

Utveckling av indikatorer för äldres rehabilitering

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnummer 2014-12-12
Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2014

Förord

Socialstyrelsen driver ett flertal projekt där målet är att bättre kunna beskriva och följa upp kvaliteten på vården och omsorgen av äldre personer. I denna rapport ger Socialstyrelsen förslag på vilka indikatorer som kan användas för att följa upp äldres vård- och omsorgsprocesser och socialtjänstens äldreomsorg med fokus på rehabilitering. Rapporten riktar sig i första hand till myndigheter och organisationer som är intresserade av att följa kvalitetsutvecklingen inom vården och omsorgen av äldre.

Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till samverkansparterna Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Vårdföretagarna, Famna, Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Fysioterapeuterna. Kalle Brandstedt har varit ansvarig projektledare. Ansvarig tf. enhetschef vid Socialstyrelsen har varit Birgitta Lindelius.

Lars- Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Inledning	7
Rapportens syfte och innehåll	7
Begrepp och avgränsningar	7
Metod och genomförande	10
Datakällor	10
Synpunkter från profession och samrådspartner	10
Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning och handbok för indikatorutveckling	10
Svårigheter vid utveckling av indikatorer för rehabilitering	12
Resultat	14
Specificering av föreslagna indikatorer	14
Utvecklingsområden för äldres rehabilitering	17
Utvecklingsindikatorer	17
Fortsatt indikatorutveckling	22
Referenser	23
Bilaga 1- Tabellbilaga	25
Bilaga 2 – Indikatorbeskrivningar	28
Socialstyrelsen förslag utifrån befintliga indikatorer	28
Socialstyrelsen förslag till nya indikatorer	33
Bilaga 3 – Varför är äldre på akuten?	36

Sammanfattning

Socialstyrelsen har i uppdrag att beskriva och följa upp kvaliteten på vården och omsorgen av äldre inklusive de mest sjuka äldre. I rapporten ges förslag på indikatorer som beskriver äldre personers vård- och omsorgsprocesser och socialtjänstens äldreomsorg med fokus på rehabilitering. Sammanlagt fastslår Socialstyrelsen tio indikatorer för att följa äldres rehabilitering, varav tre är nya. De nya indikatorerna benämns:

- förändring av självskattad hälsa för hemtjänsttagare 65 år och äldre
- rehabilitering utifrån rehabiliteringsplan i slutenvård
- teamrehabilitering i specialiserad öppenvård.

I rapporten beskrivs även nio utvecklingsindikatorer samt tre bakgrundsmått.

Socialstyrelsen har därutöver genomfört en studie av äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar. Särskilt fokus har lagts på att belysa vilken kunskap som finns om hur huvudmännen kan minska antalet besök som orsakats av undvikbara akuta tillstånd och besök som sker på en olämplig vårdnivå. I rapporten beskrivs också förbättringsområden för omhändertagandet av äldre i sjukvården. Förbättringsområdena kommer att ligga till grund för fortsatt indikatorutveckling vid Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen fastslår de indikatorer, utvecklingsindikatorer och bakgrundsmått som presenteras i rapporten. Socialstyrelsen kommer att publicera indikatorerna och bakgrundsmåtten inom ramen för rapporteringen av öppna jämförelser av vården och omsorgen om äldre.

Inledning

Socialstyrelsen har fått regeringens uppdrag att fastslå och utveckla indikatorer avseende äldre personers vård- och omsorgsprocesser och socialtjänstens äldreomsorg med fokus på rehabilitering. Indikatorerna ska, där det är möjligt, publiceras på enhets- och verksamhetsnivå. Arbetet har bedrivits i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), Famna och Vårdföretagarna samt Föreningen Sveriges Arbetsterapeuter (FSA) och Fysioterapeuterna.

I uppdraget ingick även att studera äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar. Inom ramen för uppdraget har Socialstyrelsen låtit göra en litteraturgranskning med kompletterande kvalitativa intervjuer.

Rapportens syfte och innehåll

Rapportens syfte är att presentera befintliga, reviderade och nyutvecklade indikatorer som beskriver vård- och omsorgsprocesser med fokus på rehabilitering samt att ta fram angelägna förbättringsområden för fortsatt indikatorutveckling.

I bilaga 3 presenteras rapporten ”*Varför är äldre på akuten – beskrivning av äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar*”. Syftet är att beskriva hur huvudmännen kan förbättra omhändertagandet av äldre personer genom att undvika besök vid akutmottagningarna som orsakats av undvikbara akuta tillstånd eller att undvika att besök genomförs på en olämplig vårdnivå. I rapporten föreslås också åtta områden för fortsatt indikatorutveckling. Rapporten har tagits fram av Health Navigator AB på uppdrag av Socialstyrelsen.

Begrepp och avgränsningar

Mest sjuka äldre

Äldre personer löper ökad risk av att drabbas av kroniska sjukdomar och flera samtida sjukdomar och skador. Dessa sjukdomar och skador kan medföra funktionsnedsättningar, till exempel rörelsehinder eller nedsatt kognitiv förmåga och kondition. Gruppen av sköra äldre individer med omfattande behov av sjukvård och omsorg kallas i uppdraget för de mest sjuka äldre, och den utgörs av ungefär 315 000 individer i Sverige [1]. Till gruppen räknas personer 65 år och äldre med omfattande sjukvård och personer med omfattande omsorg. Med omfattande sjukvård menas att personen under ett år minst har uppfyllt ett av följande kriterier:

- uppfyllt kriterierna för multisjuk
- tillbringat fler än 19 dagar i slutenvård
- haft fler än tre inskrivningar i slutenvård
- besökt specialistläkare i öppenvård fler än sju gånger.

Omfattande omsorg innebär att personen är 65 år och äldre och uppfyller något av följande:

- bor permanent i särskilt boende
- har beviljats 25 eller fler hemtjänsttimmar per månad i ordinärt boende
- har beviljats insats med stöd enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS
- har beviljats korttidsboende.

En del av gruppen mest sjuka äldre har både omfattande sjukvård och omfattande omsorg [2].

Rehabilitering

Enligt Socialstyrelsens definition är rehabilitering ”insatser som ska bidra till att en person med förvärvad funktionsnedsättning, utifrån dennes behov och förutsättningar, återvinner eller bibehåller bästa möjliga funktionsförmåga samt skapar goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhällslivet”. Insatserna ska vara tidiga, samordnade och allsidiga samt komma från olika kompetensområden och verksamheter. Det är fråga om målinriktade insatser som förutsätter att den enskilde har inflytande vid planeringen, genomförandet och uppföljningen. Insatserna fortsätter så länge individens behov kvarstår [3].

Rehabilitering kan även delas upp i rehabilitering som genomförs av eller på delegation av legitimerad rehabiliteringspersonal samt ett mer hälsofrämjande perspektiv och arbetssätt. Den första rehabiliteringsformen har ett uttalat syfte och tydlig avslut. Det hälsofrämjande perspektivet, som även kallas vardagsrehabilitering, innefattar generella insatser som all personal kan utföra. Syftet med dem är att stärka eller bibehålla den äldres hälsa och funktionsförmåga [4].

Lagstiftningen som reglerar området

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL, ska landstingen erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som är bosatta inom landstinget samt verka för god hälsa hos hela befolkningen (§ 3). Landstingen ska även erbjuda habilitering och rehabilitering samt hjälpmedel för funktionshindrade om detta inte faller inom ramen för kommunens ansvar (§ 3b). Landstingen kan vidare komma överens med kommunerna om att de tar över skyldigheten att erbjuda hemsjukvård för dem som vistas inom respektive kommun (§ 18). I lagen står att kommunerna ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt de personer som bor i särskilda boendeformer för äldre med behov av särskilt stöd (§ 18). Kommunerna ska även erbjuda en god hälso- och sjukvård åt dem som vistas i dagverksamhet som omfattas av § 6 i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Utifrån den lagen ska omsorgen om äldre inriktas så att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Socialnämnden ska verka för att äldre människor får möjlighet att leva och bo självständigt under trygga förhållanden och ha en aktiv och meningsfull tillvaro i gemenskap med andra (5 kap. § 5.).

Det övergripande målet med socialtjänstlagen är att främja människor ekonomiska och sociala trygghet, jämlikhet i levnadsvillkor och aktiva deltagande i samhällslivet (kap. 1 § 1). Samtidigt är målet med hälso- och sjuk-

vårdslagen att vård och omsorg ska ges på lika villkor med respekt för alla människors lika värde (§ 2).

Metod och genomförande

Datakällor

Ett flertal olika datakällor har ingått i analysarbetet. Dessa är:

- patientregistret
- registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning
- registret över socialtjänstinsatser till äldre och personer med funktionsnedsättning
- undersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*
- *Kommun- och enhetsundersökningen* inom äldreomsorgen
- nationella kvalitetsregister, exempelvis Riks-Stroke, Rikshöft och Senior Alert.

Synpunkter från profession och samrådspartner

Socialstyrelsen har vid fyra tillfällen sammankallat representanter från professionen samt samrådspartner för gemensamma diskussioner. Syftet var att diskutera de befintliga indikatorerna för rehabilitering som rör äldre samt att fastställa förslag på nya indikatorer, utvecklingsindikatorer och bakgrunds-mått. Därutöver anordnades en gruppdiskussion där förslagen diskuterades med en utvidgad krets av deltagare.

Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning och handbok för indikatorutveckling

Socialstyrelsens modell för kunskapsstyrning har varit utgångspunkt i arbetet. Arbetet med att utveckla nya indikatorer faller under den del av kunskapshjulet som benämns ”bästa möjliga kunskap” [5].

För att belysa olika dimensioner inom områdena vård- och omsorgsprocesser, rehabilitering och socialtjänstens äldreomsorg har de sex dimensionerna av god vård och omsorg använts:

- **Kunskapsbaserad:** Vården och omsorgen ska baseras på bästa tillgängliga kunskap och bygga på både vetenskap och beprövad erfarenhet.
- **Säker:** Vården och omsorgen ska vara säker. Riskförebyggande verksamhet ska förhindra skador. Verksamheten ska också präglas av rättssäkerhet.
- **Individanpassad:** Vården och omsorgen ska ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet. Individen ska ges möjlighet att vara delaktig.
- **Effektiv:** Vården och omsorgen ska utnyttja tillgängliga resurser på bästa sätt för att uppnå uppsatta mål.
- **Jämlik:** Vården och omsorgen ska tillhandahållas och fördelas på lika villkor för alla.

- Tillgänglig: Vården och omsorgen ska vara tillgänglig och ges i rimlig tid och ingen ska behöva vänta oskälig tid på vård eller omsorg [5].

Indelning av indikatorer

Det finns olika typer av indikatorer. De belyser olika aspekter av vården och omsorgen (se figur 1).

Figur 1. Beskrivning av olika typer av indikatorer.

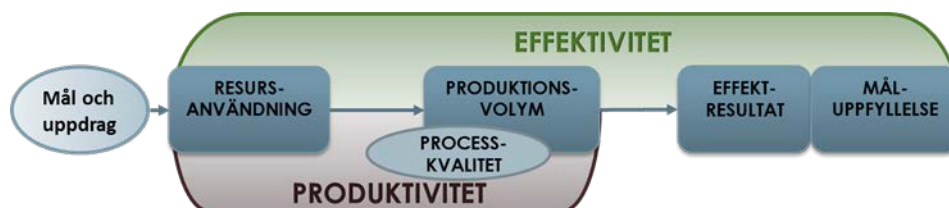


Källa: Socialstyrelsen.

Strukturindikatorer belyser påverkbara förutsättningar för verksamheten. Processindikatorer beskriver de aktiviteter som genomförs i vården och omsorgen. Aktiviteter kan vara olika typer av insatser eller åtgärder. Processindikatorer visar kvaliteten i genomförandet. Resultatindikatorer avser att belysa utfallet för brukare och patienter [5].

Förutom struktur-, process- och resultatindikatorer finns indikatorer som belyser verksamhetens produktivitet och effektivitet. Socialstyrelsens modell för produktivitet och effektivitet framgår av figur 2 nedan.

Figur 2. Modell för produktivitet och effektivitet.



Källa: Socialstyrelsen.

Produktivitetsindikatorer beskriver hur mycket resurser en verksamhet använder för att producera en insats eller behandling till en viss kvalitet. En viktig del i produktivitetsbegreppet är att dessa indikatorer inte tar hänsyn till om målen för en insats uppnås.

Effektivitetsindikatorer kan användas för att belysa hur mycket resurser som behövs för att en verksamhet ska uppnå ett mål. När målnivåer saknas kan de i stället användas som jämförelser för att belysa om en verksamhet är mer eller mindre effektiv än andra jämförbara verksamheter [6]. En verk-

samhet med hög effektivitet har också en hög produktivitet. Men en verksamhet med hög produktivitet behöver inte ha en hög effektivitet [7].

Vilka krav ställs på indikatorer?

Indikatorer skiljer sig från andra typer av mått, exempelvis bakgrundsmått och nyckeltal, på grund av följande grundläggande krav:

1. Indikatorn ska ange riktning, det vill säga att höga eller låga värden är uttryck för hög eller låg kvalitet och/eller effektivitet.
2. Indikatorn ska vara relevant och belysa ett område som är viktigt för verksamheten att förbättra och vars utfall speglar någon dimension av kvalitet och/eller effektivitet.
3. Indikatorn ska vara valid, vilket innebär att den mäter det den avser att belysa och att den mäts på ett tillförlitligt sätt i ett system som samlar in data på ett likartat sätt år efter år.
4. Indikatorn ska vara vedertagen och bygga på kunskap, till exempel riktlinjer, vetenskap, laglig grund, beprövad erfarenhet, konsensus eller kunskap inhämtad från den det berör (patienten eller brukaren).
5. Indikatorn ska vara påverkbar så att en huvudman eller utförare inom offentligt finansierad verksamhet i kommuner eller landsting ska kunna påverka indikatorns utfall.
6. Indikatorn ska vara mätbar och gå att mäta med nationellt tillgänglig och kontinuerligt insamlad data [8].

Om en indikator inte uppfyller samtliga krav räknas indikatorn som en utvecklingsindikator. Det innebär att den för närvarande inte går att använda i jämförelser av kvalitet, resultat eller effektivitet inom vård och omsorg.

Svårigheter vid utveckling av indikatorer för rehabilitering

Rehabilitering uppfattas som ett mångtydigt begrepp

Innebörden av begreppet rehabilitering varierar lokalt och regionalt, vilket även konstateras i Socialstyrelsens rapport *Samvekan i re/habilitering – en vägledning* [9]. Ibland anses rehabilitering endast innefatta insatser som utförs av legitimerad personal. Men även så kallad vardagsrehabilitering kan ingå i begreppet. Mångtydigheten kan göra det svårt att få en samsyn kring vad som ingår och vem som ansvarar för respektive del av rehabiliteringen. Dessutom kan insatser ges preventivt och när en förmåga redan har förlorats.

Rehabiliterande insatser kan ges utifrån hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen

Rehabiliterande insatser kan ges utifrån både HSL och SoL. Samma individ omfattas inte sällan av de båda lagarna samtidigt. Därför finns inte alltid en tydlig sammanhållen målsättning med rehabiliteringen för den äldre.

Rehabilitering är kontext- och resursberoende

Platsen där rehabiliteringen utförs påverkar kvaliteten. Rehabilitering kan exempelvis utföras i den enskilde äldres bostad eller på ett sjukhus eller i särskilt boende. Platsen behöver då anpassas så att insatserna genomförs på bästa sätt. Rehabilitering förutsätter att det finns resurser i form av personal och rätt kompetens, men resurs- och personaltillgången kan variera lokalt och regionalt.

Resultat

Nedan presenterar Socialstyrelsen de indikatorer som föreslås för att följa äldres vård- och omsorgsprocesser med fokus på rehabilitering.

Förslag på indikatorer för att följa äldres rehabilitering

1. Multidisciplinär hemrehabilitering efter stroke
2. Aktiviteter i Dagligt Liv-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke
3. Instrumentella Aktiviteter i Dagligt Liv-oberoende 12 månader efter stroke
4. Nöjdhet med rehabilitering efter stroke 3 månader efter stroke
5. Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke
6. Aktiviteter i Dagligt Liv-oberoende 12 månader efter stroke
7. Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke
8. Förändring av självskattad hälsa för hemtjänsttagare 65 år och äldre (ny)
9. Rehabilitering utifrån rehabiliteringsplan inom slutenvård (ny)
10. Teamrehabilitering i specialiserad öppenvård (ny)

Specificering av föreslagna indikatorer

Socialstyrelsen har gjort en genomgång av befintliga indikatorer som rör vård- och omsorgsprocesser med fokus på äldres rehabilitering. Merparten av de befintliga indikatorer som beskriver rehabilitering har ursprungligen utformats för en normalpopulation när det gäller åldern, men de bedöms ändå fungera för gruppen äldre. Socialstyrelsen har därutöver utvecklat tre nya indikatorer inom ramen för uppdraget. Föreslagna indikatorer är beroende av vilka tillgängliga datakällor som finns för området. Nedan ges en beskrivning av respektive indikator och motivet till förslaget. Mer detaljerade indikatorbeskrivningar återfinns i bilaga 2.

Processindikatorer

1. Multidisciplinär hemrehabilitering efter stroke

Stroke är en vanlig diagnos hos äldre. Årligen vårdas omkring 25 000 personer i Sverige på grund av akut stroke, varav mer än 80 procent är 65 år eller äldre. Den som drabbas av stroke kan, förutom resurserna från landstingen, även behöva resurser i kommunerna i form av hemtjänst, hemsjukvård och särskilt boende [10].

