

Förbättrad hemsjukvård för primärvårdens mest sjuka äldre

Ett projektarbete i två delar på hälsocentralen Ankaret i Örnsköldsvik 2013.
Del ett i projektet.

Kristina Lundgren, familjeläkare, specialist i allmän medicin
Maria Meidell, geriatiker
Ingela Danielsson FOU-handledare Landstinget Västernorrland



Förbättrad hemsjukvård för primärvårdens mest sjuka äldre

Ett kvalitetsarbete i två delar som utförs på hälsocentralen Ankaret i Örnsköldsvik 2013 med ekonomiskt stöd från SKL genom försöksverksamheten ”De mest sjuka äldre i Örnsköldsvik”. Denna rapport avser första delen av vårt kvalitetsarbete. Den andra delen av kvalitetsarbetet kommer att pågå september 2013 – januari 2014. Slutrapporten beräknas vara klar i februari 2014.

Första delen av projektet - hur hittar man våra mest sjuka äldre?

Vilka är de mest sjuka äldre i primärvården? Hur identifierar man dem? Hur ser läkarinsatserna från hälsocentralen ut för denna grupp?

Tre journalstudier från hälsocentralen Ankaret 2012-2013 med syfte att hitta ett enkelt sätt att identifiera våra mest sjuka äldre.

Andra delen av projektet - vilka primärvårdsinsatser behöver de?

Hur kan man förbättra det medicinska omhändertagandet av de mest sjuka äldre?

Vi planerar att, i samarbete med företrädare för kommunen, förändra rutiner och strukturer på hälsocentralen hösten 2013. Vi vill till skapa en hemsjukvårdsenhet för sjuka äldre i eget boende. Målet är att förbättra det medicinska omhändertagandet av de allra mest sjuka äldre på hälsocentralen. Vi vill påbörja arbetet i höst genom att utveckla goda rutiner som kan fungera bra även efter februari 2014 när hemsjukvården förutom läkarna går över till kommunen.

BAKGRUND

Ankaret är en landstingsdriven hälsocentral med drygt 16 000 listade. Ca 10% av de listade är 65-75 år, 11-12% är 75 år och äldre (aktuell listning juni 2013).

Vi ansvarar nu för läkarinsatser för vårdtagare som finns på 293 boendeplatser inom äldreomsorgen. 83 av dessa platser överfördes till Ankaret i oktober 2012 i samband med att en privat hälsocentral upphörde med sin verksamhet. 38 av de 293 boendeplatserna är korttidsplatser.

Kommunen har dragit ner på antalet boendeplatser. Man planerar att fler vårdtagare ska få vård och omsorg i det egna hemmet i framtiden. Större delen av de korttidsplatser som nu finns på olika boenden ska omvandlas till permanenta platser.

Landstinget Västernorrland och länets sju kommuner har beslutat att hemsjukvården, förutom läkarna, ska gå över till kommunerna februari 2014. Det blir då nödvändigt att förändra och förbättra strukturen för omhändertagandet av de mest sjuka äldre på hälsocentralens läkarmottagning.

SKL har under åren 2008-2012 tillsammans med 12 landsting och 29 kommuner gjort en studie "Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende".

Ett av de förbättringsförslag som framkommer i denna studie är att man tidigt ska identifiera multisjuka, sköra äldre för att på så sätt kunna förebygga akuta sjukdomstillstånd, minska sjukhusvård och öka kvalitén på vård- och omvårdnadsinsatser.

Med utgångspunkt från detta vill vi på hälsocentralen Ankaret utveckla och förbättra vårdinsatserna för våra mest sjuka äldre, framförallt i eget ordinärt boende men även i särskilt boende inom kommunens äldreomsorg (SÄBO).

SYFTE

Att i första delen av projektet hitta ett enkelt sätt att identifiera primärvårdens mest sjuka äldre, de som har störst vårdbehov.

