

Granskning av Vårdprogram avseende återbesök i Region Jämtland Härjedalen

Mars 2016

Dag Boman

Lars-Bertil Arvidsson

Catharina Barkman

Mari Månsson

Innehåll

1	SAMMANFATTNING	3
1.1	UPPDRAG OCH GENOMFÖRANDE	3
1.2	RESULTAT ÖVERGRIPANDE REVISIONSFRÅGA	3
1.3	RESULTAT SPECIFIKA FRÅGOR	4
1.4	FÖRBÄTTRINGSOMRÅDEN	5
2	GRANSKNINGENS INRIKTNING OCH OMFATTNING	6
2.1	BAKGRUND OCH UPPDRAG	6
2.2	UPPDRAGETS GENOMFÖRANDE	6
3	OM VÅRDPROGRAM OCH ÅTERBESÖK	6
3.1	REVISIONSKRITERIER	6
3.2	ÅTERBESÖK	9
4	VÅRDPROGRAM I REGION JÄMTLAND HÄRJEDALEN	11
4.1	BEREDNING AV NATIONELLA RIKTLINJER I REGIONEN	11
4.2	STROKE	12
4.3	HJÄRTINFARKT	15
4.4	HÖFTFRAKTURER	19
4.5	ÄLDREPSYKIATRI – ÅNGEST OCH DEPRESSION	21
4.6	PRIMÄRVÅRDEN	23
4.7	ÖVRIGA IAKTTAGELSER	23
	BILAGA 1 – RESULTAT FRÅN ENKÄT	24
	BILAGA 2 – INTERVJUADE PERSONER	30

1 Sammanfattning

1.1 Uppdrag och genomförande

Vårdprogram är regionala skriftliga överenskommelser för hur vårdgivare ska hantera utredning, diagnosticering, behandling, remittering och uppföljning av en viss sjukdom hos patienter. Denna granskning har som övergripande syfte att svara på om regionstyrelsen har säkerställt att vårdprogrammen efterlevs avseende återbesök.

Granskningen är beslutad av regionens revisorer utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2015. Utredningen har framför allt omfattat områdena stroke, hjärtinfarkt, höftfraktur och äldrepsykiatri (depression och ångest). Granskningen har utförts av Capire Consulting AB under perioden december 2015 till mars 2016. Arbetet har omfattat intervjuer, dokumentanalys och journalgenomgångar.

1.2 Resultat övergripande revisionsfråga

Granskningens viktigaste iakttagelse

I de nationella riktlinjerna som ligger till grund för vårdprogram varierar huruvida det finns anvisningar för återbesök. De fall där det finns evidens för hälso nytta med avseende på återbesök är relativt få. Angreppssättet är normalt att återbesök inte är ett självändamål i sig. I de granskade områdena bör återbesök ske, enligt de nationella riktlinjerna eller de indikatorer som följs upp nationellt, inom områdena ångest och depression samt uppföljning efter stroke. Inom hjärtsjukvården finns regionala vårdprogram med anvisningar för återbesök. Detta gäller inte höftfrakturer.

I regionen implementeras nationella riktlinjer enligt en fastställd och dokumenterad process. Alla vårdprogram/dokumenterade riktlinjer har utsedda läkare med ansvar för att uppdatera vårdprogrammen. Riktlinjerna är tillgängliga för medarbetarna genom regionens dokumenthanteringssystem. Dokumenten är länkade till bakomliggande grunddokument och berörda personer görs automatiskt varse om eventuella förändringar som sker av riktlinjerna.

Inom de specialiteter som ingått i granskningen tillämpas praxis och rutiner för återbesök även om dessa rutiner inte alltid är dokumenterade. Regionen följer numera löpande återbesök. Statistik publiceras på intranätet och rapporteras till SKL. Andelen planerade återbesök där medicinskt måldatum överskridits har ökat i regionen under perioden 2013 till 2015. Enligt statistik från riket har regionen lägst andel återbesök som genomförs i tid (december 2015). Samtidigt finns brister i tillgängligheten avseende besök till specialistvården.

Regionens inrapportering till öppna jämförelser bör kvalitetssäkras. Vi noterar bland annat att inrapportering av vissa resultatmått saknas från regionen inom hjärtsjukvården, till exempel ”dödlighet efter sjukhusvård efter hjärtinfarkt” och ”dödlighet efter hjärtinfarkt”.

Det är positivt att regionen har utvecklat ett samarbete mellan primärvården och specialistvården med avseende på vårdprogram som har bäring för båda aktörer. Ett flertal så kallade zamsynsdokument har tagits fram som fastställer hur olika patientgrupper eller diagnoser ska behandlas i både primärvård och specialistvård, till exempel hypertoni, ortopedi och demensdiagnostik. Samtidigt kan vi konstatera att det finns olika uppfattningar och olika kulturer inom primärvården respektive sjukhusvården gällande ansvar och roller för olika patientgrupper.

Avvikelsesystem finns enligt Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete. Däremot sker ingen explicit uppföljning av följsamheten till vårdprogrammen med avseende på återbesök. Bevakningen för att uppdatera vårdprogram varierar. Det finns en uppfattning i organisationen att hög produktionsbelastning och brist på personal medför att andra uppgifter såsom att uppdatera vårdprogram ibland får stå tillbaka.

Sammanfattande bedömning

Inom de undersökta områdena är de rutiner som tillämpas för att upprätthålla patientsäkerheten vad gäller återbesök i allmänhet goda. Det har inte heller framkommit att återbesök ”trängs un-

dan” av nybesök. Däremot förekommer flaskhalsar, exempelvis i form av väntetider till fysiologiskt laboratorium. Detta kan innebära att till exempel hjärtinfarktpatienter får en längre väntetid till återbesök än planerat.

Den praxis och de rutiner som tillämpas för återbesök är till stor del tillfredsställande. Dessa rutiner för återbesök bör dokumenteras i högre utsträckning och till vissa delar kompletteras. Samtidigt bör särskilda grupper uppmärksammas. Vi bedömer till exempel att det finns en risk för att dementa strokepatienter samt strokepatienter som skrivs ut till korttidsboende eller särskilt boende kan falla mellan stolarna när det gäller återbesök.

Vidare bör skapas en tydligare koppling mellan följsamhet till vårdprogram och avvikelshanteringen som ett led i utvecklingen av vårdprogrammen och förbättring av patientsäkerheten över tid.

Vår bedömning är att regionstyrelsen har sört för att det finns en dokumenterad process för införande av nationella riktlinjer. Däremot bedömer vi att vårdprogram och riktlinjer kan användas aktivare och att riktlinjerna för återbesök bör förtydligas. Regionstyrelsen bör även tillförsäkra att all berörd personal har adekvat kunskap om gällande vårdprogram och att kontinuerlig uppföljning av följsamheten till programmen sker.

Vår bedömning är att det är angeläget med en djupare analys kring bakomliggande orsaker till att andelen återbesök som genomförs inom utsatt tid har minskat i regionen och att andelen ligger lägst i riket. Långsiktiga och systematiska förbättringsarbeten är viktiga, till exempel i form av utveckling av vårdkedjor (motsvarande arbetet inom strokeområdet, den så kallade ”hjärnvägen”) och att ytterligare utveckla samarbetet mellan primärvården och specialistvården där det är medicinskt relevant.

1.3 Resultat specifika frågor

Granskningen av de specifika revisionsfrågor som ställts har föranlett nedanstående slutsatser och bedömningar.

1.3.1 Ledningsnivå

1. Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna?

Inom Region Jämtland Härjedalen hanteras nationella riktlinjer på tjänstemannanivån. Regiondirektören är formell mottagare, men i praktiken hanteras processen av landstingsöverläkaren och vårdstrategen. Inom ramen för budgetarbetet läggs rapporter fram med en prioriteringsordning på åtgärder och resursbehov till följd av nya eller uppdaterade nationella riktlinjer. Åtgärder som vidtagits utifrån nationella riktlinjer kan normalt härledas till regionens resultat i öppna jämförelser. Ett exempel är strokesjukvården där politiska beslut om inrättande av mobila team och strokemottagning togs som en följd av låga medicinska resultat i jämförelse med landet i övrigt.

2. Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?

Regionala vårdprogram är framför allt fokuserade på att beskriva behandlingsmetoder och enskilda åtgärder. I vissa fall återfinns riktlinjer för återbesök, till exempel inom hjärtsjukvården och till viss del inom stroke. Återbesök nämns indirekt i form av indikationer inom ramen för nationella riktlinjer, exempelvis återbesök efter insjuknandet i stroke (3 månader och 12 månader). De rutiner som normalt tillämpas för återbesök i regionen är att patienter automatiskt sätts upp på väntelistor och kallas till återbesök. Väntetider, som kan vara att tecken på att återbesök inte sker i önskvärd utsträckning följs löpande.

Vår bedömning är att det i vårdprogrammen på ett tydligare sätt bör anges om och när återbesök ska ske. Tydliga vårdprogram med krav på återbesök kan utgöra ett stöd för personalen i det dagliga arbetet och för patienter. Rutiner bör utvecklas och stärkas för att säkerställa att återbesök sker på ett tillfredsställande sätt och att det sker ett lärande från avvikelser från vårdprogrammen.

3. *Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna*

Återbesök, framhålls i intervjuer, är grundade på medicinska behov och är inte kopplade till vårdprogram. Återbesök är inte alltid tydligt dokumenterade i vårdprogram. Däremot finns rutiner och praxis för återbesök, bland annat genom hantering och uppdatering av väntetidslistor. Den journalgranskning som är genomförd visar att återbesök har skett i tillräcklig omfattning.

1.3.2 Verksamhetsnivå:

4. *Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?*

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är till stor del kända på verksamhetsnivå. Reviderade och nya nationella riktlinjer är utgångspunkter för justeringar av lokala vårdprogram/dokumenterade riktlinjer. Det finns en övergripande dokumenterad process för implementering av nationella riktlinjer i regionen.

5. *Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?*

Det dokumentsystem som regionen använder innehåller funktioner för påminnelser om uppdateringar av vårdprogram. Dessutom sker en löpande omvärldsbevakning vilket resulterar i förändringar i vårdprogram/dokumenterade riktlinjer. Ansvariga för vårdprogrammen har ett ansvar för omvärldsbevakning och uppdatering.

6. *Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?*

Vårdprogrammen är med vissa undantag inte tydliga med krav på återbesök. Däremot finns rutiner och praxis till stor del för återbesök även om dessa inte alltid är dokumenterade. Löpande genomgång av väntelistor utgör en del av bevakningen av att återbesök sker. Ett hinder som förekommer för utveckling av vårdprogram är att personalen upplever en stor press på produktionen i form av vakanser och tillfälliga stafettläkare. Telefonuppföljning framhålls som nödvändig inom flera områden till följd av stora geografiska avstånd.

7. *Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?*

Regionen har ett avvikelssystem där avvikelser rapporteras löpande och följs upp inom ansvarig klinik. Detta innebär att avvikelser från vårdprogram fångas upp. Avvikelseerna diskuteras på klinik. Däremot finns överlag inga explicita rutiner för att analysera avvikelser med utgångspunkt från vårdprogram med avseende på återbesök. Regionen har börjat följa återbesök och rapporterar statistik till SKL. Resultaten tyder på att andelen återbesök totalt som genomförs inom utsatt tid har minskat och att regionen ligger sämst i riket, vilket bör analyseras ytterligare.

