

November 2011

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

Örebro kommun och Örebro läns landsting

Författare

Ylva Blix, Örebro kommun
Ewa Slätmo, Universitetssjukhuset i Örebro



Förord

Den 6 november 2009 inbjöd Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fem områden i Sverige däribland Hilma¹ i Örebro till ett möte för att tillsammans starta ett utvecklingsarbete. Syftet var att förbättra vården till de mest sjuka äldre vilket ansågs som ett angeläget förbättringsområde. Utvecklingsarbetet innebar att projektområdena skulle prova en metod som skulle leda till kartläggning och lokalt förbättringsarbete. Metoden som skulle användas presenterades av Ulla Gurner som utarbetat den för kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Målet med arbetet var ökad kunskap om hur samverkan och vårdprocesser runt den multisjuka äldre skulle kunna förbättras och effektiviseras.

I det nationella projektet ingick till slut totalt 12 olika områden som deltog, varav Örebro läns landsting och Örebro kommun var ett av dessa områden. Projektet finansierades genom de nationella medel som länet tilldelats för stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Regionförbundet i Örebro län har förvaltat medlen och varit representerat i projektorganisationen.

Projektorganisation

Projektmedarbetare

Lena Hammarlund, biståndshandläggare Örebro kommun, intervjuare
Marita Nyquist, sjuksköterska Universitetssjukhuset i Örebro, intervjuare
Karin Lindgren, apotekare Apoteket Farmaci
Andreas Legnerot, ekonom Örebro kommun
Ann-Christine Sundelius, ekonom Örebro kommun
Majken Lindqvist, ekonom Örebro läns Landsting

Projektledningsgrupp/ansvariga

Ewa Slätmo, Universitetssjukhuset i Örebro (ansvarig mot SKL)
Kristina Andersson, Universitetssjukhuset i Örebro
Ylva Blix, Örebro kommun (ansvarig mot SKL)
Susanne Rydén, Regionförbundet Örebro (sammankallande)

Styrgrupp

Mats Björemann, Örebro läns Landsting
Ann-Christin Ledstam, Primärvården Örebro läns landsting
Elisabeth Liljekvist, Örebro kommun
Christer Lenke, Regionförbundet Örebro

Slutprodukten för den lokala uppföljningen är denna rapport. Resultatet ska ses som ett underlag till projekten ViSam och Pallert som arbetar med att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre i Örebro län.²

Rapporten kommer att spridas till verksamheterna i kommunen och landstinget inom länet och kommer att finnas tillgänglig på webbplats inom Örebro kommun, Örebro läns landsting, Regionförbundet Örebro och SKL.

¹ Samverkan i vårdkedjan för äldre i södra Örebro län omfattade universitetssjukhuset i Örebro, primärvården i södra länsdelen samt kommunerna Askersund, Hallsberg, Kumla, Lekeberg och Örebro. Samverkan drevs som ett projekt, Hilma, 2004-2007 och är därefter en permanent samverkansform. Läs mer på www.orebroll.se/hilma.

² För information om projekten se www.regionorebro.se/socialvalfard/projekt

Alla projektmedarbetare har, utifrån sina respektive ansvarsområden, bidragit till innehållet i rapporten och för rapportens slutliga version ansvarar Ewa Slätmo och Ylva Blix.

Örebro, 29 november 2011

Lena Hammarlund
Intervjuare

Marita Nyquist
Intervjuare

Ewa Slätmo
Ansvarig för kontakt med SKL

Ylva Blix
Ansvarig för kontakt med SKL

Sammanfattning

Många svenska studier och rapporter visar att vård och omsorg för de mest sjuka äldre fungerar mindre bra ur såväl kvalitativt som ekonomiskt perspektiv. Den här rapporten beskriver en fallstudie som är genomförd i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting i syfte att kartlägga nuläget och identifiera förbättringsområden inom vård och omsorg till de mest sjuka äldre i Örebro län.

Urvalsgruppen bestod av 22 personer (13 män och 9 kvinnor) som vid undersökningsperioden var mellan 75-90 år, med en medelålder på 81,7 år. Undersökningsperioden sträckte sig över 18 månader från mars 2009 till augusti 2010.

De äldre multisjuka följdes upp med intervjuer, registerdata, journaldata och läkemedelsdata inom slutenvård (enbart registerdata), öppen specialistvård, primärvård och kommunens hemsjukvård samt omsorg. Undersökningspersonerna hade i genomsnitt tio diagnoser registrerade inom slutenvården. De flesta diagnoserna fanns inom cirkulationsorganens sjukdomar. Vanligast var hjärtsjukdom, stroke samt andra sjukdomar i hjärnan. När all datainsamling och inmatning i respektive mallar var klar bearbetade SKL datan som därefter återkopplades till projektgruppen.

Personerna hade i genomsnitt vårdats inom slutenvården 6,1 gånger under 18-månadersperioden. Vårdcentralens läkare hade i snitt träffat personerna 4,1 gånger men de flesta kontakterna med vårdcentralen hade skett genom kontakt med distriktssköterska.

Studien visar att 14 av de 22 undersökningspersonerna hade kommunal hemsjukvård och 16 personer hade kontakt med hemtjänsten. Biståndshandläggare inom det sjukhusanslutna vårdplaneringsteamet hade fattat 11 av de totala 24 biståndsbesluten.

Läkemedelsgenomgångarna visade att i medeltal använde de äldre 8,4 preparat per person varav 1,6 läkemedel användes vid behov. Av de identifierade läkemedelsrelaterade problemen var biverkningar en av de vanligaste. I fyra av fallen överensstämde patientens läkemedelslista med vårdcentralens lista. Flertalet läkare på vårdcentralen försöker få ett helhetsgrepp om läkemedelsbehandlingen men detta försvårades t.ex. av ofullständiga anteckningar och epikriser samt att patienter gav otillräcklig information. Hälften av de äldre fick någon gång under den tid som granskades, ett eller flera läkemedel som bör undvikas till äldre, enligt Socialstyrelsens ”Indikationer för god läkemedelsterapi för äldre”.

Kostnadsberäkningarna i undersökningen bygger på de registreringar, journaler samt intervjuer som ingår i uppföljningen. Varje individs slutenvårds-, öppenvårds- samt äldreomsorgsinsatser under den studerade 18-månadersperioden har kunnat kostnads sättas med stöd av ekonomiansvariga på landstinget i Örebro och äldreomsorg inom Örebro kommun. Kostnaden för anhörigstöden är beräknade för den månaden då intervjun med anhörig skedde. Anhörigkostnaden är grundad på kommunens timkostnad för hemtjänsten.

Kostnaderna varierar stort mellan de olika individerna inom vård och omsorg:

- sluten specialistvård mellan 45 042 och 617 410 kr,
- öppen specialistvård mellan 11 815 och 228 875 kr,
- primärvård mellan 3 187 och 24 045 kr,
- hemtjänst mellan 0 (noll) och 269 476 kr,
- den antagna kostnaden för anhöriginsatser mellan 0 (noll) och 23 936 kronor per månad.

Vid fler av intervjuerna med de äldre framkommer att de önskar bättre kontinuitet med färre kontakter inom och mellan de olika vårdgivarna. Anhöriga efterlyser till exempel ”någon form av team för de äldre”.

Det kan också nämnas att det i intervjuerna särskilt framkom att det som både den äldre personen och dennes närstående saknade mest var information bland annat när det gällde läkemedelsbehandlingen samt hur uppföljning och återbesök skulle gå till. På frågor om hemvården svarade flertalet av de intervjuade att de tyckte hemvården fungerade bra men man önskade att få besök av färre antal olika personal.

Fallbeskrivningarna i rapporten visar på komplexiteten i vården av äldre och det stora behov av sammanhållen vårdkedja som gruppen mest sjuka äldre har. Komplexiteten och bristen av samordning framträder här på ett sådant sätt som enskilda vård- och omsorgsaktörer sällan eller aldrig ser. Varje organisation utgår från sin del av vårdkedjan utan att se den äldre personens perspektiv, vilket borde vara av överordnad betydelse. Den äldre har ett särskilt och stort behov av samordning och nära samarbete mellan vårdgivarna med gemensam planering och uppföljning utifrån sin situation, sina behov och önskemål.

Innehållsförteckning

1. Bakgrund	9
1.1 Prioriterad fråga på SKL	9
1.2 Multisjuklighet innefattar många olika hälsotillstånd	9
1.3 Tidigare studier	9
1.4 Definition av multisjuk undersökningsgrupp	10
2. Genomförande	11
2.1 Uppföljningens syfte	11
2.2 Undersökningsdata och metod	11
2.2.1 Urvalsår/definitionsår och urvalsprocessen	13
2.2.2 Bortfall	13
3. Hur fungerar vård och omsorg för äldre multisjuka och deras anhöriga	14
3.1 Undersökningsgruppens ålder, kön, civilstånd och utbildning	14
3.2 Diagnoser och symptom hos undersökningsgruppen	15
3.3 Nyttjandet av sluten- och öppenvård	16
3.4 Nyttjande av kommunens vård och omsorg	18
3.5 Intervjuer med multisjuka äldre om behov och problem	21
3.5.1 Synpunkter på sjukhusets slutenvård	21
3.5.2 Synpunkter på sjukhusets akutmottagning och ambulans	21
3.5.3 Synpunkter på den öppna specialistvården	21
3.5.4 Synpunkter på vårdcentralen	22
3.5.5 Synpunkter på kommunens vård och omsorg	22
3.6. Intervjuer med multisjuka äldres anhöriga om behov och problem	22
3.6.1 Synpunkter på landstingsvården	22
3.6.2 Synpunkter på kommunens vård och omsorg	23
3.7 Sammanfattning av de multisjuka äldres och de anhörigas synpunkter	23
3.8 Vårdcentralernas dokumentation	23
3.9 Kommunala hemsjukvårdens dokumentation	24
3.10 Dokumentation från biståndshandläggning	24
3.10.1 Samordnade vårdplaneringar på sjukhus	26
3.11 Dokumentation från utförare av hemtjänst	26
4. Läkemedel	27
4.1 Analys av läkemedel utifrån intervju, aktuell läkemedelssituation och journalgenomgång	27
4.2 Läkemedelsgenomgång	27
5. Kostnader för vård och omsorg	32
5.1 Slutenvård	32
5.2 Öppen specialistvård	33
5.3 Primärvård	33
5.4 Kommunens vård och omsorg	33
6. Uppföljning av de 22 äldre multisjuka belysta genom fem fallbeskrivningar	34
6.1 Fallbeskrivning 1	34
6.2 Fallbeskrivning 2	40
6.3 Fallbeskrivning 3	45
6.4 Fallbeskrivning 4	51
6.5 Fallbeskrivning 5	57
6.6 Sammanfattande reflektioner utifrån fallbeskrivningarna	62
7. Regional konferens	62
8. Diskussion	63
8.1 Diskussion om läkemedel	63
8.2 Diskussion kring kostnader utifrån fallbeskrivningarna	64
8.3 Diskussion utifrån synpunkter från de äldre och deras närstående	64
8.4 Studien gav upphov till nya frågor	67
8.5 Tänkbara områden att utveckla	67

1. Bakgrund

1.1 Prioriterad fråga på SKL

Bättre liv för sjuka äldre är en prioriterad fråga för SKL 2010.³ Fokus kommer att ligga på att stödja ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete på olika sätt. Ett viktigt område är att på nationell bas, och som komplement till uppbyggnad av kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior Alert, genomföra en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Uppföljningen genomförs i en första fas i samverkan med 12 landsting och 29 kommuner. Inom Örebro län har intervjustudien genomförts av Örebro kommun och Örebro Läns landsting.

1.2 Multisjuklighet innefattar många olika hälsotillstånd

Med stigande ålder ökar sannolikheten för att få en kronisk sjukdom liksom för att drabbas av flera samtidigt förekommande sjukdomar och symptom. Gruppen äldre med komplexa vårdbehov ökar i takt med den medicintekniska utvecklingen och befolkningens stigande ålder.

Begreppet multisjuklighet omfattar många olika hälsotillstånd. Hur man väljer att mäta och definiera multisjuklighet beror på vilka frågor man vill besvara. När multisjuklighet definieras som:

- två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar kan 60 – 70 procent av befolkningen över 75 år räknas inom definitionen,
- fler än en samtidigt förekommande sjukdom tillsammans med funktionsnedsättning så räknas 25 – 26 procent av dem över 75 år in,
- tre eller fler vårdtillfällen inom slutenvård under ett år och tre eller fler diagnoser inom olika sjukdomsklasser så kan 7 procent av dem över 75 år räknas in.⁴

1.3 Tidigare studier

En mängd olika verksamheter och sätt att organisera vård och omsorg strålar samman i vardagen för den äldre multisjukliga person som har behov av både vård och omsorg. Verksamheter som styrs av olika budgetar, lagar, avtal och policies. Det finns hittills få studier som inriktas mot att identifiera de sammansatta vård- och omsorgsbehoven. Nationellt representativa data är nödvändiga för planering av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. De fallstudier av äldre multisjuka i ordinärt boende som genomförts i strukturmässigt olika områden i Stockholms län och i Gävle under senare år har identifierat brister/hinder på systemnivå^{5,6}. Detta trots att samverkansavtal funnits mellan kommuner och landsting och trots att äldre med sammansatta behov och problem sedan länge varit en prioriterad grupp.

Multisjuka äldre har varit högkonsumenter av vård och omsorg. De flesta har också haft anhöriga som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Ansvaret för dem har varit

³ Se bil cirk 10:11 Överenskommelse mellan staten och SKL på äldreområdet 2010.

⁴ Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. SOU 2010:48

⁵ Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur, 2003. *Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge.* U Gurner, J Fastbom, L Hagman och Zahra Shah-Shahid, Stiftelsen Äldrecentrum 2006, Landstingsrevisionen 19/2005, Stockholms stads Revisionskontor 2006:

⁶ Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, U Gurner, D Norén, R Bowin, A Brinne, mars/april 2010

splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Äldre multisjuka har fått omfattande insatser utan långsiktig uppföljning och samplanering. De olika delarna i vård- och omsorgssystemet har agerat reaktivt på händelser och risk.

Utvecklingsarbete sker ofta i delar av vård- och omsorgssystemen. Sällan i ett koordinerat sammanhang som tar den äldres behov som utgångspunkt. Styrande i förändringsarbete blir istället ofta redan existerande organisering och etablerad verksamhet. Genom den granskning av enskilda fall med hjälp av en systematisk beprövad metod som nu genomförs i olika delar av landet skapas komplement till den kunskap som tas fram på delnivå.

1.4 Definition av multisjuk undersökningsgrupp

Vid val av undersökningsgrupp har i enlighet med syftet använts en definition som fångar en grupp äldre som är högkonsumenter av slutenvård och därför kan förväntas ställa stora krav på samordning mellan sjukhus och vård och omsorg utanför sjukhuset.

Definitionen utgår därför från slutenvårdskonsumtion och undersökningsgruppen är:

- 75 år eller äldre och som under en tolv månadersperiod ha vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper enligt ICD10. Definitionen bygger på vårdepisoder och inte vårdtillfällen. Den grupp som kan räknas inom denna definition är 4-5 procent av de 75 år och äldre.⁷

Med denna definition av undersökningsgruppen har tidigare studier visat att vi fångar upp äldre personer med en komplex behovs- och problemsituation. En undersökningsgrupp som ställer krav på fungerande samarbete mellan landstingets slutenvård och öppenvård, kommunens vård och omsorg samt de äldre själva och deras anhöriga. De är i de flesta fall vårdplanerade åtskilliga gånger vid utskrivning från slutenvården.

Denna definition av multisjuka lämpar sig väl för att studera brister och hinder på systemnivå. Den äldregrupp som är i behov av att samhällets organisering av vård och omsorg utgår ifrån behov och problem är dock betydligt större än denna utifrån slutenvårdskonsumtion definierade grupp.

⁷ En vårdepisod är lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning från slutenvård. Denna så kallade vårdepisod kan i registret vara uppdelad på flera vårdtillfällen vid olika kliniker och/eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman.

2. Genomförande

2.1 Uppföljningens syfte

I kartlägningsstudien *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* var vårt syfte att på nationell nivå och ur behovsgruppen multisjuka äldres perspektiv

- identifiera systembrister och hinder,
- hitta systemlösningar⁸ som ger den multisjuka äldre kunden⁹ bättre vård- och omsorgskvalité,
- öka den samhällsekonomiska nyttan av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemet kring den multisjuka äldre,
- utvärdera och vidareutveckla metoden för kontinuerlig användning.

Framtagen helhetskunskap förväntas ge stöd i att identifiera

- äldre med behov av sammantaget omhändertagande,
- hur vård och omsorg fungerar i förhållande till behoven hos de äldre själva och deras anhöriga/närstående,
- vilken vård och omsorg de äldre multisjuka fått och hur detta beskrivs och dokumenteras från vård- och omsorgsgivare,
- hur vård- och omsorgsgivare samarbetat kring de äldre multisjuka,
- läkemedelsförskrivning och följsamhet,
- kostnader för slutenvård och öppenvård samt för äldreomsorg och anhörigstöd,
- eventuella skillnader i vård- och omsorgsmönster mellan olika områden,
- systemhinder och
 - fungera som redskap i löpande kvalitativt uppföljningsarbete mellan huvudmän och olika vård- och omsorgsgivare
 - förbättra arbetsformer och arbetsmiljö för dem som arbetar i vården och omsorgen
 - återkoppla kunskap på individnivå att användas i dagligt förbättringsarbete
 - underlätta erfarenhetsutbyte mellan olika områden i landet.

2.2 Undersökningsdata och metod

Undersökningsdata omfattar arton månader – definitionsårets tolv månader samt de sex månader som följer efter definitionsåret. Varje undersökningsområde ska ha minst 20 multisjuka undersökningspersoner och minst två listade multisjuka på varje vårdcentral i området.

⁸ Med nya systemlösningar avses nya samarbetsformer eller organisationsmodeller som kan skapa högre värde för multisjuka/multisviktande och för vård- och omsorgsgivare

⁹ Kundbegreppet används för att understryka att också den multisjuka äldre blir kund som ska välja vårdcentral i ett vårdvalssystem och hemtjänst i ett kundvalssystem. Valmöjligheter som hittills inte anpassats efter den äldre multisjukas behov av en sammanhållen vård och omsorg.

Kartläggningen innefattar:

- Intervjudata
Intervju sker sex månader efter de äldre personerna definierats som multisjuka. Informationsbrev och medgivandeblankett för deltagande bifogas i bilaga 1 och 2.
- Registerdata
Tillsammans med undersökningspersonens medgivande inhämtades samtliga uppgifter om
 - registreringar inom slutenvård, öppenvård och kommunens äldreomsorg
- Journaldata
Tillsammans med undersökningspersonens medgivande inhämtades samtliga journalhandlingar
 - från vårdcentral/specialistläkarmottagning (distriktssköterske-, läkar- och sjukgymnastjournaler)
 - från kommunens vård och omsorg
 - biståndsbedömningar,
 - biståndsbeslut samt övrig biståndshandläggardokumentation
 - hemtjänstens utförardokumentation
 - hemsjukvårdens dokumentation
- Läkemedelsdata
Information från intervjuer och läkemedelsdokumentation från journaler analyserades inom respektive område av apotekare. Varje undersökningspersons faktiska läkemedelsintag analyserades i ett dataprogram (MONITOR). Apotekarna besvarade dessutom om det med hjälp av journalgranskning gick att besvara:
 - om den multisjuka äldre fått lämpliga läkemedel förskrivna under perioden
 - om den multisjuka under undersökningsperioden tagit de förskrivna läkemedlen på lämpligt sätt
 - om det fanns någon läkare som under perioden hade hållit ihop den multisjuka äldres totala mängd förskrivna läkemedel och som hade *följt, värderat och omprövat* läkemedelsförskrivningen under de 18 månaderna
 - hur förskrivarna av läkemedel samarbetat med varandra och med annan personal inom vård och omsorg kring den äldres läkemedelshantering

- **Kostnadsdata**
Underlag för kostnadsberäkningarna inhämtades från respektive område och omfattar samtliga kostnader för slutenvård och öppenvård samt för kommunens hemsjukvård och hemtjänst som dokumenterats i de register och journaler som inhämtades för de 18 månader inom ramen för studien. Även kostnader för anhängningsinsatser beräknades. Utifrån detta togs en schablonprislista fram och denna ligger till grund för de kostnader som redovisas i den ekonomiska sammanställningen. Se bilaga 3.

2.2.1 Urvalsår/definitionsår och urvalsprocessen

Undersökningsdata togs fram under perioden den 1 mars 2009 till den 31 augusti 2010. Intervjuerna startade i september 2010.

Ansvariga för slutenvårdsregister tog fram listor för uppföljningens undersökningsgrupp enligt nedanstående manual. Den slutliga körningen stämades av med SKL:s projektledare Ulla Gurner före kontakten med presumtiva deltagare.

Slutenvårdsvariabler som körningen baserades på var:

- kön,
- personernas krypterade ID-nummer,
- de äldres vårdcentralstillhörighet (två äldre multisjuka per vårdcentral),
- medicinsk enhet inom slutenvården där vård skett,
- in- och utskrivningsdatum från sjukhus,
- samtliga diagnoskoder vid varje vårdtillfälle.

2.2.2 Bortfall

Utanför tabellen nedan kan konstateras att elva äldre personer som var aktuella under urvalsarbetet, i enlighet med aktuell definition av multisjuk, aldrig blev tillfrågade om deltagande. Det visade sig att dessa var folkbokförda på adresser för särskild boendeform och därmed inte kom i fråga för denna uppföljning.

Tabell 1. Antalet som blev tillfrågade om att delta i undersökningen samt bortfall

Vårdcentralstillhörighet	Totalt antal nej tack till att delta	Annan orsak till bortfall	Totalt antal tillfrågade (22)*
Adolfsberg	1	0	3
Brickebacken	0	0	2
Haga	3	1	6
Karla	2	1	5
Lillån	0	0	2
Mikael	2	2	5
Odensbacken	1	0	3
Olaus Petri	0	0	2
Skebäck	2	0	4
Tybble	0	0	2
Varberga	0	0	2
Vivalla	2	1	4
TOTALT	13	5	40

* Ett första utskick gjordes till 22 uttagna multisjuka äldre med förfrågan om deltagande.

Tabell 1 visar att över hälften, 13 av de 22 multisjuka äldre, som ursprungligen tillfrågades om deltagande i undersökningen tackade nej till deltagande. Sammanlagt räknas 18 av de 40 som slutligen blev tillfrågade, som bortfall. De äldre som tackade nej eller räknats som bortfall av annan anledning tillhör sju av de tolv aktuella vårdcentralerna. De äldre som tillhör de övriga fem vårdcentralerna tackade ja till och deltog i undersökningen efter första utskick.

Orsaker, som framkom, varför de äldre tackade nej till att delta i undersökningen:

- för sjuk och trött, orkade därför inte delta/många sjukhusbesök,
- uppger att intresse för frågorna finns men är dock tveksam till deltagande, ville istället lägga fokus på annat sedan diagnos om svår sjukdom blev ställd,
- multisjuks respektive tackade nej för sin make/makas räkning, den äldre sjuke uppges vara för dålig för att delta,
- uppges av anhörig vistas på kommunens korttidsenhet och inte ha förmåga att svara på frågor på grund av sjukdom,

Annat som lett till att den äldre inte har deltagit i undersökningen är:

- flytt till annan stad,
- flytt till särskild boendeform,
- söktes per telefon flertalet gånger samt via påminnelsebrev utan att få kontakt,
- vid tid för intervju lämnades besked om att den äldre befanns vara i slutfas i palliativ vård,
- extra brev skickades ut till enskilda som inte hade telefon eller telefonnummer som kunde tillgås via offentliga sökvägar. I brevet ombads den äldre höra av sig om den kunde tänka sig ett deltagande i undersökningen.

