

ÄLDRETEAM

VISION OCH VERKLIGHET

**UPPFÖLJNING AV SAMVERKANSAVTAL FÖR
MULTISJUKA/MULTISVIKTANDE ÄLDRE MELLAN
PRIMÄRVÅRDEN, GÄVLE KOMMUN OCH GÄVLE SJUKHUS**

APRIL 2010

ULLA GURNER, DAG NORÉN, ROLF BOWIN, AGNETA BRINNE

Förord

Primärvården Gästrikland, omvårdnad Gävle och Gävle sjukhus beslutade 2006 att inrätta gemensamma lokala äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre boende i Gävle. Uppbyggnaden av dessa Äldreteam startade i september 2007. För att på ett mer systematiskt sätt följa utvecklingen och för att få underlag till stöd för processen fick Ulla Gurner på Stiftelsen Äldrecentrum i uppdrag att leda denna uppföljning. År 2009 beslutades att även genomföra kostnadsberäkningar för de multisjuka äldre som ingick i en del av uppföljningen. För denna del svarar Rolf Bowin och Dag Norén från Health Care Management (HCM).

I uppföljningsgruppen har förutom Ulla Gurner från Stiftelsen Äldrecentrum också Agneta Brinne från landstinget Gävleborg och Weine Johansson från omvårdnad Gävle medverkat.

Intervjuer med de 22 äldre multisjuka och deras anhöriga har genomförts av Lena Rosén. Johan Fastbom har genomfört analyserna av de vid tiden för intervju aktuella läkemedelslistor som erhållits från resp hälsocentral.

Ledningsgrupp för Äldreteamsprojektet bestod från start av Margareth Rosenberg och Ann Pedersen från primärvården Gästrikland, Gun-Britt Ruuth från vuxenpsykiatriska kliniken, Ulla Hamrén, Anne Hillman och Ewa Molarin från Omvårdnad Gävle, Maria Laurell och Margareta Hayden från Gävle sjukhus samt Ing-Mari Ekström från Carema AB.

Från och med december 2008 togs ledningsansvaret för Äldreteamen över av Inga-Lill Björklund förvaltningschef Omvårdnad Gävle, Berit Fredricsson chef för division primärvård samt Christina Wassberg chef division medicin.

De prisuppgifter Rolf Bowin och Dag Norén från Health Care Management bygger sin del av rapporten på har tagits fram med hjälp av Börje Snygg från Gävle kommun och Dag Morén från landstinget Gävleborg.

Patrik Bergman och Johanna Alfredsson från Samhällsmedicin Landstinget har ur slutenvårdsregistreringar tagit fram underlag för urval av undersökningspopulation och i övrigt bistått med registeruppgifter från landstingets databaser.

Ansvariga för de 11 workshops som anordnades hösten 2009 för personal och ansvariga från Gävle sjukhus, hälsocentraler samt hemtjänstområden ansvarade Agneta Brinne och Ulla Gurner i samarbete med Carina Boström arbetsterapeut och Anna-Karin Hindström sjukgymnast. Både från landstinget och i tidigare skede verkat som metodstödjare för Äldreteamsprojektet. Vid resp workshop medverkade även Eva-Lena Zackrisson samordnare i Geriatriskt Kompetens Centrum.

Innehållsförteckning

FÖRORD	3
BAKGRUND	1
SAMVERKANSAVTALET	1
VEM ANSVARAR FÖR VAD.....	1
VEM SKULLE ARBETA I ÄLDRETEAMET.....	2
ÄLDRETEAMETS MÅLGRUPP.....	2
LEDNINGSGRUPP.....	2
Metod- och processtödjare.....	2
UPPDRAG OM UPPFÖLJNING	3
SYFTE.....	4
DELSTUDIER, METOD OCH GENOMFÖRANDE.....	4
SEMINARIUM NOVEMBER 2008.....	6
NY LEDNINGSGRUPP, HANDLINGSPLAN, WORKSHOPS OCH SYSTEMISKT MÖTE.....	7
HUR SER PERSONAL, ANSVARIGA TJÄNSTEMÄN OCH FÖRTROENDEVALDA PÅ ÄLDRETEAMENS UTVECKLING	8
TILLGÅNGAR I NUVARANDE STRUKTUR.....	8
VAD UPPFATTADES SOM NYTT VILKA VAR FÖRVÄNTNINGARNA.....	8
PROCESS MOT NYTT ARBETSSÄTT TAR TID.....	9
VEM ÄR SVEA SOM SKA VÅRDPLANERAS?.....	9
ÄLDRETEAMETS FUNKTION.....	9
METOD- OCH PROCESSTÖD EFTERFRÅGAS.....	10
UTVECKLINGSOMRÅDEN SOM GÄLLER SJUKHUSET.....	10
UTVECKLINGSOMRÅDEN SOM GÄLLER HÄLSOCENTRALEN.....	10
UTVECKLINGSOMRÅDEN SOM GÄLLER HEMTJÄNSTEN.....	11
KNYT IHOP UTVECKLINGSPROJEKT.....	11
FÖRÄNDRING MOT AVTALETS INTENTIONER.....	11
ÖNSKEMÅL INFÖR FRAMTIDEN.....	11
HUR FUNGERAR VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE MULTISJUKA OCH DERAS ANHÖRIGA/NÄRSTÅENDE	12
ÅLDER, DIAGNOSER, SYMPTOM SAMT VÅRD OCH OMSORGSKONSUMTION.....	12
INTERVJUER MED MULTISJUKA OCH DERAS ANHÖRIGA OM BEHOV OCH PROBLEM.....	18
Synpunkter på hemtjänst.....	18
Synpunkter på hälsocentralen.....	19
Synpunkter på sjukhusets akutmottagning.....	19
Synpunkter på slutenvården.....	19
HÄLSOCENTRALERNAS DOKUMENTATION.....	20
DOKUMENTATION FRÅN BISTÅNDSHANDLÄGGNINGEN.....	20
LÄKEMEDEL ENLIGT HÄLSOCENTRALENS AKTUELLA LÄKEMEDELSLISTA	22
KOSTNADER FÖR VÅRD OCH OMSORG	24
UPPFÖLJNINGENS 22 MULTISJUKA ÄLDRE BELYSTA GENOM FEM TYPFALL	28
FALL 1 MED HUVUDSAKLIGT BEHOV - FAST LÄKARKONTAKT.....	28
Vård och omsorg för ensamboende 90 – 94 åring.....	29
Kostnader för vård och omsorg under 18 månader.....	29
Den äldres situation.....	30
Anhörigintervju.....	31
Dokumentation från hälsocentral och biståndshandläggning.....	31
FALL 2 MED HUVUDSAKLIGT BEHOV AV TRYGGHET OCH KONTINUITET.....	38
Vård och omsorg för ensamboende 90-94 åring.....	38
Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader.....	39

<i>Den äldres situation</i>	40
<i>Anhörig/närstående</i>	41
<i>Dokumentation från hälsocentralen</i>	41
<i>Dokumentation från kommunens biståndshandläggning</i>	42
FALL 3 MED HUVUDSAKLIGT BEHOV AV AKTIV KOORDINERING GENOM SMÄRTSPECIALIST	43
<i>Vård och omsorg för ensamboende 85 -89 åring</i>	43
<i>Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader</i>	44
<i>Den äldres situation</i>	45
<i>Anhörig</i>	46
<i>Dokumentation från hälsocentralen och biståndshandläggning</i>	46
FALL 4 MED HUVUDSAKLIGT BEHOV AV ANNAN MODELL FÖR VÅRD OCH OMSORGSINSATSER....	48
<i>Vård och omsorg för samboende 75 -79 åring</i>	49
<i>Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader</i>	49
<i>Den äldres situation</i>	50
<i>Anhörig</i>	51
<i>Dokumentation från hälsocentralen</i>	52
<i>Dokumentation från kommunens biståndshandläggning</i>	53
FALL 5 MED HUVUDSAKLIGT BEHOV AV ANNAN MODELL FÖR VÅRD OCH OMSORGSINSATSER....	55
<i>Vård och omsorgsinsatser för sammanboende 85 – 89 åring</i>	55
<i>Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader</i>	56
<i>Den äldres situation speglad genom icke samboende anhöriga</i>	57
<i>Dokumentation från hälsocentralen</i>	57
WORKSHOP FÖR HÄLSOCENTRALER, HEMTJÄNSTOMRÅDEN OCH GÄVLE	
SJUKHUS	63
<i>VAD ÄR DET SOM GÅR ATT UTVECKLA UTAN NYA BESLUT?</i>	63
<i>VILKET STÖD KRÄVS FRÅN LEDNINGSHÅLL</i>	64
<i>Primärvårdens medarbetares reflektioner</i>	64
<i>Kommunens medarbetares reflektioner</i>	64
<i>Gävle sjukhus medarbetares reflektioner</i>	64
<i>Ett tydligt resultat av workshops var att</i>	65
SAMMANFATTANDE DISKUSSION	66
<i>ÄLDRETEAM HAR ÄNNU INTE TRÄTT I FUNKTION</i>	66
<i>VÅRD OCH OMSORG ÄR KVALIFICERADE TJÄNSTER DET GÄLLER ATT GÖRA RÄTT FRÅN BÖRJAN</i>	67
<i>IAKTTAGELSER KRING KOSTNADER UTIFRÅN FALLBESKRIVNINGARNA</i>	68
SLUTSATSER	70

Bakgrund

Primärvården Gästrikland, omvårdnad Gävle och Gävle Sjukhus beslutade 2006 att inrätta gemensamma lokala äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande personer 75 år och äldre boende i Gävle¹. Projektet ”Multisjuka/multisviktande 75 år och äldre i Gävle kommun” ska enligt avtalet riktas mot målgruppen personer, 75 år eller över, med sammansatta komplexa och/eller snabbt föränderliga vård och omsorgsbehov. Målet är att genom gemensamma samverkansformer ge vård och omsorg på rätt nivå, i rätt omfattning och på rätt plats.

Uppbyggnaden av Äldreteamen i Gävle startade i september 2007 och utgår från nio Hälsocentraler som drivs av landstinget samt från de 18 hemtjänstenheter som verkar i kommunen. Två av dessa enheter drivs på kommunens uppdrag av Aleris resp Förenade Care. I Gävle finns även två hälsocentraler som drivs av Carema på landstingets uppdrag. Dessa båda hälsocentraler omfattas inte av samverkansöverenskommelsen.

Samverkansavtalet

Vem ansvarar för vad

Samverkansavtalet mellan Gävle sjukhus, primärvården och omvårdnad Gävle slöts för perioden 2007-09-01--2010-08-31. På Gävle sjukhus låg att öka prioritering av avtalets målgrupp, utveckla rutiner för identifikation och omhändertagande av målgruppen samt genomföra gemensam vårdplanering för målgruppen. Sjukhuset skulle också bidra till äldreteamen med geriatrisk kompetens.

På hälsocentralerna lades ansvaret för att bilda äldreteam på respektive hälsocentral, genomföra teamträffar i enskilda ärenden, göra hembesök tillsammans med övriga vårdgivare samt delta i gemensamma utbildnings- och handledningsinsatser.

Hemtjänsten i Gävle skulle delta i uppbyggnad och utveckling av arbetssätt inom äldreteamen, delta i teamträffar i enskilda ärenden, göra gemensamma hembesök med övriga vårdgivare samt delta i gemensamma utbildnings- och handledningsinsatser.

Huvudansvaret för teamens bildande vilade alltså på verksamhetscheferna på hälsocentralerna. Dessa skulle tillsammans med hemtjänstens enhetschefer skapa de förutsättningar som krävdes för att äldreteamen skulle kunna bedriva sitt arbete. Varje multisjuk/multisviktande äldre skulle få en egen kontaktperson på hälsocentralen och inom hemtjänsten. Äldreteamet skulle vara nåbart för

¹ Samverkansavtal mellan landstinget i Gävleborg och Gävle kommun för uppbyggnad av äldreteam för målgruppen multisjuka/multisviktande vid hälsocentralerna i Gävle kommun, 2007-05-01

patienten/kunden och anhörig via telefon mellan 7 på morgonen till klockan 23.00 på kvällen. För tiden utöver denna svarar sjukvårdsrådgivningen.

Vem skulle arbeta i äldreteamet

I samverkansavtalet fastslogs att det i varje lokalt äldreteam från primärvården skulle finnas distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast. Kommunen skulle bidra med biståndshandläggare, hemtjänstområdets verksamhetschef samt representant för hemtjänstpersonalen. I teamet skulle läkare delta vid behov och genomföra minst ett hembesök per år hos äldreteamspatienten. Geriatriker från Gävle sjukhus skulle ha en både operativ och konsultativ roll i det lokalt fungerande äldreteamet.

Äldreteamets målgrupp

Äldreteamens målgrupp är enligt avtalet multisjuka/multisviktande 75 år och över. Som multisjuk definierades den som under en tolv månadersperiod har vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod haft diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper. Som multisviktande definierades en person med någon komplicerad eller flera olika sjukdomsdiagnoser, som har problem med nedsatt rörlighet och ork, behov av vård, omsorg och rehabiliterings/funktionsuppehållande insatser med varierande intensitet. Som sammantaget har en skör livssituation som därigenom är snabbt föränderlig.

Ledningsgrupp

I samverkansavtalet föreskrevs att en ledningsgrupp skulle leda och utveckla äldreteamsprojektet mot avtalets intentioner. Ledningsgruppen bestod fram till slutet av 2008 av ansvariga inom primärvård, vuxenpsykiatri, omvårdnad Gävle samt från Gävle sjukhus. Från och med årsskiftet 2008/09 övertogs ledningsansvaret av förvaltningschefen för omvårdnad Gävle samt divisionscheferna för primärvård och medicin inom landstinget Gävleborg.

Metod- och processtödjare

I en särskild projektbeskrivning² fastslogs också behovet av särskilda metod- och processtödjare i detta utvecklingsarbete. Dessa senare har arbetat under ledningsgruppen. Processledarnas funktion har varit att stödja bildandet av ”*väl fungerande team på hälsocentralerna*”. Metodstödjaren har haft till uppgift att fungera som ”*stöd i metodfrågor kring team och samverkan*”. Båda funktionerna har arbetat i nära dialog med varandra och har haft rapporteringsskyldighet till ledningsgruppen. Sedan maj 2007 tom utgången av 2008 arbetade en metodstödjare (0.25 procentstjänst) samt två processledare (sammanlagt 60 procentstjänst) med att ”*stötta hälsocentralerna i Gävle att starta lokala äldreteam och få ett fungerande arbetssätt i samverkan mellan primärvård, sjukhus och Gävle kommun*”.

² Projektplan för metodstödjare och processledare till äldreteam i Gästrikland. 2007

Uppdrag om uppföljning

För att på ett mer systematiskt sätt kunna följa utvecklingen och för att få underlag till stöd för processen fick Stiftelsen Äldrecentrum uppdraget att leda uppföljningen av samverkansprojektet Äldreteam i Gävle. Äldrecentrum har i ett flertal studier visat att insatserna för äldre med sammansatta problem och behov varit splittrade och att det saknats ett helhetsansvar.³

De fallstudier, som under senare år genomförts i strukturmässigt olika områden i Stockholms län, tyder inte på att samverkan mellan vård- och omsorgsgivare har garanterat en trygg vård och omsorg⁴. Detta trots att samverkansavtal funnits mellan kommuner och landsting och att äldre med sammansatta behov och problem varit en prioriterad grupp. De i fallstudierna ingående multisjuka/multisviktande äldre har varit högkonsumenter av vård och omsorg. Ansvaret för dem ytterligt splittrat mellan vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. De har fått massiva insatser utan sammantagen planering. De brister som existerat vid informationsöverföring mellan vård- och omsorgsnivåer framträder tydligt för de äldre med sammansatta behov som bott i ordinarie boende. Vård och omsorg har sammantaget fått låg kvalitet för den äldre och genererat kostnader⁵ utan optimal nytta. De vinster som skulle kunna göras, samhällsekonomiskt och mänskligt, har handlat om samordning.

Samma resultat redovisades i en revisionsrapport från början av 2007. I denna presenterade revisorerna i landstinget Gävleborg samt i Gävle, Sandviken och Hofors kommuner resultatet av en gemensam granskning av vård och omsorgsinsatser för multisjuka äldre⁶. Revisorerna konstaterade att det för de hemmaboende äldre saknades systematiska genomgångar av läkemedel och helhetssyn i vården. De pekade på brister i rehabilitering och behov av åtgärdsplaner utifrån riskbedömning.

Idag utvärderas ofta verksamheter ur producentens/verksamhetens perspektiv. Den äldres situation speglas ur perspektivet akutsjukvård, geriatrik, primärvård, hemrehabilitering, dagverksamhet, öppen hemtjänst, särskilda boenden o s v. Verksamheterna bedöms som bra eller mindre väl fungerande utan att resultatet

³ **Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning**, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur 2003

⁴ **Vi har inte tid – ring akuten!** 24 fallstudier av multisjuka i Sigtuna, Gurner, Fastbom & Österman, ÄC 2004:1

Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm. 22 fallstudier av multisjuka 75+, U Gurner & Johan Fastbom, Äldrecentrum 2002:2

Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser, U Gurner Äldrecentrum, 2001:6

Styckevis och delat - gemensam revisionsstudie från LR & revisionen i Stockholm, Huddinge & Norrtälje, 2006

Hökarängens Äldrevårdcentral Äldre med stora och sammansatta behov 2007:6

Solna Äldrevårdcentral 2007

⁵ **Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka**, Beräkning av kostnader för sluten- och öppenvård, kommunens äldreomsorg samt informella insatser för 26 multisjuka 75+, L Jönsson & U Gurner, Äldrecentrum 2001:7

⁶ **Multisjuka äldre – vård och omsorgsinsatser**, Örlings PriceWaterHouseCoopers, feb 2007

kopplas till vad insatserna har för sammantagen effekt för den enskilda individen eller för samhällsekonomi.

Uppföljningen av Äldreteam i Gävle sker i samverkan mellan Stiftelsen Äldrecentrum, landstinget Gävleborg och Gävle kommun. Uppföljningen syftar huvudsakligen till att för multisjuka/multisviktande äldre (75+) boende i Gävle undersöka hur vård- och omsorg fungerar i förhållande till det behov som finns hos de äldre.

Syfte

Uppföljningens syfte är att för tiden då Äldreteamen varit i funktion under något år samt före avtalets utgång undersöka och spegla förändringar över tid vad gäller

- hur vård- och omsorgsgivare samarbetar i Äldreteam
- hur vård- och omsorg fungerar i förhållande till behoven hos de äldre multisjuka/multisviktande personerna själva och deras höriga/närstående
- vilken vård- och omsorg de äldre fått och hur detta beskrivs och dokumenteras från vård- och omsorgsgivare
- beräkning av kostnader för vård, omsorg och anhöriginsatser
- olikheter och förändringar i vård- och omsorgskonsumtionsmönster⁷
- föreslå åtgärder för fortsatt utveckling av vård och omsorg för äldre personer med sammansatta behov och problem

Delstudier, metod och genomförande

I uppföljningens första del (baslinjesbeskrivningen) ingår tre delstudier

1. **Intervjuer med tänkbar Äldreteamspersonal** (läkare, distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) vid de **11 hälsocentralerna** som finns inom Gävle kommun⁸ samt med verksamhetsansvariga vid de 18 hemtjänstenheterna.

I denna del av uppföljningen intervjuades, under perioden maj – juni 2008, sammanlagt 49 personer. Vid de elva hälsocentralerna blev genom gruppintervjuer på plats sju hälsocentralschefer, fem läkare, 13 distriktssköterskor, fem arbetsterapeuter och två sjukgymnaster intervjuade.

Inom **hemtjänsten** intervjuades per telefon 17 verksamhetsansvariga för de **18 hemtjänstområden** som fanns inom Gävle kommun.

De frågor som ställdes syftade till att kartlägga hur hälsocentraler och hemtjänstenheterna arbetat med uppbyggnaden av äldreteamen. Vad som

⁷ En replikation av uppföljning av avtalets målgrupp multisjuka kommer att påbörjas sommaren 2010.

⁸ Även de två hälsocentralerna utanför avtalet som drivs genom Carema AB.

fungerat, vad som behövde förbättras och vilka visionerna var inför det framtida arbetet.

2. **Intervjuer med förtroendevalda och tjänstemän ansvariga inom landsting och kommun.** Sammanlagt intervjuades 38 personer per telefon under perioden juni – oktober 2008. 28 av dessa intervjuade hade anknytning till landstinget och tio till kommunen. De frågor som ställdes syftade till att kartlägga uppfattning om uppbyggnaden av äldreteamen och dess funktion, syn på utveckling, hinder och behov av förändringar och stöd för utveckling mot samverkansavtalets intentioner.