Indikatorn bedömdes vara relevant för området eftersom den belyser rehabilitering och hälsa med betoning på teamrehabilitering. Insatsen ska ges av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med specialistkompetens inom strokevård. En läkare ska vara kopplad till teamet. Strokeinriktad hemrehabilitering har visat sig ge vinster, bland annat ökar patienternas förmåga att klara sig självständigt i hemmet samtidigt som vårdtiderna på sjukhus blir kortare. Vårdformen har hög prioritet (3 av 10) i de nationella riktlinjerna [11]. Indi-

katorn har publicerats i Socialstyrelsen rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

Resultatindikatorer

2. ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke

Indikatorn är relevant eftersom den är ett mått på kvalitet dels i det akuta omhändertagandet på sjukhus och i särskilda boenden, dels i den efterföljande rehabiliteringen [12]. Indikatorn beskriver vård- och omsorgsprocessen, eftersom de äldre som drabbats av stroke ofta har insatser från både landsting och kommun. Indikatorn har publicerats i Socialstyrelsen rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

3. IADL-oberoende 12 månader efter stroke

Som komplement till ADL finns en indikator som rör det dagliga livets instrumentella aktiviteter (IADL). Indikatorn mäter andelen personer som är IADL-oberoende 12 månader efter stroke. Den är ett mått på kvaliteten i det akuta omhändertagandet på till exempel sjukhus och i särskilda boenden samt i den efterföljande rehabiliteringen [13]. Indikatorn publicerades i Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

4. Nöjdhet med rehabilitering efter stroke 3 månader efter stroke

Indikatorn mäter andelen som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen 3 månader efter stroke. Den är relevant eftersom den enskildes egen åsikt är ett mått på kvaliteten på de rehabiliterande insatser som utförs i samband med sjukhusvistelser [14]. Indikatorn redovisades i Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

5. Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke

Indikatorn är ett mått på kvaliteten på den rehabilitering som utförs. Indikatorn mäter andelen personer som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning 3 respektive 12 månader efter stroke [15]. Indikatorn publicerades i Socialstyrelsen rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

Effektivitetsindikatorer

6. ADL-oberoende 12 månader efter stroke (effektivitet)

För att mäta effektiviteten i utfall och resursanvändning bedöms en indikator om ADL-beroende vara relevant för gruppen äldre. Indikatorn mäter landstingens och kommunernas samlade effektivitet i det akuta omhändertagandet och i rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen [16]. Den beskriver effektiviteten i strokevården, mot bakgrund av utfallet för genomförd rehabilitering och samarbetet mellan huvudmännen. Indikatorn har publicerats i Socialstyrelsen rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

7. Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke (effektivitet)

En annan relevant effektivitetsindikator belyser kostnaden för strokevården i relation till de individer som uppgett att deras rehabiliteringsbehov är helt tillgodosett 12 månader efter stroke [17]. Måttet speglar kvaliteten i den ini-

tiala sjukhusvården och den efterföljande eftervården. Indikatorn publicerades i Socialstyrelsens rapport *Nationell utvärdering 2011. Strokevård*.

Nya Indikatorer

8. Förändring av självskattad hälsa för hemtjänsttagare 65 år och äldre (resultat)

En viktig aspekt av rehabilitering och hälsa är den enskilde äldres syn på det egna hälsotillståndet. Kommunerna bör erbjuda insatser så den äldre kan bo kvar i det egna hemmet. Det innebär att insatserna bör anpassas efter den äldres livssituation. Indikatorn beskriver även förbättringsområdet kompetensutvecklings och -försörjning.

I den nationella enkätundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* får de äldre en fråga där de graderar den självupplevda hälsan. För att beskriva kommunernas övergripande arbete med äldres hälsa så används frågan i undersökningen till att belysa hur den självskattade hälsan förändrats mellan två år inom ett län, en kommun, verksamhet eller enhet. Indikatorn beskriver om det i äldreomsorgen finns ett övergripande arbete med rehabilitering och är tänkt att lyfta dessa insatser som annars kan uppfattas som osynliga [18].

Den självskattade hälsan påverkar även de äldres syn på hemtjänsten i stort. Resultatet för hälsa och frågan om hur man upplever hemtjänsten som helhet korrelerar på 5-procentig nivå. Därför är viktigt att kommunerna och enheterna kontinuerligt bedriver ett hälsofrämjande arbete. I tabell 1 i bilaga 1 presenteras förändringen av självskattad hälsa mellan åren 2013 och 2014 på länsnivå.

9. Rehabilitering utifrån rehabiliteringsplan inom slutenvård (process)

Indikatorn visar om det är angivet att rehabiliteringen inom slutenvården utgår från en rehabiliteringsplan. Via primärkodningen av åtgärder enligt KVÅ går det att få fram information om vilken typ av rehabiliterande insats som utfördes vid slutenvårdstillfället. Patienterna kan sedan grupperas i beskrivningssystemet NordDRG. Totalt finns 33 grupper (se tabell 2 i bilaga 1).

Rehabilitering i slutenvården ska utgå från en vårdplan, eller en så kallad rehabiliteringsplan. Med en vårdplan är det enklare att anpassa insatser utifrån den enskildes behov eftersom denne ska vara delaktig i arbetet med att upprätta planen. Vårdplanen skapar förutsättningar för samordning. Vårdplanen ska bland annat innehålla uppgifter om den enskildes behov, förutsättningar och intressen samt mål för de samordnade insatserna (SOSFS 2008:20). Primärkodningen av åtgärden för vårdplan enligt KVÅ i patientsregistret vid vård av personer 65 år och äldre har inte tillräckligt hög kvalitet för att presentera resultat för indikatorn på nationell nivå. Men indikatorn går att använda på lokal nivå i de fall man registrerar koden för rehabilitering.

10. Teamrehabilitering i specialiserad öppenvård (process)

Teamarbete i samband med rehabilitering förespråkas av både Socialstyrelsen och professionen [19, 20]. Ett team utgörs ofta av flera olika professioner, exempelvis läkare, sjuksköterska och fysioterapeut.

Via primärkodning enligt KVÅ kan teamrehabilitering registreras och också sedan beskrivas i beskrivningssystemet NordDRG. Teamrehabilitering kan genomföras i samband med behandling av en rad olika tillstånd. Socialstyrelsen har valt de 30 vanligaste förekommande diagnoserna på treställig nivå för att avgränsa indikatorns nämnare. I tabell 3 i bilaga 1 listas de aktuella diagnoserna.

KVÅ-koden för teamrehabilitering används idag i begränsad utsträckning i samband med vård av personer 65 år och äldre. Det medför jämförelser inte kan göras på nationell nivå. Men indikatorn kan användas lokalt där registrering av primärkoder enligt KVÅ görs på ett korrekt sätt.

Utvecklingsområden för äldres rehabilitering

Socialstyrelsen har identifierat ett antal områden för indikatorutveckling för äldres rehabilitering. I bilaga 3 föreslås följande områden:

- främjande av patientdelaktighet
- proaktiv och tillgänglig vård
- minskad läkemedelsrelaterad sjuklighet
- sammanhållen vård och omsorg
- kompetensutveckling och – försörjning
- styrning mot sammanhållen vård och omsorg
- verktyg och processer för informationsdelning
- information om vårdutbud.

Utvecklingsindikatorer

Socialstyrelsen presenterar i detta avsnitt förslag till utvecklingsindikatorer för området rehabilitering av äldre (numrerade 1u-9u). Indikatorerna är klassificerade som utvecklingsindikatorer eftersom underliggande datakällor inte håller tillräckligt hög kvalitet för att kunna testa och publicera indikatorerna.

Strukturindikatorer

1u. Användningen av nationella beskrivningssystem hos kommuner i samband med samverkan med andra vård- och omsorgsgivare inom området rehabilitering för personer 65 år och äldre (Ja/Nej)

Datakälla: Enkät till kommuner

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun

Riktning: Det är eftersträvansvärt att kommunen och dess samverkanspartner använder samma beskrivningssystem.

Beskrivning

Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) syftar till att skapa ett gemensamt språk som beskriver hälsa och hälso-relaterade tillstånd för att förbättra kommunikationen mellan olika användare [21]. Syftet med indikatorn är att beskriva förutsättningarna för samverkan mellan kommunerna och deras samverkanspartner, exempelvis landsting och

vård- och omsorgsgivare. Med ett gemensamt klassifikationssystem finns goda förutsättningar för kommunikation och förståelse mellan olika organisationer och professioner. Det säkerställer att begrepp inom området tolkas på samma sätt av de parter som är involverade i rehabiliteringen, vilket är en förutsättning för en rehabiliteringsprocess. Indikatorn beskriver förbättringsområdet verktyg och processer för informationsdelning.

2u. Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser, med inriktning rehabilitering, där insatserna utgår från en upprättad rehabiliteringsplan

Datakälla: Enkät till kommunerna

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

Indikatorn beskriver förutsättningarna för kommunernas planering inom rehabilitering för äldre. En rehabiliteringsplan är en vård- och omsorgsplan som beskriver den enskilde äldres rehabiliteringsinsatser och målsättningen med insatserna. Dokumentationen är viktig för att möjliggöra samverkan mellan huvudmän och information om den enskilde äldres behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst ska överföras mellan enheter inom den vården och omsorgen. Det förutsätter dock att det inte finns sekretesshinder (SOSFS 2005:27).

Att det finns en rehabiliteringsplan med information som är möjlig att dela skapar ökade förutsättningar att arbeta över och mellan hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och socialtjänstlagen (2001:453). Planen skapar även förutsättningar för rehabiliteringsprocessen och den enskilda äldres delaktighet. Indikatorn beskriver förbättringsområdet verktyg och processer för informationsdelning.

Processindikatorer

3u. Andel (%) personer 65 år och äldre med en upprättad rehabiliteringsplan där planen följts upp minst en gång under de senaste sex månaderna

Datakälla: Enkät till kommunerna

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

Rehabiliteringsplanen ska beskriva rehabiliteringen och målsättningen med insatserna. Planen är viktig för att kunna utvärdera de genomförda insatserna i relation till de mål som satts upp. När insatserna fortgår en längre tid är det viktigt att följa upp rehabiliteringsplanen och se om insatserna behöver ändras för att bättre passa den äldres behov. Indikatorn beskriver rehabiliteringsprocessen.

4u. Andel (%) av rehabiliteringsplanerna för personer 65 år och äldre som är utformade som en samordnad individuell vårdplan (SIP)

Datakälla: Enkät till kommunerna

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

En samordnad individuell plan (SIP) förutsätter att den enskilde ger sitt samtycke. Insatserna i planen målsätts utifrån den enskilde äldres behov. De insatser som dokumenteras i planen utgörs även av insatser som utförs av andra huvudmän inom vård och omsorg [22]. Syftet med indikatorn är att beskriva möjligheten till en sammanhållen rehabiliteringsprocess eftersom en SIP bidrar till sådana förutsättningar. Utvecklingsindikatorn beskriver även styrning mot sammanhållen vård och omsorg samt verktyg för informationsdelningen.

Resultatindikatorer

5u. Andel (%) av de äldre som vid uppföljningstillfället förbättrat sitt utförande

6u. Andel (%) av de äldre som vid uppföljningstillfället totalt sett är mer tillfredsställda med utförandet

Datakälla: Kvalitetsregistret Senior Alert

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

Utvecklingsindikatorerna utgår från bedömningsinstrumentet Canadian Occupational Performance Measure (COPM). Bedömningsinstrumentet kommer att ingå i kvalitetsregistret Senior Alert från och med 2015. COPM är ett individanpassat bedömningsinstrument som mäter de äldres uppfattning av utförande av olika aktiviteter som de genomför över tid. Instrumentet mäter förändringar av hur den äldre upplever det egna utförandet och tillfredsställelsen av utförandet över tid. Instrumentet bygger på en skattning i samband med att individen först får rehabiliterande insatser. Individen skattar då olika aktivitetens betydelse, sitt utförande samt sin tillfredsställelse med utförandet. Därefter ställs skattningen mot en uppföljning där samma aktiviteter skattas igen, enligt en skala med tio olika steg [23]. Syftet med utvecklingsindikatorerna är att beskriva förändringen av det totala utförandet och tillfredsställelsen mellan det första skattningstillfället och uppföljningstillfället. Målsättningen är att den enskilde ska förbättrat sitt utförande och känna sig mer tillfreds med det.

Indikatorerna beskriver att insatserna är kontext- och resursberoende samt rehabiliteringsprocessen. Indikatorn beskriver förbättringsområdena patientdelaktighet och verktyg och processer för informationsdelning.

7u. Andel (%) hemtjänsttagare 65 år och äldre med bibehållen eller förbättrad självskattad hälsa

Datakälla: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, Socialstyrelsen

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

Utvecklingsindikatorn är tänkt som ett komplement till den tidigare indikatorn om övergripande förändring av självskattad hälsa på gruppnivå. Syftet är att belysa hur stor andel av de äldre med hemtjänst som har förbättrat eller haft en oförändrad självskattad hälsa från ett undersökningsår till ett annat.

Resultatet kommer att kunna presenteras om det blir möjligt att följa enskilda äldre mellan olika undersökningsår i den nationella enkätundersökningen *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*. Målsättningen är att hemtjänsttagarnas självskattade funktionsförmåga ska bibehållas eller förbättras. Indikatorn beskriver områdets kontext och resursberoende samt kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

8u. Förändring av självskattad rörelseförmåga för hemtjänsttagare 65 år och äldre

Datakälla: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, Socialstyrelsen

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet.

Riktning: En positiv förändring är eftersträvansvärd

Beskrivning

Den självskattade rörelseförmågan visar de äldres syn på sin förmåga att förflytta sig. En låg självskattad rörelseförmåga kan innebära ett större behov av stöd och hjälp. Genom att följa förändringen av rörelseförmågan på gruppnivå går det att följa kommunernas övergripande arbete med rehabilitering. Indikatorn beskriver områdets kontext- och resursberoende samt kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

9u. Andel (%) hemtjänsttagare 65 år och äldre med bibehållen eller förbättrad självskattad rörelseförmåga

Datakälla: *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*, Socialstyrelsen

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun, verksamhet och enhet

Riktning: En så hög andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt

Beskrivning

Utvecklingsindikatorn är tänkt som ett komplement till den tidigare utvecklingsindikatorn som beskriver förändringen av självskattad rörelseförmåga på gruppnivå.

Syftet med denna indikator är att beskriva hur stor andel av de äldre med hemtjänst som har förbättrat eller haft en oförändrad självskattad rörelseförmåga från ett undersökningsår till ett annat. Rörelseförmågan är en viktig aspekt för att enskilda äldre ska kunna bo kvar hemma med stöd av hemtjänsten. Resultatet kommer att kunna presenteras om det blir möjligt att följa enskilda äldre mellan olika undersökningsår i *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?* samt när samma fråga om rörelseförmåga ställts i två undersökningar. Indikatorn visar hur de enskilda äldre uppfattar förändringen av den egna rörelseförmågan mellan två undersökningsår. Indikatorn beskriver om-

rådets kontext- och resursberoende samt kompetensutveckling och kompetensförsörjning.

Bakgrundsmått (a-c)

a. Antal platser på dagverksamhet med rehabiliterande inriktning, per 1 000 personer 65 år och äldre

Datakälla: Enkät till kommunerna

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun

Beskrivning

Måttet beskriver tillgången till platser i dagverksamheter som har en rehabiliterande inriktning för äldre. Den är tänkt att användas för att analysera andra resultat inom området och ska även belysa den faktiska tillgången till dagverksamheter.

b. Antal personer 65 år och äldre med beslut om kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser per legitimerad rehabiliteringspersonal

Datakälla: Saknas

Redovisningsnivå: Redovisningsnivån kommer att påverkas av den tillgängliga datakällan.

Beskrivning

Måttet beskriver resurs- och kompetenstillgången inom den kommunala hälso- och sjukvården. Ett stort antal äldre per legitimerad rehabiliteringspersonal kan innebära att de äldre får sämre tillgång till sådan personal. Socialstyrelsen har tidigare samlat in information om tillgången till specifika yrkeskategorier, exempelvis arbetsterapeuter och sjuksköterskor. Dock framkom att flera enheter inte kan ange personaltillgången eftersom de köper tjänsterna av landstinget eller någon annan utförare [24]. SKL har personaluppgifter, men i den statistiken ingår uppgifter om både äldreomsorgen och omsorgen om personer med funktionsnedsättning. Det uppmärksammades i SOU 2009:25, *Samordnad kommunstatistik för styrning och uppföljning* – den så kallade Komstat-utredningen. Därför fick Statistiska centralbyrån (SCB) i uppdrag att ta fram personalstatistik som omfattar all personal i de verksamheter som finansieras av kommunerna.

c. Andel (%) personer 65 år och äldre med kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser

Datakälla: Registret över kommunal hälso- och sjukvård till äldre och personer med funktionsnedsättning, befolkningsstatistik

Redovisningsnivå: Riket, län, kommun

Beskrivning

Måttet speglar behovet av kommunala hälso- och sjukvårdsinsatser på kommunnivå, och kan användas för analyser av indikatorer. Dessutom kan kommunerna använda bakgrundsmåttet för att hitta andra kommuner med likartade förutsättningar inom kommunal hälso- och sjukvård.

Fortsatt indikatorutveckling

Socialstyrelsen kommer under 2015 att testa utvecklingsindikatorerna där så är möjligt. Testerna kan innebära att utvecklingsindikatorerna revideras. Därefter ska indikatorerna utvärderas i en förankringsprocess med berörda aktörer. Även de internationella exemplen på indikatorer från bilaga 3 ska utvärderas för att bedöma om delar kan översättas till en svensk kontext.

Socialstyrelsen har som deluppdrag i regeringsuppdraget Uppdrag inom hjälpmedelsområdet (S2014/4807/FST) att utveckla statistiken inom hjälpmedelsområdet (deluppdrag 6). Deluppdraget innefattar även indikatorutveckling, men är inte avgränsat till gruppen äldre. Resultaten kommer även att användas i Socialstyrelsen övriga uppdrag att utveckla indikatorer för beskrivningar av vården och omsorgen.