Att i andra delen av projektet förbättra strukturer och rutiner på hälsocentralen, vidareutveckla kontakterna med kommunen. Målsättningen är att förbättra den medicinska kvaliteten i vård- och omvårdnadsinsatserna för primärvårdens mest sjuka äldre.

ETISK REFLEXION

Första delen av projektet bygger på insamling och granskning av patientjournaler för personer dels i eget ordinärt boende, dels på SÄBO. Inför journalstudien reflekterade vi över hanteringen av journaluppgifter samt över vad som är lämpligt att göra vid verksamhetsuppföljning och kvalitetsförbättring.

För att man ska få ta del av journaluppgifter skall det finnas en aktuell vårdkontakt mellan vårdgivare och patient (Patientdatalagen). Personer på SÄBO (studie B) är listade hos ansvarig geriatriker och villkoret kan därmed anses uppfyllt, detta gäller även granskning av journaler från annan vårdgivare eftersom det är kopplat till en pågående vårdkontakt.

För personer i eget boende (studie A och C) har granskningen främst omfattat journaler från hc Ankaret. Epikriserna (slutanteckningarna från vårdtillfällena) som är tillgängliga i vår journal har ingått i journalgranskningen. När man från sjukhuset sida vill att primärvården är informerad om ett vårdtillfälle och/eller att primärvården ska ta över uppföljningen av patienten får vi ta del av epikrisen. Man kan i vår journal även se samtliga vårdtillfällen (VTF) från länets sjukhus, vårdtid och huvuddiagnoser vid alla vårdtillfällena. Detta har tagits med i studierna.

Samtliga persondata kommer att tas bort när datainsamlingen är klar och studierna avslutats.

Utifrån de etiska riktlinjerna skall vården bedrivas med respekt för autonomi, människovärde och rättvisa med syfte att göra gott och tillgodose den enskildes behov. Den aktuella studien riktar sig till en stor grupp sköra, multisjuka äldre som vårdas dels i eget ordinärt men även i särskilt boende. Många av dessa äldre har nedsatt autonomi och hör till de grupper vars behov bör prioriteras och lyftas fram. Studiens syfte är att tydliggöra dessa gruppers behov och med utgångspunkt från resultaten, genom ett systematiskt och fortlöpande kvalitetsarbete, planera för ett optimalt omhändertagande.

Vår bedömning är att studien inte strider mot de etiska principerna, inte heller mot Patientdatalagen.

METOD

Två av hälsocentralens läkare, en geriatriker och en familjeläkare, har haft verksamhetschefens uppdrag att under våren 2013 göra tre journalstudier (A, B och C) som en del av verksamhetens systematiska kvalitetsutvecklingsarbete för att förbättra omhändertagandet av de mest sjuka äldre. Dokumentation och databearbetning gjordes i Excel.

A. Studie med utgångspunkt från SKL:s kriterier av mest sjuka äldre 2009.
Följande sökning gjordes via landstingets datorsystem:

- 75 år och äldre 2012
- vårdad tre eller fler tillfällen på sjukhus 2012
- haft tre diagnoser eller fler från olika sjukdomsgrupper 2012 (sjukhusens och primärvårdens diagnosättning)
- listad för hälsocentralen Ankaret vid något tillfälle 2012.

Vi lade till kriteriet eget boende mer än 50% av tiden 2012, detta togs fram manuellt från journalen.

85 personer (40 män och 45 kvinnor) hittades vid datorsökningen. Sju personer, två män och fem kvinnor hade vistats mer än 50 % av år 2012 på SÄBO och utgick därför ur studie A.

Med denna sökning blev det slutliga antalet 78 personer (38 män och 40 kvinnor).

B. Studie av personer permanent boende på SÄBO

- 75 år och äldre
- permanent boende på SÄBO någon del av 2012
- listade på hälsocentralen Ankaret
- innefattade även personer avlidna under året

Vårdtagarna som vårdades på de 83 platserna på boendena Eken och Lingbo togs inte med i denna studie då de varit listade till annan hälsocentral under större delen av 2012.