3. Hur fungerar vård och omsorg för äldre multisjuka och deras anhöriga

3.1 Undersökningsgruppens ålder, kön, civilstånd och utbildning

Undersökningsgruppen bestod av 22 multisjuka personer. Ursprungsplanen var en grupp på 24 personer, två listade vid varje vårdcentral. De bortfall som inträffade under urvalsprocessen medförde dock ökad tidsåtgång för nya uttag och orsakade därmed tidsbrist vilket till sist resulterade i att det för två av de tolv vårdcentralerna enbart fanns en multisjuk person som intervjuades och följdes.

Nio personer i undersökningsgruppen var kvinnor, resterande 13 var män. Medelåldern för hela gruppen var 81,7 år vilket innebar en medelålder på 82,7 år för kvinnorna och 81 år för männen. Den yngsta kvinnan och mannen var lika gamla, 75 år. Detsamma gällde för den äldsta kvinnan och mannen i undersökningen vilka båda var 90 år.

Tolv personer i undersökningsgruppen var ensamboende och tio samboende. Av kvinnorna var fem ensamboende och fyra samboende respektive sju och sex av männen. De i gruppen som var samboende bodde alla, utom en, med sin maka/make. En av männen var samboende med en närstående. Av de 22 intervjuade har tio uppgett att de är gifta, fyra kvinnor och sex män. Sju uppgav att de var änka/änkling, fyra kvinnor respektive tre män. Två uppgav att de var skilda, båda män. Tre uppgav att de var ogifta, en kvinna och två män.

Rörande skolår var snittet för skolgång 7,9 år, sex år som kortast och som längst uppgavs 20 år. Samtliga hade gått folkskola, en i realskola, fem uppgav gymnasieutbildning eller motsvarande, en yrkesskola och tolv uppgav andra utbildningar och kurser såsom; sjukvårdsbiträde, handelsutbildning, handelsskola, maskiningenjör, lantmannaskola, skötarutbildning, bokföringsutbildning, arbetsledarutbildning, kallskänka, affärsverksamhetskurs. Fem stycken hade studerat på universitet, högskola eller motsvarande: lärarutbildning och handelshögskola samt enstaka och fristående kurser.

3.2 Diagnoser och symptom hos undersökningsgruppen

Undersökningspersonerna hade i genomsnitt tio diagnoser registrerade inom slutenvård. I tabell två redovisas både huvud- och bidiagnoser. Som minst hade en person vårdats för tre diagnoser och som mest för 21.

Tabell 2. Diagnoser satta inom slutenvård under tiden mars 2009 - augusti 2010

Diagnoser	TOTALT (n 22)
Cirkulationsorganens sjukdomar, hjärta	60
Cirkulationsorganens sjukdomar, hjärna	9
Cirkulationsorganens sjukdomar, övriga kärl	4
Symptom, sjukdomstecken och onormal kliniska fynd och laboratoriefynd	19
Faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården	19
Andningsorganens sjukdomar	17
Endokrina sjukdomar, nutritionsrubbnings- och ämnesomsättningssjukdomar (inkl diabetes, 5 diagnoser)	11
Skador, förgiftningar och vissa andra följder av yttre orsaker (inkl 3 frakturer)	11
Tumörer	10
Sjukdomar i blod och blodbildande organ samt vissa rubbningar i immunsystemet	9
Matsmältningsorganens sjukdomar	9
Sjukdomar i urin- och könsorganen (inkl 5 UVI)	9
Psykiska sjukdomar och symptom samt beteendestörningar (inkl 2 demens)	8
Vissa infektionssjukdomar och parasitsjukdomar	7
Sjukdomar i nervsystemet	6
Sjukdomar i muskuloskeletala systemet och bindväven	4
Sjukdomar i ögat och närliggande organ	1
Sjukdomar i örat och mastoidutskottet	1
Huden och underhudens sjukdomar	1
TOTALT	220

*Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, systematisk förteckning, (ICD-10-SE), Socialstyrelsen, 1997.

Av tabell 2 framgår att de flesta diagnoserna fanns inom området *cirkulationsorganens sjukdomar och kategorin hjärtsjukdom* dominerar, inom den gruppen hade totalt 20 personer sammantaget 60 diagnoser. Nio personer hade diagnoser inom områdena hjärna och stroke. Därefter kom diagnoser inom området *symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd* och inom området *faktorer av betydelse för hälsotillståndet*. Tio personer hade fått och behandlats för olika symptomdiagnoser, bland annat bröstsmärtor och yrsel/svindel samt huvudvärk. Inom området *faktorer av betydelse för hälsotillståndet och för kontakter med hälso- och sjukvården* förekom kemoterapeutisk behandling av tumörer, eftervård plastikkirurgi, observation av patienter som stod på blodförtunnande medel, samt vård i samband med implantat.

Tabell 3. Antal symptom/problem angivna av de intervjuade

Symptom	Har problem (n 22)
Trötthet	17
Smärta	16
Yrsel	15
Andfåddhet	13
Är ofta ledsen	11
Svullna ben och fötter	11
Sömnbesvär	8
Själslig oro	8
Kroppslig oro	8
Förstoppning	8
Hosta	7
Muntorrhet	5
Klåda	5
Huvudvärk	4
Diarré	4
Dålig aptit	4
Illamående	3
Ont i magen	2
Svårt att kissa	2
Mardrömmar	2
TOTALT	153/22~7.0

Tabell 3 visar att de 22 undersökningspersonerna i medeltal uppgav sig ha sju av de 20 efterfrågade symptomen/problemen. Som mest uppgav en person 16 olika symptom. De vanligaste problemen var förknippade med trötthet och smärta. Över hälften hade problem med yrsel och andfåddhet. Hälften av de tillfrågade var ofta ledsna. Åtta hade sömnproblem samt besvärades av själslig och kroppslig oro.

3.3 Nyttjandet av sluten- och öppenvård

Besöken på sjukhusets akutmottagning hade för flera av de intervjuade varit frekventa, 21 personer hade tillsammans besökt akutmottagningen totalt 101 gånger, vilket är 4,8 besök per person. 20 personer hade tillsammans åkt ambulans vid 75 tillfällen, vilket ger ett medelvärde på 3,8. Flest besök vid akutmottagningen stod en person för med 20 besök under perioden, varav 14 gånger med ambulans. Dessa kontakter redovisas inte i tabellform.

Tabell 4. Slutenvårdskonsumtion, mars 2009 – augusti 2010

		Totalt	Medelvärde N=22
Slutenvårdskonsumtion	Antal vårdepisoder	135	6,1
	Antal vårddyg	773	35,1

Som tabell 4 visar hade undersökningspersonerna i genomsnitt vårdats inom sluten sjukhusvård 6,1 gånger under 18-månadersperioden. Som mest hade en person vårdats inom slutenvården 16 gånger och som minst två. Det genomsnittliga antal dagar personerna hade vårdats på sjukhus var 35,1. Antalet vårddyg varierar mellan 4-99 dygn.

Tabell 5. Vårddyg inom olika medicinska områden och specialiteter

Medicinsk verksamhet	Antal vårddyg	Antal personer
Neurologi	214	7
Lungmedicin	98	3
Kirurgi	70	5
Reumatologi	70	2
Infektion	65	6
Ortopedi	57	3
Internmedicin	47	6
Akutvårdsavd. AVA	45	12
Onkologi	41	2
Kardiologi	32	5
Urologi	15	2
Geriatrisk	10	1
Öron/näsa/hals	6	1
Intensivvård/infektion	3	1
TOTALT	773	56

Flest vårddyg hade sju av de 22 undersökningspersonerna tillbringat på Neurokliniken. Som tabell 5 visar hade en av de multisjuka äldre som ingick i uppföljningen vårdats på Geriatriska kliniken.

Tabell 6. Kontakter med vårdcentral mars 2009 – augusti 2010

Kontakt med vårdcentral	Mottagning	Hembesök	Övrigt*	Totalt antal notat om kontakt
Läkare	111	1	460	572
Distriktssköterska	89	0	257	346
Sjukgymnast	21	4	57	82
TOTALT	221	6	774	1000

* Indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter med andra vårdgivare, egen personal, patient och anhöriga/närstående.

Tabell 6 visar att vårdcentralens läkare hade träffat de multisjuka äldre i undersökningsgruppen (20 av 22) 112 gånger, varav 97 gånger på mottagning och 14 gånger vid akutbesök på jourmottagning. En av undersökningspersonerna hade fått hembesök av läkare från vårdcentralen. Två personer i undersökningsgruppen hade inte träffat någon läkare alls vid vårdcentralen. I genomsnitt innebar det 5,6 läkarbesök per person. Tre personer i gruppen hade träffat läkare fler gånger än övriga (17, 15 respektive 10 gånger). Den person som hade träffat *flest antal olika* läkare, hade träffat åtta stycken. Sammanlagt hade 9,91 olika läkare varit inblandade vid mottagningsbesök, hembesök och telefon/rådgivning och administration för hela gruppen om 22 personer. Det förekom även telefonkontakter med andra vårdgivare, egen personal och anhöriga/närstående.

- Hälften av besöken till läkare var akuta besök till vårdcentralens mottagning eller vårdcentralens jourmottagning, resterande var planerade besök och uppföljning efter sjukhusvistelse
- Den äldre som hade besökt läkare flest gånger hade gjort 17 besök på 18 månader och hade träffat åtta olika läkare.

De flesta av undersökningspersonerna hade många kontakter med distriktssköterskor. Mottagningsbesöken var totalt 89 stycken. Två personer hade som mest träffat 5,6 distriktssköterskor på vårdcentralens mottagning. Hembesök skedde vid ett tillfälle totalt för hela gruppen. Besöken på mottagningen var av varierande karaktär såsom sjukvårdande/behandlande samt kontroller och uppföljning av sjukdomstillstånd. Det förekom även telefonkontakter med andra vårdgivare, egen personal och anhöriga/närstående. Sammanlagt hade tio olika distriktssköterskor varit inblandade vid mottagningsbesök, hembesök, telefon/rådgivning och administration för hela gruppen om 22 personer.

- Många av sjuksköterskans arbetsuppgifter kopplat till målgruppen var administrativa. Distriktssköterskan noterade in- och utskrivningsmeddelanden från slutenvården. De stod också för rådgivning vid sjukdomstillstånd samt bokade tid till läkare. Sjuksköterskan hade även kontakt med andra vårdgivare och sjuksköterskor inom kommunen. Besök på mottagningen var av olika art, bedömning av symptom eller skada, blodtryck- och andra kontroller. Det förekom också sårvård/omläggningar, vaccinationer (influenza) samt spolningar och byte av urinkateter mm. Utprovning och beställning av inkontinenshjälpmedel utfördes också av sjuksköterskan.

Enligt tabell 6 hade elva av de äldre personerna varit i kontakt med sjukgymnast. Sju personer hade besökt mottagningen 21 gånger och fyra hade fått hembesök. Övrigt, telefon/rådgivning och administration hade nyttjats av tio personer.

- Till sjukgymnast kom den äldre för bedömning och träning av någon funktionsnedsättning. Tio av de 22 äldre hade haft kontakt med sjukgymnast. De hade fått rådgivning och hjälp med träning på vårdcentralen samt instruktioner av rörelseövningar för hemträning. Sjukgymnasten gav även akupunktur samt skrev ut hjälpmedel.

3.4 Nyttjande av kommunens vård och omsorg

Tabell 7 visar att 14 av de 22 undersökningspersonerna hade kommunal hemsjukvård. Elva personer hade sammanlagt haft 155 kontakter med en kommunal distriktssköterska.

Tabell 7. Kontakter med kommunens hemsjukvård, mars 2009 – augusti 2010

Kommunens hemsjukvård	Kontakter*	Antal personer (n) av totalt 14	Medeltal för antal kontakter per person
Distriktssköterska	155	n = 11	14,1
Distriktsarbetsterapeut	112	n = 13	8,6
TOTALT	267		19,1

*Direkta kontakter med de äldre i form av telefonsamtal, hembesök och vårdplanering

Den äldre som hade flest kontakter med hemsjukvården hade haft 69 stycken, därefter 20, 18, och 10 besök per person. Kontakterna bestod av uppföljningar och kontroller av sjukdomstillstånd. Det förekom även provtagningar, delning av läkemedel, omläggningar samt utskrivning av inkontinenshjälpmedel. Distriktsarbetsterapeut hade haft kontakt med 13 personer sammanlagt 112 gånger. Den äldre som hade haft flest kontakter hade haft 34 stycken, därefter följde 18, 12 och 9 besök per person. Kontakterna bestod av bostadsanpassning, utprovning och utskrivning av hjälpmedel samt uppföljning av dessa. Dessutom förekom gång- och balansträning, samt förflyttningsbedömningar.

Tabell 8. Kontakter med kommunens hemsjukvård, mars 2009 – augusti 2010. Den person som har flest kontakter är inte medräknad.

Kommunens hemsjukvård	Kontakter*	Antal personer (n) av totalt 13	Medeltal för antal kontakter per person
Distriktssköterska	86	n = 10	8,6
Distriktsarbetsterapeut	78	n = 12	6,5
TOTALT	164		12,6

* Direkta kontakter med de äldre i form av telefon, hembesök och vårdplanering

Tabell 8 visar hur många kontakter de övriga undersökningspersonerna hade med distriktssköterska och distriktsarbetsterapeut. (Den äldre som hade flest kontakter har tagits bort i tabellen. Den personen stod för 69 av de 155 kontakterna (45 procent) med distriktssköterska och 34 av 122 kontakterna med distriktsarbetsterapeut.)

Tabell 9: Undersökningspersonernas förekomst av olika typer av hemtjänstinsatser i hemmet eller tillfällig korttids- växelvårdsplats i särskild boendeform, under perioden mars 2009 – augusti 2010

Multisjuk äldre	Antal biståndsbeslut	Omsorg, mattjänst, service*	Korttidsplats växelvårdsplats	Trygghetslarm (ej biståndsbedömd insats)
1	-	-	-	-
2	1	mattjänst	-	ja
3	-	-	-	-
4	-	-	-	-
5	-	-	-	ja
6	2	omsorg mattjänst	-	ja
7	-	-	-	ja
8	2	omsorg, mattjänst service	-	ja
9	4	omsorg, mattjänst service	-	ja
10	-	-	-	-
11	2	omsorg, service	-	ja
12	-	-	-	ja
13	1	mattjänst	-	ja
14	-	-	-	-
15	2	omsorg, mattjänst service	korttidsplats	ja
16	3	omsorg, service	-	ja
17	-	-	-	ja
18	2	omsorg	växelvårdsplats	ja
19	1	omsorg	korttidsplats	ja
20	2	omsorg	korttidsplats	ja
21	2	omsorg, mattjänst	-	ja
22	Ett avslagsbeslut har tagits, rör begäran om ekonomiskt bidrag (*)	-	-	-
TOTALT	24 (* 1)	12	4	16

* Omsorg såsom hjälp vid förflyttningar, hjälp med klädsel, hjälp med dusch, stöd vid måltider, ledsagning till och från läkare, promenader etc. Service såsom hjälp med inköp, städning etc. Mattjänst såsom matlåda distribuerad hem eller i form av möjlighet att äta i gemensam matsal där man bor.

I tabell 9 framgår att flertalet av undersökningspersonerna, 16 stycken, hade insatser från den kommunala hemtjänsten under hela eller delar av undersökningsperioden. Av dessa hade fyra trygghetslarm som enda insats från hemtjänsten.

Biståndshandläggare som ingår i kommunens sjukhusanslutna vårdplaneringsteam¹⁰ hade beslutat elva av de totala biståndsbeslut som tagits under perioden. Övriga 13 var beslutade av biståndshandläggare som ansvarade för det geografiska område som den äldre bodde i.

Tabell 10. Äldre med servicetjänster utan biståndsprövning

Multisjuk äldre	Servicetjänster
1	nej
2	städning, tvätt, inköp
3	nej
4	nej
5	nej
6	städning, fönsterputs trädgårdsarbete, fixartjänst
7	nej
8	nej
9	nej
10	nej
11	städning, fönsterputs
12	nej
13	nej
14	nej
15	städning, fönsterputs, fixartjänst
16	städning, tvätt, inköp, fixartjänst, snöskottning
17	nej
18	nej
19	städning, tvätt, inköp, fönsterputs
20	nej
21	städning, tvätt
22	nej
TOTALT	7

Tabell 10 visar vad undersökningspersonerna uppgav att de hade beställt när det rörde olika servicetjänster utan biståndsbedömning.¹¹ Tabellen visar att sju personer hade beställt denna form av tjänster. Städning (7), tvätt och fönsterputsning (4) är de typer av insatser som det hade beställts mest av.

Tabell 9 och 10 visar att några av de intervjuade hade både biståndsbedömda insatser *och* servicetjänster och en del hade endera av det.

¹⁰ Vårdplaneringsteamet är anställda av kommunen och arbetare på sjukhuset. Det består av biståndshandläggare, sjuksköterska och arbetsterapeut.

¹¹ Dessa tjänster kan beställas av personer som är 75 år eller äldre och kan utföras av kommunal hemvårdsorganisation och eller av privat aktör/företag. Varje enskild person har rätt att beställa tjänster om åtta timmar per månad (16 tim/månad för makepar). Insatser som ingår i dessa tjänster är exempelvis: städning, tvätt, inköp, snöskottning, fönsterputsning och matlagning.

3.5 Intervjuer med multisjuka äldre om behov och problem

En del av undersökningens syfte har varit att utgå från de multisjuka äldre personernas perspektiv. Uppgifterna under detta och nästa avsnitt bygger på intervjuerna med de multisjuka undersökningsspersonerna samt deras anhöriga. Här framförs deras uppfattning om behov och problem samt deras uppfattning om den vård och omsorg som de kommit i kontakt med.

Undersökningsspersonernas uppfattning finns förutom i nedanstående redovisningar också utförligt beskrivna i rapportens kapitel kring fem fallbeskrivningar. Där redovisas förutom intervjuerna med den äldre och dennes anhöriga även registerdata kring slutenvård och öppenvårdskonsumtion, kommunal vård- och omsorg, journaldata från vårdcentralen, den kommunala hemsjukvården och biståndshandläggningen. Dessutom även läkemedelskonsumtion, läkemedelshantering samt kostnadsberäkningar för vård, omsorg och anhörigstöd.

3.5.1 Synpunkter på sjukhusets slutenvård

Synpunkterna när det gäller slutenvården:

- Sjukhusets slutenvård upplevdes av de flesta som trygg och vårdpersonalen fick beröm för gott bemötande och omhändertagande,
- De flesta tyckte att de fick stanna tillräckligt länge på sjukhuset. Sex personer, vilket motsvarade cirka 30 procent, ansåg att de blev utskrivna för tidigt ,
- Information och uppföljning upplevdes fungera dåligt och återbesök/kommunikation till den äldre brister,
- Kontakterna mellan sjukhuset och övriga specialister upplevdes dock fungera.

3.5.2 Synpunkter på sjukhusets akutmottagning och ambulans

För de multisjuka undersökningsspersonerna blev akutmottagningen alternativet när de upplevde att inget annat fanns att tillgå. Trots kritik blev akutmottagningen en trygghet och väckte förhoppning om att via den bli inlagd för sjukhusvård.

- De äldre ansåg att det var för lång väntan på omhändertagande vilket uppgavs av fem äldre medan fyra äldre ansåg att omhändertagandet från ambulanspersonal och personal på akutmottagning var snabb.
- Bemötandet från personal på akutmottagningen och av ambulanspersonal upplevde de äldre överlag som bra.

3.5.3 Synpunkter på den öppna specialistvården

Svaren på de frågor som ställdes till den äldre om den öppna specialistvården var enbart positiva.

- De äldre var mycket nöjda med kontakten till specialistvården detsamma gällde kontakten med Capio Läkargruppen.

3.5.4 Synpunkter på vårdcentralen

De äldres syn på vårdcentralen:

- Fem av de äldre ansåg att kontakterna med vårdcentralen fungerade dåligt och medan fem ansåg att det fungerar bra,
- Vid besök på vårdcentralen träffade den äldre för många läkare och det upplevdes som dålig kontinuitet,
- De äldre tyckte att det var svårt att komma i kontakt med vårdcentralen på grund av systemet med telefonsvarare,
- De äldre ansåg att de var i behov av bättre information,
- En av de äldre var inte nöjd med bemötandet.

3.5.5 Synpunkter på kommunens vård och omsorg

Synpunkterna när det gällde kommunens vård och omsorg

- De flesta äldre tyckte att hemvården (hemsjukvård och hemtjänst) fungerade bra. Det upplevdes dock som om det var dålig ordning och logistik. Till exempel önskade man att färre antal personal skulle komma från hemtjänsten.
- Någon av de äldre saknade information och en ansåg att rehabiliteringen hade varit "flummig" och att tiden varit för lång, medan två personer var mycket nöjda med sin dagrehabilitering
- Det fanns ett missnöje bland några av de äldre med korttidsboende då de upplevde personalen som oengagerad
- De äldre tyckte att det var bra med kontaktpersoner

3.6. Intervjuer med multisjuka äldres anhöriga om behov och problem

Anhöriga till de äldre hade många synpunkter på de vård- och omsorgsgivare som den äldre kommit i kontakt med. Här följer en sammanfattning av de anhörigas synpunkter. Övergripande synpunkter fanns om att informationen var dålig till den äldre och att den äldre inte togs på allvar. De anhörigas uppfattning var att det borde finnas något slags team runt den äldre eller en person/"vård" som hjälper den äldre in i vården.

3.6.1 Synpunkter på landstingsvården

- Anhöriga ansåg att väntetiden på akutmottagningen var för lång innan den äldre blev omhändertagen, men att sjukvården sedan fungerade ganska bra
- Informationen till den äldre på sjukhuset var bristfällig, ofta handlade det om kommunikationsbrist. *"De var bra på att vårda men sämre på att prata"*. Sjukhusen borde vid vissa tillfällen ta kontakt med den anhörige.
- Det framkom att det upplevdes vara dålig kommunikation mellan läkaren i slutenvården och i primärvården, särskilt gällande läkemedel.
- Medicinska uppföljningen och återbesök saknades samt att man tyckte att den äldre blev för tidigt utskriven.

- Läkarkontinuiteten uppfattades som dålig, man borde få möta samma läkare.

3.6.2 Synpunkter på kommunens vård och omsorg

- Hemtjänsten fungerade bra men kommunens personal borde uppmärksammas på att de arbetade i någons hem, visa respekt och tonar ner sig själva
- Det vore bra om hemtjänstens personal hade mer tid för samtal med den äldre ”social samvaro i hemmet”, eller om det fanns någon form av rehabilitering med social inriktning,
- Kontakten med biståndshandläggare hade varit både bra och mindre bra. Nämnas att man hade haft möjlighet att påverka medan annan anhörig upplevde sig inte haft möjlighet att påverka handläggaren.

