Landstinget i Värmland och Värmlands kommuner

Vårdkedjor och läkemedel för äldre
Revisionsrapport

Advisory – Offentlig sektor
KPMG AB
2015-02-06
Antal sidor: 25
Antal bilagor: 3

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Innehåll

1.	Sammanfattning	1
2.	Inledning	3
3.	Projektets syfte och revisionsfrågor	3
3.1	Ansvariga nämnder/styrelse	3
3.2	Revisionskriterier	4
4.	Metod och genomförande	4
4.1.1	Intervjuer	4
4.1.2	Journalgranskning	4
5.	Projektorganisation	4
6.	Utveckling av vård och omsorg för äldre	5
7.	Lagstiftning och föreskrifter	5
7.1	Aktuell lagstiftning och föreskrifter	5
8.	Huvudmännens samverkan	5
8.1	Nya Perspektiv	6
8.2	Beredningsgruppen	7
8.2.1	Vårdplaneringsgrupp	8
8.3	Kommentar	8
9.	Huvudmännens riktlinjer/rutiner och avvikelsehantering	8
9.1	Riktlinjer och rutiner	8
9.2	Huvudmännens uppföljning av samverkan och avvikelserapportering	10
9.3	Kommentarer	11
11.	Genomförande av vårdkedjan	12
11.1	Vårdplanering och utskrivning	13
11.2	Högre medicinsk kompetens nära den äldre	15
11.3	Informationsöverföring	16
11.4	Läkemedelslistor	17
11.5	Kommentarer	17
12.	Återinläggningar	18
12.1	Inledning	18
12.2	Återinläggning	19
12.3	Journalgranskning	19

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

12.4 Kommentarer 20

14. Äldres läkemedel 22
14.1 Läkemedelskommittén och Läkemedelsenheten 22
14.2 Nationell jämförelse 22
14.3 Dosdispenserade läkemedel 23
14.4 Läkemedelsgenomgång 23
14.5 Kommentar 25

Bilaga 1. Utveckling av vård och omsorg för äldre 26

Bilaga 2. Lagstiftning och föreskrifter 29

Bilaga 3. Tidigare granskningar 32

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

1. Sammanfattning

KPMG har på uppdrag de förtroendevalda revisorerna i Landstinget och 15 Värmländska kommuner genomfört en gemensam granskning av vårdkedjor och läkemedel för äldre.

Viktiga beröringspunkter mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör vårdkedjor och läkemedel. I gränssnittet mellan kommunernas och landstingets verksamheter finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att patienterna inte får den vård och omsorg som de behöver. Granskningen som nu genomförts är i huvudsak en uppföljning av två tidigare revisionsgranskningar. Dessa två granskningar är äldres läkemedelsanvändning och avvikelserapportering vid kommunens äldreboende som genomfördes år 2010 och den granskning som genomfördes år 2011 om vårdkedjan för äldre.

Syftet med granskningen är att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose behov av vård och omsorg för äldre. Granskningen ska utgå från huvudmännens respektive uppdrag och ansvar samt styrning, uppföljning och samverkan.

Sedan de tidigare granskningarna genomfördes kan vi konstatera att mycket är sig likt samtidigt som mycket hänt. Det finns rutiner och riktlinjer som följer nationella riktlinjer. Vår bedömning är också att riktlinjer och rutiner är väl kända. Det har också genomförts nationella projekt och utvecklingsarbeten för att förbättra vårdkedjan och läkemedelshantering för äldre, både nationellt och i Värmland.

Genom Nya Perspektiv och den nationella satsningen på äldre har det etablerats samverkansarenor som ger goda förutsättningar för en ändmålsenslig samverkan och gemensam kunskapsbas inom äldreområdet. Sedan den tidigare granskning genomfördes har utvecklingsarbetet i Nya Perspektiv förstärkts och fungerat som samordningsfunktion för den nationella äldresatsningen.

Granskningens bedömning är att det finns en tydlig *struktur* både för samverkan i vårdkedjan för äldre och för läkemedelshantering. Den tydliga strukturen består av riktlinjer utifrån gällande regelverk och samverkansgrupper. Det finns också en infrastruktur som stödjer tillämpning av dessa riktlinjer och rutiner. Som vid tidigare granskning kan konstateras att det finns en etablerad organisation för samverkan genom Beredningsgruppen. Gruppen har funnits en längre tid tillbaka och bland annat arbetat med att utveckla riktlinjer och rutiner för samverkan i vårdkedjan. På samma sätt som tidigare anser vi dock att den politiska styrningen av samverkansarbetet är svag. Som vi tolkar det är den politiska styrgruppen för Nya Perspektiv i formell mening inte styrgrupp för Beredningsgruppen. Detta är ingen förändring sedan tidigare granskning.

Vår uppfattning är att det ska finnas en tydlig politisk styrning av samverkansarbetet och att det därför bör finnas en formell politisk styrgrupp för samverkansarbetet mellan kommunerna och landstinget.

Ett fungerande avvikelsesystem är grunden för uppföljning av om beslutade rutiner och riktlinjer följs. Det saknas idag en systematisk uppföljning av avvikelser mellan landstinget och länets kommuner. Däremot följs avvikelserna upp i de nätverksträffar som finns mellan sjukhusen och kom-

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

munerna. Avvikelserna bör i uppföljningar klassas utifrån allvarlighetsgrad. Det har inte skett någon övergripande uppföljning om hur gemensamma rutiner och riktlinjer följs. Uppföljning sker framförallt genom avvikelsehantering och i den årliga patientsäkerhetsberättelsen som fastställs av ansvarig nämnd i kommunerna och landstinget.

På samma sätt som vid den tidigare granskningen deltar primärvården i liten utsträckning i den vårdplanering som sker i samband med att en patient skrivs ut från sjukhus. I den tidigare granskningen konstaterades att vårdplaneringen vid sjukhus i huvudsak är en vård- och omsorgsplanering för kommunens insatser.

Det är anmärkningsvärt att det i många sammanhang nämns att läkemedelslistor inte är aktuella och korrekta och att andelen personer med dosdispenserade läkemedel skiljer sig i länets olika delar. Vi välkomnar därför den utbildningssatsning som genomförs under år 2015 (se avsnitt 12.1).

Sammanfattningsvis är granskningens övergripande bedömning att Landstinget i Värmland och kommunerna har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose behov av vård och omsorg för äldre.

I nedanstående punkter sammanfattas granskningens rekommendationer:

- ✓ Kommuner och landstinget bör ta fram en ny överenskommelse för att tydliggöra samverkansarbetet mellan kommunerna och landstinget ur ett politiskt- och tjänstemannaperspektiv.
- ✓ Kommunerna och landstinget bör ta fram ett gemensamt system för systematisk uppföljning av avvikelser mellan landstinget och länets kommuner för att säkerställa en god intern kontroll och följsamhet till riktlinjer och rutiner.
- ✓ Kommunerna och landstingen bör mer systematiskt följa upp om ingångna överenskommelser och gemensamma rutiner följs.
- ✓ Samverkan mellan primärvård[1] och sjukhusvård behöver förstärkas. Landstinget bör ta fram rutiner och metoder så att primärvården utvecklas till en tydligare aktör i vårdkedjan.
- ✓ Kommunerna bör i större utsträckning säkerställa att dokumentation innehåller väsentlig information om resultatet av läkemedelsgenomgångar.

[1] Vi använder i denna rapport begreppet primärvård. Med primärvård menas i detta sammanhang allmänmedicin vid länets vårdcentraler (vård förmedlad av läkare och annan leg. hälso- och sjukvårdspersonal).

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

2. Inledning

Landstingets revisorer tillsammans med 15 av länets kommuner har i sina riskbedömningar och revisionsplaner för 2014 prioriterat en gemensam granskning av vårdkedjor.

Viktiga beröringspunkter mellan kommunernas och landstingets verksamheter rör vårdkedjor och läkemedel. I gränssnittet mellan kommunernas och landstingets verksamheter finns risk för brister i kommunikationen som kan påverka patientsäkerheten negativt. Det kan resultera i att patienterna inte får den vård och omsorg som de behöver. Sådana risker kan också finnas i gränssnittet mellan enheten inom en och samma huvudman.

Granskningen som nu genomförts är i huvudsak uppföljning av två tidigare revisionsgranskningar. Dessa två granskningar är äldres läkemedelsanvändning och avvikelserapportering vid kommunens äldreboende som genomfördes år 2010 och den granskning som genomfördes år 2011 om vårdkedjan för äldre.

3. Projektets syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose behov av vård och omsorg för äldre. Granskningen har utgått från huvudmännens respektive uppdrag och ansvar samt styrning, uppföljning och samverkan.

Granskningen har avsett alla verksamhetsformer inom vårdkedjor och läkemedel för äldre som förekommer inom landstinget och de deltagande kommunerna. Även gränssnittet mellan enheter inom respektive huvudman har ingått i granskningen.

Följande revisionsfrågor ska besvaras:

1. Vilka avtal och överenskommelser finns mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner?
2. Vilka styrdokument har landstinget respektive kommunerna utfärdat till sina respektive verksamheter?
3. Vilka instanser har beslutat om dokumenten?
4. Hur bedrivs arbetet i verksamheterna och överensstämmer det med vad som avtalats och vad som framgår av beslutade styrdokument?
5. Har ansvariga styrelser och nämnder följt upp om avtal och andra styrdokumenten efterlevs? Hur går uppföljningen till?
6. Bedöms styrelsernas och nämndernas styrning, uppföljning och interna kontroll vara tillräcklig för att säkerställa ändamålsenlig samverkan inom och mellan huvudmännen, informationsöverföring och arbetsformer inom vårdkedjan samt förskrivning och hantering av läkemedel?
7. Om granskningen påvisar brister, vilka åtgärder behöver vidtas?

3.1 Ansvariga nämnder/styrelse

Föremål för granskningen är landstingsstyrelsen och ansvariga nämnder/kommunstyrelse i de i granskningen ingående kommunerna.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

3.2 Revisionskriterier

Utgångspunkt för vår granskning har varit:

- ✓ Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 1990:1404)
- ✓ Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan mellan huvudmännen vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård
- ✓ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

4. Metod och genomförande

Granskningen har genomförts på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i 15 av länets kommuner och Landstinget i Värmland.

Inledningsvis genomfördes en kartläggning av gällande avtal och överenskommelser mellan Landstinget i Värmland och berörda kommuner samt de aktuella styrdokument som landstinget och kommunerna har beslutat om. Eftersom granskningen i stora delar är uppföljning av två tidigare granskningar så har vi sökt information om uppdateringar, revideringar av nya och förändrade rutiner.

4.1.1 Intervjuer

Intervjuer har skett med de som har nyckelbefattningar inom området samverkan mellan landstinget och kommunerna, representant för divisionsledningen för medicin och allmänmedicin, representant från hälsovalsenheten och ansvarig för läkemedelskommitté och läkemedelsenhet. Intervju har även skett med representant från Region Värmland, med ansvar för samverkansfrågor inom äldreområdet. Gruppintervjuer har genomförts i respektive kommun med representanter för vård och omsorg och kommunernas hälso- och sjukvård. Intervjuer har även genomförts med vårdcentraler och representanter för sjukhuskliniker på Centralsjukhuset i Karlstad (CSK) samt Sjukhuset i Torsby (SIT) och Sjukhuset i Arvika (SiA). Intervjuerna har till stor del handlat om vad som skett sedan tidigare granskningar, om förbättringar uppnåtts i påpekade brister och om nya problemområden har uppkommit.

4.1.2 Journalgranskning

Journalgranskning avseende läkemedelsgenomgång har skett i samtliga kommuner[2] se avsnitt 12.4. Även journalgranskning avseende återinläggningar har skett vid de tre sjukhusen, se avsnitt 11.1.

5. Projektorganisation

Uppdragsansvarig och projektledare har varit Örjan Garpenholt. Medarbetare i granskningen har också varit Eric Rydén och Olle Nystedt. Mikael Rizell, överläkare och geriatriker, har ingått som specialist och kvalitetssäkrare.

[2] Utom Grums

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

6. Utveckling av vård och omsorg för äldre

Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Drygt 20 procent av befolkningen är 65 år eller äldre. År 2020 beräknas att en miljon svenskar kommer att vara 75 år eller äldre, vilket innebär att en fördubbling av denna åldersgrupp har ägt rum under de senaste 50 åren. Det är andelen äldre över 85 år som ökar mest. Till exempel kan nämnas antalet personer som uppnår 100 års ålder har ökat kraftigt under de senaste 40 åren. År 1970 var det 127 personer som var 100 år eller äldre. År 2013 var det 1 879 personer som var 100 år eller äldre. Av de som var 100 år eller äldre år 1970 var 16 procent män jämfört med år 2013 då andelen män i samma åldersgrupp var 30 procent.[3] I nedanstående tabell beskrivs utvecklingen av andelen äldre mellan år 1970 och 2013.

De mest sjuka äldre är samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård och/eller omsorg. År 2013 utgjorde denna grupp cirka 320 000 personer vilket motsvarade cirka 19 procent av den del av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre. Om detta skulle gälla Värmland utan att hänsyn tas till demografiska skulle antalet i befolkning över 65 år med omfattande vårdbehov vara drygt 11 000. Utveckling av vård och omsorg för äldre utvecklas i bilaga 1.