Utifrån dessa utgångspunkter hittades 230 personer (64 män och 166 kvinnor).

- C. Studie av patienter som distriktssköterskorna har aktuellt hemsjukvårdsuppdrag för
- 75 år eller äldre
 - bedöms av distriktssköterskan ha stora vårdbehov
 - behov av regelbunden läkarkontakt
 - är listade för Ankaret vid observationstillfället

Journalen studerades vid ett tillfälle i mars eller april 2013 och observationstiden var ett år bakåt i tiden från observationsdagen räknat. En patient hann avlida innan man hann göra observationen i journalen, denne patient utgick ur studien.

Utifrån dessa utgångspunkter blev antalet 99 personer (25 män och 74 kvinnor).

RESULTAT

Resultaten presenteras i tre tabeller. Nio av de 78 patienterna i grupp A fanns även i grupp C.

Patientgrupp A är den yngsta gruppen, har en medelålder på 83 år. En patient hade demensdiagnos, en hade kognitiv svikt. Behov av hemtjänst nämns oftast inte i journalerna. Endast fem har hemtjänst mer än 25 tim/mån dokumenterat i journalen. Denna patientgrupp har trots sin omfattande sjuklighet en god autonomi enligt vår bedömning. Man tar sig fram till sjukhuset och man kontaktar sin hälsocentral vid behov.

Patientgrupp C är mellangruppen i det här sammanhanget. Medelåldern är 85 år. Autonomin börjar svikta, för några sviktar den påtagligt. 33 av patienterna har diagnos demens eller kognitiv svikt. Mellan raderna i journalanteckningarna förstår man att fler borde erbjudas minnesutredning. 60 personer har hemtjänst mer än 25 timmar per månad. 1 person har hemtjänst mindre än 25 timmar per månad. När uppgift om hemtjänsttimmar saknas i journalen får man ändå en känsla av att omsorgsbehovet är stort, detta behöver kartläggas ytterligare.

Patientgrupp B, den äldsta gruppen med en medelålder på 87 år, är den tidigare mest kända gruppen. Här vet man att behovet av omsorg är betydande. Patienterna klarar inte längre ett boende i det egna hemmet, de har påtagligt sänkt autonomi. 169 av de 230 patienterna i vår studie hade fastställd demensdiagnos. Behovet av medicinska insatser av läkare och sköterska är också betydande. Läkarsatserna på boendena görs enligt det avtal som finns mellan landstinget Västernorrland och länets sju kommuner.

Det viktigaste fyndet är att patientgrupp B och C liknar varandra mycket, här finns enligt vår bedömning primärvårdens mest sjuka äldre. Patientgrupp A har mer behov av fortsatt kontakt med sjukhusvården men även här finns en mindre grupp som borde följas upp bättre i primärvården. Detta gäller exempelvis de patienter som har många läkemedel förskrivna av primärvården. Dessa borde erbjudas uppföljning med strukturerade läkemedelsgenomgångar. Ingen patient i eget boende hade fått göra läkemedelsgenomgång enligt Mini Q. I några fall, kanske 5-7 patienter, förstod vi att en enkel genomgång av läkemedel och revision av medicinlistan hade varit ett huvudärende vid läkarkonsultationen. Dessa enklare läkemedelsgenomgångar togs inte med i studien. Vi har inte som rutin att tydligt dokumentera enkla läkemedelsgenomgångar i journaltexten och därför går detta inte att redovisa på något bra sätt.

DISKUSSION

De tre journalstudierna är en del av vår systematiska verksamhetsutveckling på hälsocentralen.

Styrkan i studierna är att vi har undersökt förhållandevis många journaler vilket ger oss en ganska klar bild av hur behoven ser ut i stort på hälsocentralen och på individnivå. Vi har fått en bra grund att bygga vidare på när vi går in i projektets andra del till hösten.

