna ingick bedömning om det handlade om sköra patienter enligt definition i handlingsöverenskommelsen gällande patienter med risk för återinskrivning (bilaga 1).

Fler variabler kan tillkomma under granskningen, som kan ge kvalitetsinformation.

## 4 Metod

Framtagande av lista med patientunderlag för granskning har gjorts av Marit Nääs. Hon har använt Cosmic Insight vid framtagandet. Cosmic Insight är under implementering i Region Jämtland Härjedalen.

Cosmic Insight är en applikation i Cosmic och en del i modulen Cosmic Analytics. Med Insight går det att via frågor ta fram uppgifter för t ex utvärdering eller jämförelser inom sin vårdenhet eller vårdgivare. Genom ökad medvetenhet ges en möjlighet till att arbeta med ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet. Se vidare bilaga 2.

Det visade sig att uppgifter avseende hur vårdtillfällen definieras i journalsystemet inte helt överensstämmer med hur indikatorn återinskrivning ska mätas. Det ledde till att listan med namn på återinskrivna patienter reviderades, antalet patienter och antalet återinskrivningar har under granskningens gång räknats om manuellt.

Syftet med uppdraget var att följa upp de indikatorer som nämns under rubriken uppdrag. I det följande får redovisningen förhålla sig till att uppgifterna inte alltid gäller patienter med fyra eller fler återinskrivningar utan även patienter med färre återinskrivningar inom 1 – 30 dagar.

Framtagande av underlag: Anna Kerstin har underskrivet uppdrag från planeringschef att ta fram de uppgifter som efterfrågas ur journalsystemet.

Utöver de kvalitetsvariabler som preciseras i uppdrag har noteringar gjorts avseende om patienterna tillfrågats om levnadsvanor, om det fastställts någon vårdnivå för en person samt om det finns utsedd fast läkarkontakt och fast vårdkontakt.

I arbetsmaterialet har personerna delats in i åldersgrupper 65–74, 75–84, 85–94 samt 95 och äldre. I redovisningarna är åldersgrupperna 85–94 samt 95 och äldre slagits ihop.

## 5 Vem är den sköra patienten?

I handläggningsöverenskommelsen gällande patienter med risk för återinskrivning, finns benämningen fokuspatient. Dokumentet är framtaget gemensamt av dåvarande Centrum för medicinska specialiteter och Centrum för primärvård. För fokuspatienterna finns i detta dokument framtagen rutin för förstärkt utskrivning, med syfte att undvika återinskrivning. I uppdraget finns formuleringen att bedömning ska göras om de återinskrivna patienterna per definition enligt handlingsöverenskommelsen är sköra patienter.

Begreppet sköra patienter används idag i ökande omfattning för att beskriva äldre personer med risk för hög vårdkonsumtion. Skörhet beskrivs som ett tillstånd med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system som medför risk för funktionshinder och sjuklighet. Begreppet omfattar allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktminskning/aptitlöshet, låg fysisk aktivitet, dålig balans, nedsatt kognition och nedsatt syn. Skörhet har stark koppling till aktivitetsbegränsningar och multipla sjukdomar. Med hjälp av skörhetsbegreppet kan individer med risk för hög vårdkonsumtion hittas innan de blivit så sjuka att sjukdomsförloppet inte kan hejdas. Skörhet är en riskfaktor för flera

negativa utfall såsom försämrad hälsa, nedsatt funktion, beroende i ADL, fall, höftfrakturer, sjukhusvård, institutionsboende och död. Skörhet inkluderar de mest sjuka äldre samt individer i riskzon att bli mycket sjuka på grund av den minskade reservkapaciteten. Skörhet har också koppling till ålder. Kombinationen hög ålder och behov av sjukvård är starkt kopplad till skörhet (Wilhelmsson K, 2016).

## 6 Resultat

Antalet patienter med fyra eller fler återinskrivningar var enligt den lista som tagits fram från Cosmic Insight 172 under perioden 2018-09-01–2019-08-31. 101 var män och 71 kvinnor.

Vid granskning uppdagades att en del patienter på listan över återinskrivna i själva verket bytt avdelning av medicinska skäl. Försök att justera frågeställning till Cosmic Insight gjordes, vilket resulterade i något färre patienter i listan. Vid fortsatt granskning kan konstateras att det fortfarande finns patienter kvar i listan, som antingen blivit överflyttade till annan avdelning av medicinska skäl, blivit återinskrivna eller både bytt avdelning och återinskrivits under tidsperioden som granskningen omfattar.

Vid granskning av journaler där patienterna blivit överflyttade till annan avdelning av medicinska skäl visade det sig att deras vårdtider var jämförbara med patienter som återinskrivits eller ibland längre.