I Värmland sker samordning av den nationella äldresatsningen inom Nya Perspektiv. Nya Perspektiv är en gemensam arena för kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland för dialog utifrån medborgarnas perspektiv[4].

7. Lagstiftning och föreskrifter

7.1 Aktuell lagstiftning och föreskrifter

I den tidigare granskningen om vårdkedjor beskrevs aktuell lagstiftning och nationella förskrifter. Det har sedan granskningen genomfördes inte införts några nya nationella regelverk[5]. Eftersom dessa regelverk är grunden för samverkan mellan huvudmännen beskrivs dessa i bilaga 2.

8. Huvudmännens samverkan

I den tidigare granskningen av vårdkedjor beskrevs att med utgångspunkt från de formella föreskrifterna har länets kommuner tillsammans med landstinget utvecklat olika arbetssätt och former för såväl länsövergripande styrning och utveckling av samverkan som lokal styrning och utveckling av samverkan. Strukturellt har det inte skett några förändringar i samverkan mellan kommunerna och landstinget gällande vårdkedjan för äldre sedan tidigare granskning. Detsamma gäller läkemedelsområdet. Däremot har det sedan den tidigare granskningen genomfördes skett ett omfattande nationellt och lokalt utvecklingsarbete inom äldreområdet i vilka samverkansfrågorna är en mycket viktig del.

På lokal nivå finns samma etablerade kontakter och samverkansformer mellan primärvården och kommunerna som tidigare. Samtliga kommuner har avtal eller motsvarande med sina vårdcentraler

---

[3] www.scb.se

[4] Se http://nya-perspektiv.regionvarmland.se/

[5] Se sidan 14-15 avsnitt 7.1 i Samverkan i vårdkedjor för äldre - Gemensam revisionsrapport från landstinget i Värmland och 12 värmlandskommuner.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

som beskriver förutsättningar för detta. Dessutom finns det samverkansmöten mellan de tre sjukhusen och deras omgivande kommuner.

8.1 Nya Perspektiv

Samverkan mellan huvudmännen leds i stora delar inom ramen för Region Värmland och det utvecklingsarbete som benämns Nya perspektiv.

Nya Perspektiv är en gemensam arena för kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland för dialog utifrån medborgarnas perspektiv. Syftet med Nya Perspektiv är att främja samverkan, öka kunskapen om varandras förutsättningar och om den gemensamma befolkningens hälsa, behov och påverkansfaktorer. Nya Perspektiv startade år 2007. Nya Perspektiv är indelat i fyra utvecklingsområden/utmaningar. Dessa är:

- ✓ Den sårbara familjen
- ✓ Riskbruk
- ✓ Psykisk hälsa
- ✓ Äldres hälsa.

Nya perspektiv leds av en politisk styrgrupp som är utsedd av Regionstyrelsen och består av 5 personer. Under år 2014 fanns det i styrgruppen ledamöter som har politiskt uppdrag i landstingsstyrelsen och länets kommuner. Inom respektive utmaning finns det två ordförande (en tjänsteman från landstinget och en tjänsteman från kommunerna) och en arbetsgrupp bestående av tjänstemän från landsting och kommunerna. Inom området äldres hälsa finns det tre utvecklingsledare. Utvecklingsledarnas uppgifter är:

- ✓ Ge stöd till och driva lokalt/regionalt utvecklingsarbete
- ✓ Ge stöd till kommuner och landsting i det systematiska förbättringsarbetet bland annat kopplat till de kvalitetsregister som ingår i äldresatsningen.
- ✓ Delta i utvecklingen av en förstärkt regional struktur för kunskapsutveckling

Utvecklingsområdet Äldres hälsa har dels arbetat utifrån de ursprungliga intentionerna när Nya perspektiv startade men framförallt kommit att utgöra den regionala samordningsfunktionen för den nationella äldresatsningen – Bättre liv för sjuka äldre som pågått mellan år 2010 och 2014. Arbetet fortsätter även under år 2015 men utan finansiering från den nationella satsningen. Den nationella satsningen startade år 2010 genom överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Målet var att stimulera ett systematiskt förbättringsarbete inom vård och omsorg för äldre. Ett annat skäl var att påbörja en omläggning från riktade statsbidrag till ett prestationsbaserat system inom vård och omsorg för sjuka äldre.

Kraven för att få ta del av statsbidraget är fastställda i överenskommelsen och i en genomförandeplan som är beslutad av regeringen. Det finns två typer av krav. Dels grundläggande krav som huvudmännen måste uppfylla för att kunna delta i tilldelningen av de prestationsbaserade medlen. Dels krav avseende specifika prestations-/resultatersättningar inom olika områden. De grundläggande kraven är att:

1. Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell lokal handlingsplan (länsövergripande) för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

2. Samtliga kommuner och landsting har fattat beslut att införa ett ledningssystem för kvalitet enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9).

År 2013 erhöll landstinget cirka 13 miljoner kronor och de värmländska kommunerna nästan 23 miljoner kronor från den nationella äldreöverenskommelsen. Värmland klarade målet för samtliga Läkemedelsindikatorer, dvs. att minska användning av

- ✓ olämpliga läkemedel
- ✓ antipsykosläkemedel
- ✓ antiinflammatoriska läkemedel

Värmland lyckades också att minska den "undvikbara slutenvården" men däremot lyckades inte Värmland att minska återinskrivning vid sjukhus inom 30 dagar. Socialstyrelsens analys av målen för år 2014 är inte klara.

8.2 Beredningsgruppen

För att handlägga samverkan mellan kommunerna och landstinget finns en gemensam grupp, Beredningsgruppen, bestående av divisionschefer och närsjukvårdskoordinator samt socialchefer eller motsvarande från kommunerna. Sammankallande och ordförande i Beredningsgruppen är representant för Region Värmland.

Det formella uppdrag som Beredningsgruppen har är att hantera strategiska frågor gällande samverkan mellan huvudmännen. Häri ingår att:

- ✓ Vid behov utarbeta förslag till centrala överenskommelser/avtal.
- ✓ Ajourhålla förteckning över befintliga överenskommelser/avtal.
- ✓ Biträda landstinget och kommunerna vid utarbetande av lokala överenskommelser/avtal.
- ✓ Följa upp att beslut som fattas och överenskommelser som träffas på central nivå i länet genomförs och efterlevs.

I gruppens ansvar ligger att rapportera till respektive huvudman och Region Värmland. Det formella ansvaret att fatta beslut om överenskommelser eller motsvarande som gruppen arbetar fram åligger respektive huvudman, utifrån förslag från Beredningsgruppen.

Beslutet om att tillsätta Beredningsgruppen togs i samband med att kommunerna och landstinget godkände förslaget till "överenskommelse mellan Landstinget i Värmland och kommunerna avseende vård och omsorg" år 2005.

I granskningen år 2011 beskrev vi att Beredningsgruppen arbetar på ett självständigt sätt med frågan om samverkan i vårdkedjan. På frågor hur styrning och uppföljning sker av Beredningsgruppens arbete var bilden att indirekt styrning sker inom ramen för gemensamma sammankomster inom Nya Perspektiv. Vi fann att det inte ingick i gruppens ansvar att t.ex. årligen rapportera till respektive huvudman vad gruppen arbetat med och åstadkommit, inte heller något krav på att prestera någon inriktning, mål eller aktiviteter inför varje verksamhetsår. Vi kan inte se att detta förändrats sedan tidigare granskning.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Vår tolkning är att Beredningsgruppen uppdrag är tvådelat. Dels utgår gruppens arbete från den ursprungliga överenskommelsen om samverkan mellan landstinget och Värmlands kommuner enligt ovan beskrivna uppdrag och dels utgör gruppen den övergripande tjänstemannaledningen för Nya Perspektiv.

8.2.1 Vårdplaneringsgrupp

Som stöd för det mer direkta arbetet med samverkan i vårdkedjan har Beredningsgruppen utsett en grupp kallad Vårdplaneringsgruppen. Det uppdrag som vi uppfattat gruppen har är att arbeta för ett gemensamt arbetssätt i hela länet, utforma riktlinjer och rutiner som stöd för detta och rapportera sitt arbete till Beredningsgruppen.

Gruppen består av 20-talet deltagare där var och en i gruppen representerar sina olika delar/huvudmän. Detta innebär t.ex. att de som deltar från kommunerna ska föra vidare information till sina kollegor i andra kommuner. Gruppen har varit vilande men har under 2013 fått uppdrag att ta fram ett förslag på revidering riktlinjer för vårdplanering.

I vårdplaneringsgruppen finns även en direkt koppling till Beredningsgruppen genom att en av deltagarna från landstingets Hälso-och sjukvårdsavdelning är medlem i Beredningsgruppen.

8.3 Kommentar

I den tidigare granskningen konstaterades att det fanns en etablerad organisation för samverkan mellan landstinget och kommunerna genom Beredningsgruppen. Genom Nya perspektiv och den nationella satsningen på äldre finns det etablerade samverkansarenor som ger goda förutsättningar för en ändamålsenlig samverkan och en gemensam kunskapsbas inom äldreområdet. Planeringen är att arbetet skall fortsätta även när den nationella äldresatsningen avslutas.

På samma sätt som då anser vi dock att kopplingen till ansvariga nämnder är svag. *Som vi tolkar det är den politiska styrgruppen för Nya perspektiv i formell mening inte styrgrupp för Beredningsgruppen.*

Vår uppfattning är att det skall finnas en tydlig politisk styrning av samverkansarbetet och att det därför bör finnas en formell politisk styrgrupp för samverkansarbetet mellan kommunerna och landstinget. Vi anser därför att det bör tas fram en ny överenskommelse mellan kommunerna och landstinget som tydliggör samverkansarbetet mellan kommunerna och landstinget både ur ett politiskt perspektiv och ur ett tjänstemannaperspektiv.

9. Huvudmännens riktlinjer/rutiner och avvikelsehantering

9.1 Riktlinjer och rutiner

I den tidigare granskningen genomfördes en inventering av vilka riktlinjer och överenskommelser som träffats mellan huvudmännen för att stödja samverkan i vårdkedjan. Vi konstaterade då att huvudmännen hade en överenskommelse om riktlinjer för samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård. Denna riktlinje är senast reviderad i juni 2013 och gäller fram till maj 2015. Det har påbörjats ett revideringsarbete inom vårdplaneringsgruppen. I den tidigare granskningen kunde det konstateras att denna riktlinje formellt beslutats i de flesta av Värmlands kommuner av

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

berörd nämnd. Inom landstinget hade riktlinjen inte fastställts av landstingsstyrelsen eller något annat politiskt organ.

Förklaringen till att landstingsstyrelsen inte har beslutat om denna riktlinje är att den uppfattas som en "hur-fråga" som är underordnad den allmänna överenskommelsen om samverkan mellan landstinget och länets kommuner.

En annan orsak till att riktlinjen fastställts inom de politiska beslutsorgan i kommunerna och inte i landstinget kan hänföras till de olika lagstiftningarna som är styrande i kommunen respektive landstinget. Landstingets insatser utgår från hälso- och sjukvårdslagen som är en skyldighetslag som innebär att landstinget är skyldiga att erbjuda hälso- och sjukvård. Vård och omsorg inom kommuner utgår från socialtjänstlagen som är en rättighetslag och som innebär att den enskilde har rätt att ansöka om insatser. Beslut enligt socialtjänstlagen kan överklagas. Eftersom vårdplanering och vårdkedjan i ett kommunalt perspektiv i stora delar avser insatser enligt socialtjänstlagen och är myndighetsbeslut är det rimligt att kommunerna fastställer rutiner och riktlinjer i politiska beslutsorgan. På samma sätt kan det ses som rimligt att landstingets rutiner i vårdkedjan inte beslutas av något politiskt beslutsorgan. Detsamma gäller för andra rutiner och insatser som sker utifrån hälso- och sjukvårdslagen, inte heller dessa beslutas av något politiskt beslutsorgan inom landstinget.

Utöver de övergripande riktlinjerna finns nu som då en tydlig struktur av olika rutiner och checklistor som stöd för det vardagliga samverkansarbetet. Riktlinjer och rutiner finns samlade på landstingets hemsida[6].

[6] http://www.liv.se/For-vardgivare-och-samarbeten/Samverkansavtal/

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

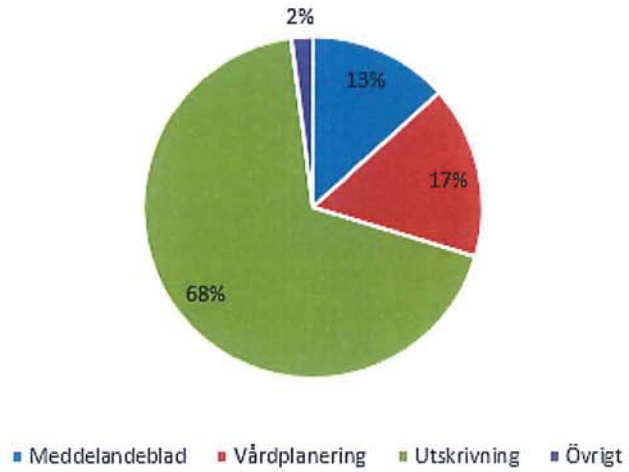
Gällande riktlinjer och rutiner bedömer vi även nu uppfylla de krav som anges i lagen om kommunernas betalningsansvar och Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan. Riktlinjerna återger ordagrant viktiga delar av lag och föreskrifter och beskriver konkret vilka krav som ställs på en fungerande vårdkedja.

