

Inläggning och återinläggning av kognitivt sviktande patienter

Rapport från utvecklingsarbete på Ängelholms sjukhus slutenvårdsavdelningar

Innehållsförteckning

Sammanfattning	1
Bakgrund.....	2
Metod och resultat.....	3
Diskussion och slutsatser	5

SAMMANFATTNING

Kognitiv svikt är en riskfaktor för inläggning på sjukhus. Det är också en riskfaktor för att drabbas av vårdskador under tiden på sjukhus. Det finns starka indikationer på att många av vårdtillfällena för dessa patienter hade kunnat undvikas genom preventiv och personcentrerad vård och omsorg i hemmet.

Kunskapscentrum demenssjukdomar och Ängelholms sjukhus genomförde under 2017 - 2018 ett utvecklingsarbete avseende kognitivt sviktande patienter i slutenvården. För att möjliggöra upptäckt av kognitiv svikt infördes en rutin att ställa en tidsorienteringsfråga till alla patienter vid inskrivning: vad har vi för år och månad i dag? Detta ger en unik möjlighet att identifiera och följa patientgruppen.

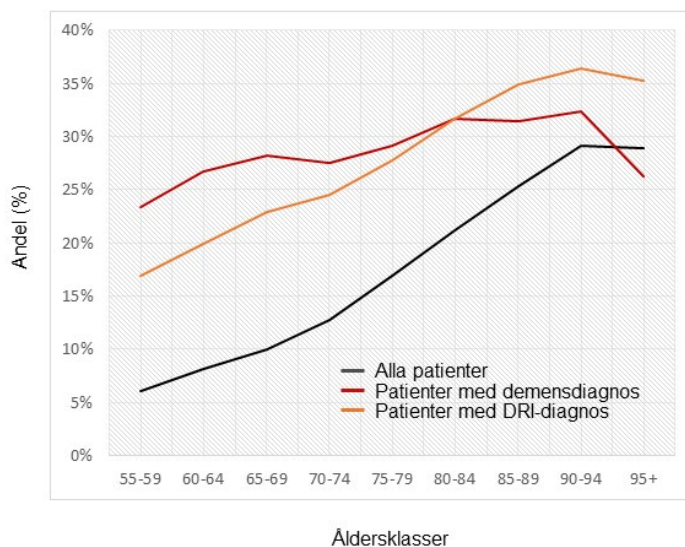
En viktig kvalitetsindikator för sjukvården är återinläggningar inom 30 dagar. Kognitiv svikt är en riskfaktor för återinläggning. Vår analys visar att återinläggning är 50% vanligare bland patienter som ej klarar tidsorienteringsfrågan. Denna grupp har också 44% längre vårdtid än övriga patienter.

BAKGRUND

Som ett led i Region Skånes strategiska utvecklingsplan för jämlik demensvård har Kunskapscentrum demenssjukdomar tagit fram statistik över slutenvårdsfrekvens baserat på ålder och kognitiv status enligt diagnoser registrerade i Region Skånes vårddatabas (RSVD). Resultatet visar att såväl personer med demensdiagnos som andra kognitionsdiagnoser är överrepresenterade i alla åldersgrupper utom de allra äldsta patienterna med demensdiagnos. Figur 1 visar 2018 och resultaten för övriga analyserade år (2015 – 2017) är i stort sett samma. Opublicerade resultat från Synaps, en pågående hälsoekonomisk forskningsstudie på en stor Skånepopulation, bekräftar KC demenssjukdomars analyser. Detta visar att slutsatser från internationell forskning gällande sambandet mellan kognitiv svikt och slutenvård är giltiga även i Skåne:

- Kognitiv svikt (kort-, och långvarig, i spannet från lindrig kognitiv störning till demenssjukdom) är en riskfaktor för inläggning på sjukhus
- Kognitiv svikt är en riskfaktor för att drabbas av vårdskador
- Kognitiv svikt är en riskfaktor för återinläggning
- Såväl inläggningar som återinläggningar är i hög grad sådana som hade kunnat undvikas genom preventionsinriktad och personcentrerad vård och omsorg

Andel skåningar med minst ett slutenvårdstillfälle under 2018



Figur 1. Andelen personer med slutenvård 2018 baserat på 5-årsklasser och om de någon gång fått en DRI-diagnos (men inte en demensdiagnos) eller en demensdiagnos registrerad i Region Skånes vårddatabas (RSVD). För fördelning över DRI-diagnoser se tabell 3 i KC demenssjukdomars rapport över det strategiska demensarbetet 2018¹.