3.7 Sammanfattning av de multisjuka äldres och de anhörigas synpunkter

Uppföljningen visar att den äldre multisjuka, under uppföljningsperiodens 18 månader, mötte många olika verksamheter och professionsgrupper. Det stora flertalet äldre och anhöriga ansåg att de blev väl omhändertagna främst gällande bemötandet från vården och omsorgens personal. Det framkom dock att vad den äldre och dennes anhöriga saknade mest var information och kontakt. Det gällde framför allt från slutenvården och vårdcentralerna. Det rörde sig då till största delen om bristen på kontakt för uppföljning och återbesök. Det kunde vara allt ifrån att kontakten kom mycket sent eller uteblev helt. Vidare tyckte flertalet av de intervjuade att hemvården fungerade bra, men att man önskade att få besök av färre antal personal.

3.8 Vårdcentralernas dokumentation

Vårdcentralens dokumentation var i de flesta fall omfattande, exempel från den redovisas här. Se även redovisning av antalet notat i tabell 6.

- Det var många olika läkare, distriktssköterskor och övrig personal som dokumenterade i journalen kring patienten.
- Många av notaten gällde in- och utskrivningar från sjukhus samt internremisser och epikriser.
- Det fanns notat om att information inte nådde vårdcentralen efter sjukhusvistelse.
- Många notat fanns om kontakter med de äldre, anhöriga och kommunens sjuksköterskor bland annat för att ge råd och bringa reda i läkemedelsförskrivningen.
- Sjukgymnastens dokumentation skedde vid 21 stycken mottagningsbesök fyra hembesök samt övrig administration. Totalt rörde det sig om 57 notat.
- På de flesta vårdcentraler var det många olika läkare som hade kontakter och administrerade kring de multisjuka äldre. De flesta notat, 460 stycken (n= 22, medel 20,9) som vårdcentralens läkare hade dokumenterat var i form av administration kring dokumentation från slutenvård, remisshantering och receptförskrivning. Läkarens dokumentation, för hela

undersökningsgruppen, bestod också av 111 notat om mottagningsbesök under perioden, varav 14 på jourläkarmottagning samt notat om ett hembesök.

- De flesta notat av distriktssköterska, 257 stycken (n=21, medel 12,2) var av administrativ karaktär med tidbokning, rådgivning, beställning av inkontinenshjälpmedel. Distriktssköterskans dokumentation gjordes också vid 89 mottagningsbesök.

3.9 Kommunala hemsjukvårdens dokumentation

I den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen dokumenterade distriktssköterskan och distriktsarbetsterapeuten. Här väljer vi att benämna professionerna som arbetsterapeut och sjuksköterska.

- I den kommunala hälso- och sjukvårdsjournalen angavs de direkta kontakter med sjuksköterska och arbetsterapeut, som den äldre hade haft via telefon, hembesök och vårdplanering. Sjuksköterska hade totalt haft 155 kontakter och arbetsterapeut totalt 112 kontakter när det gällde hela gruppen om 22 äldre intervjuade personer. Se tabell 7.
- Sjuksköterskans dokumentation var omfattande och beskrev många olika kontakter med den äldre inom kommunen, som när personen var på korttidsplats eller hade växelvård samt kontakter med primärvård och slutenvård.
- Sjuksköterskans dokumentation omfattade också notat vid regelbundna hembesök samt ronder/kontakter med läkare på vårdcentralen.
- Arbetsterapeutens dokumentation omfattade instruktioner, vid hembesök och telefonkontakter, utredningar om möjlighet för den äldre att själv utföra ADL (aktivitet i dagligt liv).
- Notat av arbetsterapeut om ansökan vid bostadsanpassning samt förskrivning av hjälpmedel för att underlätta i vardagen förekom. Notat fanns även om uppföljningar av hur hjälpmedel fungerar. Några äldre hade fått hjälp till social gemenskap och träning genom social dagvård och dagrehabilitering vilket också dokumenterades.

3.10 Dokumentation från biståndshandläggning

Den dokumentation som ingick i uppföljningen kring biståndshandläggningen visade utvalda delar från utredningar med bland annat bedömningar och beslut, samt löpande dokumentation från exempelvis daganteckningar. Vidare ingick viss dokumentation gjord i landstingets och kommunens gemensamma planerings- och informationsöverföringssystem (Meddix). Biståndshandläggning utfördes av handläggare på geografiska distrikt ute i kommunen samt av handläggare i det sjukhusanslutna vårdplaneringsteamet.

Kontakt med biståndshandläggaren skedde under perioden främst från slutenvården, därefter från anhörig/närstående och sedan från den äldre själv. Att det var den äldre själv som formulerade behov av bistånd övervägde något i förhållande till att anhörig/närstående gjorde det, eller när det skedde av annan eller på annat sätt:

- Biståndshandläggaren och anhörig uppmanade den äldre att ta emot hjälp och föreslog insats då den äldre inte formulerade det själv (framgår i dokumentationen att den äldre hade demenssjukdom),
- Biståndshandläggaren motiverade den äldre att ta emot insats,
- Den äldre rekommenderades att ansöka om korttidsplats efter vård på sjukhus,
- Biståndshandläggaren informerade om möjlighet att ansöka om hemtjänst,
- Biståndshandläggaren presenterade korttidsplats som ett alternativ till hemtjänst/hemvård,
- Den äldre, anhörig och biståndshandläggaren formulerade tillsammans insatser som kunde vara till hjälp för den äldre.

Behovet av bistånd/stöd bedömdes med knapp majoritet utifrån funktionsmässiga problem i förhållande till medicinska problem. I tre utredningar uppgavs bedömningen utgå från otrygghet/ensamhet. Utredningarna innehöll ofta fler än en problemkategori, mest om funktionsnedsättning kopplades till medicinska problem.

När hemtjänstinsatser sades upp eller avslutades framgick det i dokumentationen olika skäl till varför de äldre avslutade insatsen:

- Ville säga till om eventuell hjälp längre fram,
- Ville värma mattjänstlådan själv,
- Meddelade att anhörig/närstående hjälpte istället,
- Klarade nu momentet själv,
- Ville ändra biståndet till att övergå till servicetjänster utan prövning,
- Trivdes inte på korttidsplats alternativt att korttidsplatsen motsvarar inte förväntningarna.

Uppföljning rörande förändrade insatser som tid efter sjukhusvistelse, tid på korttidsplats och rehabilitering samt pågående insatser skedde på olika sätt. Det kunde variera mellan vårdplanering på sjukhus och korttidsenheter, med hembesök, samt via telefonsamtal. Dokumentation var dels gjord i löpande daganteckningar och flertalet uppföljningar var dokumenterade i samband med nya biståndsutredningar. I några fall hade andra professioner dokumenterat om uppföljning i den sociala akten. Exempelvis hade handläggare på Servicetorget gjort uppföljning av icke biståndsbedömda insatser efter sjukhusvistelse. Undersköterska hade följt upp vistelse på korttidsplats inför utskrivningsplanering. Biståndshandläggaren hade, i enlighet med kommunens fastslagna rutin och dokument, genomfört och dokumenterat uppföljning med den äldre två veckor efter utskrivning från sjukhus. Så gjordes det även med uppföljning inom 40 dagar efter ett så kallat omsorgsbeslut i ”ramform”.

Förutom dokumenterade kontakter med den äldre och dennes anhörig hade biståndshandläggarna dokumenterat kontakter med kommunens hemvårdsutförare. Det berörde då hemtjänstpersonal och hemsjukvårdspersonal, exempelvis distriktsarbetsterapeut.

Kontakter var också tagna med slutenvården, trygghetslarmsoperatör och organisatörer av dagvårdsresor. Detsamma gällde kommunens Servicetorg som handlägger servicetjänster utan särskild prövning.

3.10.1 Samordnade vårdplaneringar på sjukhus

Dokumentation fanns om att 15 av de 22 intervjuade äldre hade vårdplanerats i samband med utskrivning från sjukhus. Sammanlagt 35 vårdplaneringar genomfördes under perioden, som mest gjordes fem planeringar för en person och genomsnittet var 2,4 vårdplaneringar för gruppen om 15 äldre. 22 vårdplaneringar hade utförts genom vårdplaneringssittning på sjukhus, 11 stycken via telefonsamtal mellan sjuksköterska på sjukhusavdelning och sjuksköterska i kommunens vårdplaneringsteam. Vid två tillfällen har vårdplanering hållits i den äldres hem.

3.11 Dokumentation från utförare av hemtjänst

Under perioden hade dokumentation kring de insatser den äldre hade, förts i löpande anteckningar. Det dokumenterades i den äldres personakt och i genomförandepplansdokument samt i upprättade levnadsberättelser. Dokumentationen var gjord i kommunens verksamhetssystem. De dagligen löpande anteckningarna var förda under olika rubriker. Följande rubriker hade använts under undersökningsperioden och står i ordningen; mest förekommande till minst förekommande:

Tabell 11. Rubriker i dokumentationen från utförare av hemtjänst.

Rubriker i dokumentationen från utförare av hemtjänst	Antal personer
Aktivitet	11
Aktuellt medicinskt tillstånd	9
Kontakter	7
Påbörjad insats	6
Utebliven insats	6
Möten	5
Synpunkter	4
Avslutat insats	4

Varje rubrik kunde innehålla flera noteringar enligt tabell 11. Andra rubriker som det under perioden gjorts löpande anteckningar under var *Kost/måltid*, *Hjälpmedel*, *Tillfälligt utökad insats*, *Aktuellt psykiskt tillstånd*, *Träning* och *Dagvård*, samt *Eget val*.

I dokumentationen för de 16 äldre som hade hemtjänst och/eller trygghetslarm framgick att det för sju stycken hade upprättats genomförandepplaner¹² samt tre levnadsberättelser.

Av de 16 äldre var det fyra som enbart hade trygghetslarm som enda insats. Att kontaktperson var utsedd noterades i elva av de 16 personakterna.

Från undersökningsperiodens sista månad, augusti 2010, togs uppgifter ut om hur många gånger utsedd kontaktperson hade signerat sig som utförare hos dessa elva äldre. En av de äldre som hade gällande beslut om hemtjänstinsats sista undersökningsmånaden vistades inte hemma under den månaden och hade därmed inte något besök från hemtjänsten. För en äldre gick det inte att efterforska kontaktpersons signatur i verksamhetssystemet på

¹² Genomförandepplanen beskriver hur den äldre ska få sina insatser utförda

grund av att enbart förnamn på kontaktpersonen var noterat. Den äldre med flest besök av sin kontaktperson hade fått sju besök under den undersökta månaden. En äldre hade fått fem besök och resterande hade fått mellan noll till tre besök.

Uppgifter togs också ut på hur många *olika* hemvårdspersonal som hade besökt de äldre under denna månad (utförare för servicetjänster utan biståndsprovning inte inräknade). Den som hade haft flest antal olika personal på besök under månaden (31 dagar) hade 29 stycken. Den personen hade insatser i form av daglig hjälp med morgon- och kvällsmål, mattjänstlåda samt hjälp med att iordningställa den, hjälp med dusch en gång i veckan. Personen hade även hjälp med serviceinsatserna städning, tvätt och inköp (personen hade inga registrerade hemsjukvårdsbesök under mät månaden).

Antalet *olika* personal som hade besökt de äldre, där det fanns beslut om insatser under mät månaden är uppräknat enligt nedan:

- 29, 27, 22, 21, 18, 18, 17, 15, 6, 3, 0 olika personal (den sistnämnda äldre vistades inte i hemmet).

I det här fallet bör nämnas att den utvalda månaden, augusti, är en period som infaller under den ordinarie personalens semesterperiod vilket troligen påverkar personalomsättningen hos de äldre.

Utförarna inom hemtjänsten hade för vårdtagarens räkning under perioden dokumenterat att de hade haft kontakt med andra vård- och omsorgsgivare. Det kunde röra sig om kontakt med slutenvård, primärvård, anhöriga och närstående, handläggare på kommunens Servicetorg för insatser utan särskild provning, samt med hemsjukvårdspersonal.

4. Läkemedel

4.1 Analys av läkemedel utifrån intervju, aktuell läkemedelssituation och journalgenomgång

I fyra av de 22 fallen överensstämde patientens läkemedelslista med vårdcentralens. I ett av fallen där inte läkemedelslistorna stämde överens hade vårdcentralen satt ut läkemedel, vilket inte patienten uppfattat. I flera fall hade vårdcentralen några läkemedel på sin lista som inte patienten uppgett. Ibland kunde det röra sig om vid behovsläkemedel, vilket patienten kanske inte tänkte på att uppges vid intervjutillfället. I andra fall rörde det sig om till exempel ACE-hämmare (läkemedel vid hjärtsvikt och högt blodtryck) och Waran (blodförtunnande läkemedel). I flera fall var vårdcentralen medveten om att patienten åt ytterligare läkemedel, vilka vårdcentralen saknade på sin lista. Det gällde till exempel epilepsiläkemedel som specialistläkare på sjukhuset ansvarade över.

4.2 Läkemedelsgenomgång

Läkemedelsgenomgångarna omfattade 22 personer. Medelåldern var 82 år och 41 procent var kvinnor. I medeltal uppgav de äldre att de använde 8,4 preparat per person (med variation mellan 2-14 preparat) vid tillfället för intervjun, varav 1,6 läkemedel användes vid behov. Den exakta läkemedelskostnaden var svår att bestämma dels på grund av att en del personer

fick dosdispenserade¹³ läkemedel men även på grund av att kostnaden varierade mellan olika fabriker från månad till månad.

Tabell 12. De vanligast förekommande läkemedelsgrupperna

ATC	LÄKEMEDELGRUPP	Användning i % (Antal)
B01A	Antikoagulantia (blodförtunnande)	82% (18)
C07A	Beta-receptorblockerande medel (blodtryckssänkande)	59% (13)
N02B	Övriga analgetika och antipyretika (smärtstillande och febernedsättande)	59% (13)
C01D	Kärlvidgande medel för hjärtsjukdomar	41% (9)
C03C	Loop-diuretika (vätskedrivande)	41% (9)
C10 A	Kolesterol- och triglyceridsänkande medel (blodfettssänkande)	36% (8)
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	32% (7)
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal reflux (medel mot halsbränna)	27% (6)
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlektiv effekt (blodtryckssänkande)	27% (6)
N02A	Opioider (smärtstillande och ångestdämpande)	23% (5)
N06A	Antidepressiva medel (medel mot depression)	23% (5)

Totalt identifierades 60 potentiella läkemedelsrelaterade problem vilket motsvarar i genomsnitt 2,7 stycken per individ.

Tabell 13. Tabellen visar de vanligaste identifierade potentiella läkemedelsrelaterade problemen

Kategori	Potentiella läkemedelsrelaterade problem	Antal
1	Biverkningar <i>Misstänkta som konstaterade</i>	13
2	Annat <i>Person tog läkemedel som inte stod på vårdcentralens läkemedelslista</i>	13
3	Riskläkemedel <i>Med utgångspunkt från den multisjukes förutsättningar (t.ex. antikolinerga läkemedel eller läkemedel som är riskfyllda vid nedsatt njurfunktion)</i>	9
4	Otillräcklig effekt <i>Läkemedlet hade inte uppnått avsedd verkan (t.ex. sömnproblem trots sömntablett)</i>	8
5	Aktuell indikation saknas eller är oklar <i>Framgick inte av tillgänglig dokumentation</i>	7
6	Underbehandling <i>Med utgångspunkt från satta diagnoser och gällande rekommendationer (t.ex. Warfarin vid förmaksflimmer)</i>	7

Exempel på läkemedelsrelaterade problem (biverkningar) som identifierades:

Kategori 1

”Patienten hade mycket mardrömmar. Metoprolol (betablockerare/ blodtryckssänkande läkemedel) intogs till natten.” Substansen kan orsaka mardrömmar om det intas för nära insomning. Går det att inta läkemedlet på morgonen eller till lunch och på så sätt minska risken för mardrömmar?

¹³ Dosdispensering är ett verktyg för att öka följsamheten och underlätta läkemedelshandlingen.

”Flertalet patienter hade yrsel framför allt är på förmiddagarna. De stod alla på flera blodtryckssänkande läkemedel som intogs tidig på morgonen.”
Kvarstod behovet av alla läkemedlen? Skulle det gått att dela upp de olika tablettorna på flera tidpunkter (till exempel morgon, lunch och eftermiddag) för att undvika att all effekt kom samtidigt från alla läkemedel?

Kategori 3

”Patient som stått på risperioden (t.ex. Risperdal, antipsykotiskt läkemedel) sedan över ett år vid stor oro. Patienten var mycket trött och förvirrad”. Kunde inte utläsa i journalen att läkemedlet utvärderats under det här året. Var detta rätt behandling mot oron?

Kategori 5

”Flertalet patienter ordinerar protonpumpshämmare, PPI(läkemedel vid magbesvär) utan att indikation eller omprövning framgick i journaltexten under den här tiden.”
Terapi med PPI vid godkänd indikation är värdefull, men behovet av fortsatt behandling bör regelbundet omvärderas. Enligt SBU (Statens beredning för medicinsk utvärdering) används detta i stor utsträckning på felaktig indikation (funktionell dyspepsi). Behandlingen är kostsam och kan leda till biverkningar såsom trötthet och yrsel, och vid för snabb utsättning kan patienten få utsättningsbesvär orsakad av hypersekretion av saltsyra.

Apotekaren granskade 18 månaders vårdcentraldokumentation för att se om det genom att studera journalen gick att besvara fyra frågor.

Första fråga ställdes för att få veta om den multisjuka fick den lämpliga dosen läkemedel föreskrivet under perioden. Under 18-månadersperioden behandlades elva av 22 multisjuka någon gång med ett olämpligt läkemedel (enligt Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi för äldre”, punkt 1.1 ”Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger”). Av dessa elva hade fyra patienter två olika olämpliga läkemedel. Vid intervjutillfällena hade åtta kvar något av ovan nämnda olämpliga läkemedel.

Det var få biverkningar som stod omnämnda i journalanteckningarna. Två äldre hade fallit i hemmet och flera fall av yrsel kunde eventuellt relateras till läkemedel (zolpidem/sömnmedel, citalopram/antidepressivt läkemedel samt flertalet blodtryckssänkande läkemedel och hostdämpande).

- ”Patienten hade länge stått på zopiklon (sömnmedel) som sömnmedel vid behov. Vid receptförnyelse fick patienten zolpidem istället. Patienten upplevde yrsel och att hon allmänt mådde sämre. Läkaren trodde att det var samma preparat, men skrev ut zopiklon och det fick ej bytas enligt receptet. Patienten hämtade ut zopiklon och biverkningarna upphörde.

Fråga två ställdes för att utröna om den multisjuka tog de förskrivna läkemedlen på lämpligt sätt. Ur intervjumaterialet framgick det att 17 av 22 personer ansåg att alla deras läkemedel var nödvändiga. Två personer ansåg att vissa av läkemedlen var nödvändiga. Övriga visste inte/ville inte ta ställning.

De flesta äldre i urvalsgruppen hade högt förtroende för sina läkare och tog de läkemedel som läkaren hade skrivit ut. Två personer angav att de var eller hade varit ordinerade läkemedel som de inte tog. Båda uppgav biverkningar som orsak men bara i ett av dessa fall gick det att utläsa av journalanteckningarna. Två andra personer uppgav att de själva hade minskat dosen av läkemedel på grund av upplevda biverkningar. Detta stod omnämnt i respektive journal.

Av de 22 undersökta personerna hade två dosdispenserade läkemedel. Följsamheten till de läkemedel som finns förpackade i påsar är sannolikt god. Alla läkemedel kan dock inte dosdispenseras utan måste hanteras på liknande sätt som läkemedel som hämtas ut på recept. Sju av de 22 äldre behövde stöd av anhörig, hemtjänst eller distriktssköterska för att kunna sköta sin läkemedelsbehandling.

Åtta personer tog receptfria läkemedel vilket inte gick att utläsa i någon journal. Det mest allvarliga var fem personer som använde Treo och/eller Voltaren. Samtliga hade hjärt- och kärlproblematik eller andra sjukdomar där dessa läkemedel är mindre lämpliga.

- ”Hjärtsjuk patient ringde till sin läkare och berättade att han inte får stopp på sitt näsblod. Läkaren sätter ut Trombyl (blodförtunnande läkemedel) under en tid. Vid intervjutillfället framkom att patienten använde mycket Treo.”

I journalen kan endast i undantagsfall utläsas om den äldre verkade ta sina föreskrivna läkemedel på ett lämpligt sätt. I ett par fall framkom det att patienten inte hade tagit sina läkemedel på grund av upplevda biverkningar eller svårigheter att få tag på sina läkemedel.

- ”Patienten hade inte tagit sig till apoteket för att hämta Lasix Retard (vätskedrivande läkemedel) utan tog gamla vätskedrivande furix-tabletter istället – dos framkom inte och Spiriva (luftrörsvidgande läkemedel) . Sökte till vårdcentralen för ökad bensvullnad, andfåddhet och smärta.”
- ”Den äldre tog sig inte till apoteket själv utan måste invänta hjälp. Detta ledde till ett avbrott i smärtlindringen.”

Den tredje frågan förväntades ge svar på om det fanns någon läkare som under perioden höll ihop den multisjukas totala mängd förskrivna läkemedel och som följde, värderade och omprövade läkemedelsförskrivningen. För multisjuka äldre som ofta har en komplex läkemedelsbehandling är det särskilt viktigt med regelbunden omprövning, utvärdering och dosanpassning. Det sammantagna intrycket var att ansträngningar gjordes för att uppnå detta men att det i många fall var svårt att fullfölja. Tyvärr framkom det sällan om någon utvärdering och omprövning genomförts kontinuerligt.

Av de 22 personer som ingick i kartläggningen ansåg tretton stycken att de hade en läkare med ett helhetsansvar för deras läkemedelsbehandling. Apotekarens bedömning var att det för åtta av personerna fanns en läkare som tagit ett helhetsansvar för deras läkemedelsbehandling. För fem var det svårt att bedöma och för nio var det ingen som tagit ett helhetsansvar. Ibland gav patienten otillräcklig information vilket försvårade för läkaren att göra en god helhetsbedömning och i vissa fall hade den äldre olika läkare för olika besvär vilket också komplicerade detta.

Vid granskning av journalerna var det svårt att följa en läkemedelsbehandling. Vissa läkemedel nämndes i journaltexterna men med hänvisning till annan vårdenheter. Detta läkemedel saknades dock i vårdcentralens lista över patientens läkemedel. I några fall måste journaltexten läsas noggrant för att göra det möjligt att avgöra vad patienten egentligen var ordinerad. I andra fall upphörde en läkemedelsbehandling utan någon motivering till varför.

- En patient stod på antidepressiv behandling. Receptförnyelse skedde cirka en månad senare och då var läkemedlet borttaget, utan några noteringar till varför den upphört.

Den fjärde frågan ville undersöka hur läkemedelsföreskrivarna samarbetade med varandra och med annan personal inom vård och omsorg under perioden. Överföringen mellan olika vårdgivare framgick inte i journalerna på ett optimalt sätt. I de fall patienten sköttes av flera läkare fanns risken att ingen riktigt hade överblick på helheten och i flera fall att ingen ville ta det ansvaret.