9.2 Huvudmännens uppföljning av samverkan och avvikelserapportering

Det finns fortfarande inget gemensamt elektroniskt stöd för avvikelserapportering mellan Värmlands kommuner och landstinget. Avvikelser från kommunerna till landstinget och från landstinget till kommunerna rapporteras i ett pappersformulär som finns på landstingets hemsida[7]. Avvikelserapporten skickas till Hälso- och sjukvårdstaben inom landstinget. Avvikelserna sammanställs och skickas sedan till berörd verksamhet som i sin tur skickar ett svar till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Avvikelser som har beröring med läkemedelshantering skickas för kännedom till Läkemedelsenheten. Svaren på avvikelserna återkopplas till chef inom den arbetsplats som anmält avvikelsen anmälts från och i kommunerna till MAS. Avvikelserna sammanställs och rapporteras även i de olika samverkansgrupper som finns mellan sjukhusen och kommunerna. Till ansvariga nämnder inom kommunerna och landstinget rapporteras avvikelser i den årliga patientsäkerhetsberättelsen.

Under år 2013 var det 343 avvikelser som skickades från kommunerna till landstinget eller från landstinget till kommunerna och år 2014 har antalet avvikelser ökat till 430.

I nedanståendefigur beskrivs fördelning mellan olika typer av avvikelser som rapporterades av kommunerna från mars till december 2014.



Figur 2. Fördelning av avvikelser skickade från landsting till kommuner/ från kommuner till landstinget i Värmland 1 mars – 31 december år 2014.

De klart vanligaste avvikelserna sker i samband med utskrivning från sjukhus. I huvudsak handlar avvikelserna om brister i information och kommunikation samt läkemedelshantering.

[7] Uppdaterad 2014

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Även om antalet avvikelser har ökat från år 2010 och mellan åren 2013 och 2014 skall detta tolkas med stor försiktighet. I intervjuerna med kommunerna framkommer att de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna mer och mer uppmanar kommunernas personal att rapportera avvikelser. I några av intervjuerna framkommer också att man har blivit mer benägen att rapportera avvikelser om de svar man får kan leda till förändringar.

Det förekommer få rapporterade avvikelser från sjukhusen till kommunerna. År 2013 rapporterades 40 och år 2014 54 avvikelser från länets sjukhus.

Vi har inte observerat att det genomförts någon formaliserad utvärdering/uppföljning av samverkansarbetet. De sker en löpande uppföljning i de olika samverkansorganen och genom bl.a. den ovan nämnda årliga patientsäkerhetsberättelsen.

9.3 Kommentarer

Vi kan som tidigare beskrivs konstatera att det finns en etablerad organisation för samverkan genom Beredningsgruppen. Gruppen har funnits en längre tid och bl.a. arbetat med att utveckla riktlinjer och rutiner för samverkan i vårdkedjan. Vi anser att dessa dokument är lätta att finna på landstingets hemsida. Det gör det lätt att finna information för personal inom de olika huvudmännen och för länets befolkning.

I den tidigare granskningen påpekades bristen att det inte fanns ett gemensamt elektroniskt stöd för avvikelsehantering mellan huvudmännen. Något sådan finns inte nu heller. Vår uppfattning är att det bör tas fram ett sådant stöd som kan kopplas ihop med respektive huvudmans egna stöd för avvikelsesystem.

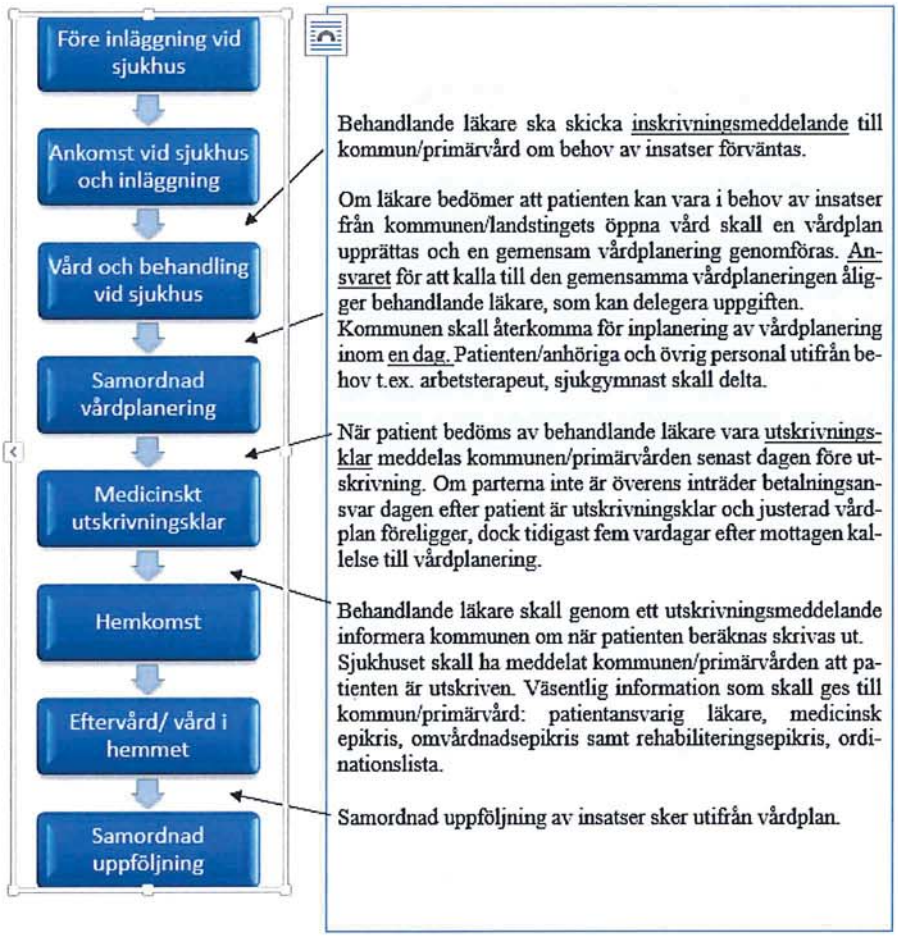
Ett fungerande avvikelsesystem är grunden för uppföljning av om beslutade rutiner och riktlinjer följs. Det saknas idag en systematisk uppföljning av avvikelser mellan landstinget och länets kommuner. Däremot följs avvikelserna upp i de nätverksträffar som finns mellan sjukhusen och kommunerna.

Att det förekommer många avvikelser kan också vara en indikation på att systemet fungerar. Det är också viktigt att *återkoppling* sker till kommunen hur avvikelserna hanteras i sjukvården. Ytterligare i faktor för att kunna göra bättre analyser och dra slutsatser är att avvikelserna *klassas i olika kategorier* från Lex Maria till sådana som har karaktär av förbättringar och rationaliseringar i vårdarbetet.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

11. Genomförande av vårdkedjan

I granskningen som genomfördes tidigare genomfördes en gapanalys av vårdkedjan för äldre patienter. Nedanstående bild användes för att illustrera vårdkedjan utifrån gällande regler.



Det har inte skett några väsentliga förändringar inom kommunerna eller landstinget som kan sägas ha avgörande betydelse för vårdkedjan för den enskilde som påverkar den enskildes resor inom vården. Landstinget har ändrat sin organisation vilket några av kommunerna också har gjort. Samtidigt kvarstår att samtliga kommuner har organiserat sin verksamhet i en myndighetsdel och en verkställighetsdel. Det betyder att det oftast är representanter för myndighetsdelen inom socialtjänsten som svarar för planeringen av insatser utifrån den gemensamma vårdplaneringen i vårdkedjan. I flera av kommunerna finns vårdplaneringsteam eller en utpekad funktion som arbetar med kommunens vårdplanering gentemot sjukhusen. De vårdplaneringsteam som skapats i vissa kommuner består av flera kompetenser för att ge en så bred bedömning som möjligt av den enskildes behov.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Sedan den tidigare granskningen genomfördes av vårdkedjan har inga stora förändringar skett. Den övergripande bilden är att vårdkedjan har utvecklats positivt. De riktlinjer som finns följer aktuella regelverk. Det som generellt påpekas är att i och med att antalet äldre och svårt sjuka personer ökar och att det ställs allt större krav på en fungerande samverkan mellan vårdkedjans aktörer. I massmedias beskrivning av vårdkedjan och vård och omsorg om äldre beskrivs ofta enskilda händelser.

De områden som fortfarande beskrivs vara de mest kritiska i vårdkedjan är desamma som år 2011 med något undantag där problemet blivit större och risken för en minskad patientsäkerhet ökat. Dessa områden är primärvårdens roll i vårdplanering och informationshantering mellan vårdens aktörer.

I den tidigare granskningen fokuserades på vårdkedjan utifrån att en patient genomför en fysisk vårdresa från insjuknande i "från insjuknande i hemmet/boendet till inskrivning på sjukhuset till återgång till hemmet/boendet". Ett annat sätt att se på samverkan är att finna vägar för en samverkan utifrån den enskildes behov och inte utifrån de administrativa gränserna. Däremot bör de olika aktörerna ha en god kunskap om det egna regelverket och andras aktörers regelverk.

År 2013 genomfördes i landstinget Värmland en kartläggning av "patientresan". Projektet innebar att 29 deltagare från landstinget och 10 kommuner i Värmland själva fick genomföra en "patientresa" utifrån tre fallbeskrivningar. De tre fallen var äldre personer som hade insatser från kommunen i ordinärt och särskilt boende. I kartläggning framkom ett antal övergripande insikter. De förslag som lyftes fram var och diskuteras av deltagarna i "patientsresorna" och handlade bland annat om:

- De mest sjuka personerna/patienterna bor i ökande grad i hemmet. Den personal som ansvarar för omsorg har ofta låg utbildning. Insatser behövs för att öka statusen i vård- och omsorgsyrket och det behövs mer personer med sjukvårdskompetens närmare de boende.

- Akutteam på fältet. För att undvika att personer som inte är i behov av akutvård söker på akutmottagning skulle ett akutteam bestående av sjuksköterskor med möjlighet till akuta hembesök finnas i respektive jourområde för personer som inte har hemsjukvård.

- Ett förbättringsförslag som togs fram var att den utskrivande läkaren och en allmänläkare på den vårdcentral där den enskilde är listad har telefonkontakt inom 24 timmar efter utskrivning som en komplettering till epikris och formell skriftlig remiss.

Projektet "patientresan" och dess förslag har inte resulterat i några konkreta nya förslag eller projekt. Däremot beskrivs att indirekt har resultatet från projektet gett ökade insikter och påverkat synsätt på de olika delarna i "vårdkoordineringsarbetet".

11.1 Vårdplanering och utskrivning

I granskningen från år 2011 var bedömningen att den sammanhållna vårdplaneringen i huvudsak hade utvecklats till att vara en omsorgs- och omvårdnadsplanering av kommunala insatser och att den i liten utsträckning innehåller en medicinsk planering. I granskningen från 2011 kunde det konstateras att allmänläkare eller annan legitimerad ytterst sällan deltog i vårdplanering på sjukhus. Det kan också konstateras att sjukhusläkare mycket sällan deltar i vårdplaneringmöte. Granskningen föreslog att det borde prövas alternativa former för vårdplanering där primärvården kan

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

delta. Det vore av stort värde för att förbättra vårdkedjan för äldre med stora sjukvårdsbehov. I de intervjuer vi genomfört kan vi konstatera att detta fortfarande gäller. Primärvården deltar fortfarande i liten utsträckning. Förklaring till detta är både det faktum att vårdplaneringen inriktas på insatser från kommuner i hemtjänst, korttidsboende och särskilt boende samt att primärvården har svårt att prioritera denna uppgift.

Från flera av kommunerna påpekas att vårdplanering tycks fungera bättre om det är en speciellt avdelad sjuksköterska som ansvarar för vårdplanering och inte den sköterska som har ansvaret för patienten för tillfället.

Alternativa metoder för vårdplanering (videolänk etc.) används på flera håll i länet. Framförallt gäller det de kommunerna med långa geografiska avstånd till sjukhusen. Enligt flera av dem som vi intervjuat borde dessa alternativa metoder användas i större utsträckning.

Det påpekas både från de kommunala företrädarna och sjukhusen att det vore önskvärt med en bättre medicinsk vårdplanering mellan sjukhus och primärvård. Som tidigare är det framförallt genom remiss och epikris från sjukhus till primärvård som information överförs mellan vårdenheterna. Vi har dock observerat att i viss mån används det interna kommunikationsinformationsystemet (Cosmic Messenger) mellan sjukhus och primärvård för att överföra information.

I den tidigare granskningen beskrevs också vikten av att patienten/anhöriga fått information/förstått information när man skrivs ut från sjukhuset om:

- Vad som hänt på sjukhuset
- Vad som planeras efter sjukhusvistelsen (undersökningar förändringar av mediciner)
- Vem man skall vända sig till om det är något man undrar över (sjukhuset, primärvården, kommunen)
- Samt var och när uppföljning (återbesök) skall ske.