Svagheten i studierna är att det finns ett betydande inslag av subjektiva bedömningar och observationerna kan beskrivas som en rad ögonblicksbilder. Vi har inte haft ambitionen att göra ett strikt vetenskapligt arbete som skulle kunna upprepas exakt om kollegor läste samma journaler. När det gäller patientgrupp A och C har den strukturerade journalgenomgången enbart gjorts i Ankarets journal. Läkemedelsgenomgång kan t ex ha gjorts på sjukhuset vid något av vårdtillfällena utan att det nämnts i epikrisen och i så fall har vi inte fått kännedom om detta.

Några reflexioner utifrån parametrarna:

Antal diagnoser

Vi har räknat alla kända tunga kroniska diagnoser som vi hittat och bedömt innebära stor vårdtyngd vid observationstillfället. Diagnoser som kan ha inneburit stående medicinering, varit huvudanledning till inläggning på sjukhus, medfört fortsatt vård inom äldreomsorgen i någon form.

Vi fick fram diagnoserna genom diagnossättningen i Ankarets journal, från noteringarna om huvuddiagnos vid vårdtillfällen under observationstiden samt genom att läsa löpande journaltext och patienternas medicinlistor. Alla diagnoser fanns tyvärr inte alltid införda under rubrik diagnos i journalen, vi hittade dem på annat sätt.

Demens bedömer vi vara den diagnos som säger mest när det gäller att bedöma patientens behov av vård och omsorg i primärvården. Därför redovisas denna diagnos dels separat dels som del i antal diagnoser. När det gäller denna diagnos har vi endast tagit med de patienter som var demensutredda. I de fall när demenssjukdomen gått så långt att strukturerad demensutredning inte längre var meningsfull räckte det med demensbedömning av geriatriker på SÄBO. Några enstaka demensutredda i grupp A och C som hade diagnos kognitiv svikt kom med i denna grupp, majoriteten hade säkerställd demenssjukdom. Man fick en känsla av att det finns en rätt betydande del av grupp C som borde erbjudas minnesutredning.

Antal stående läkemedel

Vi räknade antalet stående (= regelbundet intagna, oftast dagligen) läkemedel vid årsskiftet 2012/13 för grupp A och B. Antalet stående läkemedel räknades den dagen familjeläkaren gjorde journalgranskningen för grupp C.

I vissa fall var inte läkemedelslistorna reviderade, man fick helt enkelt göra en subjektiv bedömning av läkemedelslistan. Man förstod att stående läkemedel och vid behovsläkemedel hade skrivits på fel rad t ex.

Läkemedelsgenomgångar

Vi definierade läkemedelsgenomgång mycket strikt. Det skulle vara läkemedelsgenomgång enligt datorverktyget Mini Q eller med hjälp av apotekare vilket är rekommenderad rutin för landstinget Västernorrland. Symptomskattning ska då vara gjord av sköterska innan genomgången. 131 patienter hade fått göra en sådan genomgång på SÄBO vilket är en mycket hög siffra.

Ingen patient i eget boende hade fått göra läkemedelsgenomgång enligt Mini Q. I några fall, kanske 5-7 patienter, förstod vi att en enkel genomgång av läkemedel och revision av medicinlistan hade varit ett huvudärende vid läkarkonsultationen.

Det finns behov av många fler läkemedelsgenomgångar för patienterna i eget boende. Man bör då i första hand göra enkla läkemedelsgenomgångar med genomgång och uppdatering av medicinlistorna. När detta inte är tillräckligt får man gå vidare med symptomskattning ombesörjd av distriktssköterskan och därefter läkarbesök samt läkemedelsgenomgång med hjälp av datorverktyget MiniQ.

SLUTSATS

Efter att ha gjort de tre studierna A, B och C fann vi att det är behovet av omfattande omsorg hos en äldre person som tydligast visar att här handlar det om en av primärvårdens mest sjuka äldre. Fastställd demensdiagnos är också en indikator som tyder på stort behov av vård.