I den fortsatta redovisningen ingår både patienterna som återinskrivits och patienter med avdelningsbyten av medicinska skäl.

Med det underlag som tagits fram ur journaler hade 37 av 84 patienter färre vårdtillfällen än vad som angavs i listan. I tre fall resulterade granskningen i att patienterna inte fick några återinskrivningar alls. Istället hade dessa patienter flyttats mellan avdelningar av medicinska orsaker och ofta med långa vårdtider.

51 patienter hade även efter granskningen fyra eller fler återinskrivningar.

84 journaler har granskats, dvs 48,8 % av journalerna.

Tabell 1

ÅLDRAR	JOURNALGR KVINNOR	LISTAN KVINNOR	JOURNALGR MÄN	LISTAN MÄN	JOURNALGR ALLA	LISTAN ALLA
65–74	10	23	19	38	29	61
75–84	14	40	22	52	36	92
85–94	7	7	9	9	16	16
95 år och äldre	1	1	2	2	3	3
	32	71	52	101	84	172

Ovanstående tabell visar antal granskade journaler i respektive åldersgrupp. Här har ingen skillnad gjorts om vårdtillfällena orsakats av återinskrivning eller överflyttning. I åldersgrupperna 85 – 94 år respektive 95 år och äldre har alla patienters journaler granskats. Det fanns 16 respektive 3 namn på listan i dessa åldersgrupper. I fortsatta redovisningarna är dessa åldersgrupper sammanslagna.

I de båda yngre åldersgrupperna 65–74 år respektive 75–84 år finns merparten av patienterna. I åldersgruppen 65–74 år har 29 av 61 journaler granskats, vilket utgör 47,5%. I åldersgruppen 75–84 år har 36 av 92 journaler granskats vilket utgör 39%.  
45 % (32 av 71) journaler tillhörande kvinnor har granskats.  
51,4 % (52 av 101) journaler tillhörande män har granskats.

## 6.1 Hur bor folk

Nedanstående tabell visar per åldersgrupp hur många som bor med närstående respektive själv eller i särskilt boende. Alla granskade fall ingår i underlaget.

Tabell 2

ÅLDERSGRUPP	BOENDEFORM	MÄN	KVINNOR	ALLA
65–74 år	Med närstående	14	6	20
	Bor själv	5	4	9
	Säbo	0	0	0
75 – 84 år	Med närstående	18	6	24
	Bor själv	5	11	16
	Säbo	0	0	0
85 – 94 år, 95>	Med närstående	3	0	3
	Bor själv	5	4	9
	Säbo	2	1	3
Total		52	32	84

Av de 29 i åldersgruppen 65–74 år bor 20 med någon närstående och nio bor själva. I åldersgruppen 75–84 år bor 24 med närstående och 16 själva. I de äldsta åldersgrupperna bor endast tre tillsammans med någon närstående, nio bor själv och tre på särskilt boende. Sett över alla åldersgrupperna bor 15 av 52 män (28,8 %) ensamma, jämfört 19 av 32 kvinnor (59,3 %).

## 6.2 Stöd från kommun

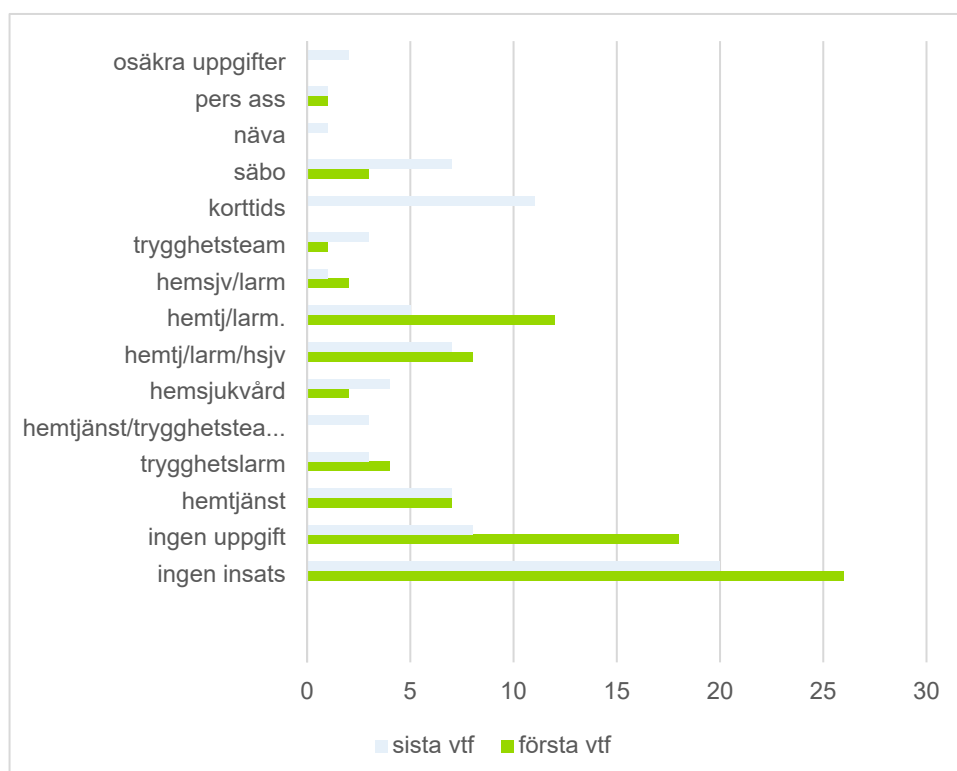
I detta avsnitt ingår hemtjänst, trygghetslarm, hemsjukvård, korttidsboende, särskilt boende, personlig assistent som kan ingå en kommuns stöd till medborgare med behov. Det framgår inte i redovisningen om tjänsten eller tjänsterna har utförts av kommunal eller privat utförare.