3. För att undersöka hur vård- och omsorg har fungerat i förhållande till behoven hos de äldre själva och deras anhöriga genomfördes
 - **Intervjuer** med 22 definierat **multisjuka**⁹ **75 år eller äldre** i deras hem samt med 21 **anhöriga/närstående** till dessa, i flera fall separata intervjuer per telefon. Intervjuerna genomfördes under perioden juni – okt 2008. Vid intervjuerna med de äldre multisjuka användes en guide som omfattar frågor om den egna uppfattningen och bedömningen av problem och behov samt hur dessa tillgodosetts inom sjukhusets sluten- och öppenvård, primärvård samt kommunens äldreomsorg. Frågorna till de anhöriga koncentrerades kring de anhörigas upplevelse av situationen samt till frågor om hur de ser på den äldres behov, problem samt hur dessa tillgodosetts inom olika vård- och omsorgsnivåer.

I delstudie 3 består undersökningsmaterialet också, efter skriftligt medgivande från undersökningspersonerna, av

- Data från landstingets **sluten- och öppenvårdregistreringar** samt från **äldreomsorgsregistreringar** för perioden 1 jan 2007- 31 juni 2008
- **Journaler och aktuella läkemedelslistor från hälsocentralerna** samt bedömningar, beslut och övrig journalföring genom **biståndshandläggningen** för perioden 1 jan – 31 juni 2008

⁹ Enligt definition under ett år vårdade tre gånger inom sluten sjukhusvård samt då vårdats för tre eller flera diagnoser från olika sjukdomsklasser enl Socialstyrelsens sjukdomsklassifikation ICD10.

För att ringa in de personer som kom att ingå i uppföljningens tredje delstudie analyserades, med hjälp av Samhällsmedicin/Gävle sjukhus, slutenvårdsdata för perioden jan - dec 2007. Personerna skulle uppfylla följande kriterier: vara 75 år eller äldre samt ha vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård¹⁰ samt under året 2007 fått minst tre olika diagnoser inom olika diagnosgrupper¹¹. Under 2007 fanns enligt denna definition 161 personer. De 22 multisjuka som skulle ingå i uppföljningen valdes, i en följd, bland dem som senast skrivits ut under året.

Efter godkännande av landstingets PUL-ombud tillhandahölls person- och adressuppgifter för tänkbar undersökningspopulation. Brev sändes till dessa i juni 2008, alltså ett halvt år efter det att de definierats som multisjuka. Telefonkontakt togs inom en vecka efter det att brevet gått ut. 30 brev sändes ut och av dessa föll åtta personer bort. Fyra kunde inte nås, en person hade dött och en flyttat till särskilt boende. I ett område tackade två personer nej till medverkan.

När telefonkontakt togs gavs ytterligare information om uppföljningen och om personen valde att medverka i studien bokades tid för intervju i den äldres hem. Vid intervjun gav sedan undersökningspersonerna sitt skriftliga godkännande till medverkan till intervju samt sitt tillstånd till uttag ur sluten-, öppen-, samt äldreomsorgsregister och övriga handlingar - journaler gällande tiden jan 2007 – 31 juni 2008.

Även läkemedelslistor aktuella vid tiden för intervjuerna inkluderades. De vid tiden för intervjun aktuella läkemedelslistorna har analyseras i ett specialgjort dataprogram¹², som klassificerat läkemedlen enligt ett av WHO rekommenderat system, ATC-systemet (Anatomical Therapeutic Chemical Classification). Inom ramen för intervjuerna med de äldre multisjuka har frågor också ställts kring vilka läkemedel den äldre intar samt om den äldre får hjälp med och i så fall på vilket sätt.

Undersökningspersonerna följdes alltså från och med intervjutillfället och retroaktivt under 18 månader. Efter intervjun med den äldre togs kontakt med den anhörige som undersökningspersonen valt och vidtalat för genomförande av telefonintervju men denna.

Seminarium november 2008

En första redovisning av hur äldreteamen utvecklats fram tom juni 2008 samt hur vård- och omsorgsbehov tillgodosetts för målgruppen under denna första tid gavs vid ett seminarium i Gävle i november 2008. Då hade samverkansavtalet gällt dryga året sedan september 2007. Seminariet syfte var att beskriva hur långt verksamheten nått för att med hjälp av denna kunskap kunna ge rätt stöd inför fortsatt utveckling mot avtalets intentioner. Till seminariet samlades nära 200

¹⁰ Definitionen bygger på sammanhängande vårdepisoder och inte på vårdtillfällen

¹¹ Beskrivning av gruppering utgår från Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD 10) Socialstyrelsen

¹² Bearbetningar och analyser av läkemedelsdata har genomförts av docent Johan Fastbom.

personer från landstinget Gävleborg och Gävle kommun – politiker, verksamhetsansvariga, professioner inom vård och omsorg samt företrädare för intresseorganisationerna.

Ny ledningsgrupp, handlingsplan, workshops och systemiskt möte

Den arbetsrapport som presenterades i samband med seminariet visade att de multisjuka undersökningspersonerna varit föremål för en mycket splittrad vård och omsorgsprocess. Arbetsrapporten fördes tillbaka till ledningsgruppen för Äldreteamen och till ansvariga chefer inom landstinget och inom kommunen. Ledningsansvaret för uppföljningen av samverkansavtalet togs nu över av divisionscheferna för medicin och primärvård samt förvaltningschefen för Omvårdnad Gävle. Uppföljningsansvariga fick i uppdrag att utarbeta en handlingsplan för fortsatt utveckling mot avtalets intensioner. I den handlingsplan som togs fram föreslogs

- 11 workshops för medarbetare från Gävle sjukhus, primärvården i Gävleborg samt från omvårdnad Gävle. En heldags workshop för varje hälsocentrals-/hemtjänstområde för reflexion och diskussion kring en av ”det egna områdets multisjuka” som ingått i uppföljningen och som utifrån intervjuer, register och journaler redovisade samtliga kontakter med vård och omsorg och hur dessa fungerat under ett och ett halvt år.¹³
- uppdrag åt två konsulter från Health Care management att kostnadsberäkna vård och omsorg samt anhörigstöd för de 22 multisjuka som ingick i uppföljningens baseline.
- ett gemensamt avslutande systemiskt möte i slutet av 2009 för förtroendevalda och samtliga chefsnivåer inom landstinget och Gävle kommun.
- slutrapport från den första uppföljningen/baseline där också erfarenheter från workshops och kostnadsberäkningar skulle ingå våren 2010.
- en andra uppföljning av multisjuka med samma metod som i uppföljningens baseline med start sommaren 2010.

¹³ Statliga stimulansmedlen för vård och omsorg om äldre finansierade, som en del i ett förbättringsarbete, erbjuda vård- och omsorgsaktörerna att under en dag få reflektera tillsammans.

Hur ser personal, ansvariga tjänstemän och förtroendevalda på äldreteamens utveckling

Även om perspektiven och den konkret praktiska erfarenheten ligger på olika nivåer hos de grupper som intervjuats så redovisas samtliga intervju svar från delstudie 1 och 2 under denna rubrik. De 87 intervjuade personerna¹⁴ har en i huvudsak samstämmig uppfattning om hur verksamheten utvecklats mot avtalets intentioner. De möjligheter och hinder man såg uttrycktes på likartat sätt liksom vad som krävs av verksamheterna för att Äldreteamen ska funktionera för målgruppens äldre.

Tillgångar i nuvarande struktur

Den allmänna uppfattningen, enligt i det närmaste samtliga intervjuade, var att det i Gävle egentligen fanns bra förutsättningar för samarbete. Detta bland annat beroende av att de elva hälsocentralernas områdesansvar till största del geografiskt överensstämde med de 17 olika hemtjänstområdenas ansvar. Verksamheterna ansågs vara synliga för varandra och i de flesta områden framhöll de intervjuade att hälsocentralens distriktssköterskor och områdesansvariga inom hemtjänsten var kända för varandra. Hemtjänstområdescheferna ansåg i de flesta fall att distriktssköterskorna var lätt nåbara. I flera hemtjänstområden tyckte man att distriktssköterskorna hade god områdeserfarenhet i och med att de arbetat länge inom området.

I intervjuerna uttrycktes enighet kring vilka de äldre var som man ansåg hade behov av ett samlat stöd genom hemtjänst och hälsocentral. Det fanns en stark önskan om att kunna arbeta utifrån denna kunds eller patients samlade behov. Det rådde stor samsyn kring var hakarna i nuvarande strukturer fanns. I intervjuerna både på hälsocentraler och från hemtjänst visade prov på stor öppenhet kring vad man såg som brister både i egen verksamhet och i verksamheter utanför den egna.

Vad uppfattades som nytt vilka var förväntningarna

Regelbundna möten för diskussion om gemensamma frågor på generell nivå för hälsocentral och hemtjänst fanns, enligt de intervjuade, i varje område sedan tidigare. Möten som ägde rum någon gång per månad, var sjätte vecka eller i några områden ett par gånger per termin. Det som i intervjuerna togs upp som något nytt och stimulerande var tillkomsten av ett avtal som reglerade hur samverkan skulle ske kring en grupp äldre med sammansatta behov. Att team skulle bildas för att under strukturerade former vårdplanera kring enskilda multisjuka/multisviktande personer som var 75 år och äldre. Patienterna kom

¹⁴ Vid de elva hälsocentralerna skedde gruppintervjuer med läkare, distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Inom hemtjänsten intervjuades per telefon verksamhetsansvariga för de 18 hemtjänstområdena. Intervjuerna med förtroendevalda och ansvariga tjänstemän inom landsting och kommun skedde per telefon.

enligt de intervjuade att kallas Sveor. Något som sågs som positivt var att sjukhuset enligt avtalet skulle bli en aktivt deltagande part i denna vårdplanering. Förväntningarna var att verksamheterna genom avtalet skulle kunna arbeta och styras efter individens behov. Att en grupp äldre som tagit stora resurser i anspråk utan sammantagen planering nu i och med avtalet skulle bli synliggjorda på ett annat sätt.

Process mot nytt arbetssätt tar tid

Processen mot ett nytt arbetssätt tar tid vilket intervjuerna visade. Enligt de intervjuade hemtjänstområdescheferna höll hemtjänsten an i avvaktan på initiativ från hälsocentralerna. Detta initiativ kom under våren 2008 då kontakter etablerades i flera områden. Första frågan på dagordningen var att söka identifiera och gemensamt enas om vem den Svea var som man skulle arbeta samman i team kring. I flera områden började en del av den tid man gemensamt använt till att diskutera generella frågor även avsättas till att i liten skala vårdplanera kring enskilda äldre. På sen vår/försommar 2008 hade man i några områden också prövat att gå hem till Svea och vårdplanera med Svea, anhörig, biståndshandläggare, distriktssköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, områdeschef och representant från hemtjänsten. I några områden fick Svea skriftligt ge sitt tillstånd till utbyte av information mellan vård- och omsorgsgivarna, i några områden tillfrågades Svea muntligen om medgivande. Ett par hälsocentraler har givit både Svea och dennes anhöriga ett direktnummer till hälsocentralen.

Vem är Svea som ska vårdplaneras?

Många ifrågasatte, som intervjuerna visar, redan från start avtalets målgrupp - multisjuka/multisviktande 75+. I början ägnades tid åt att spåra Svea inom ramen för avtalets definition. I sökandet efter den optimala Svea fann många intervjuade dubbelarbete och obefogade gränsdragningar. Definitionen definierade bort äldre som de intervjuade från både hälsocentral och hemtjänst såg som personer med stort behov av samarbete. I de allra flesta områden uppgavs att definitionen tolkas pragmatiskt utifrån behovet av samverkan. Begränsningar i form av ålder, diagnoser eller antal sjukhusvistelser hade man på de allra flesta håll släppt. I något område försökte man att hålla sig inom definitionens ram ”eftersom det är ett projekt som ska utvärderas”. I övrigt önskade ingen definiera bort eller utesluta. Behovet uttrycktes enhälligt och tydligt som styrande för samverkan. Begränsning i ålder eller vad avtalets målgrupp kallades – multisjuka, multisviktande, hemsjukvårdspatienter, äldre med behov av uppsökande eller förebyggande insatser, skröpliga äldre, funktionsnedsatta, svaga och beroende o s v - spelade liten roll.

Äldreteamets funktion

De flesta ute i verksamheten uppger att det som formerats under våren/sommaren är ett forum för mångprofessionell gemensam diskussion kring individer och i några fall mångprofessionell vårdplanering kring några av dessa. Vid tiden för

intervjuerna återstod för samtliga att ta steget mot det över tid samlade multiprofessionella omhändertagandet och samarbetet kring individen i hemmet. För att nå dit ansåg de intervjuade att det krävdes vilja från dem som arbetar ute i verksamheten och stöd från ledning. Ett nytt arbetssätt som matchar den föränderliga situation som råder för avtalets målgrupp kräver stor förändring för att kunna leverera vård och omsorg flexibelt utifrån den fysiska, psykiska, sociala, funktionella situationen med olika diagnoser, symptom och besvär.

Metod- och processtöd efterfrågas

De var för de allra flesta intervjuade bland förtroendevalda och ansvariga okänt att det fanns tre metod- och processtödare verksamma ute i de elva olika områdena för att stödja processen med att bilda äldreteam. Dessa stödare var även okända för flera av hemtjänstområdescheferna. De områden som hade haft kontakt med metod- och processtödarna efterlyste ett tydligt mandat för funktionen som sådan. Samtliga intervjuade var överens om att en arbetsprocess som samverkansavtalet föreskrev fodrade en aktiv styrning, stöd och mandat att förändra de strukturer som hindrar utveckling mot avtalets intentioner. För att nå det funktionella teamet kring den äldre krävs mer än ett avtal. Det krävs nytt sätt att arbeta och beslut som både verksamhet och ledningsnivå måste ställa sig bakom.

Utvecklingsområden som gäller sjukhuset

De intervjuade med anknytning till hälsocentraler och hemtjänst såg vid tiden för intervjuerna ännu ingen förändring i sjukhusets agerande efter avtalets tillkomst. Man såg fortfarande glapp i informationsöverföring och brister vid in- och utskrivningar av "äldre mångbesökare". Hälsocentralföreträdare gav uttryck för behovet av platser för planerade inläggningar på sjukhuset. Från hälsocentralerna efterlyste man även det i avtalet överenskomna konsultstödet från sjukhusets specialister. Särskilt geriatriker efterfrågades.

Utvecklingsområden som gäller hälsocentralen

I de flesta intervjuer beskrevs svårigheter att specialdestinera läkare och distriktssköterskor och möjligheter att koncentrera arbetet kring Sveorna. Endast en hälsocentral uppgav att de avsatt del av en läkares arbetstid för avtalets målgrupp. På denna hälsocentral fanns också distriktssköterskor som ägnade sig enbart åt hemsjukvårdens patienter. Läkaren ses i intervjuerna som en viktig del i det multiprofessionella teamet. Läkarens medverkan ses som en förutsättning för att vården av Svea, som konsumerar åtskilligt med läkemedel, ska fungera. I många intervjuer tas egenvården upp. Denna fråga har resulterat i kraftödade stridigheter och mycket tid har i onödan ägnats dokumentation, avvikelser- och händelserapportering.

Utvecklingsområden som gäller hemtjänsten

Flera nämner om att hemtjänstens insatskataloger motverkar avtalets intentioner. Man önskar en översyn av biståndet och biståndshandläggningen. Man ser att avtalets målgrupp behöver ett situationsbaserat individuellt stöd. Inte det som idag finns i form av tids-, regel- och insatsstyrda produkter. Hemtjänsten ses som en viktig bas för att undvika onödig vård och som en viktig samarbetspartner till hälsocentralen. Hemtjänsten skulle med en annan organisering ha möjlighet att ge en tryggare vardag om hjälpen kunde ges efter individens behov av kontinuitet och eget inflytande över hjälpens utformning.

Knyt ihop utvecklingsprojekt

Några tar i intervjuerna upp frågan om de tidsbegränsade projekt som drivs i Gävle med hjälp av utvecklingsmedel. Exempel som nämns handlar om projekt som kring rehabilitering och läkemedel. De intervjuade anser att de vinster som kan komma ut ur dessa tidsbegränsade projekt behöver samordnas med den ordinarie verksamheten, följas upp och integreras. Det skapar ryckighet i verksamheten att det som är problem bearbetas i särskilda projekt utan tankar kring systematisk användning av vunna kunskaper till verksamhetsutveckling.

Förändring mot avtalets intentioner

Samtliga intervjuade är klara över att ett avtal inte är nog för att skapa ett mångprofessionellt team och ett mångprofessionellt samarbete. Att förändring mot avtalets intentioner är en process som tar tid. De intervjuade ser strukturella hinder inom både hälsocentraler och kommunens hemtjänst. Man ser behov av en stark ledning till projektet om det ska kunna ros iland. En ledning som har mandat att fatta beslut inom både landsting och kommun och som har en gemensam uppfattning av verkligheten, mål, planering, riskbedömning och uppföljning och gemensamt inflytande över frågor som rör budget

Önskemål inför framtiden

I olika tappning framförs önskemål inför framtiden. Det går alla i samma riktning. Två nivåer - sjukhuset och utanför sjukhuset - med starka band dem emellan. Sjukhuset finns redan som någon uttrycker det. Flera tar upp behovet av ett anpassat omhändertagande av sköra äldre inne på sjukhuset. Önskemålen rör direktintag till anpassad vård inne på avdelning. Även behov av särskilda platser för tillfällig inläggning på något av kommunens särskilda boenden för behandling eller observation när sjukhusets resurser inte krävs och då personen kan få fortsatt vård genom sin familjeläkare. Ska sjukhuset kunna fylla en säker funktion för avtalets målgrupp krävs en annan samarbetspartner än dagens hälsocentral och hemtjänst. Läkare, distriktssköterska, undersköterska, vårdbiträden, arbetsterapeut och sjukgymnast måste få arbeta situationsbaserat tillsammans med den äldre och dennes anhöriga. Så den största förändringen behöver, enligt de intervjuade, ske utanför sjukhuset. *"Riv murarna mellan hemsjukvård och hemtjänst". "Pengarna ur samma plånbok". "Fokus på kund och anhöriga". "En organisation utanför sjukhuset som innefattar både hälsocentralernas professioner och hemtjänstens."*

Hur fungerar vård och omsorg för äldre multisjuka och deras anhöriga/närstående

Ålder, diagnoser, symptom samt vård och omsorgskonsumtion

Ålder, kön och samboende/ensamboende

Undersökningsgruppen består av 22 multisjuka personer. Två listade på varje Hälsocentral. Medelålder var 83.2 år. Den yngsta var 76 och den äldsta 93 år gammal. Nio i undersökningsgruppen var kvinnor och 13 män. Kvinnornas medelålder var några år lägre än männens 81.8 i förhållande till 84.2 år. Nio personer var ensamboende och 13 bodde tillsammans med make/maka. Av männen bodde fyra på egen hand och av kvinnorna fem.

Diagnoser och symptom

I genomsnitt har undersökningspersonerna behandlats på sjukhuset för 5.3 olika diagnoser från någon av de diagnosgrupper som redovisas i tabell 1. Som minst har en person vårdats för tre diagnoser och som mest för 12.

Tabell 1 Diagnoser satta inom slutenvård from jan 2007 t o m juni 2008

Diagnoser	Totalt (n 22)
Hjärta	16
Stroke	4
Övriga kärl	3
Faktorer av betydelse*	15
Symptomdiagnos**	9
Andningsorganens sjukdomar	9
Tumörer	7
Urinvägsinfektioner	7
Muskuloskeletala sjukdomar	6
Matsmältningsorganens sjukdomar	6
Övrigt - urinvägar och könsorgan	5
Blodbildande organ & immunförsvar	5
Diabetes	5
Endokrina sjukdomar (utom diabetes)	4
Infektionssjukdomar	4
Frakturer	2
Psykiska sjukdomar (utom demens)	2
Övriga skador (utom frakturer)	2
Totalt	111

* Faktorer av betydelse för hälsotillståndet finns under kap 21 i **ICD-10, Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem**, Socialstyrelsen, 1997

** Symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som inte klassificerats på annat sätt. Kap 18 i ICD-10 Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem, Socialstyrelsen

Av tabell 1 framgår att samtliga undersökningspersoner utom en har vårdats för en diagnos inom cirkulationsorganens sjukdomar – främst hjärtsjukdom, sedan stroke och sist övriga kärl. Näst vanligt har det varit att vårdas för någon diagnos inom området faktorer av betydelse hälsotillståndet eller för kontakter med hälso- och sjukvården. Det rör sig om misstanke kring olika sjukdomstillstånd, observation av patienter som står på blodförtunnande medel, vård i samband med implantat och transplantationer osv.