Patientgrupp B och C liknar varandra mycket. Patientgrupp B får vi kännedom om när kommunens sköterskor meddelar att vi fått nya patienter till boendena. Patientgrupp C är kända av distriktssköterskorna som arbetar i hemsjukvården, läkarna får kännedom om dem när distriktssköterskorna aktualiserar ett ärende med ansvarig läkare på hälsocentralen.

Primärvårdens allra mest sjuka äldre gick inte att hitta genom sökningar i landstingets datorsystem. Endast nio av de 78 patienterna i grupp A fanns även i grupp C. När man vill identifiera dessa patientgrupper får man vända sig till sköterskorna på boendena inom äldreomsorgen och distriktssköterskorna i hemsjukvård!

Kommunens biståndsbedömare har förstås också kännedom om de patienter som har behov av omfattande omsorgsinsatser via kommunen.

Omfattande omsorg är t ex när patienten har

- +behov av mer än 25 timmar hemtjänst per månad
(ett av socialstyrelsens kriterier för mest sjuka äldre 2011)
- +behov av omfattande stödinsatser enligt LSS
- +behov av omfattande vård av anhörig/närstående
- +behov av vård på SÄBO

Man kan tänka sig att kommunens biståndsbedömare i framtiden meddelar hälsocentralen när en patient som är listad hos oss har behov av mycket omfattande omsorgsinsatser och man bedömer att det finns behov av medicinska insatser av vår planerade hemsjukvårdsenhet. Det är särskilt viktigt att vi på läkarmottagningen får tydliga signaler från ansvariga distriktssköterskor om en patient med sänkt autonomi har behov av enkel eller fördjupad läkemedelsgenomgång enligt SoS FS 2012:9.

Vi kommer att utveckla detta vidare i vårt fortsatta kvalitetsarbete till hösten!

Ansvariga för del ett av detta projekt på hälsocentralen Ankaret i Örnköldsvik är

Kristina Lundgren, familjeläkare, specialist i allmän medicin
Maria Meidell, geriatriker
Anna-Lena Lundberg, verksamhetschef

Handledare för projektet: Ingela Danielsson FoU i Sundsvall

Illustrationer: Rickard Fornstedt, Uppsala

Mailadress till hc Ankaret i Örnköldsvik: hc.ankaret@lvn.se

Bilagor: 1. Tabell A
 2. Tabell B
 3. Tabell C
 4. Antal avlidna på hc Ankaret 2012

Tabell A

Resultat från journalstudie A, observationstid 20120101 – 20121231.

Följande sökning gjordes via landstingets datorsystem:

75 år och äldre under 2012 + listad för hc Ankaret någon period 2012 + vårdad tre tillfällen eller fler på sjukhus samt haft tre diagnoser eller fler från olika sjukdomsgrupper 2012.

Vid sökningen hittade man 85 patienter, 40 män och 45 kvinnor. Av dessa var 78 patienter hemma i eget boende mer än 50% av tiden 2012. 7 patienter, 2 män och 5 kvinnor fanns på SÄBO eller VIA mer än 50% av tiden, dessa 7 patienter exkluderades ur studien.

Resultaten presenteras som medeltal eller som antal individer, N=78

Karakteristik	Antal	Medeltal	Spridning
Ålder (år)		83	75-99
Antal diagnoser		7,0	2-13
Antal stående läkemedel		7,8	0-16
10 eller fler	26		
4 eller färre	15		
Antal läkemedel vid behov		2,9	0-11
Läkemedelsgenomgång	0		
Läkaranteckningar		12	0-39
Personlig läkarkontakt		2,6	0-10
Ensamboende	45		
Vårdplanerade	29		
SÄBO (korttidsvård) /VIA	34		
Apodos/Pascal	20		
Demens/kognitiv svikt	2		
Hemtjänst mer än 25t/mån	5		
Hemtjänst mindre än 25t/mån	2		
Ingen uppgift om hemtjänsttimmar	71		
Antal avlidna under 2012	11		

Förklaringar:

Läkemedelsgenomgång = genomgång av läkare med hjälp av apotekare eller datorhjälpmedlet mini Q.