1.4 Förbättringsområden

Granskningen har föranlett impulser till följande rekommendationer:

- Regionen bör aktualisera och säkerställa att all berörd personal samt patienter/anhöriga görs uppmärksamma på vilka vårdprogram som finns och ska tillämpas.
- Det bör ses över vilken utsträckning rutiner och praxis kring återbesök i högre grad behöver dokumenteras för att bli tillgängliga för alla yrkesgrupper.
- Resultaten både från avvikelser och öppna jämförelser bör användas i en analys av följsamheten till vårdprogrammen med avseende på återbesök. Underliggande statistik, såväl läkarbesök, sjuksköterskebesök och telefonuppföljning bör säkerställas och kvalitetssäkras.
- I arbetet som regionen har påbörjat med kapacitets- och produktionsplanering utgör vårdprogrammen en viktig grund som behöver göras mer tydlig. Tydliga riktlinjer för bland annat återbesök skapar bättre förutsättningar för ett planerat och patientsäkert arbetssätt.
- Uppföljningen av vårdprogrammen, bland annat i form av analys av avvikelser från beslutade rutiner, bör systematiseras och lyftas fram som en grund för förbättringsarbete i vården.
- En djupare analys krävs för bakomliggande orsaker till försämrade resultat av andelen återbesök inom utsatt tid och bristande tillgänglighet till specialistvården.

2 Granskningens inriktning och omfattning

2.1 Bakgrund och uppdrag

Regionens revisorer har beslutat utifrån sin risk- och väsentlighetsanalys i Revisionsplan 2015 att granska vårdprogram avseende om de i programmet angivna återbesöken kunnat genomföras. Capire Consulting AB har fått i uppdrag att utföra granskningen. Av revisorernas projektplan för Granskning av Vårdprogram framgår vilka metoder som ska användas.

Vårdprogrammen har sin utgångspunkt i de nationella riktlinjer som Socialstyrelsen tar fram för sjukdomar och tillstånd som drabbar många människor och kräver mycket resurser. Socialstyrelsens nationella riktlinjer riktar sig till alla som arbetar med vård och omsorg. Riktlinjerna ger rekommendationer på behandlingsåtgärder för ett antal diagnoser.

I en situation med knappa resurser kan det finnas risk för att vårdgarantin ger upphov till undanträngningseffekt för de patientgrupper som inte omfattas av garantin. Vårdgarantin avser enbart nybesök och tid till behandling samt att det finns krav på att det ska finnas rutiner för att ha kontroll på att vårdgarantin följs. Motsvarande krav på tillgänglighet och kontroll av denna finns inte när det gäller återbesök.

2.2 Uppdragets genomförande

Genomförandet av granskningen har innefattat dokumentanalys, djupintervjuer och journalgranskning. I revisionskontorets projektplan fastställs att granskningen är avgränsad till år 2015. Följande diagnosgrupper har granskats; ortopedi (höftfrakturer), äldrepsykiatri (ångest och depression), hjärtinfarkt och stroke. Områdena är bland annat valda utifrån kriteriet att det är stora patientgrupper, kroniska sjukdomar och växande områden (äldres ohälsa). Viss bedömning presenteras även för primärvården.

Startmöte, delavstämning och slutrapportering har skett för revisionskontoret. Dokumentanalysen har inbegripit nationella riktlinjer, vårdprogram, rutinbeskrivningar, verksamhetsberättelser, handlingsplaner, processbeskrivningar med mera. Intervjuer med 14 personer, granskning av 35 journaler och enkät har genomförts. Beskrivande avsnitt har varit föremål för faktagranskning. Arbetet med granskningen har bedrivits under perioden december 2015 – mars 2016. Granskningen har genomförts av Dag Boman, uppdragsledare, Lars-Bertil Arvidsson, specialist och medicinsk sakkunnig, Catharina Barkman, specialist, Mari Månsson, specialist och koordinator. Projektledare från revisionskontoret har varit Jan-Olov Undvall.

3 Om vårdprogram och återbesök

3.1 Revisionskriterier

Utgångspunkt för denna granskning är utöver revisionsfrågorna fastställda revisionskriterier där frågan handlar om kraven på vårdprogram och återbesök uppfylls enligt Socialstyrelsens riktlinjer om vårdprogram, Socialstyrelsens föreskrifter om systematiskt kvalitetsarbete och hälso- och sjukvårdslagen. Dessa kommenteras nedan.

3.1.1 Nationella riktlinjer

Socialstyrelsen utarbetar nationella riktlinjer som fokuserar på områden eller sociala insatser och medicinska åtgärder där behovet av vägledning är som störst för beslutsfattare, socialtjänstpersonal och tand-, hälso- och sjukvårdspersonal. Det kan vara områden där kunskapsläget är osäkert, där förhållandet mellan kostnader och nytta är osäker, eller där omotiverade praxisskillnader finns. Ett annat skäl är att stödja utvecklingen av en evidensbaserad praktik. En nationell riktlinje ska fokusera på de frågeställningar där behovet av vägledning är störst och är inte tänkta att täcka in allt inom ett område.

Nationella samverkansgruppen för kunskapsstyrning (NSK) tar initiativ till ett så kallat programråd inför revision av befintliga eller nya riktlinjer. Ledamöterna är nominerade av sjukvårdshuvudmännen och representerar sin sjukvårdsregion.

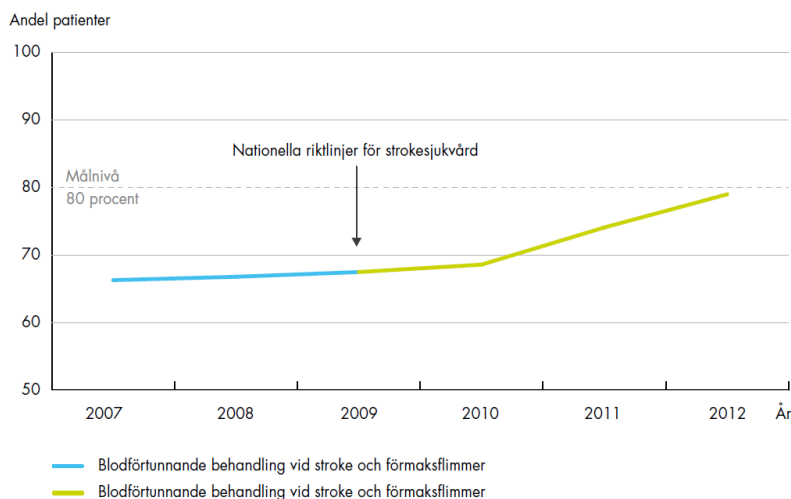
För att ta reda på om nationella riktlinjer gör skillnad och om vården och omsorgen blir bättre innehåller riktlinjerna indikatorer. Indikatorerna är ett verktyg som gör det möjligt att mäta och jämföra resultat inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten och tandvården. Indikatorerna är utgångspunkten i Socialstyrelsens nationella utvärderingar av vården och omsorgen, men kan också användas för uppföljning på regional och lokal nivå. Flera indikatorer har koppling till återbesök, till exempel tremånaders och tolv månaders uppföljning efter stroke.

En nationell riktlinje är inte ett vårdprogram, men kan vara ett stöd när exempelvis landsting/regioner skapar vårdprogram eller när kommuner och landsting/regioner tar fram gemensamma planer inom ett riktlinjeområde. Beslut om vilka riktlinjer som tas fram av Socialstyrelsen. Ibland kan regeringen ge ett direkt uppdrag till Socialstyrelsen för att ta fram nationella riktlinjer för ett visst område. Nationella vårdprogram finns framför allt inom cancervården. Dessa har hög detaljeringsgrad och är riktade till sjukvårdspersonal.

Ett flertal utvärderingar har gjorts av följsamheten till och nyttan av nationella riktlinjer. Myndigheten för Vårdanalys konstaterar till exempel i en rapport från 2015 (Rapport 2015:7) att rekommendationerna i de nationella riktlinjerna inte når vårdpersonalen och patienterna i tillräcklig utsträckning. Det finns behov av kunskapsstöd som är mer heltäckande och som tydligare följer vårdens processer och patientens väg genom vården. Vidare framgår att kunskapsstödet behöver var lätt att använda i vårdens vardag. Andra resultat visade att knappt en tredjedel av de studerade rekommendationerna leder till en förbättring av vården de närmaste åren efter publicering (som inte förklaras av annan underliggande trend).

I analysen om vilket nytta nationella riktlinjer har haft för förbättring av vården konstaterar myndigheten bland annat att den positiva utveckling som redan ses för många indikatorer i begränsad utsträckning påverkas av att rekommendationer som ges i nationella riktlinjer. Området stroke framhålls däremot som ett exempel som påverkats positivt av nationella riktlinjer.

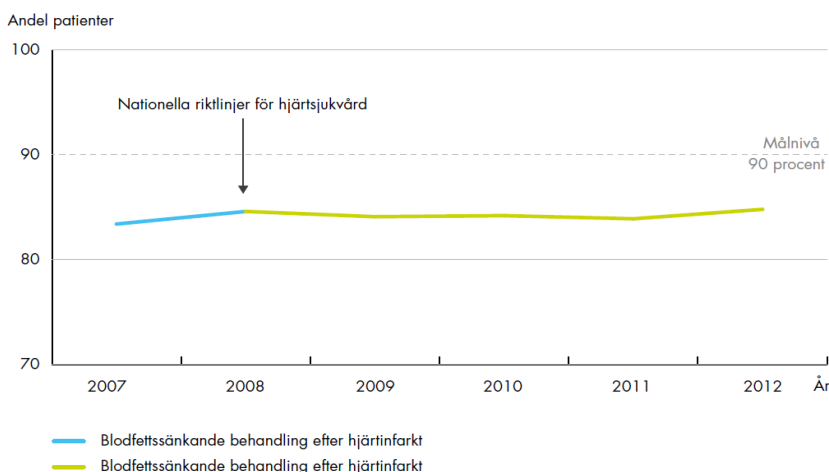
Utveckling av rekommenderad åtgärd, blodförtunnande behandling vid stroke och förmaksflimmer (prioritet i den nationella riktlinjen för strokesjukvård)¹.



Området hjärtsjukvård lyfts å andra sidan fram som ett exempel som inte påvisar en förbättring efter införandet av nationella riktlinjer.

¹ Vårdanalys Rapport 2015:7

Utveckling över tid för rekommenderad åtgärd blodfettssänkande behandling efter hjärtinfarkt (prioritet 1 i den nationella riktlinjen för hjärtsjukvård)².



3.1.2 Vårdprogram

Vårdprogram är regionala skriftliga överenskommelser för hur vårdgivare ska hantera utredning, diagnosticering, behandling, remittering och uppföljning en viss sjukdom hos patienter. Vårdprogram är oftast regionala anpassningar och förtydliganden av nationella riktlinjer. Ett vårdprogram kan också innehålla rapporteringsrutiner så att relevanta vårduppgifter kan sammanställas. De kan då även innefatta sammanställningar av kliniska studier. Vårdprogram utfärdas av landsting/regioner och/eller specialistföreningar. "Vårdprogram i Sverige" samlar vårdprogram och riktlinjer på som finns publicerade på webben och används i Sverige på www.vardverket.se.