Nio personer har fått olika symptomdiagnoser och lika många har någon gång under perioden blivit behandlade inom den slutna sjukhusvården för sjukdom i andningsorgan. I flera fall har diagnosen varit KOL. Omkring en tredjedel av undersökningspersonerna har vårdats för tumörsjukdom. Urinvägsinfektion har varit en diagnos för lika många. Diabetes och sjukdomar i matsmältningsorganen har varit relativt vanliga. Även om endast fem personer har vårdats på sjukhuset för sin diabetes under den undersökta perioden är fler av undersökningspersonerna drabbade.

Tabell 2 Antal symptom/problem angivna av de multisjuka

	Symptom	Har problem (n 21¹⁵)
1	Trötthet	15
2	Yrsel	15
3	Andfåddhet	15
4	Smärta	13
5	Är ofta ledsen	11
6	Muntorrhet	10
7	Svullna underben/fötter	9
8	Själslig oro	8
9	Hosta	8
10	Sömnbesvär	7
11	Huvudvärk	7
12	Förstoppning	7
13	Svårt att kissa	5
14	Kroppslig oro	4
15	Klåda	4
16	Dålig aptit	3
17	Mardrömmar	3
18	Ont i magen	2
19	Diarré	2
20	Illamående	1
	Totalt	149/21=7.1

Tabell 2 visar att de 21 undersökningspersonerna i medeltal uppgav sig ha 7.1 av de 20 efterfrågade symptomen/problemen. Som mest uppgav en person 13 olika symptom. Det vanligaste problemet var förknippat med trötthet, yrsel, och andfåddhet. Över hälften hade också problem med smärta. Hälften av de tillfrågade var ofta ledsna. Åtta kände sig själsligt oroliga.

¹⁵ Från en av undersökningspersonerna saknas svar

Sluten- och öppenvårdsutnyttjande

Som tabell 3 visar har undersökningspersonerna i genomsnitt vårdats inom sluten sjukhusvård 5.3 gånger under 1,5-årsperioden. Som mest har en person varit inom sluten sjukhusvård 12 gånger, som minst tre. Det genomsnittliga antal dagar personerna legat på sjukhuset har varit 31.9. Som mest har en person vårdats i 149 dagar och som minst endast fem. Medianvårdtiden var 20.5 dagar.

Tabell 3 Slutenvårdskonsumtion, jan 2007 - juni 2008

		Totalt	Medelvärde N=22
Slutenvårdskonsumtion	Antal vårdepisoder	117	5.3
	Antal vårddygn	701	31.9

De flesta vårddygn har undersökningspersonerna tillbringat på internmedicin, kirurgen och geriatriken. Som tabell 4 visar har endast fyra av de multisjuka äldre som ingår i uppföljningen fått geriatrisk vård.

Tabell 4 Vårddygn inom olika divisioner och specialiteter, jan 2007 - juni 2008

Division operation	Antal vårddygn	Andel vårddygn	Antal pers
Intagningsavd/akut	53		10
Ortopeden	76		4
Kirurgen	113		10
Onkologen	33		2
Öron/näsa/häls	11		2
Ögon	2		1
Totalt	288	41 %	
Division Medicin			
Internmed	224		17
Lungmed	31		3
Infektion	20		3
Kardiologi	26		4
Geriatrisk	102		4
Totalt	403	57 %	
Mellanvården	10		1
Vårddygn totalt	701	1 %	

Tabell 5 visar att hälsocentralsläkare har träffat de 22 multisjuka personerna i uppföljningsgruppen 124 gånger på mottagning. Tre personer har träffat en läkare på hälsocentralen fler gånger än övriga (40, 10 resp 9 gånger). Övriga 19 multisjuka personerna har i genomsnitt träffat en läkare på hälsocentralens mottagning 3.4 gånger. Endast fem av undersökningspersonerna har fått hembesök av läkare från hälsocentralen. Sammanlagt åtta stycken. De allra flesta

notat (351) som hälsocentralernas läkare dokumenterat har annars varit i form av administration kring dokumentation från slutenvård, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter med andra vårdgivare, egen personal och anhöriga/närstående.

På de flesta hälsocentraler är det många olika läkare som sköter kontakter och administration kring de multisjuka. I genomsnitt har 4.2 olika hälsocentralsläkare träffat eller dokumenterat kring en person. Som mest har en person haft kontakt med 14 olika läkare på en av hälsocentralerna.

Undersökningspersonerna har också, förutom kontakt med läkare på hälsocentral, under perioden haft många kontakter i öppen vård med olika specialister på sjukhuset. De har i genomsnitt träffat 7.7 läkare där i öppenvård.

Även besöken på sjukhusets akutmottagning har för många varit frekventa. I genomsnitt har undersökningspersonerna besökt akuten 4,6 gånger som mest har en person varit där 14 gånger.

De flesta undersökningspersoner har många kontakter med distriktssköterskor. Mottagningsbesöken är totalt 109 och hembesöken 519. Sjuttio undersökningspersoner har fått hembesök av distriktssköterska eller undersköterska (i medeltal 30.5.besök). Som mest har en person fått 142 hembesök genom distriktssköterska. De flesta av distriktssköterskenotaten (1166) är annars av administrativ karaktär med tidsbokning, beställning av hjälpmedel samt telefonkontakter med andra vårdgivare, egen personal och anhöriga/närstående.

Det är inte bara många olika läkare som verkar runt patienterna. Kring varje äldre i undersökningsgruppen finns i genomsnitt 14 olika distriktssköterskor eller undersköterskor. Som mest har 28 olika distriktssköterskor och undersköterskor dokumenterat kring en av undersökningspersonerna.

Tabell 5 Kontakter med hälsocentral jan 2007 - juni 200

Kontakt med hälsocentral	Mottagning	Hembesök	Övrigt*	Totalt
Hälsocentralsläkare	124	8	351	483
Distriktssköterska**	109	519	1166	1794
Summa	233	527	1517	2277

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

** I några fall undersköterska, se fallbeskrivningar.

Som tabell 6 visar har åtta personer haft kontakt med arbetsterapeut och lika många med sjukgymnast. Sju av dessa har träffat båda professionerna. En av dessa personer har också haft ett flertal kontakter med rehabiliteringsassistent. Tre personer har fått behandling av foterapeut.

Tabell 6 Kontakter med arbetsterapeut, sjukgymnast, foterapeut jan 2007 -juni 2008

Kontakt med	Antal pers	Tot ant kontakter även indirekta*
Arbetsterapeut	8	168
Sjukgymnast	8	65
Rehabassistent	1	19
Audiolog	2	7
Foterapeut	3	8
Dietist	1	3

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

Inskriften i basal hemsjukvård, Äldreteam eller palliativt team

Ingen av personerna är inskrivna eller omtalas i journalerna som inskrivna i Äldreteam eller som Äldreteamspatienter. I tre fall kallas undersökningspersonerna, i slutenvårdens epikriser eller i remissutlåtande, för multisjuka. Detta förhållande förs in i hälsocentralens journal utan kommentarer eller konsekvensanalyser.

För två av undersökningspersonerna sker i slutet av undersökningsperioden inskrivning i hemsjukvård. Samtliga patienter har i övrigt ett eget ansvar för läkemedelsintag. Baserat på undersökningspersonernas egna uppgifter så intar de vid tiden för intervjun i medeltal tio olika preparat (som mest 25 och som minst inget läkemedel alls). Den genomgång som gjorts av de aktuella läkemedelslistor som funnit på hälsocentralerna stämmer inte i något fall med det personerna själva uppger att de intar.

Tre personer får under uppföljningsperioden egenvårdsintyg. Som framgår av fallbeskrivningarna har flera av dem stora problem med att öppna förpackningar, känna igen nya läkemedel, komma ihåg att förnya recept, få recepthanteringen att fungera efter sjukhusvistelse där de endast fått med sig ett begränsat antal preparat hem. Vissa av personerna har stora problem med glömska. Andra har problem att komma ihåg eftersom livssituationen stundtals är vacklande. I inget fall stämmer det undersökningspersonen själva uppger sig inta med den aktuella läkemedelslistans uppgifter om antal preparat.

De flesta undersökningspersonerna får hjälp av maka/make och andra anhöriga/närstående. Fallbeskrivningarna ger rikliga exempel på problem i samband med läkemedlen. Dessa beskrivs både av undersökningspersonerna, anhöriga och i journalerna från hälsocentralerna.

En av undersökningspersonerna blir under periodens sista del inskriven i ett palliativt team.

Hjälp hemmet - äldreomsorg, anhörig/närstående

Över hälften av undersökningspersonerna (13) har haft hemtjänst under perioden. Ytterligare en har hemtjänst genom maka/make. Sju av dem som haft hemtjänst säger under perioden upp insatserna helt eller delvis. Arton personer har hjälp genom anhöriga. Åtta personer har både hjälp av hemtjänst och anhörig. Tre anhöriga genomför heldygnsinsatser. En med hemtjänst som komplement. Två helt på egen hand. På

Intervjuer med multistjuka och deras anhöriga om behov och problem

Denna delstudies syfte har varit att utgå ifrån de multistjuka äldre personernas perspektiv. Uppgifterna under detta avsnitt bygger på intervjuerna med de multistjuka undersökningspersonerna samt deras anhöriga. Här framförs deras uppfattning om behov och problem samt deras uppfattning om den vård och omsorg som de kommit i kontakt med.

Undersökningspersonernas uppfattning finns förutom i nedanstående sammanfattningar också utförligt beskrivna i rapportens kapitel kring fem fall på sid 27 -61. Där redovisas förutom intervjuerna med den äldre och dennes anhöriga även registerdata kring sluten- och öppenvårdskonsumtion samt äldreomsorg samt hälsocentralernas och biståndshandläggningens journaldata liksom läkemedelskonsumtion, läkemedelshantering samt kostnadsberäkningar för vård, omsorg och anhörigstöd.

Uppföljningen visar att den äldre multistjuka, under de uppföljningsperiodens 18 månader, möter många olika verksamheter, personal- och professionsgrupper. Inte i något fall ger den äldre eller dennes anhöriga uttryck för att de blir dåligt bemötta eller att personal behandlar dem illa. Vad som däremot framkommer med tydlighet i intervjuerna är avsaknaden av meningsbärande möten med personal och verksamheter som ser och tar ansvar för hela den komplicerade behovs- och problemsituationen den äldre befinner sig i.

Synpunkter på hemtjänst

Då frågor ställs om behov av stöd i hemmet framkommer i intervjuerna med den multistjuka äldre och dennes anhöriga att

- undersökningspersonerna vill och försöker klara sig själva eller med hjälp av anhöriga/närstående så länge det någonsin går.
- tre anhöriga genomför tunga heldygnsinsatser.
- hemtjänsten blir ett alternativ när andra vägar först prövats.
- över hälften av dem som under perioden har hemtjänstinsatser säger upp dessa helt eller delvis. I flera av dessa fall tvingas de återta insatserna efter en tid.
- de multistjuka personerna önskar stöd efter eget behov och inte efter hemtjänstens regler för stödet
- då hjälpen delas upp i många olika insatser och många olika vårdbiträden utför dessa insatser upplevs stödet som otryggt och integritetskränkande
- de multistjuka äldre önskar att någon av hemtjänstens personal hade det samlade ansvaret för deras hemtjänstinsatser och på så sätt ha möjlighet att fungera som stöd när den äldre inte tycker att hemtjänsten fungerar efter behov.

Synpunkter på hälsocentralen

Då frågor ställs kring kontakten med hälsocentralen framkommer att de multisjuka äldre och deras anhöriga

- önskar att det fanns en läkare på hälsocentralen med helhetsansvar för läkemedel och för alla olika kontakter med olika specialister och kliniker på sjukhuset.
- inte litar på att information och kontakter kring sjukdomar, läkemedel och uppföljning fungerar mellan sjukhus och hälsocentral.
- oroar sig för att det är många och olika läkare och distriktssköterskor de kommer i kontakt med på hälsocentralerna.
- inte i något fall kommit i kontakt med ett Äldreteam eller känt till samverkansavtalet mellan sjukhus, primärvård och kommunens äldreomsorg.

Synpunkter på sjukhusets akutmottagning

För de multisjuka undersökningspersonerna blir akuten alternativet när de upplever att inget annat finns att tillgå. Trots kritik blir akuten en trygghet och väcker en förhoppning om att via akuten bli intagen för sjukhusvård. I intervjuerna framkommer att akuten innebär

- lång väntan på omhändertagande
- hårda sängar
- stressad personal
- bristande information

Synpunkter på slutenvården

Sjukhusets slutenvård uttrycks av de flesta som en stor trygghet trots

- oro på avdelningarna
- stressad personal som har begränsad tid att hjälpa och informera patienterna
- flytt mellan avdelningar, till och med sjukhus i något fall, sängar i sköljrum och i korridorer
- för tidiga hemgångar
- osäkerhet om sjukhuset skickar information kring läkemedel och fortsatt behandling till hälsocentralen
- osäkerhet om sjukhusets olika specialiteter håller kontakt med varandra och hälsocentralens läkare kring patientens samlade sjukdomsbild

Hälsocentralernas dokumentation

Hälsocentralernas dokumentation är i de flesta fall omfattande och visar att

- många olika läkare, distriktssköterskor och undersköterskor dokumenterar i journalen kring patienten
- många notat handlar om att information inte nått hälsocentralen efter patientens sjukhusvård
- många notat och kontakter med anhöriga, de äldre själva, hemtjänstens personal, doscentralen och sjukhusets personal för att bringa reda i nya förskrivningar av läkemedel och försök att hantera biverkningar av nyinsatta läkemedel.
- undersökningsperiodens sista två månader blir två personer inskrivna i basal hemsjukvård i övrigt sker många hembesök av distriktssköterska utan ansvarsövertaganden från hälsocentralen
- ett fåtal undersökningspersoner har fått hembesök av läkare från hälsocentralen
- inget finns noterat om Äldreteamsarbete eller inskrivning i Äldreteam
- kring de flesta av undersökningspersonerna dokumenteras kring risk och händelser. Rapporter kommer från primärvårdens jourpatrull, anhöriga, hemtjänstpersonal, den äldre multisjuka och i några fall från slutenvården som misstänker förvirringstillstånd eller demens.
- hälsocentralens personal agerar på risk och händelser inget finns dock dokumenterat kring långsiktig planering och samverkan mellan hälsocentral, hemtjänst och sjukhus.

Dokumentation från biståndshandläggningen

Den dokumentation som ingår i uppföljningen kring biståndshandläggningen visar utredningar, bedömningar och beslut. Bedömningarna om behov av stöd vilar på medicinsk och funktionsmässig grund. Det fattade beslutet är detsamma som den äldre uppges söka hjälp med. Formaliserat som separata insatser efter produktkatalog. Den äldre uppges söka städning av två rum och kök var tredje vecka, renbäddning av säng var tredje vecka, dusch en gång per vecka, handling efter upprättad handlingslista, nattillsyn, hjälp till egenvård, matdistribution osv. I vissa fall finns förutom beslut och utredningar också biståndshandläggares löpande journalanteckningar. I dessa journalanteckningar dokumenteras ex vis

- att den multisjuka äldre eller anhörig ringt och sagt upp insats eller insatser. Inget finns dokumenterat kring orsak till uppsägningen eller planering för uppföljning av hur de uppsagda insatserna fungerat.
- händelser som att hemtjänsten ett flertal gånger missar att genomföra den biståndsbedömda nattillsynen hos en av undersökningspersonerna då denne återkommer till hemmet efter slutenvårdsepisoder.

- inget om Äldreteam, formaliserad samverkan eller långsiktig planering tillsammans med hälsocentralen.

Läkemedel enligt hälsocentralens aktuella läkemedelslista

Aktuella läkemedelslistor fanns på hälsocentralerna för 21 av de 22 äldre multisjuka som ingick i uppföljningen. I medeltal fanns på den aktuella läkemedelslistan 9,3 (2-25) preparat per person. Av dessa var 1,7 vid behovspreparat. Den genomsnittliga läkemedelkostnaden per person och år låg på 8.947 kr (maxkostnad 40.193 kr). Tabell 7 visar användningen av de 15 vanligaste läkemedelsgrupperna och tabell 8 förekomsten av ett urval av Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer.

Tabell 7 De vanligast förekommande läkemedlen vid baslinjen.

ATC	Läkemedelsgrupp	Användning % (n)
B01A	Antikoagulantia	76,2 (16)
C10A	Kolesterol- och triglyceridsänkande medel	57,1 (12)
C07A	Beta-receptorblockerande medel	42,9 (9)
C03C	Loop-diuretika	38,1 (8)
C08C	Kalciumantagonister med övervägande kärlselektiv effekt	38,1 (8)
N02B	Övriga analgetika och antipyretika	33,3 (7)
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	33,3 (7)
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal reflux	33,3 (7)
R03B	Övriga medel vid obstruktiva luftvägssjukdomar, inhalationer	28,6 (6)
R03A	Adrenergika inhalationer	28,6 (6)
N05B	Lugnande medel, ataraktika	28,6 (6)
H02A	Kortikosteroider för systemiskt bruk	23,8 (5)
C01D	Kärlvidgande medel för hjärtsjukdomar	23,8 (5)
B03B	Vitamin B12 och folinsyra	23,8 (5)
G04C	Medel vid benign prostatahyperplasi	19,0 (4)

Tabell 8 Läkemedelsspecifika kvalitetsindikatorer vid baslinjen.

Indikator	Förekomst %
Långverkande bensodiazepiner	4,8
Antikolinerga medel	4,8
Läkemedelsdubbling	14,3
Tre eller fler psykofarmaka	4,8
C-interaktioner	28,6
D-interaktioner	14,3

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

2 Användning innebär betydande risk för kognitiva störningar och förvirring

3 Onödigt och medför ökad risk för biverkningar

4 Ofta ogenomtänkt, ökad risk för summaeffekter och biverkningar

5 Preparatkombinationer som kan medföra kliniskt relevanta läkemedelsinteraktioner

Läkemedelsanvändningen är hög, men på samma nivå som hos hemsjukvårdspatienter i riket.¹⁶ (som framgår av tidigare kapitel har dock endast två av undersökningspersonerna under uppföljningens sista två månader varit registrerade som hemsjukvårdspatienter. Flertalet har haft frekventa hemsjukvårdsbesök men utan ansvarsövertagande från hälsocentralen.)

Läkemedelskostnaden är hög, men är den förväntade vid läkemedelsanvändning av denna omfattning och med en del dyrare preparat. Påtagligt hög förskrivning av blodfettsänkande medel, kortikosteroider för invärtes bruk samt medel vid prostataförstoring. Även relativt hög förskrivning av kalciumantagonister (mot högt blodtryck) och i viss mån betablockerare. Låg användning däremot av ACE-hämmare. Endast hälften av patienterna med diagnos hjärtsvikt (tre av sex) har förskrivning på denna typ av läkemedel. Det är också ett observandum att två patienter med gravt nedsatt njurfunktion enligt aktuell läkemedelslista står på sex, resp tre olika preparat som ska doseras med försiktighet eller undvikas vid detta tillstånd.

Förekomsten av kvalitetsbrister med avseende på sex av Socialstyrelsens indikatorer är lägre än i andra studier av hemsjukvårdspatienter, förutom förekomsten av s k D-interaktioner (läkemedelskombinationer som enligt FASS ska undvikas p g a alltför stor risk för allvarliga läkemedelsinteraktioner) som är hög.

Analyserna av hälsocentralernas aktuella läkemedelslista jämfördes med de uppgifter undersökningspersonerna uppgav vid intervjuerna med dem och deras anhöriga. Vid denna jämförelse framgick att uppgifterna inte i något fall stämmer överens. För elva personer var användningen mindre omfattande än vad som dokumenterats i journalen medan nio personer hade en mer omfattande användning. Skillnaderna mellan den läkemedelslista som dokumenterats i journalen och patienternas läkemedelsanvändning är påtaglig. För undersökningsgruppen som helhet är förskrivning ett, följsamhet och intag ett annat.

