

UTANFÖR SJUKHUSET

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende

Förord

Kartläggningens syfte har varit att beskriva systemhinder för en grupp äldre med omfattande slutenvårdskonsumtion och ett flertal olika diagnoser för att se hur kvarstående behov av vård och omsorg behandlats av landstingets primärvård, kommunens vård och omsorg samt av anhöriga/närstående.

Kartläggningens resultat baseras på intervjuer med multisjuka och deras anhöriga/närstående, på register- och journaldata samt på information om läkemedel och läkemedelshantering kring 298 multisjuka äldre i 12 landsting och 29 kommuner.

Ulla Gurner, utredare från Stiftelsen Äldrecentrum har för SKL:s räkning ansvarat för genomförandet av kartläggningen och rapportens innehåll.

Agneta Brinne, projektkoordinator från Landstinget Gävleborg, har varit den sammanhållande länken mellan deltagarna i kartläggningen.

Kostnadsberäkningar är gjorda av Rolf Bowin och Dag Norén från HCM – Health Care Management.

Johan Fastbom, professor i Farmaepidemiologi vid Karolinska Institutet svarar för huvuddelen av läkemedelsavsnittet.

De statistiska bearbetningarna är gjorda av Rocio Winnersjö, SKL.

Upplysningar om innehållet lämnas av:

Maj Rom, projektchef

Tel: 08-452 7602

E-post: maj.rom@skl.se

Stockholm i januari 2012

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| Sammanfattning | 5 |
| Bakgrund..... | 8 |
| Prioriterad fråga på SKL..... | 8 |
| Multisjuklighet innefattar många olika hälsotillstånd | 8 |
| Tidigare studier om multisjuka äldre | 9 |
| Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre..... | 10 |
| Hur kan data tolkas | 14 |
| Äldre multisjuka | 15 |
| Anhöriga/närstående | 30 |
| Hur ser äldre multisjuka och anhöriga/närstående på vård och omsorg...36 | 36 |
| Vård och omsorgskonsumtion | 44 |
| Slutenvård | 44 |
| Vård på sjukhusets akutmottagning | 51 |
| Kontakter inom öppen specialistvård | 53 |
| Vårdcentral | 58 |
| Primärvårdens jourverksamhet | 65 |
| Antal olika läkare som vårdat undersökningspersonerna | 67 |
| Hemsjukvård inom kommunens vård och omsorg..... | 69 |
| Kommunens vård och omsorg exklusive hemsjukvård..... | 71 |
| Särskilda enheter eller samverkansformer | 76 |
| Information från journaler och övrig dokumentation | 77 |
| Vårdcentralens dokumentation | 78 |
| Biståndshandläggningen | 85 |
| Hemtjänstutförarens dokumentation | 88 |
| Läkemedel..... | 91 |
| Läkemedelsanvändningen | 92 |
| Läkemedelskostnaden | 94 |
| Läkemedelslistan i patientjournalen | 94 |
| Läkemedelsrelaterade problem..... | 96 |
| Jämförelse mellan de olika områdena | 97 |
| Läkemedel indelade i kostnadsgrupper | 99 |
| Hemsjukvårdsbesök och stöd vid läkemedelsintag | 100 |

| | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|
| Apotekare besvarar fyra frågor | 103 |
| Kostnader för vård och omsorg | 104 |
| Kostnadsindelning som använts i analysen | 106 |
| Fallbeskrivningar..... | 109 |
| Lågkostnadsgrupp..... | 110 |
| Mellankostnadsgrupp | 117 |
| Högekostnadsgrupp | 126 |
| Sammanfattning och diskussion..... | 134 |
| Slutsatser | 137 |
| Behov av nytt sätt att organisera vård och omsorg utanför sjukhuset..... | 139 |

Sammanfattning

Kartläggningens syfte har varit att beskriva systemhinder för en grupp äldre med omfattande slutenvårdskonsumtion och ett flertal olika diagnoser för att se hur kvarstående behov av vård och omsorg behandlats av landstingets primärvård, kommunens vård och omsorg samt av anhöriga/närstående. Trots undersökningsgruppens mångfacetterade diagnos- problem-, och symptombild befinner de sig dryga 17 av de undersökta månaderna utanför sjukhuset. De har behov av en samlad situationsanpassad vård och omsorg under dessa 17 månader i hemmet. Deras situation kräver i många avseenden, inte minst vad gäller läkemedelsförskrivning att någon ges ansvar för att följa, värdera och ompröva vård- och omsorgsinsatser. Detta behov tillgodoses inte i dagens splittrade uppdelning på olika vård och omsorgsgivare.

Kartläggningens resultat baseras på intervjuer med multisjuka och deras anhöriga/närstående, på register- och journaldata samt på information om läkemedel och läkemedelshantering kring 298 multisjuka äldre i 12 landsting och 29 kommuner. Samtliga undersökningspersoners vård- och omsorgsinsatser har också kostnadsberäknats. Undersökningsperioden har innefattat 18 månader och avslutades i oktober 2010. Kartläggningen berör äldre i ordinärt boende som under ett år vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård för tre eller fler diagnoser inom olika sjukdomsklasser. De huvudsakliga slutsatser som kan dras av kartläggningen är att

- Den **definierade undersökningsgruppen multisjuka och metoden** med intervjuer, register- och journalgenomgångar, specialstudium av läkemedel och beräkning av kostnader **fungerar** utifrån syftet att studera hinder på systemnivå utifrån ett behovsperspektiv.
- Indelningen i olika kostnadsgrupper visar på undersökningsgruppens likartade **behov av förebyggande och samordnade insatser i ett tidigt skede** för att undvika vård och omsorg på fel nivå och till höga kostnader med låg nytta.
- Multisjuka i ordinärt boende tillbringar mer än 17 av de 18 undersökningsmånaderna utanför den slutna sjukhusvården. Detta förhållande visar på **behovet av styrning och ledning mot ett nytt sätt att formera verksamhet utanför sjukhuset** som utgår från den äldres samlade och skiftande behov av helhetsomhändertagande.

- Den somatiska akut- specialist och slutenvården tillgodoses för de flesta multistjuka av högspecialiserade insatser för monodiagnoser. De multistjuka, *den geriatriska patienten, får sparsamt med vård* av den geriatriska professionen.
- Den vård och omsorg som förväntas ta hand om *kvarstående behov efter sjukhusvården är fragmenterad, specialiserad och insatsstyrd*.
 - *Vårdcentralerna* har inte inriktat sin verksamhet mot sköra äldres föränderliga livssituation och är inte organiserade att ta ett helhetsansvar utanför sjukhuset tillsammans med kommunens vård- och omsorg den äldre och anhöriga.
 - *Den öppna hemtjänsten*, uppdelad på service- och omvårdnadsinsatser efter produktkatalog och utförd av många olika personer skapar inte en trygg och meningsbärande social situation om den inte tar sin utgångspunkt i och fokuserar på den äldres skiftande behov. En insatsutformad hemtjänst har små förutsättningar att arbeta långsiktigt förebyggande tillsammans med primärvård, den äldre och anhöriga/närstående. Den saknar möjlighet att navigera rätt i de snabbt skiftande behoven i hemmet.
- *Anhöriga/Närstående gör omfattande insatser* i ensamhet både med direkta hjälp- och stödinsatser och som vård- och omsorgsadministratörer i försök att knyta ihop ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.

Studien visar på en *hög grad av inkontinuitet i* de många kontakterna med och mellan

- olika läkare på vårdcentral
- läkare på sjukhusets akutmottagning
- olika slutenvårdskliniker
- olika specialister inom den öppna specialistvården
- olika distriktssköterskor på vårdcentralen
- olika sjuksköterskor inom kommunens hemsjukvård
- olika personer inom den öppna hemtjänsten
- *Hemsjukvården* visar sig vara en svårdefinierbar verksamhet
 - De multistjuka äldre personerna får många hemsjukvårdsbesök utförda av många olika distriktssköterskor inom landstinget och sjuksköterskor inom kommunen. Många hemsjukvårdsbesök utförs men få undersökningspersoner är ansvarsövertagna och inskrivna i hemsjukvård.
 - Hemsjukvårdsbesök utan ansvarsövertagande blir en insats bland andra insatser där olika distriktssköterskor/sjuksköterskor rycker ut på händelser och dokumenterar sina insatser. Risk föreligger att samma problem/symptom behandlas gång på gång utan analys av problem eller planering för långsiktig lösning.

- I studien framkommer inga skillnader för undersökningspersonerna mellan landstingsdriven respektive kommunalt driven hemsjukvård vad gäller antal läkemedel eller läkemedelsrelaterade problem (LRP).
 - I några av de områden där kommunen tagit över hemsjukvårdsansvaret sker hemsjukvårdsbesök både av vårdcentralens distriktssköterskor och av kommunens sjuksköterskor.
 - Läkare från vårdcentralen gör få hembesök.
- **Samverkan** finns **kring logistikfrågor** mellan sjukhus, vårdcentral och kommunens vård och omsorg vid utskrivning från sjukhuset
 - Samverkan finns mellan vårdcentral och kommunens vård och omsorg kring händelser men det saknas ett **proaktivt långsiktigt hållbart organiserat samarbete med definierat ansvar för individens helhetsituation** och för att följa, värdera och ompröva den äldres livssituation.
 - **Läkemedel** blir i studien en tydlig indikator på ett system som istället för att hjälpa riskerar att stjälpas en redan sköra äldre. Det räcker inte med teknikstöd, gemensamma journaler eller datoriserade förskrivarstöd. Den multisjuka äldre personen behöver en läkare ansvarig för att följa, värdera och ompröva de olika läkemedel som förskrivs från olika håll.
 - För att klara sköra äldre utanför sjukhuset, där de befinner sig den allra största del av tiden, krävs ledning och styrning som utgår ifrån den äldres behov av kontakt på hemmaplan dygnets 24 timmar.

Bakgrund

Prioriterad fråga på SKL

Bättre liv för sjuka äldre är sedan 2010 en prioriterad fråga för SKL¹. Fokus ligger på att stödja ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete på olika sätt. Ett viktigt område är att på nationell bas, och som komplement till spridning av kvalitetsregistren Svenska palliativregistret och Senior Alert, genomföra en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Uppföljningen har genomförts i samverkan med 12 landsting och 29 kommuner. En första redovisning av kartläggningens resultat presenterades på en nationell konferens i Stockholm den 15 maj 2011².

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 symtom. Gruppen äldre med komplexa vårdbehov ökar i takt med den medicintekniska utvecklingens möjlighet att ge fler äldre vård 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.³

¹ Se bil cirk 10:11 Överenskommelse mellan staten och SKL på äldreområdet 2010.

² <http://www.skl.se/battreliv/kvalitativuppfoljning>

³ Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturoversikt om förekomst, konsekvenser och vård. SOU 2010:48

Tidigare studier om multisjuka äldre

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, samverkansavtal, policier och avsiktsförklaringar. Det finns hitintills 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 och hinder på systemnivå⁴⁻⁵. Detta trots att samverkansavtal funnits mellan kommuner och landsting och trots att äldre med sammansatta behov och problem sedan länge varit en prioriterad grupp.

Under senare år har flera innovativa tidsbegränsade projektmedelsfinansierade verksamheter med målsättning att arbeta gränsöverskridande kring behov hos den enskilde startats och följts upp⁶. Många av dessa projekt har lagts ned efter avslutad projektfinansiering eller som en effekt av förändringar av huvudmannaskap eller driftsformer i rådande organisering av vård och omsorg.

Multisjuka äldre är högkonsumenter av vård och omsorg. De flesta har också haft anhöriga/närstående som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Ansvaret för deras vård och omsorg är splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Äldre multisjuka har ofta omfattande insatser utan långsiktigt hållbar uppföljning och samplanering. De olika delarna i vård- och omsorgssystemet har till största del agerat reaktivt på händelser och risk

⁴ **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 läkemedelshandling 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:

⁵ **Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet**, U Gurner, D Norén, R Bowin och Agneta Brinne, mars/april 2010

⁶ **Vaxholm 1:an**. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, U Gurner & J Fastbom, Äldrecentrum 2002:2, **Äldre med stora och sammansatta behov** – 30 fallbeskrivningar från Hökarängens Närvårdscentral, U Gurner, L Hagman m fl, Äldrecentrum 2007:6, **Äldres uppfattning om vård- och omsorg i Solna** – en studie vid starten av Solna Äldrevårdscentral, U Gurner, L Hagman m fl Äldrecentrum 2007:14

1. Det räcker inte med utveckling i en del av vård och omsorgssystemet



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. Kunskap behövs på helhetsnivå för att på ledningsnivå ge stöd åt att styra mot innovativa processer och överge den modell som råder där koncentration ligger på att utveckla enskilda innovativa lösningar.

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre

Definition och val av undersökningsgrupp

Vid val av undersökningsgrupp har i enlighet med syftet använts en definition som fångar en grupp äldre högkonsumenter av slutenvård och genom sin komplexa sjukdomsbild kan förväntas ställa stora krav på samordning och en fungerande organisering av vård och omsorg utanför sjukhuset. Definitionen utgår från slutenvårdskonsumtion samt antal diagnoser och undersökningsgruppen är

- 75 år eller äldre och 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 ca 5 procent av dem 75 år och äldre.⁷

Denna definition av undersökningsgrupp har i tidigare studier visat sig fånga äldre personer med 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. En grupp som har behov av förebyggande stöd och en annan organisering av vård och omsorg än den som idag existerar utanför sjukhuset. Undersökningsgruppen har många kontakter med vård och omsorg. Många är vårdplanerade vid utskrivning från slutenvården. För dem utan kommunens insatser står anhöriga/närstående för det stöd de allra flesta i undersökningsgruppen inte klarar sig utan.

Definitionen lämpar sig väl för att studera brister och hinder på systemnivå. Det är dock inte endast denna väl definierade grupp vård och omsorg ska byggas kring. Gruppen visar dock på systemhinder som får konsekvenser för en betydligt större grupp äldre.

Uppföljningens syfte och frågeställningar

I kartläggningsstudien Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre är vårt syfte att på nationell och lokal nivå och ur behovsgruppen multisjuka äldres perspektiv undersöka

- vilka behov och problem den äldre multisjuka och anhöriga/närstående har
- vilken vård- och omsorg de äldre multisjuka fått och hur detta beskrivs och dokumenteras från vård- och omsorgsgivare
- hur vård- och omsorg samarbetat i förhållande till behoven hos de äldre och deras anhöriga/närstående
- identifiera systembrister/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

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

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.

Helhetskunskap utifrån ett behovsperspektiv kan bidra till

- synliggörandet av äldre med behov av sammantaget omhändertagande
- bättre kvalitet i läkemedelsförskrivning och följsamhet
- utnyttjande av de resurser för slutenvård och öppenvård samt för äldreomsorg och anhörigstöd som finns samlade kring varje multisjuk individ
- återkoppling av kunskap på individnivå att användas i dagligt förbättringsarbete mellan olika vård- och omsorgsgivare
- utveckling av nya arbetsformer mellan landstingets primärvård och kommunens vård och omsorg
- underlätta erfarenhetsutbyte mellan olika områden i landet

Undersökningsdata, genomförande och metod

Ansvariga för registerhållningen inom respektive landsting har tagit fram sina definierat multisjuka undersökningsspersoner från slutenvårdsregistreringar efter manual från SKL. Deltagande områden önskade för sina lokala fallstudier två undersökningsspersoner från varje vårdcentral i området. Ett minimiantal multisjuka undersökningsspersoner bestämdes till 20 per område. Ett annat önskemål var också att eftersträva en så jämn könsfördelning som möjligt. Med hänsyn tagit till dessa krav har undersökningsspersoner plockats från landstingets framtagna lista i konsekutiv ordning med början från definitionsårets slut.

På nationell nivå kan antalet multisjuka enligt undersökningens definition beräknas till fem procent av befolkningen 75 år och äldre. Av dessa bor ett stort antal i särskilt boende. I denna studie ingår 298 ordinärt boende multisjuka äldre personer. Respektive områdes andel multisjuka och områdets bortfallsanalys redovisas i respektive områdes lokala rapport¹⁰.

Undersökningsdata omfattar arton månader - definitionsårets tolv samt de sex månader som följer efter definitionsåret. Den 1 september 2008 startade Södermanland sin kartläggning och sist ut var Kalmar län som avslutade sin kartläggning i oktober 2010. Inmatning av data till SKLs gemensamma databas var slutförd i mars 2011.

Respektive område har själva utsett de personer som genomfört intervjuer, granskat registeruppgifter, journalhandlingar och övrig dokumentation kring de intervjuade multisjuka äldre undersökningsspersonerna. Respektive område har också själva matat in sina data i fyra webbenkäter som tillhandahållits av SKL.¹¹

Informationen från de fyra webbenkäterna har tillsammans med kostnads- och läkemedelsdata lagts samman till en nationell databas. Det är på uppgifter från denna nationella databas som SKLs rapport vilar. Respektive område har återfått sina inmatade data med tillägg av kostnads- samt läkemedelsdata för egna bearbetningar på områdesnivå. Respektive område har sammanställt egna områdesrapporter med tyngdpunkt på analyser av fallbeskrivningar baserade på intervjuer, register, journaler och övrig dokumentation, läkemedels- och kostnadsinformation. Med hjälp av dessa heltäckande fallbeskrivningar ger metoden möjligheter att grundligt analysera det egna områdets hinder och styrkor på systemnivå för användning i det lokala utvecklingsarbetet.

¹⁰ Information om lokala rapporter finns tillgängliga på SKLs hemsida.

¹¹ Intervjuguiden och webbenkäter finns tillgängliga som länkar på SKLs hemsida.

Undersökningen innefattar¹²

- **Intervjudata** (intervjuer med undersökningsperson i hemmet och med anhörig/närstående per telefon)
- **Registerdata** (registreringar inom slutenvård och öppenvård samt kommunens vård och omsorg)
- **Journaldata** (från vårdcentral samt från kommunens vård och omsorg - biståndshandläggare- samt utförardokumentation)
- **Läkemedelsdata** (faktisk läkemedelsanvändning samt övrig information kring läkemedel har kartlagts genom intervju i hemmet(se ovan).¹³
- **Kostnadsdata** (Samtliga kostnader baseras på standardprissättning för tjänster från landsting som kommuner som bygger på grunder av KPP (kostnad per patient) och KPB (kostnad per brukare)¹⁴.

Undersökningsområden och populationsstorlek

I undersökningen ingår 298 personer multisjuka personer i 12 landsting och 29 kommun/kommuner. Nedan anges områden och antal undersökningspersoner i varje område.

- Dalarna – Avesta/Falun/Hedemora – 22 pers
- Gävleborg - Gävle – 21 pers
- Jönköping – Eksjö/Sävsjö/Tranås – 20 pers
- Kalmar – Kalmar/Nybro/Torsås – 35 pers
- Kronoberg – Ljungby/Markaryd/Älmhult – 20 pers
- Södermanland – Eskilstuna/Flen/Gnesta/Katrineholm/Nyköping/Oxelösund, Strängnäs, Trosa, Vingåker – 40 pers
- Stockholm/Tiohundra/Norrtälje – 21 pers
- Västerbotten - Skellefteå – 24 pers
- Västmanland - Västerås – 20 pers
- Västra Götaland – Orust/Uddevalla – 29 pers
- Örebro, Örebro – 22 pers
- Östergötland, Norrköping – 24 pers

I Dalarna, Gävleborg, Jönköping, Kalmar, Västerbotten, Västmanland och Östergötland har hemsjukvårdsansvaret hela undersökningsperioden legat på landstinget. I Kronoberg, Örebro och Västra Götaland har hemsjukvårdsansvaret legat inom kommunens vård och omsorg.

¹² Intervjuguider, informationsbrev och medgivandeblanketter finns att hämta från SKLs hemsida

¹³ Läkemedelsuppgifterna granskades och värderades i varje undersökningsområde av apotekare. Analyserna genomfördes med hjälp av datorprogrammet MONITOR för analyser av kvantitet och kvalitet med utgångspunkt bl a i Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning hos äldre.

¹⁴ Underlag för kostnadsberäkningarna baseras på standardkostnader för slutenvård, akutvård, öppen specialistvård samt landstingets primärvård utifrån KPP (kostnad per patient). Standardkostnader för öppen hemtjänst, kommunal hemsjukvård, dagverksamhet, växelvård och korttidsvård är baserat på genomsnittliga KPB (kostnad per brukare).

I Västra Götaland har undersökningspersonerna dock även fått hemsjukvårdsbesök från vårdcentralen. Detta är även fallet med Tiohundra/Norrtälje med gemensam vård och omsorgsnämnd.

I Katrineholms kommun i Södermanland har kommunen haft hemsjukvårdsansvaret under hela perioden. Övriga kommuner inom Södermanland tog över ansvaret för hemsjukvården 2010 och undersökningspersonerna i dessa områden har under större delen av undersökningsperioden haft hemsjukvård från landstingets primärvård.

Hur kan data tolkas

Rapporten bygger på de uppgifter respektive område matat in i SKL:s, för samtliga områdens, gemensamma databas. Tyngdpunkten ligger på beskrivning på nationell och totalpopulationsnivå även om uppgifter och data också redovisas på områdesnivå. Det är inte meningsfullt att göra bedömningar av om det fungerat bättre eller sämre, utifrån de multisjukas behov och problem, i ett område jämfört med ett annat. Vi kan se olikheter i utslag på enskilda variabler men tolkningen av dess innebörd och bedömningen av hinder och framkomliga vägar måste varje område själva göra genom grundliga analyser av sina egna fall.

Områdespopulationerna är små. Som minst bestående av 20 multisjuka äldre personer och som mest ett 40-tal. I de tabeller och diagram som visar värden på områdesnivå anges ändå andelar och genomsnittsvärden för att göra materialet mera pedagogiskt tillgängligt. Där inget annat anges redovisas i de allra flesta fall medianvärde som genomsnittsvärde

Kostnadsindelningar som använts i analysen

Undersökningspopulationen har delats in i kvartiler efter kostnader för vård och omsorg för att undersöka hur kostnadsläge påverkar utfallet på undersökningens variabler. I de analyser på kostnadsnivå som redovisas i rapporten har undersökningspopulationen delats in i tre kostnadsgrupper.

En lågkostnadsgrupp som består av lågkostnadskvartilen, en högkostnadsgrupp som består av högkostnadskvartilen samt en mellankostnadsgrupp som består av de innersta 25 % av de två innerkvartilerna. Detta för att få en mer renodlat mellangrupp och därmed pedagogiskt tillgänglig beskrivning av skillnader. (Se vidare kapitlet om Kostnader för vård och omsorg.)

Äldre multisjuka

Sammanfattning

I uppföljningen har 298 multisjuka äldre från olika delar av landet intervjuats. Drygt hälften är kvinnor och medelålder för både dem och männen är 83 år. De bor i ordinärt boende och mer än hälften är ensamboende. Nästan alla känner sig trygga i bostaden men många funderar ändå på att flytta. Endast 12 % klarar sin vardag utan hjälp från närstående eller hemtjänst men att äta själv och klara sig till toaletten gör nästan samtliga. Hjälpmedel används i stor utsträckning. Vanligast är rullatorer och larm. Var femte är rullstolsburen. Viktnedgång är vanligt och kan i vissa fall vara stor. I genomsnitt anger de äldre sju olika problem av 20 efterfrågade. Vanligast är trötthet och smärta. Den faktor som är mest avgörande för vårdkostnaden är funktionsförmågan. Ju sämre ADL-förmåga desto högre vårdkostnad.

I detta avsnitt redovisas svar från den intervju med de multisjuka i deras hem som genomfördes utifrån intervjuguide. Respektive områdes intervjuare har matat in intervjudata i en webbenkät som lagrats i en nationell databas på SKL (Sveriges Kommuner och Landsting).

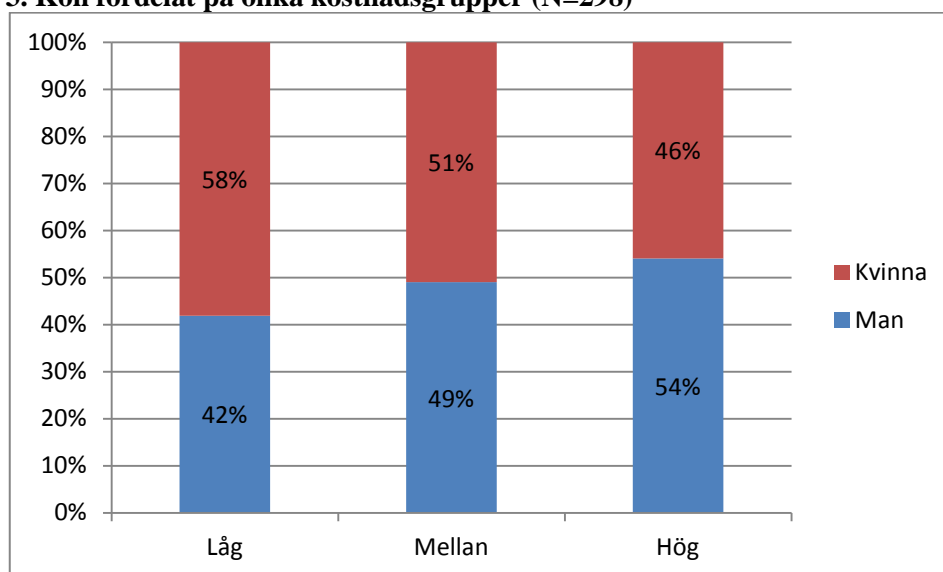
Kön

2. Fördelning på kön

| Kön N=298 | Antal | Andel |
|---------------|------------|--------------|
| Kvinna | 155 | 52 % |
| Man | 143 | 48 % |
| Totalt | 298 | 100 % |

Könsfördelningen stämmer väl med projektets design. En jämn fördelning av kön med två undersökningsspersoner från varje vårdcentral i undersökningsområdet. Av de 298 undersökningsspersonerna är 52 % kvinnor och 48 % män. Gävleborg och Västra Götaland har en lägre andel män, Östergötland och Örebro däremot en högre.

3. Kön fördelat på olika kostnadsgrupper (N=298)¹⁵



Andelen kvinnor är högst i den lägsta kostnadsgruppen. Männerna återfinns i högre utsträckning i den högsta kostnadsgruppen.

Ålder

4. Ålder och könsfördelning

| Ålder | N= 298 | Män | Kvinnor |
|-------|--------|-----|---------|
| Medel | 83 | 83 | 83 |
| Min | 75 | 75 | 75 |
| Max | 96 | 95 | 96 |

Medelålder för både kvinnor och män är 83 år. Dalarna har tre år högre medelålder än genomsnittet och Västmanland fyra år lägre. Övriga områden skiljer sig obetydligt från genomsnittet.

5. Ålder fördelat på olika kostnadsgrupper

| Ålder | Låg | Mellan | Hög |
|-------|-----|--------|-----|
| Medel | 83 | 83 | 83 |
| Min | 75 | 75 | 75 |
| Max | 92 | 93 | 96 |

Medelåldern på 83 är densamma vare sig en undersökningssperson befinner sig i lågkostnads-, mellan- eller högkostnadsgrupp.

¹⁵ **Lågkostnadsgrupp** - kvartil 1 = de 25 % av undersökningsspopulationen som har lägst sammanlagda kostnader för vård och omsorg.

Mellankostnadsgrupp = de 25 % som utgör mitten av 2: dra och 3:dje kvartilerna

Högekostnadsgrupp - kvartil 4 = de 25 % av undersökningsspopulationen som har högst sammanlagda totalkostnader för vård och omsorg .

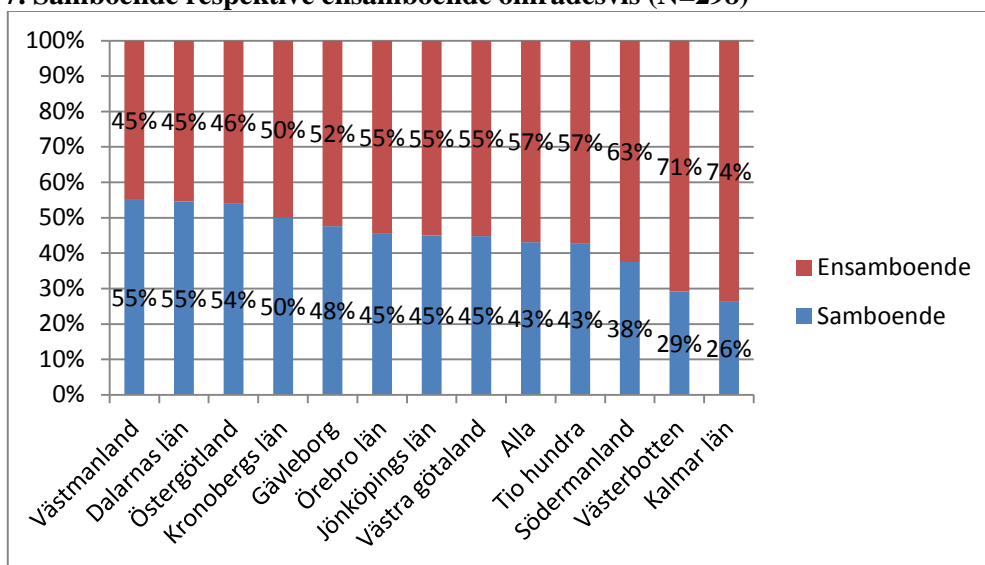
Civilstånd/Samboende/Ensamboende

6. Civilstånd

| Civiltillstånd N=298 | Antal | Andel |
|----------------------|------------|--------------|
| Gift/Sambo | 125 | 42 % |
| Skild/Ogift | 33 | 11 % |
| Änka/Änkling | 140 | 47 % |
| Totalt | 298 | 100 % |

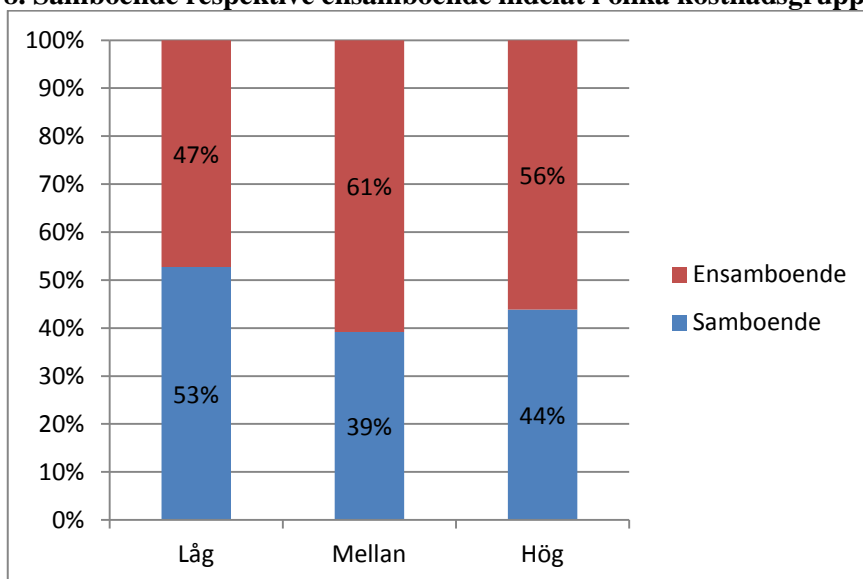
De flesta i undersökningsgruppen är ensamboende (58 %). De flesta av dem har mist sin partner. Av dessa är 98 personer kvinnor och 42 män

7. Samboende respektive ensamboende områdesvis (N=298)



I Västmanland, Dalarna, Östergötland och Kronoberg är hälften eller något över hälften samboende. Kalmar och Västerbotten har lägst andel samboende, knappt en tredjedel

8. Samboende respektive ensamboende indelat i olika kostnadsgrupper



Den högsta andelen ensamboende finns i mellan- och högkostnadsgruppen. Allra högsta andel i mellangruppen. Ensamboendet minskar sedan i högkostnadsgruppen. En tänkbar hypotes är att särskilt boende blir alternativet för ensamboende när samhällskostnaderna ökar i takt med behovet av vård- och omsorgsinsatser. När kontakterna med vård och omsorg blir allför omfattande förutsätter det kanske anhöriga/närståendes medverkan.

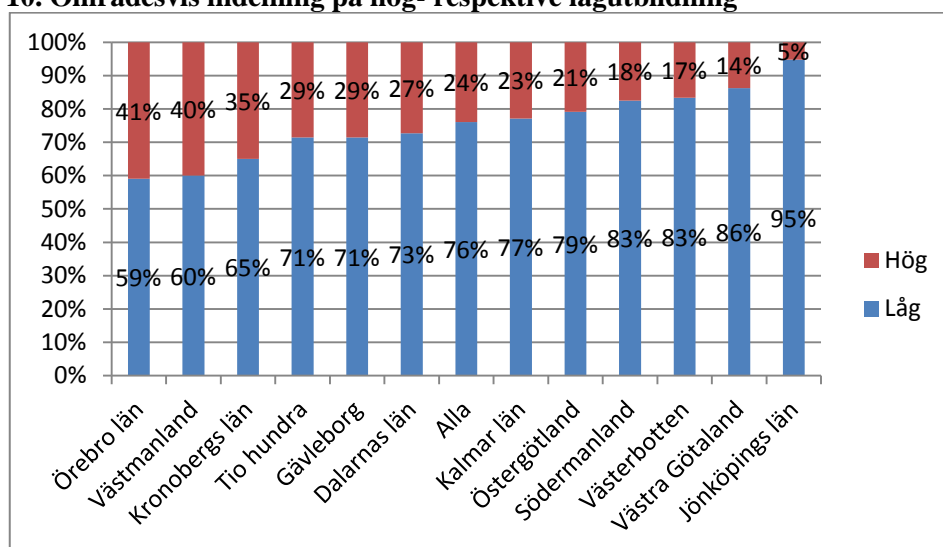
Utbildning

9. Utbildningsnivå

| Utbildning N=297 | Antal | Andel |
|----------------------|------------|--------------|
| Folkskola | 195 | 66 % |
| Realskola | 28 | 9 % |
| Gymnasium/yrkeskola | 56 | 19 % |
| Universitet | 15 | 5 % |
| Föregick grundskolan | 3 | 1 % |
| Totalt | 297 | 100 % |

De allra flesta (66 %) har endast sex års folkskoleutbildning bakom sig. 9 % har gått ut realskola och drygt dubbelt så många har gymnasie- eller yrkesskoleutbildning. Endast 15 personer i undersökningspopulationen har en universitetsexamen. Utbildningsnivån skiljer sig något områdesvis. I Örebro län och i Norrtälje har endast omkring 50 % av undersökningspersonerna enbart folkskola. I Västerbotten och Västra Götaland däremot mellan 76 och 79 %.

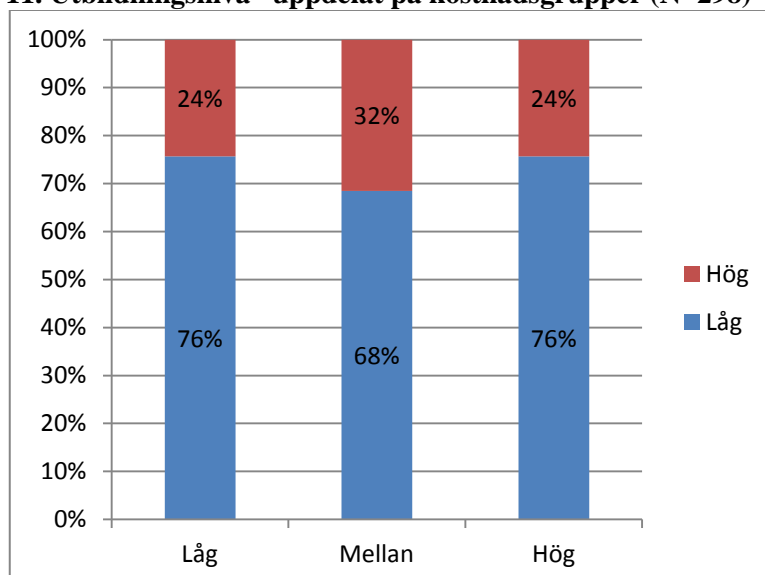
10. Områdesvis indelning på hög- respektive lågutbildning*



*Lågutbildning innefattar folkskola, föregångare till grundskola samt realskola. Högutbildning innefattar gymnasium, yrkesutbildning och universitetsstudie

Delas undersökningsgruppen in i en lågutbildningsgrupp som innefattar personer med folkskola, föregångare till grundskola eller realskola och i en högutbildningsgrupp som innefattar dem som genomgått gymnasie-, yrkes- eller universitetsstudier så blir andelen i totalpopulationen 76 % med låg utbildning respektive 24 % med hög utbildning. Särskilt på dessa två nivåer har Örebro tillsammans med Västmanland högst andel (40 %) högutbildade. Allra lägst andel (5 %) har däremot Jönköpings län.

11. Utbildningsnivå* uppdelat på kostnadsgrupper (N=298)



*I lågutbildningsgruppen innefattas all utbildning upp till gymnasienivå (folkskola, föregångare till grundskola samt realskola). I Högutbildningsgruppen innefattas resterande utbildningar (gymnasium, yrkesutbildning och universitetsstudier)

Delas utbildningsvariabeln i hög och lågutbildade på olika kostnadsgrupper märks inga skillnader mellan låg- och högkostnadsgruppen. En något högre andel högutbildade hamnar däremot i mellankostnadsgruppen.

Boende

12. Hur många år har man bott i sin bostad

Boendetid N=296

| | |
|---------|----|
| Medel | 22 |
| Median | 15 |
| Minimum | 0 |
| Maximum | 87 |

Undersökningspersonerna har i de flesta fall bott länge i sina bostäder. I snitt 15 år. En person har bott i samma bostad i hela sitt 87-åriga liv.

13. Är man trygg i bostaden

| Trygghet i bostaden N=297 | Antal | Andel |
|---------------------------|-------|-------|
| Ja | 281 | 95 % |
| Nej | 4 | 1 % |
| Ganska | 12 | 4 % |
| Totalt | 297 | 100 % |

De allra flesta (95 %) känner sig trygga i sin bostad.

14. Önskar man byta bostad

| Vill byta bostad N=298 | Antal | Andel |
|------------------------|-------|-------|
| Ja | 63 | 21 % |
| Nej | 235 | 79 % |
| Totalt | 298 | 100 % |

Många vill trots att de flesta känner sig trygga där de bor ändå byta bostad (21 %). Skälen är kopplade till problem med rörlighet, behov av handikappanpassning. Det handlar bland annat om hus utan hiss eller ramper för att komma in och ut från bostaden. Som skäl för önskan att byta bostad uppges också att man önskar mer tillsyn för att bryta ensamhet och känslor av isolering.

5 % (15 pers) har ansökt om annat boende och fyra personer står i kö för Seniorboende.

15. Har bostadsanpassning genomförts

| Fått bostad behovsanpassad N=297 | Antal | Andel |
|----------------------------------|-------|-------|
| Behövs inte | 170 | 57 % |
| Anpassning genomförd | 111 | 37 % |
| Behövs men har inte genomförts | 16 | 5 % |
| Total | 297 | 100 % |

De flesta tycker inte att de haft behov av bostadsanpassning. 111 personer har fått sin bostad anpassad. 16 personer (5 %) uppger sig behöva anpassning men att denna inte genomförts. Av dem som fått sin bostad anpassad så har det för de flesta (54 personer) handlat om borttagna trösklar. 41 personer har fått breddning eller borttagande av dörrar, sänkning av skåpbänkar och anpassning av kök. 39 personer har fått badrum ombyggda för dusch istället för badkar. Ramper för att komma in och ut från balkong eller bostad har 31 personer fått. Fem rullstolsburna personer har fått trapphissar installerade.

Funktionsförmåga

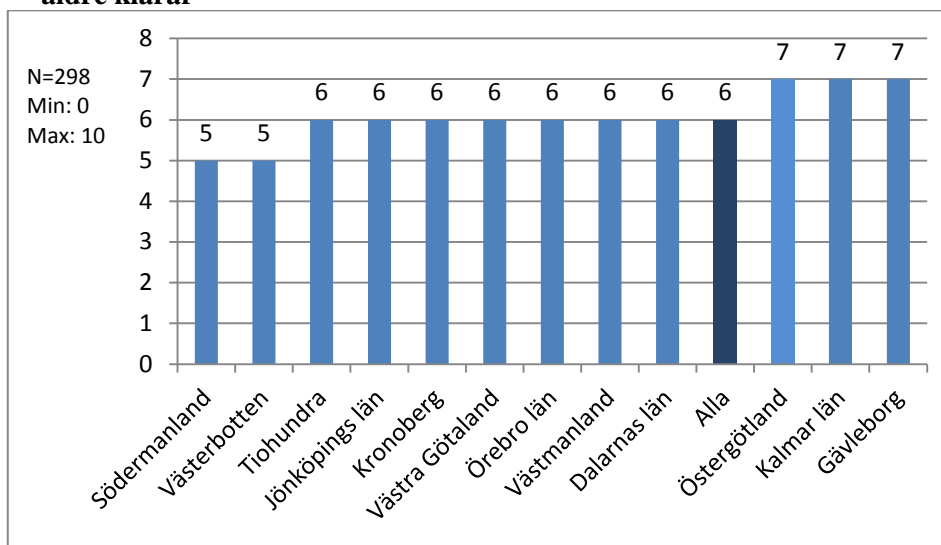
16. Funktionsförmåga¹⁶ (N=298)

| Aktivitet | Antal klarar själv | Andel |
|----------------|--------------------|-------|
| 1 Städa | 63 | 21 % |
| 2 Inköp | 98 | 33 % |
| 3 Tvätt | 105 | 35 % |
| 4 Transport | 166 | 56 % |
| 5 Matlagning | 143 | 48 % |
| 6 Dusch | 183 | 61 % |
| 7 Klädning | 235 | 79 % |
| 8 Toa | 274 | 92 % |
| 9 Förflyttning | 271 | 91 % |
| 10 Födointag | 292 | 98 % |

Omkring en femtedel av undersökningspersonerna klarar själv att städa. Omkring en tredjedel klarar att själva handla. Omkring hälften behöver hjälp med matlagning och något färre med att transportera sig utomhus.