Referenser

1. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2014, Stockholm. Socialstyrelsen; 2014.
2. De mest sjuka äldre – Avgränsning av gruppen, Stockholm. Socialstyrelsen; 2011.
3. Sökord ”Rehabilitering”, Socialstyrelsens termbank. Socialstyrelsen; 2014.
4. Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering, Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna; 2011.
5. Modell för Socialstyrelsens kunskapsstyrning- Rapport från ett utvecklingsprojekt 2013, Stockholm. Socialstyrelsen; 2014.
6. Handbok för effektivitetsanalyser - För god hälsa, vård och omsorg. Stockholm. Socialstyrelsen; 2013.
7. Handbok för utveckling av indikatorer - För god vård och omsorg, Stockholm. Socialstyrelsen; 2014.
8. Handbok för utveckling av indikatorer - För god vård och omsorg, Stockholm. Socialstyrelsen; 2014.
9. Samverkan i re/habilitering en vägledning, Stockholm. Socialstyrelsen; 2008.
10. Stroke och TIA Riksstroke årsrapport 2013. Riksstroke; 2014 .
11. Indikatorbeskrivning för Multidisciplinär hemrehabilitering efter stroke, Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
12. Indikatorbeskrivning för ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke, Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
13. Indikatorbeskrivning för IADL-oberoende 12 månader efter stroke. Socialstyrelsens indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
14. Indikatorbeskrivning för Nöjdhet med rehabilitering efter stroke 3 månader efter stroke. Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
15. Indikatorbeskrivning för Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke, Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
16. Indikatorbeskrivning för ADL-oberoende 12 månader efter stroke (effektivitet), Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
17. Indikatorbeskrivning för Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke (effektivitet), Socialstyrelsen indikatorbibliotek. Socialstyrelsen; 2014.
18. Äldres rehabiliteringsbehov i hemmiljö, Stockholm. Socialstyrelsen; 2001.
19. Ättestupa eller folkhälsomål – Ett manifest för alla äldre medborgares rätt till specifik rehabilitering, Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter och Fysioterapeuterna; 2011.
20. Att arbeta med äldres rehabilitering - Arbetsterapeuter och sjukgymnaster om sitt arbete med äldre, Stockholm. Socialstyrelsen; 2003
21. Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, Stockholm. Socialstyrelsen; 2003.

22. Sökord "Samordnad individuell plan", Socialstyrelsen termbank. Socialstyrelsen; 2014.
23. Canadian Occupational Performance Measure – Svensk version, Mary Law med flera, Nacka. Förbundet Sveriges Arbetsterapeuter; 2006.
24. Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2012 – underlag till öppna jämförelser och Äldreguiden 2013, Stockholm. Socialstyrelsen; 2013.

Bilaga 1- Tabellbilaga

Tabell 1. Förändring (%) i självskattat hälsotillstånd inom äldreomsorgen mellan åren 2013 och 2014, uppdelat på län.

Län	Förändring
Norrbottn	8,88
Jönköping	4,71
Södermanland	1,59
Västmanland	1,47
Jämtland	1,39
Gävleborg	1,15
Uppsala	1,14
Västerbotten	0,86
Värmland	0,86
Stockholm	0,50
Västra Götaland	0,09
Blekinge	-0,04
Kalmar	-0,11
Skåne	-0,21
Östergötland	-0,27
Örebro	-0,99
Västernorrland	-1,25
Dalarna	-1,69
Halland	-1,95
Kronoberg	-2,58
Gotland	-3,17

Källa: Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?, Socialstyrelsen.

Tabell 2. Olika typer av rehabilitering enligt NordDRG.

DRG	Typ av rehabilitering
W34N	Rehab vid stroke. Totalt beroende av hjälp vid förflyttning
W33N	Rehab vid stroke. Beroende av förflyttningshjälpmedel och hjälp med personlig hygien
W32N	Rehab vid stroke. Problem med personlig hygien
W31N	Rehab vid stroke. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W30N	Rehab vid stroke UNS
W36N	Rehab vid demyeliniserande sjd. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W35N	Rehab vid demyeliniserande sjd UNS
W39N	Rehab vid ryggmärgsproblem, problem vid förflyttning och födointag
W38N	Rehab vid ryggmärgsproblem. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W37N	Rehab vid ryggmärgsproblem UNS
W41N	Rehab vid hjärnskada. Beroende av hjälp vid förflyttning
W40N	Rehab vid hjärnskada UNS
W43N	Rehab vid hjärntumör. Beroende av förflyttningshjälpmedel

DRG	Typ av rehabilitering
W42N	Rehab vid hjärntumör UNS
W45N	Rehab vid annat neurologiskt problem. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W44N	Rehab vid annat neurologiskt problem UNS
W47N	Rehab vid hjärt- lungproblem. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W46N	Rehab vid hjärt- lungproblem UNS
W52N	Rehab vid bindvävssjd, med avförings- och urineringsproblem.
W51N	Rehab vid bindvävssjd, med urineringsproblem.
W50N	Rehab vid bindvävssjd, med avföringsproblem
W49N	Rehab vid bindvävssjd. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W48N	Rehab vid bindvävssjd UNS
W55N	Rehab vid annat trauma, med urineringsproblem.
W54N	Rehab vid annat trauma. Gångproblem
W53N	Rehab vid annat trauma UNS
W57N	Rehab vid amputation. Beroende av förflyttningshjälpmedel
W56N	Rehab vid amputation UNS
W62N	Rehab av annat skäl, med interaktions- och urineringsproblem
W61N	Rehab av annat skäl, med urineringsproblem
W60N	Rehab av annat skäl. Interaktionsproblem
W59N	Rehab av annat skäl. Gångproblem
W58N	Rehab av annat skäl UNS
X56O	Protesutprovning eller kontroll, besök

Källa: NordDRG, Socialstyrelsen

Tabell 3. Vanligaste diagnoserna för personer 65 år och äldre på treställig nivå vid teamrehabilitering i specialiserad öppenvård. 2012-2013.

Huvuddiagnos	Antal vårdtillfällen
Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom	593
Parapares och tetrapares	221
Kronisk ischemisk hjärtsjukdom	202
Cerebral infarkt	159
Seropositiv reumatoid artrit	143
Inflammatorisk polyneuropati	74
Annan reumatoid artrit	67
Andra sjukdomar i ryggmärgen	60
Ateroskleros	53
Gångrubbingar och rörelserubbningar	51
Somatoforma syndrom	47
Intrakraniell skada	42
Ej insulinberoende diabetes	41
Hjärnblödning	36
Anginösa bröstsmärtor	28
Parkinsons sjukdom	26
Sekundär malign tumör med andra lokalisationer	24
Andra spondylopatier	24
Annan artrit	23

Huvuddiagnos	Antal vårdtillfällen
Andra artroser	21
Fraktur på lårben	20
Andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes	19
Förvärvad avsaknad av extremitet	19
Muskuloskeletala sjukdomar efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes	16
Ryggvärk	15
Sena effekter av polio	14
Andra ryggsjukdomar som ej klassificeras annorstädes	14
Andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom	13
Multipel skleros	12
Smärtor från buk och bäcken	11

Källa: Patientregistret och NordDRG, Socialstyrelsen.

Bilaga 2 – Indikatorbeskrivningar

Socialstyrelsen förslag utifrån befintliga indikatorer

Multidisciplinär hemrehabilitering efter stroke

Mått

Andel strokepatienter som i samband med utskrivning från sjukhus till eget boende får strokeinriktad hemrehabilitering i landstingets regi.

Område

Stroke

Syfte

Indikatorn mäter andelen strokepatienter som i samband med utskrivning från sjukhus till eget boende får strokeinriktad hemrehabilitering i landstingets regi. I landstingets regi innebär att landstinget finansierar och ansvarar för rehabiliteringen. Strokeinriktad hemrehabilitering är en vårdform som riktar sig till patienter med lindriga eller måttliga symtom efter stroke. Insatsen ska ges av ett multidisciplinärt rehabiliteringsteam med specialistkompetens inom strokevård.

En läkare ska vara kopplad till teamet. Strokeinriktad hemrehabilitering har visat sig ge vinster, bland annat ökar patienternas förmåga att klara sig självständigt i hemmet och vårdtiderna på sjukhus kortas. Vårdformen har hög prioritet (3 av 10) i de nationella riktlinjerna.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Processindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data

Teknisk beskrivning

Täljare

Antal patienter som fått hemrehabilitering i landstingets regi.

Nämnare

Antal patienter registrerade i Riks-Stroke som skrivits ut från sjukhus efter stroke och är bosatta i ordinärt (eget) boende.

Diagnos	Diagnoskod – ICD 10
Hjärnblödning	I61
Cerebral infarkt	I63
Akut cerebrovaskulär sjukdom ej specificerad som blödning eller infarkt	I64

Den geografiska fördelningen har skett utifrån patienternas hemortslandsting. Det innebär att även vård på sjukhus i annat landsting redovisas på hemortslandstinget.

Datakällor

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Geografiska förutsättningar kan försvåra för vissa landsting att erbjuda strokeinriktad rehabilitering i hemmet. Driftsformer för rehabilitering kan se olika ut i olika delar av landet vilket också påverkar utfallet för denna indikator.

ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke

Mått

Andel ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke.

Område

Övergripande hälso- och sjukvård; Stroke; Rehabilitering; Habilitering; Hemsjukvård & hälso- och sjukvård enligt HSL 18 § (kommun).

Syfte

Indikatorn mäter andelen ADL-oberoende 3 respektive 12 månader efter stroke. Indikatorn är ett viktigt mått på kvalitet dels vid det akuta omhändertagandet på till exempel sjukhus och i särskilda boenden, dels i den efterföljande rehabiliteringen.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Resultatindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning

Täljare

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att de är ADL-oberoende:

- 3 månader efter stroke (C05)

- 12 månader efter stroke (C05b).

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 3 respektive 12 månader efter stroke och som besvarat frågorna om ADL-förmåga vid båda uppföljningstillfällena.

Med ADL-oberoende avses att personen helt på egen hand klarar toalettbesök eller av- och påklädning.

För att öka jämförbarheten mellan kommunerna, och därigenom skapa en mer korrekt bild av variationen i riket, har hänsyn tagits till personernas ålder. Justering har skett med direkt åldersstandardisering där rikets fördelning i åldrarna 20-64 år, 65-79 år och 80-år för nämnaren har använts som standardpopulation. Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Indikatorns utveckling över tid kan påverkas av förändrad täckningsgrad i registret.

IADL-oberoende 12 månader efter stroke

Mått

Andel IADL-oberoende 12 månader efter stroke.

Område

Område: Övergripande hälso- och sjukvård; Stroke; Rehabilitering; Habilitering; Hemsjukvård & hälso- och sjukvård enligt HSL 18 § (kommun).

Syfte

Indikatorn mäter andelen IADL-oberoende 12 månader efter stroke. Indikatorn är ett viktigt mått på kvalitet dels vid det akuta omhändertagandet på till exempel sjukhus och i särskilda boenden, dels i den efterföljande rehabiliteringen.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Resultatindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning**Täljare**

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att de är IADL-oberoende 12 månader efter stroke.

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 12 månader efter stroke och som besvarat frågorna om IADL-förmåga.

Med IADL-oberoende avses att personen helt på egen hand klarar att handla mat, städa och tvätta. För att öka jämförbarheten mellan kommunerna, och därigenom skapa en mer korrekt bild av variationen i riket, har hänsyn tagits till personernas ålder. Justering har skett med direkt åldersstandardisering där rikets fördelning i åldrarna 20-64 år, 65-79 år och 80-w år för nämnaren har använts som standardpopulation.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

I indikatorn har ingen hänsyn gjorts till om personerna var IADL-oberoende före insjuknandet i stroke. Indikatorn avser endast personer som varit ADL-oberoende för insjuknandet vilket i viss mån tar hänsyn till personernas funktionsnedsättning före stroke.

Nöjdhet med rehabilitering efter stroke 3 månader efter stroke

Mått

Andel som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter stroke 3 månader efter stroke.

Område

Område: Övergripande hälso- och sjukvård; Stroke; Rehabilitering; Habilitering; Hemsjukvård & hälso- och sjukvård enligt HSL 18 § (kommun).

Syfte

Indikatorn mäter andelen som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter stroke 3 månader efter stroke. Indikatorn är ett viktigt mått på kvalitet avseende rehabilitering efter sjukhusvistelsen.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Resultatindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning**Täljare**

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att de är nöjda eller mycket nöjda med rehabiliteringen efter stroke 3 månader efter stroke.

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 3 månader efter stroke och som i frågan om nöjdhet med rehabiliteringen efter utskrivning från sjukhus uppgett att de hade behov av rehabilitering eller träning.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Personens förväntningar på rehabiliteringen efter insjuknandet kan påverka indikatorns utfall. Det finns risk att indikatorn inte bara mäter nöjdhet utan påverkas av om personen är nedstämd eller är nöjd eller missnöjd med andra delar av vården och omsorgen.

Rörlighet 3 respektive 12 månader efter stroke**Mått**

Andel personer som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning 3 respektive 12 månader efter stroke.

Område

Område: Övergripande hälso- och sjukvård; Stroke; Rehabilitering; Habilitering; Hemsjukvård & hälso- och sjukvård enligt HSL 18 § (kommun).

Syfte

Indikatorn mäter andelen personer som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning 3 respektive 12 månader efter stroke. Indikatorn är ett viktigt mått på kvaliteten avseende rehabiliteringen efter stroke.

Riktning

En så låg andel (%) som möjligt är eftersträvarvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Resultatindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning**Täljare**

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att de får hjälp av annan person vid förflyttning:

- 3 månader efter stroke (C07)
- 12 månader efter stroke (C07b).

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som finns registrerade i Riks-Stroke 3 respektive 12 månader efter stroke och som besvarat frågan om rörlighet vid båda uppföljningstillfällena.

För att öka jämförbarheten mellan kommunerna, och därigenom skapa en mer korrekt bild av variationen i riket, har hänsyn tagits till personernas ålder.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Indikatorns utveckling över tid kan påverkas av förändrad täckningsgrad i registret.

ADL-oberoende 12 månader efter stroke (effektivitetsmått)**Mått**

Kostnad för strokevård per antal personer som var ADL-oberoende 12 månader efter stroke.

Område

Område: Övergripande hälso- och sjukvård; Stroke; Rehabilitering; Habilitering; Hemsjukvård & hälso- och sjukvård enligt HSL 18 § (kommun).

Syfte

Indikatorn mäter landstingens och kommunernas samlade effektivitet i det akuta omhändertagandet och i rehabiliteringen under och efter sjukhusvistelsen. Indikatorn är ett försök

till att mäta effektiviteten i vården och omsorgen av personer som insjuknat i stroke.

Riktning

En så hög effektivitet som möjligt är eftersträvarvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Effektivitetsindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning

Täljare

Landstingens kostnader för strokevård (slutenvård) plus kommunernas kostnader för strokevård.

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att de var ADL-oberoende före insjukandet i stroke och 12 månader efter stroke.

Med ADL-oberoende avses att personen helt på egen hand klarar toalettbesök eller av- och påklädning. Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

DRG, Register socialtjänst samt Patientregistret, Socialstyrelsen. Kommunernas räkenskapsammandrag, SCB Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Landstingens primärvårds och öppenvårds kostnader är inte inkluderade vilket gör att strokevårdens totala kostnader är underskattade. Kostnaderna för både landstingen (slutenvård) och kommunerna är beräknade och kan skilja från de faktiska kostnaderna. Ingen hänsyn tas till ålder, kön eller stroke svårighetsgrad.

Tillgodosett behov av rehabilitering 12 månader efter stroke (effektivitetsmått)

Mått

Kostnad för strokevård per antal personer som uppgett att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett 12 månader efter stroke.

Område

Övergripande hälso- och sjukvård;Stroke; Rehabilitering;Habilering.

Syfte

Indikatorn mäter den samlade effektiviteten i kommunernas och landstingens insatser för rehabilitering när personen har skrivits ut från sjukhuset. Indikatorn är ett försök till att mäta effektiviteten i vården och omsorgen av personer som insjuknat i stroke.

Riktning

En så hög effektivitet som möjligt är eftersträvarvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Effektivitetsindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data.

Teknisk beskrivning

Täljare

Landstingens kostnader för strokevård (slutenvård) plus kommunernas kostnader för strokevård.

Nämnare

Antal personer 20 år och äldre som uppgett att deras behov av rehabilitering är helt tillgodosett 12 månader efter stroke.

Den geografiska fördelningen har skett utifrån personens hemkommun.

Datakällor

DRG, Register socialtjänst samt Patientregistret, Socialstyrelsen. Kommunernas räkningsrapportering, SCB Nationella kvalitetsregistret för stroke, Riks-Stroke.

Felkällor

Landstingens primärvårds och öppenvårds kostnader är inte inkluderade vilket gör att strokevårdens totala kostnader är underskattade. Kostnaderna för både landstingen (slutenvård) och kommunerna är beräknade och kan skilja från de faktiska kostnaderna. Ingen hänsyn tas till ålder, kön eller stroke svårighetsgrad. Personens förväntningar på rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen kan påverka indikatorns utfall.

Socialstyrelsen förslag till nya indikatorer

Förändring av självskattad hälsa för hemtjänstagare 65 år och äldre

Mått

Förändring av självskattad hälsa för hemtjänstagare 65 år och äldre.

Område

Socialtjänst, rehabilitering.

Syfte

Indikatorn ska spegla kommunernas övergripande hälsofrämjande arbete samt kommunens rehabilitering för hemtjänstagare 65 år och äldre.

Riktning

En ökning av den självskattade hälsan mellan två undersökningsår är eftersträvarvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Resultatindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data

Teknisk beskrivning

I beräkningen ger svaret "Mycket gott" 4 poäng, "Ganska gott" 3 poäng, "Någorlunda" 2 poäng, "Ganska dåligt" 1 poäng och "Mycket dåligt" 0 poäng.

Täljare

Genomsnittligt antal poäng per hemtjänstagare för det aktuella året.

Nämnare

Genomsnittligt antal poäng per hemtjänstagare för det år det aktuella året jämförs mot.

Datakällor

Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?

Felkällor

I undersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen finns ett bortfall i målpopulationen. Bortfallet kan påverka resultatet.

Rehabilitering utifrån rehabiliteringsplan för personer 65 år och äldre

Mått

Andel personer 65 år och äldre som får rehabilitering inom slutenvården där insatserna utgår från en rehabiliteringsplan

Område

Hälso- och sjukvård, rehabilitering.