Apodos/Pascal = har dos-dispenserade läkemedel

SÄBO/VIA = har vistats på korttidsplats på särskilt boende inom äldreomsorgen eller på konvalescensavdelningen VIA på sjukhuset under 2012

Tabell B

Resultat från journalstudie B, observationstid 2012-01-01 – 2012-12-31.

Enhetscheferna vid de aktuella boendena redovisade samtliga personer boende på permanent plats vid årets slut (2012), utöver detta hämtades uppgifter från registrering av samtliga dödsfall under 2012 avseende personer listade på HC Ankaret. Journalgranskning gjordes därefter i aktuella journaler (sluten resp. öppen vård).

I denna del av studien har registrerats 230 personer, 64 män, 166 kvinnor. Samtliga personer som beviljats bistånd för permanent plats på SÄBO bedöms ha ett omfattande vård- och tillsynsbehov och uppfyller därmed Socialstyrelsens kriterium för mest sjuka äldre 2011.

Resultaten presenteras som medeltal eller som antal individer, N=230

Karakteristik	Antal	Medeltal	Spridning
Ålder (år)		87	75 – 105
Antal diagnoser		4,40	1 - 10
Antal stående läkemedel		6,90	1 – 19
10 eller fler	43		
4 eller färre	51		
Antal läkemedel vid behov		2,40	0 – 7
Läkemedelsgenomgång	131		
Läkaranteckningar		15,9	1 – 53
Personlig läkarkontakt		1,4	0 - 7
Ingen läkarkontakt	33		
Vårdad på sjukhus under 2012, efter flytt till permanent plats	45 varav 19 avlidna		
Demensdiagnos	169 varav 41 avlidna		
Antal avlidna på SÄBO 2012	65		

Förklaringar:

Läkemedelsgenomgång = genomgång enligt MiniQ (rekommenderad rutin för landstinget Västernorrland).

Tabell C

Resultat från journalstudie C, fall rapporterade från distriktssköterskorna i mars/april 2013.

Distriktssköterskorna rapporterade in patienter 75 år eller äldre 2013 + är listade för hc Ankaret + har behov av läkarkontakt + har aktuellt hemsjukvårdsuppdrag för distriktssköterskan och stora vårdbehov.

Vi registrerade 99 patienter, 25 män och 74 kvinnor. Sköterskorna bedömer att det nog finns fler som hör till gruppen. Ingen datorsökning gjordes.

Resultaten presenteras som medeltal eller som antal individer. Observationstiden är de senaste 12 månaderna. N = 99

Karakteristik	Antal	Medeltal	Spridning
Ålder (år)		85	74-104
Antal diagnoser		4,9	1-10
Antal stående läkemedel		7,6	2-21
10 eller fler	26		
4 eller färre	20		
Antal läkemedel vid behov		2,2	0-8
Läkemedelsgenomgång	0		
Läkaranteckningar		11,3	0-37
Ingen läkaranteckning	1		
Personlig läkarkontakt		1,8	0-10
Ingen läkarkontakt	34		
Ensamboende	76		
Vårdplanerade	23		
SÄBO(korttidsvård)/VIA	16		
Apodos/Pascal	51		
Demens/kognitiv svikt	33		
Hemtjänst mer än 25t/mån	60		
Hemtjänst mindre än 25t/mån	1		
Ingen uppgift om hemtjänsttimmar	37		

Förklaringar:

Läkemedelsgenomgång = genomgång av läkare med hjälp av apotekare eller datorhjälpmedlet mini Q.

Apodos/Pascal = har dos-dispenserade läkemedel

SÄBO/VIA = har vistats på korttidsplats på särskilt boende inom äldreomsorgen eller på konvalescensavdelningen VIA på sjukhuset under 2012

Patienter listade VC Ankaret som avlidit under 2012