Bland annat har medicinkliniken vid SiA utvecklat ett utskrivningsbesked som beskriver vad man vårdats för, var man skall vända sig om "något" inträffar och planerad uppföljning.

Under våren 2014 pågick ett pilotprojekt vid SiA kallat "standardiserad utskrivningsprocess". Det övergripande syftet var att minska antalet återinskrivningar av patienter genom att utveckla utskrivningsförfarandet och införa ett standardiserat arbetssätt och standardiserad dokumentation. Pilotprojektets syfte var att säkerställa och utvärdera följsamheten till, och nyttan av, vissa standardiserade aktiviteter som därefter kan överföras till andra verksamheter inom begreppet sammanhållen vård, inför ett bredare införande i landstinget i Värmland.

Den nytta som förväntas med en standardiserad utskrivningsprocess är:

- Att identifiera och förebygga att patienter med förhöjd risk för återinskrivning återkommer till akutmottagningen och slutenvården.
- Ökad samverkan mellan slutenvård, primärvård, kommunal hemtjänst/hemsjukvård samt risk för återinskrivning), samt under vårdtiden och inför patientens utskrivning från avdelning.
- Säkra att patient och närstående är väl informerade vid hemgång.
- I förlängningen färre återinskrivningar i slutenvården.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

De moment som prövades var:

- Identifiera patienter med risk för återinläggning tidigt utifrån en checklista
- Skriftligt utskrivningsmeddelande som komplement till muntlig information vid utskrivning
- Telefonkontakt med utskriven 3-4 dagar efter utskrivning
- Färdiga epikriser i tid
- Ökad dialog med patienter i samband med utskrivning utifrån metoden "Teach back"[8].

Pilotprojektet är utvärderat och det planeras nu ett breddinförande utifrån de erfarenheter som pilotprojektet gav. Under det halvår som pilotprojektet pågick minskade antalet återinskrivningar i jämförelse med tidigare år.

Under år 2014 har funktionen samordnande sjuksköterska införts på samtliga vårdcentraler i länet (såväl landstings- som privatdrivna). De patienter som ska aktualiseras för samordning är de som på sjukhuset både vid utskrivning eller vid akutmottagning identifieras med förhöjd risk för återinläggning och inte har kommunal hemsjukvård. Funktionen är införd men har enligt uppgift inte utnyttjats i någon större utsträckning. Syftet med funktionen är att skapa en fungerande sammanhållen vård kring den äldre och/eller mångsökande patienten för att förhindra undvikbar slutenvård och/eller oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar.

I vår genomförda journalgranskning kan vi se att en hög andel av de patienter som skrivs ut från sjukhusen i länet får ett skriftligt utskrivningsmeddelande inklusive läkemedelsberättelse i samband med utskrivning.

11.2 Högre medicinsk kompetens nära den äldre

I den tidigare granskningen påpekades att återinläggning kunde undvikas om en högre medicinsk kompetens kunde erbjudas utanför sjukhusen. Det innebar inte att vi ansåg att kommunerna skall bedriva en sjukvård utanför sitt ansvarsområde. Däremot bör kommunerna och primärvården samverka bättre för att öka kvaliteten i det medicinska omhändertagandet av den enskilde som har kommunala insatser i ordinärt och särskilt boende.

Den övergripande bild vi får är att samverkan med primärvården har utvecklats positivt sedan tidigare granskning och på de flesta håll fungerar väl. Genom lokala avtal och överenskommelser finns det en regelbundenhet och goda möjligheter till läkarmedverkan i särskilda boenden och hemsjukvården. De problem som beskrivs är brist på kontinuitet framförallt genom existerande läkarbrist vid vissa vårdcentraler i länet. Samtidigt finns det exempel där kontinuitet i läkarmedverkan i den kommunala hälso- och sjukvården prioriteras trots läkarbrist. I krav- och kvalitetsboken beskrivs att en fast vårdkontakt med ansvar för läkarinsatserna skall erbjudas till personer med hemsjukvård i ordinärt och särskilt boende samt i bostäder med särskilt stöd (LSS).

[8] Teach back är en metod som handlar om patientmedverkan. I korthet innebär metoden att patienten återberättar vad som han/hon uppfattat av vad som sagts som viktigt vad gäller genomförd behandling och framtida behandling.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Under 2014 (gäller även 2015) utgick en ersättning a`1 500 kr per år per listad patient som bor på kommunala särskilda boenden där nedanstående kriterier uppfylls:

- ✓ En ansvarig ordinarie läkare ska vara utsedd för varje särskilt boende/alt. avdelning
- ✓ Den totala tidsresursen som avsätts ska motsvara minst 1 läkartimme per 10 boende/vecka.
- ✓ Läkemedelsgenomgång ska genomföras minst en gång årligen per patient.
- ✓ Ansvarig läkare ska kunna nås på kontorstid. Kommunens sköterska ska ha tillgång till vårdcentralens kontakttelefonnummer.
- ✓ Vårdcentralen ska ha ett avtal med respektive kommun som är uppföljt under det senaste året.
- ✓ Om ansvarig läkare är frånvarande ska vårdcentralen ha en intern rutin, som tydliggör vem som är ersättare.
- ✓ Patientansvarig läkare ansvarar för att rehabilitering initieras för de boende där behov finns.
- ✓ Värmlands läkemedelskommittés riktlinjer följs vad gäller kommunalt läkemedelsförråd.
- ✓ Det ska utses en fast vårdkontakt (på lägst kompetensnivån leg. läkare) till patient med livshotande tillstånd. Denne ska rådgöra med leg. sjuksköterska inför ställningstagande att inte inleda/inte fortsätta livsuppehållande behandling.
- ✓ När det står klart att vården syftar till att lindra och trösta inför livets slutskede ska brytpunkt-samtal genomföras med patient och/eller anhöriga.
- ✓ Läkaren ska tillsammans med sköterska på boendet säkra att fastställda rutiner för konstaterande av dödsfall liksom andra gällande anvisningar finns tillgängliga på boendet och att dessa rutiner och anvisningar följs.
- ✓ Anhöriga ska erbjuds samtal efter patientens bortgång.

Akuta hembesök i ordinärt och särskilt boende, av läkare kan många gånger vara viktigt för att undvika onödiga inläggningar och bedömning på akutmottagningar. I våra intervjuer beskrivs att det kan vara svårt att få läkare från vårdcentraler att göra akuta hembesök hos personer som inte själva kan ta sig till vårdcentraler. Förklaring till detta beskrivs i huvudsak bero på de bemanningsproblem som finns vid flera av länets vårdcentraler. Det finns ingen tillgänglig statistik över hembesök i länet. I krav- och kvalitetsboken för vårdcentraler inom Hälsoval Värmland beskrivs att akuta besök i hemmet och i kommunala boendeenheter efter medicinsk bedömning ingår i uppdraget. Tidigare ingick hembesök inom den målrelaterade ersättningen inom Hälsoval Värmland. Orsaken till att hembesök inte är med i den prestationsbaserade ersättningen är att det inte för närvarande går att i datasystemen följa upp om hembesök genomförts.

11.3 Informationsöverföring

Numera har samtliga landstingsfinansierade vårdenheter (inklusive privata vårdgivare inom Hälsoval Värmland) ett gemensamt journaldatasystem (Cosmic). Det ger möjlighet till en bättre och effektivare informationsöverföring mellan landstingets vårdenheter. Kommunerna har egna separata dokumentationssystem.

Nationell patientöversikt, NPÖ, gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos anslutna vårdgivare, andra landsting, kommuner eller privata vårdgivare. Landstinget levererar patientdata från hösten år 2013. Samtliga kommuner i Värmland har anslutit sig till NPÖ. I dagsläget lämnar inte kommunerna data till NPÖ utan kan endast ta del av information. Gemensamt har landstinget och kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor tagit fram riktlinjer och informationsmaterial för handhavande av NPÖ.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

För närvarande kan NPÖ ses som vilande. Ett plattformsbyte skall äga rum under 2015 och ett "omtag" kommer att äga rum i samband med detta.

Meddix är det IT-stöd som är gemensamt används av kommuner, landsting och primärvård för meddelandehantering i samband med vårdplanering vid in- och utskrivning från slutenvård. I nedanstående moment ska Meddix användas för informationsöverföring:

- ✓ När en patient skickats in till sjukhuset skall ett meddelandeblad via Meddix skickas.
- ✓ När en patient skrivs in i landstingets slutna hälso- och sjukvård skall ett inskrivningsmeddelande skickas till berörd kommun och primärvårdsenhet.
- ✓ Kallelse till vårdplanering och ifylld checklista inför vårdplanering skickas när den behandlande läkaren bedömer att det finns reella förutsättningar för patientens vårdplanering.
- ✓ Utskrivningsmeddelande skickas dagen innan beräknad utskrivning.

I huvudsak beskrivs att informationsöverföring via Meddix fungerar väl. Samtidigt är några av de vanligaste avvikelserna att det missas att skickas meddelandeblad från kommunerna.

En väsentlig information för fortsatt vård är att epikris alternativt preliminär epikris finns tillgänglig så snart som möjligt. Enligt fastlagd rutin skall epikris översändas till berörda enheter, så att den finns tillgänglig när patienten kommer hem. Detta är ofta inte fallet enligt de vi intervjuat.

Vi kan i den genomförda journalgranskningen se att det förekommer att information till vårdcentralen skickas i det interna meddelandesystemet i Cosmic (Cosmic – Messenger).

11.4 Läkemedelslistor

Vid princip samtliga intervjutillfällen har problem med felaktiga, inaktuella och dubbla läkemedelslistor tagits upp. Det har påpekats både från kommuner, primärvård och sjukhusen att problem med läkemedelslistor har varit stora under senare tid. En förklaring som getts är att det varit problem med att sammankoppla läkemedelslistorna när de olika journalsystemen skulle integreras. Detta har inneburit ett betydande merarbete inom både landsting och kommuner.

11.5 Kommentarer

Sedan den tidigare granskningen genomfördes kan vi konstatera att mycket är sig likt samtidig som mycket hänt. Det finns rutiner och riktlinjer som följer nationella riktlinjer. Vår bedömning är också att riktlinjer och rutiner är väl kända. Det har också genomförts nationella projekt och utvecklingsarbeten. Samverkan mellan primärvård och den kommunala hälso- och sjukvården fungerar i huvudsak väl utifrån de lokala samverkansavtalen.

På samma sätt som vid den tidigare granskningen deltar primärvården i liten utsträckning i den vårdplanering som sker i samband med att en patient skrivs ut från sjukhus. I den tidigare granskningen konstaterades att vårdplaneringen vid sjukhus i huvudsak utvecklats till en vård- och omsorgsplanering. Vi anser fortfarande att detta inte är samstämmigt med gällande regelverk. Vi anser därför att när riktlinjer för vårdplanering ska uppdateras under 2015 bör det utredas och övervägas hur primärvården i större utsträckning ska kunna delta i vårdplanering. Rutiner för direktkontakt mellan sjukhusläkare och allmänläkare inom primärvården bör utformas för att säkra den medicinska delen av vårdplaneringen. Det finns till exempel idag möjlighet till direktöverföring av in-

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

formation i journalsystemets interna meddelandefunktion mellan t.ex. en sjukhusläkare och en specificerad allmänläkare vid en vårdcentral. Observeras skall dock att denna funktion inte kan användas för att överföra epikris, remisser eller annan dokumentation som skall lagras. Vi anser att det bör utformas system inom Cosmic eller Meddix där information läkare till läkare kan ske med en fullgod patient- och informationssäkerhet.

Vi välkomnar att vårdvalet för primärvård har infört en prestationsbaserad ersättning för att stimulera till en ökad läkarmedverkan i särskilda boenden och hemsjukvård. Vi tycker dock att det är anmärkningsvärt att inte oplanerade hembesök kan följas upp i journalsystemet och då vara en del i den prestationsbaserade ersättningen. Vår uppfattning är att akuta hembesök kan vara ett stöd för kommunens personal så att onödiga inläggningar på sjukhus och bedömningar på akutmottagningar kan undvikas.

Vi anser det också värdefullt att Standardiserad utskrivningsprocess planeras att införas i landstingets hälso- och sjukvård. Vi anser dock att primärvård och kommunens hälso- och sjukvård bör vara mer involverad i arbetet. Det övergripande målet med den "standardiserad utskrivningsprocessen" beskrivs vara att minska återinskrivningar. Vi tycker det är viktigt att påpeka att det övergripande målet borde vara att minska undvikbara återinskrivningar. Vi kan konstaterade i den tidigare granskningen att det i många fall är medicinskt motiverat med återinläggning på sjukhus. Att minska antalet återinläggningar är endast en indikator[9]. Eftersom undvikbar vård är svår att mäta på gruppnivå är återinläggning en lämplig indikator för detta.

Vi välkomnar också att funktionen samordnande sjuksköterska har införts inom primärvården. Vi anser att funktionen även skulle kunna utvecklas till andra grupper än enbart gälla de patienter som identifieras med risk för återinläggning.

Vi finner det anmärkningsvärt att vi i så många sammanhang får information om att läkemedelslistor inte är aktuella och korrekta. Utifrån denna granskning kan vi inte påvisa i vilken utsträckning detta är fallet. Men vi anser att det finns indikationer som tyder på att detta är ett omfattande problem. Den förklaring som ges är bl.a. att journalsystemet i primärvården bytts ut. Landstinget har utifrån detta startat en omfattande utbildningssatsning se avsnitt 12.