Demenssjukdom (och med största sannolikhet olika grader av kognitiv svikt) är underdiagnostiserade. Baserat på prevalensberäkningar har endast 55% av skåningar med demenssjukdom fått diagnos. Opublicerade resultat från Synapsstudien visar att slutenvårdskonsumtionen minskar signifikant efter att patienter har fått demensdiagnos. Det är alltså möjligt att en majoritet av de slutenvårdspatienter som har demenssjukdom ej har fått diagnos.

1. https://vardgivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-demens/synaps/rapport_2018-region-skanes-strategiska-utvecklingsplan-for-jamlik-demensvard.pdf

Från slutenvården på Ängelholms sjukhus efterlyste man under 2016 något sätt att snabbt kunna bilda sig en uppfattning om patienternas kognitiva status. Bakgrunden var att man på avdelningarna upplevde att många patienter med omfattande kognitiva besvär inte fick den omvårdnad de behövde. En orsak till detta var att många av patienterna inte hade demensdiagnos sedan tidigare och personalen upptäckte den kognitiva svikten för sent under vårdtillfället. Slutenvårdsavdelningarna och Enheten för kognitiv medicin på Ängelholms sjukhus och Kunskapscentrum demenssjukdomar bestämde sig för att använda en tidsorienteringsfråga, ”Vad har vi för år och månad i dag?” som har rapporterats ha hög tillförlitlighet att identifiera sviktande kognition. I Melior fanns dessutom sedan tidigare forsknings- och utvecklingsarbete vid Internmedicin, SUS, en mall för att rapportera resultatet.

För slutsatser baserat på Melior-data, framgångsfaktorer och utvecklingsområden hänvisas till tidigare rapport¹. Tillförlitligheten av tidsorienteringsfrågan jämfört med andra instrument granskade av SBU² samt värdet av spridning av arbetssättet har också diskuterats³. Baserat på bland annat erfarenhet från Ängelholms sjukhus har Kunskapscentrum demenssjukdomar tagit fram ett utbildningspaket tillsammans med enheten för kognitiv medicin vid Ängelholms sjukhus. Det uppföljningsverktyg som togs fram i Qlikview tillsammans med Enheten för beslutsstöd finns också tillgängligt för enheter och verksamheter inom Region Skåne som vill använda arbetssättet.

METOD OCH RESULTAT

Denna rapport är baserad på samma patientunderlag som ligger till grund för indikator ID0091: Oplanerad återinskrivning inom 1-30 dagar från utskrivning från sjukhus för personer äldre än 65 år. Denna information har körts mot information i Melior om patienter som har fått tidsorienteringsfrågan på Ängelholms sjukhus. Dessutom har remisser från vårdavdelningarna analyserats för att avgöra i vilka fall kognitiva problem har nämnts. Enheterna för dataanalys och registercentrum (DARC) samt beslutsstöd har tagit fram underlag för denna rapport.

Tidsperioden är hela 2017-2018. Under denna tid registrerades 7256 vårdtillfällen som är underlag för indikator ID0091. Antalet unika patienter är 4619. Vid 4237 (58%) av vårdtillfällena ställdes tidsorienteringsfrågan och 3015 (65%) av patienterna fick vid något tillfälle frågan. Bland de fem avdelningarna på Ängelholms sjukhus skiljer sig frekvensen åt (Tabell 1).

Remiss om kognition var överlag ganska ovanligt (trots att detta är en del av arbetssättet). Vanligast var det bland patienter som ej klarade tidsorienteringsfrågan (121 remisser, 17% av vårdtillfällena för denna patientgrupp) men förekom även bland patienter som klarade tidsorienteringsfrågan (113 remisser, 3%) och de som ej fick frågan (121 remisser, 4,2%).

Under 2017-2018 har det rapporterats 937 återinläggningar för 691 unika patienter inom 30 dagar från utskrivning på Ängelholms sjukhus. Patienter som vid ett eller flera vtf inte klarade tidsorienteringsfrågan (eller som någon gång fått remiss gällande kognition) hade mer än 50% fler återinläggningar än övriga patienter (Tabell 2).

2. <https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbus-upplysningstjanst/bedomningsinstrument-for-att-identifiera-delirium-hos-patienter-inom-slutenvarden/>

3. <https://vardqivare.skane.se/siteassets/3.-kompetens-och-utveckling/sakkunniggrupper/kunskapscentrum-demens/kc/kommentarer-gallande-snabbt-test-for-konfusion-vid-inlaggning-i-slutenvard.pdf>

Tabell 1. Andel vtf per avdelning och totalt för Ängelholms sjukhus som har registrerat resultat i Melior för tidsorienteringsfrågan.