¹⁶ www.socialstyrelsen.se/Publicerat/2008/10188/2008-126-59.htm

Kostnader för vård och omsorg

Kostnadsberäkningarna bygger på de registreringar, journaler samt intervjuer som ingår i uppföljningen. Varje individs slutenvårds-, öppenvårds- samt äldreomsorgsinsatser under den studerade 18-månadersperioden har kunnat kostnadssättas med stöd av ekonomiansvariga på landstinget Gävleborg och Omsorg Gävle. Tabell x redovisar kostnaderna för hälsocentral, öppen specialistvård, slutenvård samt för hemtjänst för resp undersökningsperson. Kostnaden för anhörigstöd är beräknad per den månad intervjun med anhörig skedde och ligger utanför den i tabellen beräknade totala kostnaden för vård och omsorg. Anhörigkostnaden är beräknad på kommunens timkostnad för hemtjänst. Se tabell 9.

Tabell 9 Kostnader för resp undersökningspersons slutenvård, öppenvård samt äldreomsorg och anhörigstöd perioden 1 jan 2007 – 31 juni 2008.

Nr	Hälsocentral	Öppen spec	Slutenvård	Hemtjänst	Totalt	Anhörigstöd/mån
1	16 166	20 295	52 800	17 973	107 234	6 360
2	18 649	73 755	209 000	108 336	409 740	26 712
3	5 342	56 045	94 230	0	155 617	4 452
4	27 177	31 735	21 345	117 056	197 313	636
5	13 407	41 075	51 490	0	105 972	636
6	55 898	20 290	555 900	501 918	1 134 006	4 452
7	13 344	24 120	19 800	0	57 264	636
8	8 054	95 595	33 255	0	136 904	5 406
9	13 303	32 735	97 775	506 784	650 597	3 180
10	9 129	14 055	48 400	0	71 584	4 770
11	8 549	24 120	26 400	0	59 069	636
12	9 537	31 895	41 615	0	83 047	0
13	16 600	63 195	136 735	92 729	309 259	1 272
14	27 877	28 660	107 665	9 807	174 009	6 360
15	6 300	28 160	36 980	0	71 440	17 808
16	15 114	17 325	279 415	124 934	436 788	6 360
17	16 770	42 665	25 745	296 248	381 428	1 272
18	66 637	16 089	79 200	149 473	311 399	25 440
19	46 413	38 380	214 390	0	299 183	26 712
20	12 460	40 095	44 000	325 123	421 678	636
21	59 461	96 640	507 560	529 085	1 192 746	26 712
22	6 378	26 215	11 000	0	43 593	0
Summa	472 565	863 139	2 694 700	2 779 466	6 809 870	170 448
Medelvärde	21 480	39 234	122 486	198 533	309 540	7 748
Medianvärde	14 261	31 815	52 145	120 995	185 661	4 452

Den slutenvårdskostnad som redovisas baseras på dygnskostnadsmetoden och innebär att vårdtiden multipliceras med kostnad per vård dygn. De enhetskostnader som har använts har hämtats från prislistan för utomlänspatienter. Se tabell 10.

Tabell 10 Dygnskostnader för slutenvård vid olika kliniker Gävle sjukhus

Specialitet	Dygnskostnad
Internmedicin	2 200
Infektionssjukvård	2 200
Hjärtsjukvård	5 945
Ortopedisk kirurgi	5 945
AVA	2 200
Onkologklinik	5 945
ÖNH sjukvård	5 945
Lungmedicin	2 200
Geriatrisk	2 200

Källa: Prislista för utomlänspatienter, landstinget i Gävleborg, 2009.

Kostnaderna för öppen specialistvård baseras på enhetskostnad för ett mottagningsbesök på akuten, hos en specialistläkare eller sjuksköterska och hämtats från prislista för utomlänspatienter. Se tabell 11.

Tabell 11 Kostnader för öppen specialistvård i Gävle

Öppen spec vård	Kostnad
Akutmottagning	2 385
Internmedicin	3 105
kirurgi	2 155
ÖRH	2 155
Ögon	2 155
Annan spec	3 105
Urologi	3 105
PK-mottagnng	345
Audionom	1 660
Reumatolog	3 105
Psykiatri	4 750
Sjuksköterska	1 080
Sjuksköterska dialys	1 550

Källa: Prislista för utomlänspatienter, landstinget i Gävleborg, 2009.

Kostnaderna för hälsocentralernas tjänster visas i tabell 12. Kostnaden baseras på enhetskostnader angivna i avtal med privat vårdgivare i landstinget i Gävleborg.

Tabell 12 Kostnader hälsocentral i Gävle

Typ	Kostnad
Kapiteringsersättn per poäng listad läkare	1 212
Övrig	704
Vårdbesök	
Läkare	328
Sjuksköterska	83
Sjukgymnast	280
Arbetsterapeut	280
Fotterapeut	280
Jour läkare	4 590
Jour sjuksköterska	1 550
Hembesök	
Läkare	508
Sjuksköterska	224
Sjukgymnast	224
Arbetsterapeut	224
Fotterapeut	224
Tel/adm	
Alla kategorier	83

Källa: Prislista privat vårdgivare, landstinget Gävleborg, 2009.

Kostnaderna för hemtjänst bygger på beviljade kommunala insatser som hämtats från kommunens register där också antalet beviljade hemtjänsttimmar funnits tillgängliga. Kostnaderna är beräknade per timme. Två standardpriser har används 309 resp 319 kronor per timme.

Kostnader för anhörigstöd är baserad på samma timersättning som för hemtjänsten multiplicerad med den timvolym som uppgavs i intervjuer med den multisjuka äldre och dennes anhöriga.

Ingen justering för inflation har gjorts.

Sammanfattande observationer

Kostnaderna varierar stort mellan de olika individerna inom

- hälsocentralerna mellan 5.342 och 66. 637 kr
- öppen specialistvård mellan 16.089 och 66. 637 kr.
- slutenvård mellan 11.000 och 555.900 kr.
- hemtjänst mellan 9. 807 och 529.085 kr.
- den antagna kostnaden för anhöriginsatser mellan 636 och 26. 712 kr/månad.

De empiriska data och analyser som ligger bakom de ekonomiska beräkningarna visar att det finns god grund för antaganden om reella kvalitetsvinster för de enskilda äldre multisjuka och för verksamheterna om möjligheter fanns till

omfördelning av insatser utifrån användning av de totala resurserna som finns samlade kring individerna.

Uppföljningens 22 multisjuka äldre belysta genom fem typfall

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

Nedanstående fallbeskrivningar visar en helhet som enskilda vård- och omsorgsaktörer sällan eller aldrig ser. De visar att den äldre multisjuka har ett särskilt och stort behov av samordning, samarbete och gemensam planering och uppföljning utifrån den för tillfället aktuella situationen. Samtliga fem fallbeskrivningar visar på systembrister och öppnar upp för diskussioner om möjliga systemvinster. Bilderna beskriver kostnader - totalt, fördelat på vård- och omsorgsnivåer samt på professioner. De ger, med den kvalitativa beskrivningen av fallet som grund, möjlighet att finna kvalitetsvinster för den äldre multisjuka, för personalen som arbetar närmast personen och för en bättre total resursanvändning och möjlighet att arbeta mot samverkansavtalets intentioner.

Fall 1 med huvudsakligt behov - fast läkarkontakt

Personen har behov av fast läkarkontakt, fasta kontakter med ett fåtal distriktssköterskor, fasta kontakter med ett fåtal vårdbiträden inom hemtjänsten, kontinuerligt samarbete mellan läkare, distriktssköterskor och vårdbiträden, direktinläggningar på sjukhuset för att undvika de många och oplanerade akutbesöken samt hjälp med intag av läkemedel.

Att observera är att stora ansträngningar skett från hälsocentralens många olika distriktssköterskor för att bringa ordning i den orediga läkemedelsförskrivningssituationen, personen bedöms som multisjuk i epikris från slutenvården och även som förvirrad av både slutenvård, hälsocentral och hemtjänst men får trots detta egenvårdsintyg.

Vård och omsorg för ensamboende 90 – 94 åring

Diagnoser inom slutenvård	8, bl a infektionssjukdom, sjukdom i blodbildande organ och immunsystem hjärta, sjukdom i andningsorgan (KOL), sjukdom i matsmältningsorgan, njursvikt, diagnoser inom området symptom samt faktorer av betydelse
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, mardrömmar, trötthet, själslig oro, ledsenhet, illamående, förstoppning, svårt att kissa, andfäddhet, svullna ben/fötter
Hemtjänst	Städning, inköp, tvätt, matlåda, dusch, nattillsyn, trygghetslarm, färdtjänst
Hemsjukvård/Äldreteam	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Ekonomi, transporter, trädgårdsarbete (tre timmar per månad)
Analys utifrån Hälsocentralens aktuella läkemedelslista	23 två preparat som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring (dock mindre risk än med antikolinerga läkemedel). En kombination av preparat som kan leda till läkemedelsinteraktioner. Har gravt nedsatt njurfunktion. Medicinerar trots detta med tre läkemedel som ska användas med försiktighet vid detta tillstånd.
Läkemedel enligt personen själv	22 preparat som vårdbiträde hjälper att hålla upp i en kopp till natten. Kan p g a av nedsatt syn. inte se förpackningar och tabletter ordentligt

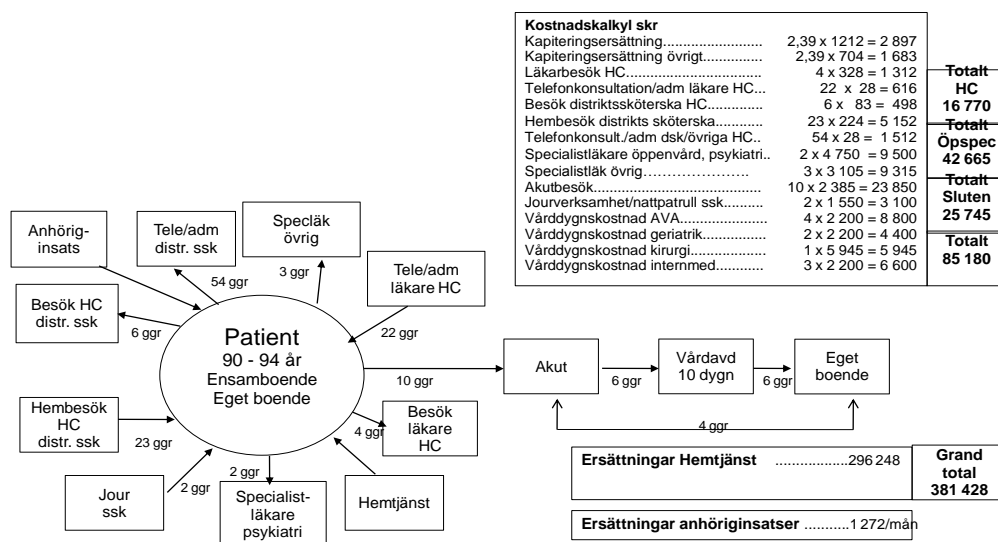
		2007 - juni 2008	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	8	
	Antal vårddygn	10	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	5	psykiatri
	Jourverksamhet/nattpatrull	2	sjuksköterska
	Akutbesök på sjukhus	10	
Hälsocentral läkare	Mottagning	4	5 läkare
	Hembesök	0	
	Tel/rådgivn/administration*	22	
Hälsocentral distriktssköterska	Mottagning	6	17 distriktssköterskor &
	Hembesök	23	1 undersköterska.
	Tel/rådgivn/administration*	54	

* 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.

Kostnader för vård och omsorg under 18 månader

Trots personens uppenbara behov så är kostnaderna för kontakterna på hälsocentralssidan låga. Kostnaderna är desto högre inom övrig öppenvård där de många akutbesöken ingår. Det blir ofta akutmottagningen som söks upp trots att detta antagligen inte behövts om hälsocentralen fungerat enligt samverkansavtalet. (De beräknade kostnaderna för anhöriginsatser är inte inräknade i grand total.)

Figur 1 Vård, omsorg och anhörigstöd - kostnader under 18 månader



Den äldres situation

Får hjälp av hemtjänsten med städning, inköp, tvätt, matlaga och dusch. Dotter/son fixar ekonomi. Måka/make bor sedan några år på särskilt boende. Har själv problem med syn men tror inte att hjälp finns att få. Ska prata med hälsocentralen om inkontinensskydd för de hon/han har är för krångliga ”så dom går inte att använda. Tycker det stora problemet är att jag ständigt glömmer och ofta lägger bort saker. Då måste jag försöka lugna ner mig och försöka komma ihåg var jag lagt nycklar och sånt. Det är svårt att riktigt veta om det är jag eller om det är hemtjänsten som lagt bort sakerna.” Personen sörjer över att så många vänner och anhöriga fallit ifrån. ”Det finns inga vänner kvar och hemtjänsten har inte tid att gå ut med mig.”

Har haft hemtjänst i fem år. Omkring 20 olika vårdbiträden kommer varje vecka. Personen önskar att hemtjänsten skulle kunna göra det hon/han själv vill ha hjälp med ”och inte det dom bestämmer”.

Tycker att det fungerat bra som inläggande på sjukhuset. Akuten har däremot varit en plågsam upplevelse. ”Jag får ont av de dåliga sängarna där. En gång fick jag vänta i åtta tim. Då sa jag - ge mig kläderna så jag kan åka hem. Då blev det fart. Då kom doktorn med en gång.” Kommer inte ihåg om hon/han har deltagit i några vårdplaneringar. Vet att sjukhuset ringer till hemtjänsten och meddelar hemkomst. ”Jag vill bara hem därifrån så fort som möjligt eftersom jag är orolig för vad som händer där hemma när jag inte själv är där.”

Vet inte om hon/han blir kallad till återbesök efter vår på sjukhuset. Däremot att hon/han blir kallad till hälsocentralen en gång per år. *"Det har blivit strul sedan hyrläkarna kom. Jag vill ha samma läkare varje gång."* Sjukhuset ringer hemtjänsten och de är på plats

Anhörigintervju

Dotter/son har aldrig kallats till någon vårdplanering. Anser att hälsocentralen har fungerat bra tidigare men *"inte sedan hyrläkarna kom efter det har det blivit glapp."* Enligt dotter/son sökte föräldern särskilt boende för omkring tre år sedan men fick avslag *"eftersom dom tyckte hon/han var för pigg. Det hade jag svårt att förstå då. Med så hög ålder, så dålig synen så otrygg som hon/han är så borde det räcka för en flytt. Senast förra veckan sa hon/han - jag orkar inte bo så här längre."* Dotter/son ska ta kontakt med biståndshandläggare igen och ta upp frågan om möjligheten att flytta till särskilt boende. Föräldern inbillar sig att både hemtjänsten och dotter/son stjälar hennes/hans saker.

Dokumentation från hälsocentral och biståndshandläggning

Januari 2007

Hör allt sämre tror att det är vax i öronen. Kommer till hälsocentralen för bedömning. Får Revaxör med sig hem. Ringer återigen efter några dagar nu för problem med urinering. Stoppas papper i byxorna. Får jourtid och blir undersökt av läkare. Urinodling beordras via hemsjukvården. Distriktssköterska går hem och tar urinprov. Då känns det bättre och trängningarna har avtagit. Urinprov och odling visar inga tecken på bakterier. Läkare på hälsocentralen beslutar om ytterligare prov. Undersköterska går på hembesök för ny provtagning men personen har då åkt till sjukhuset och blir via akuten och intagen för centrala bröstsmärtor, lågt blodvärde och anemiutredning.

Kommunens biståndshandläggning

I kommunens löpande anteckningar framgår att kommunen får meddelande via meddix att personen går hem efter ett dygns inskrivning på sjukhus.

Februari 2007

Sjukhuset meddelar via meddix att personen tagit in på sjukhus för magsmärtor och kräkningar. Hon/han ska genomgå en gastroskopi och om det fungerar att äta åka hem efter ett vårddygn. Efter hemkomsten går distriktssköterska, efter påstötning från hemtjänsten, på hembesök. Oklarheter råder kring sjukhusets nyinsatta läkemedel. Meddelande från sjukhuset saknas och distriktssköterska ringer sjukhuset utan att få klagande besked. Det visar sig sjukhuset lämnat epikris, läkemedelslista och en påse med 12 tabletter till personen vid utskrivningen. Ett av preparaten i påsen finns inte med på läkemedelslistan ett annat finns i den apodos personen har sedan tidigare. Distriktssköterskan försöker reda ut situationen och instruerar hemtjänsten om hur läkemedlen ska delas samt att hemtjänsten ska ge laxermedel.

Den epikris personen själv fått med sig hem anländer efter några dagar också till hälsocentralen. Personen har åkt in till akuten två gånger för centrala bröstsmärtor och sedan återigen en gång för kräkningar. På sjukhuset har personen fått blodtransfusion för lågt blodvärde. Bröstsmärtorna hade avtagit under vårdtiden. I epikrisen benämns personen som multisjuk med tre diagnoser hjärta/KOL/depression. Ingen vårdplanering sker på sjukhuset. Hemtjänsten kontaktades före hemgång per telefon.

Distriktssköterskan gör återigen hembesök denna gång efter kontakt med larmbil. Personen vill varken äta eller dricka. Ytterligare ett hembesök sker samma dag. Vid

besöken mår personen bättre. Följande dag ringer personen återigen distriktssköterskan – mår illa. Hembesök bestäms till dagen därpå för bedömning av hem- och läkemedelssituation. Efter detta besök går distriktssköterska återigen hem nu efter signaler från väntjänsten. Personen är tungandad och väldigt trött. Ligger mest på sängen. Tycker inte att maten smakar. Får av hemtjänsten smörgås på morgonen och till lunch uppvärmt färdiglagat som levereras tre gånger per vecka. Till middag äter personen rester från lunchen eller lite skorpor smulade i fil. Personen önskar att hemtjänsten kunde hjälpa henne/honom att få på kläderna. Har apodos som hemtjänsten lägger i äggkopp till varje måltid.

Dagen efter detta besök senaste ringer larmbilen återigen distriktssköterska. Personen sitter på toaletten och vill ha hjälp med blöja. Distriktssköterskan ber då personen att själv larma hemtjänsten för hjälp och lovar att själv komma senare under dagen.

Resultat från den andra provtagningen visar att urinvägsbesvären inte behöver vidare utredning. Ett preliminärt besked kommer från sjukhuset från ett nytt vårdtillfälle. I journalen antecknas att det råder oklarheter kring vilka läkemedelsändringar som sjukhuset gjort. En av hälsocentralens läkare sätter personen på uppföljning i maj och inväntar formell epikris som anländer efter åtta. Inte heller här framgår vilka medicinjusteringar som genomförts. Undersköterska går på hembesök för att lämna blöjor. Distriktssköterska går hem för kontroll av apodospåsar och gör ändringar i apodoslistan.

I senaste epikris rekommenderas hälsocentralsläkaren att göra ett hb test inom två veckor och ett återbesök planeras därför in före det som inplanerats sedan tidigare. Meddelande kommer nu återigen i meddix. Personen är intagen för bröstsmärtor och ska få åka hem dagen därpå. Vid hemkomsten ordnar distriktssköterska med akutdelning av apodos och ordnar så att hemtjänsten hämtar nytillkomna läkemedel efterföljande dag. Dotter/son hämtar hem personen från sjukhuset och hemtjänsten meddelas per telefon. Nytt meddelande når hälsocentralen. Personen är återigen intagen. Denna gång för både bröst- och magsmärtor. Får ligga på sjukhuset något dygn. Epikrisen anländer nio dagar efter vårdtillfället här uppges blodvärdet ligga normalt.

Personen larmar distriktssköterska - har ont i stolgången. Distriktssköterska ger vid hembesök laxermedel och Laxoberaldroppar till natten. Kontakter senare dotter/son. Då är personen uppe och dricker kaffe och har inte ont.

Kommunens biståndshandläggning

Fem notat i kommunens löpande anteckningar om inläggning resp utskrivning från sjukhuset. Kontakter vid hemgång från sjukhuset sker per telefon. Dotter/Son hämtar hem personen därifrån. Hemtjänstens insatser oförändrade. Hemtjänsten ska hämta akutdelning från dosapoteket.