Det fanns endast ett fåtal händelser beskrivet i journalerna för de 22 personerna där vården bidragit till avvikelser i läkemedelshanteringen. Följande händelser fann man vid journalgranskningen:

- Personen hade många vårdtillfällen på sjukhuset. Epikriserna inkom till vårdcentralen och noterades i läkaranteckningarna men vårdcentralens läkemedelslista uppdaterades inte. Det innebär att journaltexten måste läsa noggrant för att man skulle uppfatta vilken den korrekta läkemedelslistan var.
- I två fall fanns journalanteckningen ”medicinjusteringar”, men det stod inte vilka justeringar som gjorts eller varför. Samma fynd hittades i epikris från sjukhuset, det vill säga notering om medicinjustering, men inte vad eller varför.
- Specialistläkare på sjukhuset skötte vissa läkemedel, vårdcentralen andra och ibland fanns även någon privatläkare inkopplad till en tredje del av läkemedelsbehandlingen. Ingen tog då ett helhetsgrepp, utan hänvisade till varandra för ”deras delar”. Uppföljning, utvärdering och motivation till patienten försvårades avsevärt.
- Hjärtmottagningen förde över patienten till vårdcentralen. Uppföljningen blev en månad försenad, då remissen gick till fel vårdcentral
- Vid ett vårdtillfälle på sjukhuset ordinerades en höjning av läkemedel mot epilepsi. Denna ordination nådde inte fram till den ansvariga sjuksköterskan i kommunen och uppfattades inte heller av patienten eller dess anhöriga. Detta upptäcktes i samband med att patienten kom in till sjukhuset efter ett nytt epileptiskt anfall.
- Patient blir på sjukhuset insatt på ett läkemedel vilket varken patienten, vårdcentralen eller kommunens sjuksköterska uppfattade. Efter ett par veckor återkom patienten till sjukhuset med samma besvär.

Missuppfattningen uppdagades och patienten blev insatt på rätt läkemedel och besvären försvinner.

5. Kostnader för vård och omsorg

Kostnadsberäkningarna bygger på de registreringar, journaler samt intervjuer som ingick i uppföljningen. Varje individs slutenvårds-, öppenvårds- samt äldreomsorgsinsatser under den studerade 18-månadersperioden kunde kostnadssättas med stöd av ekonomiansvariga på landstinget i Örebro och inom äldreomsorgen i Örebro kommun. De bidrog med uppgifter till de schablonprislister som använts i den nationella studien.

Tabell 14. Kostnader för respektive undersökningspersons slutenvård, öppenvård samt äldreomsorg och anhörigstöd perioden 2009-03-01 till 2010-08-31

Nr	Sluten specialistvård	Öppen specialistvård	Primärvård	Kommunal vård och omsorg	Totalt	Anhörigvård per månad
ÖÖ1	56 337	65 524	6 685	0	128 546	0
ÖÖ2	192 753	38 722	14 145	34 668	280 288	4 080
ÖÖ3	405 683	77 954	12 385	7 992	504 014	4 080
ÖÖ4	105 162	40 862	7 733	0	153 757	0
ÖÖ5	153 080	33 836	15 552	91 707	294 175	3 264
ÖÖ6	342 327	62 953	20 331	47 291	472 902	0
ÖÖ7	61 721	11 815	7 949	12 045	93 530	0
ÖÖ8	253 488	64 601	3 187	84 067	405 343	1 995
ÖÖ9	183 367	92 627	15 869	83 288	375 151	12 512
ÖÖ10	104 207	89 500	5 854	0	199 561	0
ÖÖ11	291 214	46 984	5 660	101 146	445 004	544
ÖÖ12	45 042	29 228	14 967	0	89 237	0
ÖÖ13	263 750	38 029	18 001	24 085	343 865	0
ÖÖ14	179 317	90 706	5 215	0	275 238	0
ÖÖ15	570 964	75 394	12 114	269 476	927 948	544
ÖÖ16	266 938	69 978	11 235	96 661	444 812	0
ÖÖ17	62 609	98 055	23 374	5 130	189 168	4 624
ÖÖ18	455 488	121 368	6 579	118 894	702 329	17 544
ÖÖ19	322 514	63 506	6 764	114 302	507 086	17 408
ÖÖ20	617 410	228 875	24 045	111 598	981 928	19 720
ÖÖ21	379 088	81 006	21 185	110 916	592 195	2 448
ÖÖ22	577 452	82 156	11 691	7 596	678 895	23 936
TOTALT	5 889 911	1 603 679	270 520	1 320 862	9 084 972	112 699

Tabell 14 redovisar kostnaderna för sluten- och öppen specialistvård, primärvård och kommunal omsorg för respektive undersökningsperson. Kostnaden för anhörigvård är beräknad per den månad intervjun med anhörig skedde och ligger utanför den i tabellen beräknade totala kostnaden för vård och omsorg. Anhörigkostnaden är beräknad på kommunens timkostnad för hemtjänst.

5.1 Slutenvård

Kostnaden för slutenvård baserades på dygnskostnadsmetoden som innebar att vårdtiden multiplicerades med kostnaden per vård dygn. De enhetskostnader som används hämtades från en standardprislista för KPP (kostnad per patient) i Östergötland. Se bilaga 3.

Observera att kostnaderna för ambulanstransporter saknades i underlaget. Generellt sett kunde dock en transport med ambulans inom Örebro kommun beräknas kosta cirka 1500 kronor per resa. Detta skulle innebära att den totala kostnaden för de 75 ambulanstransporterna som har varit aktuella för de 22 personerna i uppföljningen, uppgick till 112 500 kr.

Kostnaderna spänner förutom kostnad för ambulanstransport mellan 617 410 kr för den som har varit inlagd i slutenvården mest tid till 45 042 kr för den som varit inlagd vid minst antal tillfällen.

5.2 Öppen specialistvård

Den öppenvårdskostnad som redovisades baseras på enhetskostnaden för ett mottagningsbesök på akutmottagningen, hos en specialist eller sjuksköterska, och hämtades från en standardprislista för KPP (kostnad per patient) i Östergötland.

Kostnaderna spänner mellan 228 875 kr för den som nyttjat öppen specialistvård mest till cirka 11 000 kr för den som nyttjat det vid minst antal tillfällen.

5.3 Primärvård

Kostnaden för primärvården baserades på vilken typ av besök det var och hämtades från en standardprislista för KPP i Östergötland.

Kostnaderna spänner mellan 3187 kr för den som haft minst kontakt med primärvården till 24 045 kr för den person som har flest kontakter med primärvården.

5.4 Kommunens vård och omsorg

Kostnaden för insatserna inom hemtjänsten baserades på beviljade kommunala insatser som hämtades från kommunens verksamhetssystem där antalet beviljade hemtjänsttimmar fanns tillgängliga. Kostnaderna beräknades per timme.

Tabell 15. Kostnader för kommunal vård och omsorg i Örebro kommun

Tjänster	Kostnad (SEK) per timme eller annat angivet
Biståndsbeslut	264
Hemtjänst serviceinsatser	272
Hemsjukvården. Sjuksköterska	513
Hemsjukvården: Arbetsterapeut	422
Hemsjukvården: Omvårdnadspersonal	428
Ledsagarservice	272
Anhörigstödjare	454
Palliativ team	564
Äldreteam	317
Fixartjänst	219/tillfälle
Dagverksamhet	444/dag
Korttidsvård	1571/dygn
Växelvård	2024/dygn
Avlastningsplats	2203/dygn
Trygghetslarm	33/dygn

Kostnaderna för kommunens insatser spänner mellan 0 kr för dem som inte haft någon insats från kommunen till 269 476 kr för den som haft flest insatser.

Kostnaderna för anhörigvård baserades på samma timersättning som för hemsjukvård utförd av hemvårdspersonal. Ersättningen multiplicerades med den timvolym som uppgavs i intervjuerna med den multisjuka äldre och dennes anhöriga. Ingen justering för inflation gjordes.

Kostnaderna för anhörigvård under månaden då intervjun med anhörig skedde spänner mellan 0 kronor för dem som inte haft någon hjälp från anhöriga till 23 936 kr för den som haft mest hjälp av anhörig.

6. Uppföljning av de 22 äldre multisjuka belysta genom fem fallbeskrivningar

I detta avsnitt följer fem fallbeskrivningar som får representera uppföljningens 22 multisjuka äldre för Örebro kommun och Örebro Läns Landsting. För att undersökningspersonerna inte ska kunna identifieras kallas de äldre genomgående för kvinna/man, hon/han, den äldre eller personen. Deras partner kallas hustru/maka och make. Barn, andra anhöriga kallas dotter/son eller anhöriga. Undersökningspersonernas ålder anges i femårsintervall. Namn på vårdcentral och hemtjänstområde anges inte.

I varje fallbeskrivning redovisas:

- Den äldres situation utifrån tillgängliga beslutsunderlag och journalanteckningar,
- Den äldres perspektiv utifrån intervju,
- Den anhöriges perspektiv utifrån intervju,
- Kontakter med primärvården och kommunens hemsjukvård,
- En sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter,
- Individens kostnader – utifrån kostnadsschabloner och faktiska besök och insatser.

6.1 Fallbeskrivning 1

Kvinna, ensamboende, 90-94 år

Den äldres situation

Ensamboende kvinna som hade hjälp av hemtjänsten. Hon var blind på ett öga, hade yrsel och dålig balans samt hade ramlat flera gånger. Vid ett av fallen resulterade det i en ansiktsfraktur och inläggning på sjukhus. Hon hade under undersökningsperioden haft tre vårdepisoder på sjukhuset och vårdats på fyra olika vårdavdelningar. Ett av tillfällena var planerat för operation av maligna hudförändringar.

Kvinnan besvärades av smärta i ett knä, var urininkontinent och hade problem med lös mage. Hon hade kontakt med en läkare på vårdcentralen och med kommunens hemsjukvård. Hon

skötte dock sina läkemedel själv. Hon hade frekvent kontakt med såväl läkare som distriktssköterska vid vårdcentralen via besök och telefon.

Kvinnan hade tränat med sjukgymnast på vårdcentralen vid några tillfällen samt i hemmet med arbetsterapeut och sjukgymnast. Vårdplanering hade skett vid tre tillfällen på sjukhus varav en hade skötts via telefonkonferens. Två biståndsbeslut hade tagits under perioden, ett på distrikt och ett vid vårdplanering på sjukhuset.

Kvinnan i fråga fick hjälp vid måltiderna samt med mattjänst, städning, tvätt, inköp och dusch. Hon hade även servicetjänster utan biståndsbedömning så som städning, fönsterputsning, fixartjänst, trygghetslarm och färdtjänst.

Under den sista undersökningsmånaden hade 29 olika hemtjänstpersonal signerat för besök hos kvinnan.

Kontakter kring den äldre personen samt dokumentation från kommunens och vårdcentralens hälso- och sjukvårdsjournaler.

2009	Vårdcentralen	2009	Kommunens hemsjukvård
03-mar	Telefon dsk, tidsbeställning	30-apr	Telefon dsk med vårdenhet HPÖ
02-apr	Telefon dsk, provtagning inför operation	04-maj	Akut till sjukhuset pga kräkningar, diarré
23-apr	Inskriven vårdenhet HudPlastikÖron (HPÖ), operation	04-maj	Dsk kontakt med dotter
27-apr	Utskriven från vårdenhet HPÖ	14-maj	Vårdplanering på sjukhuset
03-maj	Mottagningsbesök dsk, borttagande av suturer	27-maj	Dsk kontakt med vårdenhet HPÖ
07-maj	Inskriven infektionsavdelning, fall, ansiktsfraktur, magsjuka	28-maj	Till korttidsboende
08-maj	Flyttade till vårdenhet HPÖ	01-jun	Arb.terapeut besök kvinnan på korttidsboende. Kvinnan vill hem
28-maj	Utskriven till korttidsboende	02-jun	Dsk kontakt med biståndshandläggare
13-jul	Hemsjukvård	02-jun	Dsk kontakt med dottern
23-jul	Telefon dsk, hjälpmedel	04-jun	Dsk kontakt med korttidsboendet pga medicinering
24-nov	Telefon dsk, ont i knä och vad	2010	
24-nov	Akutbesök läkare, värk hö ben	27-jan	Vårdplanering på rehabavd
30-nov	Besök hos sjukgymnast	02-feb	Arb terapeut kontakt pga hjälpmedel i hemmet
08-dec	Träning, sjukgymnast	02-feb	Kontakt dsk pga borttagande av suturer
09-dec	Telefon dsk, avbokning besökstid	03-feb	Träning i hemmet med arb terapeut
16-dec	In neurologavd pga "dålig styrrel" vå sida	07-jul	Telefonkontakt för uppföljning hjälpmedel
18-dec	Flyttar till rehabavd	<p>Under perioden finns totalt två biståndsbeslut</p> <p>Hemtjänstinsatserna har varit hjälp med huvudmål, matdistribution, städning, tvätt, handling/inköp samt dusch.</p> <p>Trygghetslarm och färdtjänst</p> <p>Totalt redovisad tid hos kunden är 185,75 timmar.</p> <p>Under periodens sista undersökningsmånad har 29 olika personer från hemtjänstens vård/omsorg signerat på utförandekortet</p>	
18-dec	Telefon dsk, avbokning tid till sjukgymnast		
2010			
02-feb	Utskriven till hemmet		
03-feb	Mottagningsbesök läkare, kontroll efter stroke		
08-feb	Labbprover tas, läkare		
09 feb	Telefon dsk, tidsbokning		
23-feb	Besök hos sjukgymnast		
09-mar	Hembesök sjukgymnast		
10-mar	Träning, sjukgymnast		
17-mar	Träning , sjukgymnast		
24-mar	Träning, sjukgymnast		
26-mar	Telefon dsk, hjälpmedel		
01-apr	Träning, sjukgymnast		
03-apr	Träning, sjukgymnast		
08-apr	Träning, sjukgymnast		
15-apr	Träning, sjukgymnast		
22-apr	Träning, sjukgymnast		
28-apr	Träning, sjukgymnast		
05-maj	Träning, sjukgymnast		
26-maj	Träningsprogram, sjukgymnast		
28-jun	Telefon dsk, utslag		
28-jun	Mottagningsbesök dsk, "knöl" vå underarm		
28-jun	Akutbesök läkare, hudförändring, vå arm		
09-jul	Avbokad tid till bma, dsk		
02-aug	Telefon dsk, tidsbokning		
09-aug	Mottagningsbesök dsk, borttagande av suturer		

Dsk = Distriktsköterska, Arb terapeut = Arbetsterapeut

Den äldres perspektiv

Kvinnan upplevde att hon var nöjd då hon upplevde sig som rätt så frisk. Hon uppgav att hon hade god kontakt med hemtjänsten och med den kontaktperson hon hade, liksom att kontakten med läkaren på vårdcentralen fungerade bra. När hon var inlagd på sjukhuset tyckte hon att hon fick stanna på sjukhuset så länge hon behövde. Hon var nöjd med omhändertagandet på sjukhuset och att det gick snabbt på akutmottagningen.

Däremot var hon inte nöjd med vistelsen på korttidsboendet som följde efter tiden på sjukhuset. Hon upplevde att de flesta på korttidsboendet var dementa vilket hon upplevde som påfrestande. Hon avbröt därför vistelsen efter fyra dagar då hon inte trivdes.

Kvinnan hade tränat med en sjukgymnast på vårdcentralens sjukgymnastik samt hemma enligt ett program som hon har fått. Målet med träningen var att få bättre balans och att kunna gå ut med rollator och att orka gå i trappan upp till sin lägenhet.

Den anhöriges perspektiv

Den anhöriga var i det här fallet barn till personen. Den personen utförde inte några regelbundna hjälpinsatser i vardagen. När det gällde kommunikation mellan vårdinstanserna säger den anhöriga att: *”Kommunikationen är obefintlig mellan de olika specialiteterna. De är vänliga men dåliga i handling. Patienten måste ha någon som pratar för sig. Vården är för specialiserad, man ser inte människan utan endast organ. Ingen tar ansvar.*

Sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter

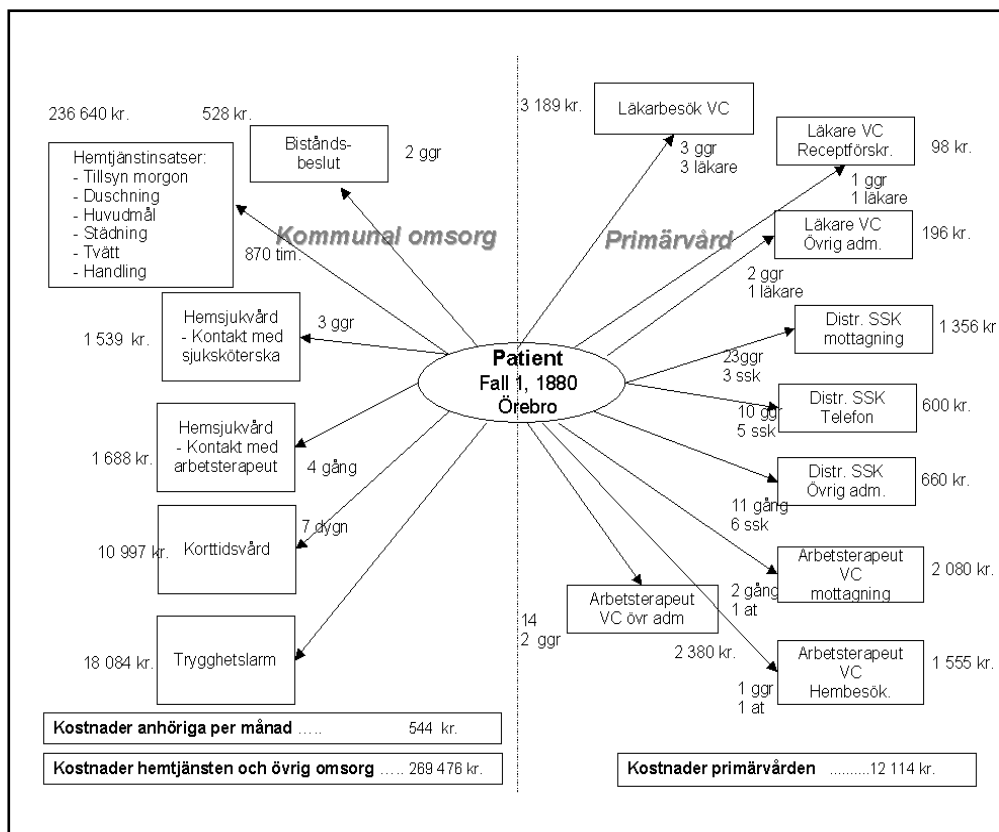
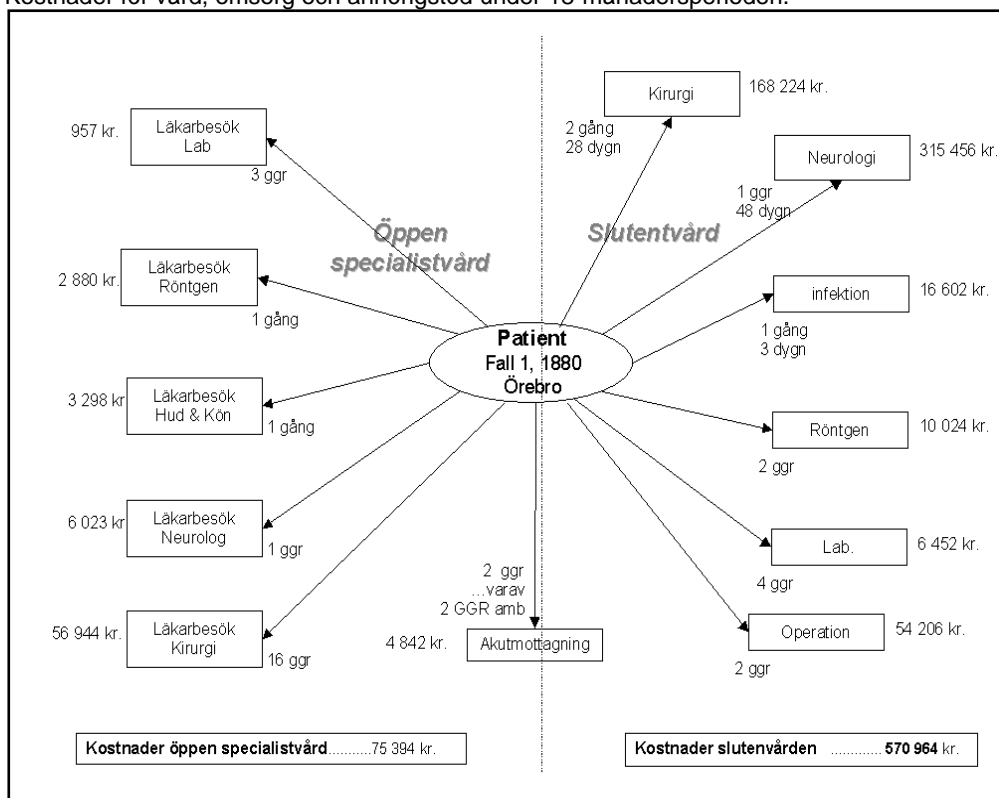
Diagnoser inom slutenvård	A084 C441 C443B D485 I109 I209 I639 S060 T813 Z420	Enterit orsakat av icke specificerat virus Malign tumör i huden på ögonlock inklusive ögonvrå Ytligt växande basalcellscancer i huden Tumör av osäker eller okänd natur i huden Essentiell hypertoni Angina pectoris, ospecificerad Cerebral infarkt, ospec Hjärnskakning Ruptur av operationssår Eftervård för plastikkirurgi som omfattar huvud o hals
Övriga problem/symptom	Yrsel, sömnproblem, trötthet, diarré, andfåddhet, hosta, svullna ben och fötter, klåda, annat; nageltrång, går regelbundet på fotvård.	
Hjälpmedel	Rollator, vit käpp, griptång, burköppnare, förstöringslampa, förstöringsglas, kikarglasögon, förstöringsskärm till TV, golvlampa med stark belysning	
Bostadsanpassning	Trösklarna är borttagna. Bättre belysning i kök och badrum. Handtag på toaletten och på garderob.	
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja, huvudmål, morgon- och kvällsmål, matdistribution, städning, tvätt, inköp, dusch.	
Hemsjukvård	Ja	
Annan kommunal vård och omsorg	Korttidsvård	
Hjälp av anhörig/närstående	Nej	
Läkemedel enligt personen själv	6	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Läkaren på vårdcentralen följer upp och omvärderar läkemedelsbehandlingen.	
Aktiviteter		
		Antal
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3
	Antal vårddyggn	79
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	19 Kirurgkliniken 1 Neurologkliniken 1 Hudkliniken 2 Käkkirurgiska kliniken 7 Plastikkirurgiska kliniken 8
	Jourverksamhet/nattpatrull	0
	Akutbesök på sjukhus	2
	Övriga professioner inom öppen specialistvård	Sjuksköterska 0 Audionom 0 BMA 0 Dietist 0 Logoped 0 Övrig pers 1 Sjukgymnast, sjukhuset 1
Vårdcentralsläkare	Mottagning	3
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	3
	Antal olika läkare	4
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning	3
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	21
	Antal olika dsk	9
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning	2
	Hembesök	1
	Tel/rådgivn/administration*	14
	Antal olika sjukgymnaster	3
Kommunens hemsjukvård **	Sjuksköterska	3
	Arbetsterapeut	4
	Övrig personal	0

* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv.

** Individens kontakt med kommunens hemsjukvård

Individens kostnader

Kostnader för vård, omsorg och anhörigstöd under 18-månadersperioden.



Vid redovisningen av individens kostnader under "Primärvård" så har arbetsterapeut insatser hamnat fel. Insatsen skall istället redovisas under "Kommunal omsorg".

Sammanställning av de totala kostnaderna för patienten (SEK).