¹⁶ Funktionsförmågan visar begränsningar och beroende i funktionell kapacitet efter möjlighet att själv klara tio aktiviteter i den dagliga livsföringen - *ADL-trappan* - Hulter Åsberg, K. Lund, Studentlitteratur, 1990).

17. Områdesvisa medianvärden för antalet olika aktiviteter (se tabell 142) de äldre klarar



I genomsnitt klarar undersökningspersonerna på egen hand att utföra sex av de tio olika aktiviteter som redovisas i tabell 142. Skillnaderna i det antal aktiviteter de äldre själva klarar skiljer sig inte nämnvärt åt mellan de olika områdena. I Östergötland, Kalmar och Gävleborg klarar undersökningspersonerna något fler aktiviteter än i Södermanland och Västerbotten.

18. Antal aktiviteter de äldre kan utföra på egen hand

| Antal aktiviteter | Antal | Andel |
|---------------------|------------|--------------|
| 10 | 42 | 14 % |
| 9 | 24 | 8 % |
| 8 | 28 | 9 % |
| 7 | 40 | 13 % |
| 6 | 46 | 15 % |
| 5 | 37 | 12 % |
| 4 | 30 | 10 % |
| 3 | 24 | 8 % |
| 2 | 13 | 4 % |
| 1 | 11 | 4 % |
| 0 | 3 | 1 % |
| Tot ant pers | 298 | 100 % |

Endast 14 % av undersökningspersonerna klarar samtliga tio aktiviteter.

19. Genomsnittvärden för antal aktiviteter den äldre klarar i olika kostnadsgrupper

| ADL | Låg | Mellan | Hög |
|---------------|-----|--------|-----|
| Medel | 8 | 6 | 5 |
| Median | 8 | 6 | 4,5 |
| Min | 1 | 0 | 0 |
| Max | 10 | 10 | 10 |

Lågst kostnadsgruppen har bättre funktionsförmåga än mellankostnadsgruppen. Lägst funktionell kapacitet har de äldre som har högst kostnader för vård och omsorg.

20. Aktiviteter man själv klarar att utföra fördelat på kostnadsgrupp

| Aktivitet | Alla n=298 | Låg | Mellan | Hög |
|-----------------------------|---------------|-------|--------|------|
| Städ | 21 % | 42 % | 15 % | 11 % |
| Inköp | 33 % | 49 % | 28 % | 19 % |
| Tvätt | 35 % | 57 % | 27 % | 23 % |
| Förflyttning utomhus | 56 % | 77 % | 54 % | 38 % |
| Mathållning | 48 % | 65 % | 46 % | 35 % |
| Dusch | 61 % | 88 % | 70 % | 31 % |
| PÅ-/avklädning | 79 % | 95 % | 91 % | 58 % |
| Toalettbesök | 92 % | 99 % | 96 % | 80 % |
| Förflyttning inomhus | 91 % | 99 % | 91 % | 82 % |
| Födointag | 98 % | 100 % | 99 % | 95 % |

Lågst kostnadsgruppen klarar samtliga aktiviteter i högre utsträckning än mellan och högkostnadsgruppen. Ett stort tapp i funktionell kapacitet sker mellan låg- och mellankostnadsgrupp. Det gäller främst möjligheten att själv klara städning, inköp, tvätt, förflyttning utomhus och att kunna laga mat. Det största tappet vad gäller att själv klara personliga aktiviteter som att duscha, klä på- och av sig, toalettbesök och födointag finns mellan mellankostnads- och högkostnadsgruppen.

Hjälpsbehov utifrån funktionsförmåga

21. Vilken typ av hjälp behövs utifrån funktionsförmåga (N=298)

| Typ av hjälp som behövs utifrån funktionsförmågan | Antal | Andel |
|---------------------------------------------------|------------|--------------|
| Serviceinsatser* | 135 | 45 % |
| Service och omvårdnadsinsatser** | 121 | 41 % |
| Annan hjälp/stöd*** | 6 | 2 % |
| Behöver ingen hjälp | 36 | 12 % |
| Totalt | 298 | 100 % |

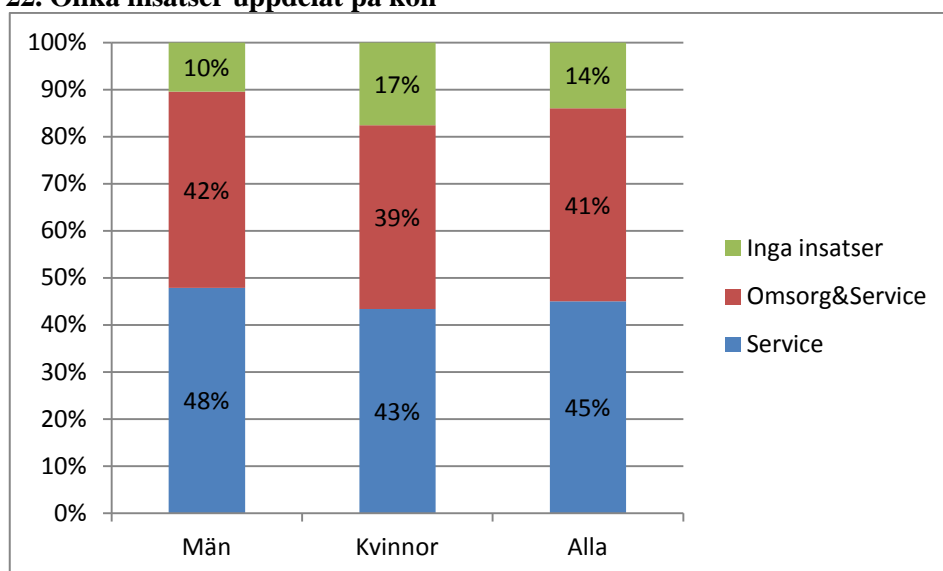
*Städ, inköp, tvätt, förflyttning utomhus samt hjälp med mathållning.

**Dusch, på-/avklädning, toalettbesök, förflyttning inomhus samt födointag.

***Ekonomiadministration, läkemedelsdelning osv

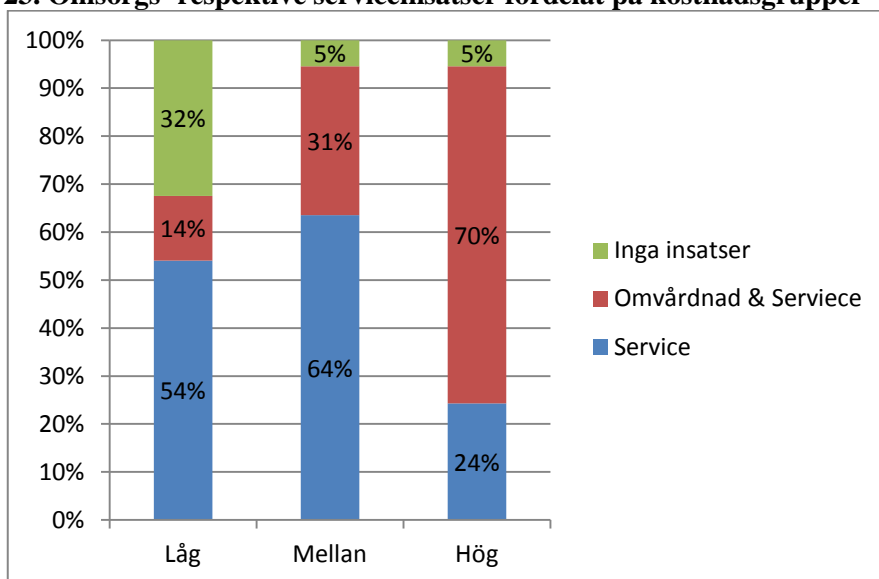
Endast 36 av undersökningens äldre 298 personer klarar sig helt självständigt och utan hjälp från närstående/anhöriga eller kommunens hemtjänst. I övrigt behöver 45 % hjälp med serviceinsatser. Resterande 41 % har behov av hjälp och stöd med både service- och omvårdnadsinsatser.

22. Olika insatser uppdelat på kön



Kvinnorna klarar sig utan insatser i något högre grad än männen. Den grupp som är i behov av både service och omvårdnadsinsatser skiljer sig könsmässigt minst åt.

23. Omsorgs- respektive serviceinsatser fördelat på kostnadsgrupper



I lågkostnadsgruppen klarar sig 32 % utan stöd från närstående/anhöriga eller kommunens hemtjänst. I både mellan- och högkostnadsgrupp är andelen som klarar sig självständigt på samma låga nivå (5 %). Högkostnadsgruppens behov av stöd och hjälp med både service- och omvårdnadsinsatser är däremot mer än dubbelt så stort (70 %) som hos mellankostnadsgruppen.

Hjälpmedel

24. Hjälpmedel

| Hjälpmedel | Antal | Andel | Män | Kvinnor |
|-----------------|-------|-------|------|---------|
| Rullator | 196 | 66 % | 65 % | 68 % |
| Toasitshöjare | 127 | 43 % | 38 % | 48 % |
| Käpp | 84 | 28 % | 33 % | 25 % |
| Griptång | 75 | 25 % | 18 % | 32 % |
| Rullstol | 60 | 20 % | 21 % | 20 % |
| Höjare av säng | 52 | 17 % | 14 % | 21 % |
| Strumppådragare | 21 | 7 % | 8 % | 7 % |
| Burköppnare | 20 | 7 % | 4 % | 9 % |
| Spistimer | 21 | 7 % | 9 % | 6 % |
| Dörröppnare | 12 | 4 % | 6 % | 3 % |
| Gåbord | 7 | 2 % | 0 % | 5 % |

Vanligaste hjälpmedel är rullator följt av toasitshöjare. Män använder mer käpp. Kvinnor använder mer toasits- och sänghöjare samt griptång. Var femte person är rullstolsburen. Män i lika hög grad som kvinnor. För de rullstolsburna har diabetes och olika ämnesomsättningssjukdomar varit den vanligaste diagnosen näst efter en diagnos inom hjärt-/kärlområdet. De områden som har högst andel rullstolsburna är Södermanland och Västerbotten

Var fjärde undersökningsperson har hörapparat. De som använder den är mycket nöjda med hur hörselvården fungerar. Lätt att nå och ett extra plus för att hörselvårdskonsulenterna vid behov också gör hembesök. De 20 personer som inte använder sina hörapparater tycker inte att de hjälper dem till bättre hörsel. De uppger att de inte själva orkar ta kontakt för att få åtgärda problemen.

De allra flesta använder glasögon och/eller förstoringsglas. Hälften av undersökningspersonerna har kontakt med synvården. Nära hälften av dem har haft kontakt under senaste år. De flesta är mycket nöjda med hur kontakterna fungerar. Regelbundna kontroller för diabetespatienterna, behandlingar och kontroller för grå- och grönstarr samt gula fläcken. Många har också regelbundna och långvariga kontakter med optiker för kontroll, utprovning av glasögon samt vid behov remisser till specialistvård. Några undersökningspersoner uppger att de behöver men inte orkar ta kontakt för att få hjälp med sina synproblem.

Symptom/problem och hälsotillstånd

25. Förekomst av olika symptom/problem totalt och uppdelat på kön (N=298)

| | Problem | Antal | Andel | Män | Kvinnor |
|----|------------------------|-------|-------|------|---------|
| 1 | Trötthet | 223 | 75 % | 76 % | 75 % |
| 2 | Smärta | 196 | 66 % | 64 % | 67 % |
| 3 | Andfäddhet | 171 | 57 % | 61 % | 55 % |
| 4 | Muntorrhet | 163 | 55 % | 52 % | 57 % |
| 5 | Yrsel | 160 | 54 % | 52 % | 56 % |
| 6 | Svullna ben och fötter | 155 | 52 % | 49 % | 56 % |
| 7 | Sömnproblem | 150 | 50 % | 42 % | 58 % |
| 8 | Förstoppning | 124 | 42 % | 39 % | 44 % |
| 9 | Ledsen | 114 | 38 % | 36 % | 40 % |
| 10 | Hosta | 102 | 34 % | 34 % | 35 % |
| 11 | Själslig oro | 98 | 33 % | 30 % | 35 % |
| 12 | Klåda | 92 | 31 % | 35 % | 28 % |
| 13 | Problem att kissa | 89 | 30 % | 36 % | 25 % |
| 14 | Dålig aptit | 77 | 26 % | 24 % | 27 % |
| 15 | Kroppslig oro | 74 | 25 % | 26 % | 24 % |
| 16 | Magont | 72 | 24 % | 19 % | 29 % |
| 17 | Huvudvärk | 70 | 23 % | 17 % | 29 % |
| 18 | Mardrömmar | 52 | 17 % | 15 % | 20 % |
| 19 | Illamående | 48 | 16 % | 11 % | 21 % |
| 20 | Diarré | 49 | 16 % | 15 % | 17 % |

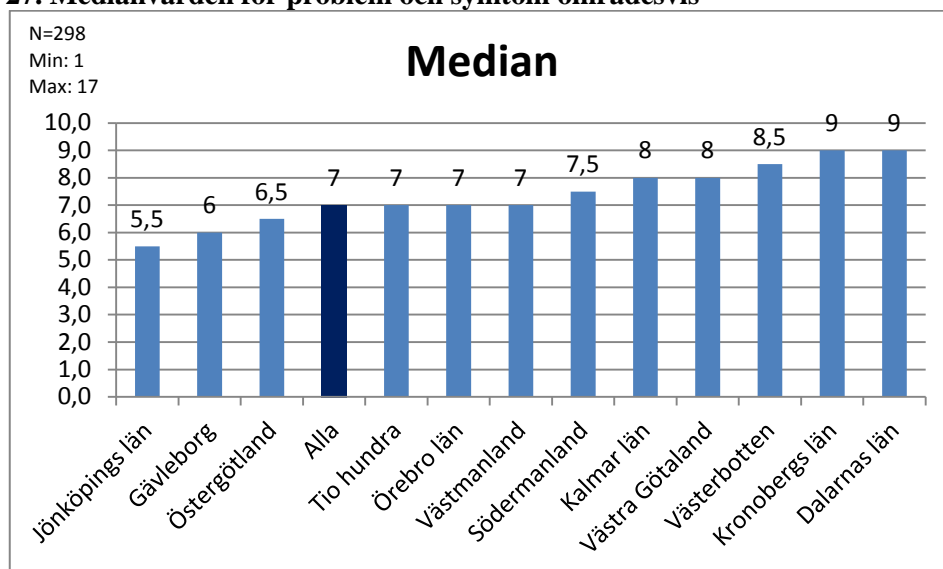
Kvinnorna anger i något högre utsträckning än männen att de har problem av olika slag. Vad gäller trötthet, smärta, muntorrhet och yrsel så drabbar det i lika hög utsträckning både män och kvinnor. Trötthet är det allra vanligaste problemet (75 %). Två av tre har problem med smärta.

26. Genomsnittsvärden för problem/symtom (se diagram 23) totalt och fördelat på kön

| Grupp | Medel | Median | Min | Max |
|---------|-------|--------|-----|-----|
| Alla | 8 | 7 | 1 | 17 |
| Män | 7 | 7 | 1 | 17 |
| Kvinnor | 8 | 8 | 1 | 17 |

Kvinnorna anger i något högre utsträckning än männen att det har något av de 20 problem som anges i diagram 23.

27. Medianvärden för problem och symtom områdesvis



Högst andel problem som medianvärde anges av de äldre i Dalarnas och i Kronobergs län (9) och lägst andel problem i Jönköpings län (5,5).

28. Symptom och problem i olika kostnadsgrupper

| Symtom/Problem | Låg | Mellan | Hög |
|----------------|-----|--------|-----|
| Medel | 8 | 7 | 7 |
| Median | 8 | 7 | 7 |
| Min | 1 | 2 | 1 |
| Max | 17 | 17 | 17 |

Skillnader är små vad gäller antal symptom och problem mellan olika kostnadsgrupper (se tabell 10a). Lågkostnadsgruppen uppger något fler symptom än mellan – och högkostnadsgruppen

Tänder

29. Tandproblem

| Tandproblem n=93 | Antal | Andel |
|------------------|-------|-------|
| Tugga | 21 | 23 % |
| Ont/Värk | 11 | 12 % |
| Muntorrhet | 27 | 29 % |
| Annat | 55 | 59 % |

31 % av undersökningspopulationen uppger att de har något eller flera olika problem med sina tänder.

30. Egna tänder, bryggor, proteser, implantat (N=298)

| Tandstatus | Antal | Andel |
|--------------------------------|-------|-------|
| Endast egna tänder | 110 | 37 % |
| Egna tänder samt annat | 77 | 26 % |
| Endast annat | 110 | 37 % |
| Varken egna tänder eller annat | 1 | 0 % |

37 % har enbart egna tänder och lika många saknar egna tänder. Antingen som enda alternativ eller i olika kombinationer har 123 personer proteser och 56 bryggor av olika slag. 24 personer har implantat.

31. Fått erbjudande om munhälsobedömning

| Munhälsobedömning | Antal personer | Andel |
|----------------------|----------------|-------|
| Tackat ja | 13 | 6 % |
| Tackat nej | 13 | 6 % |
| Inte fått erbjudande | 194 | 88 % |
| Totalt | 220 | 100 % |

Av de 220 personer som besvarat frågan uppger endast 12 % att det fått erbjudande om munhälsobedömning. Hälften av dessa har tackat nej.

Vikt

32. Viktförändring under de senaste två åren enligt de äldre själva

| Viktförändringar n= 291 | Antal | Andel |
|-------------------------|-------|-------|
| Minskat | 133 | 46 % |
| Ökat | 63 | 22 % |
| Oförändrad | 95 | 32 % |
| Totalt | 291 | 100 % |

Nära hälften av undersökningspopulationen uppger att de minskat i vikt senaste två åren (46 %).

33. Viktminskning i kg senaste två åren

| Viktminskning i kg n= 129 | Män n=58 | Kvinnor n=62 |
|---------------------------|----------|--------------|
| Medel | 10 | 10 |
| Median | 8 | 7 |
| Min | 2 | 2 |
| Max | 38 | 38 |

Den genomsnittliga viktminskningen bland dem som minskat i vikt uppgår till 8 kg. Kvinnorna har minskat mer i vikt än männen. En av undersökningens män har minskat så mycket som 38 kg.

34. Viktminskning i olika kostnadsgrupper

| Viktminskning i kg kostnadsgrupperat | Låg (n=31) | Mellan (n=24) | Hög (n=31) |
|--------------------------------------|------------|---------------|------------|
| Medel | 9 | 9 | 12 |
| Median | 7 | 7,5 | 10 |
| Min | 2 | 2 | 2 |
| Max | 25 | 27 | 38 |

Den största viktminskningen finns bland dem som befinner sig i högkostnadsgruppen.

Anhöriga/närstående

Sammanfattning

265 anhöriga/närstående till undersökningspersonerna har intervjuats. Deras medelålder är 66 år. Hälften av dem förvärvsarbetar och lika många är pensionärer. Anhöriga/närstående ger hjälp och stöd till 80 % av de multisjuka äldre undersökningspersonerna. Till övervägande del är det ett eller flera barn som ger hjälp och stöd. Därefter är det en make/maka som, i timmar räknat, ger det mest omfattande stödet. Vanligaste hjälpinsats är att handla, städa och tvätta. Närstående bidrar också i hög utsträckning med matlagning, förflyttning och transporter samt med läkemedels- och ekonomiadministration. Tiden för närståendestödet uppskattas i snitt uppgå till 12 timmar per månad. Männerna får i genomsnitt ta emot dubbelt så mycket hjälp som kvinnorna.

Kommunens hemtjänst finns i denna uppföljning inte med som ensam stödgivare vid insatser som kräver hjälp med förflyttning inomhus, på- och/eller avklädning, munhygien, toalettbesök, natthjälp eller matning. Dessa insatser bygger för undersökningsgruppen på anhöriga/närståendes medverkan i hemmet. För den grupp som enbart har anhörig/närståendestöd i högkostnadsgruppen uppgår hjälptimmarna till 46 på en månad. I de fall anhörig/närstående delar hjälp och stöd med hemtjänsten i denna kostnadsgrupp så fortsätter anhöriga/närstående att bidra med i genomsnitt 11 timmar per månad.

I detta avsnitt redovisas svar från intervju med anhöriga/närstående utifrån intervjuguide. I de flesta fall har denna intervju skett per telefon. Respektive områdes intervjuare har sedan matat in intervjudata i en webbenkät som lagrats i en nationell databas på SKL. De multisjuka undersökningspersonerna har själva valt anhörig/närstående för intervju. Dessa personer har inte i alla fall varit den anhöriga/närstående som gett mest hjälp och stöd till undersökningspersonen.

Intervjuade anhöriga/närstående

35. Intervjuade anhöriga/närståendes relation till undersökningspersonen

| Relation till den äldre n =265 | Antal | Andel |
|--------------------------------|------------|--------------|
| Make/Maka/Sambo | 99 | 37 % |
| Barn | 133 | 50 % |
| Övrig släkt | 25 | 9 % |
| Vänner/Grannar | 8 | 3 % |
| Totalt | 265 | 100 % |

Totalt har 265 anhöriga/närstående. Nära 90 % av de äldre multisjuka har alltså önskat att anhörig/närstående ska intervjuas kring deras situation. Av de intervjuade anhöriga/närstående var 32 % män och 68 % kvinnor. Medelåldern låg på 66 år. Den yngsta var 30 och den äldsta 98 år. Hälften var pensionärer och övriga förvärvsarbetande fortfarande.

De som intervjuats har i 39 % av fallen varit sammanboende med den multisjuka undersökningspersonen. I övrigt har det i de flesta fall varit egna barn eller övrig släkt som intervjuats. De som intervjuats har inte alltid varit de som stått för de huvudsakliga stöd och hjälpinsatserna.

Vilka och hur många anhöriga/närstående ger hjälp och stöd

36. Hur många har hjälp/stöd av anhöriga/närstående

| Närståendehjälp n=298 | Antal | Andel |
|------------------------|------------|--------------|
| Anhörig/Närståendestöd | 238 | 80 % |
| Inget närståendestöd | 60 | 20 % |
| Totalt | 298 | 100 % |

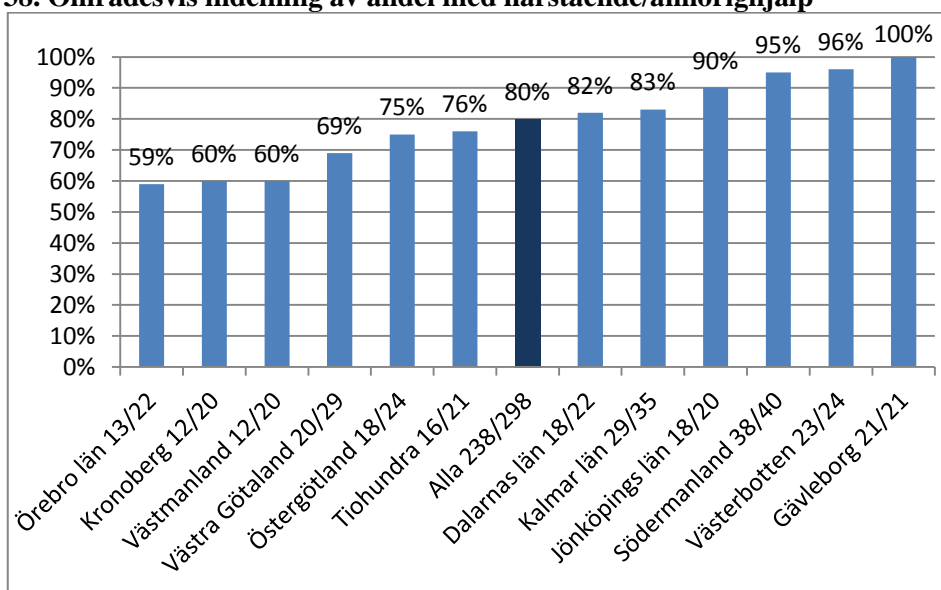
80 % av undersökningspersonerna får någon form av hjälp och stöd genom anhöriga/närstående.

37. Vilka är de anhöriga/närstående som ger hjälp och stöd

| Vem hjälper N=238 | Antal | Andel |
|------------------------------------|-------|-------|
| Maka | 50 | 21 % |
| Dotter | 47 | 20 % |
| Barn (flera av ett eller båda kön) | 43 | 18 % |
| Son | 40 | 17 % |
| Släkt | 39 | 16 % |
| Make | 35 | 15 % |
| Vänner /Grannar | 42 | 18 % |

Vanligast (55 %) är att barnen hjälper sina föräldrar. I många fall ges hjälp och stöd av fler än en anhörig/närstående Tabellen beskriver inte hur mycket hjälp och stöd den anhöriga/närstående ger. Samboende make/makar tillhör dock den grupp som ger mest omfattande hjälp och stöd.

38. Områdesvis indelning av andel med närstående/anhörighjälp



De olika undersökningsområdena skiljer sig från totalpopulationen. I Gävleborg har samtliga undersökningspersoner någon form av hjälp och stöd genom anhöriga. Högt ligger också Västerbotten, Södermanland och Jönköpings län. Lägst andel med hjälp och stöd genom anhöriga/närstående är undersökningspersonerna i Örebro län men också i Kronoberg och Västmanland

Med vad och hur mycket hjälper och stöder anhöriga/närstående

39. Med vad hjälper närstående

| Typ av insatser N=238 | Antal | Andel |
|---------------------------|-------|-------|
| Handlar | 187 | 78 % |
| Städning | 146 | 61 % |
| Tvätt | 127 | 53 % |
| Förflyttning utomhus | 119 | 50 % |
| Matlagning | 100 | 42 % |
| Ekonomi | 82 | 34 % |
| Läkemedel/Läkemedelsintag | 59 | 25 % |
| Tillsyn | 58 | 24 % |
| Duschar | 38 | 16 % |
| Förflyttning inomhus | 33 | 14 % |
| På- eller avklädning | 26 | 11 % |
| Toalettbesök | 16 | 7 % |
| Kvälls/morgonrutin | 7 | 3 % |
| Munhygien | 7 | 3 % |
| Matning | 5 | 2 % |
| Natthjälp | 4 | 2 % |
| Annat | 56 | 24 % |

Nästan alla som har hjälp genom anhöriga/närstående får hjälp av dem med handlingen. Många får också hjälp med städning, tvättning och förflyttning utomhus och transporter. Många anhöriga/närstående lagar också mat och sköter ekonomi. Så många som en fjärdedel ger hjälp och stöd kring läkemedel. De kontakter sjukvården, sköter apotekshämtning delar dosetter och hjälper med läkemedelsintag.

40. Områdesvis anhörig/närstående hjälp i timmar* under en månad

| Närståendetimmar | Andel med hjälp | Median | Min | Max |
|-----------------------|-----------------|--------|-----|-----|
| Västmanland 12/20 | 60 % | 22,5 | 4 | 135 |
| Södermanland 38/40 | 95 % | 17,5 | 1 | 88 |
| Dalarnas län 18/22 | 82 % | 16,5 | 2 | 63 |
| Västerbotten 23/24 | 96 % | 15 | 1 | 62 |
| Jönköpings län 18/20 | 90 % | 15 | 1 | 86 |
| Örebro län 13/22 | 59 % | 15 | 2 | 88 |
| Kronoberg 12/20 | 60 % | 12,5 | 1 | 84 |
| Alla 238/298 | 80 % | 12 | 1 | 135 |
| Östergötland 18/24 | 75 % | 12 | 2 | 48 |
| Gävleborg 21/21 | 100 % | 10 | 1 | 71 |
| Västra Götaland 20/29 | 69 % | 10 | 3 | 67 |
| Tiohundra 16/21 | 76 % | 8,5 | 1 | 79 |
| Kalmar län 29/35 | 83 % | 8 | 1 | 108 |

*Timtiden beräknad på schablon för kommunens biståndsbeslutade tid för motsvarande insats. Timmar räknade endast då den enskilde pga funktionsbortfall inte kunnat genomföra insatsen utan hjälp och stöd.

I Västmanland finns den lägsta andelen undersökningspersoner med närstående/anhörighjälp. Dessa ger dock högst antal hjälptimmar. Högt antal timmar ger också anhöriga/närstående i Södermanland där nästan samtliga undersökningspersoner har sådan hjälp.

41. Anhörig/närstående hjälp i timmar* under en månad fördelat på kön

| Tidsåtgång n = 238 | Män n=111 | Kvinnor n=127 |
|--------------------|-----------|---------------|
| Medel | 23 | 17 |
| Median | 12 | 10 |
| Min | 1 | 1 |
| Max | 135 | 135 |

*Timtiden beräknad på schablon för kommunens biståndsbeslutade tid för motsvarande insats. Timmar räknade endast då den enskilde pga funktionsbortfall inte kunnat genomföra insatsen utan hjälp och stöd.

Anhörig/närstående hjälper ger i genomsnitt hjälp 12 timmar per månad. Männerna får i genomsnitt dubbelt så många timmar hjälp som kvinnorna. Som mest ger en anhörig/närstående hjälp 135 timmar under en månad. Bakom dessa timmar finns en kvinna som på egen hand endast klarar att själv äta. Hon behöver och får sin makes stöd med allt övrigt.

42. Anhörig/närstående hjälp i timmar per månad vid tidpunkt för intervju uppdelat på total kostnad i tre kostnadsgrupper

| Närståendehjälp i timmar | Låg (n=52) | Mellan (n=63) | Hög (n=66) |
|--------------------------|------------|---------------|------------|
| Medel | 22 | 19 | 28 |
| Median | 11 | 11 | 16 |
| Min | 2 | 1 | 0,5 |
| Max | 135 | 86 | 108 |

Anhörig/närstående ger hjälp och stöd med i snitt 11 timmar till undersökningspersonerna i låg- och mellankostnadsgruppen. För dem i högkostnadsgruppen ökar anhörig/närstående hjälp och stödinsatser till i snitt 16 timmar.

43. Med vem delar anhöriga/närstående hjälp och stödinsatser

| Vem hjälper inklusive hemtjänst | Antal | Andel |
|---------------------------------|-------|-------|
| Närstående/Hemtjänst | 151 | 51 % |
| Bara närstående hjälp | 87 | 29 % |
| Bara hemtjänst | 24 | 8 % |
| Ingen hjälp | 36 | 12 % |
| Total | 298 | 100 % |

12 % klarar sig helt självständigt. De flesta har anhörig/närstående insatser. Antingen som enda stödpartner (29 %) eller tillsammans med kommunens hemtjänst (51 %). Endast 8 % har enbart hemtjänst som stöd och hjälp i hemmet.

Vad delar anhöriga/närstående med kommunens hemtjänst

44. Vem ger hjälp och stöd och med vad

| Hjälpinsatser | Närstående N= 87 | Närstående och hemtjänst N=151 | Hemtjänst N=24 |
|---------------------------|---------------------|-----------------------------------|--------------------|
| Handlar | 80 % | 78 % | 63 % |
| Städning | 79 % | 51 % | 63 % |
| Tvätt | 68 % | 45 % | 50 % |
| Mat och mathållning | 55 % | 34 % | *58 % |
| Förflyttning utomhus | 46 % | 52 % | (utevistelse) 25 % |
| Läkemedel/Läkemedelsintag | 26 % | 24 % | **33 % |
| Duschar | 24 % | 11 % | 46 % |
| Tillsyn | 20 % | 27 % | 38 % |
| Ekonomi | 16 % | 45 % | - |
| Förflyttning inomhus | 10 % | 16 % | - |
| På- eller avklädning | 13 % | 10 % | - |
| Munhygien | 6 % | 1 % | - |
| Toalettbesök | 5 % | 8 % | - |
| Kvälls/morgonrutin | 3 % | 3 % | 42 % |
| Natthjälp | 2 % | 1 % | - |
| Matning | 1 % | 3 % | - |

*Hjälp med något eller flera av huvudmål/kvällsmål/morgonmål/matdistribution.

**Handräckning till egenvård och apoteksärende)

Kommunens hemtjänst finns i denna undersökningspopulation inte med som ensam stödgivare med insatser som hjälp med förflyttning inomhus, på- och/eller avklädning, munhygien, toalettbesök, natthjälp, matning eller stöd med hushållsekonomiadministration. Dessa insatser bygger som data visar på anhöriga/närståendes medverkan i hemmet.

45. Vem ger hjälp och stöd uppdelat på kostnadsgrupper

| Typ av stöd | Alla | Låg N=74 | Mellan N=74 | Hög N=74 |
|--------------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| Bara anhöriga/närstående | 29 % | 53 % | 22 % | 18 % |
| Anhöriga/Närstående/ Hemtjänst | 51 % | 18 % | 64 % | 72 % |
| Bara hemtjänst | 8 % | 3 % | 8 % | 9 % |
| Ingen hjälp | 12 % | 27 % | 7 % | 1 % |
| Totalt | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Anhöriga/närstående ger mycket hjälp och stöd i samtliga kostnadsgrupper. Antingen som ensam hjälpgivare eller tillsammans med hemtjänsten. Att vara ensam hjälp och stödgivare är vanligast i lågkostnadsgruppen. Hemtjänsten som ensam hjälp och stödgivare når 9 % i högkostnadsgruppen. Endast 1 % av undersökningspopulationen klarar sig i denna kostnadsgrupp helt självständigt.

46. Anhörig/Närståendehjälp i timmar per mån för dem med stöd i högkostnadsgruppen (N=66)

| Högekostnadsgrupp | Antal pers | Medel | Median | Min | Max |
|----------------------------------|------------|-------|--------|-----|-----|
| Endast anhörig/närstående | 13 | 42 | 46 | 4 | 88 |
| Anhörig/Närstående och hemtjänst | 53 | 25 | 11 | 1 | 108 |

För den grupp som enbart har anhörig/närståendestöd i högkostnadsgruppen så uppgår hjälptimmarna på en månad till 46. Om anhörig/närstående delar hjälp och stöd med hemtjänsten så uppgår anhöriga/närståendetimmarna till 11.

47. Vem hjälper dem som har enbart anhörig/närståendestöd

| Vem hjälper n=87 | Antal | Andel |
|------------------|-------|-------|
| Maka | 27 | 31 % |
| Make | 18 | 21 % |
| Dotter | 14 | 16 % |
| Son | 11 | 12 % |
| Syskon | 11 | 13 % |
| Släkt | 14 | 16 % |
| Övriga | 6 | 7 % |

Av dem som enbart får stöd genom anhöriga/närstående är det i nära en tredjedel av fallen en samboende maka som är hjälpgivaren. I drygt en femtedel av fallen är det en hustru som får hjälp av sin make. Barnens andel som – och stödgivare är stor (41 %). Döttrarna är i flertal också i den grupp där flera syskon delar på hjälp och stöd till sina föräldrar.

Hur ser äldre multisjuka och anhöriga/närstående på vård och omsorg

Sammanfattning

Det utvecklingsbehov som finns och som undersökningspersoner och anhöriga tar upp är främst kopplat till behovet av ett samlat ansvar för vård och omsorg utanför sjukhuset. Långsiktigt, hållbart och bestående av uthålliga ansvarstagande relationer med möjlighet att följa, värdera och ompröva den skiftande behovs- och problemsituationen. Anhöriga står för en stor del av hjälp, stöd och försök att samordna alla olika vård- och omsorgskontakter. De har behov av stöd för egen del för att orka.

I detta avsnitt redovisas svar från intervjuer med de äldre multisjuka personerna och deras anhöriga/närstående. Samma frågor har upprepats för slutenvård, akutvård, öppen specialistvård, vårdcentral, hemsjukvård, rehabiliterande verksamhet, hemtjänst och anhörig/närståendehjälp. De frågor som ställts har varit

- Vad tycker du om den hjälp/det stöd/den insats du resp din anhöriga/närstående får/fått?
- Om du själv fick bestämma hjälp/stöd/insats skulle du vilja ändra på något?
- Har du behov av hjälp/stöd/insats som du inte får/fått?

Slutligen har två frågor ställts om samarbete mellan de olika vård- och omsorgsnivåerna

- Hur tycker du sammantaget, med tanke på dina behov, att samarbetet fungerat mellan sjukhus, vårdcentral, kommunens vård och omsorg, dig själv och dina anhöriga/närstående?
- Hur skulle du vilja att samarbetet fungerade om du själv fick bestämma?

På den första frågan framkommer sällan klagomål på att någon inom vård och omsorg varit otrevliga eller behandlat dem illa. Undersökningspersonerna är i allmänhet nöjda. Ett vanligt svar är ”det är bra som det är”. Många uttrycker förståelse för den komplicerade situation som personal inom vård och omsorg har att hantera. Det är i svaren på de övriga frågorna som behovet av ett annat omhändertagande framkommer. Det gäller främst önskemål om bättre fungerande kommunikation mellan alla olika kontakter på sjukhuset och vårdcentralen. På

vårdcentralen önskar man en fast läkarkontakt. De undersökningspersoner som har mycket hjälp från hemtjänst tar ofta upp problem i samband med att så många olika personer kommer hem till dem och att de äldre inte själva kan bestämma över hur insatserna är utformade. Kring rehabiliterande insatser är svaren knapphändiga.

Trots sjukdomar, symptom, problem och funktionsnedsättningar finns för de allra flesta familj och närstående som stöd och hjälp att hantera de situationer som uppstår i hemmet och i kontakten med vård och omsorg. På de äldre multisjukas rankinglista står anhörigas hjälp och stöd i särklass högst och akutbesöken på sjukhuset lägst

48. De äldres och anhörigas synpunkter på...

Anhörig/närstående hjälp och stöd
Hembesök/Hemsjukvård
Läkare i öppen specialist vård
Sluten sjukhusvård
Kommunens vård och omsorg/Hemtjänst
Vårdcentral
Samarbete mellan vård och omsorg
Akutbesök på sjukhuset



Anhörig/närstående hjälp och stöd

Anhöriga/närstående delar de äldres synpunkter under respektive vård och omsorgsnivå men tar för egen del också upp

- För tidiga hemgångar från slutenvården
- Kommunikationsbrister mellan sjukhusets sluten-, öppen- och akutvård och vårdcentralen samt mellan vårdcentralen och kommunens vård och omsorg
- Bristande information– anhöriga och äldre lämnas med för stort ansvar att pussla ihop alla olika insatser
- Brister i ansvar för helheten

Citat undersökningspersonerna: ”510 % bra! Skulle inte klara mej utan min hustru.” ”Alldeles ypperligt. Min fru är mer kunnig än de flesta.” ”Anhöriga har omtanke och omsorg så att jag har det bra. De gör det som jag skriver upp att de ska göra.” ”Utan maken hade jag inte varit vid livet. Han upptäcker försämringar i hälsan och söker vård för mig.” ”Hon har arbetat i sjukvården och kan systemet och pratet.” ”Utan sambo hade inte livet varit lika bra, hon gör 90 % av allt.” ”Känna mig trygg och avslappnat i förhållande till sjukvården och medicinerna eftersom sambon sköter allt sånt.” ”Han gör det som behövs han är otrolig.” ”Det fungerar bra men det är synd att min dotter ska behöva åka hit och ordna upp varje vecka.” ”Kan inte vara bättre för mig men anhöriga får sätta till sin tid och jag hoppas att de själva ska orka.” ”Vardagslivet fungerar när anhöriga finns.” ”Det är tryggt med anhöriga speciellt att sambon klarar mina mediciner och den specialkost som krävs efter min operation.”

Citat anhöriga/närstående: ”Noll information. Det blir för mycket ansvar lagt över på oss anhöriga.” ”Det har varit så många personer inblandade från olika håll så vi visste inte riktigt vad alla gjorde. Jag blev slutkörd och sjukskriven.” ”Det finns knappast något samarbete, det är rena rama turen om det råkar fungera och att anhöriga finns.” ”Som anhörig tycker jag inte att det fungerar tillfredställande. Kontakt behövs mellan alla olika. Nu beror det på vilka doktorena är. Önskar att någon skulle kunna komma hem och bedöma så man slipper allt kringåkning och slippa omvägen runt akutmottagningen. Att kunna nå någon direkt på ett nummer där någon svarar direkt.” ”Bristande kommunikation mellan sjukhuset, öppenvården och anhöriga vid utskrivning från sjukhuset.” ”Trots att anhöriga hjälper den äldre dagligen tillfrågas vi inte att närvara vid vårdplanering och blir heller inte informerade när den äldre skrivs ut från sjukhuset.” ”Det fungerar skapligt om anhöriga själva tar rätt på saker. Då blir de äldre bra bemötta och får den hjälp de behöver.” ”Läkemedel blir felskrivna och vi anhöriga känner oss ibland helt överkörda när det gäller den samordnade vårdplaneringen som inte håller vad den lovat.” ”Mer information behövs till anhöriga för många gånger orkar inte den sjuka själv hålla reda på allting fast de är adekvata.”