Utöver kommunernas stöd hade några av patienterna stöd från Storsjögläntan, Mobila stroketeamet och Mobila närvårdsteamet.

Alla granskade fall ingår i redovisningen.

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

Diagrammet nedan visar vilket stöd patienterna hade (på grupp nivå) från kommunen vid första vårdtillfället respektive vid sista. Det går att utläsa en förflyttning av insatser till ökade insatser vid sista vårdtillfället jämfört det första på grupp nivå. Till exempel flyttade några personer till korttidsavdelning och särskilt boende efter sista vårdtillfället. Med "sista vårdtillfället" avses av de vårdtillfällen som ingår i granskningen.



### 6.3 Diagnoser

Underlagen till diagnoserna är tagna ur journalerna. Det var ytterst få personer som endast hade en diagnos vid första vårdtillfället som ingick i granskningen. Flera olika andra diagnoser förekom, än de mer frekventa som redovisas i tabellen nedan.

Tabell 3

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Luftvägar	<b>KOL, obstruktiva</b>	7	11	1
Hjärta kärl	<b>Förmaksflimmer</b>	4	15	4
	Hypertoni	8	24	8
	<b>Hjärtsvikt</b>		8	2
	Hjärtinfarkt	1	5	3
Ämnesomsättning	<b>Diabetes</b>	8	15	5
	Hyperlipidemi	4	10	1
	Hypotyreoos	1	5	2
Neurologi	<b>Stroke</b>	4	6	1
	TIA		4	2

	Demens		3	1
	Lillhjärnininfarkt	2	2	
	Cerebral infarkt	1	2	1
Rörelseorganen	Höftfraktur	2	7	1
Lever, njure	Njursvikt	4	6	2
Cancertumörer	Prostatacancer	1	5	5
	Olika cancerdiagnoser med eller utan metastaser	6	11	4
Mage, tarm	Blödningar i tarm eller magsäck	2	3	2
Missbruk	Alkohol	4	1	
Hematologi	Anemi	1	1	1
Ögon	Glaucom		3	2
	Cataract		2	2

De rödmarkerade diagnoserna i tabellen ovan (KOL, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt och stroke), är de diagnoser som enligt Handläggningsöverenskommelsen ger poäng, det vill säga en risk för återinskrivning. Se vidare rubrik 6.5

Sett över alla åldersgrupper var de vanligaste diagnoserna hypertoni, förmaksflimmer, hyperlipidemi (höga blodfetter), diabetes samt frakturer inom rörelseapparatens sjukdomar.

Prostatacancer finns i alla de granskade åldersgrupperna. Det framkom i journalgranskningen att patienter med olika cancerdiagnoser återinskrivs ofta för kortare vårdtillfällen.

I de äldsta åldersgrupperna 75–84 år samt 85 och äldre är andelen med hjärtsvikt, högt blodtryck och förmaksflimmer oftast förekommande.

Få patienter hade diagnoser som depression, ångest eller nedstämdhet i journal.

Se vidare bilaga 3 för information om fler diagnoser och sökorsaker hos de patienter 65 år och äldre vars journaler har granskats.

## 6.4 Andra kvalitetsvariabler

### Fast läkarkontakt Fast vårdkontakt

För patienter med återkommande behov av medicinska kontakter för aktiv behandling, förebyggande insatser eller palliativ vård är fast läkarkontakt ett värdefullt stöd. Det samma gäller fast vårdkontakt som kan vara en kontaktsjuksköterska med specifik omvårdnadskompetens, fysioterapeut, samordnande sjuksköterska på hälsocentral eller annan för patienten känd och viktig kompetens att kunna vända sig till. Förmodligen är det mer känt för patienten och de berörda kompetenserna vem/ vilka som har dessa roller än vad granskningarna av journalerna visar.