Sluten specialistvård	570 964
Öppen specialistvård	75 394
Primärvård	12 114
Totalt landstinget	658 472
Kommunal vård och omsorg	269 476
Totalt landsting och kommun	927 948
Kostnad anhöriga 18 mån	9 792

6.2 Fallbeskrivning 2

Man, samboende, 75-79 år

Den äldres situation

Mannen var samboende och fick hjälp i hemmet av sin hustru samt från hemtjänsten. Han hade besvär med yrsel, ryggvärk, balanssvårigheter, svårt att röra sig, andningsbesvär, kramper relaterat till epilepsi och var urinkontinent. Personen hade haft 11 vårdepisoder inom slutenvården under perioden och hade vårdats på sju olika kliniker. Totalt fanns det nio besök på akutmottagningen noterade och vid fyra av dem hade mannen åkt ambulans dit. Vårdplanering hade skett vid två tillfällen på sjukhuset och vid ett tillfälle i hemmet, två biståndsbeslut hade tagits. Mannen hade vid ett tillfälle vistats på en växelvårdplats under fem dygn.

Mannen hade besökt en sjukgymnast vid två tillfällen men hade haft svårt att hitta motivation till träning. Han hade fått instruktioner och rådgivning och uppmanas till daglig fysisk aktivitet för hemträning, rörlighet och styrka samt dagliga promenader.

Läkemedelsbehandlingen sköttes delvis av vårdcentralen men ingen läkare där hade helhetsöverblicken. Vid receptförnyelse hänvisades patienten till respektive klinik på sjukhuset för hjälp med vissa recept medan vårdcentralen skötte några recept. Han hade inte haft någon genomgång av sina läkemedel enligt honom själv. Han upplevde att det var svårt att läsa på läkemedelsförpackningarna.

Hemtjänstinsatserna hade bestått i hjälp med morgon- och kvällsrutiner, personlig hygien, av- och påklädning, munhygien samt hjälp med dusch. Personen hade även avlösning i hemmet för hustruns räkning samt trygghetslarm och färdtjänst.

Under den sista undersökningsmånaden hade 21 olika hemtjänstspersonal signerat för besök hos mannen.

Kontakter kring den äldre personen, dokumentation från kommunens och vårdcentralens hälso- och sjukvårdsjournaler.

2009	Vårdcentralen	2009	Kommunens hemsjukvård
09-mar	Telefon dsk tidbokning till läkare,	24-jun	Vårdplanering neurologavdelning
24-mar	Journalkopia från Urologkliniken	25-jun	Besök arb terapeut hjälpmedel, utprovning toastol
27-mar	Mottagningsbesök läkare, värk domningar arm	07-sep	Arb terapeut telefonkontakt med frun
07-apr	Telefon hjälpmedel, dsk	2010	
23-apr	Telefon receptförnyelse, dsk	05-feb	Vårdplanering lungavdelning
14-maj	Telefon tidbokning för bedömning av sjukgymnast	19-mar	Arb terapeut telefon kontakt med fru, mannen ev dagrehab,
14-maj	Telefon rådgivning, ryggvärk, dsk	29-apr	Hembesök av arb terapeut för "stötning"
15-maj	Besök hemträningsprogram, sjg	06-maj	Arb terapeut hembesök uppföljning hjälpmedel
18-jun	Inskriven neurologkliniken vårdtid 9/6 - 25/6	12-maj	Arb terapeut telefonkontakt med dotter angående träning
06-jul	Telefon hjälpmedel, dsk	08-jul	Vårdplanering i hemmet
31-jul	Telefon hjälpmedel, dsk	28-jul	Hjälpmedel rullator, at
10-aug	Telefon rådgivning, dsk	06-aug	Telefonkontakt angående växelvård, aktuellt 9/8 - en vecka framåt
19-aug	Telefon receptförnyelse, dsk	09-aug	Arb terapeut besöker mannen på växelvårdplats
27-aug	Telefon, oro kring medicinering, dsk	14-aug	Mannen avslutar vistelsen på växelvårdplatsen i förtid
15-sep	Telefon hjälpmedel, dsk	16-aug	Rapport om vistelsen på växelvårdplatsen, ssk
20-okt	Telefon hjälpmedel, dsk		Under perioden finns totalt två biståndsbeslut.
15-dec	Telefon rådgivning, dsk		
22-dec	Utskriven från lungavdelning vårdtid 15/12 - 18/12		Hemtjänstinsatserna har varit hjälp med morgon och - kvällsrutiner, tvättning/av - resp påklädning, munhygien samt hjälp med dusch.
28-dec	Telefon hjälpmedel, dsk		
2010			Trygghetslarm och färdtjänst.
02-feb	In lungavdelning vårdtid 29/1 - 8/2		
24-feb	Epikris från lungkliniken		Totalt redovisad tid hos kunden 49,67 timmar.
01-mar	In infektionsavdelning feber, vårdtid 1/3 - 8/3		
09-mar	Telefon hjälpmedel, dsk		Under periodens sista undersökningsmånad har 21 olika personer från hemtjänstens vård/omsorg signerat på utförarkortet.
27-apr	Telefon receptförnyelse, dsk		
06-maj	Telefon hjälpmedel, dsk		
12-jul	Telefon rådgivning, dsk		
16-jul	Telefon avbokning träning, sjg		
23-jul	Telefon från frun, vill ha tid för bedömning		
05-aug	Besök hemträningsprogram, sjg		
26-aug	Telefon akutbesök på mottagningen, dsk		

Dsk = Distriktsköterska, Ssk= Sjuksköterska, Arb terapeut = Arbetsterapeut , Sjg = Sjukgymnast

Den äldres perspektiv

Mannen var mycket trött och hade svårt att genomföra stora delar av intervjun. Detta gjorde att den delas upp på två tillfällen med någon dags mellanrum. Han besvärades mycket av sin trötthet, yrsel och urininkontinens och var inte uppe långa stunder. Han vilade flera gånger under dagen. Mannen uppgav att han ofta känner sig ledsen eftersom han är så dålig. Han ville inte gå ut, då det var "jobbigt" att sitta i rullstol, "Jag vill inte visa att jag blivit så handikappad och gammal".

Han tyckte att samarbetet mellan kommunen och vårdcentralen fungerade bra och han hade två kontaktpersoner inom kommunen. Vid besök på vårdcentralen tyckte mannen att han fick träffa för många olika läkare. Personen hade inte själv kontroll på vad som var överenskommet vid vårdplaneringen.

Anhörigs perspektiv

Makarna ville klara sig själva så mycket det gick utan inblandning från andra. Hustrun kände sig trött för att det var fullt upp med allt hela tiden. Barnbarnen kom och hjälpte till med lite i hushållet ibland. Hustrun hade beviljats avlösning/ avlastning i hemmet. Hon tyckte att det är för långa väntetider på akutmottagningen och för många olika läkare.

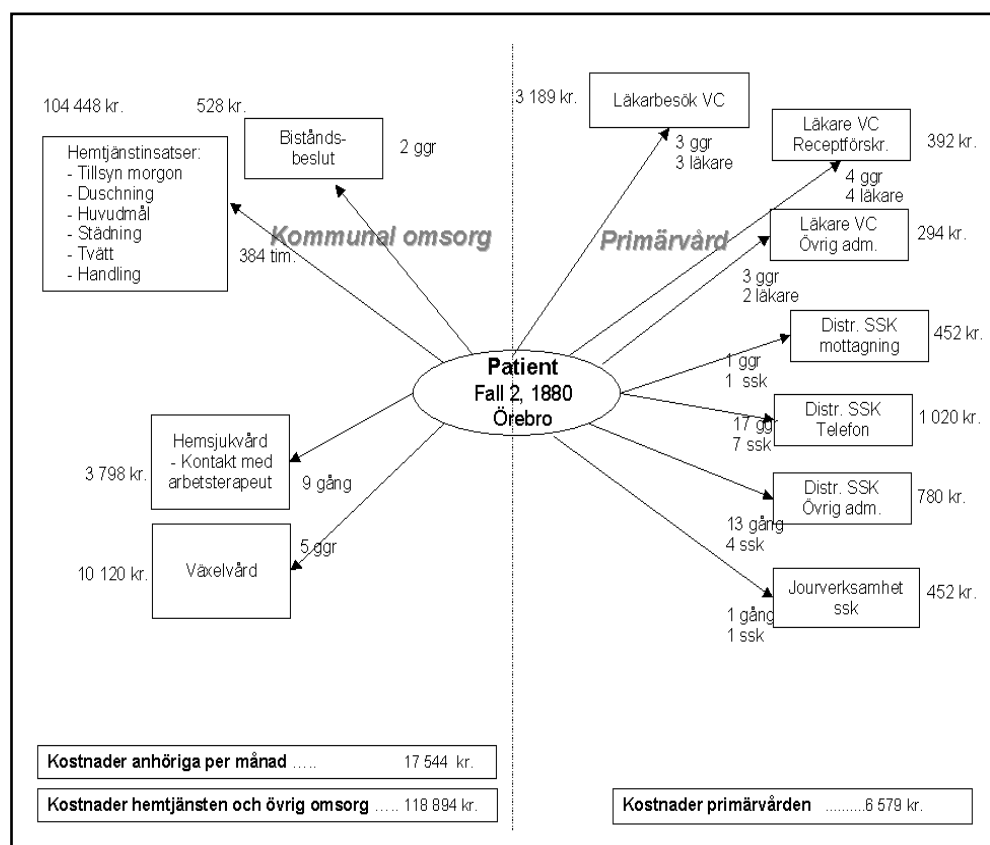
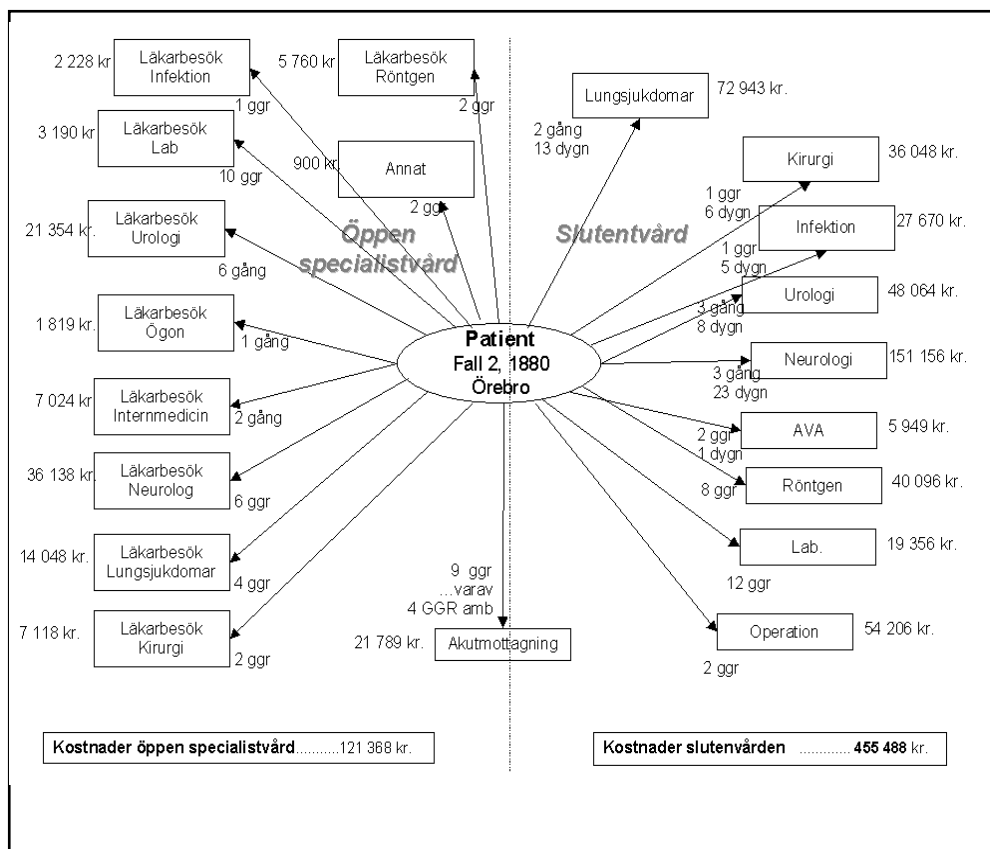
Sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter

Diagnoser inom slutenvård	B962 C679 G408 I209 I252 I519 I489B I489 I691 I629 J449 J441 K830 N109 R319 R104 R559 Z955	Escherichia coli Icke spec lokalisering av malign tumör i urinblåsan Epilepsi, ospec Angina pectoris, ospec Gammal hjärtinfarkt Hjärtsjukdom, ospec Förmaksflimmer, paroxysmalt Förmaksflimmer och förmaksfladder Sena effekter av intracerebral blödning Intrakraniell blödning, ospec Kronisk obstruktiv lungsjukdom, ospec Kronisk obstruktiv lungsjukdom med akut exacerbation Kolangit Akut tubulo-interstitiell nefrit Icke spec hematuri Andra och icke spec smärtor i buken Svimming och kollaps Förekomst av angioplastiskt koronarimplantat och koronargraft
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, trötthet, ledsen, andfåddhet, hosta, svullna ben och fötter, lite krampor efter senaste stroke.	
Hjälpmedel	Rollator, rullstol, griptång, säng-/toasitshöjare, förstörningsglas, stark läslampa	
Bostadsanpassning	Ramp för att kunna ta sig ut	
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja, morgonrutiner, kvällsrutiner, dusch	
Hemsjukvård	Ja	
Annan kommunal vård och omsorg	Växelvård	
Hjälp av anhörig/närstående	Ja, städning, tvätt, inköp, matlagning, ekonomi, läkemedel, förflyttningar, tillsyn varje dag	
Läkemedel enligt personen själv	6	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Vårdcentralen har inte full insyn i patientens läkemedelsbehandling. Vid receptförnyelse hänvisas patienten, enligt journalanteckningar, till respektive klinik på sjukhuset för hjälp med några receptförnyelser medan andra sköter de från vårdcentralen.	
	Aktiviteter	Antal
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddyggn	11 56
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet Akutbesök på sjukhus Jourverksamhet Akutbesök på sjukhus	22 Internmedicin 2 Lungkliniken 4 Kirurgkliniken 2 Urologen 6 Ögonkliniken 1 Neurolog kliniken 6 Infektionskliniken 1 Sjuksköterska 1 9
Övriga professioner inom öppen specialistvård	Sjuksköterska Audionom BMA Dietist Logoped Övrig pers	0 0 0 0 0 2 Syncentralen, arbetsterapeut 2
Vårdcentralläkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika läkare	3 0 7 3
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika dsk	1 0 30 8
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika sjukgymnaster	2 0 4 3
Kommunens hemsjukvård **	Sjuksköterska Arbetsterapeut Övrig personal	0 9 0

* Telefonkontakt med patient, anhörig, egen personal och andra vård- och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv. ** Individens kontakt med kommunens hemsjukvård.

Individens kostnader

Kostnader för vård, omsorg och anhörigstöd under 18-månadersperioden.



Sammanställning av totalkostnaderna för patienten (SEK).

Sluten specialistvård	455 488
Öppen specialistvård	121 368
Primärvård	6 579
Totalt landstinget	583 435
Kommunal vård och omsorg	118 894
Totalt landsting och kommun	702 329
Kostnad anhöriga 18 mån	315 792

6.3 Fallbeskrivning 3

Man, samboende, 85-89 år

Den äldres situation

Personen var samboende och fick hjälp i hemmet av både hustrun och hemtjänsten. Han hade andningsbesvär relaterat till KOL, inkontinensproblem och var kronisk bärare av urinkateter (KAD). Han hade också nedsatt syn och dålig balans. Mannen hade 20 vårdepisoder under undersökningsperioden, varav de flesta på Lungkliniken där han vårdats 14 gånger. Detta hade inneburit en total vårdtid på 70 dygn. Därtill kom vård vid tre andra avdelningar inom slutenvården. Vid 14 av dessa tillfällen hade han åkt ambulans till sjukhuset.

Mannen ansåg sig inte ha regelbunden kontakt med vårdcentralen, ”de hör aldrig av sig” enligt mannen. De kontakter som mannen hade haft med läkare på vårdcentralen var ett besök på mottagningen samt ett hembesök. Distriktsköterskan hade han träffat 16 gånger, då oftast i samband med problem med katetern så som stopp och läckage i den flera gånger per vecka. Dessa problem resulterade i telefonkontakter och besök vid såväl vårdcentral dagtid som primärvårdens jourmottagning på jourtid, alternativt besök på akutmottagning vid sjukhuset. Frekventa byten av KAD under perioden hade noteras. Han tog sig själv till vårdcentralen för att få hjälp med katetern fram till juni 2010 då kommunens sjuksköterskor övertog det ansvaret då det blev för ansträngande för honom..

Mannen känner sig ibland ledsen då han var dålig och inte kunde göra så mycket. Han saknade umgänge och kände sig ganska isolerad då han inte kunde komma ut så mycket. Hustrun skötte läkemedelshanteringen och ingen läkare hade totalansvaret för läkemedelsbehandlingen.

Två biståndsbeslut förekom under perioden och de togs två veckor innan undersökningsperiodens slut. Hemtjänstinsatserna bestod av hjälp med morgon- och kvällsrutiner, så som personlig hygien, av- och påklädning, munhygien samt hjälp med dusch. Mannen hade också trygghetslarm och färdtjänst.

Under den sista undersökningsmånaden hade 18 olika hemtjänstpersonal signerat för besök hos mannen.

Kontakter kring den äldre personen, dokumentation från kommunens- och vårdcentralens hälso- och sjukvårdsjournaler.

2009	Vårdcentralen	2009	Kommunens hemsjukvård
30-mar	In Lungkliniken	24-mar	Dagvård, 2 dagar/vecka, arbetsterapeut
03-apr	Utskriven från Lungkliniken	01-jul	Telefonkontakt med mannen angående sänghävert, arb terapeut
15-apr	Telefon tidbokning, dsk	02-jul	Telefonkontakt angående rullstol, arb terapeut
16-apr	Mottagningsbesök dsk, urinkateter läcker	06-jul	Hembesök, arb terapeut
20-apr	Telefon, hjälpmedel, dsk	09-jul	Telefonkontakt med frun, påskjutsmotor till rullstol, arb terapeut
21-apr	Mottagningsbesök dsk, byte av påse urinkateter	16-jul	Telefonkontakt med frun, angående läkarintyg, arb terapeut
25-apr	Besök jourmott läkare, feber, remiss till infektionsjour	24-jul	Telefonkontakt, meddelar tid till Centrum för hjälpmedel(CFH), arb terapeut
25-apr	Telefon, hjälpmedel, dsk	29-jul	Besök på CFH, mannen och frun, arb terapeut
11-maj	Epikris från Urologkliniken	26-aug	Hembesök, provkör rullstol, arb terapeut
12-maj	Mottagningsbesök läkare	27-aug	Telefonkontakt tekniker CFH, arb terapeut
13-maj	In Lungkliniken	28-aug	Hembesök, kontroll rullstol, arb terapeut
19-maj	Utskriven från Lungkliniken	31-aug	Telefonkontakt med frun, tidbokning, arb terapeut
11-jun	Telefon tidsbokning, dsk	02-sep	Hembesök, uppföljning, arb terapeut
12-jun	Mottagningsbesök dsk, byte av urinkateter	08-sep	Dagvårdsperiod, 8/9 - 29/10, 2 dagar/vecka
14-jun	Telefon hjälpmedel, dsk	2010	
09-jul	Brev från Lungkliniken om fortsatt utredning	21-jan	Dagvårdsperiod, 23/2 - 15/4, 2 dagar/vecka
13-jul	Remiss från Lungkliniken, läkare	20-apr	Dagvårdsperiod, 18/5 - 6/7, 2 dagar/vecka
18-aug	Epikris från Lungkliniken, vårdtid 30/7 - 8/8	05-jun	Spolning av urinkateter
14-sep	In akutvårdavdelning, andningsbesvär	10-jun	Vårdplanering i hemmet
21-sep	Utskriven från lungavdelning	11-jun	Spolning av urinkateter, ssk
30-sep	Mottagning dsk, akut byte av urinkateter	12-jun	Byte, av urinkateter, ssk
12-okt	Epikris Lungkliniken, vårdtid 15/9 - 18/9	13-jun	Spolning av urinkateter, ssk
26-okt	Telefon, tidsbeställning, vaccination, dsk	18-jun	Spolning av urinkateter, ssk
27-okt	Mottagning, uppföljning, läkare	21-jun	Dagvårdsperiod, 21/6 - 8/7, 2 dagar/vecka
30-okt	Telefon läkare från frun, läkemedelsgenomgång	21-jun	Akut till sjukhuset, Lungkliniken
14-nov	Jourmottagning, byte av urinkateter	01-jul	Spolning av urinkateter
10-dec	Mottagning dsk, byte urinkateter	08-jul	Spolning av urinkateter
18-dec	In Lungkliniken	10-jul	Spolning av urinkateter
22-dec	Utskriven från Lungkliniken	11-jul	In infektionsavdelning
24-dec	Jourmottagning, byte av urinkateter	15-jul	Telefonkontakt ssk- frun, oro för maken
2010		19-jul	Vårdplanering Infektionsavdelning
02-jan	Jourmottagning, byte av urinkateter	30-jul	Korttidsplats, 30/7 - 4/8 , ej nöjd hem i förtid
04-jan	Telefon hjälpmedel, dsk	05-aug	Vårdplanering i hemmet
05-jan	Telefon tidbokning, dsk	09-aug	Spolning av urinkateter, ssk
05-jan	Ordination provtagning, läkare	09-aug	Dagvårdsperiod, 2 dagar/vecka
05-jan	Mottagning dsk byte av urinkateter	18-aug	Vårdplanering Lungkliniken
07-jan	Telefonuppföljning med frun, läkare	24-aug	Spolning av urinkateter, ssk
24-jan	Jourmottagning, byte av urinkateter	26-aug	Värk i lederna, värktabl enl ordination, ssk
02-feb	Mottagning byte av urinkateter	26-aug	Telefonkontakt läkare på vårdcentralen
04-feb	Recept, läkare	27-aug	Provtagning, ssk
05-feb	Brev till mannen från vårdcentralen	27-aug	Hembesök ssk tillsammans med läkare från vårdcentralen
27-feb	Jourmottagning , byte av urinkateter	30-aug	Byte av KAD, ssk
04-mar	In Lungkliniken	Under perioden finns två biståndsbeslut Hemtjänstinsatserna har bestått av hjälp med morgon- och kvällsinsatser såsom tvättning, av- och påklädning, munhygien samt hjälp med dusch	
08-mar	Utskriven från Lungkliniken , vårdtid 4/3-8/3		
27-mar	Jourmottagning, stopp i urinkateter, remiss till AKM		

16-apr	Mottagning dsk, spolning av urinkateter	<p>Trygghetslarm och färdtjänst</p> <p>Totalt redovisad tid hos kunden är 9,25 timmar.</p> <p>Biståndsbeslut togs två veckor innan undersökningsperiodens slut.</p> <p>Under periodens sista undersökningsmånad har 18 olika personer från hemtjänstens vård/omsorg signerat på utförarkortet</p> <p>Mannen får allt svårare att ta sig till vårdcentralen. I början av juni 2010 tar dsk/ssk i kommunen över spolningar och byte av urinkateter.</p>
20-apr	Telefon hjälpmedel, dsk	
05-maj	Mottagning spolning av urinkateter	
09-maj	Jourmottagning byte av urinkateter	
21-maj	Mottagning dsk, byte av urinkateter	
26-maj	Mottagning dsk, byte av urinkateter	
27-maj	Remiss till Urologkliniken	
01-jun	Telefonkonsult dsk med läkare Urologkliniken	
01-jun	Till AKM, byte av urinkateter	
03-jun	Mottagning dsk, spolning av urinkateter	
04-jun	Mottagning dsk, spolning av urinkateter	
07-jun	In medicinavdelning, bröstsmärtor	
26-jun	Recept, läkare	
30-jun	Brev från Urologkliniken, instruktioner, läkare	
11-jul	Epikris från Lungkliniken, vårdtid 21/4 - 29/4	
11-jul	Inskriven Infektionskliniken pga urinvägsinfektion	
30-jul	Utskriven från Infektionskliniken	
30-jul	Till korttidsboende	
18-aug	In Lungkliniken	
26-aug	Recept, läkare	
27-aug	Hembesök av läkare, hög feber	

Dsk = Distriktsköterska, Arb = Arbetsterapeut, AKM = Akutmottagning

Den äldres perspektiv

Mannen kände sig inte nöjd med korttidsboendet som han kom till efter en utskrivning från Lungkliniken. Han upplevde personalen på boendet som oengagerad då de enligt mannen mest vistades i personalrummet. Han tyckte inte att han fick den hjälp han behövde. Vistelsen på korttidsboendet var planerad till 14 dagar men han åkte hem efter endast fyra.