Hembesök/Hemsjukvård

I intervjuerna framkommer inte mycket kring hur undersökningspopulationen uppfattar hemsjukvården. I de fall något framkommer är hembesök uppskattade.

Citat: ”Distriktssköterskorna har alltid fungerat!” ”Distriktssköterskorna har fungerat jättebra, man har kommit och gett injektioner.” ”Har inte så mycket kontakt med husläkaren men distriktssköterskan kommer.” ”Distriktssköterskorna är oftast lätta att nå och de kommer hem.” ”Kontakten med kommunsköterskan har blivit ett stöd. Det är lättare att ringa till dom än till vårdcentralen.”

Läkare i öppen specialistvård

Utvecklingsbehov

- Så gott som samtliga undersökningspersoner är nöjda med läkarkontakterna inom den öppna specialistvården.
- Problem uppstår i och med att specialisten behandlar en sjukdom och undersökningspersonerna har flera.
- Samordning mellan alla olika läkarkontakter.

Citat: ”Dialogen mellan onkolog och oss var suverän. Här finns mycket att lära för övriga inom vård och omsorg.” ”Specialistvården är bra förutom att de borde ta kontakt med anhörig direkt för att förvissa sig om att de kan följa med. Nu blir det ombokningar hela tiden.” ”Bra bemötande av alla men läkarna är överbelastade och hinner inte prata. Fick inte bra information bara medicin. Anhörig fick söka information på webben. Upplever att vissa sjukdomar har lägre status. Min hjärtdiagnos väger tyngst. Det som ger mest smärta och besvär är gikten men med den får man dras.” ”Kommunikationen mellan olika avdelningar är dålig. Man måste säga samma sak om och om ingen. Var och en kan ”sina” organ. För mig innebar det fyra månaders olika akuta intagningar innan diagnos kunde ställas.” ”Hela deras sätt att jobba med en person är fel. Alla är inte lika och med många olika sjukdomar borde läkare finnas med kunskap om detta.” ”De olika läkarna skulle titta på helheten och se alla olika läkemedel man äter så att man inte blir förgiftad.”

Sluten sjukhusvård

Utvecklingsbehov

- Bemötande
 - bristande information
 - stressad personal
- Vård och behandling
 - misstag, fel- eller utebliven behandling
 - läkemedelslistor saknas, stämmer inte, ordinationer saknas, fel doseringar
- Miljö
 - maten, trångt, stökigt, hög ljudnivå

Citat: ”Bra bemötande av alla men läkare är överbelastade hinner inte prata.”
”Blir alltid förvirrad med varje ny sjukhusinläggning.” ”Blev för tidigt
hemskickad i nerbajsat skick.” ”Det finns ingen tid att ta hand om gamla
människor ordentligt det skulle finnas något ställe där man kan vila ut efter
sjukhusvården några dagar.” ”Det är stressigt för personalen som inte hinner
informera anhöriga om vad som händer. Man blir överraskad hela tiden.” ”En
gång hemskickad hem i dåligt skick - med mycket vätska i kroppen och med högt
blodtryck. Läkaren visste inte vad det var för fel. Två dagar senare hittade
anhörig sin förälder hemma med en stroke.” ”Läkarna borde gå igenom
medicinerna ordentligt. Tycker det känns som om det börjar med en medicin och
sedan byggs det bara vidare.” ”Man ska inte skicka hem en gammal människa
mitt i natten kl 2.30.” ”Önskemål fanns om att få vara kvar på sjukhuset några fler
dagar, men det var omöjligt Då blev det korttidsboende och det var inte bra. Det
borde finnas ett ställe dit äldre som inte är dementa kan komma för ett kortare
omhändertagande.”

Kommunens vård och omsorg/hemtjänst

Utvecklingsbehov

- Kontinuitet
 - många olika personer från hemtjänsten
 - kontaktperson saknas
- Insatsernas kvalitet
 - låg kvalitet - matlagning, städning, personlig omvårdnad
 - knapp tid för hjälp eller för lite hjälp
 - personal behärskar inte svenska
 - personal passar inte tider
- Insatser som inte ges
 - låg kvalitet - matlagning, städning, personlig omvårdnad
 - önskas fönsterputs, storstädning, snöskottning, promenader, socialt innehåll, hjälp till rörelse

Citat: ”Många olika personer från hemtjänsten kommer.” ”Det är mycket slarv och jag får tjata för att få den hjälp jag behöver. Önskar att jag fick komma ut.” ”Det som känns svårt är att det tar lång tid innan hemtjänsten kommer vid larm, speciellt när jag behöver gå på toaletten.” ”Det är svårt när så många olika och så många nya kommer.” ”Blir orolig när trygghetslarmet slås ut vid åskväder eller beroende av att hemtjänstens mobiler inte har teckning överallt.” ”Skulle vilja att hemtjänsten kom med bara några personer och att dom fick göra fler saker än dom får nu.” ”Biståndet är inte lika för alla. När handen var bruten kom generöst med hjälp ett tag men sen blev det sämre med att se till att jag hade mat, läkemedel osv.” ”Hjälpen fungerar men det kommer allt för många olika från hemtjänsten.” ”Städningen är si så där och maten från Sodexo är inte bra.” ”Hemtjänstpersonalen verkar inte få tänka själva.” ”Det har varit för många uteblivna insatser och besök och framförallt - dom hör inte av sig och berättar om varför.” ”Hemtjänsten har inte varit så lätt att påverka. ”Dom vill gärna dra ner på hjälpen och säger att du kan klara det själv.” ”Har två kontaktpersoner men dom verkar inte veta vad dom ska göra.” ”Städningen fungerar dåligt och jag vill ha hjälp med saker som reglerna inte tillåter.” ”En person ska fungera som kontaktperson, men henne ser jag inte här så ofta.” ”Hemtjänsten skulle kunna få utbildning så att de förstod vad som behöver göras. Det är svårt att hela tiden beskriva vad som ska göras och ibland händer det att någon nekar eller gör det slarvigt.” ”På tok för många vikarier och dessutom i behov av utbildning. Vissa vårdbiträden har svårt med svenskan och då förstår vi inte varandra.” ”Hemtjänstpersonalen legitimerar sig inte och ibland står ny personal i dörren och ställer frågan: Vad vill du ha hjälp med? eller informerar om att de måste gå igen för att dom fått ett larm. Sen kommer dom inte tillbaka. Sista två veckorna har det varit en ny personal varje dag.”

Vårdcentral

Utvecklingsbehov

- Bristande tillgänglighet
 - Svårt komma fram på telefon, få telefontid och tid för läkarbesök
 - Dålig kontinuitet
 - framför allt på läkarsidan - tvivel på omhändertagandet
 - Bristande kommunikation
 - stressade läkare
 - korta besök (svårigheter med hörsel och minne)
 - läkaren behärskar inte svenska
 - Bristande helhetssyn och helhetsansvar
 - får söka för ett problem i taget
 - får inte besked om prov, undersökningar och uppföljning
- måste själv hålla ihop alla kontakter

Citat: ”Jag skulle gärna själv betala för att få en genomgång av mina läkemedel på vårdcentralen. När man blir äldre tror jag att inte läkaren tycker det är så viktigt.” ”Det som är jobbigt är att man inte alltid får samma läkare på vårdcentralen.” ”Det är lite olika beroende vilken läkare man får prata med. Somliga är inte så bra på att lyssna. Gillar inte att byta.” ”På vårdcentralen träffar man alltid olika läkare så vi försöker undvika kontakt så långt det varit möjligt.” ”På vårdcentralen blir det missförstånd när det gäller recept.” ”Det är svårt att komma fram till vårdcentralen och det är svårt att få svar på frågor om mediciner. Det innebär oro.” ”På telefonsvararen pratar dom fort och man hör inte vad dom säger eller vilka instruktioner man får.” ”Det tar tid innan man får kontakt med vårdcentralen och det är svårt med inknappningen i TeleQ.” ”Vårdcentralen är ”tyst” och jag skulle önska att dom tog kontakt istället för att jag alltid själv måste försöka.” ”Jag tycker att doktorn tittar på datorn och inte på mig. Jag får bara en kvart och får bara ta upp en krämpa i taget.”

Samarbete mellan vård och omsorg

Utvecklingsbehov

- Långsiktigt hållbart samarbete mellan professioner inom vårdcentral och kommunens vård och omsorg med ansvar för att följa, värdera och ompröva situationen i hemmet

Citat: ”Sjukhuset har bristande kunskaper om verkligheten utanför och tvärsom.” ”Det är dålig samordning utanför sjukhuset.” ”Samarbetet har inte fungerat. Det är många läkemedel och en läkare på sjukhuset skrev ut tabletter men det visste inte vårdcentralens läkare om.” ”Apodoserna kommer inte samtidigt som man själv kommer från sjukhuset.” ”Vid hemgång från sjukhuset borde man kunna få bättre stöd och hjälp i hemmet.” ”Man själv, vårdcentralen och kommunen borde få en checklista som talar om vad som är gjort och vad man behöver tänka på.” ”På akuten är det för lång väntan. På vårdcentralen blir det missförstånd när det gäller recept. Specialistvården är bra förutom att de tar en diagnos i taget precis som på vårdcentralen. Hemtjänsten arbetar efter sina regler för vad som får göras och man saknar helhetssyn.

Akutvård

Utvecklingsbehov

- Vård och behandling
 - långa väntetider
 - obehandlad smärta
 - långa tider utan mat och dryck (många diabetiker)
- Bemötande
 - bristande information
 - känsla av övergivenhet
- Miljö
 - hårda och smala sängar, stökigt

Citat: ”Fungerar jättedåligt. Alltid 7-9 timmars väntetid. Hungrig, dålig information.” ”Man kommer in i ett rum och får klä av sig och får sen ligga där och frysa och får själv säga till om en filt.” ”Ramlade inne på akuten och fick en bäckenfraktur, hjärnskakning och kräkningar som resulterade i lunginflammation.” ”Svårt sjuk blir det lång ensam väntan.” ”Möblerna skulle vara bättre också för stackars anhöriga som skall sitta på en pinnstol i flera timmar.” ”Önskar bättre information om vad som händer - eller snarare inte händer” ”Ambulansen fungerar bra men sen får man vänta länge utan mat.” ”Får vänta länge ca 6-8 timmar per besök och får inte ens mina stående mediciner under tiden.” ”Morfin faller bort från medicinlistan på akuten vilket innebär att jag får vänta 6 timmar på smärtstillande och det har hänt flera gånger.” ”Långa väntetider på akuten och det är svårt att få hjälp med smärtlindring.” ”På akutmottagningen är det långa väntetider och besvärligt när man inte får mat/dryck på många timmar och ingen information.”

Vård och omsorgskonsumtion

Sammanfattning

Under 18 undersökningsmånaders tid tillbringar de multisjuka äldre i genomsnitt 25 dagar inom slutna sjukhusvård. Vanligast är vård på invärtesmedicinsk klinik. Två av fem undersökningsspersoner har en eller flera gånger vårdats enstaka dygn på AVA (Akutvårdsavdelning). Endast 18 % har fått vård på geriatrisk klinik. Stor variation finns mellan de olika undersökningsområdena vad gäller geriatrisk vård. I Kalmar län har 40 % vårdats inom geriatriken. I Östergötland, Kronoberg och Västmanland ingen. I medeltal vårdas den multisjuka för sex olika diagnoser under perioden. Vanligast är hjärt-/kärlsjukdom. Ju fler diagnoser desto högre kostnad. Diagnoser som är förenade med högre kostnader är sjukdomar inom nervsystem, stroke och sjukdomar i urinvägarna.

I detta avsnitt redovisas huvudsakligen svar från 18 månaders registreringar inom landstingets slutna- och öppenvård samt från kommunens biståndsenhet och utförare av vård och omsorg. Respektive områdes granskare har matat in efterfrågade uppgifter i en webbenkät som lagrats i en nationell databas på SKL.

Slutenvård

Vårdepisoder och vårddygn

49. Vårdepisoder uppdelat på kön

| Vårdepisoder N = 298 | Samtliga | Kvinnor | Män |
|----------------------|----------|---------|-----|
| Medel | 5 | 5 | 5 |
| Median | 4 | 4 | 5 |
| Min | 3 | 3 | 3 |
| Max | 22 | 19 | 22 |

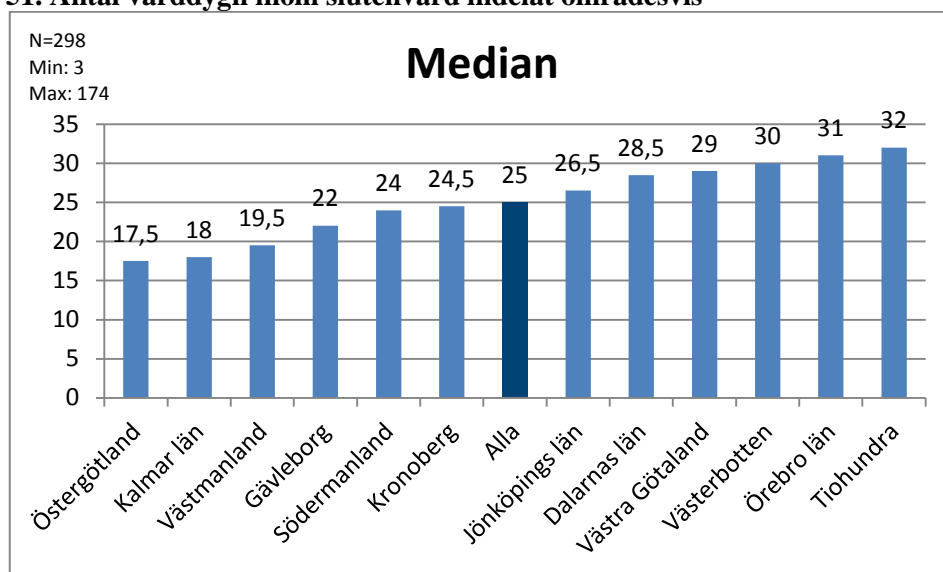
I genomsnitt har en undersökningssperson kommit in, vårdats och skrivits ut från sjukhuset fyra gånger undersökningsperiodens 18 månader. (Det genomsnittliga antalet olika kliniker den äldre vårdats på under vårdepisoderna kan vara något högre.) Männerna har i genomsnitt vårdats en gång mer än kvinnorna.

50. Antal vårddygn uppdelat på kön

| Antal vårddygn n =298 | Samtliga | Kvinnor | Män |
|-----------------------|----------|---------|-----|
| Medel | 33 | 31 | 36 |
| Median | 25 | 21 | 30 |
| Min | 3 | 3 | 4 |
| Max | 174 | 114 | 174 |

En multisjuk undersökningsperson har i genomsnitt vårdats i 25 dygn av de 18 undersökningsmånaderna. Männerna har något längre vårdtid (30 dygn) än kvinnorna (21 dygn). Som mest har en man vårdats i 174 dygn.

51. Antal vårddygn inom slutenvård indelat områdesvis



Vårdtidens längd varierar mellan områdena. Högst genomsnittligt antal vårddygn (32) har Norrtälje/Tiohundra. I Östergötland/Norrköping har undersökningspersonerna lägst antal vårddygn (17,5). Detta trots att Östergötland har högre andel män än Norrtälje/Tiohundra i sin undersökningspopulation.

Var har undersökningspopulationen vårdats

52. Antal, andel och genomsnittsvärden för vårddygn inom olika specialiteter

| Dygn inom slutenvård | Medel | Median | Min | Max | N | Andel |
|-----------------------------------|-------|--------|-----|-----|-----|-------|
| Invärtes specialiteter | 22 | 15 | 1 | 130 | 241 | 81 % |
| Kirurgiska specialiteter | 14 | 10 | 1 | 115 | 198 | 66 % |
| AVA (Akutvårdsavdelning) | 3 | 2 | 1 | 15 | 127 | 43 % |
| Enskilda basspecialiteter* | 17 | 10 | 1 | 111 | 45 | 15 % |
| Neurologiska specialiteter | 15 | 14 | 1 | 48 | 39 | 13 % |
| Psykiatriska specialiteter | 34 | 33,5 | 23 | 44 | 2 | 1 % |

*Infektion, hud och kön, reumatologi och onkologi

Vanligast är vård inom invärtesmedicinska specialiteter följt av vård inom kirurgi. Endast två undersökningspersoner har vårdats inom psykiatrin men då med långa vårdtider. I snitt 33,5 vårddygn

53. Vårddygn specificerat på underspecialiteter

| Dygn inom slutenvården | Medel | Median | Min | Max | N | Andel |
|----------------------------------------|-------|--------|-----|-----|-----|-------|
| INVÄRTES SPEC | | | | | | |
| Internmedicin | 19 | 13 | 1 | 130 | 143 | 48 % |
| Kardiologi | 8 | 5 | 1 | 68 | 62 | 21 % |
| Gastroenterologi och hepatologi | 12 | 7 | 2 | 27 | 13 | 4 % |
| Endokrinologi och diabetologi | 9 | 7 | 1 | 26 | 15 | 5 % |
| Njursjukdomar | 11 | 8 | 1 | 42 | 15 | 5 % |
| Hematologi | 27 | 9 | 2 | 101 | 12 | 4 % |
| Allergologi | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 % |
| Lungsjukdomar | 11 | 6,5 | 1 | 70 | 30 | 10 % |
| Geriatrisk | 19 | 13 | 1 | 72 | 53 | 18 % |
| KIRURGISKA SPEC | | | | | | |
| Kirurgi | 13 | 8 | 1 | 115 | 120 | 40 % |
| Urologi | 10 | 8 | 1 | 32 | 13 | 4 % |
| Ortopedi | 11 | 8 | 1 | 50 | 61 | 20 % |
| IVA | 4 | 2 | 1 | 23 | 32 | 11 % |
| Obstetrik och Gynekologi | 16 | 13,5 | 1 | 46 | 8 | 3 % |
| Öron Näsa Hals | 5 | 2 | 1 | 15 | 9 | 3 % |
| Ögon | 7 | 7 | 7 | 7 | 1 | 0,3% |
| PSYKIATRISKA SPEC | | | | | | |
| Psykiatri | 34 | 33,5 | 23 | 44 | 2 | 1 % |
| NEUROSPEC | | | | | | |
| Neurologi | 16 | 12 | 2 | 48 | 21 | 7 % |
| Neurokirurgi | 12 | 12 | 12 | 12 | 1 | 0,3 % |
| Rehabiliteringsmedicin | 12 | 7 | 1 | 32 | 19 | 6 % |
| ENSKILDA BAS SPEC | | | | | | |
| Infektion | 15 | 9 | 1 | 111 | 39 | 13 % |
| Hud och kön | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 % |
| Reumatologi | 37 | 34 | 10 | 67 | 3 | 1 % |
| Onkologi | 19 | 13 | 11 | 38 | 4 | 1 % |
| AVA (Akutvårdsavdelning) | 3 | 2 | 1 | 15 | 127 | 43 % |

För undersökningsgruppen är det efter internmedicin vanligast att under några fåtal dygn vårdas på AVA (Akutvårdsavdelning). Endast 18 % av de äldre multisjuka har fått vård på geriatrisk klinik. Längst vårdtider har de fåtal personer som vårdats inom psykiatri och reumatologi.

54. Vårdats på geriatrisk klinik fördelat på kön

| Vårdats på geriatriken | Antal | Andel |
|------------------------|-------|-------|
| Män | 25 | 17 % |
| Kvinnor | 28 | 18 % |

Männen och kvinnorna har fått vård på geriatrisk klinik i nära nog samma utsträckning.

55. Vård på geriatrisk klinik områdesvis

| Område | Andel | Antal |
|-----------------|-------|-------|
| Kalmar län | 40 % | 14 |
| Dalarnas län | 32 % | 7 |
| Västra Götaland | 31 % | 9 |
| Tio hundra | 24 % | 5 |
| Södermanland | 20 % | 8 |
| Jönköpings län | 20 % | 4 |
| Alla | 18 % | 53 |
| Gävleborg | 14 % | 3 |
| Västerbotten | 8 % | 2 |
| Örebro län | 5 % | 1 |

I Östergötland, Kronoberg och Västmanland har ingen av undersökningspersonerna fått vård på geriatrisk klinik. I Kalmar län med högst andel vårdade inom geriatriken har 40 % av undersökningspopulationen fått vård på sådan klinik.

56. Vård på geriatriken efter kostnadsindelning

| Geriatrisk vårdats | Alla n=298 | Låg n=74 | Mellan n=74 | Hög n=74 |
|--------------------|---------------|-------------|----------------|-------------|
| Ja | 17 % | 8 % | 14 % | 36 % |
| Nej | 83 % | 92 % | 86 % | 64 % |
| Totalt | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

Minst vårdade på geriatrisk klinik är de undersökningspersoner som finns i lågkostnadsgruppen. En ökning sker sedan för dem i mellangrupp för att i högkostnadsgrupp mer än fyrdubblas.

Hur många olika diagnoser och för vilka diagnoser har undersökningspopulationen vårdats på sjukhus

57. Antal diagnoser inom olika sjukdomsklasser* fördelat på kön

| Antal olika diagnoser | Samtliga N=298 | Män n=143 | Kvinnor n=155 |
|-----------------------|----------------|--------------|------------------|
| Medel | 6 | 6 | 6 |
| Median | 6 | 6 | 6 |
| Min | 3 | 3 | 3 |
| Max | 14 | 14 | 13 |

*Endast räknat på sjukdomsklasser enligt ICD-Sjukdomsklassifikationen SOS. Kapitlet IX Cirkulationsorganens sjukdomar har delats på tre – hjärta, hjärna och övriga kärl.

I snitt har undersökningspopulationen vårdats för sex diagnoser inom olika sjukdomskapitel i sjukdomsklassifikationen ICD-10. Samma snittvärde för män och kvinnor. Som mest har en man vårdats för sjukdomar inom 14 olika kapitel.

Det skiljer något mellan de olika områdena. Norrtälje/Tiohundras undersökningspersoner har i snitt fått flest diagnoser inom olika sjukdomsklasser (8). Gävleborg och Västmanlands undersökningspersoner ligger lägst med ett snittvärde på 5 diagnoser inom olika sjukdomsklasser.

58. Antal diagnoser från olika sjukdomsgrupper fördelat på kostnadsgrupper

| Olika diagnoskapitel | Personer n= 298 | Låg n=74 | Mellan n=74 | Hög n = 74 |
|----------------------|--------------------|-------------|----------------|---------------|
| Medel | 6 | 5 | 6 | 7 |
| Median | 6 | 5 | 6 | 8 |
| Min | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Max | 14 | 11 | 11 | 13 |

Högekostnadsgruppen har flera olika sjukdomar i förhållande till lågekostnadsgruppen. Det genomsnittliga antalet diagnoser från olika sjukdomsklasser stiger från fem i lågekostnadsgruppen till 8 i högekostnadsgruppen.

59. Hur många har slutenvårdats för diagnos inom de olika sjukdomsklasserna i ICD-10 uppdelat på kön

| Kap | Diagnoskapitel n =298 | Antal | Andel | Män | Kvinnor |
|--------------|---------------------------------------------------------|-------|-------|------|---------|
| IX | Cirkulationsorganens sjukdomar | 267 | 90 % | 94 % | 86 % |
| IX | Cirkulationsorganens sjukdomar - hjärta | 238 | 80 % | 84 % | 76 % |
| XXI | Faktorer av betydelse för hälsotillståndet | 209 | 70 % | 72 % | 68 % |
| XVIII | Symptom, sjukdomstecken som inte kan klassificeras | 186 | 62 % | 61 % | 64 % |
| IV | Endokrina sjukdomar | 136 | 46 % | 43 % | 48 % |
| X | Andningsorganen sjukdomar | 113 | 38 % | 46 % | 30 % |
| XIII | Sjukdomar i muskuloskeletal systemet och bindväven | 113 | 38 % | 34 % | 42 % |
| XI | Matsmältningsorganens sjukdomar | 109 | 37 % | 35 % | 38 % |
| XIV | Sjukdomar i urin - och könsorganen | 106 | 36 % | 43 % | 29 % |
| I | Infektionssjukdomar och parasitsjukdomar | 91 | 31 % | 33 % | 28 % |
| IX | Cirkulationsorganens sjukdomar – övriga kärl | 89 | 30 % | 34 % | 26 % |
| XIX | Skador förgiftningar och andra följder av yttre orsaker | 83 | 28 % | 23 % | 32 % |
| III | Blodbildande organ mm | 71 | 24 % | 26 % | 22 % |
| II | Tumörer | 67 | 22 % | 27 % | 19 % |
| XX | Yttre orsak till sjukdom och död | 53 | 18 % | 15 % | 21 % |
| IX | Cirkulationssjukdomar - hjärna | 51 | 17 % | 17 % | 17 % |
| VI | Nervsystemets sjukdomar | 48 | 16 % | 16 % | 16 % |
| V | Psykiska sjukdomar | 27 | 9 % | 12 % | 6 % |
| XII | Huden/underhuden sjukdomar | 25 | 8 % | 10 % | 7 % |
| VII | Ögat, närliggande organ | 21 | 7 % | 7 % | 7 % |
| VIII | Sjukdomar i örat och mastoidutskottet | 10 | 3 % | 3 % | 4 % |
| XXII | Koder för särskilda ändamål | 5 | 2 % | 3 % | 1 % |
| XVII | Medfödda missbildningar | 1 | 0,3 % | 0 % | 1 % |

Tabellen visar hur många undersökningspersoner som vårdats för en diagnos inom någon av de olika sjukdomsklasserna. Vanligast är vård för hjärtdiagnos. Närmast följer diagnos inom sjukdomskapitlet faktorer av betydelse för hälsotillståndet vilket innefattar vård eller undersökning som anknyter till personens övriga sjukdomshistoria. Tredje vanligaste diagnosområde innefattar vård för olika symptom eller sjukdomstecken som inte kan klassificeras inom någon av de andra sjukdomsklasserna. Inom detta område har var femte person fått en diagnos om rör intellektuella förmågor.

De allra flesta (90 %) har vårdats för en hjärt-/kärl diagnos. Delas kapitlet upp i tre – hjärta, hjärna och övriga kärl, visar det sig att undersökningens kvinnor och män i lika hög utsträckning fått en diagnos inom hjärnans kärl. Kvinnornas andel är högre än männens vad gäller sjukdomar inom området endokrinologi, matsmältningsorgan, skador och förgiftningar samt yttre orsaker till sjukdom och död. I övrigt överväger männens andel.

60. De åtta diagnoskapitlen i relation till kostnadsgrupperna

| Diagnoskapitel | Alla | Låg | Mellan | Hög |
|------------------------------------------------------------------|------|------|--------|------|
| Cirkulationsorganens sjukdomar - hjärta | 80 % | 35 % | 34 % | 31 % |
| Faktorer av betydelse för hälsotillståndet | 70 % | 30 % | 33 % | 37 % |
| Symptom, sjukdomstecken mm som inte kan klassificeras | 62 % | 32 % | 34 % | 34 % |
| Sjukdomar i urin - och könsorganen ¹ | 36 % | 21 % | 27 % | 51 % |
| Cirkulationsorganens sjukdomar – övriga kärl ¹ | 30 % | 22 % | 34 % | 44 % |
| Cirkulationssjukdomar – hjärna ¹ | 17 % | 16 % | 29 % | 55 % |
| Nervsystemets sjukdomar ¹ | 16 % | 17 % | 25 % | 58 % |
| Huden/underhuden sjukdomar ¹ | 8 % | 10 % | 38 % | 52 % |

¹. Fler som fått diagnos inom högkostnadsgruppen

Att vårdas för en diagnos inom de mest förekommande sjukdomsklasserna som hjärta inom hjärt-/kärlområdet, faktorer av betydelse för hälsotillståndet samt för diagnos inom klassen symptom och sjukdomstecken som inte kan klassificeras på annan plats är lika vanligt förekommande i samtliga kostnadsgrupper.

Hjärtsjukdom finns i lika hög grad inom alla kostnadsgrupper. Diagnoser som är förenade med högre kostnader är nervsystemets sjukdomar, stroke och sjukdomar i urinvägarna.

Vård på sjukhusets akutmottagning

Sammanfattning

98 % av undersökningspersonerna har någon gång under den 18 månader långa undersökningsperioden besökt akuten. I genomsnitt har en undersökningsperson varit på akuten fyra gånger.

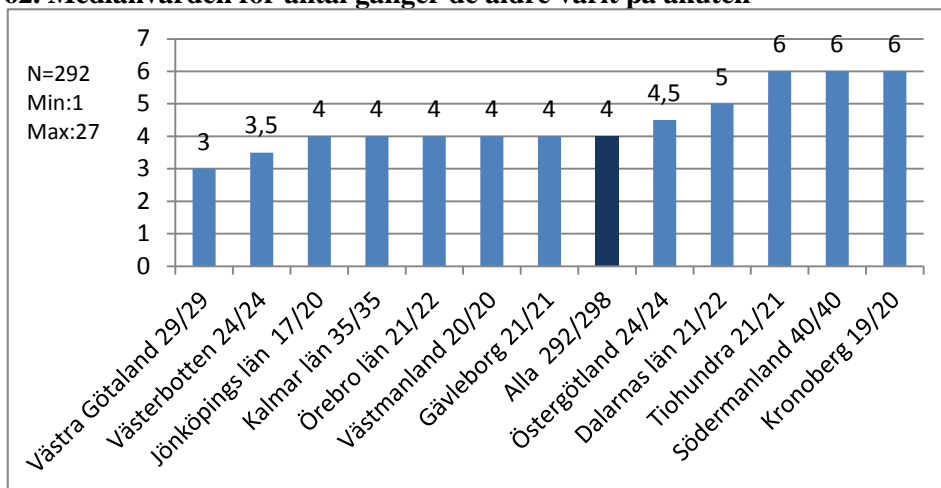
Antal gånger på akuten

61. Besökt akuten uppdelat på kön

| | | | Män N=143 | Kvinnor N=155 |
|----------------------|-------|-------|--------------|------------------|
| Besökt akuten N= 298 | Antal | Andel | | |
| Ja | 292 | 98 % | 98 % | 98 % |
| Nej | 6 | 2 % | 2 % | 2 % |
| Totalt | 298 | 100 % | 100 % | 100 % |

De allra flesta undersökningspersoner (98 %) har någon gång under den 18 månader långa undersökningsperioden besökt akuten. Kvinnorna i lika hög grad som männen.

62. Medianvärden för antal gånger de äldre varit på akuten



I genomsnitt har en undersökningsperson varit på akuten 4 gånger. Som mest har en person varit där 27 gånger. Tre områden Norrtälje/Tiohundra, Södermanland och Kronoberg ligger i topp med 6 gånger och Västra Götaland med lägsta antal akutbesök (3).

På totalnivå och i 8 av de tolv undersökningsområdena har männen flest akutbesök. I Norrtälje/Tiohundra har männen varit på akuten i snitt 7 gånger.

63. Medianer för antal gånger de äldre varit på akuten uppdelat på kostnadsgrupper

| Akuten antal gånger n=216 | Median | Min | Max |
|----------------------------------|---------------|------------|------------|
| Lågstkostnadsgrupp | 3 | 1 | 11 |
| Mellankostnad | 4 | 1 | 15 |
| Högstkostnad | 5 | 1 | 27 |

Högstkostnadsgruppen har varit fler gånger på akuten än låg- och mellangruppen. Detta mönster gäller för både män och kvinnor.

Kontakter inom öppen specialistvård

Sammanfattning

94 % av de multisjuka äldre har besökt läkare inom öppen specialistvård. I genomsnitt har specialistläkare besökts sju gånger. Vanligast är besök hos specialist inom internmedicin, kirurgi, ögon, ortopedi och kardiologi. För de relativa fåtal som haft kontakt med specialist inom njursjukdomar och inom onkologi har kontakterna varit frekventa.

Hur många läkarbesök och var inom den öppna specialistvården

64. Andel multisjuka som besökt läkare inom den öppna specialistvården

| Besökt specialist inom ÖSV | Antal | Andelar | Män N= 143 | Kvinnor N=144 |
|----------------------------|------------|--------------|---------------|------------------|
| Ja | 280 | 94 % | 95 % | 93 % |
| Nej | 18 | 6 % | 5 % | 7 % |
| Totalt | 298 | 100 % | 100 % | 100 % |

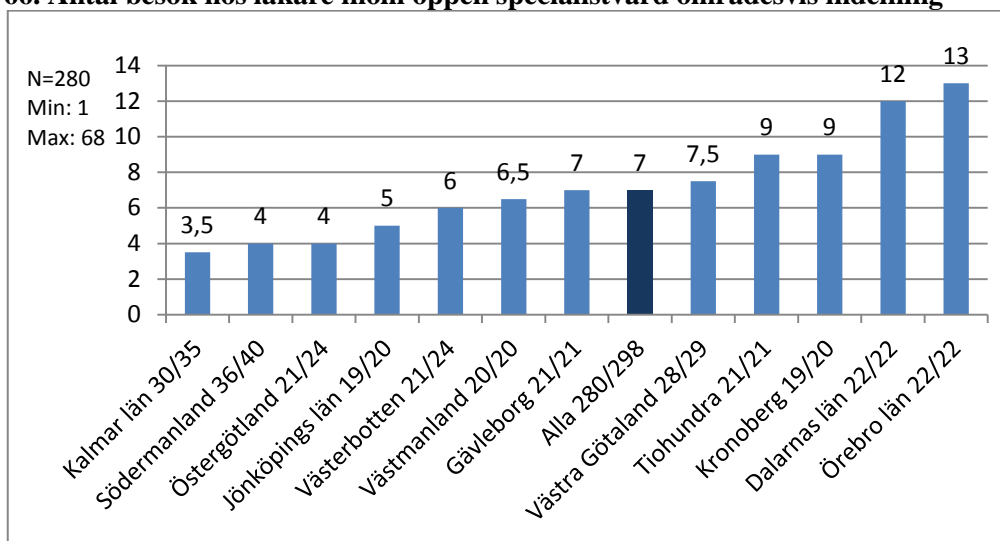
Det stora flertalet har besökt läkare inom öppen specialistvård (94 %). Män och kvinnor i nära nog samma omfattning.

65. Antal gånger de multisjuka besökt läkare inom den öppna specialistvården uppdelat på kön

| Antal gånger besökt läkare inom ÖSV | N =280 | Män N= 136 | Kvinnor N= 144 |
|-------------------------------------|--------|---------------|-------------------|
| Medel | 9 | 10 | 9 |
| Median | 7 | 7 | 7 |
| Min | 1 | 1 | 1 |
| Max | 68 | 68 | 61 |

I snitt har både kvinnor och män besökt läkare inom den öppna specialistvården 7 gånger.

66. Antal besök hos läkare inom öppen specialistvård områdesvis indelning



Skillnaderna mellan de olika undersökningsområdena är stora. I Örebro län ligger undersökningspersonernas antal besök i snitt på 13. I Kalmar på endast 3,5.

67. Genomsnittsvärden för antal gånger multisjuka träffat läkare inom den öppna specialistvården indelat i underspecialiteter

| Öppen specialist vård | Medel | Median | Min | Max | N | Andel |
|-------------------------------|-------|--------|-----|-----|-----|-------|
| INVÄRTES SPEC | | | | | | |
| Internmedicin | 5 | 4 | 1 | 28 | 108 | 36 % |
| Kardiologi | 3 | 1 | 1 | 29 | 61 | 20 % |
| Gastroenterologi & hepatologi | 2 | 1 | 1 | 4 | 8 | 3 % |
| Endokrinologi & diabetologi | 2 | 2 | 1 | 8 | 13 | 4 % |
| Njursjukdomar | 7 | 5 | 1 | 26 | 14 | 5 % |
| Hematologi | 9 | 3 | 1 | 60 | 13 | 4 % |
| Allergologi | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 % |
| Lungsjukdomar | 2 | 1 | 14 | 60 | 13 | 4 % |
| Geriatrisk | 2 | 1 | 1 | 14 | 26 | 9 % |
| KIRURGISKA SPEC | | | | | | |
| Kirurgi | 3 | 2 | 1 | 16 | 107 | 36 % |
| Urologi | 2 | 1 | 1 | 7 | 37 | 12 % |
| Ortopedi | 3 | 2 | 1 | 13 | 73 | 24 % |
| IVA | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,3 % |
| Obstetrik & Gynekologi | 4 | 1 | 1 | 15 | 18 | 6 % |
| Öron Näsa Hals | 3 | 2 | 1 | 15 | 41 | 14 % |
| Ögon | 3 | 2 | 1 | 15 | 100 | 34 % |
| PSYKIATRISKA SPEC | | | | | | |
| Psykiatri | 3 | 1,5 | 1 | 9 | 4 | 1 % |
| NEUROSPEC | | | | | | |
| Neurologi | 3 | 2 | 1 | 6 | 16 | 5 % |
| Neurokirurgi | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0,3 % |
| Rehabiliteringsmedicin | 10 | 2,5 | 1 | 60 | 12 | 4 % |
| ENSKILDA BAS SPEC | | | | | | |
| Infektion | 3 | 1 | 1 | 22 | 21 | 7 % |
| Hud och kön | 3 | 2 | 1 | 9 | 25 | 8 % |
| Reumatologi | 3 | 3 | 1 | 10 | 17 | 6 % |
| Onkologen | 5 | 4 | 1 | 15 | 5 | 2 % |

De flesta undersökningspersonerna har varit i kontakt med specialist inom internmedicin, kirurgi, ögon, ortopedi och kardiologi. De relativa fåtal som träffat specialist inom njursjukdomar och onkologi har träffat specialistläkaren i lika hög grad som de som träffat specialist inom internmedicin.

Hur många sjuksköterskebesök och var inom den öppna specialistvården

68. Andel av de multisjuka som varit hos sjuksköterska inom öppen specialistvård uppdelat på kön

| Sjuksköterska öppen specialistvård N=298 | Antal | Andel | Män N=142 | Kvinnor N=155 |
|------------------------------------------|-------|-------|--------------|------------------|
| PK-provtagning | 33 | 11 % | 13 % | 9 % |
| Dialys | 3 | 1 % | 1 % | 1 % |
| Oftalmologi | 42 | 14 % | 13 % | 15 % |

En mindre andel har besökt sjuksköterskor i öppen specialistvård. 42 personer har besökt sjuksköterska inom den öppna specialistvården för ögonbottenundersökning. 33 personer har kommit för att ta PK-prov och tre personer har gått på dialys.

69. Antal och genomsnittsvärden för multisjuka som träffat sjuksköterska inom öppen specialistvård

| Öppens specialistvård sjuksköterska | Medel | Median | Min | Max | Antal |
|-------------------------------------|-------|--------|-----|-----|-------|
| PK-provtagning | 15 | 8 | 1 | 79 | 32 |
| Dialys | 109 | 110 | 99 | 118 | 3 |
| Oftamologi | 2 | 2 | 1 | 17 | 41 |

De tre undersökningspersoner som gått på analys har varit på öppenvårdsmottagningen i snitt 110 gånger. PK- prov har i snitt tagit 8 gånger.

Hur många övriga besök och var inom den öppna specialistvården

70. Andel multisjuka som träffat övriga professioner inom öppen specialistvård uppdelat på kön

| Öppen specialistvård övriga professioner N=298 | Antal | Andel | Män N= 143 | Kvinnor N= 155 |
|------------------------------------------------|-------|-------|---------------|-------------------|
| Audionom | 26 | 9 % | 11 % | 7 % |
| Dietist | 17 | 6 % | 5 % | 7 % |
| BMA | 8 | 3 % | 3 % | 3 % |
| Logoped | 5 | 2 % | 1 % | 3 % |

Undersökningspopulationen har också varit i kontakt med andra delar av den öppna specialistvården. De flesta av dessa, 26 personer, har träffat en audionom. Några fler män än kvinnor. 17 personer har träffat dietist.

71. Genomsnittsvärden för multisjuka som träffat övriga professioner inom den öppna specialistvården

| Öppen specialist övriga professioner | Medel | Median | Min | Max | Antal |
|-----------------------------------------|-------|--------|-----|-----|-------|
| Audionom | 3 | 2 | 1 | 7 | 26 |
| BMA | 7 | 2 | 1 | 46 | 8 |
| Dietist | 3 | 2 | 1 | 10 | 17 |
| Logoped | 2 | 2 | 1 | 3 | 5 |

I snitt har de undersökningspersoner som träffat audionom, biomedicinsk analytiker, dietist eller logoped varit i kontakt med dessa i snitt två gånger under de 18 undersökningsmånaderna. En av undersökningspersonerna har dock träffat biomedicinsk analytiker 46 gånger.

72. Antal övriga insatser inom öppenspecialistvård fördelat på kön

| Övriga besök | Antal | Andel | Män N= 143 | Kvinnor N= 155 |
|--------------|-------|-------|---------------|-------------------|
| Labb | 156 | 52 % | 56 % | 49 % |
| Röntgen | 140 | 47 % | 50 % | 45 % |
| Operation | 23 | 8 % | 8 % | 7 % |

Omkring 50 % av undersökningspopulationen har fått labbprover tagna eller röntgats inom den öppna specialistvården. 23 personer har opererats inom öppenvård. Förutom operationerna så är kvinnornas andel något mindre än männens.