	Avd 11	Avd 21	Avd 23	Avd 41	Avd 42	Avd Ort	Totalt
Antal vtf tot	1131	1643	3247	263	949	23	7256
Antal med fråga	752	713	2174	30	568	0	4237
Andel med fråga	66%	43%	67%	11%	60%	0%	58%
Antal vtf med ej tidsorienterad pat eller med remiss kognition	222	272	320	7	140	1	962
Andel av vtf tot med ej tidsorienterad pat eller med remiss kognition	20%	17%	10%	3%	15%	4%	13%

Tabell 2.

Patientkategori	Antal patienter	Antal (andel) med återinläggning
Klarade inte tidsorienteringsfrågan eller fick remiss kognition vid ett eller flera vtf	697	179 (26%)
Klarade tidsorienteringsfrågan och fick aldrig remiss kognition	2353	419 (18%)
Fick aldrig tidsorienteringsfrågan eller remiss kognition	1569	108 (7%)

De olika grupperna skiljer sig också i antalet vårddygn per vårdtillfälle (tabell 3) och patient (tabell 4). Notera att när man analyserar per vtf så har gruppen som ej fick frågan samma antal vårddygn per vtf som de som inte klarade frågan. Analys per patient visar att de som aldrig fick frågan har samma antal vårddygn som de som alltid klarade tidsorienteringsfrågan. Samma mönster framkommer när man analyserar frekvensen av olika längd på vtf per grupp, och frekvensen av olika antal vårddygn totalt per patient (figur 2).

Tabell 3.

Vtf-kategori	Antal vtf totalt	Antal vård- dygn per vtf
Klarade inte tidsorienteringsfrågan	962	8,2
Klarade tidsorienteringsfrågan	3396	5,8
Frågan ställdes inte	2898	8,5

Tabell 4.

Patientkategori	Antal patienter	Antal vårddygn totalt	Antal vårddygn per patient
Klarade inte tidsorienteringsfrågan vid ett eller flera vtf	697	10672	15,3
Klarade alltid tidsorienteringsfrågan	2353	25030	10,6
Fick aldrig frågan	1569	16529	10,5

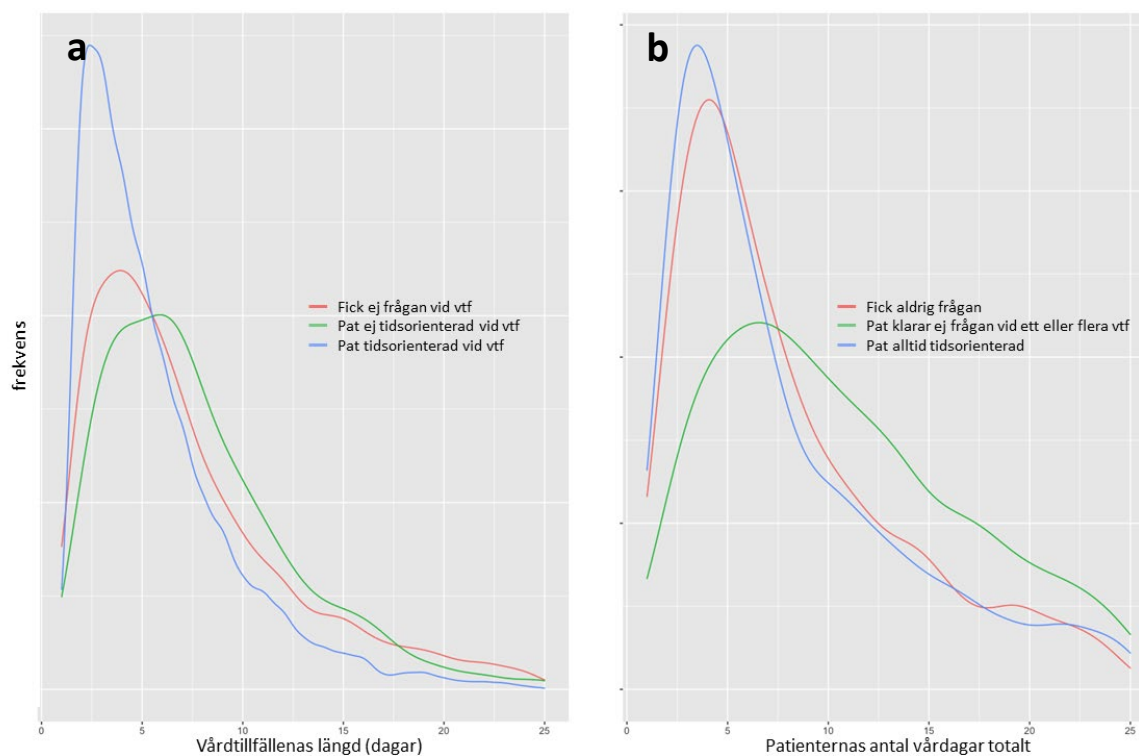
DISKUSSION OCH SLUTSATSER

I tidigare rapport baserad på Meliordata¹ är andelen vårdtillfällen då tidsorienteringsfrågan har ställts, högre än vad som rapporteras här (tabell 1). Förklaringen är sannolikt att tidsorienteringsfrågan ingår i inskrivningsrutinen och en relativt stor andel av patienterna som vårdas inneliggande på Ängelholms sjukhus har skrivits in vid annat sjukhus och därefter flyttats.