Mars 2007

Hälsocentralen

En månad efter senaste vårdtillfälle i februari kommer epikris till hälsocentralen. Distriktssköterska får meddelande via meddix att patienten återigen inkommit till sjukhuset med bröstsmärtor. Sedan meddelande om utskrivning dagen därpå. Hemtjänsten är meddelad. Nyordinerade läkemedel skickas med personen hem i separata påsar. Apodosändringar är gjorda akut. Distriktssköterskan ringer till sjukhuset för att höra hur de tänkt och får då reda på att inhalationsläkemedel också ska tas för bröstsmärtorna. Sjuksköterska på avdelningen meddelar att hemtjänsten ska hjälpa personen med läkemedel. Distriktssköterskan ringer doscentralen och frågar när apodosen

kommer och om den är akut. Sätter även upp tid för hembesök för att kolla att allt fungerar som sagt. Ringer även hemtjänsten för att fråga om de känner till läkemedelsändringar. Hemtjänsten tycker att det känns oklart och berättar att personen redan är hemma. Distriktssköterska går då på hembesök. Tar bort den gamla apodosen. Skriver instruktioner till hemtjänsten för de fyra dagar till dess att ny apodos kommer. Antecknar i signeringslista. Rapporterar till den hemtjänst som arbetar kväll. Antecknar att distriktssköterska ska kontrollera att nya apodosen anländer i tid.

Kommunens biståndshandläggning

Antecknas att personen inte var hemma när nattpatrullen kom för tillsynsbesök. Det visade sig senare att personen åkt in till sjukhuset.

April 2007

Hälsocentralen

Hemtjänsten ringer och meddelar att den nya apodosen inte kommit. Hemtjänsten får hämta separata förpackningar för delning så länge. Distriktssköterska går hem och delar dosett. Ger hemtjänsten skriftlig och muntlig information. Går efter tre dagar återigen hem för kontroll av apodos.

Personen ringer och frågar om provsvar. Epikrisen från vårddid tre veckor tidigare för bröstsmärtor förs in i läkarjournalen. Läkemedelsjusteringar samt att uppföljning förväntas ske hos familjeläkare. Personen kommer på årligt kontrollbesök. Mår bra och trivs, enligt läkarens anteckningar, bra hemma och har inte mycket annat att fundera över. Vill dock få höger höft röntgad upplever att balansen är dålig. Läkaren kollar hjärta - utan anmärkning. Apodos förlängs och uppdateras. Bokas för återbesök om ett år.

Personen kontaktar distriktssköterska för att få hjälp med nytt läkemedel som läkare bedömer som olämpligt med tanke på ålder och hjärtproblematik.

Juni 2007

Hälsocentralen

Personen tar kontakt för gruskänsla i ögonen som rinner och upplevs som torra. Distriktssköterskan ger råd att prova ögondroppar och att återkomma om det inte blir bättre.

Kommunens biståndshandläggning

Antecknas i biståndshandläggarens löpande anteckningar att personen är inte är hemma då nattpatrull anländer. Dagen efter är han hemma igen.

Juli 2007

Hälsocentralen

Distriktssköterska gör hembesök för ögonbesvär. Personen har använt droppar mot torra ögon i två veckor och har fortfarande besvär. Distriktssköterskan ser inga tecken på ögoninflammation och personen uppmanas att fortsätta med ögondropparna.

Kommunens biståndshandläggning

Enligt kommunens dokumentation larmar personen under natt. Har ramlat och fått skrapsår på knä. När extra tillsynsbesök görs sover personen.

September 2007

Hälsocentralen

Meddelande om utskrivning från sjukhuset inkommer till distriktssköterska. Personen har inkommit akut med bröstsmärtor. Ingen infarkt. Lågt blodvärde och fått två enheter blod. Medicinändring genomförd och ska komma med nästa apodosleverans. Sjukhuset har delat påsar och skickat med personen hem till dess att rätt apodos kommer. Omvårdnasepikris utlovas och även besked om när hälsocentralen ska ta nästa hb värde. Hemtjänstpersonal uppges vara underrättad. Distriktssköterska tar kontakt och får veta att ett av de nya läkemedlen kan hämtas på apotek för delning tills dess att apodosen justerats. Dagen därpå går distriktssköterska hem för delning och skriver påminnelse till hemtjänsten att lägga fram läkemedel till personen. Dosett ska delas ytterligare 15 dagar. Efter någon vecka sker ytterligare hembesök för omläggning av ytligt skrapsår i pannan samt för dosettindelning. Efter drygt tre veckor införs i journalen remissvar och journalkopia från vård i början av månaden. Hälsocentralsläkare antecknar att sjukhuset omöjliggjort vidare uppföljning av anemiutredning via hälsocentralen genom att ge ytterligare två påsar blod. Hälsocentralen meddelar medicinkliniken att man kan kontrollera att hb ligger stabilt och att det inte finns blod i avföringen.

Kommunens biståndshandläggning

Enligt kommunens löpande anteckningar larmar personen en natt i början av månaden och åker sedan in till sjukhuset. Larmar återigen efter fem dygn. Mår illa och har kräkts. Nattpatrullen har inte meddelats att personen kommit hem från sjukhuset och därför missat sina besök under två nätter. Dotter/son ringer och frågar om bistånd till utevistelse. Den äldre har inte kunnat vara ute på länge och önskar få hjälp att komma ut.

Oktober 2007

Hälsocentralen

Enligt meddelande i meddix ligger personen på sjukhus p g a diarréer. Får gå hem efter två vård dygn. Personen blir hämtad av dotter/son. Hemtjänsten meddelas. Några dagar efter denna notering antecknas att personen missat att komma till hälsocentralen för provtagning. Kände sig inte bra. Ska ringa för ny tid.

Kommunens biståndshandläggning

I kommunens löpande anteckningar dokumenteras att personen larmat på natten och åkt in till sjukhuset. Efter fem dagar larmas åter nattetid. Nattpatrullen hade inte fått meddelande om att personen kommit hem så ingen nattillsyn har skett dessa fyra nätter.

November 2007

Hälsocentralen

Personen kommer till hälsocentralen för provtagning och influensavaccinering. Hemtjänstens kvällspatrull ringer och meddelar att personen är utan läkemedel och är orolig. Tio dagar efter senaste vårdtillfälle då personen inkommit till akuten med diarréer och kräkningar anländer epikris. Personen har friats av hjärtjouren och skrivits ut. Hälsocentralen uppmanas att fortsättningsvis utreda anemin. Hälsocentralsläkare står fast vid sin tidigare bedömning att anemiutredning inte kan genomföras men att hb ska följas. Brev sänds till medicinkliniken om bedömning att anemin beror på nedsatt njurfunktion och att remiss skickas till blodtransfusion om hb understiger 90. Denna höga nivå p g a av yrsel med falltendens och bröstsmärta. Hb ska följas månadsvis. Brev om detta sänds också till personen.

I slutet av månaden kommer personen till mottagningen för besvär med torra ögon och ombeds att själv köpa receptfria ögondroppar på apoteket.

December 2007**Hälsocentralen**

Kommer för provtagning av blodvärde och kallas till ny provtagning om en månad. Meddelande anländer i meddix om intagning på sjukhus för bröstsmärta och lågt blodvärde. Får blod och planeras hem påföljande dag. Kommer själv efter hemkomst till hälsocentralen för att få hjälp att ta bort den venflo som lämnats kvar efter sjukhusvården.

Januari 2008**Hälsocentralen**

En vecka efter vård i december förs epikris in i läkarjournalen. Uppföljning av hb ska ske som tidigare. Nytt blodvärde tas och ny tid bokas om en månad.

Vårdbiträde från hemtjänsten ringer och meddelar att personen tagit en påse nattmedicin istället för sin morgonmedicin. Personen bedöms trots må bra sömntablett på morgonen. Distriktssköterskan ber vårdbiträdet att ta bort kvällsmedicinen och istället ge honom morgonmedicinen. Distriktssköterskan ringer senare under dagen upp personen som då mår bra.

Kommunens biståndshandläggning

Personen larmar hemtjänsten i mitten av månaden. Är förvirrad och ser människor i lägenheten. Är vaken när nattpatrull kommer. Kan inte sova. En vecka senare ringer personens dotter/son och berättar att personen blivit misstänksam - någon stjal. Dotter/son kontakter polis och uppmanas att lämna tillbaka nycklar för att slippa bli beskylld för stöld. Dotter/son meddelar biståndshandläggare om detta och hänvisas till chefen för hemtjänstområdet.

Februari 2008**Hälsocentralen**

Hemtjänstpersonal larmar distriktssköterska. Personen mår inte bra. Har krypningar i hela kroppen. Mår illa och har ont under vänster revben samt jobbigt med andning. Har varit inne på akuten men där har man inte hittat något. Distriktssköterskan lovar att gå på hembesök. Före dess larmar hemtjänsten igen. Nu kräks personen och benen har börjat domna. Hemtjänsten bedömer det som akut och uppmanas ringa efter ambulans.

15 dagar efter denna händelse går distriktssköterska hem för att lämna ett intyg om egenvård till personen. Distriktssköterskan bedömer personen som adekvat i tal. Pratar inte nu om gubbar eller andra varelser däremot om nedsatt syn. Distriktssköterskan berättar för personen att nedsatt syn kan ge synvillor. Personen bedöms behöva hjälp att öppna apodosbubblorna eftersom synen inte medger möjlighet att läsa datum och tid. Med hjälp av egenvårdsintyget kan mannen få hjälp med detta genom hemtjänsten. Distriktssköterskan hjälper personen att ringa biståndshandläggare. Då denna är inte är anträffbar på telefon uppmanas personen ringa biståndshandläggare dagen därpå.

Kommunens biståndshandläggning

Personen larmar i början av månaden. Osynliga figurer håller på med benen. Larmar för samma problem även påföljande natt. Det kryper och osynliga figurer tar på benen. Sitter på sängkanten med en sprayflaska som försvar när nattpatrull anländer. Får värktabletter. Larmar återigen efter ytterligare två nätter. Någon sticker personen i baken och folk pratar. Är rädd och orolig. När nattpatrullen kommer blir personen lugn. Efter två dagar får personen hjälp att kontakta ambulans. Kommer till akuten och skickas därifrån hem igen samma dag. Hemtjänsten får inget meddelande om detta och påföljande dag åker personen återigen in till akuten.

Mars 2008**Kommunens biståndshandläggning**

Personen larmar i början av månaden. Kryp och stickningar i benen. Har svårt att sova. Larmar också i slutet av månaden. Är mycket orolig. Ser gubbar och törs inte sova.

April 2008**Hälsocentralen**

Återbesök hos läkare äger rum i mitten av månaden. Antecknas att personen varit på tidigare besök för lite hjärtsvikt och anemi. Bekymret nu är stelhet i höft och rygg. Har svårt att resa sig. Går framåt som en fällkniv. Läkaren skriver remiss till röntgen. Hb provtagning sker i samband med läkarbesöket.

Kommunens biståndshandläggning

Personen larmar det pirrar och känns konstigt i benen. Enligt nattpatrullen har personen ofta dessa besvär. I slutet av månaden genomför biståndshandläggare en uppföljning av hemtjänstinsatserna. På fråga säger personen att hemtjänst och nattpatrull fungerar bra fast oro finns över att bli bestulen. Personen beskriver yrsel och fall. Önskar utevistelse men vågar inte gå själv. Vill få försäkrat att få komma ut även de dagar orken är mindre. Biståndshandläggaren antecknar att personen stundtals går ostadigt. Ingen förändring i form av biståndsbeslut på promenader finns dokumenterat.

Maj 2008**Hälsocentralen**

Distriktssköterskan kontaktas av larmbil och kontaktar personen. Det sticker i fötterna och värker av och till. Personen tror att larmpersonalen vill ont. Distriktssköterskan ber personen att gå upp och röra sig och ringer återigen när en halvtimme gått. Då har smärtan släppt och personen ätit middag. Distriktssköterskan bokar läkartid dagen därpå.

Primärvårdspatrull kontaktar distriktssköterska. De har i sin tur blivit kontaktade av kommunens nattpatrull. När primärvårdspatrullen kommer till personen har denna en kniv mot halsen. Kan inte sova och har värk i benen. Värktabletter hjälper inte. Primärvårdspatrullen får av hemtjänstpersonal veta att detta pågått länge. Primärvårdspatrullen samtalar med personen ger lugnande medel och värktablett. Efter en stund lägger personen kniven ifrån sig och är på skämtsamt humör när primärvårdspatrullen åker därifrån. Kommunens nattpatrull kommer se till personen senare under natten.

Distriktssköterska bokar akuttid hos läkare på hälsocentralen. Hon antecknar att personen varit mycket misstänksam och mått dåligt under en längre tid. Situationen har kulminerat med kniv mot halsen. Personen har till annan distriktssköterska på hälsocentralen uttryckt att det varit något vodo med trygghetslarmet. Även dotter/son samt hemtjänst har givit samma bild.

Personen kommer till hälsocentralen på läkarbesök. Orsaken beskrivs vara självmordsförsök och restless legs. Berättar för läkaren om besvär med benen och om ensamhetskänsla och nedstämdhet. Upplever sig bli bestulen på läkemedel och kläder. Läkaren antecknar att minnestest genomförts år 2006. Läkaren ser gränspanoidea tankegångar men bedömer inte personen som melankolisk eller hämmad. Sänder remiss till psykiatrikliniken på Gävle sjukhus. Misstänker att myrkröppningar är förorsakade av L-dopabehandling och ändrar i apodos.

Kommunens biståndshandläggning

Kommunens löpande anteckningar. Hemtjänsten meddelar distriktssköterska att personen varit orolig senaste dagarna. Distriktssköterska lovar kontakta läkare på hälsocentralen. Personen meddelar hemtjänsten de dagliga promenaderna med hemtjänstens hjälp nu kan upphöra eftersom det går bra att ta sig ut själv. Insatsen avslutas därmed.

Juni 2008**Hälsocentralen**

Hemtjänsten ringer. Enligt en granne har personen sår som behöver tittas till. Distriktssköterska från helgjouren går hem personen som ramlat och fläkt upp hud på vänster arm. Det blöder men ser i övrigt fint ut. Remissvar anländer från psykkliniken. Personen ringer och säger upp bokad läkartid för undersökning av myrkrypningar. Finns enligt honom inga direkta myrkrypningar längre. Distriktssköterska går hem för omläggning av sår.

Fall 2 med huvudsakligt behov av trygghet och kontinuitet

Personen har behov av trygghet och kontinuitet med en fast läkarkontakt och ett fåtal distriktssköterskor samt annat stöd i hemmet med hemtjänst utförd av ett fåtal vårdbiträden med möjligheter till kontinuerligt samarbete och långsiktig planering.

Att observera är personens, misstänksamhet, otrygghet och förvirringstillstånd. Krav på läkare som följer, värderar och omprövar läkemedelssituationen.

Vård och omsorg för ensamboende 90-94 åring

Diagnoser inom slutenvård	6, bl a sjukdom i hjärta samt i övriga kärl, fraktur, sjukdom i urinvägar och könsorgan, symptomdiagnos, olika faktorer av betydelse
Övriga problem/symptom	Yrsel, mardrömmar, trötthet, kroppslig oro, ledsenhet, muntorrhet, förstoppning, svårt att kissa, klåda
Hemtjänst	Dagverksamhet 2 dagar per vecka, färdtjänst. Har haft städning, matdistribution och omvårdnad morgon/kväll men sagt upp dessa
Hemsjukvård/Äldreteam	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Tvättar golv, skjutsar till och från sjukhus och HC (2 tim per mån eller 0,5 per vecka)
Analys utifrån Hälsocentralens aktuella läkemedelslista	25 varav ett antikolinergt läkemedel, som är särskilt benäget att orsaka kognitiva störningar eller förvirring hos äldre, i synnerhet vid Alzheimers sjukdom. Sammanlagt tre olika farmaka 19 stående och 6 vid behovsläkemedel <ul style="list-style-type: none"> • Magskyddande, vitaminpreparat, kärlkramp, vätskedrivande, blodtryckssänkande, urindrivande/kaliumsparande, stämmningshöjande, mot förstoppning, insomningstablett, mot svamp, mot trög mage, sömnunderlättande/smärtstillande, för luftrör, mot segt slem, hostmedicin, mot klåda • Mot magkatarr, mot hård mage, spray mot kärlkramp, mot oro och sömnbesvär
Läkemedel enligt personen själv	9 olika preparat. Visar apodos som hon/han själv tar ifrån. Är orolig för biverkningar och tveksam till om läkemedlen är nödvändiga.

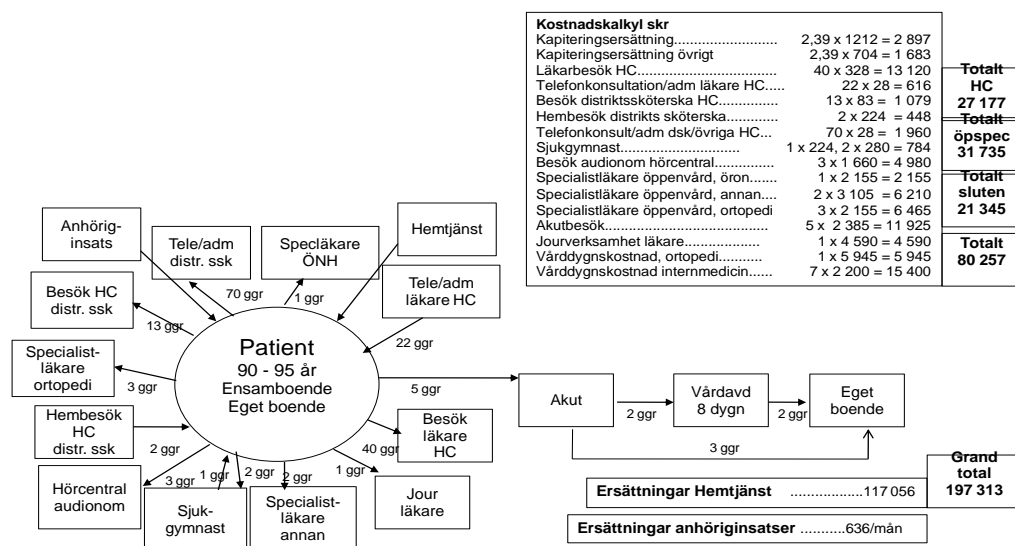
		2007 - juni 2008	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	4	
	Antal vårddyggn	8	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	6	Ortoped, Röntgen-, Öronmottagn & Hörcentral
	Jourverksamhet/nattpatrull	1	
	Akutbesök	5	
Hälsocentral läkare	Mottagning	40	14 läkare
	Hembesök	0	
	Tel/rådgivn/administration*	22	
Hälsocentral distriktssköterska	Mottagning	13	18 distriktssköterskor & 1 undersköterska
	Hembesök	2	
	Tel/rådgivn/administration*	70	
Primärvård sjukgymnast		3	2 på mottagning
Audionom		3	

* 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.

Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader

Detta är en person som frenetiskt söker kontakt med vården på olika sätt. I sina försök att få kontakt kan patienten samma dag uppsöka både akutmottagningen och hälsocentralen för att få diskutera sina bekymmer och för att få hjälp. Personens otrygghet driver på kontaktsökandet. Misstänksamhet leder till uppsägning av hemtjänstinsatser. Kostnaderna för slutenvård tillhör de lägre av de 22 studerade fallen. Denna situation kan dock förändras snabbt till en högre slutenvårdskostnad om nuvarande situation fortsätter. (De beräknade kostnaderna för anhöriginsatser är inte inräknade i grand total.)

Figur 2 Vård, omsorg och anhörigstöd - kostnader under 18 månader



Den äldres situation

Ensamboende person som tycker att hon/han klarar sig själv. Tar sig fram med hjälp av käpp och har på egen hand köpt en begagnad rollator. Har kommunal dagverksamhet två gånger per vecka. Ser mycket dåligt och har väntat länge på att få komma till syncentral. Har gamla proteser som behöver kontrolleras. Har ingen kontakt med tandvården. Säger att hon/han ska ta kontakt med tandläkare. Bara det ordnar sig med syn och den allt sämre hörseln. *"Det är det värsta att jag hör och ser så dåligt. Jag saknar bil och att jag inte längre kan göra utflykter. På grund av hörseln blir det svårt att umgås med människor."*

Är inte nöjd med hemtjänsten. *"Hemtjänst vill jag inte ha kvar. Försöker hellre klara mig själv. Hade några veckor efter jag brutit armen men det kom så många olika jämt och det gillade inte jag. Dom tittade bara in och hjälpte inte speciellt mycket."*

Personen tror att det var sjukhuset som ordnade med hemtjänst. Säger att varken hon/han eller anhörig var inblandade i detta. Är nöjd med den hjälp med skjutning och om det behöver fixas något speciellt som anhörig bidrar med. *"Hon/han är själv sjuk men hjälper så gott det går."*

Tycker att *"sjukhuset varit bra dom ville att jag skulle ligga kvar en dag extra tills dom ordnade hemtjänst. Det tyckte jag var konstigt och åkte hem."*

Gillar inte hälsocentralen. Telefonsvaren är besvärliga. *"Bara en massa pladder och tryck, tryck. Sen ringer dom inte upp på den tid som automaten lovat."* Önskar att bli kallad till hälsocentralen och att den läkare hon/han har förtroende för ska vara där. *"Är han där får jag prata om mina bekymmer. Med alla andra läkarna är det bara krångel. Speciellt när det gäller läkemedel. Dom sätter ut och sätter in. Jag tvivlar på dugligheten och undrar om dom pratar med varandra."*

Anhörig/närstående

Ringer ett par gånger i veckan och hälsar på en gång per vecka. Följer med på sjukhusbesök och skjutsar ibland. *”Det kan hända att jag svabbar av golvet någon gång.”*

Anhörig bedömer att omhändertagandet på sjukhuset varit bra. *”Dom månar om henne/honom. På akuten däremot är det alldeles för långa väntetider. Det blev sju timmars väntan efter ett armbrott. Det blev en stor påfrestning.”*

Anhörig har förstått att det uppstått problem för personen då en av familjeläkarna varit ledig. Att det varit otryggt att behöva möta så många olika läkare under de perioderna.