3.1.3 Socialstyrelsens föreskrifter om kvalitetsledningssystem

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS) publiceras myndighetens föreskrifter och allmänna råd. *Föreskrifter* är bindande regler. *Allmänna råd* innehåller rekommendationer om hur en författning kan eller bör tillämpas. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2011:9) ställer krav på kvalitets- och ledningssystem.

Föreskrifterna ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av bland annat § 31 hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Föreskrifterna ska även tillämpas i det systematiska patientsäkerhetsarbetet som vårdgivare ska bedriva enligt 3 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659). En viktig del av ett kvalitetsledningssystem utgörs av väl fungerande avvikelssystem.

3.1.4 Hälso- och sjukvårdslagen

I hälso- och sjukvårdslagen stipuleras bland annat att Hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär att den ska särskilt vara av god kvalitet med en god hygienisk standard och tillgodose patientens behov av trygghet i vården och behandlingen, samt att hälso- och sjukvården ska vara lätt tillgänglig.

I hälso- och sjukvårdslagen ingår vårdgarantin som en del. "Landstinget ska erbjuda vårdgaranti åt dem som omfattas av landstingets ansvar enligt 3 eller 3 c §". Vårdgarantin ska innehålla en försäkran om att den enskilde inom viss tid får kontakt med primärvården (tillgänglighetsgaranti), besöka läkare inom primärvården (besöksgaranti), besöka den specialiserade vården (besöksgaranti), och planerad vård (behandlingsgaranti). Vårdgarantin gäller inte för återbesök.

² Vårdanalys Rapport 2015:7

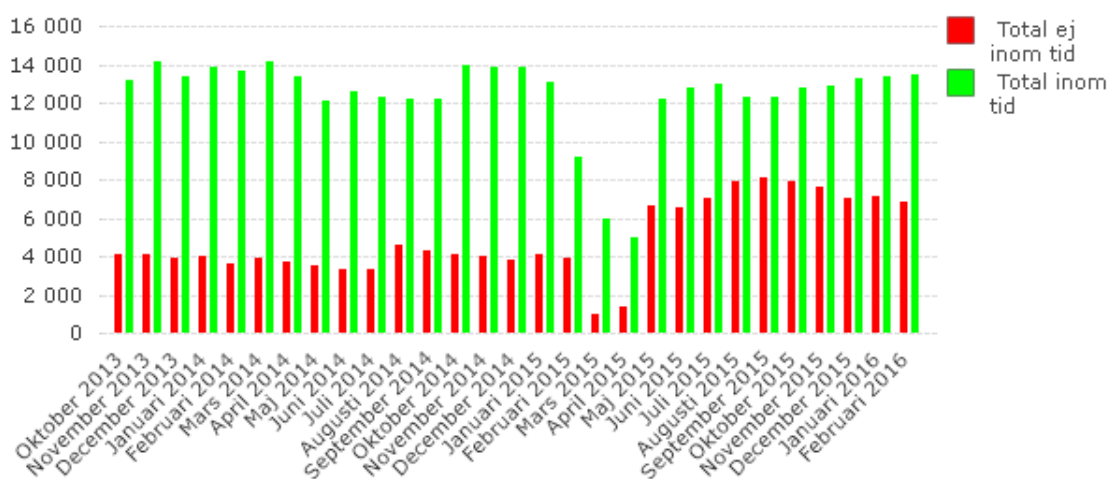
3.2 Återbesök

Återbesök definieras som ”Öppenvårdsbesök som har medicinskt samband med tidigare besök eller vårdtillfälle inom samma medicinska verksamhetsområde”. Varje gång en läkare fattar beslut om ett återbesök registreras det i journalen och patienter sätts upp i tidbok/på väntelista.

Ett nationellt arbete pågår, som startade år 2015, där alla landsting och regioner ska rapportera in återbesök³ till SKL. Det gör även region Jämtland Härjedalen. Regionen publicerar statistik kring återbesök på intranätet. Då läkaren, enligt nationella regler, fattar beslut om återbesök ska ett medicinskt måldatum fastställas i det lokala IT-stödet. Måldatumet är det datum när besöket senast bör genomföras. Bedömningen är individuell, även om exempelvis ett vårdprogram kan ligga till grund. När besöket genomförs görs en ny registrering.

Data från regionen (se nedan diagram) visar andelen återbesök inom planerad tid jämfört med återbesök där medicinskt måldatum överskridits. Vi noterar att det har skett en ökning av andelen återbesök som inte genomförs inom utsatt tid. Enligt statistik från december 2015, ligger regionen sämst i landet. Detta behöver analyseras ytterligare.

Återbesök 2013-2015⁴.



Återbesök och undanträngning

I den vårdgaranti som nu funnits under flera år har fokus legat på nybesök för att säkra patienternas tillgång till vård. Återbesök ingår inte i vårdgarantin. Pengar finns kopplade till väntetider inom specialistvården. Däremot finns inga särskilda resurser kopplade till om primärvården klarar vårdgarantin med kontakt första dagen och inbokat besök inom 7 dagar. Farhågor har framförts från framför allt företrädare för grupper med kronisk sjukdom om att deras behov av återbesök riskerar att prioriteras ner med detta upplägg i garantin.

Teoretiskt sett skulle en bristande tillgänglig kunna skapa en undanträngningseffekt för återbesök⁵.

Tillgängligheten generellt till Jämtland Härjedalens hälso- och sjukvård, i enlighet med vårdgarantins nivåer, ligger under rikssnittet (se tabell nedan). Enligt ”vården i siffror” ligger regionen klart över riksgenomsnittet med avseende på strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad, kostnad per konsumerad DRG-poäng och kostnad per vårdkontakt i primärvården.

³ I den nationella uppföljningen avser återbesök följande: 1) Kontroll/uppföljning av tidigare genomförd behandling/åtgärd (t ex post-operativ kontroll, kontroll av läkemedelsbehandling, uppföljning av akut-vårdsinsats). 2) Kontroll/uppföljning av patienter med långvarig/kronisk sjukdom; patienter som behöver återkommande kontroller

⁴ Data från Qlikview, underlag från regionen.

⁵ Se exempelvis Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2012, Socialstyrelsen

Tillgänglighet till vården, nov 2015, jan 2016⁶

	Jämtland Härjedalen	Riket	Mätperiod
Kontakt med primärvården (0 dagar)	76%	88%	Nov 2015
Tid till allmänläkare i primärvården (7 dagar)	82%	87%	Nov 2015
Planerad specialiserad vård, första besök	57%	80%	Jan 2016
Planerad specialiserad vård, operation/åtgärd	68%	77%	Jan 2016

Återbesök och nytta

Återbesök är inte ett självändamål i sig utan ska bygga på medicinskt behov. Telefonuppföljning som används kan ibland vara både vara effektivare och höja kvaliteten för patienten. Besked från provtagning kan till exempel ske både digitalt och via telefon. Verksamheter runt om i landet har effektiviserat sin organisation och minskat antalet återbesök utan att ge avkall på kvaliteten.

I nationella riktlinjer finns inga skrivningar om att återbesök till läkare har evidens för hälsonytta med undantag för depression och ångest. I dessa riktlinjer finns angivet god evidens för återbesök med uppföljning av behandling efter ca tre veckor och utvärdering av resultat inom tre månader.

Trender för återbesök

Det finns idag flera olika trender som påverkar behovet av återbesök. Det första och mest utvecklade arbetssättet är insatser av särskilt utbildade sjuksköterskor genom till exempel telefonuppföljning efter operation och behandling eller återbesök för monitorering av blodtryck, tester och behandlingseffekt.

Den andra trenden handlar om utvecklad användning av IT som telefon, internet, video mera för direkt och indirekt patientkontakt. Här finns för närvarande redan ett närmare 20-tal olika specialistkonferenser kring komplexa patientfall igång men utvecklingen förutses bli snabb även vad gäller direkt patientkontakter för till exempel återbesök.

Redan idag sker mängder av telefonkontakter med patienter från läkare och andra personalgrupper framför allt när avstånden är långa för att följa upp behandlingar av olika slag till exempel effekter av insatt depressionsmedicinering, utveckling efter stroke mm.

Kommentar till frågan om återbesök

Vi uppfattar att vårdorganisationen idag snarare ser till vad som ska uppnås med fortsatta kontakter mellan patient och vård än att fokusera på åtgärden ”återbesök”. Detta synsätt har gett en utveckling av arbetssätt som lett till avsevärda vinster i effektivitet och kvalitetshöjning för patienterna inom flera olika diagnosområden. Denna utveckling bör stärkas med användning av IT lösningar som kan ge både bättre tillgänglighet, effektivitet och säkrare underlag för fortsatt medicinsk handläggning.

Denna utveckling är särskilt viktig i glesbygd för att tillförsäkra alla invånare i länet även långt från sjukhusets specialistenheter samma goda vård. Detta är också en förutsättning för att få tillgång till specialiserad läkarkompetens genom att varje läkare kan hantera många fler patienter genom ett utvecklat teamarbete där olika kompetenser används.

Det finns risker för att fokus på återbesök till läkare förhindrar en bra utveckling med inriktning snarare på hälsomål för olika insatser än åtgärder i sig. Mätning av återbesök bör i framtiden ofta ske som verktyg för produktionsstyrning eller där det finns dokumenterade hälsoeffekter av just denna åtgärd.

⁶ www.vantetider.se

4 Vårdprogram i region Jämtland Härjedalen

4.1 Beredning av nationella riktlinjer i regionen

Efter att Socialstyrelsen beslutat om nya eller reviderade riktlinjer övergår beredningen till regional och lokal nivå. För Jämtland Härjedalens vidkommande sker en beredning av nationella riktlinjer både inom Norra sjukvårdsregionen och i den egna regionen, samt i samverkan med kommunerna. Landstingsöverläkaren och vårdstrategen är Region Jämtland Härjedalens representant i detta arbete inom Norra sjukvårdsregionen. Regionala kunskapsseminarier arrangeras i samverkan mellan Socialstyrelsen och de fyra Norrlandslandstingen. Varje berörd huvudman gör en konsekvensbedömning, vilken sammanställs till ett gemensamt remissvar som lämnas till Socialstyrelsen av Norrlandstingens regionförbund. I konsekvensbedömningen ingår ekonomiska beräkningar av eventuella merkostnader för implementering av riktlinjerna.

När beredning av nationella riktlinjer är aktuell på regionnivå ger hälso- och sjukvårdsdirektören, genom vårdstrateg och landstingsöverläkare (Regionstaben), verksamheterna i uppdrag att uppdrätta en organisation som kan arbeta med konsekvensbedömningar och andra analyser av de preliminära riktlinjerna. Resultatet av denna analys blir Region Jämtland Härjedalens bidrag till Norra sjukvårdsregionens analys.