12. Återinläggningar

12.1 Inledning

Ett användbart mått på hur vårdkedjan för äldre fungerar, är oplanerad återinläggning på sjukhus. I patientdatasystem kan man inte se om en inläggning/återinläggning är undvikbar eller är nödvändig av medicinska skäl. Att minska antalet undvikbara inläggningar på sjukhus är positivt av flera skäl. Dels frigörs sjukhusresurser till dem som mest behöver det, men framförallt innebär undvikbar sjukhusvård onödigt lidande för den enskilde äldre. Målet är inte att minska sjukhusvård för de som har behov av undersökningar och behandling, men att utnyttja andra vårdnivåer som är mer ändamålsenliga. I den tidigare granskningen genomfördes en journalgranskning av 35 patienter som återinlagts på sjukhus inom 28 dagar. Bedömningen var att 15 av dessa hade kunna undvikas med bättre planering och uppföljning i samband med det första vårdtillfället. Det konstaterades att om

[9] Indikator – ett mått som visar vart något är på väg

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

journalgranskningens resultat skulle vara giltigt för samtliga inläggningar och därmed skulle betydande resurser frigöras för alternativ användning. Analysen innehåller liksom i föregående granskning två delar:

- ✓ Med hjälp av data från Slutenvårdsregistret beskrivs antalet återinläggningar inom 28 dagar för åldersgruppen 75 år och äldre under åren 2009, 2010 och 2013
- ✓ Journalgranskning av 54 patienter i åldern över 80 år som skrivits ut och återinlagts på medicinklinikerna vid CSK och SiA samt SiT år 2014.

12.2 Återinläggning

Tabell I. Antal vårdtillfällen vid sjukhusen inom Landstinget i Värmland (förutom psykiatri) och antal (andel) åternläggningar inom 28 dagar efter utskrvning för personer 75 år och äldre för åren 2009, 2010 och 2013[10].

År	Antal vårdtill-fällen	Varav antal återinläggningar
2009	13 285	2 058 (15,5 %)
2010	13 781	2 202 (16,0 %)
2013	15 318	2 383 (15,6 %)

I tabell II framgår att andelen återinläggningar i Värmland, för personer 75 år och äldre har minskat marginellt år 2013 jämfört med 2009 och 2010.

Tabell II. Antal vårdtillfällen vid medicinklinik vid Centralsjukhuset Karlstad och Sjukhuset i Arvika samt Sjukhuset i Torsby sjukhus (odelat) och antal (andel) återinläggningar inom 28 dagar efter utskrivning för personer personer 75 år och äldre för åren 2009, 2010 och 2013[15].

År	Antal vårdtillfällen	Varav antal återinläggningar
2009	8 778	1 474 (16,8 %)
2010	9 037	1 544 (17,1 %)
2013	9 405	1 435 (15,3 %)

I tabell III framgår att andelen återinläggningar i Värmland, för personer 75 år och äldre har minskat marginellt år 2013 jämfört med 2009 och 2010. Återinläggningen vid medicinklinikerna (inkl SiT odelat) på länsnivå har minskat något. Återinläggningar vid medicinklinikerna CSK och SiA år 2013 var 6,8 respektive 15,8 procent och vid SiT 15,0 procent.

12.3 Journalgranskning

Ur patientjournalsystemet togs slumpmässigt fram 60 journaler för patienter 80 år eller äldre som vårdats vid medicinklinikerna vid CSK samt SiA och SiT år 2014. Journalerna granskades enligt ett speciellt framtaget formulär. Sex av journalerna avsåg patienter som antingen initialt vårdats vid något av sjukhusen och remitterats till sjukhus utanför länet för vård och sedan återvänt för eftervård eller flyttats mellan sjukhusens avdelningar och administrativt registrerats som återinläggning.

[10] För år 2011 och 2012 är inte data kvalitetssäkrade och är därför inte medtagna

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Dessa journaler togs inte med i granskningen. Totalt granskades 54 journaler varav 29 avsåg kvinnor och 25 män, 26 av journalerna avsåg patienter vid CSK, 15 vid SiA respektive 13 vid SiT.

Den vanligaste inläggningsorsaken vid det första vårdtillfället var andningsproblem (17) och bröstsmärta (5). Fyra patienter hade tecken på infektion och fyra hade råkat ut för fall. För resterande patienter var det varierande orsaker. Genomsnittsålder för de granskade var vid första vårdtillfället 87 år (kvinnor 83 år och män 90 år).

Återinläggning

I genomsnitt skedde återinläggning 12 dagar efter utskrivning med en spridning på 1 – 28 dagar (median 11 dagar). Den vanligaste orsaken för återinläggning var densamma som första inläggningen, andnöd (16), vanligen orsakad av hjärtsvikt, ibland i kombination med kronisk obstruktiv lungsjukdom (KOL), nio patienter med infektionssymtom och feber, tre med stroke och resterande åtta av andra skäl. En av återinläggningarna avsåg allvarlig läkemedelsbiverkning. Majoriteten av återinläggningarna avsåg akuta insjuknanden (43). I få av journalerna fanns det noteringar om att kontakt hade tagits med primärvård innan patienten sökte vid andra tillfället. Här finns en möjlig felkälla då det inte alltid noteras i sjukhusjournalen om kontakt tagits med primärvården innan beslut om att skicka patienten till sjukhus.

Bedömning om återinskrivning hade kunnat undvikas genom bättre medicinsk och omvårdnadsplanering

Av de 54 återinläggningarna som granskades, var bedömningen att 20 av dessa skulle kunnat undvikas. Enligt vår bedömning borde beslut om insatser av karaktären palliativ vård övervägts för fyra av de återinlagda patienterna. Om sådan vård i livet slutskede hade planerats är vår bedömning att återinläggning på sjukhus hade kunnat undvikas för dessa fyra patienter. I resterande 16 fall är vår bedömning att återinläggning skulle kunnat undvikas med en bättre planering vid utskrivning från sjukhus och en ökad samverkan mellan kommunala insatser, primärvård och sjukhusvård. Av de återinläggningar som vi bedömde undvikbara var det 11 kvinnor och 9 män.

Utskrivningsbesked och läkemedelsberättelse

I 50 av de 54 granskade journalerna (samtliga vid SiT och SiA och 22 av 26 vid CSK) fanns det dokumenterat att utskrivningsmeddelande och läkemedelsberättelse av läkare hade lämnats till patienten eller dess anhöriga i samband med utskrivning. I de 15 utskrivningsmeddelanden från SiT som vi tagit del av var det i samtliga fall beskrivet var man skall vända sig för uppföljning men i ingen av dessa fanns notering om en bestämd återbesökstid.

12.4 Kommentarer

Av de 54 patientjournaler som vi studerade, är vår bedömning att 20 återinläggningar hade kunnat undvikas med bättre planering, och bättre samverkan i vården mellan sjukhus, hemsjukvård, kommunens vård och omsorg samt primärvården. Få patienter har mellan vårdtillfällena varit i kontakt med primärvården. Som vi bedömer det, befann sig flera av patienterna i livets slutskede. Vår bedömning är att minst tre av de studerade återinläggningarna hade förhindrats om beslut om palliativ vård funnits.

Det är viktigt att påpeka att resultatet av en journalgenomgång av den här karaktären inte kan generaliseras till att gälla andra journalgenomgångar. Den kan inte heller jämföras med den tidigare

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

journalgenomgången rakt av, utan att ta hänsyn att bägge granskningarna är stickprovmed olika patienter i urvalet. Dock ger en journalgenomgång en värdefull kunskap och exempel på vikten av samverkan i vårdkedjan för äldre.

Vi kan dock konstatera att bland de som återinläggs torde en relativt stor del av dessa kunna undvikas. Framförallt handlar det enligt vårt sätt att se en minskning av antalet återinläggningar inte bara om att optimera sjukhusvården till de som mest behöver den utan även om att minska de påfrestningar, socialt och fysiskt som det innebär för äldre personer att vårdas på sjukhus.

Det är glädjande att notera att utskrivningsmeddelande och läkemedelberättelse lämnas till patienter/anhöriga vid utskrivning från sjukhus i hög omfattning. Vi anser att man bör sträva efter att i utskrivningsmeddelandet till patienter ge en specificerad tid för uppföljning om sådan planeras.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

14. Äldres läkemedel

14.1 Läkemedelskommittén och Läkemedelsenheten

Enligt lagen om läkemedelskommittéer[11] ska i varje landsting finnas en läkemedelskommitté. Kommitténs övergripande mål är att, som expertorgan inom områdena läkemedel och läkemedelsterapi, verka för en rationell, säker och kostnadseffektiv läkemedelsanvändning och en optimal läkemedelshantering i hela vårdkedjan. Läkemedelskommittén i Värmland tillsammans med Läkemedelsenheten ansvarar för att ovanstående i Landstinget i Värmland. Samtliga medlemmar utses av landstingsdirektören på delegation av landstingsstyrelsen[12]. Läkemedelsenhetens uppdrag är att samordna arbetet i övergripande läkemedelsfrågor som läkemedelsförskrivning, uppföljning och analys av Läkemedelsanvändning och dess kostnadsutveckling.

För att minimera läkemedelsfelen och förbättra läkemedelsanvändningen i Värmland startades år 2010 ett arbete med "Effektiv och säker läkemedelsanvändning i Värmland" (ESLiV). För att stödja arbetet anställdes kliniska apotekare inom landstinget. För att förbättra läkemedelsanvändningen i Värmland har Läkemedelskommittén tillsammans med länets kommuner tagit fram länsgemensamma rutiner för enkel och fördjupad läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse och aktuell läkemedelslista. Syftet med arbetet är att patienten alltid ska ha en aktuell läkemedelslista efter varje vårdkontakt. Läkemedelskommittén har också utformat länsgemensamma rutiner/riktlinjer för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård.

Läkemedelskommittén och Läkemedelsenheten erbjuder årligen ett antal utbildningstillfällen. Under år 2014 erbjöds läkare och kommunernas medicinskt ansvariga sjuksköterskor utbildningsdagar om äldre och läkemedel, sömnsvårigheter och smärtbehandling. Under 2014 erbjöds även sjuksköterskor i landstinget och kommunerna utbildning om äldre och läkemedel. Utbildningsdagen upprepades åtta gånger.

Landstinget har utifrån rapporterade avvikelser inom läkemedelsområdet vidtagit åtgärder genom att erbjuda utbildning i dosdispenserade läkemedel/Pascal (ordinationsverktyget), hantering av läkemedelslista och rutin för obruten läkemedelsbehandling från sjukhus. Rutinen för hantering av läkemedelslistan är reviderad fr.o.m. 1/1 2015. Läkare och sjuksköterskor erbjuds utbildningen. Under 2015 planeras att minst 12 utbildningar ska genomföras i hela länet. Första utbildningen genomfördes i januari 2015.

14.2 Nationell jämförelse

Värmland klarade målet i den nationella äldres mätning för samtliga läkemedelsindikatorer dvs. att minska användning av: olämpliga läkemedel, antipsykosmedel och antiinflammatoriska läkemedel. T.ex. är Olämpliga läkemedel en indikator som visar i vilken omfattning läkemedel som medför en betydande risk for biverkningar hos äldre och som därför bör undvikas i denna åldersgrupp används. År 2013 var det 8,4 procent av åldersgruppen över 75 år i Värmland som använde minst ett sådant läkemedel. I riket var motsvarande andel 8,5 procent med en spridning mellan 6,9 till 9,5 mellan de svenska landstingen.

[11] Svensk författningssamling **1996:1157** Lag om läkemedelskommittéer
[12] LK/090545 Reglemente för Läkemedelskommittén inom Landstinget i Värmland

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

14.3 Dosdispenserade läkemedel

Förskrivningen av dosdispenserade läkemedel har minskat i Värmland. Det har varit en omfattande debatt om dosdispenserade läkemedels fördelar och nackdelar både nationellt och lokalt. År 2013 fick Läkemedelsverket i uppdrag att genomföra en utvärdering av dostjänsten[13]. Utredningen sammanfattade följande slutsatser:

- ✓ Det finns stöd för att följsamheten till givna ordinationer förbättras med dospåsar
- ✓ Resultatet vad gäller patientsäkerheten är mer komplext
- ✓ Patienterna anser att:
  - o dostjänsten är en trygghet och ett bra hjälpmedel
  - o det finns vissa brister angående information och hantering m.m.
- ✓ Professionerna anser att:
  - o dostjänsten bidrar till minskad dubbelmedicinering och förväxling
  - o dostjänsten underlättar intag av läkemedlen vid rätt tidpunkt
  - o det finns brister framförallt gällande ordinationssystemet
- ✓ Registerstudier indikerar att:
  - o det finns risk för kvalitetssänkning i läkemedelsbehandlingen i form av att det totala antalet läkemedel per patient ökar vid övergång till dostjänsten, att färre ändringar görs i läkemedelsordinationerna och en ökad patientsäkerhetsrisk mätt i relation till Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer

Det finns riktlinjer framtagna av Läkemedelskommittéerna i landstingen inom Dalarna, Gävleborg, Sörmland, Uppsala, Värmland, Västmanland, Örebro. Enligt dessa riktlinjer är förutsättningar för att använda dosdispenserade läkemedel att patienten har en stabil och regelbunden medicinering, att annat stöd för att klara läkemedelshanteringen har prövats/övervägts och att ansvarig läkare bedömer att patienten behöver hjälp med läkemedelshanteringen.