Anhörig önskar att personen skulle ta emot hjälp från hemtjänst men har förstått att *”hon/han inte tycker att hemtjänsten är värd pengarna. Trots att det svåraste för personen är att inte längre själv kunna köra bil utnyttjar hon/han inte färdtjänsten eftersom regelverket upplevs som tillkrånglat. Hon/han kan ex vis inte uträtta två ärenden på samma körning.”*

Dokumentation från hälsocentralen

Omfattande dokumentation från Hälsocentralen. 58 sidor. Som dokumenterar kontakter och epikriser från 4 slutenvårdsepisoder i jan, april och oktober 2007 samt i maj 2008. Däremellan dokumenteras kontakter och besök hos specialister på sjukhuset – hjärtkliniken, ortopedien, urologen, ögonmottagning samt hörcentral. Personen har också haft besök av jourverksamhet/nattpatrull samt varit på sjukhusets akutmottagning.

I hälsocentralens dokumentation finns omkring 150 notat. Mannen har haft kontakt med 14 olika läkare på hälsocentralen 40 gånger. 22 gånger har läkare dokumenterat kring administration. I de flesta fall har det handlat om läkemedel.

Personen har besökt distriktssköterska på hälsocentralens mottagning 13 gånger. Två gånger har distriktssköterska gjort hembesök. 70 notat handlar om telefonkontakter med och om personen samt administration kring honom. 18 olika distriktssköterskor och 1 undersköterska har fört journal om personen.

Kontakterna och besöken är relativt jämnt utspridda under de ett och ett halvt åren uppföljningen varar med ca 8.5 kontakter per månad (2 – 14). Besvären som dokumenteras i hälsocentralens journal varierar och handlar om

- Sömsvårigheter, yrsel, bröstsmärtor, kärlkramp, vaxproppar, ögoninfektioner, klåda, hosta andningsproblem, ödem, problem och smärta vid urinering, förstoppning, sårbehandling efter borttagning av knölar i ansiktet och smärta efter fall.
- Polyfarmasi uppges vid ett tillfälle i läkarjournalen. Personen söker åtskilliga gånger just för läkemedelsproblem. Mår inte bra av läkemedlen eller så saknar de effekt. Läkemedel byts ut eller ”försvinner”. Personen glömmer att ta läkemedel. Tar morgondos och kvällsdos på en och samma gång. Vill ibland inte ta läkemedel som skrivs ut. Har apodos men det blir ofta ”fel”. Nya läkemedel tillkommer som personen själv eller

hemtjänsten förväntas hämta ut men inte gör pga att de inte förstått uppdraget. Någon gång ser sig distriktssköterskan tvungen att ge hemtjänsten något läkemedel ur hälsocentralens förråd i avvaktan på ny receptförskrivning. I läkarjournalen noteras ”Antal preparat att hålla reda på 22...!! Har idag gått igenom den långa listan! Har även behovsläkemedel vid sidan om.” Läkare varnar gång på gång personen om att minska doseringen av lugnande medel och sömnmedel.

- Vid ett par tillfällen sker både telefonkontakt, besök på hälsocentralen och på akuten samma dag.

Dokumentation från kommunens biståndshandläggning

Haft hemtjänst under några år. Ärendet aktualiseras på nytt i aug 2007 genom ansvarig för biståndsbedömd dagverksamhet. Personen behöver utökad hjälp i hemmet. Biståndshandläggare gör efter någon vecka hembesök och personen beviljas efter ”*kundens önskemål städ av max två rum och kök en gång var tredje vecka*”. Av biståndshandläggarnas löpande anteckningar framgår att personen

- vill byta veckodag för besök på dagverksamhet
- inte längre orkar laga mat själv. Handläggaren ger bistånd till matleverans
- genom hemtjänstens vårdenhetschef aktualiserar behovet av hjälp med personlig omvårdnad morgon/kväll pga bruten arm efter fall
- ringer och önskar ytterligare hjälp nu med disk och bäddning. Biståndshandläggaren bedömer att dessa tillkommande insatser kan genomföras inom den ram som personen beviljats sedan tidigare
- i slutet av uppföljningsperioden ringer och säger upp hemtjänsten och matleveranserna. Hemtjänstinsatserna avslutas på kundens begäran.

Fall 3 med huvudsakligt behov av aktiv koordinering genom smärtspecialist

Personen har behov av aktiv koordinering genom smärtspecialist, fast läkar- och distriktssköterskekontakt och hemtjänst som trygg bas.

Att observera är att personen fallit två gånger (collumfraktur som tyder på osteoporos) och har stora behov rehabilitering och funktionsuppehållande insatser samt sjukgymnastik för smärtlindring.

Vård och omsorg för ensamboende 85 -89 åring

Diagnoser inom slutenvård	3, bl a höftfraktur, förträngning av ryggmärgskanalen, ögonlinsoperation,
Övriga problem/symptom	Smärta, sömnbesvär, trötthet, själslig oro, kroppslig oro, ledsenhet, dålig aptit, muntorrhet, förstoppning, andfåddhet
Hemtjänst	Disk, avtorkning av ytor, bära ut sopor, dusch två gånger per vecka, inköp en gång per vecka, tvätt var tredje vecka, städning av två rum, kök, hall och toalett en gång var tredje vecka, Enligt henne själv städning, tvätt och matinköp, trygghetslarm och färdtjänst
Hemsjukvård/Äldreteam	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Handling, tilltittning, och skjutsning vid behov ca 4 tim per mån
Analys utifrån Hälsocentralens aktuella läkemedelslista	4
Läkemedel enligt personen själv	9 preparat som hon/han själv fördelar i dosett. 11 tabletter per dygn. Har problem med förpackningar och får ta hjälp av granne för att öppna dessa. Känner motstånd mot alla preparat men har så svår smärta att hon/han känner sig tvungen.

		2007 - juni 2008	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	
	Antal vård dygn	23	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	14	
	Jourverksamhet/nattpatrull	1	
	Akutbesök på sjukhus	3	
Hälsocentral läkare	Mottagning	1	4 läkare (i de flesta fall 1)
	Hembesök	0	
	Tel/rådgivn/administration*	14	
Hälsocentral distriktssköterska	Mottagning	2	6 distriktssköterskor & 1 undersköterska
	Hembesök	1	
	Tel/rådgivn/administration*	9**	
Primärvård arbetsterapeut	Hembesök	4	
Primärvård sjukgymnast	Mottagning	1	
	Hembesök	8	
	Tel/Rådgivn/Admin	1	
Rehabassistent	Mottagning	20	
Fotterapeut	Mottagning	1	

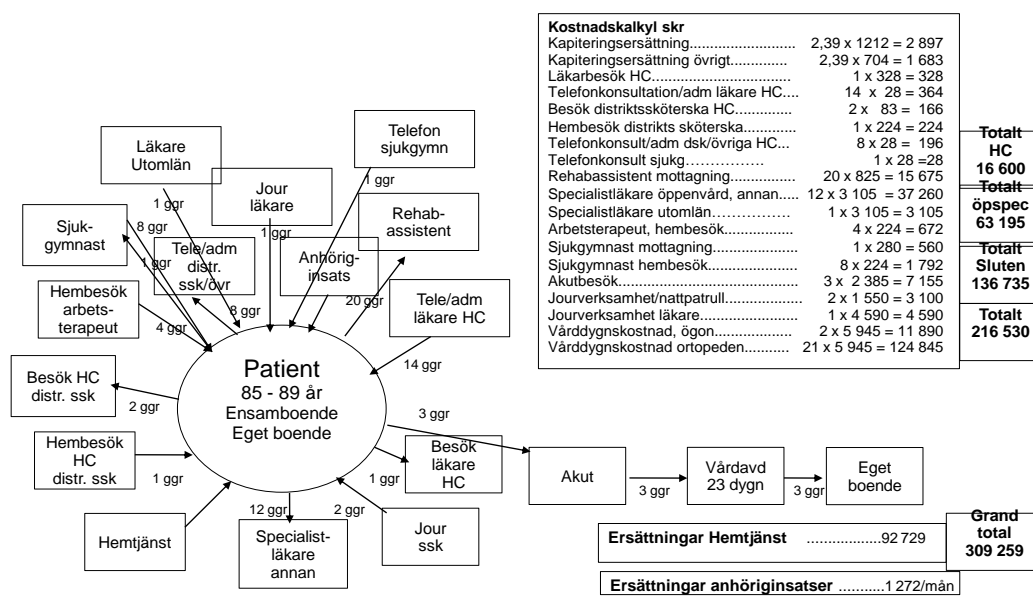
* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv.

** obs innefattar endast telefonkontakter

Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader

Vårdbesöken är omfattande och sker främst på grund av smärtproblematiken. Kostnadsberäkningarna visar på höga kostnader inom slutenvård och i öppen specialistvård. Pga smärtproblematiken finns stora och löpande behov av specialistvård från flera håll. När personen blivit inlagd på sjukhus har detta inneburit långa vårdtider. Om personen fick hjälp att koordinera insatserna skulle vårdinsatserna fungera bättre för personen och få större sammantagen effekt samtidigt skulle antalet insatser bli färre och behovet av slutenvård minska. (De beräknade kostnaderna för anhöriginsatser är inte inräknade i grand total.)

Figur 3 Vård, omsorg och anhörigstöd - kostnader under 18 månader



Den äldres situation

Bor på andra våningen i ett hus utan hiss. Går med kryckor utomhus och kör själv bil. Har problem med hörsel. Har hörapparat men använder den sällan. Har blivit kallad till uppföljning från hörselvården men orkar inte gå dit. Har egna tänder och implantat men slarvat med kontakten. "Det har varit så mycket. Jag brottas med min smärta. Känner mig handikappad av den. Saknar min partner som dog för 1.5 år sedan. Livet har varit en berg och dalbana."

Fick hemtjänst julen 2007 efter en vårdplanering på sjukhuset där dotter/son också deltog. Det kommer omkring tio olika vårdbiträden. "Önskar att det var färre personer som kom men dom säger att dom ska växla så att pensionären inte fäster sig vid någon speciell. Önskar att det fanns tid för lite samtal också. Tycker att jag själv skulle få bestämma vad jag behöver." Dotter/son tittar upp nästan varje dag vilket är en trygghet. Följer också med till sjukhuset och kan hjälpa till vid speciella behov.

Har varit flera gånger på akuten med "oacceptabel" väntan i mellan sex till åtta timmar. "Bara en gång, när jag brutit benet, gick det bra. Fick åka till röntgen direkt. Personalen på sjukhuset i övrigt är bra men på akuten måste det förändras. Det gäller både väntetider och information till patienter och anhöriga. Man tror att man är bortglömd både på sal och i väntrum. På sjukhuset har jag legat både i korridorer och i sköljrum men det måste man finna sig i".

Har varit mycket aktiv också efter pensioneringen men är nu handikappad av stor smärtproblematik pga kotförskjutning. Mycket nöjd med bassängträning som vid tiden för intervju har upphört. Önskar att få återuppta denna träning.

Blir på grund av sin diabetes kallad till hälsocentralen en gång per år vilket uppskattas. Hade tidigare kontakt med en smärtläkare. Den läkaren finns inte längre kvar och personen är osäker om vart hon/han nu ska vända sig. Tycker ändå att det fungerar ganska bra eftersom hon/han arbetat på sjukhuset och fortfarande känner många som arbetar där.

Anhörig

Kompletterar hemtjänsten med handling. Skjutsar till sjukhuset och tittar upp till henne/honom flera gånger i veckan. Sjukhuset var bra när föräldern brutit lårbenet och slapp omvägen via akuten. Just nu tycker dotter/son att det största problemet är att nå smärtläkare. *”Den läkare som tidigare hjälpt med smärtlindring har bytts ut och den nya smärtläkaren verkar svårångad. Mamma/pappa ska ringa och om det inte blir kontakt får jag försöka. Önskar att det fanns en smärtsköterska lätt nåbar på samma sätt som det finns för hjärta och diabetes.”*

Anhörig har ingen uppfattning om hälsocentralen. Den kontakten sköter föräldern själv. Den hemtjänst som föräldern fick efter en vårdplanering som dottern/sonen var med på *”fungerar hyfsat. Dom glömmer bort henne/honom ibland men då ringer hon/han själv upp hemtjänsten så det ordnar sig alltid.”* Det saknas hiss där föräldern bor och de har pratat om att hon/han kanske skulle behöva flytta. Vårken begränsar rörligheten starkt. Ett servicehus i närheten har gjorts om till Seniorboende och dit kan man ställa sig i kö.

Dotter/son önskar att det hemma hos föräldern fanns ett papper med nummer till alla dem som behöver kontaktas när problem uppstår. *”Det skulle underlätta en hel del. Hemtjänsten kunde vara ansvarig för att hålla en sån lista aktuell.”*

Dokumentation från hälsocentralen och biståndshandläggning

Januari - april 2007

Hälsocentralen

Personen ringer hälsocentralen. Är förtvivlad över ryggsmärtor. Önskar tala med läkare. Ringer ingen dagen därpå. Önskar få en ny. Får remiss till ortopederna och till sjukgymnast. Blir bättre med hjälp av varma bad. Åker in till sjukhuset via akuten och tas in på ortopederna och får där hjälp med smärtlindring /sacralblockad. Har före hemgång kontakt med sjukgymnast. Ska få uppföljning via smärtenhet. I epikris från vårdepisoden uppmanas hälsocentralens läkare att prova nytt läkemedel mot nervsmärta. Personen får recept på sömnmedel.

Kommer till hälsocentralen för årskontroll av diabetes. Mår bra efter sacralblockaden. Ligger bra i blodsocker. Får förnyelse av recept. Två specialistläkarbesök på Gävle sjukhus sker samt flera kontakter med rehabassistent för bassängträning

Maj 2007

Hälsocentralen

Kontakter med rehabassistent för bassängträning. Ringer till hälsocentralen för att få recept på sömntabletter. Personen ser dåligt och väntar på tid för gråstarrsoperation. Har också nedsatt hörsel. Tycker att hörlurarna är besvärliga. De har dessutom gått sönder. Önskar få remiss till Hörcentral för att prova ut hörsnäckor.

Juni, juli och augusti 2007

Hälsocentralen

Noteras att läkare, sjuksköterska och undersköterska från jourpatrull varit hemma hos personen efter fall. 14 dagar efter detta notat anländer remissvar från sjukhuset med besked om stukad fotled - ingen skelettskada. Träffar rehabassistent för bassängbad. Skickas från hälsocentralen för röntgen. Träffar rehabassistent för bassängbad.

September 2007

Hälsocentralen

Kommer på uppföljningsbesök för diabetes. Säger sig slarva med maten. Meddelar att det är besvärligt med värk i rygg och ben. Drabbas av ansträngningsmärta vid gång och rörelse. Har också fått problem med tänderna i underkäken. Tid har ordnats på hörcentral för att prova ut nya hörhjälpmedel. Träffar rehabassistent. Besöker ögonläkare och åker in akut till sjukhuset och intas två vårddyg på ögonkliniken.

Oktober, november och december 2007

Hälsocentralen

Labprover tas på hälsocentralen. Kommer också dit för influensavaccination. Två läkarbesök avläggs på sjukhuset. Besöker rehabassistent och ett par gånger specialister på sjukhuset. Ringer om recept på läkemedel för diabetes. Åker akut in till sjukhuset efter fall i hemmet. Tas in för vård över årsskiftet på grund av collumfraktur.

Januari 2008

Hälsocentralen

Kallelse för vårdplanering anländer från sjukhuset. Vårdplaneringen genomförs över telefon. Av hälsocentralen begärs uppföljning och borttagning av stygn. Meddelas att hemtjänsten kommer att möta upp vid hemkomsten. Dagen efter hemkomst ringer distriktssköterska för att höra hur personen mår. Det känns tungt för personen med hjärtinfarkt, svåra ryggsmärtor, debut av glaucom som uppdagades vid starroperationen och nu senast höftledsfraktur. Dessutom drabbades personen av vinterkräksjukan på sjukhuset. Distriktssköterska går dagen efter detta samtal på hembesök. Epikris från sjukhuset kommer åtta dagar efter utskrivning. Meddelas att färdtjänstintyg utfärdats och att uppföljning önskas av kardiolog och läkare på hälsocentralen. Uppföljning med hemrehab är planerad från sjukhuset. Arbetsterapeut och sjukgymnast kommer hem till personen några gånger för träning i förflyttning och för bostadsanpassning. Distriktssköterska går på hembesök för borttagning av stygn.

Biståndshandläggningen

Ärendet aktualiseras på biståndsenheten. Samordnad vårdplanering sker med personen själv, dotter/son, god vän, vårdplanerare på avdelningen och biståndshandläggare. Personen kommer att behöva omfattande stöd med personliga och praktiska insatser och trygghetslarm. Personen ska få hjälp med hemrehab och trappträning. Lägenheten kommer att behöva anpassas bl a är där smala dörröppningar, trösklar, låg toalett. Sängen är också för hög. I badrummet finns endast badkar. Distriktsarbetsterapeut ska bedöma läget. Personen beviljas

- personlig omvårdnad morgon/ kväll
- frukost, disk, avtorkning av ytor, bära ut sopor vid behov varje morgon.
- hjälp att värma lunch varje dag och få hjälp med mathantering
- kvällsmål
- dusch två gånger per vecka
- inköp en gång per vecka
- tvätt en gång var tredje vecka

- städning av två rum och kök, hall och toalett en gång var tredje vecka

I handläggares löpande anteckning meddelas att personen ringer och avsäger sig kvällsmålet.

Februari - mars 2008

Hälsocentralen

Personen ringer distriktssköterska. Behöver p g a sin diabetes remiss till fotvården. Besöker läkare på Gävle sjukhus samt sjukgymnast. Läkare på hälsocentralen skriver remiss till fotbehandling. Personen besöker läkare på sjukhuset och sjukgymnast.

Biståndshandläggningen

Personen ringer och säger upp hjälp med att värma huvudmål. Efter ytterligare en tid meddelas att inte heller kvällshjälp behövs.

April och maj 2008

Hälsocentralen

I remiss från hjärtmottagningen önskas att hälsocentralen sköter kontrollerna fortsättningsvis. Provtagning ska genomföras inom sex veckor för fortsatt bedömning. Beskrivs från hjärtmottagningen att personen missuppfattat och därför inte tagit föreskrivet läkemedel. Läkare skickar information till personen. Prover och lablistor scannas in. Patienten begär telefontid med läkare. Personen har en kontakt med sjukgymnast och en med arbetsterapeut.

Biståndshandläggningen

Personen ringer och säger upp hjälp med personlig hygien och frukost.

Juni 2008

Hälsocentralen

Personen träffar foterapeut. Önskar kontakt med läkare men når inte fram på sin telefontid. Har besvär med rygg, lårbensbrott, gråstarr och hörapparat.

Fall 4 med huvudsakligt behov av annan modell för vård och omsorgsinsatser

Personen har behov av en helt annan modell för vård och omsorgsinsatser – ett funktionellt äldreteam kring personen med helhetsansvar och möjlighet till planering på lång sikt. Maka/make i stort behov av stöd.

Att observera är att personen är helt beroende av hjälp och stöd från en svårt sliten sammanboende maka/make. Denna ”går på knäna” och har själv blivit sjuk. Känner ett tungt ansvar men har inte tagit upp frågan om avlastning. Notera att läkemedelslistan på hälsocentralen och det som personens maka/make uppger saknar helt överensstämmelse. Personen har egenvårdsintyg.