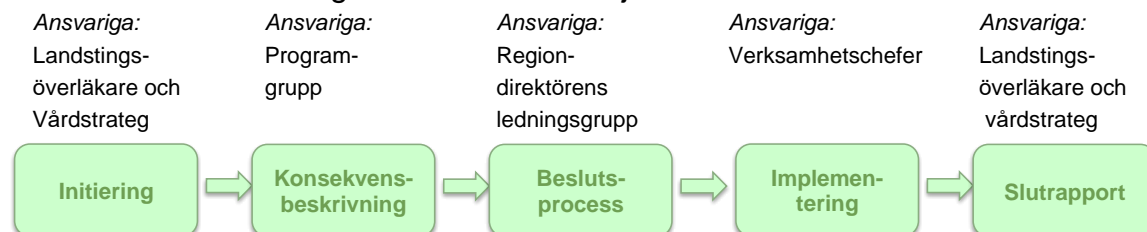
Regiondirektören är formellt mottagare av nationella riktlinjer. Beslut om implementering av nationella riktlinjer fattas på tjänstemannanivå. Det praktiska ansvaret har Regionstaben och landstingsöverläkaren. Regionstaben utgör ett stöd och koordinerar mottagandet av riktlinjer när flera vårdgivare behöver ta ansvar, till exempel primärvården och specialistsjukvården. Från Hälso- och sjukvårdsdirektören utgår ett uppdrag att bilda en så kallad programgrupp som har ansvaret för att hantera de nya riktlinjerna över verksamhetsgränserna, se nedan beskrivning. Regionstab Regionstaben har kontakt med verksamhetscheferna som har ansvaret att följa riktlinjerna. I intervjuer framkommer att det gäller att få rätt personer att bli aktiva i arbetet att implementera riktlinjerna.

Processer och grupperingar för samverkan regionen och kommuner finns fastställda. Den så kallade fredagsgruppen är en gemensam tjänstemannaarena för länets kommuner och regionen inom hälso- och sjukvård och omsorgsområdet och är beredande organ till Sociala vård- och omsorgsgruppen i region Jämtland Härjedalen (SVOM), regionens politiska samverkansråd. I intervjuer framkommer vikten att särskilt uppmärksamma riktlinjer som även gäller kommuner trots att det inte alltid tydligt framgår i Socialstyrelsens riktlinjer

Särskilda Zamsynsdokument finns framtagna för riktlinjer som rör både specialistsjukvården och primärvården. I intervjuer framhålls vikten av skriftliga avtalsliknande dokument där det framgår "vem som gör vad" för olika diagnoser. Idag finns 12-14 Zamsynsdokument. Det pågår arbete för framtagning av Zamsynsdokument för ytterligare områden. I intervjuer framkommer önskemål om fler zamsynsdokument för totalt 50-60 områden.

På regionens hemsida finns en rad dokumenterade samverkansdokument och processbeskrivningar inklusive modell för implementering av nationella riktlinjer. Rutinerna beskrivs nedan.

Process för beredning av nationella riktlinjer



- En *programgrupp* initieras bestående av representanter från berörda verksamheter. Nyckelpersoner är läkare, sjuksköterskor och andra yrkeskategorier som är involverade i vården av aktuell patientgrupp. Programgruppen är den lokala motsvarigheten till det nationella programrådet inom det aktuella området
- En *GAP analys* genomförs med en kartläggning av vilka behov som finns ("Gapet") mellan dagens nivå och den nivån som kan bli en följd av rekommendationerna i de nationella riktlinjerna. Konsekvensanalysen ska bland annat innehålla konsekvenser för hela vårdkedjan, specificerade ekonomiska beräkningar, kvalitetsindikatorer och uppmärksammande av undanträngningseffekter. I rapporten bör ställning tas till vilka av riktlinjernas åtgärder som ur verksamhetsperspektiv bör införas. Icke kostnadsdrivande förslag kan beslutas i linjeorganisationen. Kostnadsdrivande förslag läggs fram till den politiska ledningen.
- *Beslutsprocessen* innebär tre alternativ; Förslag som inte är kostnadsdrivande kan beslutas i linjeorganisationen. I de fall det rör sig om områdesövergripande riktlinjer fattas beslut av hälso- och sjukvårdsdirektören. Förslag som anses ofrånkomliga att genomföra och som innebär kostnadsökningar ska tas upp i berörda verksamhets budgetdialog. Förslag som är önskvärda men inte anses ofrånkomliga ingår i behovskartläggningen för kommande år.
- Programgruppen tillsammans med verksamhetschef gör en avstämning efter regiondirektörens beslut och efter den politiska beslutsprocessen vilket kan innebära flera tidpunkter för avstämning. *Implementeringen sker i linjeorganisationen* och omfattar nya beslutade metoder och åtgärder. I arbetet ingår att utforma vårdprogram/vårdrutiner som är tillgängliga i ledningssystemet hälso- och sjukvård. Kontinuerlig uppföljning av implementering och kostnadsutveckling sker i samband med delårs- och årsbokslut.
- En mer komplett uppföljning och utvärdering (*slutrapport*) av implementering av aktuella nationella riktlinjer planeras in ca 1,5 år efter beslut under ansvar av landstingsöverläkare och vårdstrateg. Uppföljning ska ske att beslutade åtgärder är införda och att lämpliga indikatorer läggs in i uppföljning och utvärdering. Sammanställt resultat förmedlas av programgruppen till berörd verksamhetschef. Då berörda chefer tagit del av och godkänt sammanställningen förmedlas den till landstingsöverläkare och vårdstrateg. Slutrapport lämnas genom landstingsöverläkare och vårdstrateg till hälso- och sjukvårdsdirektör samt regiondirektörens ledningsgrupp. Handläggning och eventuella ytterligare åtgärder fastställs för respektive nationell riktlinje av regiondirektörens ledningsgrupp.

4.2 Stroke

4.2.1 Beskrivning av området

Stroke är ett samlingsnamn på de symptom som uppstår när hjärnans nervvävnad skadas på grund av hämmad syretillförsel. Syrebristen uppkommer när en blodpropp har bildats i något av hjärnans blodkärl, hjärninfarkt. Stroke kan även uppstå när ett blodkärl brister inne i hjärnan eller på hjärnans yta, hjärnblödning. Varje år drabbas ca 30 000 svenskar av stroke. Enligt Hjärnfonden medför strokepatienter en årlig kostnad på 12,4 miljarder kronor för landet.

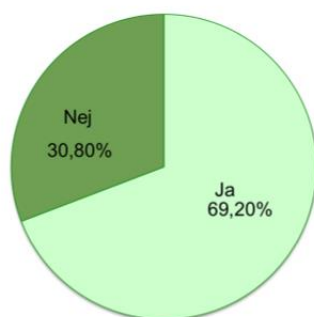
Strokesjukvården har förbättrats över tid i regionen och flera resultat ligger över riksgenomsnittet. Dödsfall i stroke, 1-79 år, per 100 000 invånare, visar på en tydlig positiv utveckling för både män och kvinnor mellan 2011/2012 och 2013/2014. Andelen ADL-beroende (funktionsförmåga efter stroke) är att av de mest centrala utfallsmåtten i Riksstroke. Det avspeglar kvaliteten på rehabiliteringsinsatserna i bred mening. Även närståendes och socialtjänstens insatser påverkar detta kvalitetsmått. Östersund har goda resultat för ADL-beroende tre månader efter akutfasen, år 2014 och ligger högst (män) eller näst högst (kvinnor) i riket. Andel strokepatienter som tolv månader efter insjuknandet anger att behovet av rehabilitering är tillgodosett har ökat i regionen och ligger, enligt senaste mätningarna (vården i siffror) på 66,1 procent (jämfört med riket 60 procent). Andel avlidna inom 90 dagar, justerat för skillnader i kön, ålder och medvetandegrad, 2014, ligger ungefär på riksgenomsnittet. Enligt riksstrokes målnivåer för 2014 framgår att Östersunds

sjukhus har hög måluppfyllelse för bland annat täckningsgrad och tid från ankomst till trombolysstart.

I intervjuer framkommer att regionen har utvecklat och förbättrat rutinerna för strokevården. Beslut om mobila stroteam och strokemottagning samt arbetet med att förbättra och korta vårdkedjan (Hjärnvägen) är exempel på åtgärder som har lett till positiva resultat för strokevården.

Sjukhuset har inte nått ”måttlig målnivå” för bland annat ”uppföljningsbesök i öppenvård hos läkare och/eller sjuksköterska”⁷. I intervjuer framkommer emellertid att ansvaret för uppföljning av patienter som går till särskilda boenden, korttidsboende eller har en demensdiagnos tas över av andra aktörer. Patienter som till exempel skrivs ut för rehabilitering på Östersunds rehabcentrum, får sin uppföljning där, vilket inte syns i statistiken. Andel planerade återbesök under 2015, på närmare 70 procent, se nedan, är enligt intervjupersoner, en ”rimlig” siffra. Däremot framkommer att en tydligare uppföljning bör ske av dementa patienter och patienter som skrivs ut till korttidsboende och särskilt boende.

Strokeregistret helår 2015 – Planerat återbesök på särskild strokemottagning



Vårdprogram med avseende på återbesök

Socialstyrelsens riktlinjer för strokevård revideras löpande. Där fastställs en rad indikatorer för att följa upp kvaliteten. Det finns inga särskilda skrivningar om återbesök i de nationella riktlinjerna. Däremot rekommenderar Socialstyrelsen återbesök hos läkare inom tre respektive tolv månader efter utskrivning. I öppna jämförelser finns indikatorn; *Andel strokepatienter som varit på återbesök hos läkare inom 3 respektive 12 månader efter utskrivning från sjukhus*. I region Jämtland Härjedalen sker återbesök till sjuksköterska inom tre månader som i sin tur konsulterar läkare kring avvikande värden eller annan problematik. Ingen rutin för återbesök efter 12 månader finns. Ovan kommenteras regionens resultat.

Regionen har inga vårdprogram för strokevården avseende återbesök, däremot finns olika dokumenterade riktlinjer. När det gäller till exempel patienter med misstanke om akut stroke, framgår i kortfattade dokumenterade rutiner, att dessa handläggs enligt boken ”Stockholmskompendiet”, som finns uppdaterad via www.janusinfo.se.⁸ Alla läkare som kan komma i akutkontakt med dessa får den boken. Särskilt vårdprogram från Norrlandsuniversitetssjukhus (NUS) finns för karotiskirurgi. Kortfattade dokumenterade riktlinjer finns för återbesök inom strokemottagningen.

På Östersunds sjukhus finns alla dokumenterade riktlinjer för strokesjukvården samlade i dokumentportalen, Centuri. Där finns ett samlingsdokument för stroke med länkar till andra dokument, till exempel janusinfo.se. Vid uppdatering av underliggande dokument sker en automatisk uppdatering av samlingsdokumentet. Överlag uppfattas det som positivt att det finns ett dokumenthanteringssystem. Samtidigt som flera intervjuade framhåller att Centuria är svårarbetat och tungrott.