Få granskade journaler innehöll uppgifter om fast läkarkontakt eller fast vårdkontakt. Då har kontrollen omfattat om dokumentation finns i patientkortet i fliken fast vårdkontakt



Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

eller i journalen under gemensamma dokument. Resultatet överensstämmer inte med den uppföljning som görs via Link, där uppgifterna avseende fast läkarkontakt och fast vårdkontakt uppges vara betydligt bättre. Varför resultaten skiljer sig åt är inte undersökt. En bidragande faktor kan vara att rutinen för dokumentation av fast läkarkontakt och fast vårdkontakt ändrats under innevarande år.

#### Frågor om levnadsvanor

Frågor om levnadsvanor kan vara relevanta att ställa till patienter i situationer då något hänt i deras liv, till exempel drabbats av någon sjukdom. Motivering till ändring av levnadsvanor kan vara aktuella då. Egentligen ingick inte i granskningen att undersöka om frågor om levnadsvanor ställts och att svaren blivit dokumenterade i journal. Dock är förändringar av levnadsvanor viktigt för individer med kroniska sjukdomar såväl nydebuterade som vid återbesök, där mycket av vården blir egenvård för att personen ska ha ett bra liv. Då är frågor om levnadsvanor motiverade att ställas återkommande, inte enbart vid ett enstaka tillfälle. Med respekt för att de granskade journalerna tillhör patienter i de äldsta åldersgrupperna, där förebyggande insatser inte alltid kommer i första rummet, finns ändå en möjlighet till förbättring. Dokumentation fanns om en eller alla fem levnadsvanorna i 53 av de 84 journalerna. Oftast framgick då att fråga om tobak ställts.

#### Utskrivningsbesked till patienten

Utskrivningsbesked till patienten vid hemgång verkar vara en rutin som blivit väl inarbetad. Oftast finns uppgifter i journaldokumentation att patienten fått utskrivningsbesked, vilket är positivt.

#### Planering inför utskrivning

Planering inför utskrivning påbörjas och genomförs direkt eller efter någon dag för de patienter vars tillstånd signalerar att patienten kan behöva hjälp efter utskrivning. I flera fall är patienten känd vid inskrivning och har sedan tidigare kontakter och stöd i form av hemtjänst och/eller hemsjukvård.

För en del av patienterna som återinskrivs är vårdtiderna korta. Det är osäkert om dessa patienters grundproblem tillgodoses med tanke på att en del av patienterna återkommer för ny återinskrivning efter kort tid.

I dokumentationerna kan viss osäkerhet skönjas om vad det är för sorts planering som ska göras inför patientens utskrivning. Vårdplanering, samordnad vårdplanering, utskrivningsplanering och samordnad individuell plan används ibland som likvärdiga begrepp. Sannolikt kommer denna "förvirring" att så småningom upphöra när berörd personal blir allt tryggare med vad som menas med utskrivningsplanering, samt vad primärvården, specialiserade vården respektive kommunen har ansvar för på kort och lång sikt för patienternas planering.

#### Fastställd vårdnivå

Ställningstagande till vårdnivå är viktigt i situationer där specificerade vården inte kan erbjuda en svårt sjuk person mer ändamålsenlig medicinsk behandling och specifik omvårdnad än vad personen kan få i egna hemmet med stöd av läkare och distriktsköterska. I de lägena bör ett ställningstagande ha gjorts med personen och hans anhöriga om vad som är deras önskemål. Oftast är sådana beslut formulerade som *ej hjärt-*

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

och lungräddning, eller ej IVA. Om personens önskan är känd och dokumenterad kan onödiga förflyttningar då personen befinner sig i livets slutskede undvikas.

I granskningarna kan signaler på osäkerhet om ställningstagande finns om fastställd vårdnivå vara fall där en person återkommit till akutmottagningen ett flertal gånger för ungefär samma problem. Personen blir inskriven, vårdas någon/ några dagar, och åker därefter hem igen, - ett mönster som upprepas.

#### *Exempel*

Äldre person med stroke, TIA och hypertoni som diagnoser i bakgrunden.

Söker akutmottagningen inom kort tidsintervall ett flertal gånger med följande sökorsaker:

1 sänkt allmäntillstånd och dåligt matintag

2 magknip, diarré

3 nedsatt aptit

4 diarré, kräkningar, dålig aptit osv...

Personen bor själv med anhörig i närheten.

Fram till söktillfälle 3 hade personen hemtjänst två gånger per vecka. Vid vårdtillfälle 3 inleddes dialog om utskrivningsplanering, som dock inte vid det vårdtillfället ledde till tillräckliga insatser utan personen återinskrevs ytterligare tre gånger inom tidsintervallet för denna granskning.