Vård och omsorg för samboende 75 -79 åring

Diagnoser inom slutenvård	9 bl a sjukdom i blodbildande organ och immunsystem, diabetes, hjärtdiagnos, åderförkalkning, matsmältningsorgan, artros, njursvikt, diagnos inom området faktorer av betydelse
Övriga problem/symptom	Trötthet, andfåddhet, hosta, svullna fötter/ben, klåda
Hemtjänst	Personlig omvårdnad morgon/kväll, dusch, tillsyn 2 ggr per dag, hjälp till egenvård, larm, färdtjänst. Har haft frukost, huvudmål, kvällsmål men sagt upp dessa insatser. Vid tiden för intervju på och avklädning morgon/kväll samt dialys * 2 samt dusch en gång per vecka, trygghetslarm, hemtjänst
Hemsjukvård/Äldreteam	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Heldygnsinsats, städar, tvättar, matinköp, matlagning, toalettbesök, kvälls och natthjälp (21 tim per vecka eller 84 per månad)
Analys utifrån Hälsocentralens aktuella läkemedelslista	2, Oxycontin samt Zopiklon vid behov i högdos mot sömnproblem. Ett preparat som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring (dock mindre risk än med antikolinerga läkemedel).
Läkemedel enligt personen själv	15 olika preparat inkl ögondroppar, salva och dialysvätska. Maka/make delar preparat efter läkemedelslista. Läkemedel förskrivs från olika klinker på sjukhuset samt från Hälsocentralen. Personen har egenvårdsintyg utfärdat ifrån sjukhuset.

		2007 - juni 2008	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	7	
	Antal vårddygn	149	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	26	Njur-, Hud-, Dialys- & Endokrin mottagn, Ortopeden, Urologen, Kirurgen
	Jourverksamhet/nattpatrull	4	
	Akutbesök på sjukhus	4	
Hälsocentral läkare	Mottagning	1	6 läkare
	Hembesök	2	
	Tel/rådgivn/administration*	17	
Hälsocentral distriktssköterska	Mottagning	1	20 distriktssköterskor & 2 undersköterskor
	Hembesök	142	
	Tel/rådgivn/administration*	151	
Primärvård arbetsterapeut	Hembesök	50	27 hembesök
Primärvård sjukgymnast	Hembesök	35	27 hembesök

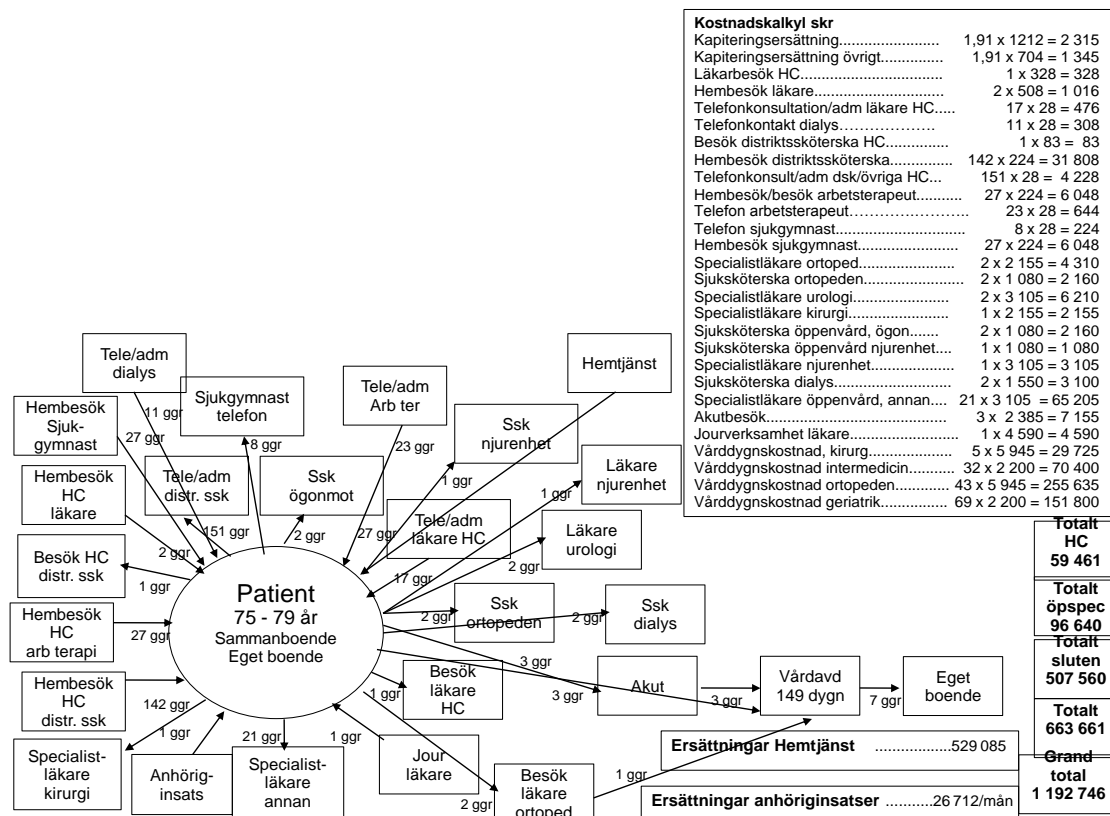
* Telefonkontakter med patient, anhöriga, egen personal och andra vård och omsorgsgivare samt indirekta kontakter i form av administration kring receptförskrivning, remisshantering, dokumentation från slutenvården osv.

Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader

De totala kostnaderna för vård- och omsorg under perioden uppgår till dryga miljonen och ändå bygger modellen för vård- och omsorgsorganisation på mer än motsvarande en heltidstjänst från sammanboende maka/make. En ytterligare skör organisering. Vårdtiden inom slutenvård är omfattande. Kontakterna med

specialistläkare inom den öppna vården likaså. Kontakterna med hälsocentralen är frekventa och hembesök och kontakter med någon av de 20-talet distriktssköterskor som noterar i journalen är åtskilliga. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är andra stora post för primärvården. Hemtjänstinsatserna summeras till nära 530.000 kr. Det är svårt att förstå denna arbetslogik. Resultatet kan beskrivas som en icke hållbar situation med stora kvalitetsbrister och dåligt sammantaget utnyttjande av omfattande resurser. I detta fall och i följande fall nr 5 har behovet av insatser i kvarboendet gått som allra längst. Om inte rätt insatser sätts in i tid och med aktiv samverkan mellan olika kompetenser inom ett äldreteam finns det skäl att anta att flera av uppföljningens fall kan vara på väg mot den utveckling vi ser i typfallen 4 och 5. (De beräknade kostnaderna för anhänginsatser är inte inräknade i grand total.)

Figur 4 Vård, omsorg och anhörigstöd - kostnader under 18 månader



Den äldres situation

I princip sköter maka/make allt runt personen med visst stöd genom hemtjänst. Hon/han ser allt sämre och det är besvärligt. Ska försöka ta kontakt med ögonmottagning. Har i övrigt lärt sig att acceptera sin sjukdom och att vara beroende. Svårt att vara så orörlig att inte kunna hälsa på barn eller resa.

Maka/make delar medicin efter läkemedelslista. Hemtjänsten ger dialys två gånger per dag och maka/make tar den tidiga morgonen och till natten. Har haft hemtjänst i omkring

tre år. Kommer inte själv ihåg hur det gick till det var maka/make och dotter/son som deltog i planering på sjukhuset. Det kommer omkring åtta vårdbiträden. Alla har lärt sig att ge dialys och inga andra än dessa får komma. *"Det rullar på bra. Maka/make ger ju all hjälp jag behöver. Hon/han håller i alla kontakter och meddelar alla parter när jag kommer från sjukhuset."*

Blir kallad till njurdialys fyra gånger per år. Får även kallelse från ortoped. Till hälsocentralen ringer personen själv och distriktssköterskor kommer hem och tar Waranprover. I övrigt sköts kontakterna med njuravdelningen på sjukhuset. Därifrån sker också alla förnyelser av recept. Det är aldrig problem att få kontakt med njurmottagningens sjuksköterska.

Tycker sig ha fått bra hjälp med rehabilitering för en opererad axel och en amputation. Bra kontakter med sjukgymnast, arbetsterapeut och kring hjälpmedel. Känner inte till något Äldreteamsprojekt.

Anhörig

Sköter alla uppgifter i hemmet. Det enda personen själv klarar själv är att äta. Maka/make kör bil och rullstol. Administrerar alla kontakter med sjukhus, hälsocentral och hemtjänst. Är i hemmet dygnet runt förutom två timmar per vecka under denna tid är hemtjänsten där.

Har själv flera gånger blivit tvungen att åka in till sjukhuset för att hjälpa maka/make där. *"En gång till intagningsavdelningen för att ge dialys eftersom personal som hade sådan kompetens inte fanns på plats. En gång vid klockan sex på morgonen. En annan gång på eftermiddagen. Då hade personalen på förmiddagen glömt att hjälpa med morgontoalett och dialys."* Då blev maka/make så upprörd att dialyssköterskan kontaktades. Denna tog då kontakt med den avdelning maka/make låg på. En annan gång blev maka/make hemskickad en fredagskväll med ett brev om information kring amputationssår. (Amputerat vänster underben idigare och nu tå på höger fot.) Ingen på avdelningen hade tagit kontakt med henne/honom för att tala om hur såret skulle skötas. Sjukhuset hade heller inte tagit kontakt med hälsocentralen. Maka/make försökte klara detta själv under helgen. På måndag morgon togs kontakt med distriktssköterska på hälsocentralen. Tycker annars att kontakter med hälsocentralen är få.

Får däremot mycket stöd genom sjukhusets dialysavdelning. *"Kan ringa om allt."* Anser att de vårdbiträden som kommer och hjälper med dialys *"kan sin sak"*. Tänker mycket på hur förändring av situationen ska tas upp med maka/make. Hur det skulle fungera med annan typ av stöd. Frågat hemtjänsten om hjälp med morgondialys men uppfattat att det inte skulle fungera med deras arbetstider. Är orolig över hur maka/maken skulle uppfatta det om hon/han tog upp diskussioner om ytterligare hjälp. Toalettbesöken är mycket tunga för henne/honom. Barnen är oroliga för hennes hälsa och vill att de ska ta emot ytterligare hjälp och stöd.

Det största problemet är *"att jag själv blivit sjuk. Min egen hälsa är körd i botten. Har fått högt blodtryck. Behöver tid att fundera över framtiden ska bli. Har inte blivit erbjuden mer hjälp och vet inte hur det skulle kunna fungera. Det är jag som är spindeln i nätet så det löper på. Vi har vant oss. Hon/han är helt beroende av mig och vi har en bra relation och liv trots att det är tungt. Har inte velat ta upp möjligheterna till avlastning än."*

Dokumentation från hälsocentralen

Journalen från hälsocentralen består av 128 sidor med 399 notat. Sex olika läkare samt 20 distriktssköterskor och två undersköterskor s dokumenterar i läkar- resp omvårdnadsjournalen. Över 142 hembesök genomförs av 16 olika sköterskor. Fem olika sjukgymnaster genomför 27 hembesök. Lika många hembesök genomförs av nio olika arbetsterapeuter.

Januari 2007

Arbetsterapeut upplyser personen om att hon/han kan ansöka om bostadsanpassning (trapphiss) och ber personen att vända sig till kommunens medborgarkontor för att få ansökningsblanketter. Tre veckor efter detta samtal kommer en arbetsterapeut på hembesök och frågan om trapphiss tas återigen upp. Arbetsterapeuten gör en funktionsanalys och lämnar personen samma besked som arbetsterapeut gett i början av månaden.

Februari 2007

Förnyad information av arbetsterapeut om hur det går till att ansöka om bostadsanpassning. Personen sitter på en kontorsstol hela dagarna och denna är svår att manövrera över trösklar. Personen informeras om att rullstol nog skulle behövas. Gör förnyat hembesök med information om bostadsanpassning. Information via meddix når hälsocentralen. Personen är intagen på geriatriken.

Mars 2007

Bostadsanpassningsintyg skickas till patienten genom arbetsterapeut. Flera notat finns i journalen om inställda vårdplaneringar p g a fortsatt slutenvård.

April 2007

Flera meddelanden från sjukhuset kommer till distriktssköterska och till arbetsterapeut. En distriktsarbetsterapeut, en arbetsterapeut från hälsocentralen, arbetsterapeut och sjukgymnast från sjukhuset går på hembesök för att tillsammans med maka/make se över förflyttningar inför hemgång från sjukhuset. Trapphiss tas återigen upp. Utlåtandet personen tidigare fått från arbetsterapeut har inte blivit ivägsänt. Distriktssköterska noterar att patienten är förvirrad efter en benamputation och klara inte själv insulingivning. Dokumenteras att personen dock har en pigg maka/make. Arbetsterapeut informerar på nytt maka/make om vikten av att vända sig till tekniska kontoret för att få bostadsanpassningen genomförd. Hembesök sker för att pröva stöd vid toalett och träna förflyttning från rullstol till toalett och duschpall. Rullstolen får lånas under en provotid. Flera notat finns om hembesök för skötsel av amputationssår. Distriktssköterska visar maka/make hur såret ska skötas.

Maj 2007

Notat kring såromläggning, injektionsgivning, och PK-prover. Kontakt med hälsocentralen tas från undersköterska på ortopedkliniken. Undersköterskan är besviken på hur omläggningarna av amputationssåret skötts. Vill återigen instruera distriktssköterska på hälsocentralen. Maka/make ringer hälsocentralen – önskar hjälp med såromläggning. Flera anteckningar om tå och omläggning av den. Kontakter sker med personal på ortopedkliniken. Personen har varit inlagd där för amputation av tå. Noteras att personen har hemtjänst ibland och att denna kan behöva utökas. Noteras att *"maka/make är bekymrad över att personen inte klarar förflyttningar och vill inte behöva ringa hemtjänst varje gång"*. Osäkerhet råder kring Fragmininjektioner. Hemtjänsten ringer hälsocentralen för att fråga om såromläggning och om sängskydd. Distriktssköterska antecknar att hemtjänsten får köpa plastad frotté från ex vis Ikea.

Juni – dec 2007

Flera meddelanden i meddix, hembesök, Fragmininjektioner, såromläggningar. Maka/make påminns om att inte ge Waran i samband med Fragmin. Remiss går från hälsocentralen till kirurg angående tå. Hälsocentralen ber maka/make att kontakta sjukhuset eftersom patienten inte har Fragmininjektioner hemma. Maka/make får hämta Fragmin på apoteket. Personen får tipperskydd och glidbrädor. Instruktioner ges till maka/make. Flera notat kring kontakter mellan sjukhus, hälsocentral och hemtjänst. Maka/make kommer till hälsocentralen för att rapportera från personens besök hos specialist på ortopedi.

Januari 2008

Hustrun börjar nu ge Eprex och Fragmininjektioner. I och med detta kommer inte distriktssköterskan för att lägga om sår så ofta. Har tidigare lagt om sår i samband med Eprex. Läkare på hälsocentralen ber distriktssköterska att se över smärtsituationen i o m att det planerats för ökad träning. Oklarheter kring läkemedel noteras. Många notat kring personens smärta och att maka/make hjälper personen med träning.

Februari 2008

Läkare gör hembesök tillsammans med sjuksköterska. Odling tas på svårläkta sår. Maka/make och sköterska från ortopedi ringer om förnyelse av recept. *"Medicinerna snart slut."* Tidigare har ortopedi och njurmottagningen skrivit ut. Genom sjuksköterska på medicinkliniken meddelas att Mirsera en gång per månad ska bytas ut mot Eprex två gånger per vecka.

Mars 2008

Personen skrivs in i hemsjukvård. Omvårdnadsplan upprättas. Distriktssköterska talar med maka/make om behov av avlastningsplats.

April 2008

Personen uppger att hon/han inte längre har kontakt med någon av läkarna på sjukhuset. *"Det bara rullar på."* Får då av distriktssköterska rådet att ta kontakt med ortopedi. Maka/make ringer hälsocentralen. Är orolig. Orkar själv inte lyfta personen. Distriktssköterska ringer då ortopedi som återkommer med meddelande om att personen planeras för operation i maj. Ortopedi önskar bedömning av familjeläkare. Ansökan om elrullstol noteras.

Maj – juni 2008

Hälsocentralen läkare noterar i samband med begäran om intyg till elrullstol. *"Ett observandum är att han snart är 80 år vilket kan påverka bl a kognitiva funktioner."* Sjukgymnast planerar för maka/makes skull att underlätta förflyttning. Personen får nu elrullstol

Dokumentation från kommunens biståndshandläggning

April 2007

Vårdplanering sker på sjukhuset med distriktssköterska, sjuksköterska arbetsterapeut och sjukgymnast från ortopedi, sjuksköterska från dialysavdelning samt maka/make och biståndshandläggare. Problem med svängande blodsocker och amputation av vänster underben. Maka/make ska beställa förhöjningsklossar till säng. Egenvårdsintyg utfärdas av läkare på njurmottagningen.

Maj 2007

Ny vårdplanering. Deltar gör personen själv, maka/make, sjuksköterska på sjukhuset samt biståndshandläggare. Höger tå har amputerats. Maka/make kommer att inhandla kissflaska. Maka/make sköter mathållning och service i hemmet samt pådialys morgon och kväll. Hon/han behöver hjälp vid förflyttning till och från rullstol.

I kommunens löpande anteckningar dokumenteras att dialyssköterska på sjukhuset ska ta kontakt med hemtjänstområdets verksamhetschef för att komma överens om utbildning av hemtjänstpersonal som ska ge dialys för att avlasta maka/make. När utbildningen är klar ska maka/make meddelas att insatsen kan börja.

Juni 2007

Ny vårdplanering deltar gör maka/make, dotter/son, arbetsterapeut, sjuksköterska på avdelningen, koordinator på sjukhuset samt biståndshandläggare. Personen ansöker genom maka/make om utökad hjälp av hemtjänsten. Antecknas att personen inkommit akut till sjukhuset p g a stopp i dialyskateter och för värk i höft och mage. Personen uppges vara svag och orkeslös. Sängliggande stora delar av dagen. Dotter/son har frågor kring korttidsvård och får genom biståndshandläggare ansökningsblanketter.

Juni - juni 2008

I de löpande anteckningarna finns 19 notat om kontakter främst kring behov av ökade respektive minskade hemtjänstinsatser.

Fall 5 med huvudsakligt behov av annan modell för vård och omsorgsinsatser

Personen har behov av läkare med ansvar sammantagen vård och läkemedel. Kräver kontinuerlig uppföljning, värdering och omprövning. Kontinuerligt samverkande team som kan samarbeta med anhöriga.

Att observera är att vård- och omsorgsgivare behöver bygga upp förtroende hos anhöriga.

Vård och omsorgsinsatser för sammanboende 85 – 89 åring

Diagnoser inom slutenvård	8 bl a infektion, tumör, hjärta, matsmältningsorgan, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, själslig och kroppslig oro, ledsenhet, förstoppning, svårt att kissa, svullna ben och fötter
Hemtjänst	Sex gånger dagligen samt natttillsyn: tillsyn, personlig omvårdnad, dusch en gång per vecka, matdistribution, handling, städning en gång var tredje vecka av två rum och kök
Hemsjukvård/Äldreteam	From 08-03-07 inskriven i basal hemsjukvård
Hjälp av anhörig/närstående (annan än maka/make)	Omfattande insatser övergripande städning, inköp, skötsel av trädgård, ekonomi, hjälp med transporter och beställning av transporter och som ”vårdkedjeadministratörer” 14 tim per vecka
Analys utifrån Hälsocentralens aktuella läkemedelslista	4
Läkemedel enligt personen själv	Skiftande antal. Oklart hur många.

Under hela undersökningsperioden reses frågor kring personens läkemedel. I hälsocentralens dokumentation är kontakterna otaliga mellan hälsocentral, sjukhus, anhöriga och hemtjänst kring frågor kopplade till läkemedel. Personen får nya läkemedel insatta efter vårdepisoder på sjukhuset, i kontakt med specialister inom sjukhusets öppenvård samt från hälsocentralen. Läkemedel delas i början av undersökningsperioden av maka/make sedan av distriktssköterska och hemtjänst. Hemtjänst och anhöriga hämtar läkemedel på Apotek. Vid ett par tillfällen bistår hälsocentralen med enstaka doser innan behandlingsmeddelande eller epikris nått hälsocentralen. Personen har vid dessa tillfällen fått enstaka preparat med sig hem från sjukhuset som tagit slut innan föreskriven behandlingstid gått ut. I början av 2008 tillkommer apodos men eftersom nya läkemedel hela tiden adderas delar distriktssköterska även dosett inom ramen för basal hemsjukvård. Inom ramen för Leboprojektet genomför distriktssköterska från hälsocentralen hembesök för genomgång av läkemedel som en enstaka insats. Situationen återgår därefter till det tillstånd som var före Lebogenomgången.