⁷ Strokeregistret använder detta mått som en indikator: ”Uppföljningsbesök i öppenvård, hos läkare och/eller sjuksköterska (hög nivå innebär 90%, måttlig nivå 80%)

⁸ Stockholms läns landsting portal för vårdprogram

Jämtland Härjedalens sköterskeledda strokemottagning startade full verksamhet i april 2014 som en ny verksamhet som inte funnits tidigare på sjukhuset. Strokemottagningen har en väl inarbetad praxis för hur uppföljning och återbesök ska genomföras. Till strokemottagningen kallas patienter som blivit utskrivna till hemmet och kan själv tillgodogöra sig information och som kan komma på ett återbesök alternativt bokas för en telefontid. Målet med verksamheten är att förbättra uppföljningen efter sjukhusinläggning, erbjuda återbesök 4-6 veckor efter insjuknande och förbättra sekundärprevention. Detta framgår av enkla dokumenterade rutiner för den sjuksköterskeledda mottagningen.

Strokemottagningen ansvarar för återbesök och vidare uppföljning om inte patienterna har gått till särskilt boende, korttidsboende, är på slutenvårdsrehabilitering eller har en demensdiagnos. Då går ansvaret över till primärvården eller slutenvårdsrehabiliteringen. Dementa patienter anses inte kunna tillgodogöra sig information och sätts inte upp på återbesök. Alla patienter som kodas med strokediagnoser sätts automatiskt upp på väntelista/tidboken och kallas till ett fysiskt återbesök på mottagning med sjuksköterska. Inga patienter kan därmed ”tappas bort”. Ansvariga sjuksköterskor går igenom väntelistorna minst en gång i veckan. Kallelse skickar ut för ett återbesök fyra till sex veckor hos sjuksköterskor. Inför det fysiska återbesöket har patienten tagit prover, oftast på hälsocentral. Proverna vidimeras av läkare. Ansvarig sjuksköterska genomför återbesöket.

I intervjuer framkommer uppfattningen att inga särskilda undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök.

Vår journalgranskning visar på god ordning och att uppföljning sker enligt lokala riktlinjer.

4.2.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?

Bristande resultat inom strokevården har lett till beslut om resurser för inrättandet av strokemottagning och mobilt stroke-team. De politiska besluten är kopplade till uppföljning av resultat och i mindre grad till de nationella riktlinjerna i sig. Inom området stroke är strokemottagning en rekommendation som ingår i nationella riktlinjer. Resultaten för strokevården i regionen har tydligt förbättrats över åren.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?

Nationella riktlinjer finns för strokevård. Regionen använder Stockholms vårdprogram för stroke. Därutöver finns en del skriftliga rutiner, till exempel för strokemottagning ”Att göra” återfinns med kortfattad beskrivning kring nybesök och återbesök. Det finns en praxis för återbesök som följs där alla patienter med kodad strokediagnos automatiskt förs upp på väntelista. Alla patienter kallas till återbesök. Rutinerna är inte till fullo dokumenterade. Kunskap om rutinerna kan göras mer tillgängliga, särskilt när det gäller ny personal, ”stafettläkare” med flera. Arbete med att bygga upp produktionsplanering för återbesök pågår vilket i framtiden kan utgöra ett stöd. Vår bedömning är att dokumenterade vårdprogram där även rutinerna för återbesök fastställs kan utgöra ett stöd i arbetet och kvalitetssäkringen av vården, även med tanke på att flera olika yrkeskategorier är inblandad i strokevården. Vi bedömer att det finns en risk för att dementa strokepatienter och patienter som skrivs ut till korttidsboende eller särskilt boende kan falla mellan stolarna när det gäller återbesök. Detta bör särskilt uppmärksammas.

Stroke: Journalgranskning

Allmänt omdöme

Mycket god ordning på journalföring med adekvat innehåll. Funktionsstatus kan följas i daganteckningar och planer för fortsatt rehabilitering finns dokumenterat. Uppföljning sker enligt lokalt vårdprogram/riktlinjer där mycket sker via sjuksköterska.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler

10 journaler har granskats. Medelålder 80 år. 8 patienter har konstaterat stroke 2 mer osäker diagnos. Alla är vårdade på strokeavdelning. En patient har fått trombolys akut. 6 patienter är uppföljda med rehabilitering av mobila teamet och 4 personer överförda till annan klinik. Sekundärpreventiva insatser är dokumenterade (rökning, fysisk aktivitet)

Handläggning följer aktuella riktlinjer.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?

Uppföljning av återbesök sker i form av genomgång av väntelistor där patienter med diagnoskod för stroke automatiskt sätts upp. Resultat från öppna jämförelser följs löpande, framför allt olika kvalitetsindikatorer. Flera kvalitetsindikatorer för strokevården i Jämtland Härjedalen har förbättrats även om regionen har vissa bristande resultat med avseende på återbesök. Löpande uppföljning presenteras för den politiska ledningen. Detta har inneburit satsningar på strokesjukvården i form av till exempel strokemottagning och mobila team vilket har medverkat till förbättrade resultat.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är, enligt intervjuer, kända bland läkarna. En stor del av personalen har genomfört strokecertifieringsutbildning där en genomgång görs av nationella riktlinjer.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?

För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en person ansvarig för uppdatering av vårdprogram eller motsvarande dokumenterade riktlinjer. I datasystemet finns särskilda ”påminnelser” som signalerar både när riktlinjer bör uppdateras eller när ny information har lagts.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?

Återbesök är inte väl specificerade i vårdprogrammen. Däremot finns rutiner och praxis för bevakning av vårdprogrammen när återbesök ska ske och löpande uppföljning av väntelistor som görs av en sjuksköterska med särskilt ansvar för detta. I intervjuer framkommer att telefonuppföljning används för att följa patienter efter återbesök till dess att patienterna når målvärdena.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?

Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogram när det gäller återbesök. Ett skäl är att återbesök inte är särskilt specificerade och något uttalat vårdprogram inte finns för strokesjukvården. Ett annat skäl är att det inte finns rutiner för kontroll av vårdprogrammets efterlevnad. Däremot finns ett avvikelssystem som används där händelser rapporteras som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Avvikelser rapporteras och diskuteras när det gäller strokesjukvården inom regionen, men inte särskilt kopplat till vårdprogram.

4.3 Hjärtinfarkt

4.3.1 Beskrivning av området

Hjärtinfarkt uppstår när en blodpropp plötsligt bildas i något av hjärtats kranskärl. Ca 28 000 personer drabbades av hjärtinfarkt i Sverige 2013. Forskning och vård inom hjärtinfarkt har varit framgångsrik de senaste 30 åren. Antalet hjärtinfarkter i samhället har minskat och dödligheten har halverats. Trots dessa framsteg är fortfarande hjärtinfarkt en av våra stora folksjukdomar och hjärtsjukdom den vanligaste orsaken till för tidig död.

Kvalitetsregistret Swedehearts kvalitetsindex är ett mått på vården vid alla sjukhus som tar emot hjärtinfarktpatienter. Kvalitetsindex baseras numera på elva indikatorer som rekommenderas med hög prioritet i Socialstyrelsen nationella riktlinjer för hjärtinfarktsvård. Kvalitetsregistret Swedeheart omfattar hela vårdkedjan, från den akuta till den sekundärpreventiva vården och har hög täckningsgrad. Östersunds sjukhus ligger i den nedre delen av kvalitetsindex resultaten. Samtidigt är det värt att konstatera att införandet av PCI-lab⁹ i Östersund sannolikt ännu inte märks i resultaten. Primär PCI rekommenderas som förstahandsbehandling till alla patienter och så kallad ”Door-to balloon-time” bör ligga under 60 min.

⁹ PCI= Percutaneous coronary intervention (ballongvidgning)

Jämtland Härjedalen har bristande resultat, framför allt med avseende på rehabilitering och återbesök. Enligt senaste mätningar (Vården i siffror) ligger Östersund långt under rikssnittet för både besök inom 90 dagar inom specialiserad hjärtsjukvård och fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 6 – 10 veckor (sämst i riket). Bristen på rehabiliteringsinsatser bekräftas i intervjuer. Skäl till dåliga resultat för rehab/fysisk träning efter 6 – 10 veckor förklaras av att många patienter avstår från den gruppträning som Jämtland Härjedalen erbjuder i Östersund på grund av långa avstånd. Vidare saknas möjligheter att erbjuda alla rätt sorts rehabilitering (gruppträning) överallt i länet. Registreringsproblem kan innebära att patienter som erbjudits rehabilitering men avstått/tackat nej har räknats in som ”patienter som inte erhållit rehabilitering”. Vissa resultatmått saknas från regionen inom hjärtsjukvården i öppna jämförelser (Vården i siffror), till exempel ”dödlighet efter sjukhusvård för hjärtinfarkt och ”dödlighet efter hjärtinfarkt”.

*Hjärtsjukvården – Jämtland Härjedalen jämfört med riket¹⁰.
Pilarna anger förändring från tidigare mättillfälle*

Hjärtsjukvård – resultat JH jämfört med riket	JH	Riket
Besök inom 90 dagar inom specialiserad hjärtsjukvård	53,3% ↑	87,8% ↑
Operation inom 90 dagar i specialiserad hjärtsjukvård	100%	85,9% ↑
Åtgärdbar dödlighet i ischemisk hjärtsjukdom per 100 000	46% ↑	52,9% ↓
Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 12-14 mån	6,4% ↑	43,9% ↑
Fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 6-10 veckor	8,2% ↑	37,5% ↑

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård innehåller rekommendationer om diagnostik, behandling och rehabilitering inom områdena kranskärllssjukdom, klaffsjukdom, arytm, hjärtsvikt samt genetisk hjärt-kärlsjukdom och medfödda hjärtfel. Rapporten vänder sig främst till beslutsfattare.

Vårdprogram med avseende på återbesök

Region Jämtland Härjedalen har ett vårdprogram för akut hjärtsjukvård (2015). Vårdprogrammet revideras löpande och är undertecknat av verksamhetschef och granskat av medicinskt ansvarig läkare. Den som undertecknat vårdprogrammet har ansvaret för löpande revidering och kvalitets-säkring. Vårdprogrammet är till stora delar baserade på behandlingsprogrammet ”Akut internmedicin” som är utgivet inom Stockholms läns landsting och utgår från Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Underläkare vid Hjärtenheten förutsätts ha inhämtat grunderna i dessa riktlinjer innan de påbörjar sin tjänstgöring vid avdelningen. Det regionala vårdprogrammet kompletteras med ”riktlinjer för hjärtmottagningen”. I dokumentsystemet, Centuria, finns dokument samlade för hjärtsjukvården med olika länkar. Vid en uppdatering av ett underlag sker en automatisk justering av hela dokumentsamlingen. En signal går ut via mail som ”flaggar” att en uppdatering har skett.

Det finns exempel på förändringar inom Östersunds sjukhus till följd av nationella riktlinjerna, till exempel införandet av PCI lab och ändrade rutiner för pacemaker.

I vårdprogram och riktlinjer specificeras behandling och rutiner, framför allt för akut hjärtsjukvård. Där finns inga särskilda skrivningar om återbesök.