73. Antal och genomsnittsvärden för övriga insatser inom öppen specialistvård

| Övriga besök | Medel | Median | Min | Max | Antal |
|--------------|-------|--------|-----|-----|-------|
| Labb | 13 | 10 | 1 | 75 | 154 |
| Röntgen | 3 | 3 | 1 | 14 | 138 |
| Operation | 2 | 1 | 1 | 8 | 21 |

Undersökningspersoner som fått labbprover analyserade har i snitt fått detta genomfört tio gånger. Som mest har detta skett 75 gånger för en av undersökningspersonerna. Röntgen sker i snitt tre gånger och en operation inom öppen vård sker för det mesta endast en gång under de 18 undersökningsmånaderna.

Vårdcentral

Sammanfattning

99 % av undersökningspersonerna har på något sätt varit aktuella för insatser på vårdcentral. Av dem som varit föremål för läkar- och/eller distriktssköterskeinsatser har i genomsnitt tre olika läkare och fem olika distriktssköterskor varit inblandade. Hälften av undersökningspersonerna har fått hembesök av distriktssköterskor. Endast 8 % (25 personer) har under dagtid fått hembesök av läkare från vårdcentral. De flesta av dessa hembesök har skett hos undersökningspersoner med höga kostnader för vård och omsorg.

Arbetsterapeuter och sjukgymnaster deltar i vården för mer än var fjärde person. Arbetsterapeuter gör företrädesvis hembesök medan sjukgymnasterna tar emot på vårdcentralen. De flesta multisjuka äldre har haft kontakt med en och samma arbetsterapeut/sjukgymnast.

Med hur många och med vem har undersökningspopulationen kontakt på vårdcentralen

74. Hur många har haft kontakt med vårdcentralen

| Kontakt med vårdcentral | Antal | Andel |
|-------------------------|-------|-------|
| Ja | 294 | 99 % |
| Nej | 4 | 1 % |

Samtliga utom fyra undersökningspersoner har varit i kontakt med vårdcentral (99 %).

75. Profession på vårdcentral som de multisjuka träffat

| Träffat | Antal | Andel |
|--------------------|-------|-------|
| Läkare | 279 | 94 % |
| Distriktssköterska | 265 | 89 % |
| Sjukgymnast | 71 | 24 % |
| Arbetsterapeut | 82 | 28 % |
| Fotterapeut | 13 | 4 % |

De flesta av undersökningspersonerna har på något sätt varit aktuella för läkarinsatser (94 %). Nästan lika vanligt är att distriktssköterska varit inblandad. Nära en fjärdedel av personerna har varit aktuella för sjukgymnast- och något fler för arbetsterapeutinsatser.

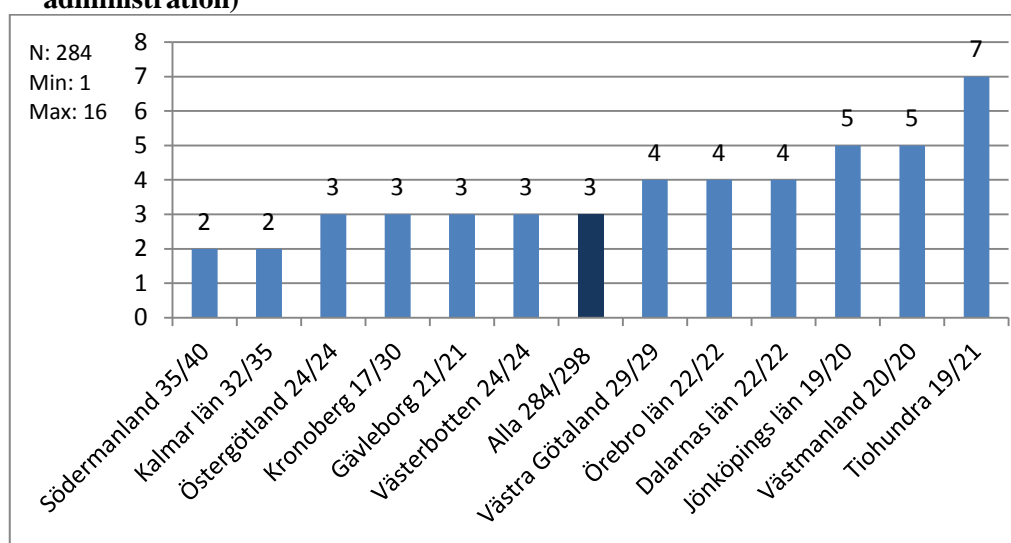
Läkare på vårdcentral

76. Läkarnotat i vårdcentralens journal

| Läkarnotat | Medel | Median | Min | Max | Antal äldre | Andel |
|-----------------------------------------|-------|--------|-----|-----|-------------|-------|
| Mottagningsbesök | 6 | 4 | 1 | 30 | 277 | 93 % |
| Hembesök | 2 | 2 | 1 | 15 | 25 | 8 % |
| Telefonkontakt | 4 | 3 | 1 | 24 | 199 | 67 % |
| Receptföreskrivning | 6 | 4 | 1 | 23 | 173 | 58 % |
| Övrig administration | 9 | 7 | 1 | 42 | 229 | 77 % |
| Antal olika läkare som varit inblandade | 4 | 3 | 1 | 16 | 284 | 95 % |

19 undersökningspersoner har aldrig träffat läkare på vårdcentralen. De har endast varit föremål för insatser som receptföreskrivning, telefonkontakter samt övrig administration kring patienten. I snitt har tre olika läkare på vårdcentralen noterat i journalen om patienten. Som mest har på en vårdcentral 16 olika läkare varit inblandade i en undersökningspersons vård.

77. Medianer för antal olika läkare som dokumenterat om patienten (mottagnings-/hembesök, telefonkontakter, receptföreskrivning samt övrig administration)



I snitt har tre olika läkare på vårdcentral varit involverade i det medicinska omhändertagande av den multisjuka patienten. Läkarna har noterat sina insatser i journalen som mottagnings-/hembesök, telefonkontakt, receptföreskrivning eller övrig administration .

Det skiljer en hel del mellan de olika områdena i förhållande till förhållande till hur många olika läkare som dokumenterat om patienten. Som mest har i genomsnitt sju olika läkare Norrtälje/Tiohundra. Som minst i genomsnitt två olika i Södermanland och i Kalmar län.

Det finns inga skillnader i antal olika läkare vad gäller låg-, mellan- eller högkostnadsgrupp. Det genomsnittliga antalet olika läkare är tre i samtliga kostnadsgrupper.

78. Antal gånger de äldre varit på mottagningsbesök hos läkare på vårdcentral uppdelat i områden efter medianvärde i fallande ordning

| Område | Medel | Median | Min | Max | Antal som besökt | Antal tot i grupp | Andel |
|-----------------|-------|--------|-----|-----|------------------|-------------------|-------|
| Dalarna | 6 | 6 | 1 | 13 | 22 | 22 | 100 % |
| Kalmar | 6 | 5 | 1 | 18 | 34 | 35 | 97 % |
| Västra Götaland | 8 | 5 | 1 | 30 | 29 | 29 | 100 % |
| Örebro | 5 | 5 | 1 | 15 | 20 | 22 | 91 % |
| Västmanland | 5 | 5 | 1 | 15 | 19 | 20 | 95 % |
| TioHundra | 6 | 5 | 1 | 20 | 20 | 21 | 95 % |
| Södermanland | 5 | 4 | 1 | 14 | 34 | 40 | 85 % |
| Östergötland | 5 | 4 | 1 | 23 | 23 | 24 | 96 % |
| Jönköping | 4 | 4 | 1 | 10 | 19 | 20 | 95 % |
| Alla områden | 6 | 4 | 1 | 30 | 277 | 298 | 93 % |
| Kronoberg | 5 | 3.5 | 1 | 13 | 16 | 20 | 80 % |
| Västerbotten | 5 | 3.5 | 1 | 17 | 20 | 24 | 83 % |
| Gävleborg | 5 | 3 | 1 | 14 | 21 | 21 | 100 % |

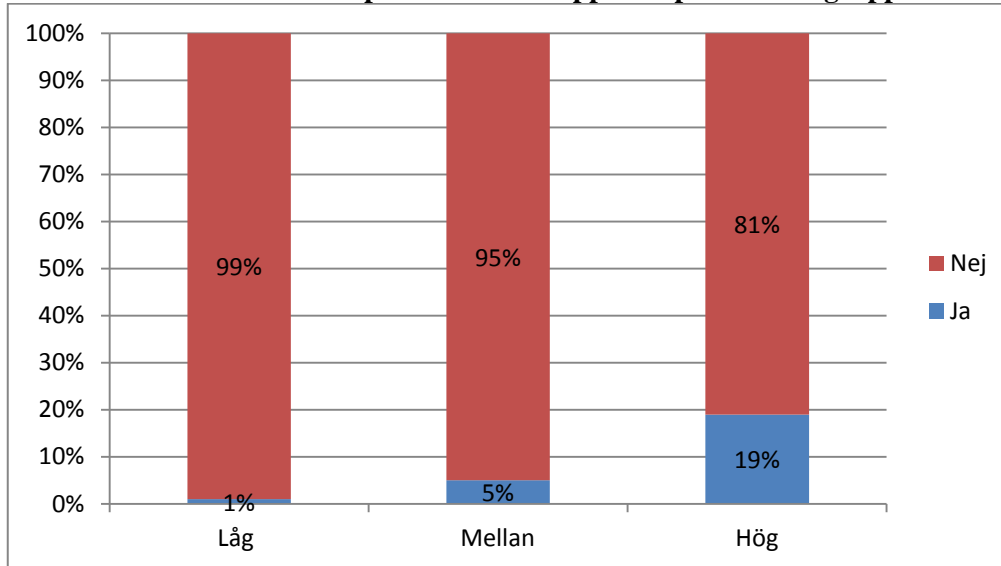
De multisjuka undersökningspersonerna har i genomsnitt varit på mottagningsbesök hos en läkare på vårdcentralen fyra gånger under de 18 undersökningsmånaderna. Antalet besök skiljer en del mellan de olika undersökningsområdena. Flest antal genomsnittliga mottagningsbesök har skett i Dalarna (6). Minst mottagningsbesök (3) har multisjuka i Gävleborg varit på. Som mest har en person i Västra Götaland träffat en vårdcentralsläkare på mottagning 30 gånger.

79. Hembesök dagtid av läkare från vårdcentral fördelat på områden

| Fått hembesök läkare | Andel |
|----------------------|--------|
| Jönköpings län | 4 20 % |
| Västerbotten | 4 17 % |
| Tio hundra | 3 14 % |
| Gävleborg | 3 14 % |
| Kronobergs län | 2 10 % |
| Västmanland | 2 10 % |
| Dalarnas län | 2 9 % |
| Alla | 25 8 % |
| Östergötland | 2 8 % |
| Örebro län | 1 5 % |
| Södermanland | 1 3 % |
| Kalmar län | 1 3 % |
| Västra Götaland | 0 0 % |

25 multisjuka undersökningspersoner har fått hembesök av en läkare från vårdcentral. De flesta av dessa fåtaliga hembesök har, i förhållande till undersökningspopulationens storlek, skett i Jönköpings län.

80. Fått hembesök av läkare på vårdcentral uppdelat på kostnadsgrupper



Hembesök av läkare från vårdcentral genomförs till allra största del hos undersökningspersoner i högkostnadsgrupp .

Distriktssköterska på vårdcentral

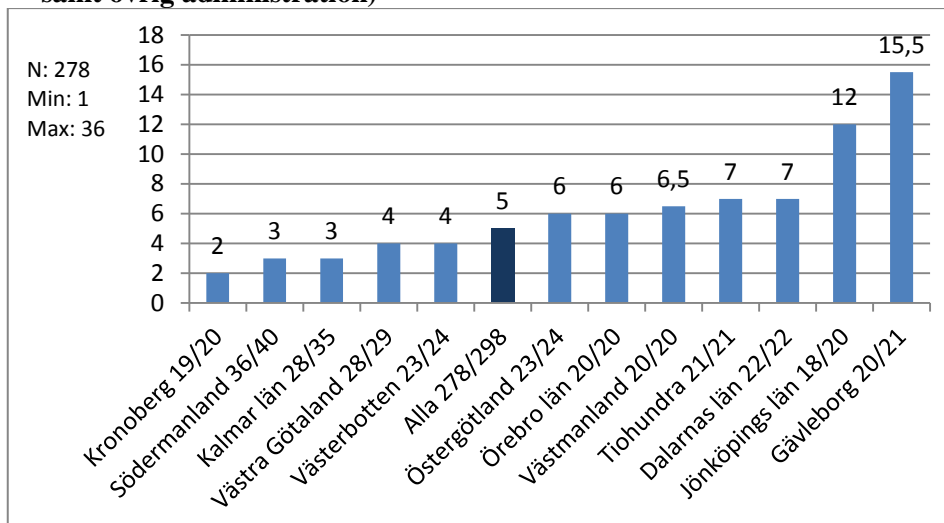
81. Notat distriktssköterska på vårdcentral

| Distriktssköterska notat | Medel | Median | Min | Max | Antal äldre | Andel |
|-------------------------------------------------------------|-------|--------|-----|-----|-------------|-------|
| Mottagningsbesök | 7 | 4 | 1 | 55 | 237 | 80 % |
| Hembesök* | 23 | 11 | 1 | 166 | 134 | 45 % |
| Telefonkontakt | 9 | 6 | 1 | 98 | 46 | 15 % |
| Receptföreskrivning | 2 | 1 | 1 | 11 | 54 | 18 % |
| Övrig administration | 7 | 4 | 1 | 62 | 185 | 62 % |
| Antal olika distriktssköterskor som varit inblandade | 7 | 5 | 1 | 36 | 278 | 93 % |

*Andelen hembesök beräknas endast för dem som under perioden fått hemsjukvårdsbesök genom distriktssköterska på vårdcentral. Ett fåtal hemsjukvårdsbesök från vårdcentralen har också genomförts i Västra Götaland, Norrtälje/Tiohundra där kommunen haft hemsjukvårdsansvaret hela undersökningsperioden samt i Södermanland där kommunen haft hemsjukvårdsansvar i Katrineholm under hela perioden och för hela länet först under de två sista undersökningsmånaderna.

Över 90 % har på något sätt varit föremål för insatser genom distriktssköterska på vårdcentral. 80 % har varit på mottagningsbesök. Omkring hälften har fått hembesök. I genomsnitt har fem olika distriktssköterskor dokumenterat kring en undersökningsperson i omvårdnadsjournalen. Notaten har rört mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakter samt övrig administration. I ett fall har så många som 36 olika distriktssköterskor dokumenterat kring en patient.

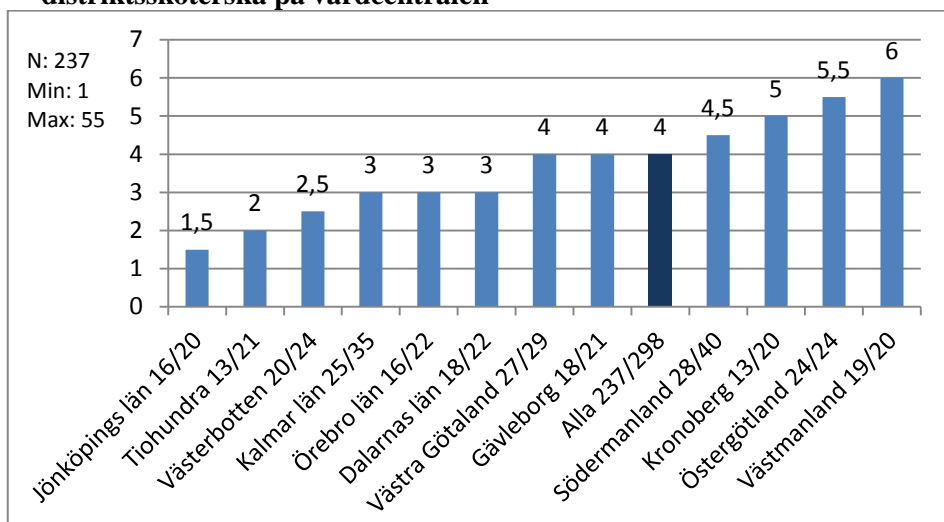
82. Antal olika distriktssköterskor som dokumenterat i omvårdnadsjournalen (mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakter, receptförskrivning samt övrig administration)



Som mest har alltså 36 olika distriktssköterskor noterat i omvårdnadsjournalen kring en multisjuk äldre och i genomsnitt fem.

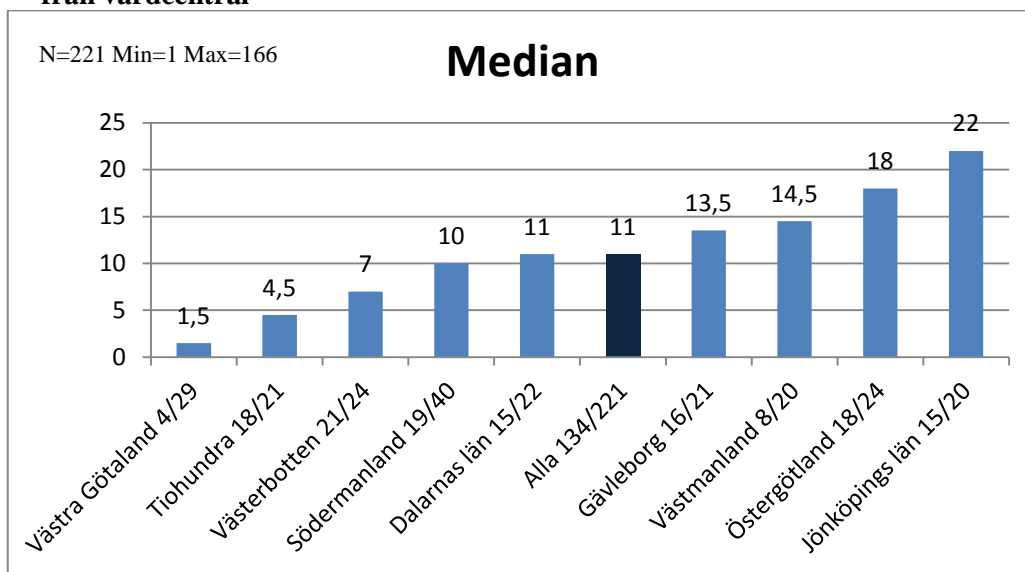
Det genomsnittliga antalet skiljer en del mellan de olika områdena. Högst genomsnittligt antal olika distriktssköterskor som dokumenterar kring en undersökningsperson finns i Gävle (15,5). I Västerbotten finns fyra olika distriktssköterskor. Kronoberg, Kalmar, Västra Götaland, Örebro och Norrtälje/Tiohundra har också under hela eller delar av perioden ansvar för hemsjukvård inom kommunens vård och omsorg och har kontakter också med sjuksköterskor inom kommunens vård och omsorg. Se sid 69.

83. Medianer för antal gånger de äldre varit på mottagningsbesök hos distriktssköterska på vårdcentralen



I genomsnitt har en undersökningsperson en träffat distriktssköterska på mottagning fyra gånger. Det finns skillnader mellan de olika områdena. Som mest har en person varit på mottagning och träffat distriktssköterska 55 gånger.

84. Medianer för antal gånger de äldre fått hembesök av distriktsköterska från vårdcentral*



*Handlar i de allra flesta fall om hemsjukvårdsbesök utan ansvarsövertagande och inskrivning i hemsjukvård. 54 av samtliga 221 personer har under någon period varit inskrivna i hemsjukvård.

Inom områden med landstingsdriven hemsjukvård har 61 % fått hemsjukvårdsbesök med i snitt elva gånger. I Västra Götaland och Norrtälje/Tiohundra sker hembesök både från vårdcentral och från kommunens hemsjukvård. I Kronoberg, Kalmar och Örebro sker hembesök endast inom ramen för kommunens hemsjukvård. Se sid 69.

Sjukgymnast och arbetsterapeut på vårdcentral

85. Sjukgymnastnotat i journal på vårdcentral

| Sjukgymnast notat | Medel | Median | Min | Max | Antal äldre | Andel |
|-------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Mottagningsbesök | 6 | 2 | 1 | 47 | 53 | 18 % |
| Hembesök | 4 | 1 | 1 | 22 | 29 | 10 % |
| Telefonkontakt | 2 | 2 | 1 | 6 | 29 | 10 % |
| Receptföreskrivning | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 % |
| Övrig administration | 3 | 2 | 1 | 14 | 42 | 14 % |
| Totalt fem ovanstående alternativ summerade | 7 | 4 | 1 | 48 | 85 | 29 % |
| Antal olika sjukgymnaster som varit inblandade | 2 | 1 | 1 | 9 | 82 | 28 % |

85 äldre har varit i kontakt med sjukgymnast på vårdcentral. Sjukgymnast har i snitt noterat fyra gånger kring en undersökningsperson. Notaten har rört mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakt, receptföreskrivning samt övrig administration. I de flesta fall har det handlat om besök på vårdcentralen (53 pers). 29 personer har fått hembesök. De flesta undersökningspersoner har haft kontakt med en och samma sjukgymnast.

86. Arbetsterapeutnotat i journal på vårdcentral

| Arbetsterapeut notat | Medel | Median | Min | Max | Antal äldre | Andel |
|----------------------------------------------------------|----------|----------|----------|-----------|-------------|-------------|
| Mottagningsbesök | 2 | 1 | 1 | 5 | 19 | 6 % |
| Hembesök | 3 | 2 | 1 | 22 | 74 | 25 % |
| Telefonkontakt | 3 | 2 | 1 | 18 | 44 | 15 % |
| Receptföreskrivning | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 % |
| Övrig administration | 3 | 1,5 | 1 | 8 | 50 | 17 % |
| Totalt fem ovanstående alt summerade | 6 | 3 | 1 | 39 | 98 | 33 % |
| Antal olika arbetsterapeuter som varit inblandade | 2 | 1 | 1 | 8 | 82 | 28 % |

98 undersökningsspersoner har haft kontakt med arbetsterapeut på vårdcentral. Arbetsterapeut har i snitt noterat tre gånger kring en undersökningssperson. Notaten har rört mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakt, receptföreskrivning samt övrig administration. I de flesta fall har det handlat om hembesök (74 pers). De flesta undersökningsspersoner har haft kontakt med en och samma arbetsterapeut.

Primärvårdens jourverksamhet

Sammanfattning

Akuta hembesök av primärvårdsläkare förekommer joutid i större utsträckning än läkarbesök under vårdcentralens öppettider dagtid. 45 personer har fått akut hembesök av primärvårdens jourläkare. De flesta av dessa hembesök har skett hos multisjuka som befinner sig i mellan- och högkostnadsgrupp.

Även om de flesta hembesök sker dagtid genom vårdcentralens distriktssköterskor så har också 37 personer efter kontorstid haft kontakt med sjuksköterska inom primärvårdens jourverksamhet.

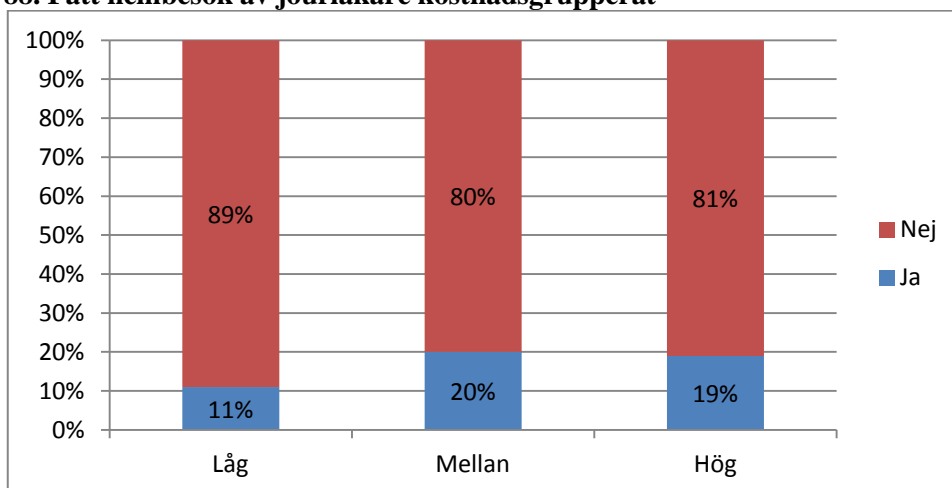
Läkare

87. Besök i hemmet av primärvårdens jourläkare

| Område | Andel | Antal pers | Median antal besök | Min | Max |
|-----------------|-------|------------|--------------------|-----|-----|
| Kronobergs län | 40 % | 8 | 1 | 1 | 4 |
| Dalarnas län | 36 % | 8 | 2 | 1 | 4 |
| Östergötland | 25 % | 6 | 1,5 | 1 | 2 |
| Örebro län | 23 % | 5 | 3 | 1 | 8 |
| Västmanland | 20 % | 4 | 1,4 | 1 | 3 |
| Alla | 15 % | 45 | 1 | 1 | 11 |
| Södermanland | 15 % | 6 | 1 | 1 | 1 |
| Kalmar län | 9 % | 3 | 1 | 1 | 1 |
| Jönköpings län | 5 % | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tio hundra | 5 % | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Gävleborg | 5 % | 1 | 4 | 4 | 4 |
| Västerbotten | 4 % | 1 | 11 | 11 | 11 |
| Västra Götaland | 3 % | 1 | 2 | 2 | 2 |

Hembesök av läkare har inte bara skett i vårdcentralens regi utan akuta hembesök har skett även utanför vårdcentralens öppettider inom ramen för primärvårdens jourverksamhet. 45 personer har fått sådana hembesök. Flest andel besök i förhållande till undersökningspopulation har Kronoberg och Dalarnas län. I de flesta fall rör det sig om ett enstaka besök. I Västerbotten har dock en av undersökningspersonerna fått elva hembesök av jourläkare.

88. Fått hembesök av jourläkare kostnadsgrupperat



Mellan- och högkostnadsgrupp har fått fler hembesök av läkare inom primärvårdens jourverksamhet än lågkostnadsgruppen. Till skillnad från hembesök av vårdcentralläkare verkar jourläkaren inom primärvården göra hembesök redan på mellankostnadsnivå.

Sjuksköterska

89. Kontakt/Hembesök av sjuksköterska inom primärvårdens jourverksamhet

| Område | Andel | Antal | Antal besök medel | Antal besök median | Min | Max |
|-----------------|-------|-------|-------------------|--------------------|-----|-----|
| Örebro län | 59 % | 13 | 3 | 3 | 1 | 13 |
| Dalarnas län | 36 % | 8 | 4 | 3 | 1 | 7 |
| Östergötland | 25 % | 6 | 9 | 3 | 1 | 37 |
| Södermanland | 13 % | 5 | | 1 | 1 | 1 |
| Alla | 12 % | 37 | 4 | 2 | 1 | 37 |
| Kronobergs län | 10 % | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 |
| Västmanland | 5 % | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Västerbotten | 4 % | 1 | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Kalmar län | 3 % | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Tio hundra | - | - | | - | - | - |
| Jönköpings län | - | - | | - | - | - |
| Västra Götaland | - | - | | - | - | - |
| Gävleborg | - | - | | - | - | - |

37 undersökningspersoner har haft kontakt med sköterska inom primärvårdens jourverksamhet. De flesta kontakterna, betraktat som andel av undersökningspopulationen, har de multisjuka i Örebro fått. I snitt har det handlat om två kontakter under de 18 undersökningsmånaderna. I Östergötland har en person dock haft 37 kontakter med primärvårdens joursköterska.

Antal olika läkare som vårdat undersökningspersonerna

Sammanfattning

Undersökningspersonerna har under 18 månader haft kontakt med i snitt 15 olika läkare. Som minst har en person haft kontakt med fem olika läkare och som mest 62. Genomsnittssiffrorna på områdesnivå skiljer en del ifrån totalpopulationen. I Norrtälje/Tiohundra ligger snittet högst med 20 olika läkare.

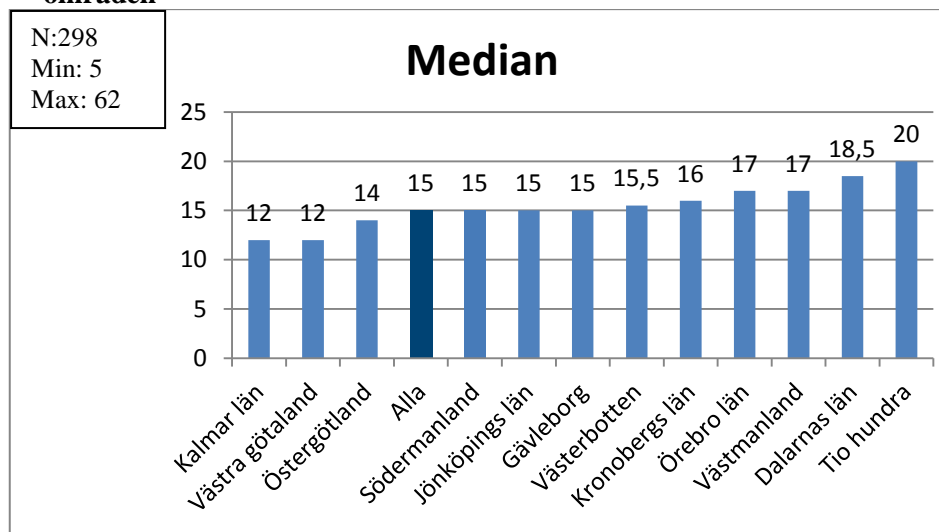
I avsnittet redovisas det antal olika läkare som varit involverade i den multisjuka äldre personens vård under de 18 undersökningsmånaderna. Antalet olika läkare har beräknats som summan av olika läkare på vårdcentral, antal jourläkarkontakter, antal olika akutbesök, antal olika specialistgrenar som besökts inom öppen specialist vård¹⁷ samt antal gånger personen skrivits ut från slutet sjukhusvård.

90. Antal olika läkare inblandade

| Kön | Medel | Median | Min | Max |
|---------|-------|--------|-----|-----|
| Alla | 17 | 15 | 5 | 62 |
| Män | 18 | 16 | 7 | 62 |
| Kvinnor | 16 | 15 | 5 | 42 |

I snitt har undersökningspersonerna under 18 månader i olika situationer haft kontakt med 15 olika läkare. Inte mycket skiljer mellan könen. Som minst har en person haft kontakt med fem olika läkare och som mest har en man träffat 62.

91. Medianer för antal olika läkare involverade i vården fördelat på områden



¹⁷ Varje specialitet räknas endast en gång även om ex vis en urolog besökts tre gånger så har dessa kontakter endast fått värde ett.

Genomsnittssiffrorna på områdesnivå skiljer en del ifrån totalpopulationen. I Norrtälje/Tiohundra ligger snittet högst på 20 olika läkare tätt följt av Dalarna. Lägst ligger Kalmar län och Västra Götaland med 12 olika läkarkontakter.

92. Antal olika läkare inblandade uppdelat efter kostnadsgrupp

| Antal olika läkare | Låg | Mellan | Hög |
|---------------------------|------------|---------------|------------|
| Medel | 14 | 16 | 20 |
| Median | 13 | 14 | 17 |
| Min | 6 | 7 | 8 |
| Max | 30 | 34 | 62 |

De flesta antalet olika läkare involverade finns för undersökningspersonerna i högkostnadsgruppen (17).

Hemsjukvård inom kommunens vård och omsorg

Sammanfattning

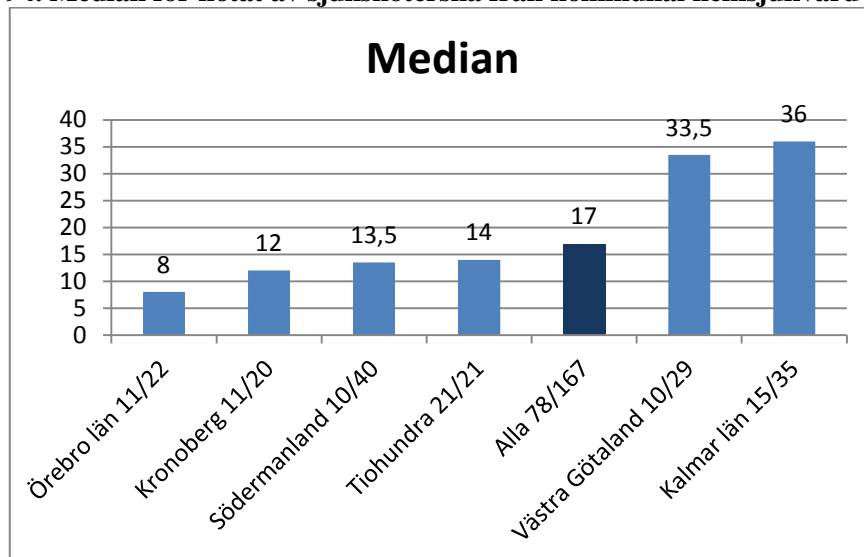
Hemsjukvård kan bedrivas inom kommunal vård och omsorg eller via vårdcentralen utifrån vilken överenskommelse som träffats mellan kommuner och landsting i länet. 98 personer har bott i kommuner med kommunalt ansvar för hemsjukvården. Distriktsköterskor från vårdcentral respektive sjuksköterskor från kommunens hemsjukvård står för den stora mängden hemsjukvårdsbesök. Inga stora skillnader finns mellan länen beroende på val av huvudman för hemsjukvården. I de län som har kommunal vård och omsorg får de äldre något färre hemsjukvårdsbesök av sjuksköterskor och något fler insatser genom sjukgymnaster och/eller arbetsterapeuter.

93. Kommunen har haft ansvar för hemsjukvården under perioden

| Kommunen ansvar för hemsjukvården N= 278 | Antal | Andel |
|------------------------------------------|------------|--------------|
| Ja | 98 | 35 % |
| Nej | 180 | 65 % |
| Totalt | 278 | 100 % |

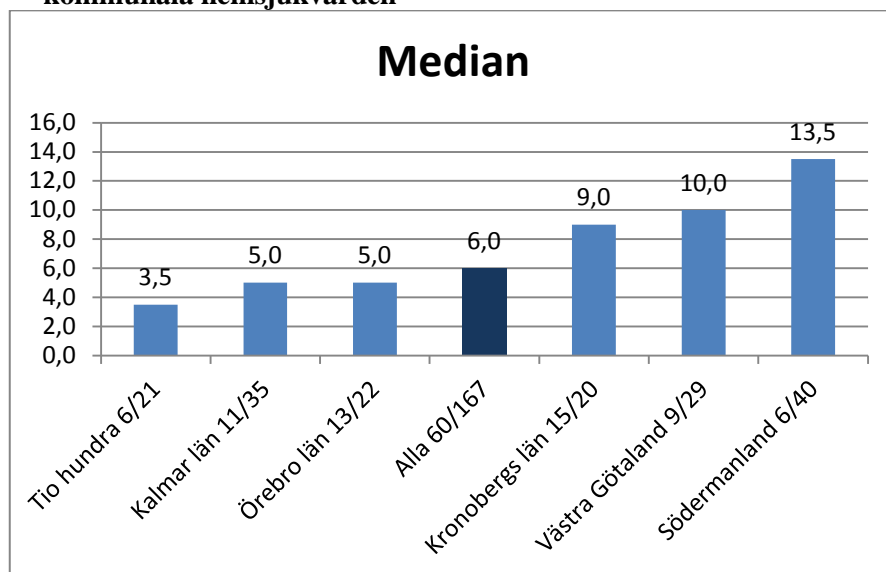
98 personer har under perioden haft hemsjukvårdsinsatser från kommunen. Under perioden har kommunerna inom Kronoberg, Västra Götaland, Örebro, Norrtälje/Tiohundra samt Katrineholm i Södermanland haft hemsjukvårdsansvaret under hela perioden. Kalmar och övriga kommuner inom Södermanland tog över ansvaret för hemsjukvården år 2010 och undersökningspersonerna i dessa områden har under delar av undersökningsperioden haft hemsjukvård inom landstingets primärvård.

94. Median för notat av sjuksköterska från kommunal hemsjukvård



I 47 % av fallen där kommunen haft hemsjukvårdsansvar har sjuksköterska träffat eller på annat sätt haft kontakt med 78 undersökningspersoner i snitt 17 gånger. Variationer finns mellan områdena både vad gäller andel personer och antal gånger dessa haft kontakt.

95. Median för notat av sjukgymnast och/eller arbetsterapeut från den kommunala hemsjukvården



Omkring 40 % av dem med kommunal hemsjukvård har varit i kontakt med arbetsterapeut, sjukgymnast eller båda i snitt kring sex gånger. 60 personer har haft kontakt med inom den kommunala hemsjukvården. Högst andel undersökningsspersoner med arbetsterapeut- och/eller sjukgymnastkontakt finns i Kronoberg där flertalet undersökningsspersoner haft kontakt. Minst andel kontakter har undersökningsspopulationen haft i Södermanland

Kommunens vård och omsorg exklusive hemsjukvård

Sammanfattning

Endast 12 % av undersökningspersonerna klarar sig funktionsmässigt helt självständigt. 59 % av undersökningspopulationen har under de 18 undersökningsmånaderna haft någon form av insatser inom kommunens hemtjänst. Flertalet först under de senare delarna av undersökningsperioden. Ensamboende får mer hemtjänst än samboende och fler kvinnor än män får insatser. Hemtjänstens omfattning varierar både mellan individer och mellan de olika områdena. I genomsnitt har personerna fått 280 timmar vilket motsvarar sju veckors heltidsarbete. De som befinner sig i högkostnadsgrupp har mest hemtjänst. Vanligaste stödinsatserna är kopplade till hjälp med dusch, städning, morgonrutiner och olika insatser kopplade till handling, mat och mathållning.

Nästan var femte undersökningsperson har under perioden fått del av korttidsvård, dagvård, anhörigavlastning eller växelvård. Endast i 8 % av fallen är hemtjänsten enda stödgivare.

Hemtjänst

96. Haft hemtjänst undersökningsperiodens 18 månader uppdelat på kön

| Haft hemtjänst | Totalt N=298 | Man n=143 | | Kvinna n=155 | | | |
|----------------|-----------------|--------------|---------|-----------------|---------|------|------|
| | | Sambo | Ensambo | Sambo | Ensambo | | |
| Ja | 59 % | 52 % | 40 % | 68 % | 65 % | 42 % | 74 % |
| Nej | 41 % | 48 % | 60 % | 32 % | 35 % | 58 % | 26 % |

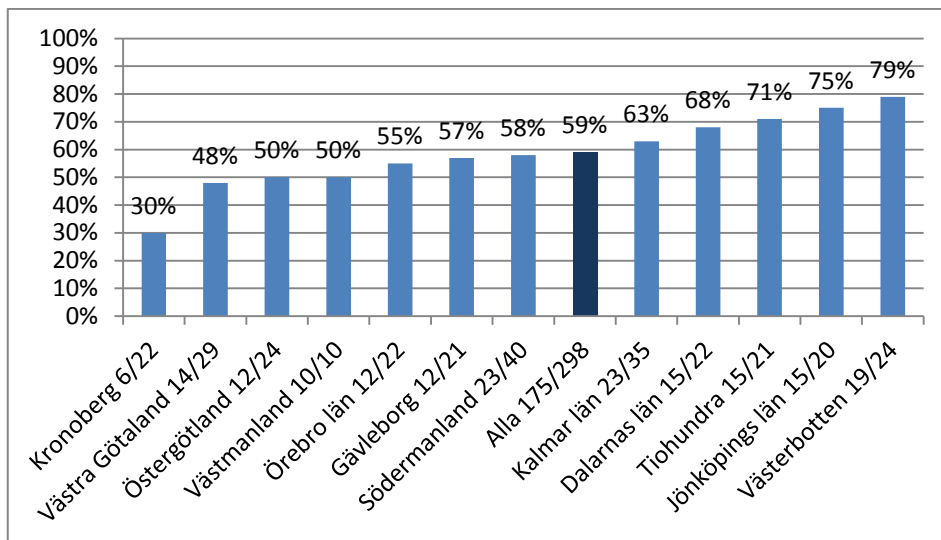
59 % av totalpopulationen har under de 18 undersökningsmånaderna haft någon form av insatser inom kommunens hemtjänst. Kvinnorna (65 %) i högre utsträckning än männen (52 %). Trenden är likartad vare sig man är samboende eller ensamboende.