Syfte

Indikatorn ska beskriva förutsättningarna för att bedriva rehabilitering som utgår från en rehabiliteringsplan. Rehabiliteringsplanen skapar förutsättningar för samordning samtidigt som rehabiliteringsplanen skapar förutsättningar till att insatser anpassas efter den enskil-

des behov.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Processindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data

Teknisk beskrivning**Täljare**

Samtliga personer med vårdtillfällen med angivna åtgärds-koder samt koden för rehabilitering utifrån rehabiliteringsplan DV094.

Nämnare

Samtliga personer med följande angivna åtgärds-koder W34N, W33N, W32N, W31N, W30N, W36N, W35N, W39N, W38N, W37N, W41N, W40N, W43N, W42N, W45N, W44N, W47N, W46N, W52N, W51N, W50N, W49N, W48N, W55N, W54N, W53N, W57N, W56N, W62N, W61N, W60N, W59N, W58N, X56O.

Datakällor

Patientregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Kodningen i patientregistret är inte fullständig, vilket kan påverka resultatet.

Teamrehabilitering i specialiserad öppenvård

Mått

Andel (%) personer 65 år och äldre som fått teamrehabilitering inom den specialiserade öppenvården för utvalda diagnoser.

Område

Hälso- och sjukvård. Rehabilitering.

Syfte

Indikatorn beskriver förekomsten av teamarbete för utvalda diagnoser för personer 65 år och äldre.

Riktning

En så stor andel (%) som möjligt är eftersträvansvärt.

Målvärde

Saknas

Typ av indikator

Processindikator

Indikatorns status

Indikator med befintlig data

Teknisk beskrivning

De diagnoser på treställig nivå som ingår är följande:

senare effekter av cerebrovaskulär sjukdom, parapares och tetrapares, kronisk ischemisk hjärtsjukdom, cerebral infarkt, seropositiv reumatoid artrit, inflammatorisk polyneuropati, annan reumatoid artrit, andra sjukdomar i ryggmärgen, ateroskleros, gångrubbningar och rörelserubbningar, somatoforma syndrom, intrakraniell skada, ej insulinberoende diabetes, hjärnblödning, anginösa bröstsmärtor, parkinsons sjukdom, sekundär malign tumör med andra lokalisationer, andra spondylopatier, annan artrit, andra artroser, fraktur på lårben, andra sjukdomstillstånd i mjukvävnader som ej klassificeras annorstädes, förvärvad avsaknad av extremitet, muskuloskeletala sjukdomar efter kirurgiska och medicinska ingrepp som ej klassificeras annorstädes, ryggvärk, senare effekter av polio, andra ryggsjukdomar som ej klassificeras annorstädes, andra psykiska störningar orsakade av hjärnskada, cerebral dysfunktion eller kroppslig sjukdom, multipel skleros, smärtor från buk och bäcken

Täljare

Antal personer 65 år och äldre med utvalda diagnoser som fått teamrehabilitering.

Nämnare

Antal personer 65 år och äldre med utvalda diagnoser.

Datakällor

NordDRG, Patientregistret, Socialstyrelsen.

Felkällor

Kodningen i patientregistret är inte fullständig, vilket kan påverka resultatet.

Varför är äldre på akuten?

Beskrivning av äldres besök vid sjukhusbundna
akutmottagningar

Citera gärna ur rapporten,
men ange alltid källa

© Health Navigator
www.healthnavigator.se

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	4
1 Bakgrund	6
2 Syfte	7
3 Metod	8
3.1 Kvalitativa intervjuer	8
3.2 Litteraturgranskning	8
3.3 Identifiering av orsaker och förbättringsområden	8
4 Begrepp och definitioner	9
4.1 Undvikbara och onödiga?	9
4.2 Förebyggbarhet	10
5 Beskrivning av äldres akutbesök	13
5.1 Omfattning och karakteristika	13
5.2 Vanligaste sökorsak bröstsmärta och andnöd	14
5.3 Äldre med omsorgsinsatser skrivs oftare in efter akutbesök	14
5.4 Olika uppskattningar kring undvikbara akutbesök och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå	15
6 Patientens upplevelse och roll	16
6.1 Låg hälsolitteracitet och låg grad av involvering	16
6.2 Bristande förtroende för primärvården och omsorgen	17
6.3 Oro, ångest och otrygghet	18
6.4 Sviktande kognition	18
7 Förbättringsområden för att förebygga äldres akutbesök	19
7.1 Faktorer i den faktiska vård och omsorg som ges till patienten	19
7.2 Förutsättningar i organisation och styrning	22
8 Mått, modeller och utvecklingsområden	25
8.1 Exempel på internationellt använda metoder och tillvägagångsätt	25
8.2 Diskussion kring behov av indikatorutveckling	28
Litteraturförteckning	31

Förord

Äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar är ett viktigt område där det finns behov av ökad kunskap. Ambitionen med denna rapport är att ge en tydligare bild av äldres akutbesök. Avsikten är också att rapporten ska fungera som underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete inom området särskilt vad gäller utveckling av indikatorer. Arbetet har genomförts av Health Navigator AB på uppdrag av Socialstyrelsen.

Resultaten presenteras bland annat i form av åtta förbättringsområden för vården och omsorgen. Endiskussion om fortsatt indikatorutveckling förs också. Rapporten är i huvudsak baserad på en omfattande litteraturgranskning av ett hundratal skriftliga rapporter och vetenskapliga artiklar. Ett tiotal intervjuer har genomförts med nationella och internationella experter inom äldre- och läkemedelsområdet.

Socialstyrelsen och Health Navigator vill rikta ett särskilt tack till samtliga experter som har bidragit med sin tid och erfarenhet: Agneta Brinne (Webbkollen), Anna Trink (Senior Alert), Anne Ekdahl (Landstinget i Östergötland), Catharina Sarlöv (Stockholms läns landsting), Eva Estling (Sveriges Kommuner och Landsting), Gunnar Öhlén (Stockholms läns landsting), Görel Sundbeck (Region Halland), Hanna Enblom (Aktiv Hälsostyrning), Katja Hakkarainen (Nordic School of Public Health), Lennart Minthon (BPSD-registret), Lillemor Lindwall (Karlstad Universitet), Maj Rom (Sveriges Kommuner och Landsting), Maria Eriksdotter (SveDem), Mikael Hoffman (NEPI), Peter de Smet (Holländska HARM-Wrestling Task Force), Sofia Jonsson (Sveriges Kommuner och Landsting), Tero Shemeikka (Stockholms läns landsting) och Ulf Bergman (Karolinska Institutet)

Stockholm, november 2014

Sammanfattning

Äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar står för betydande akuta resursinsatser och stort lidande. I Sverige och internationellt pågår ett flertal initiativ som syftar till att bättre förstå de bakomliggande orsakerna till äldres akutbesök och hur de kan förebyggas. Insatser för att förhindra äldres akutbesök kan antingen syfta till att förebygga akuta vårdbehov. Det kan också handla om att säkerställa att de äldre i så hög grad som möjligt behandlas på en ändamålsenlig vårdnivå – en vårdnivå som möter deras särskilda vårdbehov.

Det finns ett antal begrepp som är viktiga för diskussionen kring äldres akutbesök. Det saknas tydliga definitioner för vissa av dessa, till exempel för "undvikbara" respektive "onödiga" akutbesök eller inskrivningar. I denna rapport används genomgående undvikbara akuta tillstånd (orsakade av felaktig eller utebliven tidigare vård och/eller omsorg) istället för undvikbara akutbesök. Besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå (som skulle kunna ske på en annan högre eller lägre vårdnivå) används istället för onödiga akutbesök. I rapporten diskuteras också betydelsen av förebyggbarhet och påverkansbarhet samt betydelsen av när i tiden innan ett akutbesök förebyggande insatser ges.

I Sverige uppskattas det totala antalet besök vid de sjukhusbundna akutmottagningarna till cirka 2,1 miljoner årligen för personer 20 år och äldre. Omkring 49 procent av dessa – närmare en miljon – görs av personer över 60 år. Nästan hälften av dessa besök leder till en inskrivning i slutenvård. Den vanligaste orsaken till varför man söker sig till akuten är bröstsmärta och andnöd. Äldre personer med omsorgsinsatser skrivs oftare in efter akutbesök i jämförelse med de grupper som inte har olika typer av omsorgsinsatser.

Hur stor andel av äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som beror på undvikbara akuta tillstånd, eller som skulle kunna skett på en mer ändamålsenlig vårdnivå, är svårt att uppskatta. Bilden som den granskade litteraturen ger är heller inte entydig, utan variationen i de uppskattningar som görs är stor. Mycket talar emellertid för att någonstans runt en femtedel av äldres akutbesök hade varit möjliga att behandla i primärvården. Detta motsvarar cirka 150 000 akutbesök årligen.

Både litteraturen och intervjuade experter beskriver några faktorer som ökar risken för undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på en ändamålsenlig nivå. Vissa av dessa faktorer är kopplade till patienten. Det kan till exempel handla om patientens begränsade kunskap eller förståelse för egenvård (så kallad hälsolitteracitet), eller låg grad av involvering i sin vård och omsorg. Det kan också handla om att patienten har ett svagt förtroende för

primärvården och omsorgen, eller att patienten är orolig, har ångest, en nedsatt kognitiv förmåga eller känner sig otrygg.

Vi ser utifrån de analyser som gjorts några tydliga förbättringsområden för vården och omsorgen. Det finns här ett antal kritiska faktorer som påverkar risken för att äldre drabbas av undvikbara akuta tillstånd eller inte hamnar på en ändamålsenlig vårdnivå. Faktorerna återfinns i den faktiska vård och omsorg som ges till patienten, som exempelvis främjande av patientdelaktighet, proaktiv och tillgänglig vård, minskad läkemedelsrelaterad sjuklighet läkemedelsförskrivning, och sammanhållen vård och omsorg. Även förutsättningar inom ramen för organisation och styrning påverkar graden av äldres akutbesök. Det handlar exempelvis om kompetensutveckling och kompetensförsörjning, men även om styrning mot sammanhållen vård, verktyg och processer för informationsdelning samt information om vårdutbud.

För att studera och ytterligare förstå vad som behövs för att förebygga äldres akutbesök är det relevant att titta närmare på utvecklingen av mått och arbetsmodeller. Några relevanta modeller och indikatorer som kan nämnas är det amerikanska sjukförsäkringssystemet Medicare. Medicare har tagit fram en indikator kring potentiellt förebyggbara akutbesök. Ytterligare ett exempel är New York University Emergency Department (NYU ED) Algorithm som är en av de mer spridda metoderna. Denna metod används för att kategorisera besök utifrån undvikbarhet och besök som skulle kunna hanteras i primärvården. Holländska HARM - Wrestling Task Force har i sin tur utvecklat nationella mått för att minska potentiellt förebyggbara läkemedelsrelaterade besök och inskrivningar.

För att på sikt öka den samlade kunskapen kring äldres akutbesök är det angeläget att utveckla olika typer av indikatorer. Det är särskilt relevant att ta fram indikatorer inom ramen för de förbättringsområden som lyfts fram i denna rapport. En förutsättning för att indikatorer ska kunna utvecklas är tillgången till tillförlitliga datakällor. I dag finns stora utvecklingsbehov vad gäller såväl tillgänglighet av data som datakvalitet inom flera av de områden som belyses i rapporten.

1 Bakgrund

Äldres besök på sjukhusbundna akutmottagningar ökar. Utvecklingen är viktig att förstå för såväl äldre personer, personal inom vård och omsorg som för beslutsfattare. Gruppen sköra äldre är särskilt utsatt i detta sammanhang och däribland de så kallade mest sjuka äldre. Äldres akutvård kräver också stora resurser. SKL beskriver till exempel att en akut inskrivning för en multisjuk äldre kräver en resursinsats som motsvarar 56 läkarbesök i primärvården, 220 hemtjänsttimmar eller 38 dagar i ett korttidsboende (SKL, 2012).

Både i Sverige och internationellt pågår olika ansträngningar och initiativ som syftar till att öka förståelsen för orsakerna bakom äldres akutbesök och i vilken mån dessa går att förhindra. Några exempel som kan nämnas är:

- *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre* - Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Omfattar 4,3 miljarder kronor under mandatperioden 2010-2014. Målet är att genom ekonomiska incitament och riktade satsningar uppmuntra, stärka och intensivifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Bland annat medel för en fortsatt utbyggnad av nationella kvalitetsregister. (Socialdepartementet, 2014)
- Ett flertal lokala initiativ såsom Multi7 i Västerbottens läns landsting, ViSam i Regionförbundet Örebro och Linneaprojektet i Landstinget Kronoberg.
- Även internationellt diskuteras att äldre, framför allt med komplexa, behov inte får sina behov väl mötta inom akutvården (Cornwell, 2012)

Socialstyrelsen har för 2014 fått ett regeringsuppdrag att studera äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar. Uppdraget syftar till att öka kunskapen kring hur de mest sjuka äldres så kallade onödiga/undvikbara besök kan undvikas (Socialdepartementet, 2013). Denna rapport utgör ett av flera underlag för myndighetens arbete inom ramen för regeringsuppdraget.

2 Syfte

Denna rapport syftar till att:

- ge en översikt över äldres besök vid landets sjukhusbundna akutmottagningar, framför allt så kallade onödiga/undvikbara besök
- utgöra ett underlag för Socialstyrelsens fortsatta arbete inom området, bland annat arbetet med att utveckla relevanta indikatorer

Rapporten ska bidra till Socialstyrelsens arbete genom att beskriva äldres akutbesök och skapa en samlad bild av både svensk och internationell forskning kring hur stor andel av äldres besök som skulle kunna undvikas. Rapporten syftar även till att lyfta fram centrala förbättringsområden som kan ses inom vården och omsorgen – områden som särskilt påverkar risken för akutbesök bland äldre. Avsikten är dessutom att ge exempel på internationella modeller och indikatorer som har använts för att mäta och förstå äldres akutbesök. Målsättningen är slutligen att rapporten ska fungera som ett underlag för fortsatt indikatorutveckling på området.

3 Metod

I detta kapitel beskrivs de metoder som har använts i arbetet för att skapa en bättre bild av äldres besök vid landets sjukhusbundna akutmottagningar, samt orsaker och faktorer som påverkar dessa

Rapportens slutsatser bygger både på såväl intervjuer med nationella och internationella experter som på en litteraturgranskning. Nedan följer en mer detaljerad metodbeskrivning.

3.1 Kvalitativa intervjuer

Totalt 18 intervjuer genomfördes med nationella och internationella experter. Intervjuerna var cirka 40 minuter långa och skedde huvudsakligen per telefon. Samtliga intervjuer inleddes med öppna frågor kring äldres besök på akuten och vilka faktorer den intervjuade personen ser som särskilt viktiga. De öppna frågorna följdes av strukturerade frågor kring olika möjliga förklaringsfaktorer kopplade till intervjupersonens kunskapsområde, såsom upptäckt av tidig demens och läkemedelsbiverkningar.

3.2 Litteraturgranskning

För att kartlägga den befintliga kunskapen om äldres akutbesök genomfördes en granskning av relevant litteratur. Källor och studier föreslogs av Socialstyrelsen och intervjuade experter och litteratursökningar gjordes i PUBMED. Vi studerade även rapporter från internationella forskningsinstitut såsom Nuffield Trust, King's Fund, Cochrane Libraries, och IHI. Över 110 källor granskats inom ramen för denna rapport.

3.3 Identifiering av orsaker och förbättringsområden

Intervjumaterialet och den granskade litteraturen sammanställdes och analyserades. Identifierade orsaker och förbättringsområden grupperades i faktorer hos patienten, faktorer i den direkta vården av patienten samt faktorer som kan kopplas till organisation och styrning. Särskilt fokus riktades mot områden som betonades i både intervjuer och litteratur.

4 Begrepp och definitioner

I detta kapitel diskuteras och utvecklas några viktiga begrepp kring äldres besök på sjukhusbundna akutmottagningar.

Det finns ett antal begrepp som är viktiga för diskussionen kring äldres akutbesök. I detta kapitel beskrivs och diskuteras begreppen undvikbara besök och onödiga besök samt begreppet förebyggbarhet.

4.1 Undvikbara och onödiga?

Begreppen undvikbara och onödiga besök och inskrivningar förekommer ofta i diskussionen som rör hur man kan minska belastningen på landets akutmottagningar. Enhetliga definitioner av vad som kan betecknas som undvikbara respektive onödiga akutbesök eller inskrivningar saknas emellertid och begreppen kan tolkas på flera sätt. Det är till exempel vanligt med missförstånd kring indikatorn undvikbar slutenvård. Indikatorn används bland annat i uppföljningen av överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. (Socialdepartementet, 2014) Enligt Socialstyrelsens beskrivning kan begreppet "undvikbar" leda till ett felaktigt antagande om att alla vårdtillfällen som ingår i indikatorn går att förebygga. (Socialstyrelsen, 2014) Det framgår inte heller vem som bär ansvar eller när undvikbara besök ska förebyggas, förutom att båda huvudmännen har möjlighet att påverka utfallet. Också begreppet onödiga besök innebär utmaningar då det inte är klarlagt på vilket sätt besöket är onödigt eller för vem - för patienten, vårdgivaren på akutmottagningen, vårdgivaren i primärvården, personalen i hemtjänsten eller för någon annan?

I regeringsuppdraget framgår att Socialstyrelsen ska undersöka undvikbara och onödiga besök vid akutmottagningar. (Socialdepartementet, 2013) Mot bakgrund av behovet av att precisera innebörden i dessa begrepp används i denna rapport följande två begrepp: *undvikbara akuta tillstånd* och *besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå*.

4.1.1 Undvikbara akuta tillstånd

Ofta definieras undvikbara akutbesök som nödvändiga för individen då de inträffar, men orsakade av negativa effekter av tidigare vård och/eller omsorg. Det är relevant att resonera kring aspekter av denna definition.