Det finns en rad olika riktlinjer för samverkan (Zamsynsdocument) mellan sjukhuset och primärvården. Zamsyn hypertoni är ett exempel. Hypertoni bör åtgärdas på ett tidigt stadium för att undvika komplikationer för hjärtat. Ansvariga för ”zamsynsdocumenten” är både representant för primärvården och för specialistsjukvården. Uppföljning av återbesök sker enligt fastställd praxis på hjärtmottagningen. Alla patienter kallas till återbesök efter två veckor, antingen fysiskt besök eller telefonuppföljning (beroende på om patienterna bor långt borta, patienternas tillstånd mm). På återbesöket går sjuksköterskan igenom riskfaktorer. Därefter ska ett läkarbesök ske efter sex till

¹⁰ Källa: Vården i siffror

åtta veckor läkarbesök. Ibland kan det dröja en längre tid. Orsakerna till väntetiderna hänvisas bland annat till köer till kliniskt fysiologilaboratorium vilket utgör en flaskhals då ultraljudssvar alltid krävs inför läkarbesök. Efter ett år görs ytterligare uppföljning med både sjuksköterska och läkare. Därefter remitteras patienterna till primärvården. Om målvärdena inte ligger rätt (till exempel blodtryck, blodfetter) eller andra problem identifieras sker en telefonuppföljning eller så bokas ett läkarbesök in. Sjukgymnasterna träffar alltid patienter efter hjärtinfarkter. Patienter erbjuds också hjärtskola som en del av rehabilitering.

Enligt Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård (2015) framgår att primärvården har en viktig roll när det gäller att upptäcka och diagnostisera hjärt-och kärlsjukdomar. Detta innebär att primärvårdens roll som första linjen också ska se till att ”återbesök” genomförs där det är medicinskt motiverat. Återbesök kan till exempel betyda en remiss till specialistsjukvården för vidare behandling. Primärvårdens erfarenhet och kunnande när det gäller att diagnostisera hjärtsjukdomar är därför av stor vikt. Patienter som inte upptäcks och diagnostiseras rätt i tid kan få större problem än nödvändigt. Dessutom utförs också en omfattande del av den långsiktiga behandlingen, sekundärpreventionen och rehabiliteringen av patienter med hjärt-kärlsjukdom i primärvården. Det finns särskilda riktlinjer riktade till primärvården inom området hjärtsjukvård.

I intervjuer framkommer uppfattningen att inga särskilda undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök. Däremot finns en flaskhals i form av väntetider till laboratorium och övergången till Cosmic journalsystem har ännu inte ”satt sig”.

Vår journalgranskning visar på god ordning och att uppföljning sker enligt lokala riktlinjer.

4.3.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
Den politiska ledningen vidtar inga särskilda åtgärder direkt kopplade till de nationella riktlinjerna. Men resultaten följs löpande vilket kan medföra politiska beslut. Det fanns tidigare, till exempel inget PCI laboratorium, men har nu inrättats vid Östersunds sjukhus efter uppföljning av resultaten för hjärtinfarkt.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?

Nationella riktlinjer finns för hjärtsjukvård. Regionala vårdprogram finns för akut hjärtinfarkt. Riktlinjer för hjärtsjukvården i regionen fastställer om och inom vilken tidsram återbesök ska ske. Därutöver finns fastställda Zamsynsdokument mellan specialistsjukvården och primärvården (hjärtsvikt, flimmerpatienter, nya antikoagulantia) med en strukturerad beskrivning av ”vem gör vad”. Hjärtmottagningen har en inarbetad praxis för återbesök. Sjuksköterskor har ansvar för uppdatering och genomgång av väntelistorna regelbundet. Rutinerna är inte dokumenterade utan baseras på praxis. Väntelistorna uppdateras någon eller några gånger per år

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?

Resultat från öppna jämförelser följs löpande, framför allt olika kvalitetsindikatorer. Resultaten visar på brister när det gäller uppföljning, vilket är kopplat till återbesök. Jämtland Härjedalen har sämst resultat i landet när det gäller andel patienter som deltar/deltagit i fysisk rehabilitering 6 –

Hjärtinfarkt: Journalgranskning

Allmänt omdöme

Mycket god ordning på journalföring med adekvat innehåll. Det är enkelt att följa behandling och dess effekter och insatta åtgärder är väl underbyggda. Uppföljning/återbesök sker helt enligt lokalt vårdprogram för hjärtinfarkt med få undantag som då är motiverade.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler

10 journaler har granskats. Medelålder 71,4 år. Alla har konstaterad hjärtinfarkt. PCI är gjord akut och ballongdilatation och stentar inlagda på alla. 3 personer har avlidit i samband med vården. Uppföljning enligt vårdprogram har skett för samtliga 7 patienter som skrivits ut från sjukhuset. En patient har fått vänta på återbesök på grund av svårigheter med att få tid till ultraljud på fysiologiheneten.

Handläggning följer aktuella riktlinjer.

10 veckor efter hjärtinfarkt. Regionen ligger långt under riksgenomsnittet vad avser fysiskt träningsprogram efter hjärtinfarkt 12–14 månader. Samtidigt har resultaten inneburit att beslut har fattats kring förbättringar av hjärtsjukvården, till exempel införandet av PCI-lab.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är, enligt intervjuer, kända bland läkarna. Osäkerhet råder kring kunskapen hos övrig personal.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?

För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen löpande när ny information finns och nya eller reviderade nationella riktlinjer presenteras.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?

Återbesök är väl specificerade i vårdprogrammet. Däremot saknas dokumenterade rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen. Fokus ligger på hantering av väntelistor, där det finns en utsedda sjuksköterskor som ansvarar för löpande uppdatering.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?

Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök. Däremot finns avvikelssystem där händelser ska rapporteras som inte stämmer med normal rutin och förväntade vårdförlopp. Avvikelser rapporteras och diskuteras men inte särskilt kopplat till vårdprogrammen.

4.4 Höftfrakturer

4.4.1 Beskrivning av området

Höftfraktur eller höftledsbrott innebär att benet i lårbenshalsen eller den övre delen av lårbenet bryts. Höftfraktur är vanligast hos äldre patienter med osteoporos. Tre fjärdedelar av patienterna med höftfraktur är kvinnor. En tredjedel av alla svenska 80-åriga kvinnor har haft en höftfraktur. Tidigare har brott på lårbenshalsen och där benet vridits ur läge vanligen behandlats genom spikning. Nya rön har lett till att behandlingsmodellen i Sverige har ändrats det senaste decenniet. 65 – 70 procent av patienterna med cervikal höftfraktur bör opereras med höftprotes.

Ortopediska kliniken i Östersund består av ortopedmottagning, ortopediska vårdavdelningar samt enheten för sjukgymnastik och arbetsterapi. På kliniken finns 30 anställda läkare, exklusive AT-läkare. Kliniken handlägger årligen ca 9500 akutbesök och ca 12 000 mottagningsbesök samt 75 procent av de 3 700 operationer/år är akuta.

Enligt senaste värden (2014) i ”värden i siffror” genomför regionen 161,6 höftprotesoperationer per 100 000 invånare (åldersstandardiserade värden) vilket ligger över riksgenomsnittet (152,4). Implantatöverlevnad kan utgöra en viss indikation på hur vårdkedjan för höftfrakturer fungerar. Andel totala höftproteser som inte omopereras inom 10 år ligger högre i regionen, 96 procent, jämfört med riket (94,7 procent).

Väntetider till höftprotes, som kan bli ett resultat, till följd av höftfraktur varierar stort över tid. Enligt senaste mätresultatet (dec 2015) hade 72,2 procent av operationerna utförts inom 90 dagar vilket ligger under genomsnittet för riket (80,2 procent). Väntetider till höftfrakturopoperation efter ankomst till sjukhus (2014) ligger under målnivån (24 tim) i regionen (22,8 tim) och ligger i paritet med riket (22,3 tim). Jämtland Härjedalen uppvisar bättre resultat än riket vad gäller ”Andel patienter som är åter till ursprungligt boende 4 månader efter operation för höftfraktur” (2014) med 73 procent jämfört med rikets 67 procent.

Det kvalitetsmått som används är väntetider till höftfrakturopoperation som enligt Socialstyrelsens rekommendation ska vara max 24 timmar mellan ankomst och operation. I Östersund ligger tiden på (22,8), ungefär som riksgenomsnittet (22,3) och har förbättrats. Prioritering ligger på akuta och trauma patienter.

Vårdprogram med avseende på återbesök

Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för vård och behandling av höftfrakturer. Inom ramen för nationella riktlinjer finns beskrivningar rörande postoperativ omvårdnad och tidig postoperativ mobilisering med fokus på rehabiliteringsinsatser. Innan beslut tas om att en patient är medicinskt färdigbehandlad bör läkaren också ta ställning till om den hälso- och sjukvård som landstinget skall svara för tillräcklig för patientens behov, vilket kan innebära beslut om återbesök.

Inom regionen finns vårdprogram. Därutöver används Svenska höftprotesregistret, internetmedicin.se och olika dokumenterade riktlinjer till exempel benbanksrutiner, infektionsprofylax och trombosprofylax. Vårdprogrammen och riktlinjer tar upp beskrivningar av operationsmetod och

Ortopedi/höftfraktur: Journalgranskning

Allmänt omdöme

Mycket god journalföring med adekvat innehåll. Mycket ålderstigen grupp patienter med flera olika sjukdomar. Vårdförlopp och planering efter utskrivning framgår i dokumentationen. Åtgärder är väl dokumenterade.

Handläggningen bedöms vara patientorienterad, kvalitativ, säker och effektiv.

Granskade journaler

10 journaler har djupgranskats. Medelålder är 84 år. Alla patienter har pertrochantär femurfraktur och har opererats antingen med märgspik eller platta. Alla har fått postoperativ antikoagulantibehandling. 5 patienter har skrivits ut till korttidsboende efter vårdplanering 1 till särskilt boende och övriga 4 till hemmet. Ingen patient har behandlats med bifosfonat (mot osteoporos) vilket uppmärksammas tidigare och arbete pågår för att öka användningen. Endast den yngste har satts upp på återbesök enligt vårdprogram övriga ansågs inte behöva återbesök på grund av stabil fraktur hög ålder och god kontroll i normal vistandemiljö. Vår bedömning är att detta varit adekvat.

Handläggningen bedöms följa aktuella riktlinjer med frågetecken för låg användning av bifosfonat.

behandling. Däremot finns inga särskilda riktlinjer kring återbesök. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år med en ansvarig person för uppdatering.

I intervjuer framkommer att återbesök oftast inte behövs på höftfraktur. Enbart om det upplevs vara problem med patienten bokas återbesök in. Genomgång görs om var vårdprogrammen finns att läsa och alla förväntas vara insatt i programmet. Utbildningen av nya läkare sker på plats. Vårdprogrammen revideras löpande.

Telefonuppföljning som en del av uppföljning och återbesök är oftast inte aktuellt då det oftast krävs en röntgenkontroll. Akuta och traumapatienter prioriteras. Sjukhuset har arbetat med att effektivisera antalet återbesök vilket ibland kan innebära att patienter inte sätts upp på återbesök trots att det finns önskemål.

I intervjuer framkommer uppfattningen att det inte finns några undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök.

Vår journalgranskning visar på god ordning med adekvat innehåll.

4.4.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?

I intervjuer framkommer att det inga särskilda beslut har fattats eller åtgärder vidtagits inom området höftfrakturer utifrån de nationella riktlinjerna.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?

