



Kerstin Lejonklou  
Hälsa- och sjukvårdspolitiska avdelningen  
Tfn: 063 - 15 34 57  
E-post:

Regionens revisorer

## Svar på Granskning av geriatrisk kompetens

PwC har på uppdrag av och under ledning av revisionskontoret utfört en granskning av den geriatriska kompetensen inom Region Jämtland Härjedalen. Syftet med granskningen har varit att granska om Regionstyrelsen har tillfredsställande kontroll av att det finns en tillräcklig geriatrisk kompetens för att upprätthålla en god och säker vård för multisjuka äldre. Rapporten har nummer REV/24/2017.

Revisorerna framför följande bedömningar och rekommendationer:

1. *Bevakning av kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet sker till viss del inom regionen, men bevakningen och kunskapsinhämtningen är inte systematiserad och regionövergripande.*

Svar:

Det geriatriska fältet är idag mindre avgränsat jämfört tidigare, då verksamheten som kallades geriatrik ofta fanns inom någon institutions väggar. Idag bor många personer som tidigare kunde kategoriseras som geriatriska patienter i egna hemmet högt upp i åldrarna, ibland med flera sjukdomar. Dessa personer har ofta hjälp och stöd såväl från hälso- och sjukvård från Region Jämtland Härjedalen, som vård och omsorg från någon av länets kommuner.

Revisionsrapporten konstaterar att det till viss del sker kunskapsinhämtning inom det geriatriska fältet, men att kunskapsinhämtningen inte är systematisk eller regionövergripande. På verksamhetsområdesnivå sker kunskapsspridning på olika sätt. Sannolikt kan systematiken bli bättre, men tillvägagångssätten måste få variera. De metoder för spridning av kunskap som finns tex inom ortopedi fungerar inte med säkerhet inom primärvård beroende på verksamheternas olika förutsättningar för medarbetarna att kunna ta del av information.

Rapporten konstaterar att geriatrisk kompetens handlar om att ha kunskap om åldrandet och åldrandets sjukdomar, och nämner att det bland annat ingår kunskap om läkemedel för äldre, åldrandets sjukdomar (t.ex. stroke och demens), kost och nutrition, tand- och munhälsa, rehabilitering samt palliativ vård. Självklart ingår

dessa delar i geriatrisk kompetens. Dock har rapporten en utgångspunkt som utelämnar såväl allmän som specifik omvårdnad, vilket lätt leder resonemangen i rapporten till fokus som inte blir komplett. Geriatrisk kompetens bör innehålla kunskap hos den legitimerade personalen att kunna göra bedömningar av en äldre persons hälsa och behov av omvårdnad. Här ingår att kunna göra adekvata riskbedömningar och ställningstaganden till eventuella åtgärder. Förebyggande åtgärder kan både vara sådana som individen själv ska lära sig att utföra t.ex. förebyggande av fall och sådana som hälso- och sjukvårdspersonal eller vård- och omsorgspersonal ska kunna utföra för att en äldre person ska få minskad risk för vårdskador.

Landstings- och regioners samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård har som ambition att skapa ett system för kunskapsstyrning för riket. En del i systemet är att bygga nationella programområden (NPO). I nuläget är ca 20 programområden framtagna, såtillvida att de blivit beslutade av styrgruppen för kunskapsstyrning i samverkan. Styrgruppen består av två landstings – regiondirektörer, fyra representanter från hälso- och sjukvårdsdirektörsnätverket samt en från Sveriges Kommuner och landsting. Ett av de beslutade NPO är Äldres hälsa. NPO Äldres hälsa kommer att ansvara för geriatrik, vård av multistjuka, palliativ vård i livets slutskede samt demens. Genom uppbyggnad av NPO får regioner och landsting bättre förutsättningar att kunna följa utvecklingen inom de olika specialiteterna, förutsatt att de regionala och lokala strukturerna blir ändamålsenliga. En viktig del blir mottagande av kunskap och spridning av kunskap till medarbetare inom olika yrkeskategorier. Information och återkoppling rörande det nationella arbetet sker i nuläget genom att varje region och landsting har representant i nationella kunskapsstyrningsgruppen.