97. Haft hemtjänst under perioden efter samboende/ensamboende

| Hemtjänst under perioden n=298 | N | Andel | Samboende | Ensamboende |
|--------------------------------|-----|-------|-----------|-------------|
| | | | N= 128 | N=169 |
| Ja | 175 | 59 % | 41 % | 72 % |
| Nej | 123 | 41 % | 59 % | 28 % |
| Totalt | 298 | 100 % | 100 % | 100 % |

Att ha stöd genom hemtjänsten är vanligare bland ensamboende än bland dem som bor tillsammans med, i de flesta fall, make/maka

98. Andel med hemtjänst fördelat på områden



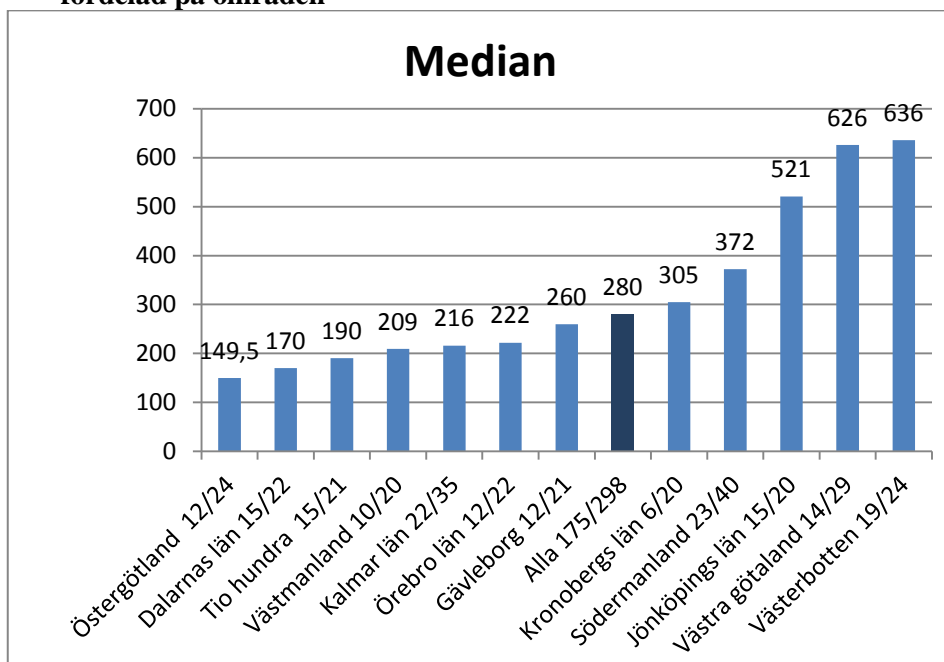
Stora skillnader finns mellan de olika områdena i andel undersökningsspersoner med hemtjänst. Över genomsnittligt antal med hemtjänst ligger från högst till lägst Västerbotten, Jönköping, Norrtälje/Tiohundra, Dalarna, samt Kalmar län. Övriga områden ligger under genomsnittet. Kronoberg allra lägst.

99. Beviljade hemtjänsttimmar undersökningsperiodens 18 månader

| Hemtjänsttimmar | Samtliga n=175 | Män n=74 | Kvinnor n=101 |
|-----------------|----------------|----------|---------------|
| Medel | 426 | 439 | 416 |
| Median | 280 | 283.5 | 265 |
| Min | 7 | 7 | 8 |
| Max | 2199 | 2199 | 1467 |

De 175 personer som under perioden haft hemtjänst har i genomsnitt fått 280 timmar motsvarande omkring sju veckors heltidsarbete. Männerna har i genomsnitt fått något fler timmar än kvinnorna.

100. Beviljade hemtjänsttimmar totalt undersökningsperiodens 18 månader fördelad på områden



Västerbotten har den högsta andelen beviljad hemtjänst i sin undersökningspopulation. Dessa personer får också den högst genomsnittliga beviljade hemtjänsttiden (636 tim eller fyra månaders heltid). Nästan lika mycket tid får den mindre andel hemtjänstmottagarna i Västra Götaland. I Östergötland får hälften av undersökningspopulationen i snitt nästan fyra veckor. Kronobergs län som med lägst andel hemtjänstmottagare ligger strax över genomsnittet i beviljad tid.

Innehåll i kommunens vård och omsorg

101. Typ av hemtjänstinsatser under perioden

| Hemtjänstinsats under perioden n = 175 | Antal | Andel |
|----------------------------------------|-------|-------|
| Dusch | 112 | 64 % |
| Städning | 109 | 62 % |
| Morgonrutin | 93 | 53 % |
| Tvätt | 83 | 47 % |
| Kvällsrutin | 73 | 42 % |
| Tillsyn | 70 | 40 % |
| Matdistribution | 67 | 38 % |
| Huvudmål | 60 | 34 % |
| Morgon- och kvällsmål | 53 | 30 % |
| Handling/inköp | 53 | 30 % |
| Utevistelse | 41 | 23 % |
| Apoteksärenden | 29 | 17 % |
| Handräckning | 4 | 2 % |
| Delegerande uppgifter från primärvård | 6 | 3 % |

Tabell 101 visar att de 175 undersökningsspersoner som beviljats hemtjänstinsats, eller kombinationer av olika insatser, till största del fått stöd med dusch, städning, morgonrutiner och med olika typer av stöd kopplat till handling, mat och mathållning.

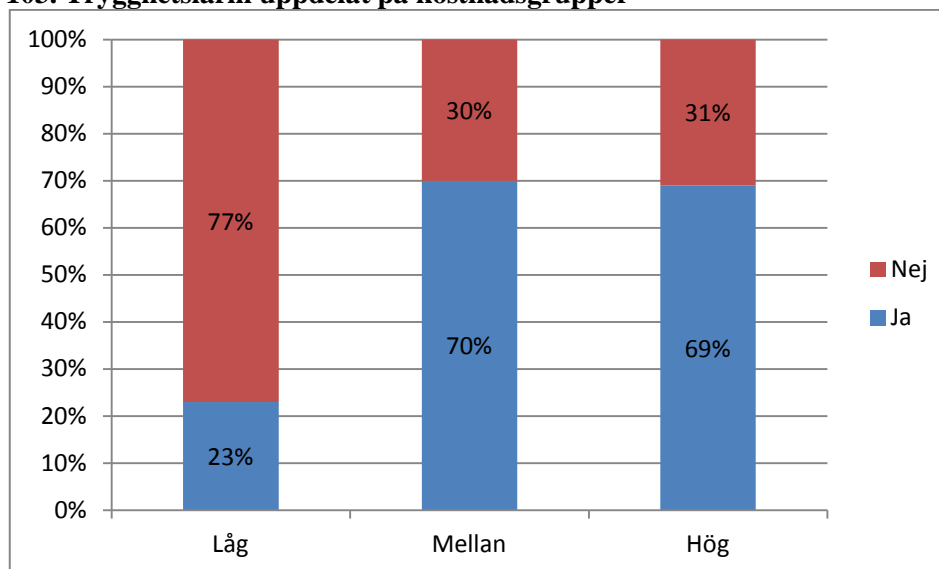
Tabellen visar också att hemtjänsten är involverad i läkemedelshanteringen i så motto att man hämtar ut läkemedel, ger handräckning till personer som inte själva klarar sitt läkemedelsintag samt att de utför sjukvårdande uppgifter på delegation från vårdcentralens distriktssköterska. (Uppgifterna kopplade till läkemedel kan ha registrerats i underkant då uppgifterna inte alltid gått att spåra i granskade journaler och övrig dokumentation.)

102. Hur många har fått korttidsboende, avlastning, växelvård eller dagverksamhet

| Insatsform N=298 | Antal | Andel |
|---------------------------------------------------|-----------|-------------|
| Dagvård | 15 | 5 % |
| Korttidsvård | 38 | 13 % |
| Växelvård | 7 | 2 % |
| Avlastning anhörig | 8 | 3 % |
| Totalt antal personer med någon insatsform | 55 | 18 % |

Totalt har 18 % (55 personer) av undersökningsspersonerna beviljats korttidsvård, växelvård eller dagverksamhet. Åtta anhöriga/närstående har under någon period beviljats timmar för avlastning.

103. Trygghetslarm uppdelat på kostnadsgrupper



164 personer har trygghetslarm. Av dessa har 23 personer endast larm. Hög och mellankostnadsgruppen har i betydligt högre utsträckning än lågkostnadsgruppen fått larm installerat.

Som stöd vid transporter har 70 personer i studien rätt att anlita färdtjänst. I hög utsträckning får omkring hälften av undersökningsspersonerna också stöd med transporter genom anhöriga/närstående.

Med vem delar kommunens vård och omsorg hjälp och stöd

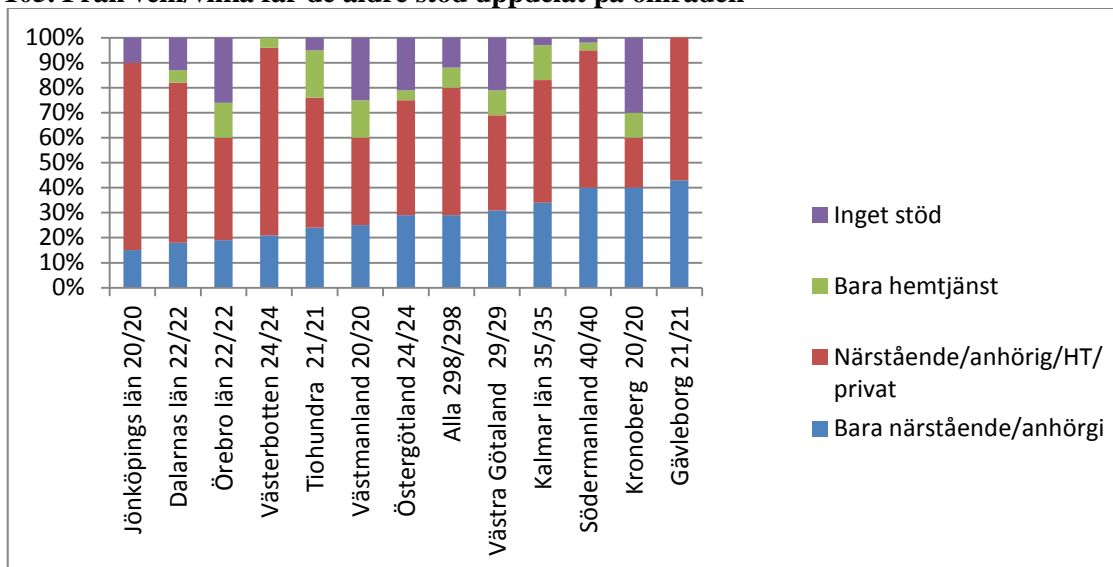
104. Från vem/vilka får de äldre stöd indelat i kostnadsgrupper

| Typ av stöd | Alla | Låg N=74 | Mellan N=74 | Hög N=74 |
|--------------------------------------|--------------|--------------|----------------|--------------|
| Bara närstående/Anhöriga | 29 % | 53 % | 22 % | 18 % |
| Närstående/Anhöriga/Hemtjänst/Privat | 51 % | 18 % | 64 % | 72 % |
| Bara hemtjänst | 8 % | 3 % | 8 % | 9 % |
| Ingen hjälp | 12 % | 27 % | 7 % | 1 % |
| Totalt | 100 % | 100 % | 100 % | 100 % |

12 % av undersökningspersonerna klarar sig helt självständigt. Som tidigare visats så får nära 60 % av totalpopulationen stöd genom hemtjänsten. Endast i 8 % av fallen är hemtjänsten ensam stödgivare. I lågkostnadsgruppen är hemtjänstens andel som ensam hjälp och stödgivare bara 3 %. I högkostnadsgruppen har andelen som ensamhjälpare stigit till 9 %.

Hemtjänst ges till största del i de fall där också anhöriga/närstående ger hjälp och stöd. Anhörigas del av är omfattande i alla grupper men ökar från låg- till högkostnadsgrupp men då inte som ensam hjälp och stödgivare. Hemtjänsten ökar också sin andel i betydande omfattning från låg- till högkostnadsgrupp. Både som ensam stödgivare och i alla de fall där också närstående ger hjälp och stöd.

105. Från vem/vilka får de äldre stöd uppdelat på områden



I totalpopulationen klarar sig 12 % av undersökningspersonerna helt självständigt. Detta förhållande skiljer sig en del mellan de olika områdena. I Gävleborg är ingen utan hjälp och stöd. I Södermanland, Kalmar och i Norrtälje/Tiohundra är andelen som klarar sig självständigt låg i förhållande till områden som Kronoberg, Västmanland, Örebro, Östergötland och Västra Götaland

Särskilda enheter eller samverkansformer

Sammanfattning

Ett fåtal undersökningspersoner har varit i kontakt med särskilda enheter eller samverkansformer mellan landsting och kommun utanför sjukhuset. Fem personer har under någon period varit inskrivna i ASIH. En undersökningsperson var vid intervjutillfället inskriven i palliativt team. Fyra undersökningspersoner har fått besök av arbetsterapeut och sjukgymnast för träning i hemmet efter vård på sjukhus. I övrigt har ett 30 tal personer varit föremål för enstaka insatser från särskilda vårdplanerings- och hemsjukvårdsteam.

Avancerad sjukvård i hemmet, palliativt team osv.

106. Insatser från särskilda enheter eller samverkansformer

| Särskilda enheter/Samverkansformer | Antal | Andel |
|---------------------------------------------|--------------|--------------|
| Avancerad sjukvård i hemmet | 5 | 2 % |
| Rehabteam | 4 | 1 % |
| Palliativt team | 1 | 0 % |
| Vårdplanerings- och hemsjukvårdsteam | 30 | 10 % |

Fem personer har under någon period varit inskrivna i ASIH (avancerad sjukvård i hemmet). Insatserna har bland annat rört blodtransfusioner och intravenösa injektioner av antibiotika. I tre fall har det handlat om sjuksköterskeinsatser och de två resterande även läkare. Fyra personer har under någon vecka upp till några månader efter sjukhusvård fått rehabilitering i hemmet av arbetsterapeut och sjukgymnast. En samboende kvinna var vid intervjutillfället inskriven i palliativt team bestående av läkare, sjuksköterska och distriktssköterska.

Förutom vid utskrivning från sjukhuset har ett antal undersökningspersoner också vid något eller några tillfällen varit föremål för särskilda insatser från vårdplanerings- och hemsjukvårdsteam. De professioner som ingått i dessa team har till största del arbetat inom landstingets primärvård men också från kommunens vård och omsorg. I de fall som kunnat följas i den dokumentation som granskats har det handlat om ett antal möten eller kontakter där ingen enskild person eller profession haft ett övergripande ansvar för undersökningspersonernas hela vård- och omsorgssituation.

Information från journaler och övrig dokumentation

Sammanfattning

Huvudansvaret för vården utanför den slutna sjukhusvården vilar i de flesta fall på vårdcentralerna. Ibland delas ansvaret med den specialiserade öppenvården eller kommunens hemsjukvård. Det undersökningspersonerna mest frekvent söker på vårdcentralen för är hjärt-/kärlproblematik, frågor kopplade till läkemedel, smärta, urinvägsinfektioner, funktionshinder, problem med lungor och mage samt yrsel/fall och sår. Det har i genomsnitt tagit åtta dagar för en epikris att signeras i vårdcentralens journal. I flertalet områden finns det exempel på epikriser som signerats först efter 90 dagar eller mer. Endast var femte person har enligt dokumentationen varit föremål för samordnad vårdplanering ut från sjukhuset där distriktssköterska från vårdcentralen deltagit. Vårdcentralens läkare har inte deltagit vid något tillfälle. Vårdcentralens läkare har skrivit remisser till läkare i öppen specialistvård för nära tre av fem patienter.

30 undersökningspersoner uppges vara registrerade i Nationella Diabetes Registret. I Norrtälje/Tiohundra har det länsövergripande systemet Händelsevis (system för registrering av risk för vårdskador och inträffade händelser) tillämpats för samtliga undersökningspersoner. Total uppges sex personer blivit registrerade i Senior Alert.

Registrerade avvikelser har i vårdcentraldokumentationen bara kunnat spåras i drygt hälften av områdena och där för endast för 26 personer. I ytterligare några områden har man dock i dokumentationen kunnat spåra risk och händelser för 47 undersökningspersoner granskarna bedömt borde föranlett avvikelserapporter.

I avsnittet redovisas huvudsakligen inhämtade data från 18 månaders granskning av vårdcentralsjournaler samt dokumentation från kommunens biståndshandläggarenhet och från utförare av kommunens vård och omsorg. Respektive områdes granskare har matat in efterfrågade uppgifter i en webbenkät som lagrats i en nationell databas på SKL

Vårdcentralens dokumentation

Vem svarar för medicinskt omhändertagande utanför slutenvården

107. Vem har det huvudsakliga ansvaret för det medicinska omhändertagandet utanför slutenvården

| Huvudsakliga ansvaret utanför slutenvården n=296 | Antal | Procent |
|--------------------------------------------------------|------------|--------------|
| Vårdcentralen | 160 | 54 % |
| Vårdcentral och öppen specialistvård | 66 | 22 % |
| Vårdcentral och kommunens hemsjukvård | 30 | 10 % |
| Vårdcentral/öppen specialist vård/kommunenshemsjukvård | 1 | 0 % |
| Öppna specialistvården | 30 | 10 % |
| Privat läkare | 7 | 2 % |
| Ingen | 2 | 1 % |
| Totalt | 296 | 100 % |

Efter studium av 18 månaders vårdcentraldokumentation besvarades frågan om vem som haft det huvudsakliga medicinska patientansvaret utanför slutenvården. Vårdcentralen bedömdes till 86 % ha ett ansvar och i 56 % av dessa fall ett egenansvar. I drygt en femtedel av fallen ansågs ansvaret för patienten vara delat mellan vårdcentral och öppen specialistvård och i 10 % av fallen delat med kommunens hemsjukvård. För var tionde patient bedömdes den öppna specialistvården vara den part som haft det huvudsakliga ansvaret.

108. Vem har det huvudsakliga medicinska ansvaret utanför slutenvården områdesvis indelat

| Områden n=296 | VC N=160 | VC och öppen specvård N=66 | Öppen specvård N=30 | VC och kommunens hsv N=30 | Privat läkare N=7 | Ingen N=2 | VC/öppen specvård/kommunens hsv N=1 |
|-----------------|----------|----------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------|-----------|-------------------------------------|
| ALLA | 54 % | 22 % | 10 % | 10 % | 2 % | 1 % | - |
| Tiohundra | 48 % | 29 % | 5 % | 14 % | - | - | - |
| Södermanland | 70 % | 10 % | 10 % | - | 5 % | 5 % | - |
| Östergötland | 96 % | - | 4 % | - | - | - | - |
| Jönköping | 85 % | 10 % | 5 % | - | - | - | - |
| Kronoberg | 5 % | 55 % | 15 % | 25 % | - | - | - |
| Kalmar | 40 % | 20 % | 14 % | 26 % | - | - | - |
| Västra Götaland | 48 % | 31 % | 14 % | - | 7 % | - | - |
| Örebro | 27 % | - | 9 % | 59 % | - | - | 5 % |
| Västmanland | 5 % | 90 % | 5 % | - | - | - | - |
| Dalarna | 68 % | 27 % | 5 % | - | - | - | - |
| Gävle | 52 % | 14 % | 24 % | 5 % | - | - | - |
| Västerbotten | 83 % | - | 8 % | - | 8 % | - | - |

Stora skillnader finns mellan de olika områdena. I Östergötland bedöms vårdcentralen ha det huvudsakliga medicinska ansvaret för 96 % av deras undersökningspersoner. Jönköpings län liksom Västerbottens bedömer på likartat sätt. I Kronoberg och i Västmanland ligger vårdcentralens egenansvar endast på 5 %. I dessa områden bedöms ansvaret delat mellan vårdcentral och den öppna specialistvården.

För vad söks och vad följs upp

109. För vilka symtom/problem söker de äldre för samt hur följs respektive symtom/problem upp (N=298)

| Symptom/problem | Andel som söker | Andel som följs upp | Skillnader i % |
|-------------------------|-----------------|---------------------|----------------|
| Hjärt-/kärlsjukdomar | 65 % | 59 % | - 6 % |
| Läkemedel | 56 % | 37 % | -19 % |
| Smärta/Värk | 47 % | 34 % | -13 % |
| Urinvägsinfektion | 45 % | 33 % | -12 % |
| Rörelse funktionshinder | 37 % | 26 % | -11 % |
| Lungproblem | 36 % | 25 % | -11 % |
| Magproblem | 34 % | 24 % | -10 % |
| Yrsel/Fall | 31 % | 23 % | -8 % |
| Sår | 30 % | 23 % | -7 % |
| Infektion | 28 % | 20 % | -8 % |
| Diabetes | 27 % | 18 % | -9 % |
| Trötthet | 20 % | 13 % | -7 % |
| Ångest oro | 18 % | 11 % | -7 % |
| Hörsel | 15 % | 9 % | -6 % |
| Syn | 14 % | 8 % | -6 % |
| Nutrition dålig aptit | 12 % | 7 % | -5 % |
| Illamående | 11 % | 6 % | -5 % |
| Sömnbesvär | 9 % | 6 % | -3 % |
| Psykiska problem | 8 % | 6 % | -2 % |
| Minnesproblem | 7 % | 6 % | -1 % |

Det undersökningspersonerna mest frekvent söker på vårdcentralen för, enligt vad som går att utläsa ur vårdcentralens journal, är hjärt-/kärlproblematik, frågor kopplade till läkemedel, smärta, urinvägsinfektioner, funktionshinder, problem med lungor och mage samt yrsel/fall och sår. Hjärt-/kärlsjukdomarna följs upp i högre grad än områden som berör läkemedel, smärta, urinvägsinfektioner, funktionshinder, problem med lungor och mage, yrsel/fall och sår.

De relativt få undersökningspersoner som söker för minnesproblem, psykiska besvär eller sömnbesvär blir enligt vad som kan utläsas ur journalerna också i stor utsträckning föremål för vårdcentralens uppföljning.

Vilka olika professioner dokumenterar i vårdcentralens journal och med vem/vilka har dessa professioner kontakt

Läkare

110. Notat i läkarjournalen kring den äldre - med vem/vilken verksamhet (N=298)

| Notat läkare med ... | Antal äldre | Andel |
|-----------------------------|-------------|-------|
| Den äldre | 251 | 84 % |
| Personal på vårdcentralen | 152 | 51 % |
| Vårdgivare slutenvården | 106 | 36 % |
| Vårdgivare specialistvården | 84 | 28 % |
| Anhörig/närstående | 71 | 24 % |
| Kommunens vård och omsorg | 32 | 11 % |
| Övrig administration | 66 | 22 % |

De flesta notaten i vårdcentralens läkarjournal rör den äldre undersökningspersonen. Vanligt är också notat om kontakter med den egna personalen eller med andra vårdgivare inom landstinget. Mindre vanligt är notat som rör kommunens vård och omsorg.

Distriktssköterska

111. Notat distriktssköterska i omvårdnadsjournalen kring den äldre - med vem/vilken verksamhet (N=298)

| Notat distriktssköterska med ... | Antal äldre | Andel |
|----------------------------------|-------------|-------|
| Den äldre | 242 | 81 % |
| Personal på vårdcentralen | 142 | 48 % |
| Anhörig/närstående | 91 | 31 % |
| Vårdgivare slutenvården | 78 | 26 % |
| Kommunens vård och omsorg | 70 | 23 % |
| Vårdgivare specialistvården | 28 | 9 % |
| Övrig administration | 38 | 13 % |

Distriktssköterskans dokumentation visar likartat mönster för kontakter som läkarnas. Distriktssköterskorna har dock fler notat som rör kontakter med kommunens vård och omsorgsgivare liksom med anhöriga. De har färre notat än läkarna kring kontakter med slutenvård och öppen specialistvård.

Hur lång tid tar det för epikriser att signeras i vårdcentralens journal

112. Hur lång tid innan epikris från slutenvård signeras i journal

| Epikriser n=181 | Antal dagar |
|-----------------|-------------|
| Medel | 15 |
| Median | 8 |
| Min | 0 |
| Max | 150 |

Det har igenomsnitt tagit åtta dagar för en epikris att signeras i vårdcentralens journal. Som mest har en epikris signerats först efter 150 dagar.

Uppgifter om epikriser saknas i flera områden. Endast Västmanland och Örebro har sådan information om samtliga sina undersökningspersoner. Kronoberg saknar information kring samtliga sina undersökningspersoner eftersom man här har gemensam journal och epikrisen finns tillgänglig i den gemensamma journalen samma dag som patienten skrivs ut från slutenvårdstillfället. Det går däremot inte att utläsa när vårdcentralen faktiskt tagit del av epikrisen.

Tid för överföring av information med epikris varierar och i alla områden finns fall där epikrisen försenats orimligt länge.

Samordnad vårdplanering vid utskrivning från slutenvård där vårdcentralen deltagit

113. Vårdplanering där vårdcentralen haft en roll fördelat på områden

| Vårdplanering där vårdcentralen haft en roll | Antal personer | Antal undersökningspersoner |
|----------------------------------------------|----------------|-----------------------------|
| Dalarna län | 10 | 22 |
| Jönköpings län | 8 | 20 |
| Norrhälje/Tiohundra | 8 | 21 |
| Gävleborg | 7 | 21 |
| Östergötland | 6 | 24 |
| Västmanland | 5 | 20 |
| ALLA | 56 | 298 |
| Västerbotten | 4 | 24 |
| Södermanland | 4 | 40 |
| Västra Götaland | 3 | 29 |
| Kalmar län | 1 | 35 |
| Kronobergs län* | - | 20 |
| Örebro län* | - | 22 |

*Uppgift saknas

De som granskat vårdcentralernas journaler har endast funnit 56 personer (19 %) som varit föremål för samordnad vårdplanering där vårdcentralens distriktssköterska har medverkat.

114. Antal vårdplaneringar där den äldre varit deltagit i där vårdcentralen haft en roll (sammanlagt 96 vårdplaneringar har ägt rum).

| Antal vårdplaneringar | Antal personer | Antal vårdplaneringar |
|------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1 | 35 | 35 |
| 2 | 13 | 26 |
| 3 | 2 | 6 |
| 4 | 2 | 8 |
| 5 | 3 | 15 |
| 6 | 1 | 6 |
| Totalt | 56 | 96 |

Totalt har vårdcentralen, enligt den dokumentation som granskarna kunnat ta del av, medverkat i 96 vårdplaneringar. De flesta undersökningspersonerna har endast varit med om en vårdplanering med vårdcentralens medverkan. En person har dock varit föremål för sex olika vårdplaneringar med vårdcentralens distriktssköterska.

115. Var har vårdplaneringen ägt rum där vårdcentralen deltagit

| Plats för vårdplaneringarna | Antal personer | Antal gånger | Andel av totalt antal VP (96) |
|------------------------------------|-----------------------|---------------------|--------------------------------------|
| Sjukhus | 38 | 64 | 67 % |
| Äldres hem | 9 | 16 | 17 % |
| Telefon | 8 | 10 | 10 % |
| Webbaserat it-stöd | 11 | 12 | 13 % |

I de allra flesta fall där vårdcentralens distriktssköterska deltagit i vårdplanering har den skett på sjukhuset, per telefon eller via webbaserat it-stöd. Endast nio undersökningspersoner har fått vårdplanering i hemmet där vårdcentralens distriktssköterska medverkat.

Remisser

116. Finns uppgifter om remisser från vårdcentralen till specialistvård

| Remiss till specialistvård n=280 | Antal personer | Andel |
|---------------------------------------------|-----------------------|--------------|
| Ja | 158 | 57 % |
| Nej | 122 | 43 % |
| Totalt | 280 | 100 % |

Läkare på vårdcentral har skrivit remisser till öppenvårdens specialister för över hälften av undersökningspersonerna.

Delegation till hemtjänstpersonal inom hemsjukvården

117. Har hemtjänstpersonal genomfört sjukvårdande uppgifter på delegation av distriktssköterska på vårdcentral

| Delegation till hemtjänstpersonal n=232 | Antal | Andel |
|--------------------------------------------|------------|--------------|
| Ja | 23 | 10 % |
| Nej | 209 | 90 % |
| Totalt | 232 | 100 % |

23 undersökningsspersoner uppges ha fått stöd genom hemtjänstpersonal med delegation från distriktssköterska på vårdcentral. Sju av dessa undersökningsspersoner har funnits i Norrtälje/Tiohundra och sex i Västerbotten.

I endast tre fall har uppgift i journalen återfunnits om att den äldre multisjuka haft ordinerad egenvård och ett egenvårdsintyg.

Kvalitetsregister

118. Har den äldre registrerats i kvalitetsregister

| Registreringar i kvalitetsregister n=282 | Antal | Andel |
|------------------------------------------|------------|--------------|
| Ja | 65 | 23 % |
| Nej | 198 | 70 % |
| Vet ej | 19 | 7 % |
| Totalt | 282 | 100 % |

65 undersökningsspersoner uppges vara registrerade i något kvalitetsregister.

119. Vilka områden har registrerat i kvalitetsregister

| Har registrerat N=65 | Antal personer | Andelar |
|----------------------|----------------|---------|
| Norrtälje/Tio hundra | 21 | 100 % |
| Södermanland | 8 | 20 % |
| Östergötland | 3 | 13 % |
| Jönköpings län | 6 | 30 % |
| Kronobergs län | 5 | 25 % |
| Kalmar län | 5 | 14 % |
| Västmanland | 6 | 30 % |
| Dalarnas län | 3 | 14 % |
| Gävleborg | 3 | 14 % |
| Västerbotten | 5 | 21 % |

De flesta av dem som registrerats i det som betraktats som kvalitetsregister har funnits i Norrtälje/Tiohundra.

120. I vilket kvalitetsregister har registrerats

| Vilket kvalitetsregister n=63 | Antal |
|--------------------------------------|--------------|
| NDR | 30 |
| Händelsevis | 21 |
| Senior Alert | 6 |
| Riks-HIA | 2 |
| Astma/Kol register | 1 |
| Cancerregistret | 1 |
| Nationellt register Pneumoni | 1 |
| Njurcancerregistret | 1 |

Av dem som i dokumentationen återfunnits som registrerade i kvalitetsregister så har de flesta återfunnits i Nationella Diabetes Registret. I Norrtälje/Tiohundra används ett system som tillämpas inom Stockholms läns landsting för registrering av risk för vårdskador och inträffade händelser som kallas Händelsevis. Samtliga undersökningspersoner i Norrtälje/Tiohundra uppges vara registrerade i Händelsevis. Sex personer uppges vara registrerade i Senior Alert.

Avvikelser

På frågan om vilket system som tillämpas för avvikelserapportering uppges sju områden (Södermanland, Östergötland, Västmanland, Gävleborg samt Jönköpings, Kronobergs och Dalarnas län) att de använder det för landstinget gemensamma elektroniska systemet Synergi för avvikelserapportering. I Västerbotten finns ett för landstinget gemensamt system kallat Linda för rapportering av avvikelser inom läkemedelsområdet. I Kalmar län ett system kallat Lisa. Övriga områden har inte kunnat besvara frågan.

Vilka avvikelser finns registrerade under perioden

För de allra flesta har det inte gått för granskarna av dokumentationen att utläsa om avvikelse registrerats under perioden. Sju områden har kunnat spåra avvikelserapporter. Här har 55 avvikelser noterats för 26 av undersökningspersonerna. De flesta av dessa avvikelser (30) rör fall i hemmet, som inläggande på sjukhus eller på korttidsboende. Ett fall inträffar omedelbart efter hemkomst från sjukhuset. Personen har skickats hem därifrån utan bedömning av förflyttningsförmåga. Fall och åker in på sjukhus för vård igen. Flera avvikelser rör missar i informationsöverföring mellan slutenvård och öppenvård vid inskrivning och/eller utskrivning av patienter. Ett avvikelse rör oenighet mellan akutmottagning och medicinavdelning om var patienten ska läggas in. Denna diskussion resulterar i lång väntetid för patienten. Flera avvikelser finns också kring läkemedelshantering, felaktiga provtagnings svar och vårdskador. Några fall tar upp kommunikationsbrister mellan läkare, patient och anhörig/närstående.

Risk och händelser som inte registrerats som avvikelser

För 47 undersökningspersoner i nio områden förekommer dokumenterade händelser i vårdjournalen som granskarna bedömer som avvikelser men som inte registrerats som sådana. Fall som lett till onödiga akut- och slutenvårdsvistelser samt nödvändiga behandlingar som inte genomförts pga missar i informationsöverföring mellan olika vårdnivåer. Det rör sig i om fall, felmedicinering och felbehandlingar.

Biståndshandläggningen

Sammanfattning

Vårdplanering vid utskrivning från slutenvård sker oftast på sjukhuset. Planering i hemmet är mindre vanligt. Två av fem undersökningspersoner eller deras anhöriga/närstående säger under perioden upp beviljade hemtjänstinsatser. För de flesta träder anhöriga in men många återupptar också hemtjänstinsatserna senare under perioden.

Vem tar kontakt

121. Vem/varifrån tas kontakt med biståndshandläggningen under perioden

| Vem tar kontakt med biståndshandläggningen | Antal |
|--------------------------------------------|-------|
| Den äldre | 107 |
| Slutenvården | 79 |
| Anhörig/Närstående | 64 |
| Hemtjänst- omsorgspersonal | 15 |
| Biståndshandläggare | 12 |
| Vårdcentralen | 5 |

För de flesta av de 175 personer som haft hemtjänst under perioden uppges den som i första hand tar kontakt med biståndshandläggaren vara den äldre själv. Också den slutna sjukhusvården och anhöriga/närstående tar i hög grad kontakt. Kommunens vård och omsorg samt framför allt vårdcentralen har en mindre framträdande roll.

Vem formulerar behov av stöd

122. Vem formulerar under perioden behovet av bistånd

| Vem formulerar behov av bistånd | Antal | Andel |
|---------------------------------|-------|-------|
| Den äldre | 122 | 46 % |
| Anhörig/Närstående | 62 | 23 % |
| Biståndshandläggaren | 52 | 20 % |
| Slutenvård och vårdcentral | 31 | 12 % |

Att anhöriga/närstående, biståndshandläggare eller professioner inom vården, främst slutenvården, formulerar behovet av bistånd förekommer i något högre utsträckning än att den äldre själv formulerar behovet.

Utifrån vad bedöms behovet

123. Utifrån vad bedöms behovet av stöd

| Utifrån vad bedöms behovet av stöd | Antal | Andel |
|------------------------------------|-------|-------|
| Medicinska problem | 142 | 44 % |
| Funktionsmässiga problem | 120 | 37 % |
| Otrygghet/Ensamhet | 42 | 13 % |
| Annat | 19 | 6 % |

Medicinska problem uppges i biståndshandläggarnas bedömningar vara det främsta skälet (44 %) till att insatser beviljas. Härnäst följer funktionsmässiga nedsättningar. I endast 13 % av fallen uppges otrygghet/ensamhet vara huvudskäl för beviljandet av bistånd.

Sägs insatser upp

124. Sägs insatser upp eller avslutas

| Sägs insatser upp/Avslutas (n=171) | Antal | Andel |
|------------------------------------|-------|-------|
| Ja | 76 | 44 % |
| Nej | 95 | 56 % |
| Totalt | 171 | 100 % |

Två av fem med hemtjänst säger under perioden upp insatser (76 pers). Av dessa är flertalet ensamboende (54 pers). Av de undersökningspersoner som avsäger sig biståndsinsatser är ett mindre antal utan stöd och hjälp från anhörig/närstående (13 pers).

I några fall återfås förmågan att på egen hand eller med stöd av anhöriga/närståendes stöd klara den insats hemtjänsten bistått med. I andra fall handlar det om att den insats som erbjudits inte motsvarar det man haft behov av. I flera fall återtas de uppsagda insatserna efter en tid.

Samordnad vårdplanering vid utskrivning från slutenvård där biståndshandläggare deltagit

125. Vårdplanering där biståndshandläggare haft en roll

| Vårdplanering där biståndshandläggare haft en roll n=190 | Antal | Andel |
|----------------------------------------------------------|-------|-------|
| Ja | 119 | 63 % |
| Nej | 71 | 37 % |
| Totalt | 190 | 100 % |

För de 190 personer som någon gång fått en vårdplanering vid utskrivning från slutenvård uppges kommunens biståndshandläggare ha deltagit i 63 % av fallen.

126. Antal vårdplaneringar där biståndshandläggare deltagit

Biståndshandläggare deltagit

| | |
|-----------------------|-----|
| Medel | 2 |
| Median | 1 |
| Min | 1 |
| Max | 8 |
| Summa | 242 |
| Antal personer | 119 |

Sammanlagt har biståndshandläggare deltagit i 242 vårdplaneringar. I genomsnitt har en undersökningssperson vårdplanerats en gång där biståndshandläggare deltagit. Som mest har en undersökningssperson varit med om åtta vårdplaneringar där biståndshandläggare deltagit.

127. Var har vårdplaneringen skett där biståndshandläggare medverkat

| Plats | Antal personer | Antal gånger | Andel av totalt antal VP (242) |
|--------------------------------|-----------------------|---------------------|---------------------------------------|
| Sjukhus | 93 | 153 | 64 % |
| Äldres hem | 32 | 44 | 18 % |
| Telefon | 25 | 33 | 14 % |
| Webbaserat it-stöd, fax | 33 | 38 | 16 % |

Biståndshandläggaren har i de flesta fall vårdplanerat på sjukhuset, per telefon eller via webbaserat it-stöd eller fax. Endast 18 % av vårdplaneringarna har skett i den äldres hem.

Registreringar i kvalitetsregister, avvikelser och övriga frågor kopplade till risk och händelser

Registreringar i kvalitetsregister har inte kunnat spåras i den dokumentation som lämnats från respektive områdes biståndshandläggarenheter.

På frågan om vilket avvikelssystem som används svarar drygt hälften att detta inte framgår. För en dryg femtedel av fallen uppges att avvikelser skrivs manuellt på särskilda blanketter som vidarebefordras till enhetschef. Norrtälje/Tiohundra använder det länsövergripande systemet Händelsevis. I resterande områden använder olika datoriserade system för avvikelshantering - Pro Capita, Sofia Omfale, VM-datas vård och omsorgsprogram samt DocITs.

Registrerade avvikelserapporter har hittats biståndshandläggarnas dokumentation för 14 undersökningsspersoner. Granskarna har hittat 23 ytterligare som de bedömer borde ha rapporterats som avvikelser. Dessa gäller missar i informationsöverföring, icke dokumenterade eller otillräckliga biståndsbeslut, icke utförda hemtjänstinsatser samt några fall av misstag i samband med läkemedel. Enligt granskarnas kommentarer förekommer troligtvis fler avvikelser. Dessa har dock inte kunnat spåras i den dokumentation granskarna tagit del av

Hemtjänstutförarens dokumentation

Sammanfattning

Ju större omvårdnadsbehov desto fler personer inom kommunens vård och omsorg kommer hem till den äldre. I högkostnadsgrupp ligger genomsnittet på 13 personer. Tre av fyra har en kontaktperson utsedd men denna deltar inte ofta i vardagsarbetet hemma hos den äldre. De fåtal vårdplaneringar som hemtjänsten deltagit i har i flera fall skett i den äldres hem. Registreringar i kvalitetsregister har endast kunnat spåras i utförardokumentationen för fyra personer. För 26 personer finns avvikelserapporter kring fall, läkemedelsavvikelser och uteblivna hemtjänstinsatser. För lika många bedömer granskarna att avvikelse rapporter borde skrivits kring missade hemtjänstinsatser, otillfredsställande näringsupptag, osäkerhet kring läkemedelintag, brist allmäntillstånd hos undersökningssperson och i några fall hos anhörig/närstående.

Hur många olika personer från hemtjänst kommer hem

128. Antal olika personal som signerat på utförarkort under den sista undersökningsmånaden i områden utan kommunal hemsjukvård

Antal olika hemtjänstpersonal som

n = 107

| | |
|---------------|----|
| Medel | 11 |
| Median | 8 |
| Min | 1 |
| Max | 40 |

För dem med hemtjänst inom områden utan kommunal hemsjukvård har i snitt åtta olika personer inom den öppna hemtjänsten varit hemma hos den äldre.

129. Antal olika som signerat på utförarkort eller liknande under den sista undersökningsmånaden i områden med kommunal hemsjukvård

Antal olika hemtjänst- och hemsjukvårdspersonal n=65

| | |
|---------------|----|
| Medel | 12 |
| Median | 10 |
| Min | 1 |
| Max | 40 |

För de undersökningsspersoner som fått besök i hemmet av hemtjänstpersonal och personal inom den kommunala hemsjukvården har snittet legat något högre än för dem utan kommunal hemsjukvård (10).

130. Antal olika hemtjänst-/vård-/omsorgspersonal som signerat på utförarkort sista undersökningsmånad uppdelat på kostnadsgrupper

| Antal olika personal | Lågkostnad | Mellankostnad | Högekostnad |
|----------------------|------------|---------------|-------------|
| Medel | 10 | 9 | 13 |
| Median | 1 | 5 | 13 |
| Min | 1 | 1 | 1 |
| Max | 40 | 28 | 29 |

Undersökningspersonerna i lågkostnadsgrupp har hemtjänst i låg omfattning. Ett fåtal olika personer kommer hem. Det höga medelvärdet i lågkostnadsgruppen beror på att 40 olika personer signerat på utförarkortet under en månad i ett av lågkostnadsfallen med många timmars hemtjänst. Annars kommer flest antal olika personer från kommunens vård och omsorg till undersökningspersoner i högkostnadsgruppen.

Finns kontaktperson inom hemtjänsten

131. Finns kontaktperson utsedd inom hemtjänsten

| Finns kontaktperson utsedd av hemtjänsten n=134 | Antal | Andel |
|-------------------------------------------------|-------|-------|
| Ja | 102 | 76 % |
| Nej | 32 | 24 % |
| Totalt | 134 | 100 % |

Tre fjärdedelar av undersökningspopulationen uppges ha en speciell kontaktperson inom hemtjänsten.