## 6.5 I riskzon för skörhet

Enligt uppdraget ingick att försöka definiera om gruppen patienter som återinskrevs fyra gånger eller fler är densamma som åsyftas i Handläggningsöverenskommelsen för patienter med risk för återinskrivning.

När det gäller diagnoser syns resultatet i tabell 3 under rubriken 6.3. De diagnoser som är vanligast förekommande återfinns där, medan mer detaljerad sammanställning finns i bilaga 3.

En eller flera avslutade vårdtillfällen senaste rullande 6 månaders perioden. Svaret är ja.

Dessutom kan kompletteras med att flera patienter hade akuta besök på sjukhuset under granskningsperioden som inte ledde till inskrivning. Därutöver fanns planerade besök hos olika specialiteter inom sjukhuset, relativt ofta hos ögonspecialist eller gynekolog. Flera hade täta kontakter med sin distriktsläkare och distriktssköterska mellan de akuta besöken.

Expedierat läkemedelsvarortillhörande 7 eller flera ATC7koder de senaste rullande 12 månaderna. Ej undersökt.

Helhetsbedömning av patientens tillstånd enligt handläggningsöverenskommelsen:

- kognitiv svikt
- allmän skörhet
- ramlat tidigare
- social svikt

Eftersom **skörhet** per definition omfattar allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktninskning/aptitlöshet, låg fysisk aktivitet, dålig balans, nedsatt kognition samt nedsatt

syn väljer jag att utgå från den beskrivningen. Skörhet har stark koppling till aktivitetsbegränsningar och multipla sjukdomar.

I förhållande till beskrivningen av en skör person tillhör sannolikt en hög andel av dessa patienter denna grupp. Risken ökar med stigande ålder och behov av sjukvård.

## 7 Reflektioner och rekommendationer

De reflektioner som lyfts fram är till följd av vad som framkommit i journalgranskningarna. 84 (48,8 %) av journalerna har granskats. Fråga kan alltid ställas om resultatet skulle sett annorlunda ut om alla journaler granskats. Det är i grupperna 65 - 74 år och 75 - 84 år som inte alla journaler granskats. Åldersgruppen 75 - 84 år störst. Antalsmässigt har flest journaler granskats inom denna åldersgrupp, men inte andelsmässigt. Granskningen pågick tills inga nya fakta framkom jämfört tidigare granskade journaler.

- Fler män än kvinnor har återinskrivits, vilket överensstämmer mot förra rapporten om återinskrivningar inom 1 - 30 dagar, som gjordes våren 2019 (Lejonklou AK, 2019). Osika Friberg med flera har i studie undersökt vårdkonsumtion och konstaterar att män i åldrar 45 år och äldre konsumerar mer specialistvård med inskrivning för sjukhusvård än kvinnor gör. I studien analyserades diagnosområdena psykisk ohälsa, hjärt- och kärlsjukdomar, sjukdomar i muskler och leder samt cancerdiagnoser. Inom samtliga diagnosområden fanns fler kvinnor än män i primärvård. Inom diagnosområdena hjärt- och kärlsjukdom samt cancerområdet och specialistvård var männen fler än kvinnorna, vilket således överensstämmer med utfallet i dessa journalgranskningar.
- Fler kvinnor än män bor ensamma oavsett åldersgrupp i granskningen.
- Patienter med fyra eller fler återinskrivningar fick på gruppnivå fler insatser från kommunal hemtjänst och hemsjukvård vid utskrivning från sista vårdtillfället i granskningen jämfört med det första vårdtillfället. Anhörigas del i förekommande planeringar inför utskrivning är viktigt att beakta.
- Planering inför utskrivning. Ur en del av journalerna kan skönjas att trygg personal (sjuksköterska) med god kontakt med anhöriga bidrar till att patient och anhörig är trygga med att skrivas ut och att planering i hemmet ger det långsiktiga perspektivet.
- Bakomliggande diagnoser stämmer väl mot de som återfinns i Handläggningsöverenskommelsen gällande risk för återinskrivning. I denna rapport har fokus varit journalgranskningarna, ingen avgränsning har gjorts av någon patientgrupp. Alla former av återinskrivningar oavsett orsak har inkluderats. Det betyder att patienter med cancerdiagnoser finns med bland återinskrivningarna. För dessa patienter är en kort återinskrivning ibland en förutsättning för att kunna vara hemma, således en positiv möjlighet.
- De äldre patienterna med risk för skörhet behöver identifieras oavsett var de möter vården. Det är en förutsättning för att kunna möta upp deras olika sammansatta behov, med tillägget att göra det skyndsamt. För regionen innebär det att fånga upp den äldre patienten om hen kommer till akutmottagningen, det planerade besöket inom specialiserade vården, till allmänläkaren och distriktssköterskan eller varför inte till tandläkaren. Systematiskt fråga patienterna om deras funktionsnivå för att utifrån svaren bedöma deras geriatriska riskprofil.