Besöket är en följd av ett akut tillstånd hos patienten. Det är följaktligen det akuta tillståndet, snarare än besöket i sig, som är att betrakta som undvikbart. Det är också viktigt att förstå

vilka påverkbara faktorer som bidrar till undvikbarheten. I vissa fall kan adekvat vård eller omsorg ge negativa effekter som leder till akuta tillstånd och akutbesök. Dessa bör dock inte ses som undvikbara utan snarare som en effekt av en kalkylerad risk (exempelvis biverkningar av läkemedel trots helt adekvat och nödvändig behandling). Undvikbara negativa effekter skulle istället kunna sägas uppstå till följd av *felaktig* eller *utebliven* tidigare vård och/eller omsorg.

I denna rapport används därför begreppet *undvikbara akuta tillstånd* (orsakade av *felaktig* eller *utebliven* tidigare vård och/eller omsorg) istället för begreppet *undvikbara besök*.

4.1.2 Besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå

Onödiga besök likställs ofta med besök som inte är akut nödvändiga för individen och som hade kunnat tas omhand i andra delar av vården och/eller omsorgen. Bortsett från att detta är dokumenterat svårt att avgöra i enskilda fall, exempelvis gör läkare i primärvård och vid akutmottagningen ofta olika bedömning (Backman, 2010) så begränsar definitionen besöken till icke-akuta tillstånd. I en vidare bemärkelse innefattar besök som skulle kunna (eller borde) ske på annan vårdnivå även tillstånd som bör tas om hand på högre vårdnivå, exempelvis direktinskrivningar till en geriatrisk avdelning.

Ordet "onödig" har också en negativ klang som riskerar att väcka anstöt hos både patienter och vårdpersonal. I denna rapport används därför begreppet *besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå* (som skulle kunna ske på en annan högre eller lägre vårdnivå) istället för *onödiga besök*.

4.2 Förebyggbarhet

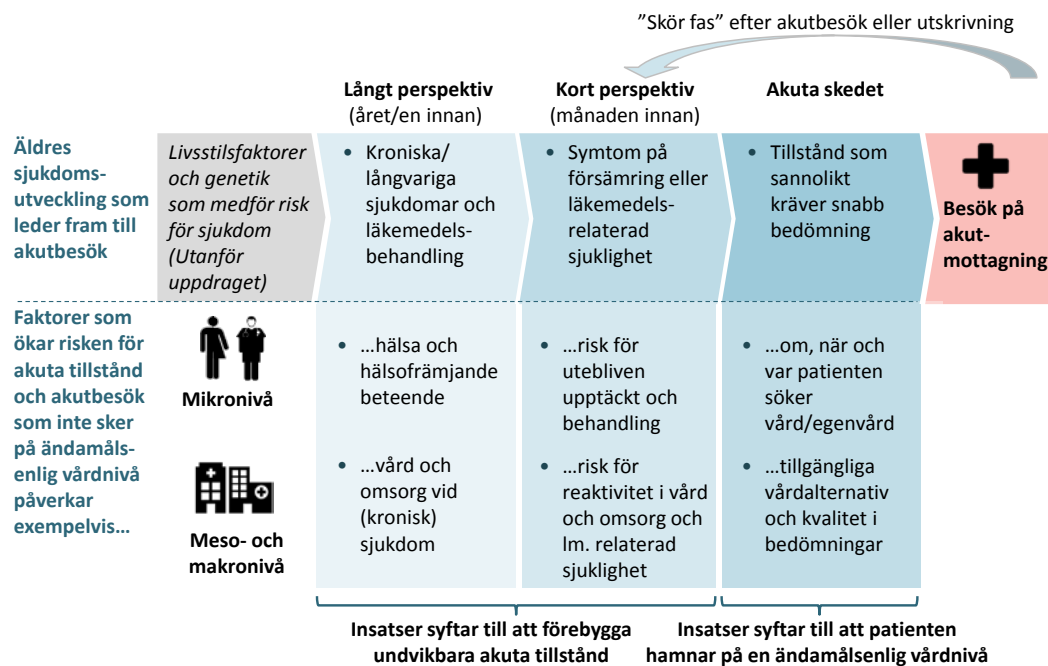
En viktig aspekt av diskussionen kring undvikbara tillstånd och akutbesök är förebyggbarhet. Graden av förebyggbarhet påverkas i hög grad av tidsaspekten.

Ett akut tillstånd som leder till ett akutbesök, föregås ofta av en längre sjukdomsutveckling eller riskökning. I det akuta skedet behövs ofta akutmottagningen för att möta vårdbehovet. Möjligheterna att förebygga det akuta besöket är begränsade. Om adekvata insatser istället hade satts in i ett tidigare skede, hade det sannolikt varit möjligt att förebygga det akuta besöket i betydligt större utsträckning.

Akutsjukvårdens resurser behövs till exempel när en äldre person faller och i samband med fallet drabbas av en höftfraktur. I det längre perspektivet hade frakturen möjligen kunnat förebyggas om lägenheten hade varit anpassad till den äldres behov, och om den äldre i ett tidigare skede hade fått en adekvat behandling för exempelvis benskörhet. Även i ett kortare perspektiv finns förebyggande åtgärder som kan användas för att minska risken för den typ av fallolyckor som beskrivs ovan. Det är till exempel möjligt för sjukvården eller omsorgen att uppmärksamma om den äldre som en bieffekt av blodtrycks- eller insomningsmedel, drabbas av tilltagande yrsel. Genom att vara uppmärksam på den äldre individens allmäntillstånd är det möjligt att i rätt tid anpassa den läkemedelsdosen eller behandlingen i syfte att undvika yrsel och i förlängningen fall.

I denna rapport används begreppet *förebyggbar* synonymt med begreppet *påverkansbar*. Detta eftersom insatser som påverkar och minskar risken för akutbesök även bidrar till att förebygga dem. Omvänt kan orsaker till akutbesök som inte går att påverka, inte heller ses som förebyggbara.

Modellen nedan sammanfattar tidsaspekten på förebyggbarhet. I modellen syns några exempel på faktorer som kan påverka risken för akuta tillstånd och besök i såväl det långa som i det korta perspektivet och även i det akuta skedet. I denna rapport används modellen för att beskriva områden där orsaker kan ses och där förbättringar i vissa fall borde vara möjliga.



Figur 1: Modell för tidsperspektivet på förebyggbarhet av äldres besök på akutmottagningen

Påverkansbara orsaker till äldres besök på sjukhusbundna akutmottagningar finns antingen hos patienten eller i vården och omsorgen eller hos dess aktörer. Vissa av dessa orsaker påverkar risken av att akuta tillstånd uppstår medan andra påverkar risken av att patienten omhändertaras på en vårdnivå som inte är ändamålsenlig. En tredje grupp orsaker påverkar båda dessa risker. I rapporten används modellen nedan för att beskriva patientens roll samt förbättringsområden i vården och omsorgen i kapitel sex och sju.

	Orsaker kopplade till patientens upplevelse och roll	Orsaker i vården och omsorgen och dess aktörer
Undvikbara akuta tillstånd	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis låg förmåga att hantera kroniska sjukdomar 	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis icke-individanpassad läkemedelsförskrivning
Överlappande	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis lågt förtroende för primärvård/omsorg 	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis otillräckligt sammanhållen vård och omsorg
Besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis bristande kännedom om hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad 	<ul style="list-style-type: none"> Exempelvis bristande information om vårdutbud

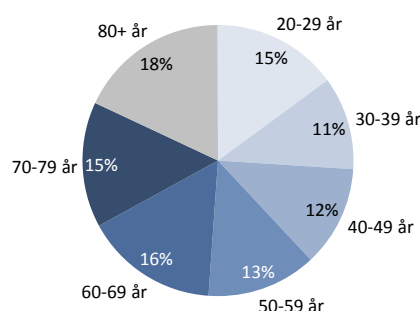
Figur 2: Modell för orsaker till äldres besök på sjukhusbundna akutmottagningar

5 Beskrivning av äldres akutbesök

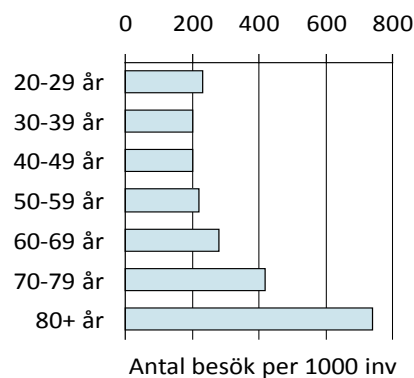
5.1 Omfattning och karakteristika

I Sverige finns omkring 70 sjukhusbundna akutmottagningar. Det nationella patientregistret (PAR) kan i nuläget inte användas för att följa besök på akutmottagningarna, något som försvårar kartläggning av dessa besök. Socialstyrelsen har 2013 uppskattat det totala antalet besök vid de sjukhusbundna akutmottagningarna för personer 20 år och äldre till cirka 2,1 miljoner årligen, varav omkring 49 procent, eller närmare en miljon, görs av personer över 60 år. (Se Figur 3) Närmare hälften av dessa besök leder till en inskrivning i slutenvård. Antalet akutbesök per invånare stiger med ökande ålder och personer över 80 år har närmare 750 besök per 1000 invånare per år (se Figur 4) (Socialstyrelsen, 2013) (SBU, 2013) (SCB, 2014)

Inga nationella uppskattningar finns tillgängliga i dagsläget, men i ett större landsting ses att antalet besök på sjukhusbundna akutmottagningar har ökat de senaste åren. Ökningen, sett till alla åldrar, har varit i genomsnitt 4,5 procent per år vilket är mer än befolkningsökningen på 1,9 procent per år. Ökningen beror både på att patienter besöker akutmottagning oftare och att en större andel av befolkningen besöker akuten. Denna utveckling ses samtidigt som andra mått visar att befolkningen generellt sett blivit allt friskare över tid. Patienter över 80 år står för tio procent av ökningen i besök och 20 procent av ökningen i antalet akuta inskrivningar. (SLL, 2013) Tendenserna av att antalet besök ökar snabbare än befolkningstakten ses i flera landsting. (Karlberg, Kjellström, & Torgerson, 2012; Englund, 2013)



Figur 3: Åldersfördelning i procent av akutbesök per åldersgrupp, Socialstyrelsen, 2013

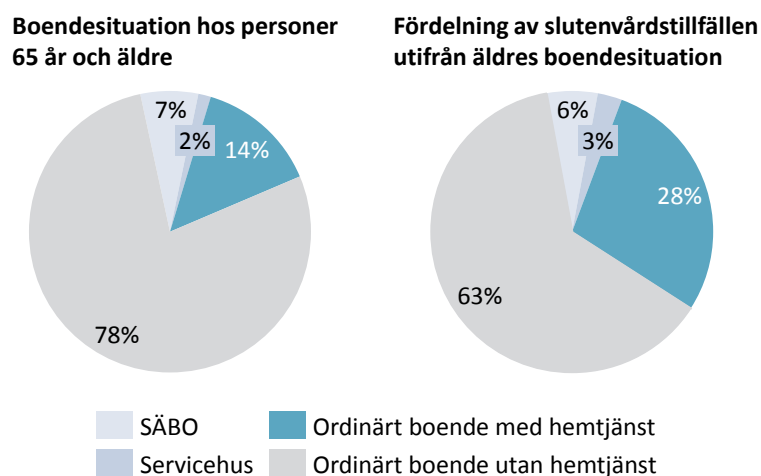


Figur 4: Antal besök vid sjukhusbundna akutmottagningar per 1000 invånare per åldersgrupp, Socialstyrelsen, 2013

5.2 Vanligaste sökorsak bröstsmärta och andnöd

Enligt en svensk studie av akutbesök är vanliga sökorsaker bland äldre bröstsmärta, andnöd, smärta i extremitet, yrsel och svindel. (Bielak, 2014) Detta är orsaker som kan kopplas till vanliga diagnoser bland äldre såsom hjärtsvikt, KOL, lunginflammation och urinvägsinfektion. Det vanligaste transportsättet till akutmottagning för samtliga akutbesökare, inklusive de under 65 år, är ambulans. (SKL, 2014) Intervjuer med äldre patienter som besöker en akutmottagning och återinskrivs inom 30 dagar efter föregående vårdtillfälle visar att närmare 80 procent beslutar sig för att åka till sjukhus på eget eller närståendes initiativ. (Webbkollen, 2014)

5.3 Äldre med omsorgsinsatser skrivs oftare in efter akutbesök



Figur 5: Omsorgsinsatser och antal slutenvårdstillfällen för personer 65 år och äldre, Stockholm stad/Stockholms läns landsting, 2012

Totalt 14 procent av den äldre befolkningen i Stockholms län bor i ordinärt boende med hemtjänst. Samtidigt står dessa för 28 procent av inskrivningarna på sjukhus efter besök på akutmottagning. Detta kan delvis förklaras av att gruppen som får hemtjänst är äldre och sjukare. Majoriteten av äldre bor hemma utan omsorgsinsatser från kommunen. En tiondel bor på särskilt boende (SÄBO) eller servicehus och 14 procent har någon form av hemtjänstinsats. Äldre på särskilt boende eller servicehus verkar inte vara överrepresenterade bland besökare på akuten (nio procent av akutbesök, nio procent av gruppen äldre).

I Sverige finns cirka 315 000 äldre som räknas till gruppen *Mest sjuka äldre*. (Socialstyrelsen, 2014) I gruppen ingår personer med omfattande sjukvård och/eller omsorg (Socialstyrelsen, 2011) Studier av gruppen visar att de besöker akutmottagningen lika ofta som de besöker läkare inom primärvården. (SKL, 2012) (SKL, 2013)

5.4 Olika uppskattningar kring undvikbara akutbesök och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå

Det finns ett antal studier med fokus på undvikbara akutbesök och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. Dessa studier har emellertid sällan ett uteslutande fokus på äldre individer. Genomförda studier använder en rad olika metoder och definitioner. Stor variation ses vad gäller storleken på den andel av äldres akutbesök som bedöms som antingen onödiga¹, icke-akuta², förebyggbara³ och akuta men möjliga att behandla inom primärvården⁴, beroende på metod och vilket hälso- och sjukvårdssystem som har granskats.

Två större meta-analyser på området visar en spridning av andelen besök som är att betrakta som icke-akuta, felaktiga eller undvikbara på mellan 4,8 och 90 procent. Samtidigt lyfter författarna att merparten av studierna visar en andel mellan 20 och 40 procent. (Vidal-Carret, 2009; Durand, 2011) Ett antal studier som har genomförts utifrån beräkningsmodellen New York University Emergency Department Algorithm pekar på att mellan 19 och 42 procent av alla besök kan anses vara akuta men möjliga att behandla inom primärvården. Mellan sex och sexton procent av besöken kan anses vara undvikbara. (Billings, Parikh, & Mijanovich, 2000; MCMCD, 2012; DeLia, 2006; Commonwealth of Massachusetts, 2012; Tsai, Chen, & Liang, 2011)

Flera forskare har med anledning av den stora spridning som ses i resultat, efterfrågat en mer robust metodologi och tydligare definitioner. (Nagree, 2011; Hayden, 2010)

I Sverige har få studier publicerats kring undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. Några olika datapunkter av intresse kan dock ses. Av Socialstyrelsens indikator undvikbar slutenvård framgår att äldre gör cirka 100 000 besök som leder till inskrivning, varav en del är att anse som undvikbara. (Socialstyrelsen, 2014) Ett av de större landstingen har identifierat att mellan tio och tjugo procent av besökare vid akutmottagningarna triageras till primärvården. I en större internationell enkät svarade 17 procent av tillfrågade äldre i Sverige som besökt akutmottagning att de skulle ha kunnat få behandling i primärvården om den varit tillgänglig. (Revisorerna Region Skåne, 2011) (Ramböll, 2012). Inom professionen finns olika uppfattningar om andelen akutbesök som skulle kunna hanteras i primärvård; allmänläkare bedömer i högre utsträckning äldres besök på akutmottagning som medicinskt motiverade jämfört med akutläkare (Backman, 2010)

Sammanfattningsvis är det utifrån den stora spridning som ses i publicerade studier svårt att slå fast hur stor andel av äldres besök vid sjukhusbundna akutmottagningar som kan anses vara undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. Mycket talar dock för att någonstans runt en femtedel hade varit möjliga att behandla i primärvården, vilket skulle motsvara cirka 150 000 akutbesök årligen.

¹ Inappropriate use of emergency department resources

² Non-emergent

³ Avoidable/preventable

⁴ Emergent, but primary care treatable

6 Patientens upplevelse och roll

I detta kapitel beskrivs faktorer kopplade till den enskilde patientens eller brukarens erfarenheter och upplevelse, som på olika sätt påverkar risken för undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå.

I litteraturen och i genomförda expertintervjuer beskrivs ett antal faktorer som kan öka risken för undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå – faktorer som är kopplade till den enskilde patienten. Dessa faktorer är i olika grad möjliga för sjukvården och omsorgen att påverka.

6.1 Låg hälsolitteracitet och låg grad av involvering

Hälsolitteracitet kan sammanfattas som förmågan att förvärva, förstå och använda information för att bibehålla och främja hälsa. (Mårtensson & Hensing, 2009) (Mårtensson & Hensing, 2011) En god hälsolitteracitet främjar äldres möjligheter att vara aktiva och involverade i sin egen vård och omsorg. Låg hälsolitteracitet och begränsad involvering i sin egen vård och omsorg utgör enligt expertintervjuer och litteratur en viktig orsak till både undvikbara akuta tillstånd och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. (Lindquist, 2011; Purdy, 2010)

Flera aspekter är viktiga:

Kunskap om hälsa och sjukdom. Bristande sjukdomskunskap kan leda till att den äldre inte känner igen tecken på sjukdom, som då upptäcks i ett senare och mer framskridet skede. Detta ökar risken för potentiellt undvikbara tillstånd som leder till akutbesök.