14.4 Läkemedelsgenomgång

I riktlinjen om hantering av läkemedel inom kommunal hälso- och sjukvård som fastställts av Läkemedelskommittén beskrivs att kontinuerlig genomgång av varje patients läkemedel ska ske enligt en länsgemensam rutin[14] för att säkerställa en bra läkemedelsbehandling. Det finns även en riktlinje/rutin som beskriver hur en läkemedelsgenomgång skall utföras[15].

Ansvarig sjuksköterska och läkare ska komma överens om vilka patienter som ska genomgå en fördjupad läkemedelsgenomgång. Blodprover ska tas i samband med en fördjupad läkemedelsgenomgång. Ansvarig sjuksköterska ska informera vårdtagare/närstående om att en fördjupad läkemedelsgenomgång ska utföras. En anteckning ska göras i kommunens journal om att information har givits. I de 155 journaler (se nedan) som vi granskat är det i ett fåtal som det är noterat om att information har lämnats till vårdtagaren/närstående. Inför en läkemedelsgenomgång ska en symtomskattning göras tillsammans med vårdtagaren/anhöriga och vårdpersonal enligt ett speciellt formulär.

---

[13] Utvärdering av dostjänsten – rapport från Läkemedelsverket 2013.

[14] Läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård. Läkemedelskommittén LiV 2013

[15] Enkel respektive fördjupad läkemedelsgenomgång i primärvård. Läkemedelskommittén LiV 2014

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

I krav- och kvalitetsboken/förfrågningsunderlaget Hälsoval Värmland beskrivs att läkemedelsavstämningar skall genomföras enligt landstingets rutin för läkemedelsgenomgångar. En del av ersättningen till vårdcentralen är prestationsbaserad. För varje genomförd läkemedelsgenomgång erhåller vårdcentralen år 2014 750 kr. År 2014 erhöll vårdcentralerna totalt cirka 2,3 miljoner kronor för 3007 genomförda läkemedelsgenomgångar. Motsvarande ersättning var år 2013 500 kronor per läkemedelsgenomgång. Vårdcentralerna erhöll då 1,6 miljoner kronor för 3 210 genomförda läkemedelsgenomgångar.

En journalgranskning har genomförts för att se om läkemedelsgenomgångar genomförs på det sätt som avses i de lokala/länsövergripande och nationella rutiner/riktlinjer som finns. Utifrån ett formulär granskades tio[16] avidentifierade journalhandlingar från vård- och omsorgsboende i respektive kommun.

Totalt granskades 155 journaler i 14 kommuner[17]. Urvalet gjordes slumpmässigt i respektive kommuns journalsystem. I de granskande journalerna beskrivs att det i 111 fall (72 procent) fanns dokumenterat att en läkemedelsgenomgång genomförts under de senaste 12 månaderna. I 44 (40 procent) av de 111 journaler där det fanns notering om att läkemedelsgenomgång var genomförd var resultat och åtgärder dokumenterade. I några fall har standardiserad text som t.ex. "läkemedelsgenomgång utförd utan åtgärd" eller "Läkemedelsgenomgång utförd med ändringar" använts. I ett fall där läkemedelsgenomgång inte genomförts finns det en notering om att den boende inte vill delta i den erbjudna genomgången. I nedanstående tabell beskrivs resultatet för journalgenomgången per kommun.

Tabell III. Stickprov inom vård- och omsorgsboende avseende om läkemedelsgenomgång genomförts och om resultat dokumenterats i kommunernas hälso- och sjukvårdsdokumentation[17].

Kommun	Dokumenterad läkemedelsgenomgång	Dokumenterat resultat	Ingen notering om läkemedelsgenomgång
Torsby	7	0	3
Sunne	10	5	0
Säffle	10	8	0
Filipstad	8	1	2
Forshaga	3	2	7
Kristinehamn	7	3	3
Arvika	8	6	2
Hammarö	4	2	6
Årjäng	7	2	3
Hagfors	9	8	1
Kil	6	2	4
Eda	6	4	6
Karlstad	15	5	10
Storfors	7	2	1

[16] I Karlstad kommun granskades 25 journaler

[17] I Grums kommun granskades inga journaler p.g.a. man beskrev väldigt få läkemedelsgenomgångar genomförts p.g.a. av läkarbrist vid den lokala vårdcentralen.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

14.5 Kommentar

På samma sätt som tidigare finns det tydliga riktlinjer för ordination och hantering av läkemedel som är lättillgängliga. Vår bedömning är att man i kommunerna har en god kunskap om dessa riktlinjer/rutiner. Dessa är lättillgängliga på landstingets hemsida. Läkemedelsenhetens insatser och utbildningar är uppskattade både inom landstinget och kommunerna.

Andelen personer som har dosdispenserade läkemedel skiljer sig åt i länet. Det är en omfattande diskussion om fördelar och nackdelar med dosdispenserade läkemedel. I huvudsak kan sägas att kommunerna anser att fördelarna överväger både ur patientsäkerhets- och arbetsmiljöperspektiv. Det finns en riktlinje som beskriver när dosdispenserade läkemedel ska övervägas. Vi tar inte ställning om det är för stor eller för liten användning av dosdispenserade läkemedel, däremot anser vi att det borde vara mer lika över länet. Behovet av dosdispenserade läkemedel torde inte skilja sig åt mellan länets olika delar. Därför välkomnar vi den utbildningssatsning som genomförs under år 2015.

Läkemedelsordination är en läkaruppgift. Därför är huvudansvaret för att genomföra läkemedelsgenomgång den behandlande läkarens och ändringar ska journalföras. I riktlinjen beskrivs att sjuksköterskan vid det kommunala boendet ska dokumentera genomförd läkemedelsgenomgång. Vår stickprovsundersökning beskriver att det är skillnad i andel genomförda läkemedelsgenomgångar vid boenden mellan de olika kommunerna. Men framförallt är det skillnad i hur genomförd läkemedelsgenomgång dokumenteras. Vår uppfattning är att resultatet av genomförd läkemedelsgenomgång bör noteras i kommunen hälso- och sjukvårdsdokumentation och inte endast noteras att läkemedelsgenomgång genomförts.

KPMG AB, dag som ovan

Örjan Garpenholt,
Konsult, med dr, projektledare

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Bilaga 1. Utveckling av vård och omsorg för äldre

Sverige har en av världens äldsta befolkningar. Drygt 20 procent av befolkningen är 65 år eller äldre. År 2020 beräknas att en miljon svenskar kommer att vara 75 år eller äldre, vilket innebär att en fördubbling av denna åldersgrupp har ägt rum under de senaste 50 åren. Det är andelen äldre över 85 år som ökar mest. Till exempel kan nämnas antalet personer som uppnår 100 års ålder har ökat kraftigt under de senaste 40 åren. År 1970 var det 127 personer som var 100 år eller äldre. År 2013 var det 1 879 personer som var 100 år eller äldre. Av de som var 100 år eller äldre år 1970 var 30 procent män jämfört med år 2013 då andelen män i samma åldersgrupp var 16 procent.[18] I nedanstående tabell beskrivs utvecklingen av andelen äldre mellan år 1970 och 2013.

De mest sjuka äldre är samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård och/eller omsorg. År 2013 utgjorde denna grupp cirka 320 000 personer vilket motsvarade cirka 19 procent av den del av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre. Om detta skulle gälla Värmland utan att hänsyn tas till demografiska skulle antalet i befolkning över 65 år med omfattande vårdbehov vara cirka 12 000 personer.

Tabell I. Andelen äldre i befolkning av den totala befolkning år 1970 – 2013 (källa SCB).

	65 år och äldre			80 år och äldre			90 år och äldre		
	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga	Kvinnor	Män	Samtliga
1960	12,8	10,8	11,8	2,1	1,7	1,9	0,2	0,1	0,1
1970	15,3	12,3	13,8	2,8	1,9	2,4	0,2	0,1	0,2
1980	18,4	14,3	16,4	4,0	2,3	3,2	0,4	0,2	0,3
1990	20,2	15,3	17,8	5,5	3,0	4,3	0,7	0,3	0,5
2000	19,6	14,8	17,2	6,5	3,6	5,1	1,1	0,4	0,7
2010	20,3	16,6	18,5	6,6	3,9	5,3	1,3	0,5	0,9
2013	21,1	17,7	19,4	6,4	3,9	5,2	1,4	0,6	1,0

I en rapport från Sveriges kommuner och landsting (SKL)[19] jämförs befolkningsförändringar åren 1980-2005 med SCB:s befolkningsframskrivning för 2010-2035. Rapporten visar att kommande befolkningsutveckling ställer mycket högre krav på framtida välfärdsystem än tidigare. Antalet personer i åldern 24-64 år ("försörjarna"), kommer att öka i mindre omfattning de kommande 25 åren än mellan 1980-2005. I förhållande till totalbefolkningen, har beräknats att andelen "försörjare" kommer att minska från 59 procent år 2005 till 54 procent år 2035. Skillnaden mellan de jämförda tidperioderna är framförallt den förväntade ökningen av personer som är 65 år eller äldre. Mellan åren 1980 – 2005 ökade antalet 65-åringar eller äldre med 15 procent (200 000) och för innevarande period 2010 – 2035 beräknas ökningen för åldersgruppen bli 41 procent (700 000).

I rapporten "Den ljusnande framtid är vård"[20] beskrivs tre olika hälsoscenarier fram till 2050 – 'utökad sjuklighet', 'uppskjuten sjuklighet' och 'komprimerad sjuklighet'. I samtliga scenarier utgås från att medellivslängden ökar med 2,6 år för en 65-åring från 2010 till 2050, enligt SCB:s

[18] www.scb.se

[19] Framtidens utmaning – Välfärdens långsiktiga finansiering. SKL 2010.

[20] Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet, 2010.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

befolkningsprognos. I scenariot 'utökad sjuklighet' lever personen längre, men får en sämre hälsa vid samma ålder som idag. Vid 'uppskjuten sjuklighet' skjuts såväl sjuklighet som död upp lika mycket. I 'komprimerad sjuklighet komprimeras de sjuka åren pga. att hälsan förbättras i jämförelse med år 2010.

Figur1. Förväntad återstående livslängd vid 65 års ålder 2010 och 2050 fördelat på friska och sjuka år enligt tre scenarier. *Källa: SCB och Den ljusnande framtid är vård, Socialdepartementet 2010.*

Rapporten menar att en effektivare vård och omsorg kan ge minskad sjuklighet, att bättre hälsa och funktionsförmåga minskar behovet av detsamma samt att förbättrad tillgänglighet och effektiva hjälpmedel minskar hindren av funktionsnedsättningar.

Många av de som bor i eget boende har behov av mycket avancerade och omfattande sjukvårdsinsatser. Det innebär att det krävs en fungerande samverkan mellan primärvårdsinsatser, sjukhus och kommunala insatser (inom hälso- och sjukvård) för en så god vård som möjligt. Flera rapporter visar att många som bor i eget boende och som har stora vårdbehov far illa, eftersom det brister i samverkan mellan olika aktörer. De som riskerar att fara mest illa är de som har flera olika sjukdomar, s.k. multisjuka. Varje enskild verksamhet utför sina åtaganden, men problemet för den enskilde blir den bristande samordningen. Samtidigt står de mest sjuka äldre för hälften av hälso- och sjukvårdens samt omsorgens insatser. En stor del av den idag omdiskuterade belastningen på sjukhusens akutmottagningar beror på undermåliga rutiner för omhändertagande av äldre med många sjukdomar. Ett annat stort problem inom denna grupp är den omfattande läkemedelsanvändningen, som utan koordination av olika förskrivare kan leda till en sämre hälsa.

Medicinska framsteg gör att allt fler äldre med långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar kan leva länge med god livskvalitet i det egna hemmet. En förutsättning för detta är att äldre och deras anhöriga får ett bra stöd från samhället. Vården och omsorgen bör utvecklas för att möta de

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

nya förutsättningarna. Trots omfattande resursinsatser inom samverkan står huvudmännen och aktörer runt de sjuka äldre fortfarande inför stora utmaningar för att skapa en sammanhållen vård för de med störst behov.[21]

Det är många olika vård- och omsorgsinsatser som är aktuella till de mest sjuka äldre[22]. Insatserna är spridda över organisationsgränser och har två olika huvudmän; landsting och kommuner. De två huvudmännen finansieras i separata skattesystem. Landstingets insatser arbetar utifrån Hälso- och sjukvårdslagen som är en skyldighetslag som innebär att landstinget är skyldigt att erbjuda hälso- och sjukvård. Vård och omsorg inom kommuner utgår från socialtjänstlagen som är en rättighetslag och som innebär att den enskilde har rätt att ansöka om insatser. Beslut enligt socialtjänstlagen kan överklagas. Kommunerna har övertagit ansvaret för hälso- och sjukvård (förutom läkarinsatser) inom vård- och omsorgsboende och hemsjukvård genom skatteväxling mellan landsting och kommunerna[23].