Nationella riktlinjer finns för vård och behandling av höftfrakturer. Regionala vårdprogram finns gällande val av operationsmetod, däremot inga särskilda anvisningar om återbesök. Det finns inte heller några särskilda rutiner för att säkerställa att återbesök görs.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?

Det sker, enligt intervjuer, ingen särskild uppföljning av att återbesök sker. Intervjupersoner uppfattar inte att återbesök undanträngs av nybesök. Östersunds sjukhus är den enda ortopedkliniken inom regionen vilket innebär att patienter återkommer om det uppkommer problem vilket löpande diskuteras. Avvikelse används för lärande. Röntgenronden är en viktig del som används för lärande och utveckling.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?

Socialstyrelsens nationella riktlinjer är i huvudsak kända inom verksamheten.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?

För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år. Uppdatering sker digitalt och det är lätt att hitta dokumenten. Däremot upplevs IT-systemet som svårt och onödigt krångligt när uppdateringar ska ske.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?

Återbesök är inte specificerade i vårdprogrammen.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?

Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök.

4.5 Äldrepsykiatri – ångest och depression

4.5.1 Beskrivning av området

Ångestsjukdomar hör till de allra vanligaste sjukdomarna i samhället. Ungefär var fjärde person drabbas någon gång under livet av ångestsjukdom. Kvinnor drabbas oftare än män. Med ångest-syndrom avses att flera symtom på ångest förekommer samtidigt på ett specifikt sätt och med en viss varaktighet. Uppskattningar finns om att var fjärde individ någon gång i livet kommer att drabbas av ett ångestsyndrom. I dag lider cirka 20 procent av alla äldre personer av psykisk ohälsa. Inom en snar framtid förväntas 25 procent av alla svenskar att vara 65 år och äldre, vilket gör psykisk ohälsa till en av våra största folksjukdomar.

Kraven på det psykiatriska stödet inom primärvården och socialtjänsten till denna grupp kommer att öka. (Socialstyrelsen 2013). De flesta äldre patienter inom primärvården får inte ta del av specialistpsykiatrins kompetens. Flera organisationer (t.ex. WHO, European Association of Geriatric Psychiatry) har framhållit att specialistutbildning, handledning och information rörande äldrepsykiatriska frågor är en bristvara. Äldres psykiska ohälsa är ett eftersatt område.

Regionens resultat för tillgängligheten till psykiatrisk specialistvård har varierat de senaste åren. Senaste rapporterade resultaten (2014 dec) hade 86,7% av patienterna fått besök inom 90 dagar, något lägre än riket (95,2%).

I Region Jämtland Härjedalen finns en mindre enhet för äldrepsykiatri, öppenvård, som behandlar äldre med psykisk ohälsa, demens och generellt psykiatriska diagnoser som kommit på äldre dagar. Det finns en stor affektiv mottagning med behandling av bipolära och affektiva patienter. Där kan det också finnas äldre patienter. Dessutom finns en enhet för trauma och ångest, patienter med trauma. Inom primärvården finns en geriatriker anställd. Flera psykiatriska diagnoser finns hos (äldre) patienter i primärvården. I intervjuer framkommer att telefonuppföljning av patienter används till viss del, till följd av stora geografiska avstånd men också för att möjliggöra en intervention i avvaktan på att tid kan erbjudas för återbesöket. Väntetiden blir därmed en tid då man utprovar en åtgärd; vanligen i form av medicinering.

Vårdprogram med avseende på återbesök

Socialstyrelsen har publicerat nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. I dessa finns vissa skrivningar kring äldre. En rekommenderad kvalitetsindikator är ”Uppföljning via telefon eller återbesök minst två gånger första månaden efter att läkemedelsbehandling satts in”.

I regionen finns en rad olika lokala vårdprogram och riktlinjer, till exempel för depression (bipolära depression), trauma och ångest. Vårdprogrammen utformas av en partssammansatt grupp under ledning av enheternas medicinska ledningsansvariga doktorer med flera yrkeskategorier. Åter-

Äldrepsykiatri, depression och ångest: Journalgranskning

Allmänt omdöme

God journalföring med adekvat innehåll. Ofta långvariga kontakter med många kontakter både via telefon och besök. Relativt få nybesök och stor övervikt för demensutredning. Frågan handlar snarast om det inte finns möjlighet att minska antalet återbesök till förmån för nya patienter.

Handläggning bedöms vara patientorienterad med hög kvalitet men skulle behöva följas upp mer för att säkra effektivitet och säkerhet.

Granskade journaler

5 journaler har djupgranskats. Hela 2015 och 2016 fram till 18/2 har gått igenom vad gäller besökstyper och patientrelaterat arbete i övrigt (telefon, administration etc).

På grund av få nybesök i kategorin depression kunde inte flera djupgranskningar göras.

Medelålder är 71 år. Remisser kommer framför allt från primärvården. Patienternas symtom och behov är var för sig mycket olika varför några slutsatser på gruppnivå inte kan göras.

Dokumentationen är av god kvalitet och innehåller adekvat information om vården.

besök ska planeras utifrån patienternas behov. I vårdprogrammen framgår inte exakt när/hur återbesök ska ske. Det finns en praxis där första besöket innebär ett möte med läkare, ibland tillsammans med sjuksköterska och kurator. Efter någon vecka sker en telefonuppföljning och då beslutas om återbesök ska ske eller inte. Det framkommer i intervjuer att det är nödvändigt att arbeta med telefonuppföljning till följd av stora avstånd i länet.

I intervjuer framkommer vikten av att prioritera nybesök dels för att fånga upp patienter i tid, dels för att det finns ett ”tryck” från vårdgarantin. Väntetider till återbesök upplevs vara ett problem, särskilt till följd av vakanser och sjukskrivningar. För äldre finns en praxis om att telefonuppföljning bör ske efter någon vecka. Då fattas också beslut om återbesök eller inte.

Region Jämtland Härjedalen har ett vårdprogram för trauma och ångest (2015-02-26). Vårdprogram för Ångestsyndrom bygger i stora delar på Stockholms läns landstings (SLL) vårdprogram (2011). Vårdprogram för traumarelaterade psykiska störningar från kunskapscentrum för katastrofpsykiatri, SBU-rapporter (2005) samt Socialstyrelsens nationella riktlinjer (2011). Riktlinjerna avser lindriga och medelsvåra tillstånd.

Därutöver krävs möjlighet till ett nära samarbete med, alternativt medverkan av, psykiater vid komplicerade eller svårare tillstånd, samt möjlighet till regelbunden uppföljning och utvärdering av behandling.

I region Jämtland Härjedalen handläggs cirka 70 procent av alla patienter med ångestsyndrom inom primärvården som fungerar som första linjens psykiatri. Här görs en första bedömning av patientens hälsoproblem. När två på varandra följande adekvata behandlingsalternativ inte gett avsedd effekt bör, enligt vårdprogrammet, psykiatrin konsulteras alternativt helt överta behandlingsansvaret. Patienter som är färdigbehandlade inom specialistpsykiatrin utifrån de resurser och den kompetens som finns tillgänglig kan över remitteras till primärvården för fortsatt kontakt och eventuell läkemedelsuppföljning.

4.5.2 Iakttagelser rörande granskningsfrågorna

Har styrelsen vidtagit aktiva åtgärder utifrån de nationella riktlinjerna? I så fall vilka åtgärder?
I intervjuer framkommer att direktiv från politiska nivån endast har förekommit när det gäller tvångsvården med målet att minska antalet tvångsintagna.

Finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs när det gäller återbesök?

Det finns inga särskilda rutiner för att säkerställa att vårdprogrammen följs. I intervjuer framkommer ett behov av att arbeta mer systematiskt med uppföljning. Resultaten från kvalitetsregister följs över tid.

Görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogrammen? I så fall, hur handläggs resultatet av denna? Hur används resultaten?

Uppföljning görs en gång om året då det sker en genomgång av patientstocken. Arbetet leds av den som har medicinskt ledningsansvar. Inget strukturerat arbete sker med uppföljning av återbesök eller särskilda analyser om följsamheten till vårdprogrammen.

Är Socialstyrelsens riktlinjer för vårdprogram kända på verksamhetsnivå?
Socialstyrelsens riktlinjer är kända inom framförallt läkarkåren.

Finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogrammen i enlighet med riktlinjerna?

För varje vårdprogram inom region Jämtland Härjedalen finns en läkare med ansvar att uppdatera vårdprogrammen. Vårdprogrammen har en giltighetstid på två år. Uppdatering sker digitalt och det är lätt att hitta dokumenten. Däremot upplevs IT-systemet som svårt och onödigt krångligt när uppdateringar ska ske.

Finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogrammen?
Återbesök är inte specificerade i vårdprogrammen.

Finns rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök?

Det finns inga särskilda rutiner för att analysera och rapportera avvikelser från vårdprogrammen när det gäller återbesök.

4.6 Primärvården

Primärvården ingår inte som en del av denna granskning. Vi vill ändå lyfta fram vikten av ett nära samarbete mellan primärvården och specialistvården, särskilt med avseende på återbesök. Primärvårdens diagnosättning och remitterande till den öppna specialistvården är avgörande för att patienter får rätt sjukvård. I Östersund är 90 procent av primärvården i offentlig regi och 10 procent är privat. Inom primärvården pågår ett arbete att införa särskilt ansvar för sjuksköterskor inom kroniska sjukdomar. Diabetessjuksköterskor ansvarar till exempel för uppföljning av diabetiker. Normen är ett läkarbesök varje år, men det kanske inte behövs om patienten är stabil eller om det kan skötas av en sjuksköterska. Detta kan innebära en effektivisering.

I arbetet att stärka samverkan mellan primärvården och specialistvården har 12-14 Zamsynsdokument tagits fram, t.ex. ortopedi, demensdiagnostik och handläggning av hypertoni. Dessa kan innehålla beskrivningar av vad remisser och remissvar ska innehålla. Dokumenten har alltid två ansvariga, en läkare från specialistsjukvården och en från primärvården. Det finns önskemål om att betydligt fler områden bör få motsvarande samverkansavtal.

Det finns också en olika uppfattningar om vilka patienter primärvården tar och borde ta jämfört med den öppna specialistvården. Strokepatienter är mer olika sinsemellan jämfört med övriga tre diagnosområden. Uppföljning av strokepatienter sker på äldreboenden eller strokemottagning. Höftfrakturpatienter följs alltid upp av sjukgymnast och kommer inte till primärvården även om sjukgymnasten kan vara anställd i primärvården. För hjärtinfarkt patienter sker alla första besök i sjukhuset och återbesök på sjukhuset. Om patientens läge är stabilt remitteras patienterna till primärvården. Patienterna får beställa tid själva. Äldre patienter med depression och ångest är den grupp (av våra granskade områden) som till stor del finns inom primärvården. Indikationsgränserna för om patienter med diagnos ångest/depression upplevs av primärvården ibland som alltför hårda. Detta leder till att för många ”tunga” psykiatripatienter finns inom primärvården och inte i psykiatriska öppenvården.