132. Hur ofta finns kontaktpersonen på signeringslistan undersökningsperiodens sista månad

| Hur ofta finns denna på signeringslistan n=67 | |
|-----------------------------------------------|----|
| Medel | 6 |
| Median | 2 |
| Min | 0 |
| Max | 40 |

I snitt har denna kontaktperson signerat på utförarens lista två gånger den sista undersökningsmånaden. En kontaktperson har signerat 40 gånger under en månad och i flera fall finns inte kontaktpersonens signering på listan överhuvudtaget.

Samordnad vårdplanering vid utskrivning från slutenvård där hemtjänstutföraren deltagit

133. Antal vårdplaneringar där hemtjänsten haft en roll

Hemtjänst haft en roll

| | |
|-----------------------|----|
| Medel | 2 |
| Median | 1 |
| Min | 1 |
| Max | 5 |
| Summa | 32 |
| Antal personer | 17 |

Hemtjänsten har deltagit i 17 personers vårdplanering ut från sjukhuset. Dessa 17 personer har varit föremål för 32 vårdplaneringar som mest har en person blivit vårdplanerad ut från sjukhuset fem gånger då personal från hemtjänstutförare deltagit.

134. Var har vårdplanering där hemtjänst haft en roll ägt rum

| Plats för vårdplaneringarna | Antal personer | Antal gånger | Andel av totalt antal vårdplaneringar (32) |
|--------------------------------|----------------|--------------|--------------------------------------------|
| Sjukhus | 9 | 14 | 44 % |
| Äldres hem | 8 | 12 | 38 % |
| Telefon | 1 | 1 | 3 % |
| Webbaserat it-stöd, fax | 3 | 3 | 9 % |

De vårdplaneringar som hemtjänsten deltagit i har till övervägande del skett på sjukhuset. När hemtjänst involverats är det inte sällan i den äldres hem.

Registreringar i kvalitetsregister, avvikelser och övriga frågor kopplade till risk och händelser

Registreringar i kvalitetsregister har endast kunnat spåras i utförardokumentationen för fyra personer. Dessa har registrerats i Nationella diabetesregistret samt i två andra icke namngivna register. Utförarna använder sig av samma system som biståndshandläggarna för avvikelserapportering. De flesta granskare anger att det är svårt att på basis av utförardokumentation avgöra hur många avvikelser som rapporterats. För 26 personer har dock drygt 100 avvikelser rapporterats. De flesta kring fall, läkemedelsavvikelser och uteblivna hemtjänstinsatser. För 28 personer bedömer granskarna att avvikelser rapporter borde skrivits. De händelser som nämns är kopplade till riskbedömningar p g a otillfredsställande näringsupptag, osäkerhet kring läkemedelintag, brist i det allmänna hälsotillståndet hos undersökningsperson och i några fall hos anhörig/närstående samt missade hemtjänstinsatser.

Läkemedel

Sammanfattning

Läkemedelsanvändning är omfattande med i medeltal 10 olika läkemedel per person. Användningen ser i stort inte ut att ha förändrats med jämfört med tidigare studier. Mönstret är däremot något annorlunda med en minskad användning av lugnade medel och sömnmedel men en ökad användning av läkemedel mot kroppslig sjukdom. En analys av kvaliteten i läkemedelsanvändningen visar inga tecken på någon genomgripande förändring till det bättre. Antalet läkemedelsrelaterade problem (LRP) är högre än det visat sig i tidigare jämförbara studier. Antalet LRP ligger i genomsnitt på 5, 1 per undersökningssperson. Variationen mellan de fåtal områden som ligger högt resp lågt över genomsnittet är stor.

Undersökningen bekräftar tidigare studier som visar att det brister i överensstämmelse mellan vårdcentralens läkemedelslista och undersökningsspersonens verkliga läkemedelsanvändning. Analysen visar att detta kan innebära ett hot mot patientsäkerheten.

Samband finns mellan antal läkemedel, läkemedelsanvändningens kvalitet och antal LRP. Vidare finns samband mellan antalet läkemedel och totalt antal olika läkarkontakter. Samband saknas däremot mellan antal LRP och kostnader för undersökningsspersonernas vård- och omsorgsinsatser. Studien visar heller inga skillnader vad gäller antal eller kvalitet beroende av om hemsjukvård bedrivits inom landstingets primärvård eller inom kommunens vård och omsorg. Resultatet pekar på behovet av en kontinuerlig läkarkontakt med helhetsansvar för de äldre undersökningsspersonernas läkemedelsbehandling.¹⁸

I detta avsnitt redovisas uppgifter från intervjuer med den multisjuka äldre samt granskning av 18 månaders journal och aktuell läkemedelslista på vårdcentralen. Granskningen har genomförts av apotekare i varje område. Inmatning av uppgifter har skett i Monitor¹⁹ för analys och beskrivning. Apotekarna har också i samband med journalgranskningen besvarat fyra öppna frågor som huvudsakligen behandlat frågan om hur och vem som följt, värderat och omprövat de multisjuka äldres läkemedelsförskrivning

¹⁸ Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – Läkarens roll. Socialstyrelsen 2011-6-12.

¹⁹ Läkemedelsuppgifterna granskades och värderades i varje undersökningsområde av apotekare. Analyserna genomfördes med hjälp av datorprogrammet MONITOR för analyser av kvantitet och kvalitet med utgångspunkt bl a i Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning hos äldre.

Läkemedelsanvändningen

En analys av läkemedelsanvändningen baserad på patientintervjuerna visar att patienterna i medeltal använde 9,9 (1-27) preparat per person, varav 2 för vid behovsbruk. Antalet läkemedel var lika stort hos båda könen (10 hos män och 9,9 hos kvinnor). Tabell 135 visar användningen av de 20 vanligaste läkemedelsgrupperna.

135. De vanligast förekommande läkemedelsgrupperna i undersökningsgruppen (N=298)

| ATC | Läkemedelsgrupp | Användning, % (n) | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------|-------------------|------------|------------|
| | | Totalt | Män | Kvinnor |
| B01A | Blodförtunnande medel | 75,8 (226) | 83,0 (117) | 69,4 (109) |
| C07A | Beta-receptorblockerande medel (mot hjärtsvikt, högt blodtryck) | 54,7 (163) | 57,4 (81) | 52,2 (82) |
| N02B | Lätta smärtstillande medel | 53,0 (158) | 48,9 (69) | 56,7 (89) |
| C03C | Urindrivande medel av loop-typ | 50,7 (151) | 52,5 (74) | 49,0 (77) |
| C10A | Blodfettsänkande medel | 39,9 (119) | 45,4 (64) | 35,0 (55) |
| A02B | Medel vid magsår och matstrupskatarr | 35,9 (107) | 31,2 (44) | 40,1 (63) |
| C01D | Nitrater (nitroglycerin) | 34,6 (103) | 37,6 (53) | 31,8 (50) |
| A06A | Laxermedel | 31,5 (94) | 28,4 (40) | 34,4 (54) |
| N05C | Sömnmedel | 29,5 (88) | 25,5 (36) | 33,1 (52) |
| B03B | Vitamin B ₁₂ och folsyra | 28,2 (84) | 27,7 (39) | 28,7 (45) |
| C09A | ACE-hämmare (mot hjärtsvikt, högt blodtryck) | 26,5 (79) | 29,8 (42) | 23,6 (37) |
| N06A | Antidepressiva medel | 25,5 (76) | 23,4 (33) | 27,4 (43) |
| C08C | Kalciumantagonister med övervägande kärlektiv effekt (mot högt blodtryck) | 22,8 (68) | 22,0 (31) | 23,6 (37) |
| N02A | Opioider (morfinbesläktade smärtstillande medel) | 22,1 (66) | 20,6 (29) | 23,6 (37) |
| A12A | Kalcium | 19,8 (59) | 11,3 (16) | 27,4 (43) |
| R03A | Adrenergika inhalationer (mot astma) | 16,1 (48) | 17,7 (25) | 14,6 (23) |
| A10A | Insuliner | 15,8 (47) | 16,3 (23) | 15,3 (24) |
| H02A | Kortikosteroider (kortisonpreparat) för systemiskt bruk | 15,1 (45) | 13,5 (19) | 16,6 (26) |
| N05B | Lugnande medel | 14,8 (44) | 16,3 (23) | 13,4 (21) |
| C09C | Angiotensin II-antagonister (mot hjärtsvikt, högt blodtryck) | 14,1 (42) | 13,5 (19) | 14,6 (23) |

Antalet läkemedel (9,9) är jämförbart med det som rapporterades (10,4) i en undersökning av multisjuka äldre i ordinärt boende i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge 2005²⁰. Användningsmönster skiljer sig däremot i vissa avseenden. Många läkemedelsgrupper visar i denna studie en lägre användning. Bland annat gäller det laxermedel, lätta smärtstillande medel, lugnande medel och sömnmedel. Likaså har en del hjärt-kärlläkemedel av äldre typ, t.ex. urindrivande medel och nitroglycerinpreparat minskat. Användningen av mer moderna hjärt-kärlpreparat,

²⁰ Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting 2006

t.ex. betablockerare och ACE-hämmare (främst mot hjärtsvikt och högt blodtryck), är däremot oförändrat hög. För några läkemedel är användningen mer omfattande jämfört med undersökningen 2005. Det gäller framför allt medel mot magsår, vitamin B₁₂/folsyra och antidepressiva medel.

Det finns några tydliga könsskillnader i läkemedelsbehandlingen. Män använder i större utsträckning än kvinnor blodförtunnande och blodfettsänkande läkemedel. Kvinnor använder mer magsårsmedel, sömnmedel och kalcium än vad männen gör. I övrigt är skillnaderna inte påtagliga. Det gäller även för hjärt-kärl-läkemedlen.

Tabell 136 visar kvaliteten i läkemedelsanvändningen mätt med ett urval av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. En jämförelse med resultaten från studien av multisjuka äldre i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge 2005, visar generellt något lägre värden, vilket tyder på en något bättre kvalitet i denna studie.

136. Läkemedelsspecifika kvalitetsindikatorer i studiepopulationen (n=298).

| Indikator | Förekomst, % (n) | | |
|-------------------------------------------|------------------|-----------|-----------|
| | Totalt | Män | Kvinnor |
| Långverkande bensodiazepiner ¹ | 5,0 (15) | 5,7 (8) | 4,5 (7) |
| Antikolinerga medel ² | 10,1 (30) | 10,6 (15) | 9,6 (15) |
| Läkemedelsdubbling ³ | 5,0 (15) | 3,5 (5) | 6,4 (10) |
| Tre eller fler psykofarmaka ⁴ | 4,4 (13) | 4,3 (6) | 4,5 (7) |
| C-interaktioner ⁵ | 41,9 (125) | 42,6 (60) | 41,4 (65) |
| D-interaktioner ⁶ | 12,8 (38) | 16,3 (23) | 9,6 (15) |

1. Stesolid kan ex vis orsaka bl a dagtrötthet, kognitiva störningar och fall

2. Användning innebär betydande risk för oklarhet eller förvirring

3. Användning av två eller flera preparat av samma sort. Onödigt och medför ökad risk för biverkningar

4. Ofta ogenomtänkt, ökad risk för summaeffekter och biverkningar

5. Preparatkombinationer som kan medföra kliniskt relevanta läkemedelsinteraktioner.

6. Kombinationer som kan ge D-interaktioner bör undvikas på grund av risk för svåra biverkningar eller utebliven effekt.

En jämförelse mellan könen visar, för flertalet indikatorer, något högre värden som tyder på sämre kvalitet hos männen. För läkemedelsinteraktioner av klass D är denna skillnad särskilt påtaglig.

Ett av de studerade områdena, Gävleborg, genomgick samma typ av undersökning som denna kartläggning år 2008²¹. Läkemedelsanvändningen visar sig vara något mer omfattande idag än den var då (10,2 läkemedel per person jämfört med 9). En ökning har skett i Gävleborg av flertalet hjärtkärl-läkemedel, smärtstillande medel (både lätta och starkare morfinbesläktade) och kalcium. Däremot ses en minskad användning av bland annat sömnmedel och lugnande medel.

²¹ Gurner U, Norén D, Bowin R, Brinne A. Äldreteam - Vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/ multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholms Läns Äldrecentrum. Rapport 2010:7.

En analys av kvaliteten i läkemedelsanvändningen med hjälp av ovan nämnda indikatorer visar framför allt en ökad förekomst av preparatkombinationer som kan ge läkemedelsinteraktioner.

Läkemedelskostnaden

Den beräknade genomsnittliga årliga läkemedelskostnaden per patient ligger på 10. 018 kr vilket motsvarar en läkemedelskostnad på 27 kr per dag. Spridningen är dock stor. Lägsta årskostnad var 217 kr och den högsta 405. 913 kr. Kvinnorna har något högre läkemedelskostnader per år (10. 456 kr) än männen (9. 530 kr).

De riktigt höga kostnaderna betingas av vissa dyra men ovanliga läkemedel. Kostnaden för de dyraste preparaten, som oftast består av läkemedel som stimulerar blodbildning eller av cytostatika, varierar mellan 100 - 900 kr per dag.

Läkemedelslistan i patientjournalen

Läkemedelslistorna i patientjournalssystemen visar en mer omfattande läkemedelsanvändning jämfört med den som baseras på patientintervjuerna. Antalet läkemedel är genomsnittligt högre i patientjournalen (11,2).

Användningen av olika typer av läkemedel (se tabell 135) är likartad men för flertalet läkemedelsgrupper något högre. En analys av skillnaderna visar att 10 procent av de preparat som patienten uppger sig använda saknas i patientjournalen (tabell 137). 20 procent av de läkemedel som finns angivna i journalens läkemedelslista finns däremot inte med bland de läkemedel patienten själv säger sig använda (tabell 138).

137. De femton vanligaste läkemedel som patienten använder men som saknas i journalens läkemedelslista.

| Läkemedel | Antal |
|-------------------------|-------|
| Paracetamol | 23 |
| Laktulos | 12 |
| Furosemid | 10 |
| Omeprazol | 9 |
| Glyceryltrinitrat | 7 |
| Acetylcystein | 7 |
| Simvastatin | 7 |
| Acetylsalicylsyra | 7 |
| Isosorbidmononitrat | 6 |
| Enalapril | 6 |
| Natriumpikosulfat | 5 |
| Folsyra | 5 |
| Vitamin B ₁₂ | 5 |
| Ibuprofen | 5 |
| Kalcium, kombinationer | 4 |

Bristande överensstämmelse mellan läkemedelslistan i patientjournalen och vad patienten själv uppger sig använda har rapporterats i flera svenska studier ²²⁻²³. Förutom att det tyder på brister i kommunikation, informationsöverföring och dokumentation inom sjukvården så innebär det konkreta risker för patienten.

I denna studie finner vi exempelvis att sex patienter använder ACE-hämmaren Enapril utan att ansvarig läkare har läkemedlet dokumenterat. Enapril är ett potent hjärt-kärllekemedel mot hjärtsvikt och högt blodtryck, som kräver regelbunden uppföljning. Ett annat exempel är de fem patienter som utan läkarens dokumentation använder det antiinflammatoriska läkemedlet Ibuprofen som kan orsaka magblödningar och försämra njurfunktionen hos äldre (tabell 137).

Att läkemedel finns dokumenterade i journalen men inte används av patienten kan bero på att läkemedelslistan inte hålls uppdaterad. Det kan också bero på bristande kommunikation mellan läkare och patient. Flera av de läkemedel som patienterna inte använder men som finns i läkemedelslistan på vårdcentralen får i de flesta fall inte några allvarliga följder. Det kan gälla för ex vis det smärtstillande läkemedlet paracetamol eller för sömnmedlet zopiklon. Risker för patienten kan däremot utebliven användning av glycerintrinitrat (nitroglycerin), det urindrivande medlet furosemid, hjärt-kärllekemedlet Enalapril, samt vitamin B₁₂ innebära. (tabell 138).

138. De femton vanligaste läkemedel som finns i journalens läkemedelslista men inte används av patienten.

| Läkemedel | Antal |
|-------------------------|-------|
| Paracetamol | 38 |
| Glyceryltrinitrat | 23 |
| Zopiklon | 20 |
| Omeprazol | 17 |
| Laktulos | 17 |
| Natriumpikosulfat | 14 |
| Simvastatin | 11 |
| Makrogol, kombinationer | 11 |
| Estradiol | 10 |
| Furosemid | 9 |
| Oxikodon | 9 |
| Acetylcystein | 9 |
| Terbutalin | 8 |
| Vitamin B ₁₂ | 8 |
| Enalapril | 7 |

²² Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Landstingsrevisorerna, Stockholms läns landsting 2006.

²³ Hemma-DAKS. Läkemedelsgenomgångar i samverkan för äldre personer i ordinärt boende, anslutna till hemsjukvården. Nestor FoU-center, 2009.

Läkemedelsrelaterade problem

Med utgångspunkt från patientens läkemedelsanvändning, övriga uppgifter som framkom vid patientintervjun samt vid journalgenomgången, identifieras 1. 513 läkemedelsrelaterade problem (LRP). Detta motsvarar i genomsnitt 5,1 LRP per patient. Som minst noll LRP och som mest 18. Detta är betydligt högre än de dryga tre LRP som rapporterades i studien av multisjuka äldre i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge 2005. Kvinnorna har något fler LRP än männen (5,3 i jämförelse med 4,8).

Tabell 139 visar de olika LRP som förekommer. *Biverkningar* noteras hos 160 individer (54 %). En påtagligt hög siffra jämfört med tidigare studier (Täby, Hemma-DAKS)²⁴ där frekvensen var högst 15 procent. *Underbehandling* (40 procent) och *Riskläkemedel* (33 procent) anges också betydligt oftare än i tidigare studier.

Det stora flertalet LRP var vanligare hos kvinnor än hos män med undantag för *För hög dos*, *Dosen inte anpassad till njurfunktionen*, *Dubbelanvändning* samt *Läkemedlet tas på fel sätt* (Tabell 139)

139. Läkemedelsrelaterade problem (LRP) i studiepopulationen (n=298)

| Typ av LRP | Antal | | |
|----------------------------------------------------|-----------|----------|----------|
| | Totalt | Män | Kvinnor |
| Biverkningar | 267 (160) | 122 (76) | 145 (84) |
| Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig | 212 (120) | 84 (50) | 128 (70) |
| Underbehandling | 152 (119) | 75 (56) | 77 (63) |
| Riskläkemedel | 132 (99) | 54 (46) | 78 (53) |
| Annat | 121 (97) | 54 (44) | 67 (53) |
| Patienten underanvänder/underdoserar | 98 (79) | 47 (36) | 51 (43) |
| Läkemedlet används ej | 82 (60) | 40 (29) | 42 (31) |
| Otillräcklig effekt | 81 (64) | 38 (30) | 43 (34) |
| Läkemedelsinteraktion, summaeffekt | 80 (54) | 34 (20) | 46 (34) |
| Ej rekommenderat läkemedel | 47 (40) | 18 (17) | 29 (23) |
| För hög dos | 44 (39) | 23 (21) | 21 (18) |
| Olämplig beredningsform eller regim | 41 (39) | 16 (14) | 25 (25) |
| Dosen ej anpassad till njurfunktionen | 34 (30) | 18 (17) | 16 (13) |
| För låg dos | 29 (25) | 10 (9) | 19 (16) |
| Patienten överanvänder/överdoserar | 27 (21) | 16 (11) | 11 (10) |
| Kontraindikation | 22 (17) | 9 (9) | 13 (8) |
| Dubbelanvändning | 14 (12) | 7 (7) | 7 (5) |
| Hanteringsproblem | 12 (12) | 3 (3) | 9 (9) |
| Läkemedlet behövs ej | 9 (7) | 2 (1) | 7 (6) |
| Läkemedlet tas på fel sätt | 4 (4) | 4 (4) | 0 (0) |

* Antal noterade biverkningar (inom parentes, antal personer med minst en biverkan noterad)

²⁴ Läkemedelsgenomgångar i särskilda boenden för äldre i Täby - ”processtänk”, teamarbete och systematisk uppföljning. Täby kommun och Hälso- och Sjukvårdsnämndens förvaltning, Stockholms Läns Landsting, 2009

Tabell 140 visar antal läkemedel och mått på olika vårdinsatser hos individer med olika antal LRP. Antal läkemedel, liksom kvalitetsindex, är signifikant högre ju fler LRP en individ har, men i övrigt finns inga skillnader för något av dessa mått.

140. Antal läkemedel och mått på olika vårdinsatser hos personer med olika antal LRP.

| | Antal LRP | | |
|------------------------------------------------------|---------------|----------------|--------------|
| | 0-3 (n=98) | 4-6 (n=116) | ≥7 (n=84) |
| Antal läkemedel | 7,9 | 10,4 | 11,7 |
| Kvalitetsindex* | 0,5 | 0,9 | 1,0 |
| Totalt antal olika läkare inblandade | 17,2 | 16,2 | 17,4 |
| Antal olika vårdcentralsläkare | 4,1 | 4,0 | 4,6 |
| Antal olika läkarkontakter inom öppen specialistvård | 2,7 | 2,3 | 2,4 |
| Antal hembesök av jourläkare inom primärvården | 0,3 | 0,3 | 0,4 |
| Antal besök på akutmottagningen | 5,1 | 4,8 | 4,9 |
| Antal vårdepisoder | 5,2 | 5,0 | 5,3 |

*Summan av antalet av de sex utvalda indikatorerna för äldres läkemedelsanvändning, som uppvisar minst ett utfall vid analys av en persons läkemedelsanvändning. Kan anta ett värde från 0 till 6.

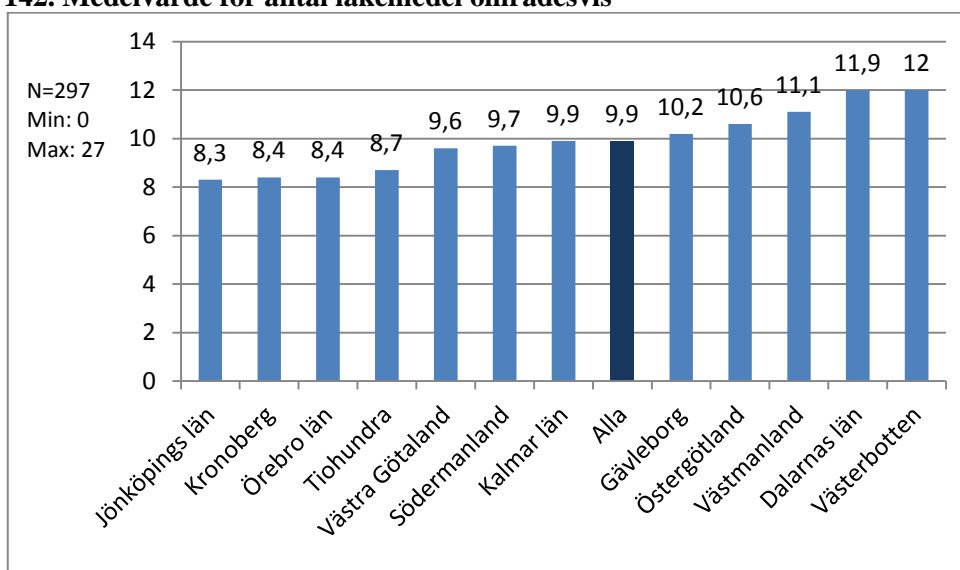
Jämförelse mellan de olika områdena

Det genomsnittliga antalet läkemedel varierar något mellan de olika områdena från 8,3 till 12 olika preparat per person. Det genomsnittliga antalet LRP per person på områdesnivå visar dock på en betydande variation, från 1,8 till 8 vilket utgör en mer än fyrfaldig skillnad (tabell 141).

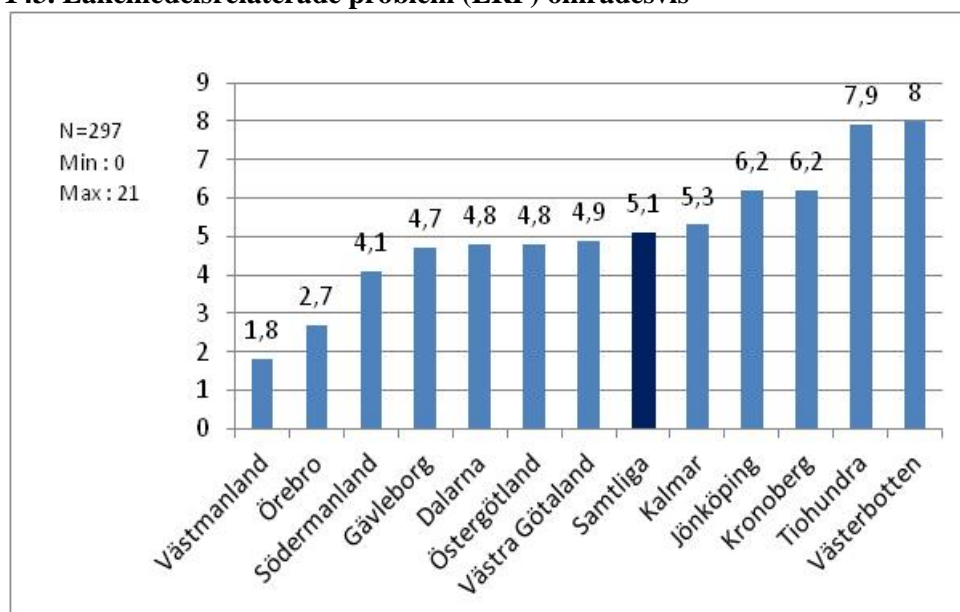
141. Antal läkemedel och LRP i de studerade områdena

| | Antal läkemedel | | | | Antal LRP | | | |
|--------------------|-----------------|---------------|-------------|------------|------------|---------------|------------|------------|
| | Total | min-max | Män | Kvinnor | Total | min-max | Män | Kvinnor |
| Västmanland | 11,1 | 2 - 24 | 9,6 | 12,9 | 1,8 | 0 - 6 | 1,6 | 2,0 |
| Örebro | 8,4 | 2 - 14 | 8,4 | 8,4 | 2,7 | 0 - 5 | 2,2 | 3,6 |
| Södermanland | 9,7 | 1 - 27 | 8,5 | 10,8 | 4,1 | 0 - 10 | 3,9 | 4,4 |
| Gävleborg | 10,2 | 3 - 24 | 12,0 | 9,4 | 4,7 | 0 - 9 | 5,3 | 4,4 |
| Dalarna | 11,9 | 4 - 19 | 12,1 | 11,7 | 4,8 | 1 - 13 | 3,9 | 5,7 |
| Östergötland | 10,6 | 3 - 17 | 11,1 | 9,9 | 4,8 | 2 - 10 | 4,9 | 4,7 |
| Västra Götaland | 9,6 | 0 - 23 | 9,2 | 9,8 | 4,9 | 1 - 12 | 5,3 | 4,7 |
| Kalmar | 9,9 | 3 - 21 | 11,5 | 8,6 | 5,3 | 0 - 15 | 5,5 | 5,2 |
| Jönköping | 8,3 | 0 - 16 | 7,8 | 8,7 | 6,2 | 2 - 11 | 6,2 | 6,2 |
| Kronoberg | 8,4 | 1 - 17 | 8,4 | 8,3 | 6,2 | 1 - 13 | 5,4 | 7,0 |
| Tiohundra | 8,7 | 3 - 16 | 8,1 | 9,3 | 7,9 | 2 - 18 | 6,2 | 9,4 |
| Västerbotten | 12,0 | 3 - 19 | 12,8 | 11,3 | 8,0 | 2 - 13 | 8,2 | 7,7 |
| Samtliga | 9,9 | 0 - 27 | 10,0 | 9,9 | 5,1 | 0 - 18 | 4,8 | 5,3 |

142. Medelvärde för antal läkemedel områdesvis



143. Läkemedelsrelaterade problem (LRP) områdesvis



Inte bara det genomsnittliga antalet LRP varierar mellan de olika områdena. Det gör också typ av LRP. I Västmanland med lägsta antal LRP var de vanligaste *Riskläkemedel* (20 %), *Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig* (17 %) samt *Biverkningar* (11 %). I Västerbotten med högst antal LRP var *Biverkningar* (15 %), *Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig* (14 %) och *Otillräcklig effekt* (11 %).

Läkemedel indelade i kostnadsgrupper

144. Antal läkemedel indelat på tre kostnadsgrupper

| Läkemedelsantal | Samtliga | Låg | Mellan | Hög |
|-----------------|----------|-----|--------|-----|
| Medel | 10 | 9 | 10 | 11 |
| Median | 10 | 9 | 9 | 11 |
| Min | 0 | 1 | 1 | 0 |
| Max | 27 | 18 | 21 | 24 |

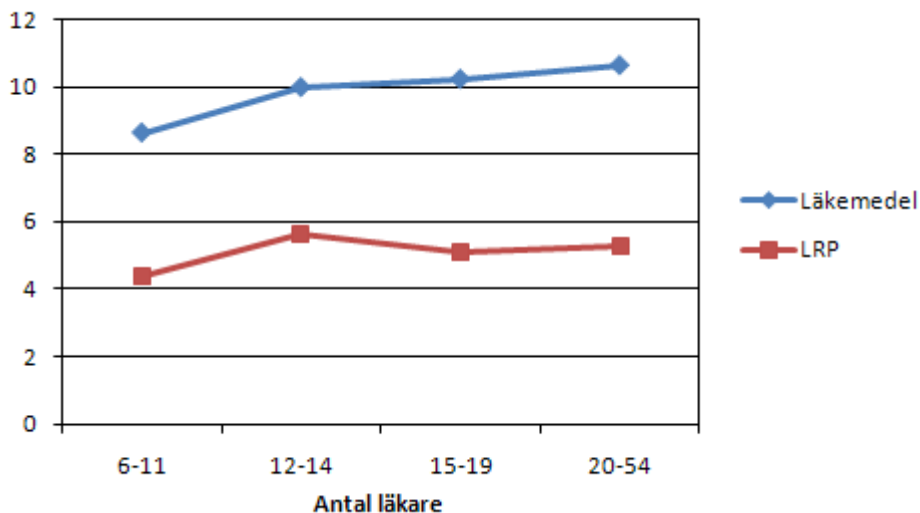
Höstkostnadsgruppen har något fler antal läkemedel än lågkostnadsgruppen.

145. Läkemedelsrelaterade problem (LRP) indelat på kostnadsgrupper

| LRP | Samtliga | Låg | Mellan | Hög |
|--------|----------|-----|--------|-----|
| Medel | 5 | 5 | 5 | 6 |
| Median | 5 | 4 | 5 | 5 |
| Min | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Max | 21 | 18 | 15 | 13 |

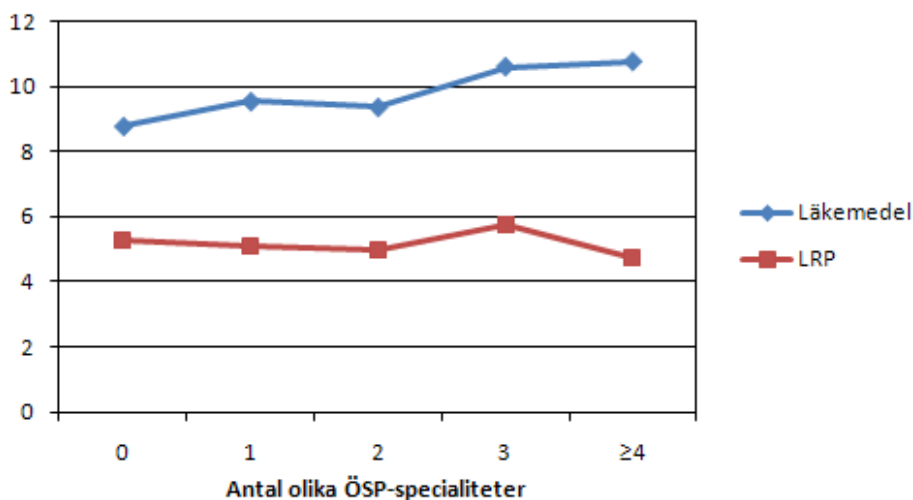
LRP skiljer obetydligt mellan de olika kostnadsgrupperna.

146. Samband mellan totalt antal olika läkarkontakter undersökningsperiodens 18 månader och antal läkemedel respektive LRP per person (n=298).



Diagrammet visar att läkemedelsantalet stiger med antalet läkarkontakter undersökningspersonerna haft under de 18 studerade månaderna. Antalet LRP per person ligger dock kvar på i stort sett samma nivå oavsett antalet kontakter med olika läkare.

147. Samband mellan antal olika specialistkontakter inom öppen specialistvård under senaste 18 månader och antal läkemedel respektive LRP per person (n=298).



En likartad bild observeras för antal olika specialistkontakter inom öppen specialistvård. Som diagrammet visar så stiger antalet läkemedel med antalet kontakter med olika specialister samtidigt som antalet läkemedelsrelaterade problem inte verkar påverkas. Detta är i linje med tidigare studier av äldre i särskilt boende, där samband rapporteras mellan antal förskrivare, antal läkemedel och läkemedelsanvändningens kvalitet²⁵⁻²⁶.

Hemsjukvårdsbesök och stöd vid läkemedelsintag

Tabell 148 visar att de undersökningsspersoner som fått besök i hemmet av distriktssköterska från vårdcentral genomsnittligt hade några fler läkemedel (149) än de undersökningsspersoner som fått besök av kommunens sjuksköterska i områden med kommunalt hemsjukvårdsansvar (145). Tabell 149 visar en svag motsatt tendens vad gäller LRP.

²⁵ Olsson J, Bernsten C, Carlsten A, Schmidt I, Fastbom J. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. En tillämpning av kvalitetsindikatorer för analys av läkemedelsanvändningen hos äldre med dosexpediton på kommunala äldreboenden i ett svenskt län. Socialstyrelsen 2004;2004-131-24

²⁶ Bergman A, Olsson J, Carlsten A, Waern M, Fastbom J. Evaluation of the quality of drug therapy among elderly patients in nursing homes. Scand J Prim Health Care. 2007 Mar;25(1):9-14.

148. Läkemedelsantal i relation till om den äldre fått hemsjukvårdsbesök av kommunens sjuksköterska eller distriktssköterska från vårdcentralen

| Läkemedelsantal | Alla N=298 | Ssk hembesök n=75 | Dsk hembesök n=111 |
|-----------------|------------|----------------------|-----------------------|
| Medel | 10 | 9 | 11 |
| Median | 10 | 9 | 11 |
| Min | 0 | 0 | 0 |
| Max | 27 | 23 | 27 |

149. Läkemedelsrelaterade problem i relation till om den äldre fått hemsjukvårdsbesök av kommunens sjuksköterska eller distriktssköterska från vårdcentralen

| LRP | Alla N=298 | Ssk hembesök n=75 | Dsk hembesök n=111 |
|--------|------------|----------------------|-----------------------|
| Medel | 5 | 6 | 5 |
| Median | 5 | 6 | 5 |
| Min | 0 | 0 | 0 |
| Max | 21 | 18 | 13 |

Tabell 150 visar små skillnader mellan undersökningspersoner som fått hembesök av distriktssköterska från vårdcentral eller sjuksköterska från kommunens vård och omsorg i förhållande till de personer som inte fått något hembesök.

150. Läkemedelsantal i relation till hemsjukvårdsbesök eller ej

| Läkemedelsantal | Alla N=297 | Hemsjukvårdsbesök n=189 | Ej hemsjukvårdsbesök n=108 |
|-----------------|------------|----------------------------|-------------------------------|
| Medel | 10 | 10 | 10 |
| Median | 10 | 9 | 10 |
| Min | 0 | 3 | 0 |
| Max | 27 | 24 | 27 |

Betraktar vi tabell 151 med LRP i relation till hemsjukvårdsbesök så visar de som fått hembesök genomsnittligt ett mindre läkemedel.

151. Läkemedelsrelaterade problem i relation till hemsjukvårdsbesök eller ej

| LRP | Alla N=297 | HSVbesök ssk/dsk n=189 | Inget HSVbesök ssk/dsk n=108 |
|--------|------------|---------------------------|---------------------------------|
| Medel | 5,1 | 4,2 | 5,6 |
| Median | 5 | 4 | 5 |
| Min | 0 | 0 | 0 |
| Max | 21 | 13 | 18 |

Flest genomsnittligt antal läkemedel har de som får stöd med läkemedelsintag genom anhöriga/närstående. Minst antal har de som själva klarar sitt läkemedelsintag. De som har hemsjukvårdsbesök befinner sig mellan dessa poler (tabell 150).

152. Läkemedelsantal i relation till vem som hjälper den multisjuka med läkemedelshanteringen

| Läkemedelshantering | Alla N=297 | Närstående n=59 | Hembesök av ssk/dsk n=151 | Klarar själv läkemedel n=87 |
|---------------------|------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Medel | 10 | 11 | 10 | 10 |
| Median | 10 | 11 | 10 | 9 |
| Min | 0 | 2 | 0 | 3 |
| Max | 27 | 21 | 27 | 24 |

LRP är något lägre i den undersökningsgrupp som själva klarar sitt läkemedelsintag i förhållande till dem som får hjälp genom anhöriga/närstående eller får hemsjukvårdsbesök.

153. Läkemedelsrelaterade problem (LRP) i relation till vem som hjälper den multisjuka med läkemedelshantering

| LRP | Alla N=297 | Närstående n=59 | Hembesök av ssk/dsk n=151 | Klarar själv läkemedel n=87 |
|---------------|------------|--------------------|------------------------------|--------------------------------|
| Medel | 5 | 5 | 6 | 4 |
| Median | 5 | 5 | 5 | 4 |
| Min | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Max | 21 | 15 | 18 | 13 |

Studien visar inte på några påtagliga skillnader för undersökningspersonerna vad gäller läkemedelsantal eller läkemedelskvalitet beroende av om hemsjukvårdsansvaret funnits inom kommunen eller inom landstingets primärvård. Både antalet läkemedel och antal LRP är något lägre för de undersökningspersoner som själva klarar sitt läkemedelsintag.

Apotekare besvarar fyra frågor

Lämplighet, följsamhet, läkare som hållit samman förskrivningar samt samarbete mellan förskrivare

I varje område granskades 18 månaders vårdcentralsjournaler för att besvara fyra frågor. Den första var frågan om lämpliga läkemedel förskrivits under undersökningsperioden. Apotekarna hade samtliga svårt att avgöra denna fråga på basis av journalgenomgången. Ett av de problem de fann var dåligt dokumenterade diagnoser som grund för läkemedelsbehandlingen. De fann notat

- kring kontraindicerade läkemedel
- om behandling som uteblivit eller inte varit optimal
- om att patienter lagts in på sjukhus pga läkemedelsbiverkan
- om olämpliga vid behovsläkemedel i kombination med symptom och diagnosbild

Den andra frågan gällde om förskrivna läkemedel togs på lämpligt sätt. Även detta uppgavs vara svårt att utläsa genom journalgranskningen. Problem som ändå noterades var

- att nya läkemedel ständigt tillkom från olika håll
- att läkemedel felaktigt låg kvar trots att behandling borde ha upphört
- svårigheten att hantera Apodosförskrivningen för den multisjuka undersökningsgruppen som har så frekvent kontakt med många olika läkare på olika nivåer inom sjukvården
- att åtskilliga notat beskriver dålig följsamhet. Speciellt vad gäller kost för personer med diabetes, förstoppning och högt blodtryck

De sista frågor apotekarna skulle besvara var om det funnits läkare som följt, värderat och omprövat läkemedelsförskrivningen samt om de olika förskrivarna av läkemedel samarbetat med varandra. Deras svar visade att så skett endast i ett mindre antal fall. Det såg visserligen att tillfälliga läkemedelsgenomgångar genomförts men att dessa var svåra att upprätthålla. De beskrev att

- överföringar mellan vårdgivare misstolkats
- ordinationer tappats bort
- det saknades motiveringar förändringar i läkemedelsförskrivningen liksom kring uppföljning och behandlingstidens längd
- uppgifter om njurfunktion och labvärden förekom sparsamt
- ingen läkare tog helhetsansvaret när många olika läkare var inblandade (undantag kontroll av patienter som stod på waran)
- det brast i informationsöverföring mellan olika vårdnivåer
- akutbesök och andra tillfälliga vårdkontakter resulterade i nya läkemedel för lindring av symptom istället för långsiktig behandlingsregim
- kontakterna mellan akutmottagning och vårdcentral fungerade endast då anhöriga eller patienten själv informerade om akutbesöket och vad som skett där

Kostnader för vård och omsorg

Sammanfattning

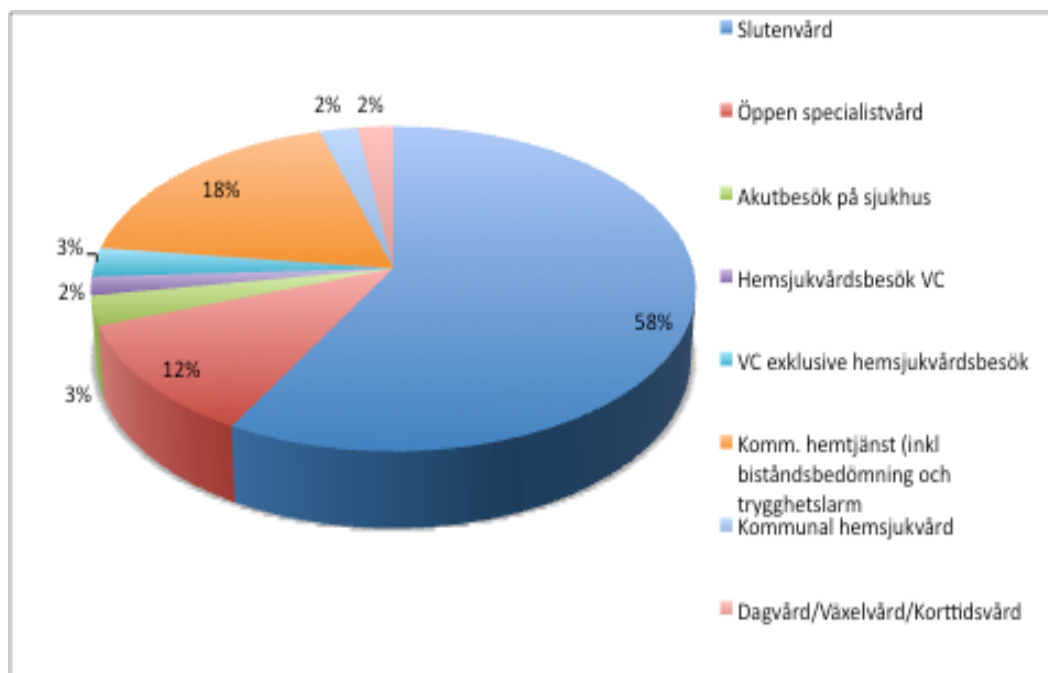
Trots att undersökningspersonerna på det individuella planet visar på olikheter så är kostnadernas andelsmässiga fördelning på nationell nivå och vid jämförelse mellan de olika områdena relativt likartad. Frågor om kostnader, kostnadsdrivare och systemhinder i vård och omsorg för undersökningsgruppen äldre multisjuka är en utmaning på nationell nivå. Kostnaderna för slutenvård dominerar oberoende av om undersökningspersonerna befinner sig i låg-, mellan- eller i högkostnadsgrupp.