Vad det gäller hemtjänsten önskade han att färre personal skulle komma då han upplevde att det händer "oönskade saker" när det kommer så många olika, "Man kikar i fönstret vem som kommer nu". Han uppgav dock att han ändå tyckte att hemtjänsten fungerade relativt bra även om det gjordes en del fel och att han och hustrun inte ville tjata på dem som kom. Han tyckte att hemsjukvården fungerade bra i stora drag.

Mannen berättar vidare att han var besviken över en misslyckad ögonoperation. Han ansåg att operationen tog för lång tid och han fick lida då smärtlindringen inte hade varit tillräcklig.

De akuta besöken upplevdes som besvärliga i och med att det är långa väntetider vilket var värst då det var stopp i KAD. När han kom på akutbesök till Lungkliniken mottagning fungerade det bra. Han tyckte även att han blev bra omhändertagen inom slutenvården. Mannen värdesatte äktenskapet med sin hustru stort och sa att utan henne visste han inte hur det skulle bli.

Den anhöriges perspektiv

För personens hustru fanns det bistånd beviljat för att kunna avlasta henne. Hon var själv sjuklig och behövde besöka sjukhuset samt uträtta ärenden och inköp. Vid dessa tillfällen kom det dock personal från hemtjänsten och stannade hos maken tills hustrun var hemma igen. Detta tyckte hon var jobbigt eftersom "han då satt och ropade på henne då jag inte var i närheten". Vidare hade hon svårt med personalen från hemtjänsten då hon ansåg att de hade

dålig ordning och inte gjorde som hon önskade. Hon berättade att hon fann sig i hur det var eftersom hon inte ville verka tjatig.

Hon tycker att sjukhusvården fungerar bra i stort sett, bortsett från misslyckandet på ögonkliniken. När maken brukar blir dålig ringer de 112.

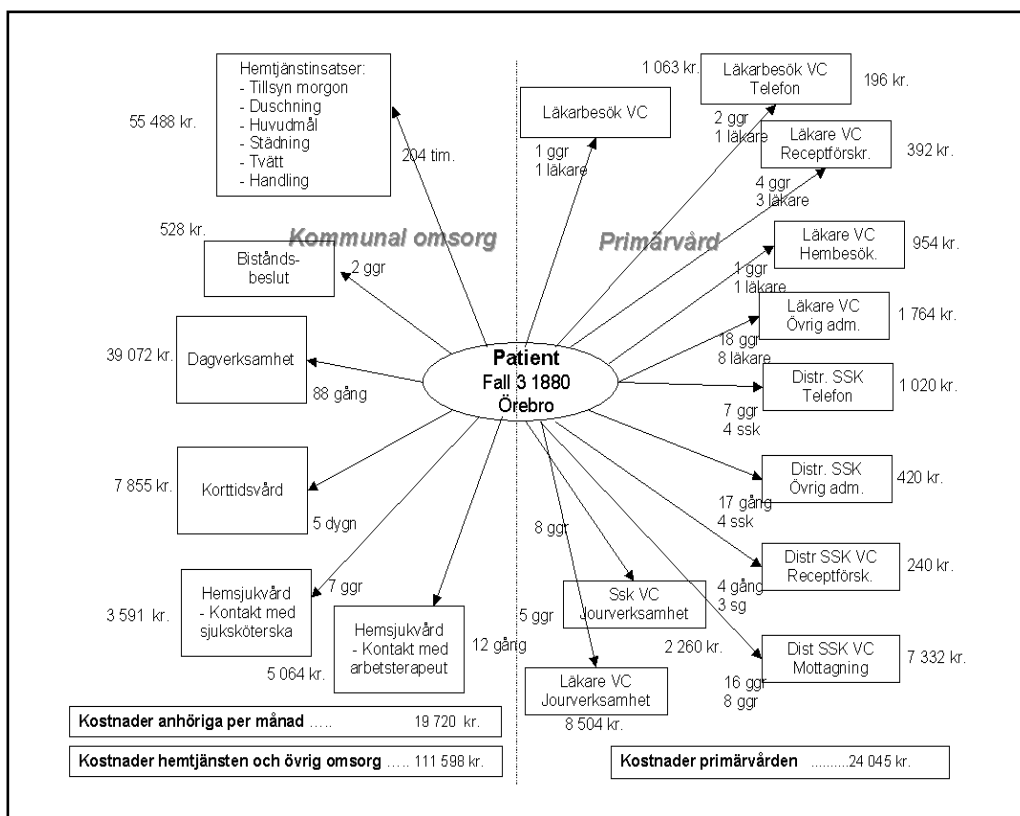
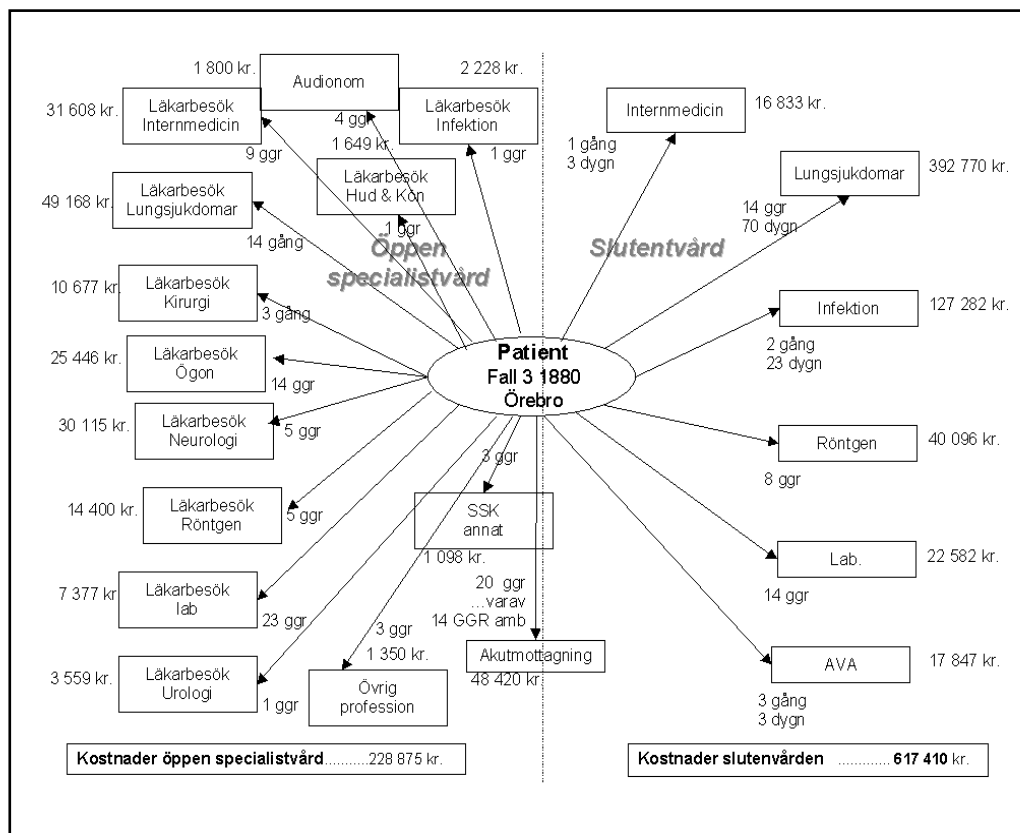
Sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter

Diagnoser inom slutenvård	B962 Escherichia coli som orsak till sjukdomar i andra kapitel D509 Järnbristanemi I259 Kronisk ischemisk hjärtsjukdom, ospec I252 Gammal hjärtinfarkt J459 Astma, ospec J440 Kron obstruktiv lungsjukdom med akut nedre luftvägsinfektion K449 Diafragmabräck utan inklämning eller gangrän J449 Kronisk obstruktiv lungsjukdom, ospec L719 Rosacea, ospec M029 Reaktiv artrit, ospec M809 Icke specificerad osteoporos med patologisk fraktur N390X Urinvägsinfektion UNS N109 Akut tubulo-interstitiell nefrit N409 Prostataförstoring G912 Normaltryckshydrocefalus		
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, själslig oro, kroppslig oro, ledsen, förstoppning, andfåddhet, klåda.		
Hjälpmedel	Hörapparat, rullstol, rollator, säng/toasitshöjare, duschstol		
Bostadsanpassning	Trösklar är borttagna. Handtag i dusch och badrummet.		
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja, morgonrutiner, kvällsrutiner, dusch		
Hemsjukvård Annan kommunal vård och omsorg	Ja Dagvård Korttidsvård		
Hjälp av anhörig/närstående	Ja, städning, tvätt, inköp, matlagning, tillsyn toalett, läkemedel, förflyttningar		
Läkemedel enligt personen själv	12		
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Ingen uppföljning eller omvärdering av läkemedelsbehandlingen noterad i journalen. Ordination från sjukhuset uppfattas inte, varken av patient eller av vårdcentralen, men efter återkommande besvär upptäcktes detta och kunde åtgärdas.		
Aktiviteter		Antal	
Slutenvård	Antal värdeepisoder Antal vårddygn	16 99	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet Akutbesök på sjukhus	48 16 20	Internmedicin 9 Lungkliniken 14 Kirurgkliniken 3 Urologkliniken 1 Ögonkliniken 14 Neurologkliniken 5 Infektionskliniken 1 Hud och öron 1
Övriga professioner inom öppen specialistvård	Sjuksköterska Audionom BMA Dietist Logoped Övrig pers	3 0 0 0 0 3	Urologkliniken 1 Ögonkliniken 2 Tekn Audiologklin 2 Ortotekniker 1
Vårdcentralsläkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika läkare	1 1 24 10	
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika dsk	16 0 28 9	
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika sjukgymnaster	0 0 0 0	
Kommunens hemsjukvård **	Sjuksköterska Arbetssterapeut Övrig personal	7 12 0	

* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv. ** Individens kontakt med hemsjukvård.

Individens kostnader

Kostnader för vård, omsorg och anhörigstödskostnader under 18 månader.



Sammanställning av de totala kostnaderna för patienten (SEK).

Sluten specialistvård	617 410
Öppen specialistvård	228 875
Primärvård	24 045
Totalt landstinget	870 330
Kommunal vård och omsorg	111 598
Totalt landsting och kommun	973 803
Kostnad anhöriga 18 mån	354 960

6.4 Fallbeskrivning 4

Kvinna, ensamboende, 75-79 år

Den äldres situation

Kvinnan var ensamboende med hjälp från hemtjänst och hemsjukvård. Hon hade besvär med smärta i en arm och i ett ben, sömnsvårigheter och stora problem med yrsel, huvudvärk och lös mage. Kvinnan hade haft en vårdplanering på sjukhuset och det fanns två biståndsbeslut under perioden. Hemtjänstinsatserna hade bestått av matjänst och hushållsinsatser samt med dusch och ledsagarservice. Hon hade även servicetjänster utan biståndsbedömning, städning, tvätt samt trygghetslarm och färdtjänst.

Måltiderna åt hon i den gemensamma matsalen på seniorboendet. Dottern hjälpte henne med matinköp, tvätt och ekonomi. Kvinnan hade många och frekventa kontakter med kommunens hemsjukvård. Hon träffade både distriktssköterska och arbetsterapeut. Totalt antal notat från distriktssköterska var 166 stycken och 59 stycken från arbetsterapeut. Hon hade också många kontakter med vårdcentralen både genom besök och via telefon. Antalet vårdepisoder inom slutenvården var sju, Neurokliniken ett, Medicinkliniken sex, varav fem gånger på akutvårdsavdelning (AVA). Hon hade besökt akutmottagningen vid sju tillfällen och åkt ambulans tre gånger. Då kvinnan besökte vårdcentralen hade hon träffat fem olika läkare och haft telefonkontakt med en sjätte läkare.

Läkare på vårdcentralen försökte ompröva läkemedelsbehandlingen men hon ville inte alltid acceptera det och följde då inte ordinationerna. Kvinnan hade träffat en sjukgymnast för att få lindring för sina besvär med nacke och huvudvärk. Hon hade fått instruktioner om rörelseövningar för nacken samt akupunktur och program för balans och ryggräning.

Kvinnan hade haft återkommande perioder på kommunal dagrehabilitering för träning av höger arm och hand samt träning för att dämpa yrseln. Arbetsterapeuten tränade med kvinnan genom promenader utomhus, trappträning samt att bli mer aktiv i hemmet.

Under den sista undersökningsmånaden hade 22 olika hemtjänstpersonal signerat för besök hos kvinnan.

Kontakter kring den äldre personen, dokumentation från kommunens och vårdcentralens hälso- och sjukvårdsjournaler.

2009	Vårdcentralen	2009	Kommunens hemsjukvård
20-apr	Mottagningsbesök läkare, smärta, yrsel,	Kommunens hemsjukvårdsjournal består av 45 sidor under perioden 2009-03-01 – 2010-08-31 Antalet notat för stort att redovisas i sin helhet, därför görs en kortare presentation inkl redovisning av antalet notat totalt under period 2, 2009-09-01 – 2010-02-28. Distriktsköterska/sjuksköterska 166 notat Distriktsarbetsterapeut 59 notat	
04-maj	Hembesök sjg, skriver ut rullator		
04-maj	Journalkopia från kolitmottagningen		
18-maj	Mottagning dsk, blodtryckskontroll,		
07-jun	Mottagningsbesök, svaghet hö arm akutremiss, läkare		
06-jul	Telefon från ssk i kommunen, domningar hö arm, tidsbokning,dsk		
18-aug	Besök bedömning, information av rörelseövningar, sjg	02-sep	Hembesök dsk, yrsel, stickningar hö hand, blodtryckskontroll. Ambulans till AKM
02-sep	In akutvårdsavdelning, vårdtid 2/9 – 4/9	04-sep	Hembesök dsk, tillsyn, vårdtid akutvårdsavdelning 2/9 - 4/9
29-sep	In akutvårdsavdelning, vårdtid 29/9 - 2/10	09-sep	Hembesök dsk, blodtryckskontroll
12-okt	Telefonkontakt dsk, yrsel, illamående	10-sep	Hembesök arb terapeut gångträning
14-okt	In Medicinkliniken, vårdtid 14/10 - 27/10	14-sep	Hembesök arb terapeut gångträning
		15-sep	Dagrehab period
		17-sep	Hembesök arb terapeut gångträning
09-nov	Telefon dsk, trötthet	23-sep	Hembesök arb terapeut gångträning
23-nov	Telefon huvudvärk, brev till kvinnan, läkare	23-sep	Hembesök tillsyn dsk, blodtryckskontroll
30-dec	Receptförnyelse, läkare	24-sep	Hembesök tillsyn dsk, blodtryckskontroll
2010		25-sep	Hembesök dsk, blodtryckskontroll, återbud till dagrehab
13-jan	Mottagningsbesök läkare huvudvärk	26-sep	Hembesök tillsyn dsk, yrsel, blodtryckskontroll, läkarkontakt
29-jan	Telefon huvudvärk, illamående, yrsel	27-sep	Hembesök tillsyn dsk, yrsel blodtryckskontroll
29-jan	In akutvårdsavdelning vårdtid 29/1 - 30/1	28-sep	Hembesök tillsyn x 4 dsk, yrsel, blodtryckskontroll
10-feb	Kommunrond, brev till kvinnan	29-sep	Hembesök tillsyn dsk, blodtryckskontroll
17-feb	Telefon läkare, vill inte medverka i undersökning,	29-sep	In akutvårdsavdelning
22-feb	Besök huvudvärk, får akupunktur, sjg	02-okt	Utskriven akutvårdsavdelning , vårdtid 29/9 - 2/10
25-feb	Telefon, avbokning av besök, sjg	05-okt	Hembesök tillsyn dsk, yrsel, blodtryckskontroll
01-mar	Telefon från ssk i kommunen till läkare, kvinnan har yrsel	05-okt	Vårdplanering i hemmet
02-mar	Besök akupunktur, sjg	07-okt	Larmar, dsk hembesök, mår dåligt, yrsel huvudvärk
04-mar	Besök akupunktur, sjg	09-okt	Dotter kontaktar dsk, orolig för mamman
05-mar	Mottagningsbesök läkare akut, yrsel	09-okt	Hembesök tillsyn dsk, blodtryckskontroll
09-mar	Besök akupunktur, sjg	10-okt	Hembesök tillsyn dsk, yrsel, trött, blodtryckskontroll
11-mar	Besök akupunktur, sjg	11-okt	Hembesök tillsyn dsk, blodtryckskontroll
17-mar	Telefon från ssk i kommunen till läkare, huvudvärk	12-okt	Rond, får läkartid
18-mar	Telefon avbokning av besök, sjg	13-okt	Telefonkontakt dsk, mår dåligt, yrsel huvudvärk
19-mar	Inskrivna akutvårdsavdelning, vårdtid 19/3 - 21/3	14-okt	Hembesök tillsyn dsk, känner sig sämre, ambulans till sjukhuset
23-mar	Besök akupunktur, sjg	14-okt	In medicinavdelning, vårdtid 14/10 - 27/10
25-mar	Telefon avbokning, sjg	23-okt	Vårdplanering medicinavdelning
29-mar	Besök akupunktur, sjg	28-okt	Telefonkontakt arb terapeut angående träning
15-apr	Telefon avbokning, sjg	30-okt	Dagrehab period, träning balans, kondition
15-apr	Kommunrond, huvudvärk, remiss till röntgen	04-nov	Hembesök arb terapeut träning, promenad
24-apr	Kommunrond, smärta ryggbesvär, smärtstillande	09-nov	Rond, läkemedelsgenomgång
10-maj	Brev från kolitmottagningen, läkare	11-nov	Hembesök arb terapeut, träning, promenad
09-jun	Receptförskrivning, läkare	18-nov	Hembesök arb terapeut, träning, promenad

16-jun	Brev till kvinnan, läkare	02-dec	Hembesök arb terapeut, bostadsanpassning
30-jun	Inskrivna akutvårdsavdelning vårdtid 30/6 - 2/7	17-dec	Hembesök dsk, blodtryckskontroll, influensavaccin
07-jul	Telefon läkare, diarré	23-dec	Rond, huvudvärk, får tid till läkare
04-aug	Kommunrond, huvudvärk	25-dec	Larmat hembesök dsk, huvudvärk, blodtryckskontroll
13-aug	Mottagningsbesök läkare, huvudvärk, nedsatt aptit	28-dec	Hembesök dsk, blodtryckskontroll
18-aug	Kommunrond, "snurrar i huvudet"	30-dec	Rond läkemedelsändringar
31-aug	Telefonkontakt vill komma på kontroll, dsk		2010
		13-jan	Läkarbesök på vårdcentralen
		19-jan	Hembesök dsk, provtagning
		20-jan	Rond läkemedelsändringar, remiss till sjukgymnast
		23-jan	Larmat dsk hembesök, huvudvärk
		24-jan	Telefonsamtal patienten och jourläkare, huvudvärk
		26-jan	Dsk telefon från dotter, mycket orolig för mamma
		27-jan	Rond, läkare ringer patienten
		28-jan	Hembesök dsk tillsyn, huvudvärk
		29-jan	Telefonkontakt dsk-läkare, läkemedelsändringar
		29-jan	In akutvårdsavdelning
		30-jan	Utskriven från akutvårdsavdelning, vårdtid 29/1 - 30/1
		01-feb	Telefonkontakt dsk, huvudvärk, diarré
		03-feb	Hembesök, huvudvärk diarré, blodtryckskontroll
		09-feb	Besök på mag-tarmmottagning
		10-feb	Rond, kvinnan fyller i självskattningsformulär om hälsotillstånd
		16-feb	Hembesök dsk, blodtryckskontroll
		17-feb	Rond, läkemedelsgenomgång
		25-feb	Kvinnan avbokat läkarbesök
		25-feb	Hembesök dsk, tillsyn, yrsel
		26-feb	Hembesök dsk, tillsyn, yrsel
		27-feb	Hembesök dsk, tillsyn, yrsel
		28-feb	Hembesök dsk, tillsyn, yrsel
			Hemtjänstinsatser omfattar matdistribution, hjälp med dusch trygghetslarm, färdtjänst, ledsagarservice Totalt redovisad tid hos kunden 50,38 timmar Under periodens sista undersökningsmånad har 22 olika personer från hemtjänstens vård/omsorg signerat på utförarkortet

Dsk = Distriktsköterska, Arb terapeut = Arbetsterapeut, Sjg = Sjukgymnast, AKM = Akutmottagning

Den äldres perspektiv

Kvinnan upplevde att det var för många kontakter med olika instanser och att ingen visste vad den andra gjorde. Hon tyckte att man inte visat tillräcklig hänsyn till personlig integritet i samband med rond på sjukhuset.

Första kontakten med en biståndshandläggare gick inte bra på grund av dålig kommunikationen. Vid ett annat tillfälle när en annan biståndshandläggare kom gick mötet bättre.

Kvinnan hade två kontaktpersoner i hemvården men upplevde att de inte visste vad de ska göra särskilt för henne. Vidare att hon hade bett dem ta reda på olika saker rörande hemvården men att hon sällan fick några svar från dem. Hjälpen från hemvården fungerade i stort bra. Hon hade bra och kontinuerlig kontakt med den kommunala distriktssköterskan. Arbetsterapeuten och sjukgymnasten på dagrehabiliteringen var hon mycket nöjd med, ”jag kan verkligen rekommendera den rehabiliteringen”.

Hon skulle vilja att det kom färre antal olika personal från hemvården. Hon uppgav att hon och hennes anhörig vid vårdplanering på sjukhuset önskade att hon skulle få konvalescens alternativt mer träning innan utskrivning, vilket hon nekades. Därefter fick hon hjälp av arbetsterapeut och distriktssköterska i hemvården att få komma till en rehabiliteringsenhet, där det var mycket bra. Hon värdesatte mest att få komma ut på promenader. Sedan arbetsterapeuten hade tränat med henne kunde hon gå ut kortare sträckor. Gällande vårdcentralen hade kontakten med läkare inte fungerat. Hon var inte nöjd med dem och deras bemötande, ”de är hyrläkare från Stockholm”. ”Specialistläkaren” på sjukhuset hade hon haft mycket bra kontakt med har bland annat gett henne råd om läkemedel.

Den anhöriges perspektiv

Kvinnan gav inte tillåtelse att intervjua en anhörig. Hon sa att dottern hade så mycket att göra och att hon hade ett krävande arbete så hon var inte hemma så mycket.

Sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter

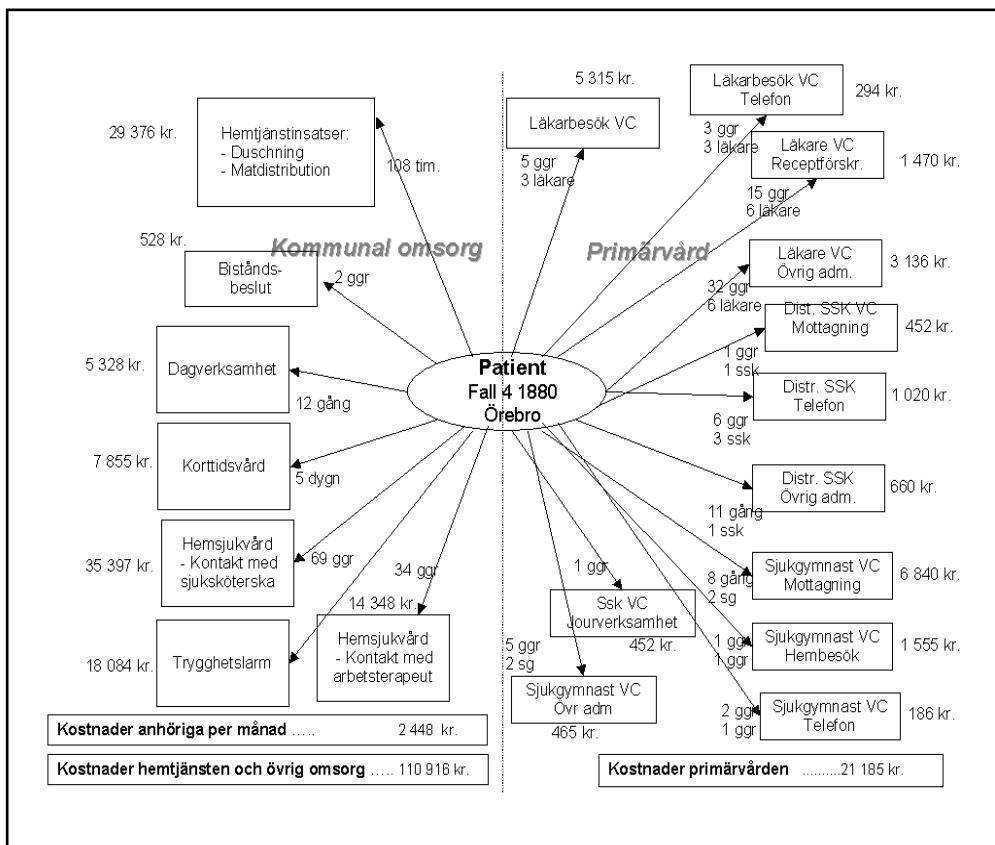
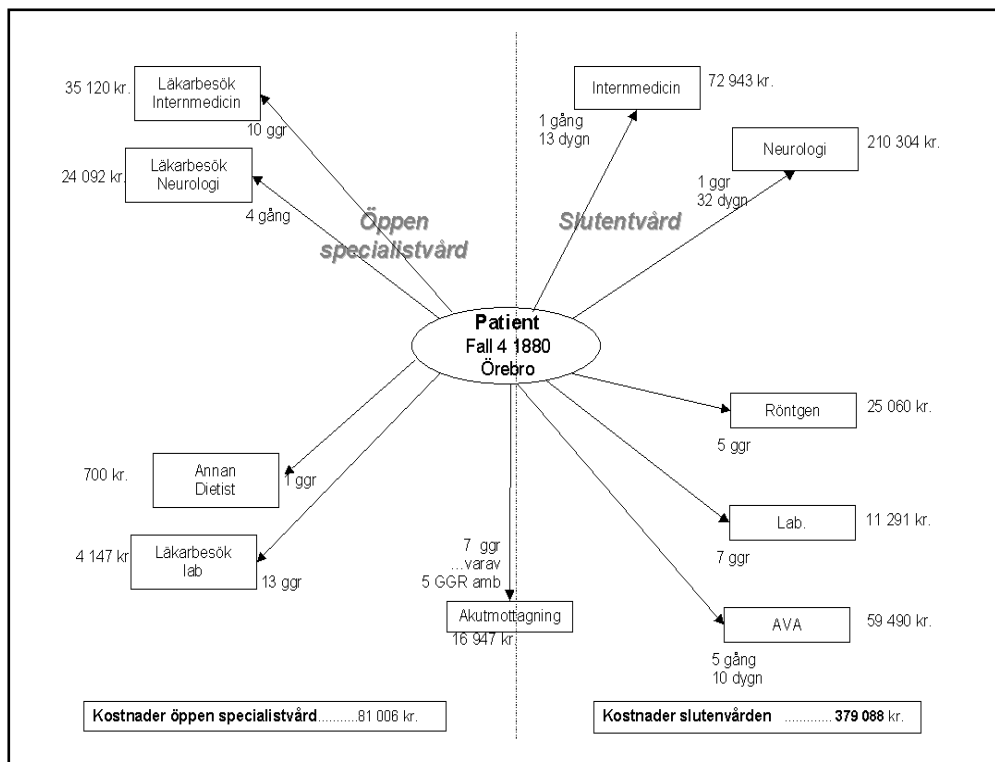
Diagnoser inom slutenvård	E039 Hypotyreos, ospec E785 Hyperlipidemi, ospec F339 Recidiverande depression F985 Stämning G442 Spänningshuvudvärk I109 Essentiell hypertoni I639 Cerebral infarkt, ospec I649 Akut cerebrovaskulär sjukdom, ej spec I694 Sena effekter av cerebrovaskulär sjukdom, ej spec I951 Ortostatisk hypotoni K528 Annan specificerad icke infektiös gastroenterit och kolit R429 Yrsel och svindel R519 Huvudvärk Z138 Riktad hälsokontroll avseende andra spec sjukdomar
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnproblem, trötthet, aptitproblem, illamående, diarré.
Hjälpmedel	Rollator
Bostadsanpassning	Behövdes inte.
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja, matdistribution, dusch, hushållsinsats
Hemsjukvård	Ja
Annan kommunal vård och omsorg	Dagrehabilitering
Hjälp av anhörig/närstående	Ja, tvätt, matinköp, ekonomi
Läkemedel enligt personen själv	5
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Vårdcentralen försöker omvärdera läkemedelsbehandlingen, men en bestämd patient som inte alltid har compliance.
Aktiviteter	
Antal	
Slutenvård	Antal vårddygn 7 Antal vårdepisoder 55
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset 14 Internmedicin 10 Neurologkliniken 4 Jourverksamhet 1 Sjuksköterska 1 Akutbesök på sjukhus 7
Övriga professioner inom öppen specialistvård	Sjuksköterska 0 Audionom 0 BMA 0 Dietist 1 Logoped 0 Övrig pers 0
Vårdcentralsläkare	Mottagning 5 Hembesök 0 Tel/rådgivn/administration* 50 Antal olika läkare 6
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning 1 Hembesök 0 Tel/rådgivn/administration* 17 Antal olika dsk 3
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning 8 Hembesök 1 Tel/rådgivn/administration* 7 Antal olika sjukgymnaster 3
Kommunens hemsjukvård **	Sjuksköterska 69 Arbeterapeut 34
	Övrig personal 0

* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv.

** Individens kontakt med kommunens hemsjukvård.

Individens kostnader

Kostnader för vård, omsorg och anhörigstöd kostnader under 18 månader.



Sammanställning av de totala kostnaderna för patienten (SEK).

Sluten specialistvård	379 088
Öppen specialistvård	81 006
Primärvård	21 185
Totalt landstinget	481 279
Kommunal vård och omsorg	110 916
Totalt landsting och kommun	592 195
Kostnad anhöriga 18 mån	44 064

6.5 Fallbeskrivning 5

Kvinna, samboende, 75-79 år

Den äldres situation

Personen var en samboende kvinna som fick hjälp i hemmet av sin make. Under perioden hade inga biståndsbeslut tagits om hemtjänst och därmed utfördes inga hemtjänstinsatser. Kvinnan besvärades av smärta och svullnad i händer, ben och fötter samt muntorrhet och yrsel vid lägesförändringar. Hon har 13 vårdepisoder på sjukhuset och totalt 93 vårddygn på två olika kliniker, 25 besök på Neurokliniken och 68 besök på Reumatologkliniken. Läkare inom specialistvården och vårdcentralen samarbetade om hennes läkemedelsbehandling och vård, vilket enligt kvinnan fungerade bra.

Kvinnan hade kontakt med vårdcentralen för kontroll av blodtryck, blodsocker samt såromläggning på ben. Hon önskade att få hjälp av en sjukgymnast för att träna fötter och underben då hon hade svårt att röra sig. Dock hade hon fått besked om att hennes tillstånd sannolikt inte var träningsbart. Efter ett halvår gjordes dock en ny bedömning och hon fick akupunktur och bassängträning, vilket hon avbröt då hon inte orkade komma till behandlingarna.

Under undersökningsperioden hade hon kontakt med distriktsarbetsterapeuten 18 gånger. De flesta kontakterna och besöken hade varit angående den elrullstol som hon fått och som hon var mycket nöjd med.

Kontakter kring den äldre personen, dokumentation från kommunens- och vårdcentralens hälso- och sjukvårdsjournaler.

2009	Vårdcentralen	2009	Vårdcentralen
19-mar	Telefon, vill ha läkarkontakt	14-jul	Arb terapeut telefonkontakt med kvinnan för att boka in hembesök
23-mar	Telefon vill ha läkarkontakt, erbjuden tid	17-jul	Hembesök arb terapeut, hjälpmedel
24-mar	Telefonkontakt med läkare	24-jul	Arb terapeut remiss och intyg till CFH
25-mar	Mottagning dsk, blodtrycks kontroll	10-aug	Besök CFH provkör elrullstol
30-mar	Mottagning dsk, blodtrycks kontroll	01-sep	Kvinnan inlagd på USÖ.
07-apr	Mottagning dsk, blodtrycks kontroll	12-okt	Telefon arb terapeut, kvinnan ska flytta till annat boende
30-jun	Kvinnan bedöms av sig, inte träningsbar för funktion av fötter och underben	09-nov	Arb terapeut besök i nya bostaden angående förvaring av elrullstolen
28-jul	Telefon dsk, fall, skrapsår ben	18-nov	Arb terapeut telefonkontakt med kvinnan angående transport av elrullstolen
28-jul	Mottagning dsk, sår hö ben		
31-jul	Mottagning dsk, omläggning sår	2010	
03-aug	Mottagning dsk, omläggning sår	21-jan	Hembesök arb terapeut, förhöjning av säng
05-aug	Mottagning dsk omläggning sår	27-jan	Telefonkontakt arb terapeut, uppföljning av hjälpmedel
07-aug	Mottagning dsk omläggning sår	15-mar	Telefon arb terapeut, kvinnan ringer och frågar om ekonomiskt stöd för anhörigvård
07-aug	Jourläkarmott akut, sår underben, djupare	19-mar	Tidbokning arb terapeut
10-aug	Mottagning dsk omläggning sår	01-apr	Hembesök arb terapeut, övningskörning elrullstol
13-aug	Mottagning dsk omläggning sår	21-apr	Telefon arb terapeut, elrullstol, tandvård "gult kort"
25-nov	Remiss in till vårdcentral från Reumakliniken	29-apr	Telefon arb terapeut, önskar hjälpmedel till elrullstol
03-dec	Telefonkontakt med dsk, kontroll blodsocker	25-maj	Hembesök arb terapeut, montering av hjälpmedel
18-dec	Remiss in från Reumakliniken	17-jun	Telefonkontakt arb terapeut, kvinnan önskar bredare rullstol
2010		24-jun	Hembesök arb terapeut utprovning av ny elrullstol
14-jan	Avbryter träningsperiod, orkar inte komma, sig	26-jul	Telefon arb terapeut, uppföljning av hjälpmedel elrullstol
26-jan	Telefonbokning, influensavaccinering	12-aug	Telefon arb terapeut, problem vid utomhusvistelse med sina rullstolar.
01-feb	Mottagning dsk, vaccination		Beställer kryckhållare till rullstol
08-feb	Mottagning planerat läkarbesök	Under perioden finns inga biståndsbeslut Inga hemtjänstinsatser, enbart hälso - och sjukvårdsinsatser.	
09-apr	Telefon dsk svullnad handled		
01-jun	Telefon dsk svullnad båda benen		
01-jun	Telefon, avbokar dagens besök		
15-aug	Mottagning dsk akut, magbesvär, förstoppning		
17-aug	Brev till Reumakliniken från läkare vårdcentral		
30-aug	Remiss från Kirurgkliniken tillvårdcentral		

Dsk = Distriktsköterska, Arb terapeut = Arbetsterapeut, Sjg = Sjukgymnast

Den äldres perspektiv

Kvinnan uppgav att reumatologmottagningen och avdelningen hade ställt upp till hundra procent för henne, ”det har varit jättebra”. Hon var dock inte nöjd med den vårdcentral som hon bytte till vid flytt för ett år sedan. Hon uppgav att hon hade nekats akutbesök och besökstid och att hon vid dessa tillfällen upplevde som om de slog ifrån sig ansvar, hon vill att man ”måste få kontakt när man behöver hjälp”. Hon tyckte att personalen på vårdcentralen skulle vara mer tillmötesgående och man borde få veta vem man kan kontakta och vem som är ens läkare på vårdcentralen. Hon värdesatte mest sin make och lägenheten de bodde i och hade tackat nej till erbjuden hemvård.

Den anhöriges perspektiv

Maken hade blivit erbjudan hjälp men ville att situationen skulle vara som den var så länge som han orkade. Kvinnan hade ansökt om närståendebidrag men hade fått avslag på detta. Hon blev erbjuden hemvård vilket hon tackade nej till. Avslagsbeslutet var överklagat och maken önskade att de skulle få rätt i Förvaltningsrätten för att på så sätt få viss bekräftelse på den hjälp och stöd han gav sin hustru. Mannen skötte allt i hemmet med inköp, matlagning, tvätt och städning.

Han hjälpte också hustrun med personlig hygien, på- och av klädning, förflyttningar från och till säng och stolar, dusch- och toalettbesök både dag och natt.

Sammanställning av den äldres diagnoser, vård, omsorg, läkemedelsbehandling och totala sjukvårdskontakter

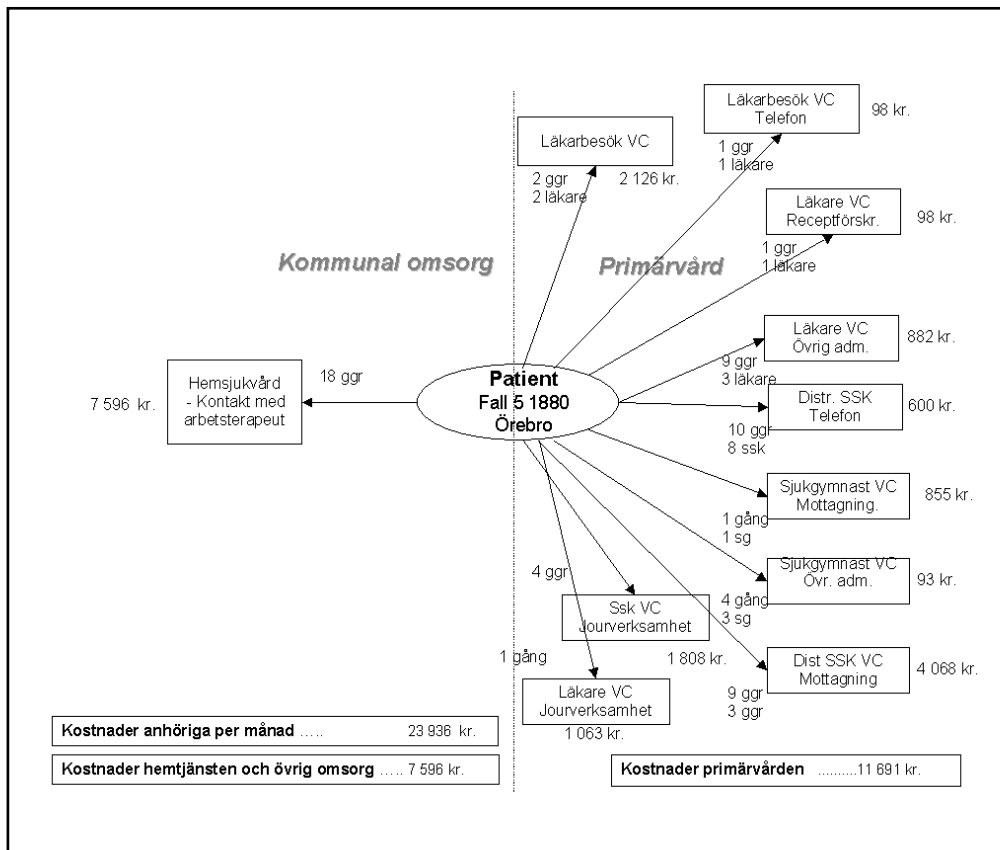
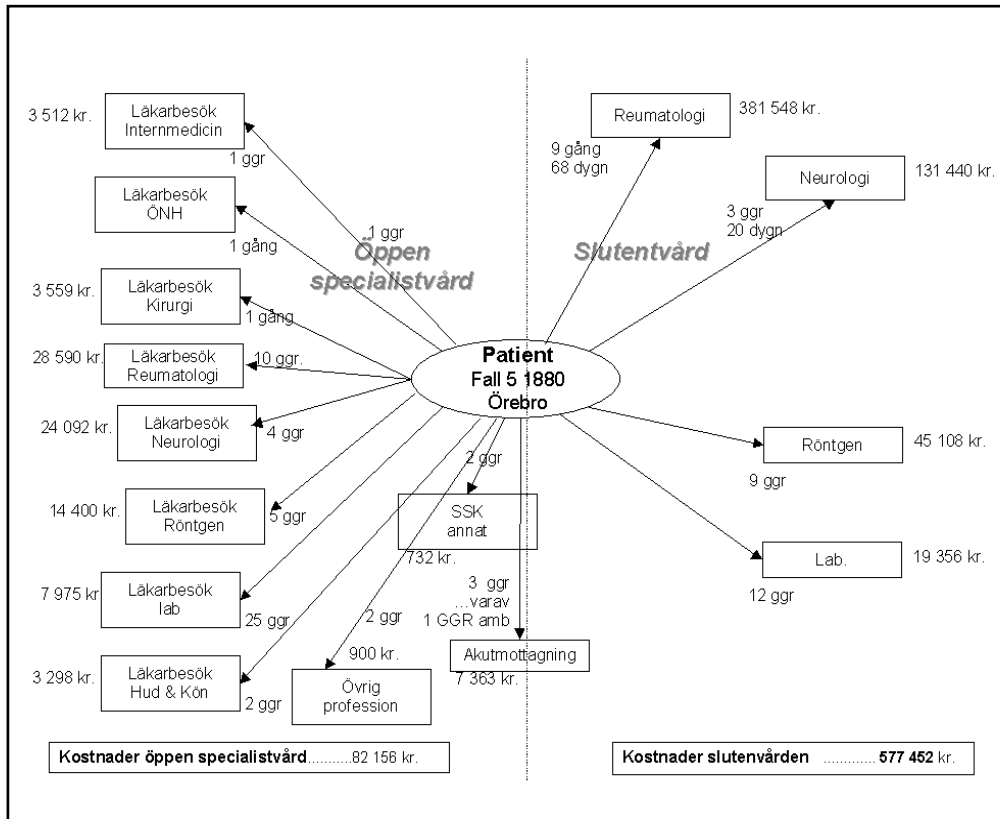
Diagnoser inom slutenvård	E119 Diabetes mellitus, typ 2 G587 Mononeuropathia multiplex M059 Seropositiv reumaatoid artrit
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, ledsen, muntorrhet, andfådd, svullna ben och fötter.
Hjälpmedel	Rollator, rullstol, elrullstol, duschpall/stol, kryckkäppar sängförhöjning
Bostadsanpassning	Ja, badrummet har anpassats till utrymme med dusch.
Hemtjänst undersökningsperioden	Nej
Hemsjukvård	Ja
Annan kommunal vård och omsorg	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Ja, städ, tvätt, inköp, matlagning, dusch, på- och avklädning, toalettbesök dag och natt, munhygien, läkemedel, förflyttningar inomhus, ledsagning
Läkemedel enligt personen själv	7
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Två engagerade läkare; en på vårdcentralen och en på Reumakliniken, USÖ, som samarbetar.
Aktiviteter	
	Antal
Slutenvård	Antal vårdepisoder 13 Antal vårddygn 93
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset 19 Internmedicin 1 Kirurgkliniken 1 ÖNH 1 Neurologkliniken 4 Hud och öron 2 Reumatologkliniken 10 Jourverksamhet 5 Läkare 1 Sjuksköterska 4 Akutbesök på sjukhuset 3
Övriga professioner inom öppen specialistvård	Sjuksköterska 2 Medicinkliniken 1 Reumatologkliniken 1 Audionom 0 BMA 1 Dietist 0 Logoped 0 Övrig pers 2 Med.kliniken, fotterapeut 2
Vårdcentralsläkare	Mottagning 2 Hembesök 0 Tel/rådgivn/administration* 11 Antal olika läkare 3
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning 9 Hembesök 0 Tel/rådgivn/administration* 10 Antal olika dsk 9
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning 1 Hembesök 0 Tel/rådgivn/administration* 1 Antal olika sjukgymnaster 1
Kommunens hemsjukvård **	Sjuksköterska 0 Arbetsterapeut 18 Övrig personal 0

* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv.

** Individens kontakt med kommunens hemsjukvård.

Individens kostnader

Kostnader för vård, omsorg och anhörigstöd under 18 månader.



Sammanställning av de totala kostnaderna för patienten (SEK).

Sluten specialistvård	577 452
Öppen specialistvård	82 156
Primärvård	11 691
Totalt landstinget	671 299
Kommunal vård och omsorg	7 596
Totalt landsting och kommun	678 895
Kostnad anhöriga 18 mån	430 848

6. 6 Sammanfattande reflektioner utifrån fallbeskrivningarna

Ovanstående fallbeskrivningar visar på komplexiteten i vården av äldre och det stora behov av sammanhållen vårdkedja som gruppen mest sjuka äldre har. Komplexiteten och bristen av samordning framträder här på ett sådant sätt som enskilda vård- och omsorgsaktörer sällan eller aldrig ser. Det visar att den äldre har ett särskilt och stort behov av samordning, samarbete, gemensam planering och uppföljning utifrån den äldres perspektiv och den aktuella situationen. Samtliga fem fallbeskrivningar visar på mer eller mindre system- och kvalitetsbrister och öppnar för diskussioner av förbättringar. Fallen beskriver totala kostnader för personerna, fördelat på vård- och omsorgsnivåer samt professioner.

7. Regional konferens

Den 2 maj 2011 genomförde regionförbundet en konferens med temat "Bättre liv för sjuka äldre i Örebro län". Konferensen samlade cirka 200 deltagare med såväl politiker, tjänstemän och verksamhetsföreträdare som arbetar med vård och omsorg i kommuner och landsting.

Maj Rom, handläggare från avdelningen för vård och omsorg på SKL, inledde konferensen med att förklara att i stora delar av Sverige finns det problem med samverkan mellan kommuner och landsting när det gäller vård och omsorg för sjuka äldre. Hon tog upp att de mest sjuka äldre inte är en homogen grupp, utan består av personer med olika behov av insatser från flera olika delar inom vårdapparaten och att ingen har helhetsansvaret. Det behövs nya angreppssätt för att ge insatser utifrån den äldres behov, nya lösningar för samordning och tidig upptäckt vilket är en utmaning för landsting och kommuner. Det behövs också ökade kunskaper om resultaten i vård och omsorg om äldre och ett bättre helhetsomhändertagande. Här påpekades flera gånger att Örebro län är en föregångare, bland annat på grund av en utvecklad samverkansstruktur mellan landstinget och kommunerna i länet och Hilma samverkansmodell, men att det också finns förbättringsområden i länet.