- Systematisera det arbete som redan påbörjats.
  - Handlägningsöverenskommelsen har nämnts tidigare. Tyvärr har implementeringen gått trögt, den skulle kunna användas mer. Handlägningsöverenskommelsen medger vid bedömning av punkten 4 alltför svagt stöd till personal som ska göra bedömningen. Föreslår ett förtydligande, se bilaga 4 från Region Örebro.
  - Trygg och säker hemma modellen, det finns beslut om att den ska användas.
  - Riskbedömningar och förebyggande åtgärder för att patienter inte ska drabbas av fall, trycksår, undernäring. God munhälsa.
  - Proaktiv vård av sköra äldre, för dig som arbetar inom primärvården, utgiven av Sveriges Kommuner och Landsting. proaktiv vård av sköra äldre Det dokumentet innehåller alla steg för att arbeta proaktivt, alltifrån identifiering av patient, planering, genomförande av vård till uppföljning såväl på individnivå som enhetsnivå.
- Ta vara på teamets kompetenser. I granskningarna av journaler framgår relativt ofta att förutom läkare och sjuksköterskor har arbetsterapeuter, fysioterapeuter, dietister med flera legitimerade yrkeskategorier gjort bedömningar av patienters funktioner och förmågor. Dessa bedömningar bör kunna användas mer effektivt, som sammanvägda underlag för att tillsammans med patienten planera vården. Idag används inte teamets totala kapacitet optimalt på alla ställen. Intrycket vid granskning av en del journaler blir att de olika yrkeskategorierna arbetar bredvid varandra. Ur en del journaler kan idag utläsas att till exempel arbetsterapeuten tillkallas för punktinsatser när patienten behöver hjälpmedel vid hemkomsten och dietisten skriver beställning på kosttillskott inför patienters hemgång.
- Utfallet av indikatorn återinskrivning är trögriktigt och ger utan närmare analys ingen precis vägledning i förbättringsarbete. Således viktigt både med att arbeta systematiskt, använda evidensbaserade metoder, följa upp, mäta på samma sätt, och analysera utfallet. Vara uthålliga och åter igen – använd teamets samlade kompetens.
- Självklart ska detta arbete i aktuella delar inkludera den kommunala hälso- och sjukvården samt socialtjänsten och samordnas med den.

## 7.1 Vad är på gång nationellt?

Socialstyrelsen har fått regeringsuppdrag att ”undersöka omfattningen av återinläggningar av multisjuka och sköra äldre och hur det hanteras i olika landsting. I uppdraget ingår att se över vilka diagnoser som återkommer bland dem som återinläggs. Socialstyrelsen ska därutöver analysera om det finns behov av ytterligare insatser i kommuner och landsting för

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

att förebygga återinläggningar. Socialstyrelsen ska även undersöka hur uppföljningen av vård och omsorg sker efter att de äldre har kommit åter till sitt boende.” (Regleringsbrev 2019, ändringsbeslut 2019-06-13). Projektet ska slutrapporteras 2020-09-02.

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

## 8 Referenser

Lejonklou AK. Återinskrivningar inom 1 – 30 dagar. Intern rapport HSN 150, *Region Jämtland Härjedalen, 2019.*

Osika Friberg I, Krantz G, Määttä S. Six differences in health care consumption in Sweden: A registerbased cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health, 201; 44:264–273.*

Sveriges Kommuner och Landsting. Proaktiv vård av sköra äldre, för dig som arbetar inom primärvården. *Sveriges Kommuner och Landsting, 2018.*

Wilhelmsson K. Strukturerat omhändertagande av sköra äldre i svensk akutsjukvård. *Svensk geriatrik nr 3, 2016.*

## 9 Bilagor

### Bilaga 1

## Återinskrivningar

### 1. Inledning

Primärvården ansvarar för första linjens sjukvård. Specialiserade vården ansvarar för specialiserad medicinsk vård. Primärvården och specialiserade vården har många gemensamma patienter, och flödet av patienter mellan verksamheterna är stort. Många patienter återkommer till vården flera gånger. I detta samarbete ingår att specialiserade vården identifierat personer med risk för återinskrivning inom en snar framtid. Patienter med risk för återinskrivning benämns fokuspatienter.

Rutinen gäller för närvarande mellan Primärvården och Centrum för medicinska specialiteter.

### 2. Syfte

Överenskommelse syftar till att minska risken för återinskrivning av patienter samt att ge vägledning i frågan om vem som gör vad kring patienter med medicinsk ohälsa/sjukdom. Den ska dessutom tjäna som allmänna riktlinjer för respektive centrum.