Utgångspunkterna är därför klart olika och till detta kommer olika verksamhetskulturer; landstingskulturen som är tydligt förankrad i hög utbildning, forskning och statusorientering medan äldreomsorgen i utförarledet ofta är förknippad med låg utbildningsnivå, begränsad forskningsbasering samt låg status. Med dessa utgångspunkter är det mycket som talar för att samverkan har sina utmaningar, även då resurserna förenas i gemensam verksamhetsbudget, som exempelvis i fallet Tio Hundra (Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting)[7].

Mellan åren 2010 och 2014 har regeringen ingått årliga överenskommelser med SKL kring vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I dessa överenskommelser har statsbidraget inriktats mot att stödja kommuner, landsting och andra aktörer i utvecklingen av ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Medlen har använts till att stimulera ett ökat engagemang i kvalitetsarbete bland annat genom användning av kvalitetsregister och åtgärder för att förbättra möjligheter till uppföljning och utveckling. Denna bredare satsning fortsätter under 2014 och upphör vid årsskiftet 2014/15.

De mest sjuka äldre är samtliga personer 65 år eller äldre med behov av omfattande sjukvård och/eller omsorg. År 2013 utgjorde denna grupp cirka 320 000 personer vilket motsvarade cirka 19 procent av den del av Sveriges befolkning som är 65 år och äldre.

I Värmland sker samordning av den nationella äldre satsningen inom Nya Perspektiv. Nya Perspektiv är en gemensam arena för kommunerna i Värmland och Landstinget i Värmland för dialog utifrån medborgarnas perspektiv[24].

---

[21] Bättre liv för sjuka äldre, SKL, 2012.

[22] På väg mot en värdefull styrning – Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Leading Healthcare 2012.

[23] Från 1 januari 2015 i samtliga landsting förutom Stockholms läns landsting

[24] Se http://nya-perspektiv.regionvarmland.se/

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Bilaga 2. Lagstiftning och föreskrifter

Bakgrund

Under 1990-talet genomfördes tre stora reformer inom vård och omsorg för att utveckla samverkan mellan de medicinska och sociala verksamhetsområdena. Den första var Ädelreformen som genomfördes 1992, och därefter följde Handikappreformen 1994 och Psykiatrireformen 1995. Med Ädelreformen ville man samla ansvaret för service och vård av äldre och funktionshindrade hos en huvudman, kommunen. Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, kallad betalningsansvarslagen, infördes som en del av Ädelreformen.

Syftet med betalningsansvarslagen var bl.a. att kommunerna skulle få ett samlat ekonomiskt ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs. Målet var att mer effektivt utnyttja landstingens slutenvårdsplatser.

Innan betalningsansvarslagen trädde i kraft 1992 fanns problem med framförallt långa vårdtider inom den somatiska sjukvården. I regeringens proposition "Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet" (2002/03:20) konstaterades att dessa problem minskat successivt. Trots det föreslog regeringen ändringar i betalningsansvarslagen eftersom det fortfarande fanns stora brister på en del områden, framför allt när det gällde samverkan. Det hade riktats mycket kritik mot uttrycket "medicinskt färdigbehandlad". En del av kritiken gällde att termen inte var tydligt definierad utan kunde påverkas av de tillgängliga resurserna och patienttillströmningen till slutenvården. Det uppstod irritation hos kommunerna över att slutenvården ensidigt avgjorde när ansvaret för den fortsatta vården och omsorgen skulle övergå till kommunen och landstingens öppna hälso- och sjukvård[25]. Det hade även förekommit att patienter skrivits ut utan att det varit klarlagt om patientens fortsatta behov skulle kunna tillgodoses genom landstingets primärvård och kommunens verksamheter. Detta kunde medföra att personer som skrivits ut efter en kort tid återkommit till sjukhusens akutmottagningar för att på nytt läggas in[26].

Aktuell lagstiftning och föreskrifter

I den tidigare granskningen om vårdkedjor beskrevs aktuell lagstiftning och nationella förskrifter. Det har sedan granskningen genomfördes inte införts några nya nationella regelverk[27].

Efter en översyn år 2003 av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård[28] (SFS 1990:1404) infördes förtydliganden av lagstiftarens krav på huvudmännens samverkan vad gäller planering och informationsöverföring. Av lagen framgår att det bland annat ställs krav på inskrivningsmeddelande, att en vårdplan skall upprättas i samverkan mellan företrädare för kommun och landsting samt att det finns preciserat vad en vårdplan skall innehålla. En vårdplan anses upprättad när den har justerats av företrädare för de ansvariga enheterna (LKB § 10 d). En patient

[25] Samarbete kring medicinskt färdigbehandlade/utskrivningsklara patienter. Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet, 2001

[26] Proposition 2002/03:20 Samverkan mellan kommuner och landsting inom vård- och omsorgsområdet

[27] Se sidan 14-15 avsnitt 7.1 i Samverkan i vårdkedjor för äldre - Gemensam revisionsrapport från landstinget i Värmland och 12 värmlandskommuner.

[28] Förkortas i fortsättningen LKB

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

är utskrivningsklar om han eller hon av den behandlande läkaren inte längre bedöms behöva vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård (LKB § 10).

Om kommun och landsting inte kommer överens om en annan tidpunkt inträder kommunens betalningsansvar dagen efter det att en patient är utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad (LKB § 11). Lagen innehåller utöver vad som här nämnts ett antal mer detaljerade regler för vad som krävs för en vårdplan respektive att kommunerna skall anses ha ett betalningsansvar.

Socialstyrelsen har i sina föreskrifter (SOSFS 2005:27) ytterligare preciserat kraven på huvudmännens samverkan vid in- och utskrivning av patienter i sluten vård. Föreskrifterna inleds med att konstatera att såväl kommuner som landsting i annan lagstiftning respektive föreskrifter är ålagda att utveckla och säkra kvaliteten inom hälso- och sjukvården[29]. Av föreskrifterna framgår även att huvudmännen i samråd skall utarbeta rutiner för vårdplanering som är dokumenterade och enhetligt utformade inom ett län eller en region (SOSFS 2005:27, 2 kap.3 §).

Det är enligt Socialstyrelsens föreskrifter behandlande läkare inom den slutna vården som efter samråd med patienten, närstående och företrädare för berörda enheter som fastställer hur vårdplaneringen skall genomföras (SOSFS 2005:27, 3 kap. 1 §).

Av vårdplanen skall tydligt framgå vilka insatser som behövs efter utskrivningen från den slutna vården för att upprätthålla en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet (SOSFS 2005:27, 3 kap. 4 §). I samma paragraf anges att vårdplanen i förekommande fall skall innehålla uppgifter om medicinska åtgärder och andra behandlingar, aktuella läkemedelsförskrivningar, allmän och specifik omvårdnad etc. samt att även följande skall framgå;

- ✓ Namnet på den behandlande läkare som ansvarar för planen
- ✓ Vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd
- ✓ Namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten
- ✓ Om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte
- ✓ Om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och
- ✓ Målsättningen med insatserna samt hur dessa skall följas upp

De krav som lagstiftaren formulerat enligt ovan kan och bör ses som en del i de krav på systematisk kvalitetsutveckling som såväl socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ger uttryck för. För att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda och inte utsättas för risker måste olika yrkesgrupper samarbeta. Det kan gälla överföring av information och samordnad planering av vården och omsorgen. Kraven på detta regleras i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)

Ett systematiskt kvalitetsarbete innebär att det ska finnas riktlinjer och rutiner för att identifiera och hantera fel och brister och för klagomålshantering. Dessa rutiner samt rutinerna för anmälningar om allvarliga missförhållanden enligt Lex Sarah (14 kap. 2 § SoL) samt för avvikelsehantering ska

29 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSF 2011:9)

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

vara kända och tillämpas av alla som arbetar i verksamheten. Erfarenheterna ska användas i det systematiska kvalitetsarbetet så att bristerna åtgärdas och förbättringar genomförs.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Bilaga 3. Tidigare granskningar

Rapport 2010:1 Äldres läkemedelsanvändning och avvikelserapportering vid kommunens äldreboende

En granskning avseende äldres läkemedelsanvändning och avvikelserapportering vid kommunens äldreboenden genomfördes gemensamt mellan landstinget och kommunerna Arvika, Eda, Hammarö, Filipstad, Karlstad, Kristinehamn, Kil, Munkfors och Årjängs kommun. Granskningens syfte var att bedöma ändamålsenligheten i läkemedelsanvändningen/läkemedelsförskrivningen samt avvikelserapporteringen inom äldreomsorgens särskilda boenden och om den interna kontrollen var tillräcklig.

Granskningen genomfördes genom insamling och bearbetning av läkemedelsstatistik från utvalda boenden, dokumentstudier av måldokument och riktlinjer samt intervjuer av medicinskt ansvarig sjuksköterska och patientansvarig sjuksköterska från de utvalda boenden som ingått i granskningen. Inom landstinget intervjuades patientansvarig läkare, alternativt vårdcentralchef vid aktuell vårdcentral för utvalda boenden samt ansvarig vid läkemedelsenheten.

I granskningen framkom att det finns gemensamt fastställda mål för äldre och läkemedel mellan landstinget och kommunerna. Landstingets läkemedelskommitté har gett ut riktlinjer och rekommendationer kring äldre och utbildning inom området har erbjudits vårdpersonal inom landstinget och kommunerna. Det finns också rutiner för läkemedelsgenomgångar utarbetade av division allmänmedicin, landstinget och vårdcentralerna har givits uppdrag att utföra sådana.

Granskningen visade också att det finns ändamålsenliga rutiner för hantering av läkemedel och läkemedelsavvikelser i kommunerna och att dessa följs. Rapporterade avvikelser följs upp och åtgärder görs vid behov. Vissa kommuner uppgav att uppföljning med personalen av den samlade rapporten av avvikelsen kan förbättras och att ansvarig nämnd inte alltid får rapport om den sammanställda översikten av avvikelserna. Den interna kontrollen vad gäller läkemedelshanteringen bedömdes dock vara tillräcklig.

Vad avser avtal och rutiner för läkarinsatser så bedömdes att avtalen följs i huvudsak vad gäller tillgång till läkarmedverkan. De i avtalen angivna regelbundna läkemedelsgenomgångarna visades i granskningen inte följas överallt och det framkom också att de läkemedelsgenomgångar som genomförs i vissa fall inte följer Socialstyrelsens definition för läkemedelsgenomgångar.

I enkätundersökningen av antal ordinerade läkemedel framkom att 17,3 % av patienterna hade mer än tio ordinerade läkemedel (endast stående läkemedel inkluderades, ej - vid behovsmediciner). Resultatet översteg riksgenomsnittet (hösten 2008) som var 14,2 %. I undersökning framkom en spännvidd i ingående kommuner från 2,5 % (Kristinehamns kommun) och 37,6 % (Årjängs kommun) och enskilda boenden där 60 % av de boende har mer än tio ordinerade läkemedel.

Det visade sig också att olämpliga preparat och kombinationer av preparat användes i stor utsträckning och granskningen kunde se ett visst samband mellan kontinuitet på läkarsidan och färre olämpliga preparat respektive färre läkemedel.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Granskningen rekommenderade att förbättra och utveckla rutinerna för läkemedelsgenomgångar för att genomgångarna ska genomföras regelbundet och utifrån en tydlig definition.

Vidare förordades att kommunerna ökar kunskapen om kost och omvårdnadsrutinerna kring det förebyggande arbetet för att undvika förstoppning.

I granskningen framkom också riskfaktorer vad gäller rutiner för läkemedelsfrågor såsom läkemedelslistor och att en ökad användning av manuell läkemedelshantering kan öka risken för felaktig medicinering. En annan riskfaktor som framkom var brister i informationen om läkemedel vid övergång mellan sjukhus och boende.

Rapport 2011:10 Samverkan i vårdkedjan av äldre

Under 2011 genomfördes en granskning med det övergripande syftet att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna, utifrån sina respektive ansvar och uppdrag, har inrättat ändamålsenliga arbetsformer för vårdkedjan för att kunna tillgodose patienternas behov av vård och omsorg.

I granskningen genomfördes en kartläggning och bedömning av vårdkedjor för personer som omfattades av insatser från kommunernas vård och omsorg av äldre. Även gränssnittet mellan primär- och sjukhusvård inom landstinget ingick i granskningen. En stickprovsbaserad analys av återinläggningar som skett vid länets sjukhus genomfördes.

Av de granskade patientjournalerna gjordes bedömningen att omkring 40 % av de studerade återinläggningarna hade kunnat undvikas med bättre planering, en högre vårdnivå av kommunen och primärvården efter sjukhusvistelsen och/eller snabbare medicinsk uppföljning.

Den genomförda granskningen visade att det finns en upparbetad struktur i länet för samverkan genom rutiner, riktlinjer och samverkansgrupper. Granskningen åskådliggjorde dock att det finns risk för att vårdplaneringen snarare är en planering med omsorgs- och omvårdnadsperspektiv för fortsatta kommunala insatser än en gemensam omsorgs- och medicinsk planering för den enskilde på det sätt som vårdplanering genomförs. Detta bedömdes vara en betydande risk för den aktuella målgruppen avseende läkemedelsbehandling, medicinsk uppföljning och undvikbara återinläggningar. I rapporten gjordes bedömningen att samverkan i vårdkedjan för äldre bör utvecklas och att primärvårdsnivån bör integreras tydligare för att skapa en sammanhållen vårdkedja där vårdplaneringen ses som en gemensam aktivitet mellan de tre enheterna: sjukhus, primärvård och kommun. Vidare framkom i granskningen att det inte finns en ändamålsenligt och etablerat gemensamt arbetssätt och system för att hantera avvikelser i samverkan.