Ulla Gurner, SKL:s nationella projektledare för den kvalitativa uppföljningen, redogjorde för det nationella resultatet från uppföljningen, där man undersökt hur de mest sjuka äldre själva upplever vård och omsorg liksom vad kostnaderna för detta ligger på. Studien omfattar intervjuer med 299 äldre från 12 landsting och 26 kommuner. Örebro kommun och Örebro läns Landsting ingår som en del i studien.

De lokala resultaten från Örebro presenterades och liknar det nationella till stora delar. Det innebär att de mest sjuka äldre har många kontakter med hälso- och sjukvården och träffar många olika aktörer.

Resultatet från Örebro studien presenteras i denna rapport. Det resultat och förbättringsområden som framkommit i studien kommer att användas som underlag i projekten ViSam och Pallert, två SKL-projekt som i Örebro län drivs i regionförbundets regi.

En paneldebatt under ledning av Maj Rom med politiker och verksamhetschefer inom vård och omsorg avslutade redovisningen av studien vid den regionala konferensen. Under konferensens eftermiddag fördes gruppdiskussioner utifrån en fallbeskrivning med sikte på att identifiera konkreta förslag på förbättringsområden under temat ”Från ord till handling”. Ett stort engagemang och många goda idéer lyftes fram till de två projektgrupperna för fortsatt arbete.

8. Diskussion

I detta avsnitt sammanfattas de resultat som framkommit i studien utifrån läkemedel, kostnader för vård och omsorg samt utifrån de äldres och närståendes synpunkter.

8.1 Diskussion om läkemedel

Flertalet läkare inom primärvården hade ambitionen att försöka få ett helhetsgrepp om de intervjuades läkemedelsbehandling. Det försvårades av ofullständiga anteckningar, epikriser samt att några patienter gav otillräcklig information. Möjligheten att följa ett förlopp i läkemedelsbehandlingen försvårades då den äldre hade en komplex sjukdomsbild i kombination med att det var många professioner som var involverade i vården runt en och samma person. Apotekarens bedömning blev att det för åtta av de intervjuade personerna gick att spåra att det fanns en läkare som tagit ett helhetsansvar för läkemedelsbehandlingen. Det föreföll dock vanligare att ingen riktigt hade överblick över hela läkemedelslistan för de personer som sköttes av flera läkare.

Hälften av de äldre fick, någon gång under den tid som granskningen pågick, ett eller flera läkemedel som bör undvikas till äldre, enligt Socialstyrelsens ”Indikatorer för god läkemedelsterapi för äldre”. Det skulle kunna tolkas som att ingen med tillräcklig kunskap om lämpliga läkemedel för äldre hade ansvar för helheten av den äldres läkemedelsbehandling. Läkare med kunskap i geriatrik är inte så välrepresenterade i vården av de mest sjuka äldre.

Troligtvis hade det varit värdefullt för apotekaren att vara med vid alla intervjutillfällen. Vid intervjuerna berättade ibland de äldre detaljer runt läkemedelsbehandlingen, som inte noterats någonstans och som sedan kunde bidra till förståelse vid journalgranskningen. Det fanns många frågetecken kring läkemedelsbehandlingen som eventuellt kunnat redas ut under intervjun. Vid de två intervjutillfällen som apotekaren deltog i, kunde två läkemedel som den äldre själv inte berättat om, diskuteras. Inget av de läkemedlen var lämpliga för just den personen och ett av läkemedlen var receptbelagt.

I slutet av denna studie fick apotekaren möjlighet att ta del av två patienters journaler i den kommunala hemsjukvården. Det ledde bl a till att apotekaren fick svar på någon av de frågor som uppkommit gällande läkemedelsbehandlingen för en av patienterna. Det innebär att just det potentiella läkemedelsrelaterade problemet inte längre var aktuellt. Enligt apotekaren gav kommunens hälso- och sjukvårdsjournal en annan dynamik till patientens

läkemedelsbehandling. Läkarna kan ha stor nytta av att få tillgång till dessa journaler då tiden för kommunens sjuksköterska att förmedla denna information ofta är begränsad.

Sammanfattningsvis kan sägas att det är av stor vikt att multisyjuka äldre följs av *en* läkare som följer, utvärderar och omprövar läkemedelsbehandlingen.

8.2 Diskussion kring kostnader utifrån fallbeskrivningarna

Kostnaderna varierade stort mellan de olika individerna inom:

- sluten specialistvård mellan 45 042 och 617 410 kr,
- öppen specialistvård mellan 11 815 och 228 875 kr,
- primärvård mellan 3 187 och 24 045 kr,
- kommunal vård och omsorg mellan 0 (noll) och 269 476 kr,
- den antagna kostnaden för anhöriginsatser mellan 0 och 23 936 kr/månad.

Av redovisningen för de 22 äldre kan utläsas att den största kostnaden ligger inom öppen - och sluten specialistvård. Låg andel av kostnaden ligger på primärvården och däremellan ligger kostnaden för kommunens vård och omsorg.

Flera av de äldre har kontakter med ett antal specialister som var och en sköter behandling för någon av de sjukdomar personen i fråga har. Den äldre får söka olika läkare för varje diagnos vilket riskerar att både minska möjligheten för någon att skaffa sig en helhetsbild när det gäller såväl läkemedelsbehandling och annan form av behandling som att kostnaderna ökar onödigt mycket.

En förbättrad samordning och planering vid utskrivning från slutenvården skulle förhoppningsvis kunna åstadkomma ett minskat behov av slutenvård på ett antal olika kliniker. I bästa fall skulle det öka tydligheten runt livssituationen för den äldre och även minska behovet av och kostnaden för slutenvård. Det krävs dock sannolikt att någon speciellt utsedd personal hjälper den äldre att hålla samman vårdkedjan på ett smidigt och följsamt sätt.

Sammanfattningsvis kan sägas att det är av stor vikt både för den äldre och ur ett samhällsekonomiskt perspektiv att förskjuta vistelser i slutenvården till mer kontinuerliga besök och uppföljningar på vårdcentralerna samt att utveckla samarbetet mellan vårdcentralerna och den kommunala vården och omsorgen.

8.3 Diskussion utifrån synpunkter från de äldre och deras närstående

I denna studie har följande synpunkter framkommit från de intervjuade äldre och deras närstående när det gäller den vård och omsorg som de haft kontakt med under undersökningsperioden.

- Tillgängligheten till vården för den äldre.
- Bristfällig information från vårdgivarna till den äldre och närstående.
- För många olika läkare på vårdcentralerna.
- För många olika personal hos brukarna i kommunens vård och omsorg.
- Få läkare som har ett sammanhållet ansvar för läkemedelshanteringen hos den äldre.
- Önskemål om ”äldreombud” och/eller ”äldreteam”.
- Bemötandet från vårdpersonalen.

Tillgängligheten till vården för den äldre

Många av de äldre hade svårt att få kontakt med vården eftersom de inte hann uppfatta vad telefonrösten sa när de skulle knappa sig fram på telefonen till vårdcentralen. För äldre multisjuka personer med många gånger nedsatta funktioner och förlängd reaktionsförmåga kan troligtvis den nya tekniken verka avskräckande och upplevas som ett hinder för att komma i kontakt med vårdcentralen.

Bristfällig information från vårdgivarna till den äldre och närstående

Den äldre upplevde att det var svårt att få kontakt med primärvården och att det var svårt att uppfatta och förstå den information som gavs. Detta gällde även vid utskrivning från slutenvården. De äldre upplevde det otryggt och att de inte kunde påverka hur vården och hjälpen skulle utformas. Någon av de äldre hade till exempel inte uppfattat att han/hon deltagit i en vårdplanering vid utskrivningstillfället från slutenvården.

Personal som möter de mest sjuka äldre i olika vårdsituationer bör ha god kompetens om såväl det friska som det sjuka åldrandet. Personalen bör vara väl insatt i att information till en äldre person kan behöva ges både muntligt och skriftligt och gärna vid upprepade tillfällen. Det kan därför vara av vikt att stämma av med den äldre och få bekräftat att denne förstått och tagit till sig informationen.

För många olika läkare på vårdcentralerna

Flera av de äldre uppgav under intervjuerna att de hade önskat bättre kontinuitet med färre kontakter inom och mellan de olika vårdgivarna. Anhöriga efterlyste till exempel ”någon form av team för de äldre” eller ”äldreombud”.

Idag har vården en tendens att bli alltför ”stuprörskonstruktad” och inte formad utifrån den äldres behov och önskemål. Flera av de äldre hade kontakter med ett flertal läkare med specialistkompetens som var och en skötte behandling för någon av de sjukdomar personen i fråga hade. Den äldre fick söka olika läkare för varje diagnos vilket riskerade att både minska möjligheten att skaffa sig en helhetsbild när det gällde såväl läkemedelsbehandling och annan form av behandling samt att kostnaderna riskerade att öka onödigt mycket. En tätare kontakt mellan specialistläkaren inom slutenvården och den distriktsläkare, som borde ha ansvaret för helhetsbilden runt den äldre och hans/hennes vård och behandling, borde vara en självklarhet. Där skulle också andra professioner kunna knytas till för att erbjuda en god och säker vård runt den äldre. En strukturerad vårdplanering där den äldre och hans/hennes anhöriga skulle

kunna göras mera delaktiga, där olika professioner skulle delta och där distriktsläkaren borde ha en tydlig och självskriven roll måste ses som ett mer optimalt sätt att planera för vård och behandling. Idag deltar såväl specialistläkaren som distriktsläkaren i mycket ringa omfattning vid vårdplaneringar.

För många olika personal hos brukarna i kommunens vård och omsorg

Den äldre ville slippa ha så många olika vårdkontakter och möta olika personer vilket tydligast framkom vid kontakter med kommunens vård och omsorg. Upplevelsen av att det kom många olika personer i hemmet som skulle utföra olika sysslor skapade en otrygg känsla. Den äldre hade inte kontroll över vem eller vilka som skulle komma och ansåg också att de som kom ibland inte hade respekt för att de befann sig i någon annans hem.

Få läkare som har ett sammanhållet ansvar för läkemedelshanteringen hos den äldre

Läkemedelsområdet var ett invecklat och komplext område både för den äldre, anhöriga/närstående och den vårdpersonal som var inblandad. Det var ofta svårt att värdera och få en överblick av vad den äldre tog för läkemedel och den äldre upplevde själv att han/hon relativt ofta saknade kontroll över sina läkemedel. Sju av de 22 intervjuade, 32 procent, fick hjälp av någon med sin läkemedelsbehandling. Bland annat svårigheter att läsa på förpackningen bidrog till detta. En del receptfria läkemedel och vid behovsläkemedel användes och bidrog av och till med att öka otydligheten i vad den äldre använde för läkemedel.

Enligt apotekarens bedömning föreföll det vara relativt vanligt att ingen läkare riktigt hade överblick över hela läkemedelsbehandlingen för de personer som sköttes av flera läkare. För att få en optimal läkemedelsbehandling skulle det vara av stor vikt för de multisjuka äldre att *en* läkare har huvudansvaret för behandlingen.

Önskemål om ett "äldreombud" eller "äldreteam"

Fler av de anhörigas ansåg att det borde finnas något slags team runt den äldre eller en "person/vård" som hjälpte den äldre inom vården. Upplevelsen hos de anhöriga var att vårdpersonal var bra på att bemöta men inte så bra på att ha kontakt med varandra mellan organisationerna och att samordna vården för den äldre. Därför tog flera anhöriga upp att det skulle kännas tryggt att ha en funktion som kunde hålla samman vårdkedjan för den äldre. Inte minst mot bakgrund av att vården är så specialiserad och som någon uttryckte det att "man ser inte människan utan endast organ" och ingen tar ansvar.

Bemötande

Det framkom i intervjustudien att de äldre och deras anhöriga ofta kände sig väl bemötta av den personal de mötte inom vården. Det gällde i samtliga steg i vårdkedjan såväl inom akutsjukvården som inom primärvården och kommunens vård och omsorg. Många lyfte fram systemet med kontaktpersoner inom hemtjänsten som ett bra sätt att ha en kontinuerlig kontakt som skapade trygghet och uppgav att de var nöjda med sin kontaktperson och det stöd den personen gav. De äldre ansåg att det var viktigt att de som kom in i deras hem skulle visa respekt och att det inte skulle vara för många olika personer som kom.

8.4 Studien gav upphov till nya frågor

- Hur skapas ett bättre samarbete och smidiga övergångar mellan slutenvård, primärvård, kommunens vård och omsorg för att uppnå mesta möjliga delaktighet och trygghet för den äldre?
- Kan vårdplaneringen användas på ett mera heltäckande sätt där den äldres perspektiv har företräde och där personen får ta del av den kompetens som finns? Kan en mera proaktiv planering, där läkare ingår mera aktivt, förebygga att t ex läkemedelsbiverkningar uppstår. Biverkningar får ju inte sällan andra konsekvenser i sin tur som tex ökad risk för fall och fallskador.
- Kan en bättre informationsöverföring som berör den enskilde äldre personen bidra till att planering och samordning av vården mellan huvudmännen i båda riktningarna fungerar bättre?
- Hur kan den äldre få möjlighet att påverka planeringen av vården så att han/hon känner att det finns möjlighet till känsla av oberoende trots att han/hon behöver få stöd och hjälp på olika sätt?
- Hur kan just oberoendet bibehållas så långt som möjligt och hur kan involverade professioner stödja och utveckla ett hälsofrämjande synsätt när det gäller vården av de mest sjuka äldre?
- En säkrare läkemedelshantering för den äldre är en av de viktigaste frågorna när det gäller vården runt de här personerna. Hur kan vi få ett system som stödjer detta?
- För att skapa en helhetsbild av den äldre situation och behov av vård behövs sannolikt en bättre kunskap om både det friska och det sjukliga åldrandet överlag bland involverade professioner. Hur kan geriatrisk och även tvärprofessionell kompetens nyttjas bättre till gagn för den äldre?

8.5 Tänkbara områden att utveckla

- *Ökad delaktighet* för den äldre och närstående i planeringen av sin vård och omsorg. Bland annat genom att informera på ett sätt som den äldre och dennes anhöriga kan ta till sig och att skapa tillgänglighet så att den äldre kan få rätt kontakt i rätt tid.
- *Förbättrad samordning och vårdplanering i alla skeden*, så att det blir en framåtsyftande /proaktiv planering, som är mera heltäckande och omfattar *både* vård och omsorg på ett tydligare sätt än idag. Det behövs bättre möjligheter för primärvården att medverka oavsett om det är utskrivningsplanering på sjukhus eller planering i hemmet med kommunen och primärvården som aktörer. Någon personal, som deltar i den äldres vård och omsorg, ansvarar för att hålla ihop vårdkedjan, kan vara en möjlig väg för att uppnå bättre samordning.
- *Ökad geriatrisk kompetens runt den äldre*. Ett hälsofrämjande arbetssätt som innebär att man ser till vad den äldre kan men också vad han/hon behöver för

stöd och hjälp. Samarbetet mellan slutenvård, primärvård och den kommunala sjukvården i det sammanhanget är centralt.

- *Ökad säkerhet när det gäller läkemedelshantering* för den äldre. Att upprätta en gemensam läkemedelslista, att ha en läkare som har ansvar för läkemedelsgenomgångar och information om läkemedelsbehandlingen till den äldre på ett förståeligt sätt kan vara några faktorer som skulle kunna bidra till detta.

Sammanfattningsvis pekar rapporten på brister i samarbetet och samordningen av vården och omsorgen som fick konsekvenser för den äldre och deras anhöriga. Önskvärt är en mer sammanhållen vård där samtliga ”vårdaktörer” vänder på perspektivet och utgår från vad den äldre behöver i hela vårdkedjan och inte stannar vid att man inom sin organisation fullföljt sin del. De äldres samlade behov måste alltid vara utgångspunkten i alla de insatser som utgår från berörda aktörer.

Informationsbrev

Till

2010-xx-xx

Det har visat sig att äldre med sammansatta behov av vård, rehabilitering och äldreomsorg ibland haft svårt att få sina behov tillgodosedda. X kommun och landstinget i X har därför beslutat att genomföra en undersökning vars syfte är att öka kunskapen om hur vård och omsorg är anpassad efter dina behov. Undersökningen rör dig som är 75 år och äldre och som bor i X kommun. Undersökningen genomförs i samverkan med Sveriges kommuner och Landsting.

Vi vänder oss nu till dig för att be om din medverkan i undersökningen. Vi vill genom en intervju fråga dig om dina behov av medicinsk vård, rehabilitering och hjälp i hemmet samt hur du tycker att du får dessa behov tillgodosedda. Vi vill även komma i kontakt med anhörig eller närstående till dig för en intervju.

De uppgifter vi samlar in kommer att behandlas konfidentiellt och vi som arbetar med uppföljningen har tystnadsplikt. Resultaten kommer att redovisas så att det inte går att identifiera vilka personer som deltagit i undersökningen.

Efter det att du fått detta brev tar undertecknad X X kontakt med dig per telefon. Då får du ytterligare information och kan ge besked om din och anhörigs medverkan. Då kan vi också boka tid för intervju.

Vi är mycket tacksamma om du vill medverka. Har du frågor om undersökningen är du välkommen att vända dig till mig eller någon av undertecknade.

Med vänlig hälsning,

.....

Namn på och befattning

Telefonnummer

Projektansvariga

Medgivande

2010-xx-xx

Jag har tagit del av informationen om studien ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i X landsting och X kommun”. Studien bedrivs i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting.

Jag samtycker härmed till att delta i uppföljningen och jag är informerad om vad det kommer att innebära för mig och min anhörige/närstående. De personuppgifter jag lämnat kommer att behandlas och rapporteras i avidentifierad form.

Jag ger också mitt tillstånd till att de projekt-/analysansvariga får tillgång till mina avidentifierade handlingar från sjukhus, primärvård samt kommunens äldreomsorg för tiden *xmån* 2008 – *xmån* 2010.

Datum.....

Namn:.....

Personnummer:.....

Schablonprislista

Slutenvård	Per vård dygn
Invärtes medicinska spec.	5611
Kardiologi	5611
Medicinsk gastroenterologi och hepatologi	5611
Endokrinologi & diabetologi	5611
Medicinska njursjukdomar	5611
Hematologi	5611
Allergologi	5611
Lungsjukdomar	5611
Geriatrisk	5513
Kirurgiska spec	
Kirurgi	6008
Urologi	6008
Ortopedi	5346
IVA (av alla slag)	22910
Obstetrik & Gynekologi	7577
ÖNH	5067
Ögon	6856
Psykiatriska spec	
Psykiatri	5012
Neurospec	
Neurologi	6572
Neurokirurgi	7568
Rehabiliteringsmed	6041
Enskilda basspec	
Infektion	5534
Hud och kön	5611
Reumatologi	5611
AVA	
Intagningsavd akut	5949
Övrigt	
Röntgen (bild- & funktion)	5012
Lab	1613
Operation	27103
Annat	5611

Öppen specialistvård	Per besök
Akutmottagning	
Akutmottagningsbesök	2421
Invärtes medicinska spec	
Läkare: Invärtes medicinska spec	3512
Läkare: Internmedicin	3512
Läkare: Kardiolog	3512
Läkare: Medicinsk gastroenterologi & hepatologi	3512
Läkare: Endokrinolog & diabetolog	3512
Läkare: Medicinska njursjukdomar	3512
Läkare: Hematolog	3512
Läkare: Allergolog	3512
Läkare: Lungsjukdomar	3512
Läkare: Geriatriker	9176
Kirurgiska spec	
Läkare: Kirurgiska spec	3559
Läkare: Kirurg	3559
Läkare: Urolog	3559
Läkare: Ortoped	1652
Läkare: Obstetrik & Gynekolog	1955
Läkare: ÖNH	2235
F14. 12. Läkare: Ögon, Totalt antal gånger	1819
Psykiatriska spec	
Läkare: Psykiatriska spec	5211
F14. 12. Läkare: Psykiatriker, Totalt antal gånger	5211
Neurospec	
Läkare: Neurolog	6023
F14. 12. Läkare: Neurokirurg, Totalt antal gånger	3361
Rehabiliteringsmedicin	
Läkare: Rehabiliteringsmed	5487
Enskilda basspec	
Läkare: Infektion	2228
Läkare: Hud och kön	1649
Läkare: Reumatolog	2859
Övrigt	
Läkare: Röntgen (bild- & funktion)	2880
Läkare: Lab	319
Läkare: Operation	10050
Läkare: Annat	3512
Sjuksköterska: PK-provtagning	150
Sjuksköterska: Dialys	3500
Sjuksköterska: Oftamologi	366

Sjuksköterska: Annat	366
Övriga professioner : Audionom	450
Övriga professioner : Dietist	700
Övriga professioner : Logoped	1442
Övriga professioner : Annat	450

Primärvård

Per besök

Läkare på vårdcentral: Mottagningsbesök	1063
Läkare på vårdcentral: Hembesök	95
Läkare på vårdcentral: Telefonkontakter	98
Läkare på vårdcentral: Receptförskrivning	98
Läkare på vårdcentral: Övrig administration	98
Distriktssköterska på vårdcentral: Mottagningsbesök	452
Distriktssköterska på vårdcentral: Hembesök	562
Distriktssköterska på vårdcentral: Telefonkontakter	60
Distriktssköterska på vårdcentral: Receptförskrivning	60
Distriktssköterska på vårdcentral: Övrig administration	60
Sjukgymnast inom primärvård: Mottagningsbesök	855
Sjukgymnast inom primärvård: Hembesök	1555
Sjukgymnast inom primärvård: Telefonkontakter	93
Sjukgymnast inom primärvård: Receptförskrivning	93
Sjukgymnast inom primärvård: Övrig administration	93
Arbetsterapeut inom primärvård: Mottagningsbesök	1040
Arbetsterapeut inom primärvård: Hembesök	1555
Arbetsterapeut inom primärvård: Telefonkontakter	170
Arbetsterapeut inom primärvård: Receptförskrivning	170
Arbetsterapeut inom primärvård: Övrig administration	170
Fotterapeut inom primärvård: Mottagningsbesök	366
Fotterapeut inom primärvård: Övrig administration	93
Fotterapeut inom primärvård	366
Jourverksamhet inom primärvård: Läkare	1063
Jourverksamhet inom primärvård: Sjuksköterska	452

Kommunal omsorg

Per timme eller angivet

Biståndsbeslut	264
Hemtjänst	272
Hemsjukvården: Sjuksköterska	513
Hemsjukvården: Arbetsterapeut	422
Hemsjukvården: Sjukgymnast	422
Hemsjukvården: Hemtjänstpersonal	428
Hemsjukvården: Annan	428
Delegation från VC eller från kommunal hemsjukvård	428
Dagverksamhet egen regi	444/dag
Korttidsvård egen regi	1571/dygn
Växelvård/avlastningsplats egen regi	2024/dygn
Ledsagarservice	272
Trygghetslarm	33/dygn
Avlösarservice	2203/dygn
Anhörigstödjare	454
Friavlastning	681/tillfälle
Fixartjänst	219/tillfälle
Palliativt team	564
Äldreteam	317