### 3. Metod

Utsedd grupp som arbetat med handläggningsöverenskommelsen:

Lisbet Gibson, chef Centrum medicin, Ulf Ryding, ÖL/MLU infektion, Olof Englund, DL/MLU primärvården, Eva-Pia Darsbo, DL/spec geriatrik primärvården, Anna Hestner, äldresjuksköterska/geriatriskt stöd, Marianne Nilsson VU primärvården, AnnaKarin Andersson VU Centrum medicin

### 4. Förklaring till patient med risk för återinskrivning (fokuspatient)

Identifiering av fokuspatient görs enligt ett poängsystem, se nedan. Har patienten fyra poäng föreligger risk för återinskrivning (3+1).

Indikator 1-3 tas ur systemet (Pro-diver) och måste vara uppfyllda. Indikator nr 4 avgör om det är en fokuspatient

- 1 *En eller fler akuta avslutade vårdtillfällen senaste rullande 6 mån (1p)*
- 2 *Har någon diagnosregistrering avseende, diabetes, förmaksflimmer, hjärtsvikt, KOL eller stroke registrerad de senaste rullande 12 mån (1p)*
- 3 *Har expedierat läkemedelsvaror tillhörande 7 eller flera ATC7-koder de senaste rullande 12 månaderna (1p)*
- 4 *Helhetsbedömning av patientens tillstånd och situation. Det kan vara kognitiv svikt, allmän skörhet, ramlat tidigare, social svikt (1p)*

### 5. Överenskommelse om remissrutin

En remiss skall skickas när den specialiserade vården identifierat en patient med risk för återinskrivning och där ansvaret för uppföljning är primärvårdens. Den medicinska bedömningen avgör om en tidig uppföljning skall göras inom primärvården.

- Remissen skickas till den Hälsocentral där patienten är listad
- Remissen skall innehålla identifierade uppföljningsbehov som hanteras vidare av Primärvården.
- Remissen ska innehålla information om vilken boendeform patienten skrivs ut till. Om patienten skrivs ut till korttidsenhet alt SÄBO ska namn på boendet anges.
- Remissen kan i övrigt hänvisa till epikrisen där följande information skall finnas
  - Identifierad som fokuspatient
  - Anamnes, status (kortfattat) samt diagnos

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

- Vårdförlopp
- Resultat av gjorda utredningar (inkl. differentialdiagnostik)
- Behov och typ av uppföljning
- Identifierade uppföljningsbehov som remitteras till PV
- Läkemedelsberättelse där behov av medicinering, nertrappning och eventuell utsättning finns angivet
- Till vilken boendeform, namn på boende patienten skrivs ut till (även eget boende)
- Behandlingsstrategi - Vad göra om patienten försämras?
- Om brytpunktssamtal genomförts (inkl innehåll i samtalet) eller ska genomföras

Har personal inom den specialiserade vården behov av att komma i kontakt med hälsocentral, se Insidan (grön flik "kontakter"). Alternativt ring växeln 99 och begär att bli kopplad till hälsocentralens akuttelefon.

#### 5. Uppdaterad läkemedelslista

Den gemensamma läkemedelslistan är viktig för patientsäkerheten. Den skall alltid vara fullständig och uppdaterad för att kunna vara säker och tillförlitlig.

- Att hålla den gemensamma läkemedelslistan uppdaterad är ett gemensamt ansvar för alla som arbetar i den
- Den som är behörig uppdaterar själv
- Den som inte har behörighet att ändra i listan, men upptäcker ett behov av ändring, kontaktar behörig ordinator
- För patienter som har dosexpedierade läkemedel ordinerar och uppdateras i e-dos/PASCAL

#### 6. Distansoberoende teknik

Distansoberoende teknik kan användas vid t.ex.

- Instruktioner ex. träningsprogram
- Talträning
- Vårdplanering
- Bilder på hudförändringar och sår



Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

## **bilaga 2**

### **Beskrivning av Cosmic Insight**

Cosmic Insight är en applikation i Cosmic och en del i modulen Cosmic Analytics. Med Insight går det att via frågor ta fram uppgifter för t ex utvärdering eller jämförelser inom sin vårdenhet eller vårdgivare. Genom ökad medvetenhet ges en möjlighet till att arbeta med ökad vårdkvalitet och patientsäkerhet.

Resultatet presenteras för användaren på olika sätt, det kan visas i lista, ett diagram eller på en karta. Endast användare med utvidgad behörighet kan identifiera patienter.

Insight ska inte användas för att få fram statistik, och för att utföra statistiska beräkningar. Till detta finns andra verktyg.