Låg kunskap och förståelse kring egenvård och läkemedel. Bristande kunskap kring egenvård, läkemedel och hur man utför enklare hälso- och sjukvårdsinsatser på egen hand, samt bristande förståelse för hur läkemedel ska tas kan bland annat leda till lägre följsamhet till behandling. Detta påverkar till exempel den långsiktiga möjligheten att behandla långvarig sjukdom, möjligheterna att själv vidta åtgärder vid försämring samt risken för läkemedelsrelaterad sjukdom. (Lindquist, 2011) Medvetna val att inte följa en behandling, exempelvis utifrån den egna bedömningen att fördelarna av att ta ett läkemedel inte överstiger nackdelarna, kan leda till liknande effekter. (Purdy, 2010)

Bristande kännedom om hälso- och sjukvårdssystemets uppbyggnad. Begränsad kännedom om vart man kan vända sig för att få hjälp vid en upplevd försämring kan leda till att man söker oftare till akutmottagning och mer sällan till primärvården (akut eller planerat). Detta

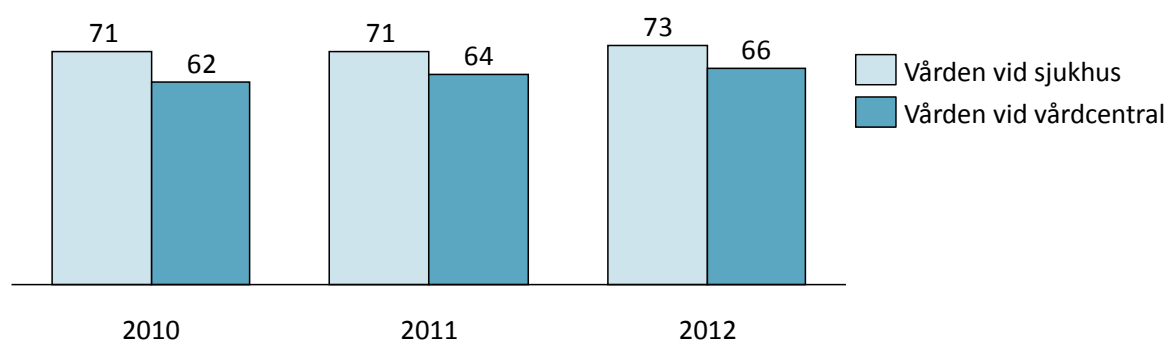
påverkas av möjligheterna att utifrån olika namn på tjänster, öppettider och sammansättning av vårdutbud hos olika aktörer bedöma vart man ska vända sig (SLL, 2013; Socialstyrelsen, 2013). Även begränsad kännedom om rätten till en fast vårdkontakt, som ska säkerställa att ens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses, påverkar den äldres förmåga att söka vård. (Socialstyrelsen, 2012)

På en övergripande nivå finns en koppling mellan hälsolitteracitet och både utbildningsnivå och socioekonomi. Personer med lägre socioekonomisk status såsom låg utbildningsnivå har också en högre risk att drabbas av undvikbar slutenvård⁵. (Purdy, 2010; Löfqvist, 2014)

6.2 Bristande förtroende för primärvården och omsorgen

I expertintervjuer och litteratur framkommer graden av förtroende för sjukvården och omsorgen som en viktig faktor. Förtroende kan enkelt uttryckt påverka risken för akut försämring och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. När äldre känner ett högt förtroende för primärvården och omsorgen har de minskad benägenhet att i första hand söka sig till en akutmottagning. (NHS England, 2013) På samma sätt kan äldre som är frekventa besökare på en akutmottagning eller klinik känna större förtroende till akuten och därför vända sig dit i första hand. Öppna jämförelser 2013 beskriver också att förtroendet för vården vid sjukhus är större än för vården vid vårdcentral (se Figur 7). Detta är en utmaning som kan bidra till att besök inte sker på ändamålsenlig vårdnivå (Nelson, 2011). Äldre med begränsad tidigare användning av vårdens resurser söker sig i större utsträckning till akutmottagningen, ofta utifrån föreställningen att denna kan anses vara bättre (Backman, 2010; Schumacher, 2013)

”Patienter tror helt enkelt ibland att deras doktor finns på akutmottagningen”



Figur 6: Invånare med stort förtroende för vården vid sjukhus respektive vårdcentral, andel, procent, 2010-2012 (Socialstyrelsen & SKL, 2013)

⁵ Avoidable hospitalization

6.3 Oro, ångest och otrygghet

”Mycket går egentligen att åtgärda dagtid för att förhindra den där oron som annars kommer på kvällen, när det riskerar bli panik”

Experter betonar oro, ångest och otrygghet som en starkt bidragande orsaker till varför äldre vänder sig till akutmottagningen. Oro och ångest kan vara kopplat till depression eller demens som ökar risken för undvikbara akuta tillstånd. (Larsen, Falk, & Bångsbo, 2013) Mer oro ses hos äldre som upplever att de inte har en etablerad förtroendefull relation till en person inom vården eller omsorgen som de kan vända sig till för stöd vid behov. (SKL, 2012)

6.4 Sviktande kognition

Vissa äldre utvecklar med åldern ett sämre minne; en del till följd av demens. Förmågan att uppfatta och förstå sin omgivning kan påverkas av demens, men också vara en tillfällig följd så kallad konfusion, det vill säga olika sjukdomstillstånd såsom feber och infektion.

”Har man oupptäckt demens kan man pendla rätt mycket fram och tillbaka mellan akutmottagning och hemmet innan någon upptäcker det”

Försämrad kognition är en del av det som brukar benämnas skörhet.⁶ Oupptäckt demens eller försämrat minne är för vissa äldre riskfaktorer för att försämrats i en sjukdom som personen tidigare kunnat hantera på egen hand. (College of Emergency Medicine & the British Geriatrics Society et al., 2012)

Intervjuade experter lyfter oupptäckt demens som en relativt vanlig och viktig orsak till upprepade akutbesök. Detta gäller framför allt innan det upptäcks att äldre med demens har ett mer omfattande behov av stöd än vad den äldre själv söker behandling för.

Socialstyrelse har tidigare konstaterat att det är svårt att få en bild av hur stor andel av de som insjuknar i en demenssjukdom som utreds av hälso- och sjukvården. Uppskattningar från kvalitetsregistret SveDem visar att det varierar stort mellan landsting från fyra till 53 procent av förväntad förekomst med ett riksnitt på 29 procent. (Socialstyrelsen, 2014)

⁶ Frailty

7 Förbättringsområden för att förebygga äldres akutbesök

I detta kapitel beskrivs ett antal förbättringsområden för vårdens- och omsorgens aktörer. Områdena bygger på insikter från expertintervjuer och granskad litteratur. Inom varje förbättringsområde finns påverkbara orsaker till varför äldre drabbas av undvikbara akuta tillstånd eller omhändertas på en vårdnivå som inte är ändamålsenlig.

Vi ser utifrån de analyser som gjorts några tydliga förbättringsområden för vården och omsorgen. Det finns här ett antal kritiska faktorer som påverkar risken för att äldre drabbas av undvikbara akuta tillstånd eller inte hamnar på en ändamålsenlig vårdnivå. I förra kapitlet beskrevs ett antal faktorer av vikt för denna risk som ligger hos den äldre själv; möjligheter finns förstås för sjukvården att påverka dessa faktorer.

I detta kapitel beskrivs istället faktorer som mer direkt berör sjukvårdens organisation och utformning. Förbättringsområdena skulle också kunna fungera som en utgångspunkt för vidare arbete med indikatorutveckling.

7.1 Faktorer i den faktiska vård och omsorg som ges till patienten

7.1.1 Främjande av patientdelaktighet

Betydelsen av att patienten är delaktig och tar en aktiv roll i sin vård förtydligas i den nya Patientlag som träder i kraft den 1 januari 2015 (Socialdepartementet, 2014). Viktiga

”Det är viktigt för äldre med en trygg läkarkontakt, att man kan skapa en allians mellan läkare och patient.”

förutsättningar för den äldres möjligheter att vara delaktig är tillräcklig och anpassad information och utbildning samt möjligheten att påverka beslut som rör den egna vården och omsorgen. I expertintervjuer och litteratur beskrivs bristande ansträngningar för att involvera patienten som en viktig bidragande orsak till händelsekedjor som slutar med behov av akutvård hos äldre. (SKL, 2012; Larsen, Falk, & Bångsbo, 2013; Vårdanalys, 2012) Bilden av bristande patientinvolvering förstärkts av patienternas åsikter. Svenska undersökningar visar att många upplever att de inte får eller kan ta till sig den information de behöver för att

kunna ta en aktiv roll (26 procent). I många fall känner de sig inte heller tillräckligt delaktiga i besluten om sin vård (21 procent). (Webbkollen, 2014; SKL, 2014)

En viktig bidragande faktor som underlättar patientdelaktighet, och som lyfts fram i expertintervjuer som särskilt viktig för äldre, är kontinuitet i primärvård och omsorg. Med kontinuitet menas här att den äldre har återkommande kontakt kring sina vård- eller omsorgsbehov med en person (vård- eller omsorgsgivare) som har förutsättningar att följa den äldre över tid. Bristande kontinuitet har visats vara förknippat med ökad risk för akuta tillstånd och akutbesök. (Purdy, 2010) Bland multisjuka äldre upplever många att det är ett problem att de alltid träffar olika läkare i primärvården och att de saknar en kontaktperson i omsorgen som de har en förtroendefull relation med. (SKL, 2012) Bilden att många äldre träffar ett stort antal läkare stöds av fakta; en rapport från SKL visar att multisjuka äldre⁷ under en 18-månadersperiod totalt träffade 15 olika läkare. (SKL, 2012) Inom äldreomsorgen råder fortsatt stor osäkerhet vilka befogenheter och vilken roll kontaktpersoner ska fylla, särskilt när det kommer till samverkan med andra verksamheter. (Socialstyrelsen, 2013)

Sammanfattningsvis ter sig en bristande insatser för att främja patientdelaktighet, delvis kopplade till utmaningar vad gäller kontinuitet, som en viktig faktor i diskussionen kring äldres akutbesök.

7.1.2 Proaktiv och tillgänglig vård

Möjligheterna att förebygga akuta tillstånd och akutbesök är större ju tidigare insatser sätts in. Flera experter beskriver hur en bristande proaktivitet hos sjukvården bidrar till fler akutbesök för äldre, något som också lyfts fram i litteraturen. (College of Emergency Medicine & the British Geriatrics Society et al., 2012; Vårdanalys, 2014) Tecken på försämring fångas inte upp i tid vilket kan resultera i att akuta tillstånd, som hade kunnat undvikas. Detta leder i sin tur till ett behov av akutsjukvård. I vissa fall kan det till och med vara så att den äldre sökt vård på vårdcentral, men på grund av bristande tillgänglighet inte fått hjälp i tid och därför valt att söka akutsjukvård.

7.1.3 Minskad läkemedelsrelaterad sjuklighet

God vård och evidensbaserad praktik är grundpelare i svensk vård och omsorg. (SFS, 1982:763) I expertintervjuer betonas särskilt bristande evidensbaserad vård som gäller individanpassning av läkemedelsförskrivning till äldre som en viktig bidragande orsak till undvikbara akuta tillstånd och akutbesök. Denna så kallade läkemedelsrelaterade sjuklighet orsakar enligt litteraturen en betydande del av äldres undvikbara akuta tillstånd. (Pirmohamed & al, 2004; Leendertse & al, 2008; Odar-Cederlöf & al, 2008; Paul & al, 2008; Hakkarainen, 2012) Intervjuade kliniska farmakologer och geriatriker lyfter fram bristande hänsyn till försämrade njurfunktion hos äldre som en särskilt viktig orsak. Utebliven eller otillräcklig hänsyn till njurfunktionen, exempelvis genom dosjustering skulle kunna ligga bakom upp till en fjärdedel av de av äldres akuta inläggningar som orsakas av läkemedelsbiverkningar. (Leendertse & al, 2008; Olivier & al, 2009; Hofer-Dueckelmann & al, 2011; Odar-Cederlöf & al,

⁷ Personer, 75 år eller äldre, i ordinärt boende med minst tre sjukhusinläggningar under en tolv månadersperiod och diagnoser från minst tre sjukdomsgrupper (SKL, 2012)

2008; Paul & al, 2008) Ytterligare en bidragande orsak som frekvent framkommer i intervjuer och litteratur är att äldre ofta behandlas med flera olika läkemedel. Patienter med flera läkemedel har större risk för besök på akutmottagning, (Reason, 2012) en risk som inte helt kan förklaras av större sjukdomsburda. (Socialstyrelsen, 2012) Ofta har de äldre också läkemedel som inte bedöms medicinskt nödvändiga. (Maher, Hanlon, & Hajjar, 2014) Det finns flera aspekter av hur bristande individanpassning i läkemedelsförskrivning leder till negativa effekter för äldre, till exempel förskrivning av olämpliga läkemedel (Socialstyrelsen, 2010) och underbehandling (Wettermark, 2014)

Sammanfattningsvis verkar bristande evidensbaserad i äldres läkemedelsförskrivning vara en viktig orsak till undvikbar läkemedelsrelaterad sjuklighet. Inom detta område finns det även förbättringsmöjligheter.

7.1.4 Sammanhållen vård och omsorg

Vård och omsorg om äldre involverar ofta flera olika aktörer. Information till den äldre och samarbete vid övergångar och överlämningar mellan de olika aktörerna (exempelvis vid utskrivning från slutenvård till kommunal omsorg eller vid överlämning mellan specialistvård och primärvård) är viktigt för att säkerställa att god uppföljning och behandling sker. Det är också centralt för att komplikationer och försämringar ska upptäckas i tid. Vikten av detta betonas även i genomförda expertintervjuer. När samarbetet och informationsöverföringen brister kan det leda till negativa hälsoeffekter som ökar risken för akuta tillstånd eller att den äldre inte tas omhand på en ändamålsenlig vårdnivå (Socialdepartementet, 2014; Larsen, Falk, & Bångsbo, 2013; Vårdanalys, 2014).

I intervjuer och litteratur framkommer det flera exempel på att vården för de äldre kan bli mer sammanhållen. SKL:s uppföljning av det nationella förbättringsarbetet "Bättre liv för sjuka äldre" visar att var sjätte patient återinskrivs akut inom 1-30 dagar efter ett slutenvårdstillfälle. (SKL, 2013) Internationella och svenska erfarenheter visar att andelen återinskrivningar är en bra indikator på kvaliteten i överlämningen från slutenvård till den aktör i vården och/eller omsorgen som ska tillgodose det fortsatta vårdbehovet.

(Socialstyrelsen, 2014; Boutwell & al, 2009) Studier visar att sammanhållen vårdplanering med multisjuka äldres vård- och omsorgsgivare görs i begränsad utsträckning. Varken primärvården, hemsjukvården eller hemtjänsten övertar inte i tillräcklig utsträckning ansvaret efter utskrivning. (SKL, 2012) Det saknas ofta en samsyn och kommunikation kring en gemensam vårdplan mellan primärvården och hemtjänsten. (SKL, 2012) 29 procent av patienterna uppger också att de inte fått med sig någon skriftlig information om vad som planerats när de åkte hem från sjukhus (Webbkollen, 2014) och bland annat en svensk studie visar att bristen på information ökar risken att söka igen på akutmottagningen. (Larsen, Falk, & Bångsbo, 2013)

"Är vi inte tydliga med vad som gjorts och vad som ska ske, då skapar vi oro och plötsligt är den äldre tillbaka igen."

Sammanfattningsvis verkar det som att samarbete mellan vårdaktörer och information till patienten vid överlämningar och övergångar mellan vård- och omsorgsgivare, är en kritisk

utmaning i arbetet med att förebygga undvikbara akuta tillstånd och att de äldre inte tas omhand på en ändamålsenlig vårdnivå.

7.2 Förutsättningar i organisation och styrning

7.2.1 Kompetensutveckling och -försörjning

Ett viktigt tema som lyfts i både expertintervjuer och litteratur är kompetens. Detta både i form av kunskap och erfarenhet hos olika personalkategorier och i form av tillgång till specialistkompetens. Brister inom detta område lyfts som en viktig bidragande faktor till äldres akutbesök.

Geriatrisk kompetens och kunskap framstår som ett viktigt område. Bristande kompetens beskrivs av experter som en central faktor både vad gäller icke-adekvat läkemedelsförskrivning och bristande diagnostik av demens. Geriatrisk kompetens behövs hos samtliga läkare som träffar äldre patienter och kan sägas vara särskilt viktigt hos allmänläkare. Många lyfter också en brist på specialister i geriatrik som en faktor bakom undvikbara akuta tillstånd hos äldre. (Socialstyrelsen, 2011; Ekdahl A. , 2013)

Utmaningar vad gäller kompetens inom särskilda boenden och hemtjänst lyfts av flera experter som en viktig faktor som påverkar äldres risk att utveckla undvikbara akuta tillstånd. Det beskrivs till exempel som vanligt att kompetens saknas kring hur läkemedelsbehandling bör anpassas utifrån patientens situation. Exempelvis kan allvarliga läkemedelsbiverkningar uppstå om det inte uppmärksammas att den äldre är undernärd eller uttorkad. Experter lyfter också bristande kompetens hos personalen att bedöma situationer och tillstånd som en orsak till att äldre ibland "skickas" till akutmottagningen även när det inte är medicinskt befogat. Bristande möjligheter till stöd från geriatrisk kompetens i form av läkare eller erfaren sjuksköterska beskrivs också bidra till akutbesök som inte är strikt medicinskt nödvändiga.

Sammanfattningsvis ter sig bristande kännedom om bästa tillgängliga kunskap vad gäller äldres sjukdomar inom både omsorg och sjukvård, samt brist på specialister inom området, som en utmaning. I tillägg efterfrågas av många mer forskning kring äldres vård och omsorg för att på sikt öka kunskapen inom området. (Ekdahl A. e., 2014; SBU, 2003)

7.2.2 Styrning mot sammanhållen vård

Som beskrivs ovan ter sig brister i samverkan och gränssnitt mellan vårdens och omsorgens olika aktörer som en viktig faktor som kan bidra till akutbesök för äldre. Sammanhållen vård kräver en medvetenhet om effekter utanför den egna organisationen och kräver därför också insatser och styrning från centralt håll. Flera experter i Sverige och internationellt beskriver att viktiga komponenter av en sådan styrning innefattar uppföljning och återkoppling av relevanta indikatorer (exempelvis återinskrivningar och undvikbar slutenvård) till vården och omsorgens olika aktörer. Även etablering av enhetliga arbetsätt för kommunikation kring och till de äldre samt incitament som stimulerar aktörerna till förändring krävs för att framgång ska kunna nås. (Boutwell & al, 2009) I intervjuer lyfts att statens satsning på mest sjuka äldre har bidragit till viktig utveckling av styrning mot en mer sammanhållen vård för äldre i många landsting, men att det även fortsättningsvis krävs stora insatser.