Samtidigt framkommer synpunkter på bristande kompetens i primärvården vilket leder till att återbesök som i vanliga fall skulle kunna skötas av primärvården planeras i specialistsjukvården. I intervjuer framkommer också en uppfattning om att remisser skrivs till primärvården som sedan inte kallar patienterna och inte har tillfredsställande kontroll på patientens vården.

Primärvården upplever inga undanträngningseffekter av återbesök till följd av nybesök. Däremot framkommer i intervjuer att övergången till nytt journalsystem (Cosmic) har inneburit en undanträngning av besök av kroniker.

4.7 Övriga iakttagelser

Det som kan påverka rapporteringen av återbesök, är enligt intervjupersoner, byte av journalsystem vilket skedde år 2015 och införandet av egenvårdbegäran den 1 jan 2016 (som gör att patienten själv kan skriva remiss till specialistmottagning och komma direkt till specialist). Tidigare övergång till journalsystemet Cosmic innebar, enligt intervjuer, en kapacitetsförlust, till följd av ett relativt mer krångligt system jämfört med tidigare. Inom primärvården uppskattades övergången innebära en kapacitetsförlust med 50 procent. Systemövergången innebar en undanträngningseffekt, så till vida att återbesöken fick ”glesas ut” för kroniker med stabila förhållanden. Generellt uppfattas annars att det inte finns några undanträngningseffekter av återbesök till förmån för nybesök. Ledningen följer återbesök, till exempel kvoten nybesök/återbesök. Uppfattningen är snarare att det sker för många återbesök.

Bilaga 1 – Resultat från enkät

Om enkäten och dess resultat

Som en del av granskningen genomfördes en enkätundersökning. Enkäten är ett komplement till övriga underlag i granskningen i form av intervjuer, journalgranskningar, statistik, dokumentanalyser med mera. Enkäten och dess frågeställningar är konstruerad utifrån de fastställda granskningsfrågorna med särskilt fokus på återbesök.

Enkäten skickades ut till läkare inom region Jämtland Härjedalen med ett medicinskt ledningsuppdrag, medicinskt ledningsansvar och/eller läkare som arbetar inom områdena stroke, hjärtinfarkt, höftfrakturer och psykiatri, totalt 41 personer. Enkäten påbörjades av 23 personer men besvarades i sin helhet av endast 16 personer vilket ger en svarsfrekvens på 39 procent. Vi kan dock konstatera att resultaten av enkäten stödjer våra iakttagelser och slutsatser från analyserade dokument och underlag samt genomförda intervjuer. Vi bedömer att resultaten är intressanta.

Enkäten genomfördes som webbenkät under perioden 29 januari – 25 februari. Två påminnelser skickades ut under perioden.

Enkäten omfattar 10 huvudfrågor med underfrågor. Frågorna framgår av nedanstående redovisning av enkätens resultat.

Fråga 1. Ange vilka nationella, regionala och lokala dokument/ policys som är centrala för Dig för att bedriva en vård av hög kvalitet och säkerhet enligt nationella riktlinjer.

Sammanfattning av fri text svar:

- Nationella riktlinjer (exempelvis gällande hjärtsjukvård, rörelseorganens sjukdomar, de olika psykiska sjukdomarna)
- Regionala och lokala vårdprogram
- Lokala dokument som följer nationella riktlinjer
- Lokala PM (exempelvis gällande benbanksrutiner, infektionsprofylax, trombosprofylax)
- Svenska höftprotesregistret, SHPR.se
- Janusinfo.se (webbplats som innehåller kommersiellt obunden läkemedelsinformation riktad till läkare och sjukvårdspersonal)
- Information från Centuri (dokumenthanteringssystem)
- Internetmedicin.se
- SBU rapporter

2. Vårdprogram**Fråga 2.1 Finns vårdprogram inom ditt verksamhetsområde baserade på nationella riktlinjer?**

	Antal	%
Ja	12	71
Nej	2	12
Vet ej	3	18

Fråga 2.2 Finns dokumenterade rutiner inom ditt verksamhetsområde baserade på nationella riktlinjer?

	Antal	%
Ja	12	71
Nej	2	12
Vet ej	3	18

Fråga 2.3 Innehåller vårdprogrammen eller motsvarande dokumenterade rutinerna tydliga krav på återbesök?

	Antal	%
Ja	8	47
Nej	6	35
Vet ej	3	18

Fråga 2.4 Finns det andra riktlinjer som inte bygger på nationella vårdprogram?

	Antal	%
Ja	8	47
Nej	1	6
Vet ej	8	47

3. Återbesök**Fråga 3.1 Jag har avstått från att boka in medicinskt motiverade återbesök**

	Antal	%
Stämmer inte alls	9	53
I mycket låg grad	4	24

I ganska låg grad	3	18
I ganska hög grad	1	6
I mycket hög grad	0	0
Vet ej	0	0

Fråga 3.2 Jag har följt vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner när det gäller återbesök

	Antal	%
Stämmer inte alls	0	0
I mycket låg grad	1	6
I ganska låg grad	0	0
I ganska hög grad	10	59
I mycket hög grad	3	18
Vet ej	3	18

4. Styrning och ledning
Fråga 4. Hur väl anser Du att nedanstående påstående stämmer inom din egen specialitet?

4.1 Det finns tillfredsställande rutiner för att säkerställa att vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner följs när det gäller återbesök	Antal	%
Inte mycket låg grad	0	0
I ganska låg grad	6	38
I ganska hög grad	3	19
I mycket hög grad	3	19
Stämmer inte alls	2	13
Vet ej	2	13

4.2 Det görs uppföljning av att återbesöken sker enligt vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner	Antal	%
Inte mycket låg grad	0	0
I ganska låg grad	4	25
I ganska hög grad	2	13
I mycket hög grad	1	6
Stämmer inte alls	2	13
Vet ej	7	44

4.3 Socialstyrelsens nationella riktlinjer är kända på verksamhetsnivå	Antal	%
Inte mycket låg grad	0	0
I ganska låg grad	2	13
I ganska hög grad	8	50
I mycket hög grad	4	25
Stämmer inte alls	1	6
Vet ej	1	6

4.4 Det finns en aktiv bevakning för att ajourhålla vårdprogram eller andra dokumenterade rutiner i enlighet med riktlinjerna	Antal	%
Inte mycket låg grad	2	13
I ganska låg grad	2	13
I ganska hög grad	6	38
I mycket hög grad	3	19
Stämmer inte alls	0	0
Vet ej	3	19

4.5 Det finns rutiner för bevakning av att återbesök sker enligt vårdprogram eller andra motsvarande dokumenterade rutiner	Antal	%
Inte mycket låg grad	1	6
I ganska låg grad	5	31
I ganska hög grad	3	19
I mycket hög grad	0	0
Stämmer inte alls	2	13
Vet ej	5	31

Fråga 5. Anser Du att organisation och styrning fungerar väl i följande avseenden?

5.1 När det gäller stöd och information från regionledningen avseende implementering av nationella riktlinjer	Antal	%
Inte mycket låg grad	5	31
I ganska låg grad	4	25
I ganska hög grad	4	25
I mycket hög grad	0	0
Vet ej	3	19

5.2 När det gäller stöd och information från min områdesledning eller motsvarande för implementering av nya eller ändrade vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner grundade på nationella riktlinjer.	Antal	%
Inte mycket låg grad	2	13
I ganska låg grad	6	38
I ganska hög grad	6	38
I mycket hög grad	0	0
Vet ej	2	13

5.3 När det gäller uppföljning och lärande av vårdprogram eller motsvarande dokumenterade rutiner	Antal	%
Inte mycket låg grad	5	31
I ganska låg grad	6	38
I ganska hög grad	5	31
I mycket hög grad	0	0

Vet ej	0	0
--------	---	---

Fråga 6. Vilken befattning har Du? (du kan välja flera alternativ)

	Antal	%
Medicinskt ledningsuppdrag (MLU)	7	35
Medicinskt ledningsansvar (MLA)	0	0
Överläkare	9	45
Underläkare	3	15
Annan (enhetschef)	1	5

Fråga 7. Vilket verksamhetsområde tillhör du?

	Antal	%
Akutvård	0	0
Ortopedi	7	44
Hjärt-, kärl-, neurologi-, rehab-, reumatologi	4	25
Hud, Infektion och Medicin	5	31
Psykatri	0	5
Primärvård	0	0
Annat		

Fråga 8. Vad arbetar Du med?

	Antal	%
Strokesjukvård	1	6
Hjärtinfarkt	3	19
Psykatri	5	31
Höftfrakturer	5	31
Annat, nämligen handkirurgi/ortopediskt trauma samt barnortopedi, allmänortopedi och trauma	2	13

Fråga 9. Hur lång tid har Du haft din nuvarande befattning?

	Antal	%
Mindre än ett år	2	13
Mellan ett och sex år	5	31
Mellan tre och sex år	4	25
Längre än sex år	5	31

Fråga 10. Skriv om du har synpunkter utöver eller om du vill förtydliga de svar du lämnat på föregående frågor. Du kan även skriva förtydliganden, förbättringsförslag avseende utformandet och implementering av vårdprogram eller motsvarande avseende återbesök i regionen:

Sammanfattning av fri text svar:

- Vi följer Janusinfo för att ta hand om, utreda och behandla personer som insjuknar i stroke. Alla med stroke och TIA följs på Strokemottagning som riktar in sig på intervention av riskfaktorer. Mobila stroke teamet och rehab följer upp och optimerar förmåga till aktivitet. En lokal rutin finns för Trombolys.
- Socialstyrelsens riktlinjer för rörelseapparaten berör inte höftfrakturer i alls!

- Återbesök pga. rörelseorganens sjukdomar rör en relativt liten del av återbesök. De flesta återbesök är uppföljning av skadade patienter oavsett behandling, operativt eller konservativt. Pga bristande kompetens i primärvården blir man tvungen att planera återbesök som i vanliga fall skulle kunna skötas via primärvården. Många nybesök skulle också minskas om man hade motsvarande kompetens i primärvården.
- Vår utgångspunkt inom enheten är patientens situation, behov och tillstånd - mer än att viss tid förflutit. Telefonkontakter är frekventa och utgör prioriteringsunderlag för uppföljning och återbesök. Resvägar och andra pågående sjukvårdskontakter kan i viss mån påverka också.
- Vi har inget specifikt vårdprogram för depression hos äldre. Ledningen verkar inte ha tid att engagera sig på den nivå ni efterfrågar.
- Diskussion där man tänker utanför boxen t.ex. inventera möjligheter att hyra sjukhuslokal kvälltid för "egen" praktik- då uppdraget är att beta av köer samt verkställa återbesök inom tidsram. Detta på frivillig basis eftersom privatlivet tar olika mycket tid i anspråk olika perioder i livet. Kan ju vara ett alternativ till dyra stafetter!!! Och att locka anställda att stanna kvar.

Bilaga 2 – Intervjuade personer

Följande personer har intervjuats:

Malin Andersson
Carsten Dencker
Olof Englund
Ceclia Lyrén Fors
Lisbet Gibson
Magnus Gibson
Jan Hansson
Lars Holgén
Ingela Jönsson
Anna Kerstin Lejonklou
Håkan Lindholm
Sara Magnusson
Lena Olander
Simon Östling