### **Syftet med Insight**

Syftet med Insight är kvalitetssäkring och uppföljning. I identifierbart läge kan syftet även vara vård och behandling.

### **Mål med Insight**

- Att hjälpa vårdens aktörer att utföra riktad vård och behandling för enskild patient eller grupper av patienter
- Att underlätta uppföljning, stöd och styrning i realtid kopplat till övergripande och lokala verksamhetsmål
- Inledande orientering i forskningsfrågor för att kontrollera om det finns forskningsunderlag

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

### Bilaga 3

I denna bilaga finns förteckning över förekommande diagnoser och sörsaker.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Luftvägar	<b>KOL, obstruktiva</b>	7	11	1

Övriga diagnoser: astma, lungfibros, emfysem, pneumoni.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Hjärta kärl	<b>Förmaksflimmer</b>	4	15	4
	<b>Hypertoni</b>	8	24	8
	<b>Hjärtsvikt</b>		8	2
	Hjärtinfarkt	1	5	3

Övriga diagnoser: hjärtmuskelinflammation, inflammation i hjärtsäcken, aortadissection, aortainsufficiens, aortastenosis, bukastenos, coronarkärlförträngning, popliteaaneurysm, lungemboli, storkärlsvasculit, mitralisinsufficiens, ischemi i ben.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Endokrin	<b>Diabetes</b>	8	15	5
	Hyperlipidemi	4	10	1
	Hypotyreoos	1	5	2

Övriga diagnoser: diabeteskomplikationer, hyperkalemi, hypokalemi, övervikt, Graves sjukdom (hypertyreoos), amyloidos.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Neurologi	<b>Stroke</b>	4	6	1
	TIA		4	2
	Demens		3	1
	Lillhjärninfarkt	2	2	
	Cerebral infarkt	1	2	1

Övriga diagnoser: anoxisk hjärnskada, subduralhematom, subduralblödning, intracerebellär blödning, spinalstenos, yrsel, commotio, sömnapné, traumatisk hjärnblödning, hydrcephalus, cerebral insult, polyneuropati, minnesvikt, Bells pares (ansiktsförlamning), meningiom, meningit.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Rörelseorganen	Höftfraktur	2	7	1

Övriga diagnoser: olika frakturer i kottor, axel, bäcken, revben, värkproblem, diskbräck, lumbago, kotkompression, höftkontusion, artros, coxatros, scolios, osteonekros, osteoporos, fall, artrit, reumatoid artrit, synovit, nekrotiserande fascit, protesinfektion höft, djup infektion i osteosyntesmaterial höft, polymyalgia reumatica.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Lever, njure	Njursvikt	4	6	2

Övriga diagnoser: gallsten, galloperation, leversvikt, njursten, pyelonefrit, resurinproblematik, urinvägsinfektion.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Cancertumörer	Prostatacancer	1	5	5
	Olika cancerdiagnoser med eller utan metastaser	6	11	4

Övriga diagnoser: tumörer i skivepitel, hjärna, ändtarm, sigmoideum, gallblåsa, malignt melanom, matstrupe, njure, njurbäcken, bröst, urinblåsa, lungor, sarkom, äggstockar.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
Mage, tarm	Blödningar i tarm eller magsäck	2	3	2

Övriga diagnoser: ileus, perforerad divertikel, esofagit, esofagusstiktur, ulcerös colit, peritonit, buksmärtor, magknip, obstipation.

SJUKDOMSGRUPP	DIAGNOS	65-74	75-84	85 +
hematologi	Anemi	1	1	1

Övriga diagnoser: kronisk lymfatisk leukemi, polycytemia vera, B12-brist, Douglasabscess. Agranulocytos, myelofibros,

Anna Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen

#### Bilaga 4

Exempel på frågor att ställa inledande för att identifiera person i riskzon för skörhet

Fylls i av personal		Poäng
1	<b>Fem eller fler läkemedel</b> Gäller alla läkemedel, vid behov, receptfria	1
2	<b>Social situation</b> (1 poäng oavsett alternativ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bor ensam</li> <li>• Har behov av hjälp från annan person avseende personlig omvårdnad</li> </ul>	1
3	<b>Svårigheter att gå eller förflytta sig/har nyligen fallit</b> Kan patienten gå på plan mark och i trappa utan hjälpmedel?	1
4	<b>Kontakter med vården</b> (1 poäng oavsett alternativ) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna</li> <li>• Sökt akuten de senaste 30 dagarna</li> <li>• 5 eller fler läkarbesök vårdcentral/mottagning senaste året</li> <li>• Annat högfrekvent kontaktsökande</li> </ul>	1
5	<b>Kognitiv svikt</b> (desorienterad, demenssjukdom, konfusion/förvirring) <b>eller psykisk oro</b>	2