För vårdtillfällen som börjar på Ängelholms sjukhus är andelen med registrerad tidsorienteringsfråga nästan 80%. För samtliga vårdtillfällen som rapporteras här är andelen 58%. Enligt uppgift ställs frågan ofta ändå och därför skulle ett möjligt fortsatt förbättringsarbete kunna ha fokus på att hitta rutiner för att rapportera även de tidsorienteringsfrågor som ställs till patienter som överförs från annat sjukhus.

Av de patienter som vårdats på Ängelholms sjukhus under 2017-2018 är det en tredjedel som aldrig fått tidsorienteringsfrågan. Vårdtillfällen där patient inte fick frågan (42% av alla vtf) har lika lång medelvårdtid som vtf med patient som inte klarade tidsorienteringsfrågan. Samtidigt har de patienter som aldrig fick frågan lägst andel återinläggningar och samma medelvårdtid som patienter som alltid klarade tidsorienteringsfrågan. Med den information vi har tillgång till går det inte att säga säkert vad detta beror på och troligen är orsakerna flera. Det kan dels vara så att frågan inte ställts till patienter är tydligt kognitivt friska eller sådana fall där den kognitiva svikten är helt uppenbar. Bland de senare kan det ingå patienter som bor på särskilt boende vilket sannolikt är en faktor som både minskar risken för inläggning och återinläggning.

Resultaten tyder på att det räcker att patienten svarar fel på tidsorienteringsfrågan vid ett vtf för att indikera risk för en bakomliggande långvarig kognitiv svikt. Mer djupgående analys krävs för att kunna vara säker på det, men som hypotes är detta förhållande i varje fall förenligt med observationen att även patienter med demensdiagnos svarar rätt på frågan i 28% av fallen¹. Sannolikheten på gruppnivå att patienterna svarar rätt vid två tillfällen torde då vara avsevärt lägre (mindre än 8% rent statistiskt).



Figur 2. I a visas frekvens av vårdtillfällen mellan 1 och 25 dagar långa per de tre kategorierna. Man ser att för de vårdtillfällen där patienterna klarade tidsorienteringsfrågan (blå linje) så var den vanligaste vtf-längden 2 dagar (= kurvans högsta punkt). När frågan inte ställdes (röd linje) eller patienten inte klarade frågan (grön linje) var den vanligaste längden 4 respektive 6 dagar. De röda och gröna kurvorna är inte lika höga som den blå eftersom dessa kategorier har fler längre vårdtillfällen, vilket också avspeglas i dessa gruppers högre medelvårdtid per vtf (tabell 3). I b visas frekvensen av patienternas totala antal vård dagar. Här är den röda kurvan mer lik den blå, vilket också avspeglas i medelvärdet för antalet vård dagar totalt (tabell 4).

Avslutningsvis kan det vara värt att hänvisa till bakgrundstexten ovan, nämligen att slutsatser från internationell forskning gällande sambandet mellan kognitiv svikt och slutenvård är giltiga även i Skåne:

- Kognitiv svikt (kort-, och långvarig, i spannet från lindrig kognitiv störning till demenssjukdom) är en riskfaktor för inläggning på sjukhus
- Kognitiv svikt är en riskfaktor för att drabbas av vårdskador
- Kognitiv svikt är en riskfaktor för återinläggning

Såväl inläggningar som återinläggningar är i hög grad sådana som hade kunnat undvikas genom preventionsinriktad och personcentrerad vård och omsorg.

För att komma till rätta med detta uppenbara patientsäkerhetsproblem krävs insatser från samtliga vård- och omsorgsgivare. Från denna analys och vad som tidigare har rapporterats¹ är det tydligt att Region Skåne genom utvecklingsarbetet på Ängelholms sjukhus har åtminstone ett instrument för att upptäcka kognitiv svikt i slutenvården. Region Skånes KC demenssjukdomar har kompetens och erfarenhet att planera, genomföra och följa upp utvecklingsprojekt gällande sköra äldre patienter med kognitiv svikt i slutenvården. KC demenssjukdomar kommer fortsätta uppföljningen av patientkohorten från slutenvården i Ängelholm för att undersöka i vilken utsträckning patienterna har fått kognitiv utredning och demensdiagnos. Eftersom det snart har

gått två år för de senast inlagda patienterna finns också möjlighet att se om arbetsättet kan knytas till effekter på fortsatt vårdkonsumtion.