2. *Det har hittills inte skett någon systematisk inventering avseende behovet av geriatrisk kompetens. Därmed saknas information om vilket kompetensbehov som behöver tillföras. Inom enskilda verksamhetsområden har det dock i viss utsträckning vidtagits åtgärder för att täcka kompetensbehovet.*

Svar:

Inom personalenheten görs inventeringar av behov av kompetens. Personalstrateg har gjort kartläggning av hur många specialistutbildade läkare och sjuksköterskor det finns i Region Jämtland Härjedalen. Vid kartläggning har Socialstyrelsens kategorisering använts. I kartläggning framkommer att det finns en geriatriker och två sjuksköterskor med specialistutbildning med examen äldresjuksköterska. En del i kartläggningen är att cheferna får svara på behov av kompetens med hjälp av framskrivningar i olika tidsintervall. Utifrån kända förändringar i verksamheten, förväntas cheferna göra bedömningar av vilka kompetenser de har behov av. Idag



görs kompetenskartläggningar med olika metoder och med inslag av manuell hantering, vilket är tidskrävande. Arbete pågår att övergå till att alla utbildningar ska läggas i SABA, ett system för kompetenshantering och webbaserat lärande. Systemet ger närmaste chef en överblick över gruppens och individens kompetenser och utvecklingsplaner.

Det är av vikt att vid inventering inom det geriatriska kompetensområdet även fokusera på icke legitimerad personals kunskap inom gerontologi och geriatrik och gällande rehabiliterande och bibehållande omsorg.

3. *Det saknas dokumenterade rutiner för att införa nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska området. Svårigheter att hitta i aktuella vårdprogram, riktlinjer och rutiner dokumenthanteringssystemet nämns som en brist i sammanhanget.*

Svar: Rutiner för att implementera vårdprogram och vårdrutiner bör inte vara specifika för varje specialitet. Det bör finnas en grund i hur tillvägagångssättet ska vara. Implementering är ett viktigt steg, som ofta missbedöms avseende både tidsåtgång och insatser. Avseende mottagande och arbete med nationella riktlinjer finns dokumentet Beredning av nationella riktlinjer (23181), som innehåller avsnitt om implementering. Detta dokument kommer att omarbetas under hösten till följd av förmodade ändrade arbetssätt i samband med införande av nationella kunskapsstyrningssystemet. Norra sjukvårdsregionen kommer att ta fram en mer gemensam process vid mottagande av nationella riktlinjer och översynen påverkas även av Socialstyrelsens arbetssätt vid utskick och information av nationella riktlinjer i remissversion.

För att identifiera behov av övergripande vårdrutin finns dokumentet Bedömningsgrund för behov av vårdrutin och direktiv för godkännande (18207). Förutom att rutinen ska vara stöd vid övervägande av om en rutin ska gälla hela Region Jämtland Härjedalen eller vara lokal för ett verksamhetsområde finns beslutsgången beskriven där det framgår att alla nya rutiner tillkännages i ledningsmejl samt att person som tagit fram rutinen tillsammans med beslutande chef avgör om ytterligare informationsinsatser behövs. Inget av de nämnda dokumenten är specifikt utformat för geriatrik, men om det tas fram rutiner eller nationella riktlinjer inom geriatriska området behandlas dessa på samma sätt som andra. Geriatrik utkristalliseras inte inom Region Jämtland Härjedalen som en separat specialitet utan respektive specialitet innehar ansvar även för de äldre patienterna inom sitt ansvarsområde. I befintliga vårdprogram inom respektive specialitet finns äldre definierade som en specifik målgrupp när ålder har betydelse

för vårdinsatsen. Det kan vara en förklaring till varför specifika vårdprogram för äldre bedöms vara svåra att finna.

Vi är ytterst medvetna om att medarbetare kan tycka att det är svårt att hitta de dokument de söker i dokumenthanteringssystemet Centuri. Det finns en förväntan att varje person ska klara användandet av Centuri som dokumenthanteringssystem utan någon utbildning eller introduktion och utan vidareutbildning och information gällande förändringar i funktionalitet av systemet. Det behövs ett annat synsätt både avseende användning av dokumenthanteringssystemet/Centuri men även på Ledningssystemet. Ledningssystemet blandas ofta ihop med Centuri. Det är viktigt att påtala att Centuri bara är ett system för att hantera dokument tillhörande ledningssystemet.

Funktioner finns för att lättare styra så att de dokument en medarbetare frekvent behöver tillgång till ska ligga lättåtkomligt. Om resurser kan avsättas kan respektive verksamhet inventera sina behov. Behov finns av informations- och utbildningsinsatser såväl till personal med läsbehörighet som till personal utsedda att upprätta dokument.