Första linjens vård (vårdcentral och kommunal vård och omsorg inklusive hemsjukvård) utgör en kostnadsmässigt relativt låg andel. Den definierade undersökningsgruppen utgår från slutenvårdskonsumtion och antagandet att de på sin komplicerade sjukdomsbild behöver fortsatta insatser av vård och omsorg vid utskrivning från sjukhuset. Fungerar inte vård och omsorg där leder detta till onödigt lidande för den äldre och konsumtion av sjukvård på fel nivå. Kostnaderna för ett vårddygnet är hög i förhållande till kostnaderna per insats inom primärvård och inom kommunens vård och omsorg i hemmet.

I detta avsnitt sammanfattas kartläggningen²⁷ av undersökningsgruppens kostnader för vård- och omsorgsinsatser. För att möjliggöra jämförelser baseras kostnaderna på en överenskommen standardprissättning som bygger på grunder för KPP (kostnad per patient) och KPB (kostnad per brukare). Detta eftersom de verkliga kostnaderna för de i undersökningen ingående områden bygger på mycket olika kalkyleringsmetoder.

²⁷ Äldre multisjukas väg genom vård och omsorg – Kostnader, kostnadsdrivare och systembrister. Hinder, Rolf Bowin och Dag Norén, Health Care Management 2011.

154. Procentuell fördelning av kostnader för samtliga vård- och omsorgsinsatser (N=298)



Slutenvårdens kostnader dominerar stort (58 %). Undersökningspersonerna har varit många gånger inom slutenvård som per dygn kostar betydligt mycket mer än andra vård- och omsorgsinsatser. Näst största kostnadsområde är kommunens hemtjänst (18 %). På tredje plats ligger den landstingsdrivna öppna specialistvården (12 %). Vårdcentralens andel av de totala kostnaderna är låg med endast 5 % varav 2 % avser hemsjukvård. Trots den låga kostnadsandelen så har vårdcentralen de antalsmässigt ojämförligt flesta vårdkontaktarna med och kring undersökningspersonerna genom mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakter, receptförskrivning, remisser och övrig administration.

Anhörigas hjälp- och stödinsatser har varit stora. Dessa har kartlagts genom intervjuer med de multisjuka äldre och med deras anhöriga/närstående. Timmar för deras hjälp och stöd har beräknats i förhållande till de multisjuka äldres funktionsförmåga och kostnaderna för deras insatser kan hypotetiskt beräknas efter schablon för vad hemtjänst skulle utföra om anhöriga/närstående inte fanns som hjälpgivare. Beräknade på detta sätt överstiger kostnaderna för anhöriginsatserna kostnaderna för kommunens hemtjänst.

Kostnadsindelning som använts i analysen

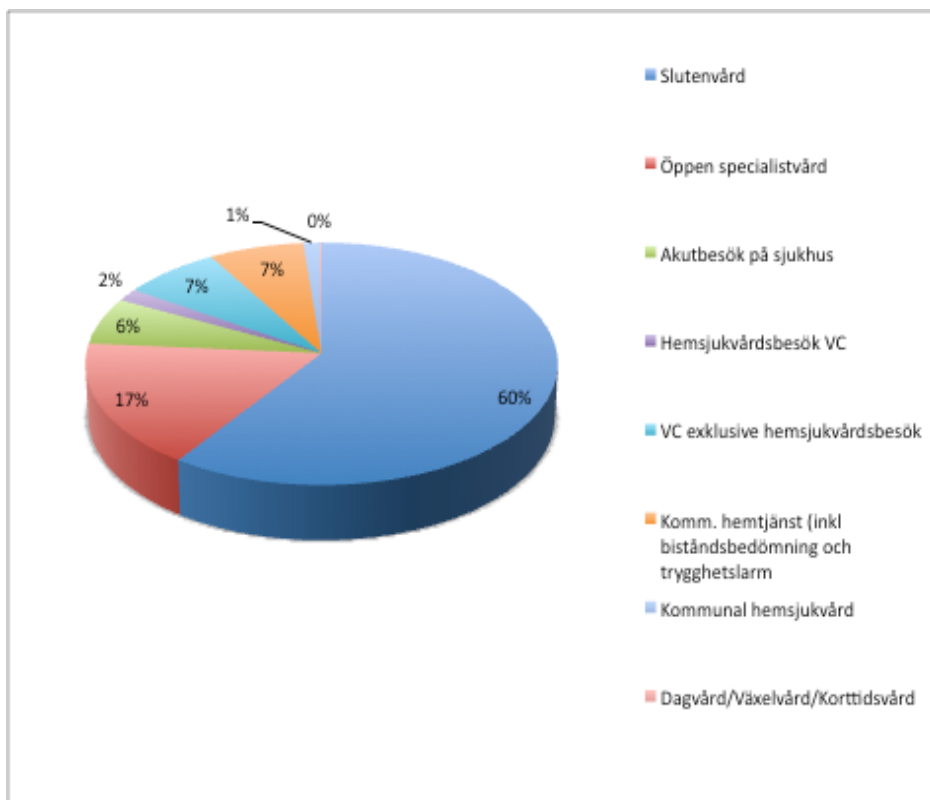
155. Totala kostnader för landsting och kommun indelat i tre kostnadsgrupper*

| Kostnadsindelning i tre grupper n= 222 | Antal | Andel |
|-------------------------------------------|------------|-------------|
| Lågstnad (56.758 kr – 205.068 kr) | 74 | 33% |
| Mellankostnad (274.776 kr - 463.762 kr) | 74 | 33% |
| Högstnad (571. 415 kr – 1.189.136 kr) | 74 | 33% |
| Totalt | 222 | 100% |

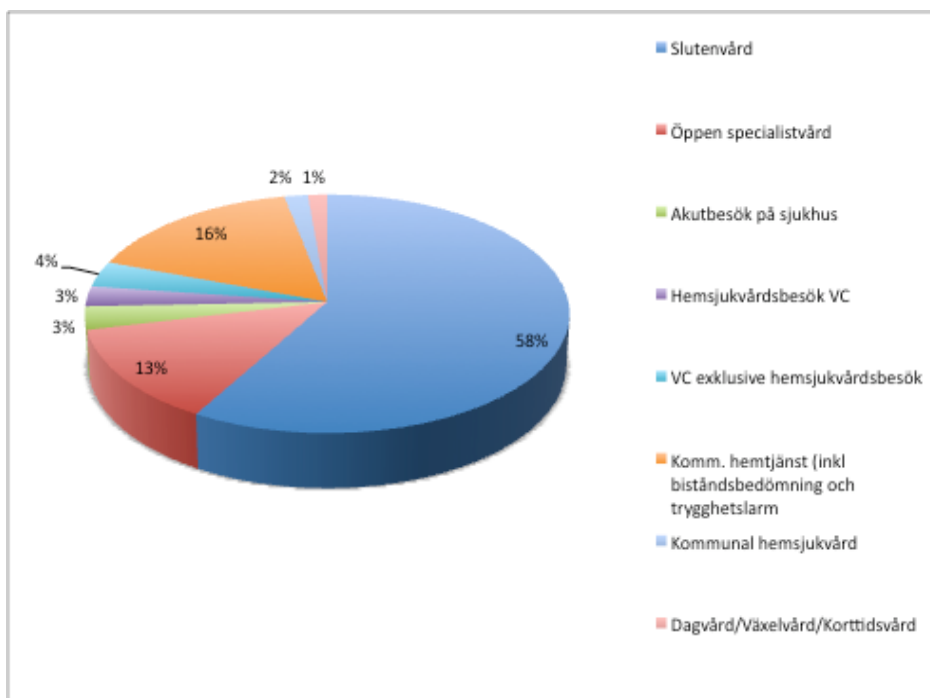
*Lågstnadsgrupp består av kvartil 1. Mellankostnadsgruppen består av de mittersta 25 % av kvartil 2 och 3. Högstnadsgrupp av kvartil 4.

Undersökningspopulationen har delats in i kvartiler efter kostnader för vård och omsorg för att undersöka hur kostnadsläget påverkar utfallet på undersökningens variabler. I de analyser på kostnadsnivå som redovisas i rapporten har undersökningspopulationen delats in i tre kostnadsgrupper. En lågstnadsgrupp som består av lågstnadskvartilen, en högstnadsgrupp som består av högstnadskvartilen samt en mellankostnadsgrupp som består av de innersta 25 % av de två innerkvartilerna. Detta för att få en mer renodlat mellangrupp och därmed pedagogiskt tillgänglig beskrivning av skillnader.

156. Kostnadsfördelning för multistjuka äldre i lågstnadsgrupp

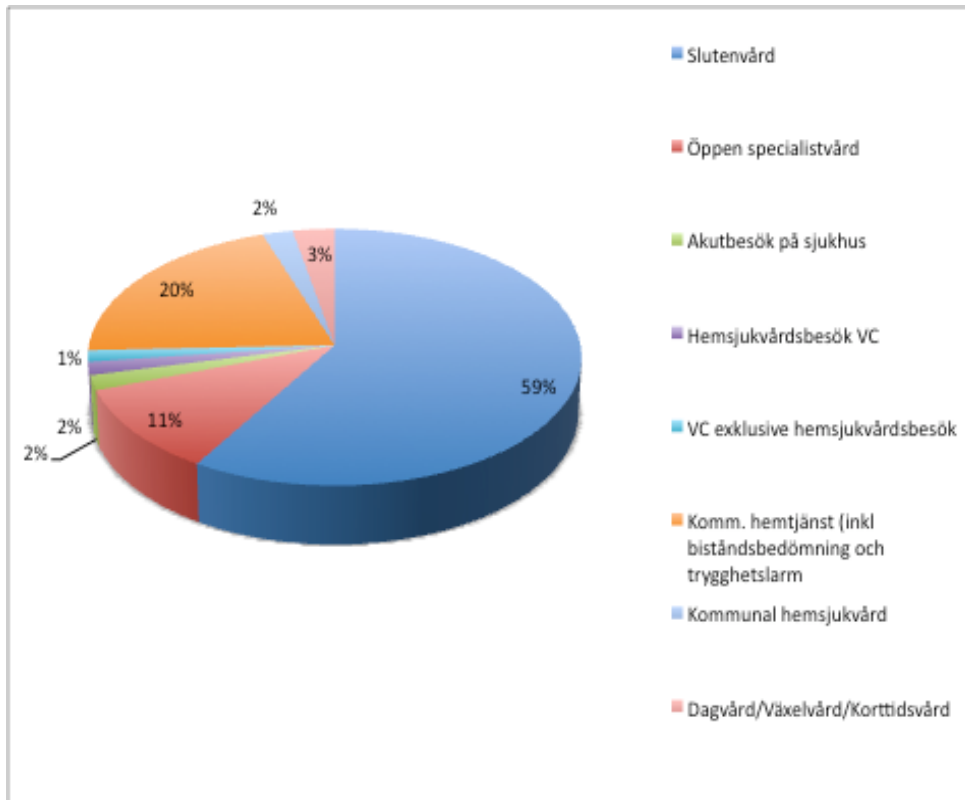


157. Kostnadsfördelning för multisjuka äldre i mellankostnadsgrupp



Mellankostnadsgruppen skiljer sig inte nämnvärt från de övriga två grupperna. Rent andelsmässigt har hemtjänst och övriga kommunala insatser som hemsjukvård, växelvård, korttidsboende och dagvård ökat vilket fått till följd att övrig vård och insatser minskar sina relativa andelar.

158. Kostnadsfördelning för multisjuka äldre i högkostnadsgrupp



I högkostnadsgruppen har hemtjänst och övriga kommunala insatser som hemsjukvård, växelvård, korttidsboende och dagvård ökat sin andel i än högre utsträckning. Med undantag av slutenvården har detta ytterligare minskat övriga vårdinsatsers kostnadsandelar

Fallbeskrivningar

I detta avsnitt ges en djupare beskrivning av tre av de 298 äldre personer som ingår i kartläggningen. De bor både i glesbygd och i tätort. I områden där kommunen haft ansvar för hemsjukvård och i område där detta ansvar legat på landstinget. Den första personen ingår i gruppen multisjuka med låga kostnader för vård och omsorg, den andra från mellankostnadsgruppen och den tredje personen från den grupp som haft de högsta kostnaderna för vård och omsorg. Beskrivningarna visar en relativt likartad behovsbild. Problem, symptom, antal läkemedel och läkemedelsrelaterade besvär visar sig vara relativt likartade trots de olika kostnaderna för den vård och omsorg de fått. De har alla haft behov av ett kontinuerligt, långsiktigt hållbart och förplanerat arbetssätt utanför sjukhuset. Ingen av dem har fått det.

Lågstkostnadsgrupp



Fallet från en mindre kommun som under perioden haft kommunalt ansvar för hemsjukvården.

Intervju med den äldre

Ensamboende skild 81-årig kvinna. Började efter sexårig folkskola som 13-åring att arbeta som barnflicka. Sedan följde arbete i fabrik, på kontor och före sjukpension arbete som städare. Är trygg i bostaden där hon bott i 30 år.

Orkar inte så mycket själv. Klarar av att damma, diska lite och värma färdiglagad mat. Kan bara gå kortare sträckor. Har astma och trappor är särskilt besvärligt. Anhöriga får skjutsa henne när hon ska någonstans eller så tar hon taxi. Vågar på grund av yrsel bara duscha när anhörig finns i hemmet som kan passa henne under tiden. Tycker att hon hör och ser bra och har därför inget behov av kontakt med hörsel- eller synvård. Hon önskar att hon kunde gå upp i vikt. Har tappat tio kg de senaste två åren. Väger endast 46 kg och är 162 cm lång. Hon har både egna tänder och proteser men tycker inte att tänderna är till bekymmer. Senaste tandläkarbesök var två år före intervjun. Har dålig kraft i händer och därför blir

det svårt att öppna burkar och förpackningar så hon har själv bejkostat en burköppnare. Förutom detta har hon problem med

- Yrsel - hinner för det mesta sätta sig när hon känner att hon håller på att tappa balansen.
- Huvudvärk - föll och skadade skallen inne på akuten utan att hinna ta stöd.
- Smärta - främst magsmärtor
- Sömnproblem - sover dåligt och vaknar flera gånger per natt
- Trötthet
- Själslig oro
- Muntorrhet
- Magont
- Förstopning
- Andfåddhet – på grund av astma.

Som svar på frågan vad hon värdesätter mest i livet är svaret *"omtänksamma anhöriga skapar min trygghet"*. Hennes största problem är kopplat till den tilltagande orörligheten.

Hon tar åtta olika läkemedel och anser att vissa är nödvändiga och tveksam till andra. *"Besvärligt när läkemedel byter namn men jag litar på husläkarens bedömning."*

Hon vill inte ha hjälp genom kommunens hemtjänst. Tycker att anhöriga hjälper med allt det hon behöver. *"Dom finns alltid till hands"*. Son med sambo bor i samma fastighet. Han tvättar, handlar, lagar mat och finns i närheten när hon ska duscha.

Ingen vårdplanering har ägt rum de tre gånger hon skrivits ut från sjukhuset. Har sammanlagt endast vårdats tre dygn. Har legat på sjukhuset endast ett dygn varje gång hon varit där och tycker själv att det varit tillräckligt.

På akuten tycker hon att det fungerat dåligt med långa väntetider utan undersökning. Fick vid ett tillfälle flera morfinsprutor mot smärta i avvaktan på undersökning. Omtöcknad reste hon sig, föll och skadade huvudet. Blev därefter inlagd på avdelning för ett vårddygn. Vid ett annat akutbesök beskriver hon hur *"personalen på akuten tog hand om mig först efter tillsägelse av en vän som var läkare"*. Hon *"önskar att man på akuten kunde ta hand om de besvär man kommer in för redan från början"*.

Kontakterna med husläkaren har enligt henne fungerat bra. Som exempel på detta beskriver hon att husläkaren hjälpte henne att få en skullröntgen när hon inte fick kallelse till den skullröntgen som utlovats på sjukhuset efter fallet på akuten. *"Skullröntgen kom först efter det att jag kontaktat husläkaren som i sin tur kontaktade sjukhuset som ordnade med röntgentiden."*

Intervju med anhörig/närstående

Son boende med familj i samma fastighet som kvinnan. Förvärvsarbetar på heltid men hjälper sin mamma med matlagning varje dag. Han hjälper henne med städning och tvätt en gång per och handlar flera gånger i veckan. Han hjälper också med förflyttning och transporter utanför bostaden. Åker ofta hem från arbetet till lunch för stöd med matlagning. *"Finns till hands hela tiden med daglig tillsyn."* Övrig familj stöttar också.

Sonen har inte varit i kontakt med biståndshandläggare men svarar på frågan om han skulle önska hjälp att han *"känner sig låst och har svårt att ge sig av hemifrån någon längre tid"*. *"Hon blir orolig så fort vi lämnar huset. Vi har inte varit i kontakt med kommunen för hon vill inte själv men hon skulle behöva ett annat boende med människor på plats hela tiden och hon skulle behöva få hjälp med matlagning. Hon äter dåligt och har gått ner mycket i vikt."*

Anser att mamman blivit alldeles för tidigt hemskickad efter sjukhusvård. Utan ordentliga utredningar eller information till henne själv eller anhöriga om vad hon vårdats för och lider av. *"När dom inte hittar något skickas hon hem och själv vill jag gärna veta vad som är fel och orsakar besvären. Har sökt kontakt med husläkaren men han var mycket upptagen."*

Registeruppgifter från slutenvård, sjukhusets akutmottagning, öppen specialistvård samt vårdcentral

Har vårdats inom **sluten sjukhusvård** tre gånger. Samtliga gånger ett vårddygn på AVA (akutvårdsavdelning). Har fått diagnoser inom tre olika sjukdomsklasser.

- Andningsorgan
- Matsmältningsorgan
- Symptomdiagnoser

Har besökt **sjukhusets akut** tre gånger. Två av dessa gånger har hon kommit in med ambulans. Har inom **sjukhusets öppenvård** träffat specialistläkare på hudkliniken och genomgått två röntgenundersökningar – av skalle och buk.

På **vårdcentralen** har hon träffat husläkare på mottagning 14 gånger. I övrigt finns två läkarnotat om telefonkontakt, nio om receptförskrivning och ett notat har rört övrig administration kring kvinnan. Endast en läkare har noterat i journalen.

Den enda journalanteckningen, förutom vårdcentralsläkarens, rör en telefonkontakt med en av vårdcentralens distriktssköterskor.

Under 18 månadersperioden har kvinnan träffat åtta olika läkare.

Uppgifter från vårdcentralens journaler

Enligt den person som granskat vårdcentralens dokumentation har vårdcentralen haft det huvudsakliga medicinska ansvaret för personen utanför slutenvården. Kvinnan har sökt på vårdcentralen för hjärt/kärl-, lung-, yrsel- och magproblem.

För samtliga problem ett flertal gånger. Även ett flertal gånger för problem med dålig aptit. Någon enstaka gång för sår och för trötthet.

I journalerna går att utläsa att hennes blodtryck kontrollerats och att hon fått remiss till medicinjour, örondroppar för otosalpinggit, kortison och antibiotika för lungproblem, medicinjusteringar för magproblem. För problem i samband med sår har hon fått upprepade antibiotikakurer och en remiss till hudmottagningen för undersökning av hudförändring. Vad gäller yrseln har husläkaren i journalen dokumenterat medicinjusteringar.

Epikriser från hennes tre vårdepisoder har signerats i journalen på vårdcentralen efter 40, 3 respektive 16 dagar.

Uppgifter från biståndshandläggning samt utförardokumentation

Uppgifter saknas

Läkemedel och kvalitetsbedömning

Personen tar 8 olika läkemedel. Läkemedelskostnaden per år är 1.745 kr²⁸. De läkemedelsrelaterade problemen är 8.

- Riskläkemedel (1)
- Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig (4 st)
- Underbehandling (1)
- Läkemedlet används ej (1)
- Patienten underanvänder/underdoserar (1)

Kompletterande bedömning

- Ordinerad Stesolid som innehåller diazepam, en långverkande bensodiazepin som kan ha mycket lång halveringstid hos äldre (70-80 h). Risk för dagtrötthet, kognitiva störningar och fall. Risk för ackumulering vid upprepad dosering. Patienten anger besvär med yrsel huvudvärk, som båda kan vara biverkningar av Amlodipin actavis.
- Patienten anger besvär med muntorrhet, som kan vara biverkan av båda astmamedlen (Symbicort och Atrovent)

²⁸ Kostnaden beräknad i programvaran Monitor enligt följande: För varje individ söks varje läkemedel i aktuell beredningsform och styrka, upp i apotekets varuregister. Bland funna poster i registret väljs en passande förpackning; för den vanligaste beredningsformen, tablett och kapslar, en förpackning med 100 eller nära 100 enheter, för andra beredningsformer, t.ex. mixturer, den största förpackningen. Priset för förpackningen divideras med antalet enheter; t.ex. antalet tablett, eller för mixtur antalet ml. Det erhållna priset per enhet multipliceras därefter med antalet enheter av läkemedlet som individen uppger sig ta dagligen. För varje individ summeras sedan kostnaderna för varje preparat. Endast regelbunden användning inkluderas i beräkningen. Kostnaderna presenteras som årskostnad, d.v.s. dygnskostnaden multiplicerad med 365.

Att uppmärksamma

| Att uppmärksamma | Behov |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Viktnedgång på 10 kg under två senaste år • Åtta olika läkemedel och åtta LRP (läkemedelsrelaterade problem) • Fallskada inne på akuten i avvaktan på undersökning • Lång tid för två av hennes tre epikriser efter slutenvård att signeras i läkarjournalen på vårdcentralen (40 resp 16 dagar) • Enligt anhörige/närstående <ul style="list-style-type: none"> - skickas kvinnan hem från slutenvård för snabbt och för dåligt utredd. - söker denne få medicinsk information kring de olika sjukdomarna på vårdcentralen men uppfattar att husläkaren inte har tid. - blir denne låst som ensam ansvarig för hjälp och stöd i hemmet. | <ul style="list-style-type: none"> • Etablera förtroendeskapande kontakt från kommunens biståndshandläggarenhet för samtal om möjligheter till stöd för kvinnan och för avlastning för anhörig/närstående. • Samarbete mellan vårdcentralens läkare, hemsjukvård, hemtjänst, den äldre och anhörig/närstående. Situationen behöver följas, värderas och omprövas kring <ul style="list-style-type: none"> - läkemedelssituation, - viktminskning, mathållning/nutrition - yrsel och fallrisk - behov av funktionsträning/rehabilitering. |

Kostnader

| Huvudman | Kostnadsställe | Kronor |
|-------------------------|----------------------|------------------|
| Landstinget | Slutenvård | 55.154 kr |
| | Akutvård | 7.263 kr |
| | Vårdcentral | 16.412 kr |
| | Öppen specialistvård | 1.649 kr |
| Kommunen | Hemtjänst | - |
| | Hemsjukvård | - |
| Kostnader totalt | | 80.478 kr |

Resursinsatser anhörig/närstående

25 tim per mån vid tid för intervju. (Antal timmar beräknade efter schablon för tidsåtgång för hemtjänst.)

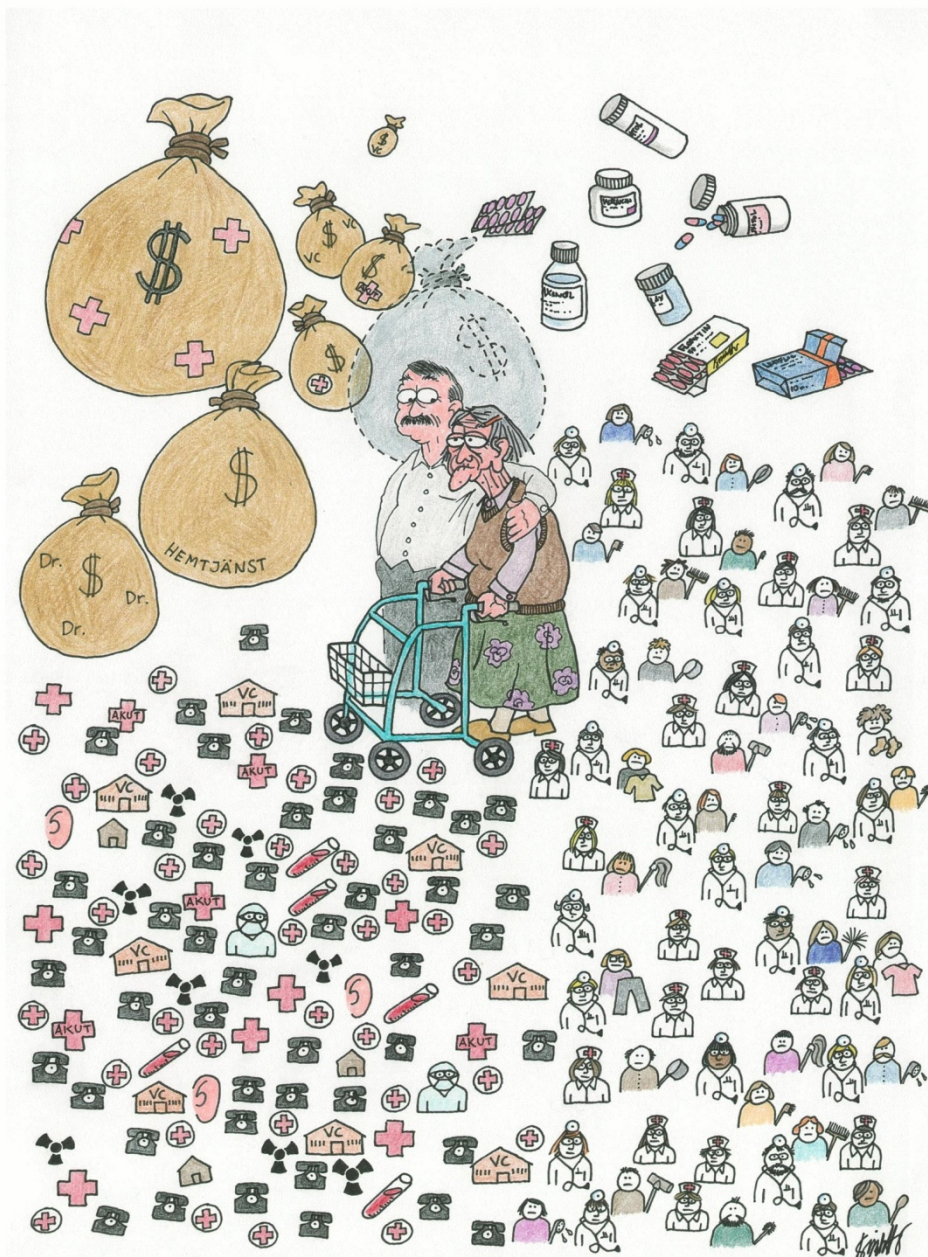
Diagnoser, symptom samt vård och omsorg

| | |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnoser inom slutenvård (3 olika) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Andningsorgan (Bronkit) 2. Matsmältningsorgan (Divertikel i tarm) 3. Symptomdiagnoser (Buksmärter och Icke spec smärter i buk) |
| Övriga problem/symptom (9 olika) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yrsel - hinner för det mesta sätta sig när hon känner att hon håller på att tappa balansen. 2. Huvudvärk - föll och skadade skallen inne på akuten utan att hinna ta stöd. 3. Smärta - främst magsmärter <p>Sömnpöblem - sover dåligt och vaknar flera gånger per natt</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Trötthet 5. Själslig oro 6. Muntorrhet 7. Magont 8. Förstoppning 9. Andfåddhet – på grund av astma. |
| Hemtjänst undersökningsperioden | Ingen hemtjänst |
| Hjälp av anhörig/närstående (son med familj) | Ca 25 timmar per månad Matlagning, städning, tvätt, förflyttning och transporter utanför hemmet, tillsyn vid dusch |
| Analys av läkemedelssituation | <p>8 olika läkemedel 8 LRP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riskläkemedel • Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig (4 st) • Underbehandling • Läkemedlet används ej • Patienten underanvänder/underdoserar <p>Läkemedelskostnad per år 1.745 kr</p> |
| Kvalitetsbedömning | <ul style="list-style-type: none"> • Ordinerad Stesolid som innehåller diazepam, en långverkande bensodiazepin som kan ha mycket lång halveringstid hos äldre (70-80 h). Risk för dagtrötthet, kognitiva störningar och fall. Risk för ackumulering vid upprepad dosering. • Patienten anger besvär med yrsel huvudvärk, som båda kan vara biverkningar av Amlodipin actavis. • Patienten anger besvär med muntorrhet, som kan vara biverkan av båda astmamedlen (Symbicort och Atrovent). |

| | | Undersökningsperiod 18 månader |
|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Slutenvård (3 olika vårdepisoder) | Antal vårdepisoder Antal vård dygn | 3 samtliga gånger på AVA 3 |
| Akutbesök (3 olika) | | 3 gånger varav 2 gånger med ambulans |
| Öppenvård (1 spec läkare) | Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Röntgen Lab prov | 1 gång hudspecialist - 2 - |
| Vårdcentralsläkare (1 VC-läkare) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | 14 - 12 |
| Totalt antal olika läkare | 8 | 8 |
| Vårdcentral distriktssköterska (1 distriktssköterska) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | - - 1 |
| Vårdcentral arbetsterapeut | | - |
| Vårdcentral sjukgymnast | | - |

* 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.

Mellankostnadsgrupp



Fallet från en mellanstor kommun hemsjukvårdsbesök genomförs både av distriktssköterska på vårdcentral och sjuksköterska från kommunens vård och omsorg.

Intervju med den äldre

Ensamboende 86 årig änka. Började efter sex års folkskola att arbeta som telefonist och därefter fram till pensionering i butik. Är trygg i den bostad hon haft i 22 år. Har nyligen fått trösklar borttagna inne i lägenheten och en ramp vid ytterporten. Kan nu med hjälp av rollator själv ta sig in och ut ur huset. Har också fått toasits- och sänghöjare liksom spistimer och griptång.

Hon har hörapparat och regelbundet kontakt med hörselvården. Senaste gång endast sex månader före intervju. Har kontrollerat synen efter gråstarrsoperation för ett år sedan.

Har både egna tänder och proteser. Har fått problem och obehag med gamla plomber som lossnar. Senaste tandläkarbesök var för omkring två år sedan. Hon är nöjd med sin vikt trots att hon gått ner 8 kg under de två senaste åren. Är 161 cm lång och väger nu 61 kg. Har problem med urinläckage och får inkontinenshjälpmedel genom distriktssköterskan. I övrigt består hennes problem av

- Yrsel – får hålla sig i väggen då hon går
- Smärta
- Sömnproblem– sover inte på natten
- Mardrömmar
- Trötthet
- Själslig oro – ensamheten är jobbig, tankarna kretsar ofta kring den bortgångne maken
- Kroppslig oro
- Ledsen – känner sig ensam
- Dålig aptit – matlådan från hemtjänsten smakar inte
- Illamående – tål inte matlådans feta mat
- Magont
- Förstoppning
- Svårt att kissa
- Muntorrhet
- Andfåddhet
- Hosta
- Svullenhet i ett ben

Det hon sätter mest värde på i livet är att sonen kommer hem och hjälper henne varje veckoslut och att dottern som inte bor i närheten ringer varje dag. Det mest besvärliga är: *”Ensamheten och att behöva äta mat som inte smakar så mycket. Önskar också att jag själv kunde klara städningen.”*

Tycker att hennes åtta olika läkemedel är en källa till problem. Önskar en läkare som tog ansvar för samtliga förskrivningar. Sonen delar dosett på helgen sedan ställer hemtjänsten fram tableterna. Det läkemedel (Pulmicort) mot astma hon fått utskrivna mår hon inte bra av och tar därför inte den.

Hon har haft hemtjänst i ca ett år. Fick hjälp efter vård för stroke. Vid den vårdplanering som då ägde rum på sjukhuset deltog från sjukhuset sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut och från kommunen en biståndshandläggare. Kvinnan själv *”minns inte mycket från den vårdplaneringen”*.

Hemtjänsten städar och distribuerar sju matlådor en gång per vecka. De hjälper henne också med dusch, kvällsrutiner och natttillsyn. Hon har trygghetslarm och färdtjänst. Under en månad kommer uppemot 30 olika vårdbiträden hem till henne. *”Men eftersom sonen kommer varje veckohelg fungerar det. Grannar finns också tillhands ifall det skulle behövas.”*

På sjukhuset tycker hon att *"omhändertagandet varit bra men det var så många sjuka så det var jobbigt att ligga där"*.

Kontakterna med vårdcentralens läkare fungerar däremot inte så bra. *"Det beror helt på vilken av de många olika läkarna jag har kontakt med."* De gånger vårdcentralens distriktssköterska kommit på hemsjukvårdsbesök har besöken varit uppskattade²⁹.

Fem gånger har hon åkt in till akuten men har då varit i så dåligt skick att hon inte heller minns något om hur omhändertagandet därifrån fungerade. Kontakten med öppenvårdens läkare som hon haft på kirurgen och på medicinklinken har varit uppskattade. Rehabilitering under vårdtiden på sjukhuset har också fungerat. Där har hon träffat och tränat med sjukgymnast- och arbetsterapeut. Någon rehabilitering efter detta kommer hon inte ihåg att hon fått.

Kontakterna mellan alla hennes olika vårdkontakter tycker hon *"fungerar ibland och ibland inte"*.

Intervju med anhörig/närstående

Sonen är i 60-årsåldern och förvärvsarbetar fortfarande. Han handlar, kompletteringsstädar och tvättar emellanåt. Han lagar mat sju timmar varje helg som komplement till hemtjänstens matlådor som modern inte gillar. Varje helg delar han också veckans läkemedel i dosett och går med ut på promenad. Med transporter kan han ibland hjälpa till med flera gånger i veckan. Han vet att modern vill minimera hemtjänstinsatserna och inte ta emot mer hjälp än den hon har.

Enligt sonen *"fungerar det hemma men det har varit väldigt mycket olika personer som besöker henne och det har varit jobbigt"*. *"Hon har själv inte känt igen alla olika och vid några tillfällen har personalen inte vetat vad de ska hjälpa henne med. Det borde vara färre personer runt den gamla. Det viktigt att familjen finns kvar som trygghet då så många vänner fallit ifrån. Ensamheten är svår. För egen del skulle jag vilja slippa att vara hos mamma varje helg. Någon gång ibland skulle man själv behöva göra andra saker men om inte för något annat så är min läkemedelsdelning viktig."*

På vårdcentralen har *"det varit problem med bl a provsvar som inte meddelats"*. Sonen har inte varit i kontakt med någon som av de distrikts- och/eller sjuksköterskor som kommit till modern på hemsjukvårdsbesök.

För sonen har akutbesöken varit påfrestande med långa väntetider utan undersökning. Han var med vid vårdplaneringen på sjukhuset efter stroke och vad gäller rehabiliteringen efter den *"så fick hon hjälp med rehabilitering på sjukhuset och direkt efter men sen avtog träningen"*.

²⁹ **Kommentar:** Kvinnan har fått tre hemsjukvårdsbesök av distriktssköterska från vårdcentralen och 35 kontakter noterade med sjuksköterska inom kommunens hemtjänst.

Registeruppgifter från slutenvård, sjukhusets akutmottagning, öppen specialistvård, vårdcentral samt kommunens vård och omsorg

Har vårdats inom **sluten sjukhusvård** fyra gånger i totalt 32 dygn.

Internmedicin 3 dygn,

Geriatrisk 3 gånger 15 dygn

Rehabiliteringsmedicin en gång 14 dygn. Har fått diagnoser inom åtta (9) olika sjukdomsklasser. (Observera att hjärt/kärlkapitlet indelats i tre olika områden hjärta, hjärna och övriga kärl.)

De diagnoser hon vårdats för finns inom 9 olika diagnosområden.

- Endokrin sjukdom
- Psykisk sjukdom
- Kärlsjukdom
- Hjärnans kärl
- Muskuloskeletala systemet och bindväven
- Urin och könsorgan
- Symptomdiagnos
- Skador och förgiftningar
- Faktorer av betydelse

Har varit på **akuten** fem gånger. Har på sjukhuset träffat **specialister inom öppenvård** inom internmedicin 3 gånger, kirurgi 2 gånger och ögon 3 gånger. I övrigt har hon röntgats åtta gånger och fem gånger har lab prover tagits på sjukhuset inom öppenvård efter remiss från vårdcentralen.

På **vårdcentralen** har hon träffat läkare på mottagning sex gånger. I övrigt finns i läkarjournalen notat kring tre telefonkontakter, två receptförskrivningar och 11 notat kring övrig administration. När kvinnan kommit på mottagningsbesök har hon träffat fem olika läkare. Sammanlagt har elva olika läkare på vårdcentralen fört journalanteckningar kring hennes vård.

Distriktssköterska har hon träffat två gånger på vårdcentralens mottagning. Tre gånger har distriktssköterska därifrån gjort tre hembesök hos henne. I övrigt finns i omvårdnadsjournalen notat kring 28 telefonkontakter, recept en gång samt två gånger kring övrig administration. Sammanlagt har 20 olika distriktssköterskor fört journalanteckningar kring kvinnans vård.

Under hela undersökningsperioden har hon varit i kontakt med minst 23 olika läkare.

Under 18-månadersperioden har nio olika **biståndsbeslut** fattats av fem olika biståndshandläggare. Det totala antalet hemtjänsttimmar 265.

Hemtjänsttimmarernas antal har ökat under perioden. Från fem under första halvåret till 87 det andra. Sista halvåret var de beviljade hemtjänsttimmarerna 173. Inom kommunens hemsjukvård har 35 kontakter med sjuksköterska noterats. Dessa kontakter ligger relativt jämnt fördelade över hela undersökningsperioden.

Uppgifter från vårdcentralens journaler, biståndshandläggning samt hemtjänstens utförardokumentation

Enligt den person som granskat **vårdcentralens dokumentation** så har vårdcentralen haft det huvudsakliga medicinska ansvaret för personen utanför slutenvården. Kvinnan har enligt den dokumentation som studerats därifrån sökt för

- Hjärt/kärlproblematik ett flertal gånger och gått på regelbunden kontroll där för hjärtsvikt
- Lungproblem ett flertal gånger och gått på regelbunden kontroll av KOL.
- Rörelse/funktionshinder ett flertal gånger och gått på regelbunden kontroll för osteoporos.
- Sår ett flertal gånger och följts upp på mottagningsbesök och i hemmet.
- Urinvägsinfektioner ett flertal gånger. Inget antecknat om uppföljning.

Inget finns heller dokumenterat om uppföljning av patientens läkemedelsförskrivning.

Uppgift om epikris i vårdcentralens journal finns endast från ett av de fyra slutenvårdsepisoderna. Vid detta tillfälle signerades epikrisen i vårdcentralens läkarjournal 13 dagar efter utskrivningen från sjukhuset.

Distriktssköterska har enligt uppgift i omvårdnadsjournalen deltagit i en vårdplanering på sjukhuset med biståndshandläggare och läkare, sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut från sjukhuset. Enligt omvårdnadsjournalen deltog även den äldre och anhörig. Vid detta tillfälle bestämdes att kvinnan skulle få hjälp med städning, sängbäddning, av- och påklädning, stödstrumpor samt dusch.