”Man kan verkligen undra varför vissa verksamheter gör bättre ifrån sig och hur de andra ska få reda på vad de kan göra annorlunda”

7.2.3 Verktyg och processer för informationsdelning

För att möjliggöra en mer sammanhållen vård som kan agera proaktivt och förebygga undvikbara besök, behövs förutsättningar i form av verktyg och processer. Detta att vården och omsorgens olika aktörer ska kunna dela relevant information. (De Smet, 2011) Utmaningar och brister i förutsättningarna för informationsdelning är ett känt problem sedan tidigare, men är särskilt viktigt för många äldres risk att hamna på akutmottagningen eftersom de ofta har flera olika vårdgivare.

I expertintervjuer beskrivs brister i förutsättningarna för en ändamålsenlig informationsdelning. Experterna beskriver till exempel svåröverblickbara och parallella informationssystem som ett omfattande problem, som bland annat medför att patientjournaler och läkemedelslistor inte finns tillgängliga för samtliga vårdaktörer i patientens vårdkedja. Detta poängteras särskilt i landsting med många vårdgivare och där flera olika journalsystem används. Det är exempelvis vanligt att vårdgivare i primärvården inte kan se vilken vård som givits till äldre som skrivits ut från slutenvården. Intervjuade läkare beskriver att problemet är särskilt stort för läkemedelslistor som ofta finns i olika versioner med olika innehåll. (Ekedahl & Hoffmann, 2012) (Ekedahl & al, 2012) För patienten leder detta till risk för felaktig läkemedelsförskrivning och otydlighet kring vilka läkemedel de ska använda. Utifrån vårdpersonalens perspektiv driver det mycket tid. Experter pekar också på att det oftast saknas välfungerande informationssystem för ändamålsenlig informationsdelning mellan vård- och omsorgsgivare. Detta kompliceras ytterligare av att socialtjänst och hälso- och sjukvård agerar utifrån olika lagstiftning.

”Idag gör vi riskbedömningar på en plats, men eftersom vi bara är ett kvalitetsregister får sjukhuset inte ta del av den informationen”

I tillägg till förbättrade förutsättningar framkommer i intervjuer att även processer för adekvat informationsdelning mellan vårdgivare och mellan kommunal- och landstingsfinansierad verksamhet behöver förbättras. Det har till exempel beskrivits att innehållet i utskrivningsanteckningar ofta är otillräckligt och att anteckningarna ofta anländer sent till nästa aktör i vårdkedjan där det i sin tur förekommer att de inte uppmärksammas överhuvudtaget. (SKL, 2012)

Sammanfattningsvis utgör både verktyg och processer för informationsdelning viktiga förbättringsområden för att skapa förutsättningar för att förebygga behov av akutvård.

7.2.4 Information om vårdutbud

Som nämnts tidigare är främjande av patientdelaktighet i den direkta vården av patienten en viktig faktor för att stärka äldres kunskap och färdigheter kring egenvård och vårdsystemets uppbyggnad. I expertintervjuer betonas behovet av att hälso- och sjukvården också på organisationsnivå kan förbättra informationen till patienter om vårdutbud och hur de ska hitta rätt i systemet. Socialstyrelsen visade exempelvis i uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt 2012 att knappt en tredjedel av alla vårdcentraler hade genomfört informationsinsatser till patienter om fast vårdkontakt. (Socialstyrelsen, 2012) Flera svenska undersökningar beskriver också att det stora utbudet av olika akuta tjänster (t.ex. jouröppna primärvårdsenheter, närakuter och akuttider på specialistmottagningar) för vissa är svårt att överblicka och att detta leder till besök på akutmottagningen även när denna inte är den mest ändamålsenliga vårdnivån. (SLL, 2013; Socialstyrelsen, 2013)

”Vi behöver bli bättre på att kommunicera vilka möjligheter som faktiskt finns, och också förstå att blir det oklart så åker man till akuten”

Trots genomlysning av olika akutmottagningar är det ännu inte fastställt i vilken utsträckning som äldre genomför besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå jämfört med yngre invånare (SLL, 2013). (Hyllengren, 2012; Ericson, 2011; Folcker-Aschan, 2012). Man skulle dock kunna resonera om huruvida det ur ett kvalitetsperspektiv är mer viktigt att äldre tas omhand på ”rätt” vårdnivå. Detta i termer av att de till exempel får en akut tid på hjärt- eller onkologmottagningen istället för att behöva gå via akutmottagningen, där kompetensen kring just deras tillstånd faktiskt riskerar att vara lägre. Går det att göra mer för att bättre informera äldre om vårdutbud och alternativ för akuta tjänster?

8 Mått, modeller och utvecklingsområden

I detta kapitel beskrivs några internationellt använda mått och modeller för undvikbara akuta tillstånd och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå. Dessa modeller kan fungera som en källa till inspiration vid framtida utveckling av indikatorer inom området. I kapitlet diskuteras också källor som i dag används för att ge kunskap om viktiga förbättringsområden, samt på vilket sätt dessa skulle kunna kompletteras.

För att studera och ytterligare förstå förebyggbarheten av äldres besök vid landets sjukhusbundna akutmottagningar är det relevant att titta närmare på utvecklingen av mått och arbetsmodeller inom området. En förutsättning för kommande indikatorutveckling är tillförlitliga datakällor. Tillgången till tillförlitliga datakällor varierar stort mellan olika delområden som är kopplade till frågan om äldres akutbesök.

8.1 Exempel på internationellt använda metoder och tillvägagångsätt

Under de senaste tio till tjugo åren har internationella metoder och mått som kan användas för belysa undvikbara akuta tillstånd och besök som inte sker på ändamålsenlig vårdnivå vuxit fram. Behovet och användningen av olika indikatorer har väckt diskussion och det finns en tydlig efterfrågan på en mer robust metodologi som underlättar överförbarheten i resultat mellan olika system och över tid (Nagree, 2011; Hayden, 2010) För närvarande sker en högintrig utveckling på området, främst utifrån ett ökat intresse av att ta fram befolknings- och vårdövergripande utfallsindikatorer som sätter mätningar av akutbesök i ett vidare perspektiv. Exempel på några relevanta modeller och indikatorer presenteras nedan.

8.1.1 Medicare Payment Advisory Commission, USA

Det amerikanska offentliga sjukförsäkringssystemet Medicare⁸ presenterade i juni 2014 ett förslag på att utveckla kvalitetsuppföljningen av deras aktivitetsbaserade ersättningar⁹. Förslaget innebär en fokusering på ett fåtal befolkningsbaserade utfallsmått¹⁰ där potentiellt

⁸ För personer över 65 eller funktionsnedsatta, omfattar ca 42 miljoner

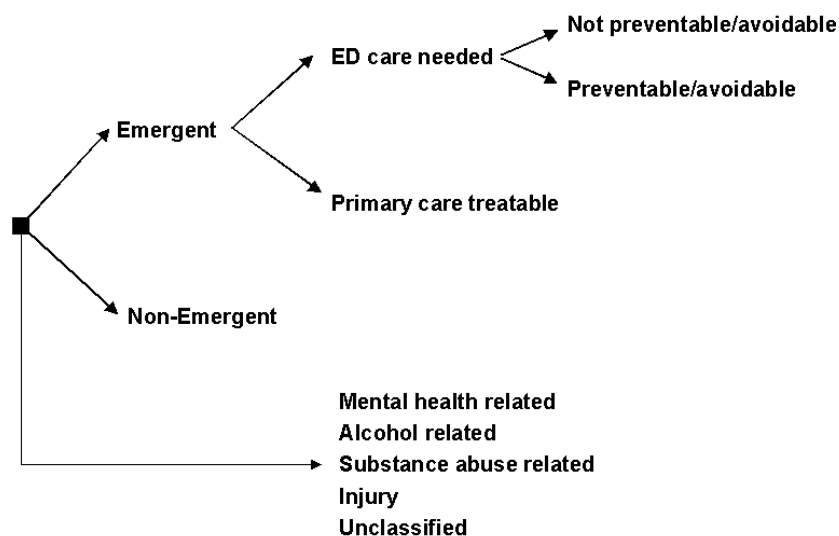
⁹ Fee-for-service (FFS)

¹⁰ Population-based outcomes

förebyggbara akutbesök¹¹ är en föreslagen nyckelindikator. (MEDPAC, 2014) Indikatoren är under utveckling av amerikanska Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) och kommer preliminärt omfatta utvalda akuta tillstånd som kan undvikas genom en mer sammanhållen vård och förbättrad koordinering mellan olika aktörer. ¹² (MEDPAC, 2014) De vanligaste besöken enligt preliminära analyser inkluderar buksmärter, infektion i övre luftvägarna, diskbräck¹³, och urinvägsinfektioner.

8.1.2 The Commonwealth Fund & NYU Center for Health and Public Service Research: New York University Emergency Department Algorithm

En av de mer spridda metoderna för att mäta och kategorisera akutbesök utvecklades i början av 2000-talet av forskare vid New York University i samarbete med en bred läkarpanel och med den privata stiftelsen The Commonwealth Fund. I denna metod delas besök upp i akuta och icke-akuta utifrån om det krävs åtgärd från vården inom 12 timmar. Därefter undersöks om akutmottagningens resurser krävs eller om besöket kan hanteras i primärvården. I ett avslutande steg bedöms om besöket kan anses vara förebyggbart/undvikbart eller icke-förebyggbart. (Billings, Parikh, & Mijanovich, 2000)



Figur 7: Uppdelning av akutbesök, från The New York University Emergency Department Algorithm, Billings et al. 2000

Exempel på användning av New York University Emergency Department Algorithm är delstaten Massachusetts som under 2012 granskade sina 2,4 miljoner akutbesök, vilket är i nivå med Sverige, och observerade att närmare en tredjedel av de äldres besök antingen rörde

¹¹ Potentially preventable visits to the emergency department

¹² Potentially preventable ED visits for beneficiaries diagnosed with specified ambulatory care-sensitive conditions for the treatment of that condition; visits for conditions for which beneficiary could have been treated in a community (e.g., physician office) setting

¹³ Lumbar disc disease

undvikbara akuta tillstånd eller besök som inte skedde på ändamålsenlig vårdnivå. EN viss ökning över tid kunde dessutom ses. (Commonwealth of Massachusetts, 2012)

Ett annat exempel är delstaten Kalifornien som mellan 2007 och 2010 genomförde ett delstatsövergripande förbättringsarbete för att minska antalet undvikbara akutbesök som berörde vården för över sex miljoner invånare. (MCMCD, 2012) Totalt 24 lokala förbättringsarbeten från 20 vårdgivare (bland annat Kaiser Permanente och Alameda Alliance for Health) ledde till att mer än hälften av de deltagande organisationerna minskade sina undvikbara akutbesök över tid. För att följa upp förbättringsarbetet mättes samverkan mellan sjukhus och försäkringsbolag (exempelvis frekvens av dataöverföring, punktlighet i dataöverföring och datakvalitet), aktivitet utifrån överförd sjukhusdata (exempelvis andel besökare som följs upp via brev, telefon eller personligt möte) och utfall kopplade till undvikbara akutbesök (enligt NYU-indikatorn som beskrivits ovan).

8.1.3 HARM¹⁴-Wrestling Task Force, Holland: Nationella mått för att minska potentiellt förebyggbara läkemedelsrelaterade besök och inskrivningar

Under 00-talets andra hälft genomfördes två större studier i Holland relaterade till läkemedelsbiverkningar som leder till besök och inskrivning på sjukhus. Studierna genomfördes med bland annat med syftet att öka förståelsen för omfattningen, omständigheter och undvikbarheten av problemet. (De Smet, 2011)

Utifrån resultaten av dessa studier utvecklades nio generella och 34 läkemedelsspecifika rekommendationer för att minska potentiellt förebyggbara läkemedelsrelaterade besök och inskrivningar. Rekommendationerna riktar sig dels till områden som kan påverkas av ansvarig primärvårdsläkare och utlämnande farmaceut. Exempel på rekommendationer är mätning av andel av NSAID användare med ökad risk för

gastrointestinala komplikationer som får förskrivet ett adekvat skydd mot magsår; och andel patienter med ökad risk för hypokalemi där kalium och kreatinin nivåerna är mätta 1-3 veckor innan förskrivning av kalium-minskande diuretika. (Warlé-van Herwaarden, 2014) En av de experter som deltog betonar vikten av att utveckla och använda indikatorer innan förändring genomförs, att anpassa rekommendationer för läkemedelsbehandling utifrån olika riskprofiler och att det tar tid innan nya rekommendationer når ut och får effekt.

”Om du utvecklar nya rekommendationer behöver du mäta följsamheten, så att du förstår eventuella förändringar i utfall”

¹⁴ Hospital Admissions Related to Medications

8.2 Diskussion kring behov av indikatorutveckling

För att på sikt öka den samlade kunskapen kring äldres akutbesök finns sannolikt ett fortsatt behov av indikatorutveckling. Nedan förs ett resonemang kring möjliga områden där indikatorutveckling kan vara särskilt relevant kopplat till de förbättringsområden som beskrivits.

8.2.1 Indikatorutveckling knutet till faktorer i den faktiska vård och omsorg som ges till patienten

1. Främjande av patientdelaktighet

Det finns ett antal utvecklade datakällor som mäter och kan ligga till grund för att följa patientdelaktighet och främjandet av patientdelaktighet, exempelvis Nationell Patientenkät och nationella enkätundersökningen Vad tycker de äldre om äldreomsorgen. Mätningarna är årligt återkommande och undersöker patient- och brukarupplevd kvalitet. Webbkollen är ett annat exempel som kontinuerligt samlar in patienters upplevelser. Vårdbarometern undersöker istället medborgarnas attityder till, kunskaper om och förväntningar på svensk hälso- och sjukvård och kan fungera som en relevant datakälla i detta sammanhang.

Samtidigt är det möjligt att vidareutveckla indikatorer som mer ingående beskriver:

- Hälsolitteracitet och patienters förmåga att upptäcka, söka hjälp och själva behandla sjukdom, inklusive förmågan att följa förskrivna behandling
- Befolkningens uppfattning om när och var man bör söka vård

2. Proaktiv och tillgänglig vård

Väntetider i vården mäts kontinuerligt av landstingen och vårdgarantiläget i Sverige presenteras regelbundet via SKL:s portal Vantetider.se (SKL, 2014). Inom ett antal kvalitetsregister följs utförandet av förebyggande insatser och proaktiva åtgärder, exempelvis inom Senior Alert (Senior alert, 2014).

Samtidigt finns det en stor potential i att utveckla ytterligare indikatorer som mäter proaktivitet, exempelvis:

- Användningen av aktiv screening eller närvaron av en systematisk process för att förutse behov hos olika patientgrupper
- Kompetens som möjliggör en proaktiv vård, till exempel inom äldreomsorgens verksamheter

3. Minskad läkemedelsrelaterad sjuklighet

Uppföljning av läkemedelsförskrivning och dess effekter görs i dag i relativt stor utsträckning, bland annat i Öppna Jämförelser -Vård och omsorg om äldre (Socialstyrelsen & SKL, 2013), Öppna Jämförelser av läkemedelsbehandlingar (Socialstyrelsen & SKL, 2013) och via landstingens löpande inrapportering till Kvalitetsportal.se (Kvalitetsportal, 2014).

Ett område för möjlig vidareutveckling av indikatorer är hänsyn till njurfunktion och dosjustering över tid.

4. Sammanhållen vård och omsorg

Det finns en utbyggd uppföljning av sammanhållen vård och omsorg framför allt via indikatorerna oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar och undvikbar slutenvård, som publiceras löpande på Kvalitetsportal.se. (Kvalitetsportal, 2014). Det finns även indikatorer som berör fast kontakt inom ramen för öppna jämförelser och antal kontakter per brukare inom omsorgen.

Ett område där det i dag det saknas fördjupad mätning är huruvida vården och omsorgen är sammanhängande mellan huvudmän.

8.2.2 Indikatorutveckling knutet till förutsättningar i organisation och styrning

5. Kompetensutveckling och kompetensförsörjning

Uppföljning av kompetensförsörjningen inom vården vad gäller exempelvis tillgången på geriatriker görs i dag via det Nationella Planeringsstödet (Socialstyrelsen, 2014). Kompetensutveckling följs bland annat inom vissa diagnosområden, exempelvis demens, där både grundläggande utbildning och kompetensutveckling vid demensboenden följs (Socialstyrelsen, 2014), men även på regional nivå via exempelvis uppföljning av LOV-verksamheter (Region Skåne, 2013).

Exempel på ytterligare utveckling som skulle vara intressant är indikatorer kring kompetensutvecklingen och försörjningen inom äldreomsorgen, till exempel olika personalmätt kring antal och kompetensnivå.

6. Styrning mot sammanhållen vård och omsorg

Det finns relativt få källor utifrån vilka landstingens och kommunernas val av modeller för styrning kan följas, till exempel vad gäller insamling och återkoppling av data eller incitament för sammanhållen vård och omsorg.

En potentiell utveckling av indikatorer kring datatillgänglighet, återkoppling och styrmodeller skulle kunna användas för att finna positiva exempel och sprida eventuella lärdomar.