4. *Det saknas dokumenterade rutiner för att kontrollera följsamheten till nya vårdprogram och vårdrutiner inom det geriatriska fältet.*

Svar: Även när det gäller uppföljning bör den processen ha en generell utgångspunkt. Uppföljning av vårdprogram och vårdrutiner sker till viss del genom att den som är ägare till en vårdrutin, som är publicerad i Centuri, får påminnelse från systemet när det är dags att uppdatera. Detta gäller de dokumentkategorier som det är granskningsplikt på. Om vårdrutinen är skriven i rätt dokumentmall dvs vårdrutin (medicinsk, omvårdnad, rehab rutin) fungerar denna påminnelsefunktion och uppdatering av dokumentet kan göras. Denna funktion åtgärdar inte följsamheten till en rutin, men säkerställer att den rutin som finns är uppdaterad, granskad och beslutad.

Uppföljning av följsamhet är ett förbättringsområde. Under förutsättning att resurser finns, kan internkontroll som verktyg användas för uppföljning av följsamhet i högre omfattning än vad som görs idag.

5. *Vår bedömning är att det inte finns något geriatriskt team inom regionen vilket också innebär att det inte finns något geriatriskt team att nyttja för att täcka kompetensbehov.*



Svar:

Avsaknad av geriatriskt team samt med hänvisning till Mobilt närvårdsteam (MINT) finns omnämnt i revisionsrapporten. Det finns dock inte beskrivet vad man avser med begreppet Geriatriskt team och vilka kompetenser och uppdrag ett sådant team skulle innefatta varför det är svårt att bedöma i jämförelse med befintliga verksamheter i regionen vad som bättre kunnat täcka kompetensbehov och övriga ej definierade uppdrag. Utifrån detta nämner vi här nedan vissa förutsättningar och behov av förtydliganden kring MINT.

MINT har inte ett länsuppdrag för alla äldre patienter utan uppdrag för till teamet anslutna personer med multisjuklighet i instabilt läge och inte nödvändigtvis äldre personer, även om ålder, 75år eller äldre är ett av sex inskrivningskriterier varav fyra ska vara uppfyllda. I teamet finns Geriatrisk kompetens som kan ge konsultativa-, stödjande insatser främst kring personer anslutna till teamet. MINT har inte ett uppdrag att kompetensutveckla andra men ger råd och stöd i frågor kring multisjuka personer till legitimerad personal i primärvård och kommunal sjukvård.

MINT utför inte multiprofessionella utredningar

Det finns behov av att inför permanentandet av MINT förtydliga om teamet ska ha ett uppdrag rörande att vara kompetensresurs och bistå med konsultativt stöd till andra. Efter fattade beslut bör informationsinsats ges till berörda.

Det konstateras i bakgrundsbeskrivning av revisionens granskning att "Multisjuka äldre har ofta komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samarbete mellan kommun, primärvård och slutenvård." En god samverkan mellan huvudmännen med tydligt definierade ansvarsområden och informationsflöden är en förutsättning för detta.

1 januari 2018 trädde lagen om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i kraft. Bestämmelser om fast vårdkontakt och samordnad individuell plan ska tillämpas. För att kunna möta samverkansbehoven som krävs för en god och sammanhållen vård för äldre och multisjuka har Region Jämtland Härjedalen och länets kommuner tecknat en överenskommelse enligt SFS 2017:612, 4 kap 5 § som reglerar samverkan och ansvar vid vårdens övergångar. Överenskommelsen är en bilaga till *Samverkan kring hemsjukvård mellan region Jämtland Härjedalen och kommunerna i Jämtlands län, sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst i Jämtlands län*

Gemensamma riktlinjer för samarbete vid in- och utskrivning av patienter i slutenvården finns framtagna. <http://centuri/ViewItem.aspx?regno=42702>

Syftet med riktlinjen är att "Den enskilde ska garanteras en trygg och säker vård och en socialtjänst av god kvalitet genom hela in- och utskrivningsprocessen. Att



ledtiderna är så korta som möjligt vid utskrivning från slutenvård till fortsatt öppen hälso- och sjukvård och socialtjänst och att individen känner sig delaktig har inflytande och upplever trygghet i samband med hemgång från sluten vård.”

REGIONSTYRELSEN

Ann-Marie Johansson (S)  
Regionstyrelsens ordförande

Hans Svensson  
Regiondirektör