Den övergripande bedömningen var att den struktur som upparbetats avseende riktlinjer och rutiner för samverkan i huvudsak överensstämmer med de krav som ställs på huvudmännen. På vissa områden bedömdes dock att gällande föreskrifter visade en högre ambition än fastställda riktlinjer och därmed föreslog granskningen att riktlinjernas överensstämmelse med lag och föreskrifter borde ses över och anpassas. Detta gällde framförallt vikten av berörda enheters ansvar för att delta i den gemensamma vårdplaneringen då granskningen pekat på förtydligande av vilka krav som ställs på primärvårdens delaktighet i den gemensamma vårdplaneringen och vilka krav som bör ställas på sjukhusens ansvar för gemensam vårdplanering.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Granskningens slutsats var, utifrån ovanstående, och tillsammans med den övriga granskningen som att det finns ett utvecklingsbehov av samverkan i vårdkedjan mellan och inom huvudmännen.

Utifrån granskningen lyftes ett antal områden fram för att stödja utvecklingen av en förbättrad samverkan i vårdkedjan och för att uppnå en med sammanhållen vård och omsorg av äldre i Värmland.

- Genomförandet av samverkan i vårdkedjan mellan sjukhusen, primärvården och kommunerna bör ses över så att en faktisk gemensam vårdplanering säkerställs mellan samtliga ingående enheter. Särskild uppmärksamhet bör riktas mot att säkerställa en gemensam vårdplanering mellan sjukhus och primärvård.

- Primärvårdens roll och ansvar att delta i den gemensamma vårdplaneringen bör tydliggöras. De risker som det kan innebära att primärvården inte aktivt deltar bör åtgärdas, brister i medicinsk informationsöverföring såväl vid inskrivning som vid vårdplanering inför hemgång bör åtgärdas. Åtgärder bör vidtas som säkerställer såväl sjukhusens ansvar som primärvårdens ansvar för en gemensam vårdplanering.

- Uppdrag, roller och ansvar för samverkansorganisationen i länet bör ses över så att de formella beslutsforumen i kommunerna och landstinget kan ta ett reellt ansvar för styrningen av samverkan och den interna kontrollen avseende samverkan.

- De gemensamma riktlinjerna och rutinerna för vårdplanering mellan och inom huvudmännen bör ses över med inriktning att uppnå bättre överensstämmelse med ambitionsnivån i aktuella författningar.

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Grums kommun

Bilaga till
Samgranskning äldreomsorg och läkemedel

Advisory – Offentlig sektor
KPMG AB
2015-02-02
Antal sidor: 4

© 2015 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Grums kommun

Organisation

Folkmängden uppgår 2013-12-31 till 8 925 invånare.

Invånare 65+ andel (%)	Standardavvikelse (%) äldreomsorg	Hemtjänst kostnad kr per brukare	Särskilt boende kostnad kr per brukare
24,9 (24,5)	-1,6 (-2,3)	315 179 (383 795)	733 316 (694 274)

Anm: Källa Kolada 2014 resp. Öppna Jämförelser 2013. Inom () anges länssiffran.

Kommunen har en organisation med en förvaltning och med en samlad verksamhetsorganisation under en verksamhetschef. I kommunens ledningsgrupp ingår bl.a. kommunchef, verksamhetschef samt verksamhetsstrateg för socialtjänst. För äldreomsorgen finns fem områdeschefer. En särskild chef finns för hälso- och sjukvårdspersonal (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) som fram till 2014-12-31 också varit MAS. Efter årsskiftet delas funktionerna igen. I kommunen finns 103 platser inom särskilt boende (inkl. demensplatser), 10 korttidsplatser samt 2 särskilda mottagningsplatser.

Avtal – överenskommelser

Överenskommelse om samverkan finns med landstingets vårdcentral. Med filial till privat vårdcentral finns ingen praktisk samverkan. Kommunens MAS träffar dock företrädare för den privata VC en gång per kvartal.

Uppbyggnaden av överenskommelse för samverkan (daterad 2013-12-16) är enligt mallen för länet. NÄSAM är det lokala forumet för strategisk samverkan mellan primärvården inom LiV och kommunen. I NÄSAM ingår även den privata vårdcentralen och landstingets öppenpsykiatri. Lokala verksamhetsträffar ska ske på operativ nivå mellan vårdcentralen och kommunen minst två gånger per år. Träffarna ska inriktas på planering, kvalitet och uppföljning av det lokala samarbetet.

Politik

All personal inom aktuellt område ligger politiskt direkt under kommunstyrelsen. Under KS finns ett utbildnings- och omsorgsutskott med 5 ledamöter. Överenskommelse om samverkan mellan primärvården, öppenpsykiatri inom landstinget och kommunen undertecknas av verksamhetschef och delges utskottet.

Kommunen finns representerad i den gemensamma vårdplaneringsgruppen varför kunskaper finns om såväl denna grupp som dess uppdragsgivare beredningsgruppen. I den senare finns ingen från Grums kommun. Hur kopplingen är mellan politik och beredningsgruppen finns det oklarheter om.

© 20155 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Politiken visar intresse för samverkansfrågorna. Inom utskottet sker fortlöpande information om verksamheten bl.a. avseende den successiva förskjutningen av fler och fler allvarligt sjuka inom den kommunala sjukvården såväl i ordinärt som särskilt boende.

Samverkan och kommunikation

Vårdplaneringen sker på sjukhus om så behövs eller via ett särskilt mottagningsteam där kommunen möter upp direkt i hemmet med biståndsbedömare, undersköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska. Från sjukhuset deltar erfarenhetsmässigt ansvarig sjuksköterska. Läkare (PAL) eller blivande PAL inom primärvården deltar normalt inte. Vårdplaneringen fungerar olika beroende på vilket område det gäller. Kommunen lyfter fram ortopeden som ett bra exempel på gemensam vårdplanering. Risker finns att vårdplaneringen blir mest en planering med omsorgs- och omvårdnadsperspektiv istället för en gemensam omsorgs- och medicinsk planering för den enskilde.

Kommunen har under 2013 inga dagar med betalningsansvar. Under 2014 beräknas dessa uppgå till ca 10 dagar Kommunen har aktivt verkat för en smidig hemtagning med bl.a. ett särskilt mottagningsteam. Enligt samstämmiga uppgifter har biståndsbedömningen blivit mera effektiv.

Kommunen jobbar systematiskt och aktivt med Senior Alert och olika kvalitetsregister. Registrering och uppföljning ligger på ca 90 %. Betydelsefullt är att de berörda prioriterar tid för dess uppgifter. Kommunen har lång erfarenhet av att arbeta med palliativregistret. Tillsammans med landstinget ligger registreringsvolymen på drygt 70 %. Vidare sker registrering i BPSD (demens).

Den gemensamma hjälpmedelsnämnden fungerar enligt intervjupersonerna väl. Överenskommelser finns om rutin för samverkan. Riktlinjer har tagits fram av professionen. Fungerande nätverk finns med representanter från varje kommun.

Hur den lokala samverkan fungerar beror främst på läkarbemanningen inom primärvården. Kommunikationen med enhetschefen (sjuksköterska) vid Grums vårdcentral fungerar väl. Primärvården bör enligt flera intervjupersoner vara mer aktiv i samverkansfrågor t.ex. vid planering inför storhelger.

Kommunen deltar aktivt i arbetsgrupper när det gäller "Nya Perspektiv".

Avvikelser

Kommunen och landstinget skickar avvikelser till varandra som ett led i patientsäkerhetsarbetet. Under förra året var antalet avvikelser från kommunen knappt 30 och från landstinget under fem. Flertalet avvikelserapporter från kommunen handlade om läkemedelslistor och avsaknad av läkarepikriser. Landstingets avvikelser handlade om kontaktbrister.

När det gäller avvikelser läkemedel är den främsta orsaken utebliven dos som utgör drygt hälften av alla inrapporterade händelser.

Det föreligger generellt utvecklade rutiner för avvikelsehanteringen mellan kommun och landsting.

© 20155 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Läkemedel

De generella riktlinjerna för läkemedelshantering inom kommunal hälso- och sjukvård är väl kända i organisationen. Kommunen har tagit fram en lokal instruktion för läkemedelshanteringen. Inom varje enhet ska sedan en lokalt anpassad arbetsordning upprättas. Ansvarig för detta är omvårdnadsansvarig sjuksköterska.

Visserligen sker läkemedelsgenomgångar en gång per år och numera med apotekare närvarande, men ansvariga läkare har ibland haft svårt att leva upp till vad avtalet stipulerar. Hänvisning sker då till att tid saknas och till bemanningsproblem på läkarsidan (stafettläkare). Det förekommer relativt ofta två-tre olika läkemedelslistor som genererar frekventa avvikelserapporteringar. Problem finns i läkemedelsstatistiken då vissa läkemedel inte registreras. Kommunen har avtal med extern medicinisk revision vad gäller den kommunala läkemedelshanteringen. Systemet upplevs som väl fungerande. Inte minst inslaget med förslag till förbättringsåtgärder.

Olika uppfattningar tycks råda mellan vissa läkare och kommunen vad gäller användandet av dos eller dosetter. Kommunens företrädare ser det som mycket positivt att läkemedelsenheten har förstärkts under senare år.

Läkemedelsenhetens inventering 2013 visar att det i Grums kommun skett en klar minskning av läkemedel för äldre. Inom särskilt boende får alla en läkemedelsgenomgång minst en gång per år. Enligt Öppna Jämförelser 2013 ligger Grums strax över snittet i länet och i riket vad gäller andelen äldre som behandlas med tio eller fler läkemedel samtidigt. Kommunen ligger på en mycket låg siffra (lägst i länet) för indikatorn andel som behandlats med minst ett av fyra olämpliga läkemedel.

Avslutande kommentarer

Syftet med granskningen har varit att bedöma om Landstinget i Värmland och kommunerna har inrättat ändamålsenliga arbets- och samverkansformer samt rutiner för informationsöverföring, i syfte att tillgodose behov av vård och omsorg för äldre.

Sedan de tidigare granskningarna genomfördes kan vi konstatera att mycket är sig likt samtidigt som mycket hänt. Det finns rutiner och riktlinjer som följer nationella riktlinjer. Vår bedömning är också att riktlinjer och rutiner är väl kända. Det har också genomförts nationella projekt och utvecklingsarbeten för att förbättra vårdkedjan och läkemedelshantering för äldre, både nationellt och i Värmland.

Genom Nya Perspektiv och den nationella satsningen på äldre har det etablerats samverkansarenor som ger goda förutsättningar för en ändmålsenslig samverkan och gemensam kunskapsbas inom äldreområdet.

Granskningens bedömning är att det finns en tydlig *struktur* både för samverkan i vårdkedjan för äldre och för läkemedelshantering. Den tydliga strukturen består av riktlinjer utifrån gällande regelverk och samverkansgrupper. Det finns också en infrastruktur som stödjer tillämpning av dessa riktlinjer och rutiner.

© 20155 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.

Ett fungerande avvikelsesystem är grunden för uppföljning av om beslutade rutiner och riktlinjer följs. Det saknas idag en systematisk uppföljning av avvikelser mellan landstinget och länets kommuner. Däremot följs avvikelserna upp i de nätverksträffar som finns mellan sjukhusen och kommunerna.

- ✓ Kommuner och landstinget bör ta fram en ny överenskommelse mellan kommunerna och landstinget för att tydliggöra samverkansarbetet mellan kommunerna och landstinget ur ett politiskt- och tjänstemannaperspektiv.

- ✓ Kommunerna och landstinget bör ta fram ett gemensamt system för systematisk uppföljning av avvikelser mellan landstinget och länets kommuner för att säkerställa en god intern kontroll och följsamhet till riktlinjer och rutiner.

- ✓ Kommunerna och landstingen bör mer systematisk följa upp om ingångna överenskommelser följs.

- ✓ Kommunerna bör i större utsträckning säkerställa att dokumentation innehåller väsentlig information om resultatet av läkemedelsgenomgångar.

- ✓ Kommunen bör tillsammans med sjukhusen arbeta med att försöka minska antalet utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhuset, trots att de är utskrivningsklara.

- ✓ *Vid övergångar mellan slutenvården och kommunen finns en ökad risk att läkemedelsfel uppstår och i värsta fall kan flera olika läkemedelslistor cirkulera. Kommunen bör tillsammans med landstinget arbeta för att minska riskerna för läkemedelsfel.*

- ✓ Kommunen bör tillsammans med sjukhusen diskutera hur man kan få en bättre utskrivningsprocess som fungerar för alla parter.

- ✓ Kommunen bör tillsammans med sjukhusen arbeta med att försöka minska antalet utskrivningsklara patienter som ligger kvar på sjukhuset, trots att de är utskrivningsklara.

Eric Rydén

© 20155 KPMG AB, a Swedish limited liability company and a member firm of the KPMG network of independent member firms affiliated with KPMG International Cooperative ("KPMG International"), a Swiss entity. All rights reserved.