7. Verktyg och processer för informationsdelning

Det saknas i dag i stor utsträckning systematiserad information om hur landsting och kommuner arbetar med informationsdelning, vilka verktyg de använder och hur väl det fungerar. Vidareutveckling av indikatorer som följer huruvida verktyg och processer för informationsdelning används och fungerar innefattar till exempel:

- I vilken grad som lagstiftningen upplevs stötta eller förhindra aktörernas och medarbetarnas möjligheter att leverera en sammanhållen vård och omsorg

- Hur väl befintliga verktyg används, exempelvis användning och utveckling av beslutsstöd, registrering i centrala kvalitetsregister och implementering av nationella riktlinjer
- Om aktörerna kommunicerar med samma enhetliga klassifikationssystem
- Om aktörernas verksamhetssystem kan dela information med varandra

8. Information om vårdutbud

Mätning av utfallen relaterade till information om vårdutbud görs exempelvis i uppföljning av patienternas kunskap om svensk hälso- och sjukvård via Vårdbarometern (SKL, 2013) Det saknas i dag kunskap och insikter om landstingens strategier och insatser för att informera och medvetandegöra befolkningen om aktuellt vårdutbud och önskvärda sökstrategier.

Ett viktigt område för utvecklat kunskapsutbyte vore beskrivning av huvudmännens strategier och insatser för att informera befolkningen i allmänhet, och äldre i synnerhet, om tillgängligt vårdutbud och rekommenderade kontaktvägar till vården.

Litteraturförteckning

- Alberta Health Services. (2012). *Action on: Emergency - We're improving access*. Alberta Health Services.
- Backman, A.-S. (2010). *Emergency Care Seeking Behaviour in Relation to Patients' and Providers' Perceptions and Attitudes*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Bielak, W. (2014). *Äldre patienter på akutmottagningen - återbesök inom 30 dagar*. Örebro: Örebro Universitet.
- Billings, J., Parikh, N., & Mijanovich, T. (2000). *Emergency Department Use in New York City: A Survey of Bronx Patients*. The Commonwealth Fund.
- Billings, J., Parikh, N., & Mijanovich, T. (2000). *Emergency Room Use: The New York Story*. The Commonwealth Fund.
- Boutwell, A., & al, e. (2009). *STate Action on Avoidable Rehospitalizations (STAAR) Initiative: Applying early evidence and experience in front-line process improvements to develop a state-based strategy*. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement.
- Budnitz, D. e. (2007). Medication Use Leading to Emergency Department Visits for Adverse Drug Events in Older Adults. *Annals of Internal Medicine*, 147:755-765.
- CFHI. (2013). *Novel tool prevents avoidable emergency department visits by long-term care residents*. Canadian Foundation for Healthcare Improvement.
- Christensen, M., & Lundh, A. (2013). *Medication review in hospitalised patients to reduce morbidity and mortality*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- College of Emergency Medicine & the British Geriatrics Society et al. (2012). *Quality care for older people with urgent and emergency care needs*.
- Commonwealth of Massachusetts. (2012). *Massachusetts Health Care Cost Trends: Efficiency of Emergency Department Utilization in Massachusetts*. Division of Health Care Finance and Policy.
- Cooke, M. e. (2004). *Reducing Attendances and Waits in Emergency Departments - A systematic review of present innovations*. Warwick: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D.
- Cornwell, J. (2012). *The care of frail older people with complex needs: time for a revolution*. The Kings Fund.
- Dahlin Ivanoff, S., Ehrenberg, A., Ekdahl, A., Eklund Grönberg, A., Oredsson, S., Sjöstrand, F., . . . Wårdh, I. (2014). DN Debatt: "Akutvården måste klara också sköra äldre" . *Dagens Nyheter*, 3 januari.
- De Smet, P. e. (2011). *Targeting Outpatient Drug Safety: Recommendations of the Dutch HARM-Wrestling Task Force*. KNMP.
- DeLia, D. (2006). *Potentially avoidable use of hospital emergency departments in New Jersey*. Rutgers Center for State Health Policy.

- Durand, A.-C. e. (2011). ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, Vol 29, 333-345.
- Durande, A.-C. e. (2011). ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *American Journal of Emergency Medicine*, Vol 29, 333-345.
- Ekdahl, A. (2013). Därför behövs geriatriken! *Äldre i Centrum*, Nr 4:26-29.
- Ekdahl, A. e. (2014). Vård av sköra äldre patienter - evidensbaserad metod finns. *Läkartidningen*, Vol 111, Nr 7, 256-257.
- Ekdahl, A. W. (2014). The organisation of hospitals and the remuneration systems are not adapted to frail old patients giving them bad quality of care and the staff feelings of guilt and frustration. *European Geriatric Medicine*, 5: 35-38.
- Ekdahl, A., & al, e. (2012). Mycket vanligt med fel i läkemedels- och receptlistorna. *Läkartidningen*, Vol 109 Nr 20-21:1024-1027.
- Ekdahl, A., & Hoffmann, M. (2012). Patients' information on their prescribed current treatment. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, Vol 3 (2) 79-84.
- Ellis, G. e. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Englund, U. (2013). Hårt tryck på akutsjukvården - accelererande ökning av akutbesöken under 2000-talet. *Landstingstidningen - Norbottens läns landsting*, Nr 2:4-7.
- Ericson, J. (2011, 09 08). *Många unga söker onödigt akutsjukvård*. Retrieved from Sveriges Radio: <http://sverigesradio.se/sida/artikel.aspx?programid=83&artikel=4684500>
- Folcker-Aschan, A. (2012, 11 23). *Akutbesök ökar explosionsartat*. Retrieved from Dagens Nyheter: <http://www.dn.se/sthlm/akutbesok-okar-explosionsartat/>
- Gruneir, A. (2013). "Avoidable" Emergency Department Transfers from Long-Term Care Homes: A Brief Review. *Healthcare Quarterly*, Vol. 16, No. 2. 13-15.
- Hagman, L. (2007). *Äldrevårdscentralen i Solna - Intervjuer med personal och samverkanspartner*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:15.
- Hakkarainen, K. e. (2012). Percentage of Patients with Preventable Adverse Drug Reactions and Preventability of Adverse Drug Reactions - A Meta-Analysis. *PLoS ONE*, Vol 7 (3) 1-9.
- Hayden, S. J. (2010). Requiem for "non-urgent" patients in the emergency department. *The Journal of Emergency Medicine*, Vol, 38, No 3, 381-383.
- He, J. e. (2011). Demand for hospital emergency departments: a conceptual understanding. *World Journal of Emergency Medicine*, Vol 2, No 4: 253-261.
- Hofer-Dueckelmann, C., & al, e. (2011). Adverse drug reactions (ADRs) associated with hospital admissions - elderly female patients are at highest risk. *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, Vol 49 No 10 (577-586).
- Hsiao, C.-J., & Hing, E. (2014). Emergency Department Visits and Resulting Hospitalizations by Elderly Nursing Home Residents, 2001-2008. *Research on Aging*, 36:207-227.
- Hyllengren, M. (2012, 10 11). *Unga till akuten i onödan*. Retrieved from Sydsvenskan: <http://www.sydsvenskan.se/malmo/unga-till-akuten-i-onodan/>
- Johansson, M. &. (2012). Multisjuka äldre med upprepade vårdtillfällen bör läggas in direkt. *Läkartidningen*, Vol 109, Nr 20-21, 1022-1023.
- Johnell, K., Fastbom, J., Rosén, M., & Leimanis, A. (2007). Inappropriate Drug Use in the Elderly: a Nationwide Register-Based Study. *The Annals of Pharmacotherapy*, July/August, Vol. 41, 1243-1248.

- Karlberg, C., Kjellström, A., & Torgerson, J. (2012). *Ungas besök på akutmottagningarna inom VGR. Västra Götalandsregionen: Analysenheten, Hälso- och sjukvårdsavdelningen.*
- Khangura, J. e. (2012). *Primary care professionals providing non-urgent care in hospital emergency departments (review).* Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Kvalitetsportal. (2014, 10 18). *Välkommen till portalen.* Retrieved from Kvalitetsportal: <http://www.kvalitetsportal.se/>
- Larsen, T., Falk, H., & Bångsbo, A. (2013). *Onödig slutenvård av sköra äldre - en kunskapsöversikt.* FoU i Väst.
- Leendertse, A., & al, e. (2008). Frequency of and Risk Factors for Preventable Medication-Related Hospital Admissions in the Netherlands. *Arch Intern Med*, 168(17):1890-1896.
- Lindquist, L. e. (2011, 27). Relationship of Health Literacy to Intentional and Unintentional Non-Adherence of Hospital Discharge Medications. *Journal of General Internal Medicine*, 27(2) 173-8.
- Löfqvist, T. e. (2014). Inequalities in avoidable hospitalisation by area income and the role of individual characteristics: a populations-based register study in Stockholm County, Sweden. *BMJ Qual Saf*, 23:206-215.
- Magnusson, P. (2013). *Läkemedelsrelaterade problem som orsak till inläggning på medicinavdelning vid Östersjunds sjukhus.* Projektrapport dnr LS/590/2009: Jämtlands läns landsting.
- Maher, R., Hanlon, J., & Hajjar, E. (2014). Clinical Consequences of Polypharmacy in Elderly. *Expert Opin Drug Saf*, January; 13(1).
- McConville, S. &. (2008). Emergency Department Care in California. *California Counts Population Trends and Profiles*, Vol 10, No 1.
- Mcguigan, T. &. (2010). Non-urgent attendance at emergency departments. *Emergency Nurse*, Vol 18, No 6, 34-38.
- MCMCD. (2012). *Statewide Collaborative Quality Improvement Project: Reducing Avoidable Emergency Room Visits - Final Remeasurement Report: January 1,2010 - December 31, 2010.* California Department of Health Care Services - Medi-Cal Managed Care Division.
- MEDPAC. (2014). *Medicare and the Health Care Delivery System - June 2014 Report to the Congress.* Medicare Payment Advisory Commission.
- MEDPAC. (2014). *Online appendix 3-A: Feasibility of measuring population-based outcomes: Potentially preventable admissions and emergency department visits.*
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2009). *Förmågan att förvärva, förstå och använda information om hälsa.* Sahlgrenska akademien - Göteborgs Universitet.
- Mårtensson, L., & Hensing, G. (2011). Hälslitteracitet grundbult i patientmötet. *Läkartidningen*, Vol 108:51-52 pp 2718-2720.
- Nagree, Y. e. (2011). Determining the true burden of general practice patients in the emergency department: The need for robust methodology. *Emergency Medicine Australasia*, Vol 23, 116-119.
- Nelson, J. (2011). Why patients visit emergency units rather than use primary care services. *Emergency Nurse*, Vol 19, 32-36.
- NHS England. (2013). *Transforming urgent and emergency care services in England: Review of phase 1.* Leeds: The NHS Constitution.
- Odar-Cederlöf, I., & al, e. (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. *Läkartidningen*, Vol.105(12-13)890-893.
- Ohlin, E. (2005). Ingen forskning på äldrevårdscentral. *Läkartidningen*, Vol 102 Nr 10:732.

- Olivier, P., & al, e. (2009). Hospitalizations because of Adverse Drug Reactions in Elderly Patients Admitted through the Emergency Department. *Drugs Aging*, 26(6)475-482.
- Patterson, S. E. (2012). *Interventions to improve the appropriate use of polypharmacy for older people (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Paul, E., & al, e. (2008). Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen*, Vol.105 (35) 2338-2342.
- Pirmohamed, M., & al, e. (2004). Adverse drug reactions as cause of admission to hospital:. *British Medical Journal*, Vol 329; 15-19.
- Purdy, S. (2010). *Avoiding hospital admissions - what does the research say?* The Kings Fund.
- Ramböll. (2012). *The 2011 Commonwealth Fund International Health Policy Survey - Resultat för äldre i Sverige*.
- Reason, B. E. (2012). The impact of ploypharmacy on the health of Canadian seniors. *Family Practice*, 29:427-432.
- Region Skåne. (2013). *Definitioner och beskrivningar av kvalitetsindikatorer för vårdcentral i Hälsoval Skåne 2014*.
- Revisorerna Region Skåne. (2011). *Hälso- och sjukvård på fel nivå? Rapport nr 2 - 2011*. Region Skåne.
- Salam-White, L. e. (2014). Predictors of emergency room visits or acute hospital admissions prior to death among hospice palliative care clients in Ontario: a retrospective cohort study. *BMC Palliative Care*, 13:35.
- SBU. (2003). *Evidensbaserad äldrevård - en inventering av det vetenskapliga underlaget*. Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SBU. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus - med fokus på sköra äldre*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- SCB. (2014, 10 06). *Befolkningsframskrivningar - Aktuella prognoser*. Retrieved from Statistikdatabasen SCB: www.statistikdatabasen.scb.se
- SCB. (2014, 10 15). *Befolkningsstatistik - Sveriges befolkning efter kön och ålder 31 december 2013*. Retrieved from Statistiska centralbyrån: http://scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Befolkning/Befolkningens-sammansattning/Befolkningsstatistik/
- Schumacher, J. e. (2013). Potentially Preventable Use of Emergency Services. *Medical Care*, Vol 51, No 8:654-658.
- Senior alert. (2014, 10 18). *Om Senior alert*. Retrieved from Senior alert: <http://plus.lj.se/senioralert>
- SFS. (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*. Socialdepartementet.
- Shepperd, S. e. (2008). *Hospital at home admission avoidance (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- Shepperd, S. e. (2013). *Discharge planning from hospital to home (review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews.
- SKL. (2010). *Framtidens utmaning - välfärdens långsiktiga finansiering*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre - en kvalitativ uppföljning*. Stockholm: Sverige Kommuner och Landsting.
- SKL. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre - en kvalitativ uppföljning*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL. (2013). *Bättre liv för sjuka äldre - Analysrapport 2013*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

- SKL. (2013). *Vårdbarometern - Befolkningsundersökning 2013: Befolkningens attityder till, kunskaper om och förväntningar på hälso- och sjukvården*. Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL. (2014, 10 15). *Akutmottagningar - Frågor 2012*. Retrieved from Nationell Patientenkät: <http://npe.skl.se>
- SKL. (2014, 10 08). *Läkarbesök i primärvården*. Retrieved from Väntetider i vården: Tillgänglig vård - en webbplats från Sveriges kommuner och landsting: <http://www.vantetider.se/>
- SKL. (2014, 10 08). *Nationell Patientenkät Primärvård*. Retrieved from Sveriges Kommuner och Landsting: <http://npe.skl.se/>
- SKL. (2014, 10 18). *Vårdgarantiläget i Sverige*. Retrieved from Väntetider i vården: <http://www.vantetider.se/>
- SLL. (2006). *Fokusrapport: Akutmottagningens mångbesökare - hur kan vården förbättras?* Stockholms läns landsting.
- SLL. (2013). *Genomlysning av Stockholms fem stora akutmottagningar*. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen.
- Socialdepartementet. (2011). *Mest sjuka äldre - en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas*.
- Socialdepartementet. (2013). *Regleringsbrev för budgetåret 2014 avseende Socialstyrelsen*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2014). *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2014*. Protokoll II:6, S2013/8803/FST: Socialdepartementet.
- Socialdepartementet. (2014). *Patienlag, Prop. 2013/14:106*. Socialdepartementet.
- Socialstyrelsen & SKL. (2013). *Öppna jämförelser 2013 - Hälso och sjukvård jämförelser mellan landsting*.
- Socialstyrelsen & SKL. (2013). *Öppna Jämförelser 2013 - Läkemedelsbehandlingar*. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting .
- Socialstyrelsen & SKL. (2013). *Öppna Jämförelser 2013 - Vård och omsorg om äldre*. Socialstyrelsen & Sveriges Kommuner och Landsting .
- Socialstyrelsen. (2010). *Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre*.
- Socialstyrelsen. (2011). *De mest sjuka äldres vård och omsorg - en beskrivning utifrån nationella indikatorer*.
- Socialstyrelsen. (2011). *Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi - strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder*.
- Socialstyrelsen. (2012). *Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt m.m. - Slutrapport 2012*.
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldre med regelbunden medicinering - antalet läkemedel som riskmarkör*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2012). *Äldre med regelbunden medicinering- antalet läkemedel som riskmarkör*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2013). *Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2012 underlag til öppna jämförelser och Äldreguiden 2013*.
- Socialstyrelsen. (2013). *Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Läkemedelsbiverkan som orsak till äldres inläggningar*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering - Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationell utvärdering - Vård och omsorg vid demenssjukdom 2014*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Nationella planeringsstödet 2014 - Tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård*.

- Socialstyrelsen. (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst - Lägesrapport 2014*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Utveckling av indikatorerna undvikbar slutenvård och oplanerade återinskrivningar*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?*
- Steen, B. (2005). Äldrevårdscentral - inte bara fördelar. *Läkartidningen*, Vol105 Nr 10:729-730.
- Stitt, D. M., Elliott, D. P., & Thompson, S. N. (2011). Medication Discrepancies Identified at Time of Hospital Discharge in a Geriatric Population. *The American Journal of Geriatric Pharmacotherapy*, Vol. 9, No. 4:234-240.
- Stuck, A. &. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults. *BMJ*, 343.
- Tsai, J. C.-H., Chen, W.-Y., & Liang, Y.-W. (2011). Nonemergent emergency department visits under the National Health Insurance in Taiwan. *Health Policy*, 100:189-195.
- Warlé-van Herwaarden, M. F. (2014). Development and application of indicators for the reduction of potentially preventable hospital admissions related to medications. *Expert Opinion on Drug Safety*, 13(2):157-165.
- Webbkollen. (2014, 10 08). *Sjukhus - Ring Upp*. Retrieved from Webbkollen: <http://webbkollen.com/>
- Webbkollen. (2014, 10 15). *Sjukhus - Återinskrivna*. Retrieved from Webbkollen: <http://webbkollen.com/>
- Wettermark, B. (2014). *Underbehandling & jämlig läkemedelsanvändning*. Stockholms läns landsting.
- Vidal-Carret, M. L. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cad. Saûde Pùblica*, 25 (1) 7-28.
- Vårdanalys. (2012). *Patientcentrering i svensk hälso- och sjukvård*. Myndigheten för vårdanalys 2012:5.
- Vårdanalys. (2014). *VIP i vården? - Om utmaningar i vården av perosner med kronisk sjukdom*. Myndigheten för vårdanalys 2014:2.