Husläkare har skickat remiss ögonmottagning för maculadegeneration på båda ögonen. I vårdcentralensjournalen finns även två remisser till ASIH om att dessa vid behov ska kunna ge intravenösa injektioner. Här dokumenteras också att distriktssköterska på vårdcentralen vid behov ska byta smärtpåsar, dela apodos och genomföra tillsynsbesök.

I **biståndshandläggardokumentationen** anges att anhörig/närstående som tagit den allra första kontakten med biståndshandläggarenheten och även formulerat behovet av stöd. Både bedömning och beslut baseras på det medicinska tillståndet.

28 olika hemtjänstpersonal har, under den månad som föregick intervju med kvinnan, signerat på hemtjänstutförarens signeringslista. Anges att kvinnan har en kontaktperson inom hemtjänsten. Denna har varit hemma hos kvinnan två gånger under den studerade månaden. Inga avvikelser återfinns bland de dokument som granskats.

Läkemedel och kvalitetsbedömning

Personen tar 8 olika läkemedel. Läkemedelskostnad per år är 4.643 kr³⁰. De läkemedelsrelaterade problemen är 10.

- Läkemedelsinteraktion, summaeffekt (1)
- Biverkningar (2)
- Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig (1)
- Läkemedlet tas på fel sätt (1)
- Underbehandling (1)
- Läkemedlet används ej (1)
- Annat (3) bl.a. obehandlade symtom som smärta och sömnbesvär

Kompletterande bedömning

- Oklar indikation för Fluoxetin mylan? Diagnos depression saknas. Patienten har enligt uppgift fallit, och använder fyra läkemedel som kan orsaka fall (Lasix retard, Ramipril actavis, Fluoxetin mylan och Lomir SRO). Patienten har enligt uppgift svåra besvär med smärta, men saknar smärtstillande läkemedelsbehandling.
- Patienten anger besvär med svullna ben/fötter, som kan vara biverkan av Lomir SR.

³⁰ Beskrivning av beräkningssätt

Att uppmärksamma

| Att uppmärksamma | Behov |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> • Viktnedgång på 10 kg under senaste två år • Åtta olika läkemedel och 10 LRP (läkemedelsrelaterade problem) • Kraftiga besvär av yrsel • Ingen fast läkarkontakt på vårdcentralen • Besvär av tänder och behov av tandläkarkontakt • Anhörig/närstående tar stort ansvar för kvinnans hemsituation och alla vård- och omsorgskontakter. (11 olika läkare dokumenterar på vårdcentralen, 22 olika distriktssköterskor, hembesök också av kommunens hemsjukvård och 28 olika personal inom hemtjänsten. Sammanlagt under perioden varit i kontakt med 23 olika läkare inom slutenvård, akutkliniken, öppen specialistvård, och vårdcentral) | <ul style="list-style-type: none"> • Gemensam vårdplan och samarbete mellan en ansvarig läkare på vårdcentralen, hemsjukvård från ett ställe, mindre antal hemtjänstpersonal och anhörig/närstående för att följa, värdera och ompröva <ul style="list-style-type: none"> - läkemedelssituation - mathållning/nutrition, följa viktminskning - svår yrsel med fallrisk - behov av funktionsträning - Kontakt med biståndshandläggning för diskussion om hemtjänstens utformning och avlastning för anhöriga |

Kostnader

| Huvudman | Kostnadsställe | Kronor |
|--------------------|-----------------------------------------------------|-------------------|
| Landstinget | Slutenvård | 198.965 kr |
| | Akutvård | 12.105 kr |
| | Vårdcentral | 10.024 kr |
| | Hemsjukvårdsbesök distriktssköterska på vårdcentral | 1.686 kr |
| | Öppen specialistvård | 47.746 kr |
| Kommunen | Hemtjänst | 86.501 kr |
| | Hemsjukvårdsbesök | 17.955 kr |
| | Kostnader totalt | 374.982 kr |

Hemtjänst ca 29 timmar per månad.

Resursinsatser anhörig/närstående

24 tim per månad. (Antal timmar beräknade efter schablon för tidsåtgång för hemtjänst.)

Diagnoser, symptom samt vård och omsorg

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Diagnoser inom slutenvård (9 olika)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Endokrin sjukdom (hypoteros ospecificerat) 2. Psykisk sjukdom (lindrig depression) 3. Kärlsjukdom (essentiell hypertoni) 4. Hjärnans kärl (stroke och sena effekter av stroke) 5. Muskuletala systemet och bindväven (gonartros ospec) 6. Urin och könsorgan (flera urinvägsinfektioner) 7. Symptomdiagnos (desorientering ospec, hallucinationer ospec) 8. Skador och förgiftningar (radius fraktur) 9. Faktorer av betydelse (observation/utredning för misstänkt infektion, bakterier eller virus, observation för misstänkt tuberkulos, allmän medicinsk undersökning) |
| <p>Övriga problem/symptom (17 olika)</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yrsel – får hålla sig i väggen då hon går 2. Smärta 3. Sömnproblem– sover inte på natten 4. Mardrömmar 5. Trötthet 6. Själslig oro – ensamheten besvärlig 7. Kroppslig oro 8. Ledsen – känner sig ensam 9. Dålig aptit – matlådan från hemtjänsten smakar inte 10. Illamående – tål inte matlådans feta mat 11. Magont 12. Förstoppning 13. Svårt att kissa 14. Muntorrhet 15. Andfåddhet 16. Hosta 17. Svullenhet i ett ben |
| <p>Hemtjänst undersökningsperioden (30 olika vårdbiträden under en månad) (9 olika beslut har fattats av 5 olika biståndshandläggare)</p> | <p>Ca 29 timmar per månad Morgon- och kvällsrutiner, matdistribution/huvudmål, städ, dusch, nattillsyn, trygghetslarm, färdtjänst</p> |
| <p>Hjälp av anhörig/närstående</p> | <p>Ca 24 timmar per månad Inköp, kompletteringsstädning, tvätt, matlagning ekonomiadministration, tillsyn, läkemedelsdelning, förflyttning och transporter utomhus</p> |
| <p>Analys av läkemedelssituation</p> | <p>8 olika läkemedel 10 LRP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Läkemedelsinteraktion, summaeffekt • Biverkningar (2 st) • Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig • Läkemedlet tas på fel sätt • Underbehandling • Läkemedlet används ej • Annat (3 st; bl.a. obehandlade symtom - smärta och sömnbesvär) <p>Läkemedelskostnad per år 4.643 kr</p> |

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kvalitetsbedömning | <ul style="list-style-type: none"> • Oklar indikation för Fluoxetin mylan? Diagnos depression saknas. • Patienten har enligt uppgift fallit, och använder fyra läkemedel som kan orsaka fall (Lasix retard, Ramipril actavis, Fluoxetin mylan och Lomir SRO). • Patienten har enligt uppgift svåra besvär med smärta, men saknar smärtstillande läkemedelsbehandling. • Patienten anger besvär med svullna ben/fötter, som kan vara biverkan av Lomir SR. |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | Undersökningsperiod 18 månader |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Slutenvård (4 olika vårdepisoder) | Antal vårdepisoder Antal vårddygn | 4 (internmed, geriatrik, rehab medicin) 32 |
| Akutbesök (5 olika) | | 5 gånger |
| Öppenvård (3 olika spec läkare) | Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Röntgen Lab prov | 8 (3 Internmedicin, 2 kirurg, 3 öron) - 8 5 |
| Vårdcentralsläkare (11 olika VC-läkare) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | 6 - 16 |
| Tot antal olika läkare 23 | 23 | 23 |
| Vårdcentral distriktssköterska (20 olika distriktssköterskor) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | 2 3 31 |
| Vårdcentral arbetsterapeut | | - |
| Vårdcentral sjukgymnast | | - |
| Kommunens hemsjukvård | Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast Övrig personal | 35 kontakter - - - |

* 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.

Högekostnadsgrupp



Fallet från en större kommun med hemsjukvård inom landstinget.

Intervju med den äldre

83-årig rullstolsburen samboende man. Har efter sex års folkskola arbetat som chaufför, truckförare och gjutare. Känner sig trygg och vill inte byta den bostad han nu bott i under fem år. ”Flyttat från huset för det var för jobbigt.”

Behöver hjälp med det mesta men klarar själv att med hjälp av rullstol och stödhandtag förflytta i hemmet och på toaletten. Tycker att han hör bra och hade en kontakt med hörselvården för fem år sedan. Använder sina glasögon och träffade synvårdskonsulent så sent som en månad före intervju. Fick då hjälp med ytterligare synhjälpmedel. Saknar egna tänder och har haft problem med sina proteser. Fick nyligen stöd till nödvändig tandvård för att åtgärda proteserna. Hustrun hjälper honom dagligen med munvården. Förflyttar sig utomhus med

hjälp av rullstol, rollator och anhörig/närstående. Har fått höj- och sänkbar säng, toahink och duschstol. Har gått ner två kg under senaste två år. Väger nu 57 kg och är 168 cm lång. Har i problem med

- Yrsel – pga lågt blodtryck
- Smärta – ont i axel och nervsmärta i buk
- Trötthet – dagligen, orkar inte vara uppe så mycket
- Muntorrhet
- Magont
- Diarre – pga laxermedel
- Förstoppning – avklaras med laxermedel som ger diarréer
- Andfåddhet – vid minsta ansträngning
- Svullenhet i ben och fötter
- Klåda- pga plåster mot smärta (byts varje vecka)

På frågan om vad han värdesätter mest svarar han: *”Det som är mest värdefullt är att familjen och jag själv mår bra. Det som är besvärligt är att jag inte kan röra på mig mer och att jag inte kan köra bil.”*

Enligt honom har hans läkare för något drygt år sedan gjort en läkemedelsgenomgång. Barn till honom delar hans läkemedel i dosett en gång i veckan. Hustrun lägger sedan dagligen fram läkemedlen. Tycker att han ständigt är trött och tror att detta beror på ett av de läkemedel han tar (Lyrica). *”Skulle önska att det fanns något läkemedel mot denna trötthet.”* Tycker att han mår extra dåligt av ett annat läkemedel (Dolcontin). Någon gång avstår han från att hämta ut läkemedel eftersom han *”redan har så många”*.

”På akuten är det alldeles för långa väntetider. Det kan ta mellan sex till åtta timmar. Det är problematiskt att dom inte kan bistå med de läkemedel man står på. Sex timmar utan smärtstillande och mat är för lång tid.” Berättar också att ett smärtstillande läkemedel (morfin) fallit bort från hans läkemedelslista vid ett akutvårdsbesök.

Som inneliggande på avdelning tycker han att blivit väl behandlad och också fått ligga kvar där så länge han behövt. Däremot *”att varje sjukhusvård inneburit nya läkare och med varje ny läkarkontakt upprepningar och onödiga diskussioner”*. Kontakten med distriktssköterskorna på vårdcentralen har enligt mannen fungerat bra. Ett problem är dock att hans läkare finns på annat håll än distriktssköterskorna. Den privata läkare han går hos får heller vare sig behandlingsmeddelande eller epikriser då han skrivs ut från sjukhuset.

Han har själv deltagit i en vårdplanering på sjukhuset i samband med utskrivning. Den kom till stånd på anhörigas begäran. Deltog då gjorde också hustrun samt läkare och sjuksköterska från sjukhuset, distriktssköterska från vårdcentralen och biståndsbedömare från kommunen. Efter denna vårdplanering har det inte varit flera.

Han har haft insatser från kommunens hemtjänst i två år. Hustrun städar, handlar, tvättar och lagar mat samt sköter ekonomin. Han har trygghetslarm och hemtjänsten hjälper med dusch, på- och avklädning samt nattillsyn två gånger per natt. Han har också sedan en tid tillbaka fått växelvård var fjärde vecka. Enligt

honom själv har han ingen kontaktperson inom hemtjänsten men tycker att hemtjänsten fungerar bra. *”Det är omkring sju olika som kommer varje vecka. Önskar att jag slapp nattbesöken.”*

Intervju med anhörig/närstående

79 årig pensionerad maka sedan 16 år. Städar, handlar, tvättar och lagar all mat. Hon delar också dagligen de läkemedel barnen hjälper till att lägga i dosett en gång per vecka. Lämnar maken endast omkring två timmar per dag. Barnen hjälper till med transporter till och från sjukhus och till annan vård. Hustrun har för egen del erbjudits stöd. *”En och en halv timma per vecka men det tackade jag nej till eftersom tiden inte räcker för att ta sig in till stan för att uträtta ärenden. När det är så känns det bättre att avstå.”*

”Dom har varit duktiga på sjukhuset men på akuten är väntetiderna alldeles för långa. Rehabilitering har han inte fått. Han har nog inte orkat. Problematiskt att det bara är hemtjänsten som får meddelande om att han legat på sjukhus och inte hans egen läkare. Biståndshandläggaren har varit bra men reglerna för hemtjänsten är alldeles för strikta och det är för många olika som kommer.”

Växelvårdsplatsen kostar enligt hustrun mycket och blir därför ekonomiskt kännbar. *”Det är jobbigt för honom att vara så sjuk, trött och slut. Mina egna problem består i oro över att han ska bli sämre. Hans glädjeämnen är att få träffa anhöriga och vänner.”*

Registeruppgifter från slutenvård, sjukhusets akutmottagning, öppen specialistvård, vårdcentral samt kommunens vård och omsorg

Har vårdats inom **sluten sjukhusvård** sju gånger i totalt 78 dygn. Internmedicin ett dygn och på kirurgklinik åtta gånger i sammanlagt 77 dygn. Har fått diagnoser inom sex olika (observera att hjärt/kärlkapitlet indelats i tre olika områden hjärta, hjärna och övriga kärl) sjukdomsklasser:

- Blod och blodbildande organ
- Hjärtsjukdom
- Övriga kärl
- Matsmältningsorgan
- Symptomdiagnoser
- Faktorer av betydelse

Har varit på **akuten** sex gånger varav fem med ambulans. Har på sjukhuset träffat **specialister i öppenvård** inom kirurgi två gånger, röntgen nio gånger samt ögon två gånger. Har dessutom besökt sjukhusets synrehabilitering tre gånger. I övrigt har lab prover tagits fyra gånger.

Han har **privat läkare** som han träffat sex gånger på mottagning. Han har fått ett hembesök av läkare från primärvårdjour. I övrigt finns i **vårdcentralens** läkarjournal sex notat om telefonkontakter, två notat som rört läkemedel samt tio notat kring övrig administration. Två olika läkare på vårdcentralen har noterat i journalen.

Under hela undersökningsperioden har han varit i kontakt med minst 20 olika läkare.

Distriktssköterska har han träffat på mottagning en gång och fått hembesök 22 gånger. I övrig finns elva telefonnotat och fyra notat kring övrig administration. Totalt har fyra olika distriktssköterskor dokumenterat i omvårdnadsjournalen.

Tre biståndsbeslut har fattat under perioden. Första halvåret har 157 timmar beviljats. Under andra halvåret 287 timmar och lika många det sista sex månaderna. Tillsynsbesök och dusch har funnits med under hela perioden, hjälp med morgonrutinerna det senaste året då även växelvården tillkommit. Hemtjänst har haft uppgifter på delegation från vårdcentralens distriktssköterska att ge vätskeersättning. Trygghetslarm och färdtjänst har funnit under hela undersökningsperioden.

Uppgifter från vårdcentralens journaler, biståndshandläggning samt från hemtjänstens utförardokumentation

Enligt den som granskat **privatläkarens och vårdcentralens dokumentation** så söker mannen för

- Hjärt/kärlproblematik ett flertal ggr och uppföljning sker genom blodtryckskontroller och blodprover
- Hörsel och han behandlas med spolning av öronen och borttagning av öronvax
- Synproblem ett flertal gånger och uppföljning sker genom behandling av ögoninfektion med ögondroppar samt remiss till synspecialist i öppenvård.
- Läkemedel, ett flertal notat om förskrivning av smärtstillande medel och övriga receptförnyelser
- Magproblem ett flertal gånger som behandlas med laxantia och remiss till datortomografi
- Smärta och värk ett flertal gånger med uppföljning av smärtstillande läkemedel
- Trötthet noterat ett flertal gånger
- Urinvägsinfektion ett flertal gånger (KAD, Resurin, bladderscan, antibiotika)
- Yrsel och fall noteras ett flertal gånger
- Oro och ångest ett flertal gånger får remiss till röntgen av buk/colon, CT-bukaorta

Uppgifter om vårdplaneringar saknas i vårdcentralens dokumentation. Ingen avvikelserapportering har återfunnits. Ingen risk eller händelse återfinns i de dokument som studerats. Mannens privatläkare skriver och påminner om att mannen lovats en bukröntgen efter vård på sjukhuset. Läkaren befarar att risken annars även fortsättningsvis är stor att den äldre blir en återkommande gäst vid akutmottagning och kirurgklinik. Den privata läkaren noterar senare att han fått besked från sjukhuset att ärendet fallit mellan stolarna. Remissen till datortomografi hade tappats bort. Av läkarens dokumentation framgår att han/hon aldrig nås av epikriser eller behandlingsmeddelanden då den äldre varit inlagd på sjukhuset.

Den granskning som skett av **biståndshandläggarens dokumentation** framgår att det är anhöriga/närstående som själva tar den första kontakten med biståndshandläggare. Biståndshandläggaren formulerar sedan behovet av insatser. I bedömningen av insatser anges medicinska skäl och otrygghet.

Anhöriga/närstående säger under perioden upp insatser. Man vill minska hjälpen i hemmet och behålla endast dusch och tillsyn. Endast en vårdplanering har gått att spåra i biståndshandläggarens dokumentation. Den skedde i hemmet och deltagande var biståndshandläggare tillsammans med en praktikant från biståndshandläggarkontoret, den äldre själv och anhörig/närstående.

Vårdplaneringsdokument har inte kunnat granskas. Ingen dokumentation om uppföljning av insatserna återfinns i det som varit möjligt att granska. Totalt finns tre utredningar och beslut. De två senare besluten baseras på den första vårdplaneringen.

Hemtjänstansvariga dokumenterar i sina löpande anteckningar om inläggningar på sjukhus och om hemgång därifrån. En anteckning finns om att anhörig/närstående meddelar att de vill klara sig själva på kvällen. Hjälpen upphör. Några dagar senare vill de klara sig själva på morgonen med endast duschhjälp och natttillsyn. Nytt biståndsbeslut efterfrågas. En anteckning om extrabesök på kvällen beviljas tillfälligt från biståndshandläggare. Detta utvärderas inte eftersom hemtjänstmottagen blir inlagd på sjukhus. En anteckning återfinns om att den äldre vill prova säga upp morgonhjälp och dagen efter tas den bort. Beslut kring detta saknas.

På en månad har 23 olika hemtjänstpersonal signerat utförda insatser hemma hos den äldre. Anges att kontaktperson finns. Denna har endast signerat en gång under månaden.

Vårdplaneringsdokument liksom genomförandeplan saknas. En anteckning om omvårdnad enligt plan återfinns liksom kring den delegerad HSL insatsen (vätskeersättning). I dokumentationen återfinns riskbedömning vad gäller personalens arbetsmiljö, läkemedelsavvikelse samt två fallrapporter.

Läkemedel och kvalitetsbedömning

Personen tar 16 olika läkemedel. Läkemedelskostnaden per år är 28.969 kr³¹. De läkemedelsrelaterade problemen är 10.

- Otillräcklig effekt (1)
- Patienten överanvänder/överdoserar (1)
- Biverkningar (3)
- Riskläkemedel (2)
- Läkemedlet används ej (1)
- Ej rekommenderat läkemedel (1)
- Annat (1) Använder ett läkemedel som saknas i journalens läkemedelslista

³¹ Beskrivning av beräkningssätt

Kompletterande bedömning

- Patienten har två läkemedel med antikolinerga effekter (Tryptizol och Ketogan), som förutom perifera biverkningar (bland annat muntorrhet och förstoppning, som patienten anger besvär med) kan orsaka kognitiva störningar och konfusion hos äldre.
- Patienten uppges ha besvär av ortostatism och fall, och har fyra läkemedel som kan orsaka ortostatism (Xatral od, Tryptizol , Selokenzoc och Nitromex) och sju (!) som kan orsaka fall (Xatral od, Tryptizol

Att uppmärksamma

| Att uppmärksamma | Behov |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• 16 olika läkemedel och 10 LRP (läkemedelsrelaterade problem)• Viktnedgång 2 kg senaste år. Väger nu 57 kg och är 168 cm lång• Smärtstillande läkemedel faller bort från läkemedelslistan efter besök på akutmottagning• Privatläkare får inte epikriser efter slutenvårdsutskrivningar• Anhörig har av biståndshandläggare erbjudits stöd till avlastning men tackat nej eftersom tiden för stödet var för knappt tilltagen | <ul style="list-style-type: none">• Kontakt med biståndshandläggning för diskussion om hemtjänstens utformning och anpassat avlastningsstöd för anhöriga• Fungerande informationsutbyte mellan vårdcentral och behandlande privatläkare efter slutenvårdsvistelser• Gemensam vårdplan samt samarbete mellan en ansvarig läkare, hemsjukvård, mindre antal hemtjänstpersonal och anhörig/närstående för att följa, värdera och ompröva vård- och omsorgssituationen i hemmet. |

Kostnader

| Huvudman | Kostnadsställe | Kronor |
|--------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Landstinget | Slutenvård | 527.852 kr |
| | Akutvård | 14.526 kr |
| | Vårdcentral | 22.812 kr |
| | Hemsjukvårdsbesök av dsk från Vårdc | 0 kr |
| | Öppen specialistvård | 31.208 kr |
| Kommunen | Hemtjänst | 217.444 kr |
| | Växelvård | 62.744 kr |
| | Kostnader totalt | 876.586 kr |

Hemtjänst ca 48 timmar per månad.

Resursinsatser anhörig/närstående

Ca 50 timmar per månad. (Antal timmar beräknade efter schablon för tidsåtgång för hemtjänst.)

Diagnoser, symptom samt vård och omsorg

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Diagnoser inom slutenvård (6 olika) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Blod och blodbildande organ (sarkidos ospec) 2. Hjärtsjukdom (kronisk ischemisk hjärtsjukdom, aterosklerotisk hjärtsjukdom, essentiell hypertoni, gammal hjärtinfarkt, angina pectoris) 3. Övriga kärl (bukaortaneurysm, icke brustet) 4. Matsmältningsorgan (obstipation, kroniska kärlsjukdomar i tarmen, gallsten utan kolecystit) 5. Symptomdiagnoser (ospec smärtor i buk, buksmärtor UNS, bröstsmärtor ospec, kräkningar) 6. Faktorer av betydelse (förekomst av aortakoronar-bypass-graft, malignt tumör i mag/tarmkanalen i den egna sjukdomshistorien, förekomst av angioplastiskt koronarimplantat och koronargraft) |
| Övriga problem/symptom (10 olika) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Yrsel – pga lågt blodtryck 2. Smärta – ont i axel och nervsmärta i buk 3. Trötthet – dagligen, orkar inte vara uppe så mycket 4. Muntorrhet 5. Magont 6. Diarre – pga laxermedel 7. Förstoppning – avklaras med laxermedel som ger diareer 8. Andfåddhet – vid minsta ansträngning 9. Svullenhet i ben och fötter 10. Klåda- pga plåster mot smärta (byts varje vecka) |
| Hemtjänst undersökningsperioden (23 olika vårdbiträden under en månad) (3 olika beslut grundade på en bedömning) | <p>Ca 48 tim per månad Dusch, på- och avklädning, nattillsyn, trygghetslarm</p> |
| Övrigt bistånd | <p>Växelvårdsplats en vecka per månad sista halvår</p> |
| Hjälp av anhörig/närstående (maka/barn) | <p>Ca 50 tim per månad Städar, handlar, tvättar, matlagning, tillsyn, dosettindelning en gång per vecka, daglig läkemedelsgivning, transporter till och från sjukhus och sjukvårdsbesök</p> |
| Analys av läkemedelssituation | <p>16olika läkemedel 10 LRP</p> <ul style="list-style-type: none"> • Otillräcklig effekt • Patienten överanvänder/överdoserar • Biverkningar (3 st) • Riskläkemedel (2 st) • Läkemedlet används ej • Ej rekommenderat läkemedel • Annat (använder ett läkemedel som saknas i journalens läkemedelslista) <p>Läkemedelskostnad per år 28.969 kr</p> |

| | |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kvalitetsbedömning | <ul style="list-style-type: none"> • Patienten har två läkemedel med antikolinerga effekter (Tryptizol och Ketogan), som förutom perifera biverkningar (bland annat muntorrhet och förstoppning, som patienten anger besvär med) kan orsaka kognitiva störningar och konfusion hos äldre. • Patienten uppges ha besvär av ortostatism och fall, och har fyra läkemedel som kan orsaka ortostatism (Xatral od, Tryptizol , Selokenzoc och Nitromex) och sju (!) som kan orsaka fall (Xatral od, Tryptizol, Selokenzoc, Durogesic, Ketogan novum, Nitromex och Ketogan) |
|---------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | Undersökningsperiod 18 månader |
|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Slutenvård (7 olika vårdepisoder) | Antal vårdepisoder Antal vårddyg | 7 (internmed 1 dygn, kirurgklinik 77 dygn) 78 |
| Akutbesök (6 olika) | | 6 gånger varav 5 med ambulans |
| Öppenvård (3 olika spec läkare) | Specialistläkare sjukhuset Synrehabilitering Röntgen Lab prov | 13 (kirurgi 2, röntgen 9, ögon 2) 3 - 4 |
| Vårdcentralsläkare (2 olika VC-läkare) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | - - 18 |
| Primärvårdsläkarjour (1 läkare) | Hembesök | 1 |
| Privatläkare (1 läkare) | Mottagning | 6 |
| Totalt antal olika läkare | 20 | 20 |
| Vårdcentral distriktssköterska (4 olika distriktssköterskor) | Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* | 1 22 15 |
| Vårdcentral arbetsterapeut | | - |
| Vårdcentral sjukgymnast | | - |

* 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.

Sammanfattning och diskussion

Studiens resultat baseras på intervjuer med multisjuka äldre personer och deras anhöriga/närstående, på register och journaldata samt på information om läkemedel och läkemedelshantering kring 298 multisjuka äldre i 12 landsting och 29 kommuner. Samtliga undersökningspersoners vård- och omsorgsinsatser har kostnadsberäknats. Undersökningsperioden har innefattat 18 månader och avslutades i oktober 2010.

Samtliga undersökningspersoner har bott i ordinärt boende. Deras medelålder ligger på 83 år och drygt hälften är kvinnor. Nära 60 procent är ensamboende. De har vårdats inom slutenvård i genomsnitt fyra gånger under sammanlagt 25 dygn inom undersökningsperiodens 18 månader. I genomsnitt har de vårdats för diagnoser inom sex olika sjukdomsklasser. Nära nog alla har vårdats för en diagnos inom hjärt-kärlområdet därefter har det för flertalet handlat om olika symptomdiagnoser eller diagnoser inom sjukdomsklassen faktorer av betydelse för sjukdomstillståndet. Endast 53 undersökningspersoner har vårdats inom geriatriken.

Förutom de sex diagnoser de fått vid slutenvårdsepisoderna har undersökningspersonerna haft många andra olika problem och symptom. Det handlar främst om trötthet, smärta, andfåddhet, yrsel och sömnsvårigheter. Nära hälften har haft en viktninskning på omkring 8 kg senaste tvåårsperiod, drygt 30 procent har problem med tänder. En femtedel är rullstolsburna. Endast 12 procent klarar sig helt självständigt i hemmet. Endast en femtedel klarar att städa och omkring hälften att själv laga sin mat.

De flesta har hjälp och stöd genom anhöriga/närstående. Att enbart ha stöd av anhöriga/närstående är vanligast för multisjuka äldre med låga kostnader för vård och omsorg. Anhöriga/närstående ger mycket hjälp och stöd i samtliga kostnadsgrupper. Antingen som ensam hjälpgivare eller tillsammans med hemtjänsten. Hemtjänst som ensam hjälp och stödgivare når inte 10 % strecket ens för undersökningspersoner med den högsta kostnaden för vård och omsorg.

Undersökningspersonerna har inom undersökningsperioden träffat 15 olika läkare inom slutenvård, på sjukhusets akutmottagning inom öppen specialistvård, på vårdcentralen och inom primärvårdens jourverksamhet. Antalet olika läkemedel ligger i snitt på 9,9 och LRP på 5,1. De läkemedelsrelaterade problemen är i hög grad kopplade till biverkningar av läkemedel.

Studien visar, liksom tidigare studier av äldre med sammansatta behov och problem att vård- och omsorgsinsatserna är omfattande och spridda på många olika händer. Två av de studerade områdena har tidigare studerats med samma metod och det finns inga tecken som tyder på att förbättringar skett för undersökningsgruppen³². Detta gäller inte minst inom läkemedelsområdet.

Även om kostnaderna för vårdcentralernas verksamhet utgör en låg andel av landstingets totala kostnader så har vårdcentralerna de ojämförligt flesta kontakterna med undersökningspersonerna. Många olika läkare och distriktssköterskor är inblandade i det medicinska omhändertagandet. I genomsnitt har tre olika läkare och fem olika distriktssköterskor haft kontakt med en undersökningsperson genom mottagningsbesök, telefonkontakter, receptförskrivning och övrig administration. Hembesöken sker från distriktssköterskornas sida i genomsnitt 11 gånger. Få av dem som fått hembesök har blivit ansvarsövertagna och inskrivna i hemsjukvård. Endast 25 personer har fått hembesök av en läkare från vårdcentral.

I områden med kommunalt ansvar för hemsjukvården får ett lägre antal undersökningspersoner hemsjukvårdsbesök i gengäld är kontaktfrekvensen genomsnittligt något högre än inom landstingets hemsjukvård.

Endast ett fåtal undersökningspersoner har varit i kontakt med särskilda enheter eller samverkansformer. Fem personer har varit inskrivna i ASIH team och en i ett palliativt team. Sju personer har under en kort period haft kontakt med rehabiliteringsteam. I övrigt har dryga 30-talet fått ta del av andra typer av samverkansformer mellan landsting och kommuner som till övervägande del handlat om gemensamma mångprofessionella möten för planering i samband med förflyttning från sjukhusvård till vård och omsorg i hemmet

De samordnade vårdplaneringar som skett i samband med utskrivning från sjukhus har varit få och i det allra flesta fall har dessa vårdplaneringar skett på sjukhuset. Läkare från vårdcentralen har aldrig deltagit. Distriktssköterska därifrån har däremot deltagit i 96 vårdplaneringar kring 56 undersökningspersoner motsvarande endast sex procent av det totala antalet utskrivningar från slutenvård. Biståndshandläggare har deltagit i samband med 119 personers samordnade vårdplaneringar och personal från kommunens vård och omsorg endast i samband med 17 personers utskrivning från sjukhuset.

³² 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:
Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, U Gurner, D Norén, R Bowin och Agneta Brinne, mars/april 2010

De personer som granskat vårdcentralens journaler har hittat 30 registreringar i NDR i övrigt är registreringar i kvalitetsregister sparsamt förekommande. Avvikelse kring undersökningspersonerna har överhuvudtaget inte återfunnits i granskade journaler. Från biståndshandläggarnas dokumentation kan ingen registrering i kvalitetsregister spåras. Däremot återfinns 25 avvikelserapporter. Enligt uppgift från granskarna hittar de dock betydligt fler avvikelser i journalerna som inte lett till avvikelserapporter. Endast fyra registreringar i kvalitetsregister har kunna spåras i dokumentationen från kommunens vård och omsorgsgivare. Denna svårighet gäller även information om avvikelser.

Av intervjuerna framgår att de äldre i de flesta fall har förståelse för personalens/professionernas situation och att de personer man möter i de allra flesta fall uppfattas som vänliga. Det är i undersökningspersonernas svar på frågor om vad de själva önskar men inte får samt hur vård och omsorg skulle vara utformad om de själva fick bestämma som ger insikt i hur vård och omsorgssystemet skulle behöva utvecklas för att tillgodose behovet hos en grupp äldre med sammansatta behov. Anhöriga fungerar med större eller mindre framgång som vårdkedjeadministratörer och som buffert mellan den multisjuka äldre och alla olika vård- och omsorgskontakter. Anhöriga/närstående och de multisjuka äldre önskar en ansvarig läkare med ansvar för att hålla samman alla olika vårdinsatser samt vård och omsorg i samarbete utformad efter de snabbt skiftande behov som uppstår i hemmet.

Studien tyder inte på att de i undersökningsgruppen som befinner sig i lågkostnadsgruppen är friskast. De har samma symptom, problem och diagnoser som de som befinner sig i högkostnadsgruppen. De har i stort sett lika stort antal läkemedel och läkemedelsrelaterade problem. Det som skiljer lågkostnadsgrupp från högkostnadsgrupp är funktionsförmågan. Trots att de som befinner sig i lågkostnadsgruppen ADL-mässigt klarar sig bättre än mellan- och högkostnadsgruppen så behöver även de flesta i denna grupp stöd och hjälp. Vårdkostnaderna hinner eskalera innan dess att hemtjänst och övriga biståndsbedömda insatser sätts in. De får mindre av rehabiliterande insatser och den hjälp och stöd de behöver ges nästan uteslutande från anhöriga/närstående.

Kostnaderna för ett vårddygn är hög i förhållande till kostnaderna per insats inom primärvård och inom kommunens vård och omsorg i hemmet. En insatsförskjutning och omfördelning av kostnader från den slutna sjukhusvården till vård och omsorg utanför sjukhuset skulle innebära en stor kvalitetsförbättring för den multisjuka äldre, anhöriga/närstående och för den personal som arbetar inom området.

Slutsatser

Huvudsakliga slutsatser som kan dras av kartläggningen är att

- Den **definierade undersökningsgruppen multisjuka och metoden** med intervjuer, register- och journalgenomgångar, specialstudium av läkemedel och beräkning av kostnader **fungerar** utifrån syftet att studera hinder på systemnivå utifrån ett behovsperspektiv.
- Indelningen i olika kostnadsgrupper visar på undersökningsgruppens likartade **behov av förebyggande och samordnade insatser i ett tidigt skede** för att undvika vård och omsorg på fel nivå och till höga kostnader med låg nytta.
- Multisjuka i ordinärt boende tillbringar mer än 17 av de 18 undersökningsmånaderna utanför den slutna sjukhusvården. Detta förhållande visar på **behovet av styrning och ledning mot ett nytt sätt att formera verksamhet utanför sjukhuset** som utgår från den äldres samlade och skiftande behov av helhetsomhändertagande.
- Den somatiska akut- specialist och slutenvården tillgodoses för de flesta multisjuka av högspecialiserade insatser för monodiagnoser. De multisjuka, **den geriatriska patienten, får sparsamt med vård** av den geriatriska professionen.
- Den vård och omsorg som förväntas ta hand om **kvarstående behov efter sjukhusvården är fragmenterad, specialiserad och insatsstyrd**.
 - **Vårdcentralerna** har inte inriktat sin verksamhet mot sköra äldres föränderliga livssituation och är inte organiserade att ta ett helhetsansvar utanför sjukhuset tillsammans med kommunens vård- och omsorg den äldre och anhöriga.
 - **Den öppna hemtjänsten**, uppdelad på service- och omvårdnadsinsatser efter produktkatalog och utförd av många olika personer skapar inte en trygg och meningsbärande social situation om den inte tar sin utgångspunkt och fokuserar på den äldres skiftande behov. En insatsutformad hemtjänst har små

förutsättningar att arbeta långsiktigt förebyggande tillsammans med primärvård, den äldre och anhöriga/närstående. Den saknar möjlighet att navigera rätt i de snabbt skiftande behoven i hemmet.

- **Anhöriga/Närstående gör omfattande insatser** i ensamhet både med direkta hjälp- och stödinsatser och som vård- och omsorgsadministratörer i försök att knyta ihop ett fragmenterat vård- och omsorgssystem.
- Studien visar på en **hög grad av inkontinuitet i** de många kontakterna med och mellan
 - olika läkare på vårdcentral
 - läkare på sjukhusets akutmottagning
 - olika slutenvårdskliniker
 - olika specialister inom den öppna specialistvården
 - olika distriktssköterskor på vårdcentralen
 - olika sjuksköterskor inom kommunens hemsjukvård
 - olika personer inom den öppna hemtjänsten
- **Hemsjukvården** visar sig vara en svårdefinierbar verksamhet
 - De multisjuka äldre personerna får många hemsjukvårdsbesök utförda av många olika distriktssköterskor inom landstinget och sjuksköterskor inom kommunen. Många hemsjukvårdsbesök utförs men få undersökningspersoner är ansvarsövertagna och inskrivna i hemsjukvård.
 - Hemsjukvårdsbesök utan ansvarsövertagande blir en insats bland andra insatser där olika distriktssköterskor/sjuksköterskor rycker ut på händelser och dokumenterar sina insatser. Risk föreligger att samma problem/symptom behandlas gång på gång utan analys av problem eller planering för långsiktig lösning.
 - I studien framkommer inga skillnader för undersökningspersonerna mellan landstingsdriven respektive kommunalt driven hemsjukvård vad gäller antal läkemedel eller läkemedelsrelaterade problem (LRP).
 - I några av de områden där kommunen tagit över hemsjukvårdsansvaret sker hemsjukvårdsbesök både av vårdcentralens distriktssköterskor och av kommunens sjuksköterskor.
 - Läkare från vårdcentralen gör få hembesök.

- **Samverkan** finns *kring logistikfrågor* mellan sjukhus, vårdcentral och kommunens vård och omsorg vid utskrivning från sjukhuset
- Samverkan finns mellan vårdcentral och kommunens vård och omsorg kring händelser men det saknas ett *proaktivt långsiktigt hållbart organiserat samarbete med definierat ansvar för individens helhetsituation* och för att följa, värdera och ompröva den äldres livssituation.
- **Läkemedel** blir i studien en tydlig indikator på ett system som istället för att hjälpa riskerar att stjälpa en redan skör äldre. Det räcker inte med teknikstöd, gemensamma journaler eller datoriserade förskrivarstöd. Den multisjuka äldre personen behöver en läkare ansvarig för att följa, värdera och ompröva de olika läkemedel som förskrivs från olika håll.
- För att klara sköra äldre utanför sjukhuset, där de befinner sig den allra största del av tiden, krävs ledning och styrning som utgår ifrån den äldres behov av kontakt på hemmaplan dygnets 24 timmar

Behov av nytt sätt att organisera vård och omsorg utanför sjukhuset

Uppföljningen visar att verkligheten inte stämmer med den kartbild som läggs fast i styrdokument, regelverk, riktlinjer, samverkansavtal, policyförklaringar och inriktningsdokument. Samtliga nedanstående parter behöver samarbeta långsiktigt hållbart och förebyggande med varandra, äldre och närstående. Den i kartläggningen definierade gruppen äldre multisjuka kan sällan lämnas som helt friska och funktionsmässigt välfungerande. Kontakten och samarbetet kring dem kan ibland fungera lågintensivt för att ibland skifta till en mer högintensiv nivå. Det krävs en enad front mellan landsting och kommun för att med kraft leda, styra och följa upp hela denna process mot ett förändrat sätt att arbeta ur ett behovsperspektiv.

För att komma tillrätta med systemhindren och få en anpassning till kartan behövs för äldre med sammansatta problem och många olika medicinska, omvårdnads- och funktionsmässiga problem:

1. **En ansvarig läkare** inom primärvården med ansvar för den äldres medicinska helhetsituation och samordning av insatser från slutenvård, akutvård, öppen specialistvård och primärvårdens jourverksamhet.
2. **Apotekare** som stöd för den ansvarige läkaren att följa, värdera och ompröva läkemedel som skrivs ut från slutenvård, akutvård, öppen specialistvård och primärvårdens jourverksamhet.
3. **Kontinuitet bland distriktssköterskor och samarbete med kommunens sjuksköterskor** i de fall kommunen har hemsjukvårdsansvaret. Insatser sker nu enligt tröskelprincipen av många olika - från båda håll. Behovsgruppen har behov av långsiktigt hållbara och uthålliga relationer.

4. **Utveckling av hemsjukvården.** Uppföljningen visar att hemsjukvården består av en mängd olika hemsjukvårdsbesök utfört av en mängd olika distriktssköterskor och/eller sjuksköterskor då något hänt i hemmet. Mera sällan återfinns en plan för långsiktig lösning och strategi för behandlingsinsatser.
5. **Kontinuitet och insatser från hemtjänsten efter behov.** Kontinuerlig skara personal där **en person har det övergripande ansvaret för det behovsanpassade stödet.** Att insatsstyra hemtjänst efter produktkatalog och att skilja på service och omsorgsinsatser visar sig ur behovssynpunkt funktionsodugligt. Behoven kan ofta skifta från dag till dag.
6. **Samarbeta med närstående.** Närstående är trygghetskaparna för de äldre multisjuka. Fungerar nu som buffert och som vårdkedjeadministratörer med stort behov av samarbetspartner. Närstående försöker i många fall in i det längsta hålla hemtjänst ifrån sig då den äldre och närstående inte kan få den hjälp de önskar.

Utanför sjukhuset

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende

Upplysningar om innehållet
Maj Rom, maj.rom@skl.se, Tel: 08-452 7602

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN/Bestnr: 978-91-7164-764-1
Text: Ulla Gurner

Rapporten finns att ladda ned på www.skl.se