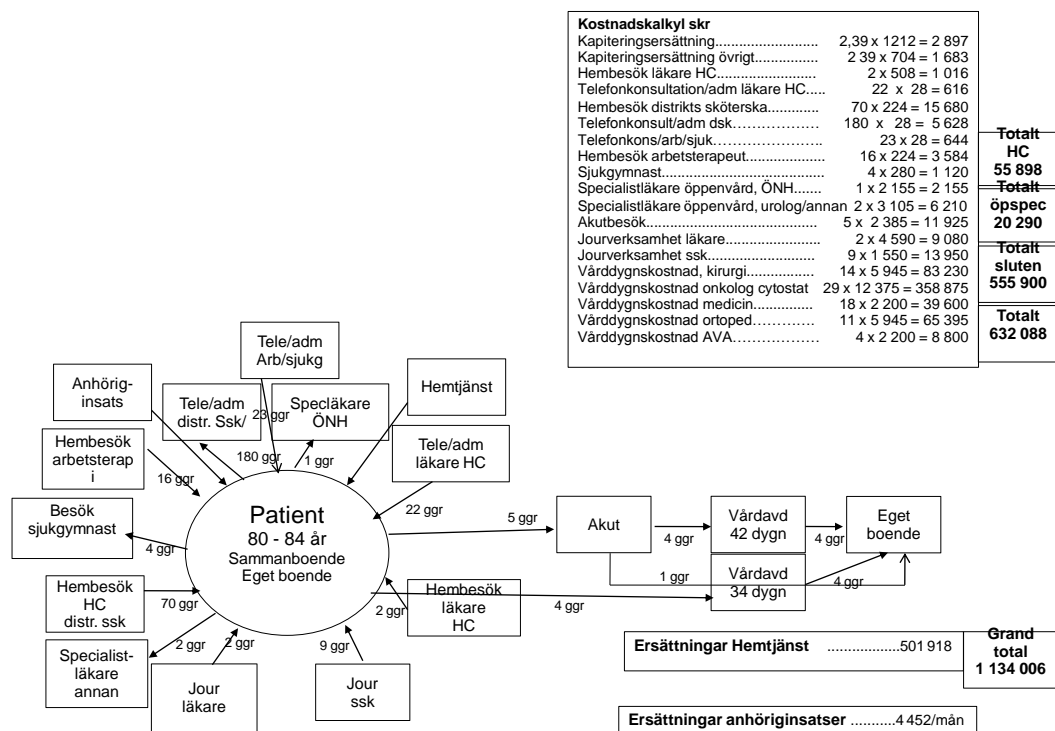
		2007 - juni 2008	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	8	
	Antal vårddygn	76	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	3	Strålbeh & Öronmottagn även 9 ssk
	Jourverksamhet/nattpatrull	2	
	Akutbesök på sjukhus	5	
Hälsocentral läkare	Mottagning	0	3 läkare
	Hembesök	2	
	Tel/rådgivn/administration*	22	
Hälsocentral distriktssköterska	Mottagning	0	20 distriktssköterskor (11 genomfört hembesök)
	Hembesök	70	
	Tel/rådgivn/administration*	180	
Primärvård arbetsterapeut	Hembesök	16	2 arbetsterapeuter
	Tel/Rådgivn/Admin	21	
Primärvård sjukgymnast		6	2 sjukgymnaster 4 hembesök

* 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.

Kostnader för vård- och omsorg under 18 månader

Se fall 4. (De beräknade kostnaderna för anhöriginsatser är inte inräknade i grand total.)

Figur 5 Vård, omsorg och anhörigstöd - kostnader under 18 månader



Den äldres situation speglad genom icke samboende anhöriga

Hemtjänsten kommer sex gånger dagligen samt natt. Även samboende maka/make har hjälpbehov. Två döttrar/söner alternerar och finnas på plats två timmar dagligen. Bägge är heltidsyrkesarbetande med arbeten som medger flexibel arbetstid. De båda makarnas barn sköter den övergripande städningen, inköp och ekonomi. De är med på sjukbesök, skjutsar och beställer transporter. *"Försöker att hålla ihop alltihop."*

Undersökningsspersonen och maka/make försökte in i det längsta att undvika hemtjänst så som den fungerade. Enligt döttrarna/sönerna hade det behövas en helt annan form av hjälp än den hemtjänst som erbjudits. Färre personer som kunde laga efter läge tillsammans med föräldrarna.

Enligt anhöriga har hemtjänst, hälsocentral och sjukhus inte klarat av att erbjuda det övergripande stöd som har krävts. *"Hur hade det fungerat om vi inte funnits? Vi har varit med om åtskilliga besök på sjukhuset utan samordning. Åtskilliga kontakter med hälsocentral utan samordning. Vi har haft kontakt med biståndshandläggare och varit med på vårdplaneringar. Vi hade önskat någon som höll i alla trådar och som vi kunnat vända oss till."*

Från hemtjänsten har det kommit omkring tolv olika vårdbiträden. Döttrarna/sönerna har inte uppfattat att någon av dem haft funktion som kontaktperson. *"Det borde finnas en särskild kontaktperson som anhöriga kan vända sig till. Istället har det blivit vi som fått agera sambandscentral till hälsocentral och hemtjänst - alla har de vänt sig till oss och frågat. Det har varit en tung börda att ha koll på allt ständigt - hela tiden. Är hemtjänsten meddelad? Vilka mediciner är aktuella? När är nästa återbesök på sjukhuset? Ständigt försöka förstå hur allt hänger ihop. Det behövs en spindel i nätet - en samordnare. En ansvarig för helheten. Någon som ser anhörigas behov. För det är svårt att räcka till. Det dåliga samvetet är konstant."*

Personen har under några år gått från "frisk" till väldigt sjuk och alltmer beroende av medicinskt omhändertagande och stöd genom hemtjänst och anhöriga. Ville så länge som möjligt försöka klara sig själv och avsåg sig i början av undersökningsperioden den hjälp som beviljats för att efter någon månad vara tvungen att ta den tillbaka. Det var svårt att ta emot något så nära som att få hjälp med dusch. Det är viktigt vem som hjälper och hur. Städningen fungerade inte alls. Särskilt besvärligt var det med smuts i kök och badrum. Förutom sjukdomar och symptom så hade personen också stora problem med hörsel. Detta blev ett svårt hinder i kommunikation och kontakt med vård- och omsorgspersonal. *"Alla olika från hälsocentralen och tolv vårdbiträden är svårt i det läget."*

Dokumentation från hälsocentralen

Hälsocentralens journal är omfattande med drygt 300 notat. Omvårdnadsjournalen omfattar 150 notat. 20 olika distriktssköterskor noterar i journalen. 70 hembesök har genomförts av 11 olika distriktssköterskor. Inget besök har skett på mottagningen.

Jan 2007

Gåträning i hemmet med arbetsterapeut och sjukgymnast. Träningen avslutas efter det att personen inte vill ha mer träning *"Har glömt att träna efter träningsprogram"*.

Hemtjänstpersonal kommer med urinprov. Personen har täta trängningar.

Sjukhuset undrar varför ingen kvittens skett av meddixmeddelande. Maka/make hanterar tre läkemedel och undrar över dosrullar.

Mars 2007

Hemtjänsten kommer med urinprov. Maka/make önskar besked om urinvägsinfektion. Hälsocentralen dokumenterar flera kontakter med maka/make. Hälsocentralen lämnar blöjbeställning till hemtjänsten. Dotter/son ringer om läkemedel. Hänvisas till hjärtmottagningen och uppmanas att be dem skicka epikris från vård i slutet av år 2006. Distriktsarbetsterapeut ringer make/maka och meddelar att lånetid för rollatorn gått ut. De båda makarna uppfattar inte vad arbetsterapeuten säger. Hembesök planeras därför. Arbetsterapeuten går hem och informerar makarna om var de kan inhandla en egen rollator. Kanske kan dotter/son åka till hjälpmedelslagret och köpa rollatorn. Arbetsterapeuten gör ett nytt ”misslyckat” hembesök för att hämta rollatorn.

April - juni 2007

Hemtjänsten kommer till hälsocentralen med nytt urinprov. Arbetsterapeuten kan nu återta rollatorn. Maka/make ringer hälsocentralen personen kissar allt oftare på sig. Läkare ordinerar urinodling. Hemtjänsten tar kontakt personen har stora urinvägsbesvär. De tar nytt prov. Urinodlingen visar på positivt svar och dotter/son ombeds hämta ut läkemedel.

Dotter/son ringer och frågar om hembesök. Distriktssköterska går hem och tappar personen på urin. Uroterapeut bokas. Hemtjänsten rapporterar att personen fått KAD och behöver hjälp med tömning av urinpåse och påkoppling av nattpåse. Epikris från vårdtillfälle 06-11-17 – 12-18 inkommer.

Juli 2007

Hemtjänsten ringer - mycket läckage. Distriktssköterska går hem för spolning. Uppmanar maka/make att kontakta hemtjänst om problem uppstår. Hemtjänsten ringer – problem har uppstått. Distriktssköterska går hem och spolrar. Nattpatrull går hem för kontroll. Distriktssköterska går hem för KAD byte. Lämnar inkontinenshjälpmedel i trappen eftersom ingen är hemma. Dotter/son ringer personen har urinträngningar och svettas och fryser. Dotter/son lovar lämna urinprov. Personen insätts på högdos Lexinor. Distriktssköterskan inger maka/make som tror att dotter/son kan hämta på apotek.

Augusti 2007

Hemtjänsten ringer om grumlig urin. Dotter/son ringer om färdtjänstintyg. Dotter/son ringer om hög feber. Distriktssköterska går på hembesök och tar urinsticka. Personen hör mycket dåligt. Läkare från hälsocentralen går på hembesök. Personen förnekar i kontakt med läkaren smärta från urinröret. Uppger att hon/han känner sig som vanligt. Hemtjänsten ringer. Personen har haft feber i en vecka. Läkaren skriver ut läkemedel. Distriktssköterska gör hembesök. Ringer efter besöket till maka/make och meddelar att recept är utskrivet. Hemtjänsten ringer och säger att personen mår fortsatt dåligt. Distriktssköterska gör flera hembesök för uppföljning. Nattpatrullen är hemma och spolrar kateter. Paret lovar att hör av sig via hemtjänsten om något inte fungerar.

Hemtjänsten hör av sig om bostadsanpassning. Distriktsarbetsterapeuten går på hembesök men får ingen klarhet i vad paret vill. Arbetsterapeuten lämnar ansökningsblanketter och lovar kontakta dotter/son. Upplyser dotter/son om att ta kontakt med Gävle kommun, för att prata bostadsanpassningslösningar. Arbetsterapeuten skriver ett underlag. Läkare skriver färdtjänstintyg.

Hemtjänsten ringer om behov av hygienlakan. Tid bokas för bedömning. Fax från primärvårdspatrull som varit hemma och spolat kateter på natten.

September 2009

Samtal från hemtjänsten. Ser blodigt ut i urinpåsen. Distriktssköterska gör hembesök. Personen förnekar smärta. Brunröd urin men personen tycker att hon/han mår bra. Hemtjänsten ringer - urinläckage. Anhörig ringer och berättar att KAD läcker. Distriktssköterska ringer maka/make och meddelar att det ska bli hembesök dagen därpå för KAD byte. Hemtjänsten ringer och meddelar att urinen är blodblandad. Nästa dag ringer de igen och meddelar att det kommit mycket färskt blod. Distriktssköterskan konsulterar läkare som ber henne kontakta urologen. Urologen vill att hälsocentralsläkaren skickar personen med remiss till akuten. Remiss skickas till kirurgakuten.

Dotter/son ringer och vill istället ta personen till urologen. Dotter/son tar själv kontakt med urologen och får tid där samma dag. Distriktssköterska fixar sjukresa och meddelar hemtjänsten att de ska ta fram patientbricka, pengar och medicinlista. Dotter/son möter personen vid sjukhuset.

Personen spolaskas på urologen och får ny KAD. Blir hemskickad på grund av platsbrist. KAD ska spolaskas på kvällen. Distriktssköterska tar kontakt med primärvårdspatrullen för besök kl 20 och senare under natten. Distriktssköterska går hem dagen därpå och tar kontakt med urologen för konsultation. När uroterapeut först dagen därpå. KAD ska spolaskas morgon och kväll men inte natt. Distriktssköterska spolaskar men personen blir sämre. Skickas in till akuten med remiss från hälsocentralsläkare. Läggs in på avdelning och får antibiotika intravenöst.

Oktober 2007

Hemtjänsten ringer katetern läcker. Dottern/son ringer. Maka/make har försökt få dit hjälp via larm. Ingen har kommit. Personen har feber. Distriktssköterska går hem och spolaskar KAD. Distriktssköterska ringer och pratar med maka/make. Dagen därpå ringer dottern/son. Personen har feber igen. Distriktssköterska och läkare gör ett gemensamt hembesök. Dottern/son ska försöka vara där också eftersom makarna hör så dåligt.

Antecknas i journalen. *"Svårt med anamnesen eftersom patient och maka/make hör så dåligt"*. Urin för odling tas. Personen förnekar till att hon/han mår dåligt.

Distriktssköterskan ringer dotter. Vid hembesök nästa dag sätts antibiotika in genom beredskapsjourläkare. Dotter/son uppmanas att hämta på apotek. Distriktssköterska ringer och pratar med maka/make. Dotter/son ringer hälsocentralen - är orolig. Det har varit mycket förvirrat under natten. Maka/make orkar inte längre. Distriktssköterskan gör hembesök och pratar med maka/make. Råder att ge personen rikligt med vätska.

När distriktssköterskan återigen tar kontakt säger maka/make att hemsituationen sinte längre är jobbig. Nästa dag ringer maka/make och meddelar att personen varit vimsig. Är upp och stör. Maka/make har svårt att koppla av. Distriktssköterska lovar att ringa dagen därpå. Efter några dagar ringer dotter/son och meddelar att personen ska till dagkirurgen. De önskar hembesök efter detta. Hemtjänsten ringer och meddelar att det är blod i urinen. Meddelande också från kvällspatrullen att det är blod i urinen. Distriktssköterska går hem och spolaskar. Efter läkarkonsultation blir det ambulans in till akuten. Personen skickas hem efter ett dygn. Hälsocentralen ber att personen ska få stanna kvar tills urinen är klar. Sjukhuset planerar ändå hem honom. Dotter/son ringer dagen därpå. Är orolig för personen. Förändrad till humöret - ibland aggressiv. Dotter/son undrar om det kan fungera med stämningshöjande läkemedel. Distriktssköterska bokas in för genomgång av läkemedel inom ramen för LEBO-projektet. Hemtjänsten kontaktar hälsocentralen - blod i urinen. Hemtjänstens verksamhetschef ringer och meddelar att personen ska få urostomi. Dotter/son ringer återigen om stämningshöjande läkemedel och undrar varför ingen kommit på utlovat hembesök. Personen tas in på sjukhus efter det misslyckade insättningen av urostomi. Tas in på sjukhus för att operera in suprapubiskateter. Meddelas att det vid utskrivning ska räcka med en uppföljning och koll av förband per vecka. I epikrisen står

att personen är något förvirrad och inåtvänd och att det är svårt med kommunikationen p g a hörselnedsättning. Personen får prova stämningshöjande läkemedel. Uppföljning planeras efter veckor.

LEBO sköterskan är osäker på om det fungerar optimalt med personens läkemedel. Maka/make blandar ihop medicinerna och har inte klart för sig vad som ska tas mellan varven. Läkemedel är nästan helt slut. Sköterskan kontaktar sjukhuset eftersom epikris saknas från senaste vårdtillfälle. Ringer dotter/son och frågar om apodos. Dotter/son ombeds att hämta ut samtliga läkemedel personen står på. Dotter/son ringer - utlovade recept finns inte på apoteket. Har själv svårt att gå från sitt arbete. Personen är utan läkemedel. Vid dotter/sons nästa besök på apoteket finns läkemedlen.

November 2007

Hemtjänsten ringer och undrar när förband ska bytas. Hembesök sker dagen därpå för omläggning av den suprapubiska katetern. Maka/make frågar vad det är för tabletter hon/han hittat i skåpet. Det visar sig vara Ciprofloxacin som skulle tas i fem dagar efter senaste sjukhusvård. Hemtjänsten ringer. Blod i urinen. Nästa dag nytt samtal - blod i urinen. Distriktssköterskan tar kontakt med urologen för råd. Nytt samtal med hemtjänsten - blod i urinen. När distriktssköterska kommer för omläggning meddelar maka/make att personen ligger på sjukhuset. Maka/make vet inte riktigt vilket fel han har. Distriktssköterska ringer till sjukhuset för besked. De har inte tid men lovar att återkomma. Personen har fått cancerdiagnos. Kommer hem dagen därpå. Distriktssköterska frågar om behov av remiss till palliativa teamet men hälsocentralsläkare vill avvakta. Biståndshandläggare kontaktar hälsocentralen för att fråga om personens tillstånd.

December 2007

Information från primärvårdspatrull som kontaktats via sjukvårdsrådgivningen. Personen har diarré och smärta över katetern. Personen uppmanas att dricka mer. Besök för att ta bort tejpsår. Paret uppmanas att höra av sig vid problem. Hemtjänsten ringer - personen har ont. Vid hembesök förnekas detta. Ingen infektion föreligger dock dålig hygien. Dotter/son ringer och berättar att personen varit på sjukhuset och bytt suprapubiskt och behöver ses om i hemmet. Distriktssköterska går på hembesök för kontroll. LEBO sjuksköterskan får tillbaka en justerad medicinlista av läkare och antecknar att det *" varit flera turer med denna patient efter det att mitt LEBO-besök ägde rum."*

Januari 2008

Efter vårdtillfälle kring årsskiftet meddelas från vårdplanering på sjukhuset att personen kommer att få utökade hemtjänstinsatser och att hon/han kommer att behöva hjälp med medicinhanteringen. Dotter/son har sagt att sjukhuset ordnar med apodos. Oklarhet råder om sjukhuset ordnar med detta. Distriktsarbetsterapeuten noterar att mannen p g a infektion inte kan stå på benen. Undrar om rullstol kanske behövs. Funderar även över bostadsanpassning. Behöver hjälp av två personer vid skötsel. Medicinhanteringen lite oklar. Distriktssköterska fixar apodos. Apodosen ska sändas till hemtjänstlokalen. Dotter/son vill att distriktssköterska ska möta upp vid hemkomst från sjukhuset. Distriktssköterska går hem och delar dosett. Det saknas ett läkemedel. Apodos ska komma först om en vecka. Distriktsarbetsterapeuten går tillsammans med hemtjänst och dotter igenom hur hygienstol och rullstol fungerar. Distriktssköterska pratar med dosapoteket om att läkemedel ska tillföras dosen. Ringer sedan dottern/son som hämtar ut läkemedel på apoteket och delar i dosett. Dotter ringer distriktsarbetsterapeuten och undrar över lister i golvet. Denna berättar att det går att ansöka om bostadsanpassning och ger dotter/son telefonnummer till tekniska kontoret.

Distriktsarbetsterapeuten instruerar personen om körteknik och bromsar på den rullstol hon/han fått. Prövar också förflyttning i och ur rullstol.

Dotter/son ringer. Vet inte vad som ska hämtas på apoteket. Distriktssköterskan ringer och kollar med dosapoteket och tar sedan kontakt med dotter/son för att berätta vad som kan hämtas på apoteket. Hemtjänsten tar upp trycksår. Dotter/son meddelar att maka/make ska köpa salva men hon/han vet inte vilken. Dotter/son undrar också om distriktssköterskan känner till trycksåret. Distriktssköterskan gör hembesök för kontroll av liggsår och delar läkemedel för en vecka. Hemtjänsten ringer - läckage av urin i hela sängen. Hemtjänsten ringer igen de kan inte byta uribagen som sitter sugit fast. Distriktssköterska går på hembesök. Kan inte heller byta. Hemtjänsten som går två får försöka en gång till. Hemtjänsten ringer - blod i urinen. Hemtjänsten ringer och vill att Distriktssköterskan kommer och tittar på katetern. Hon kommer och byter uribag. Maka/make ringer och säger att personen verkar ha ont när han kissar. Det är tomt i uribagen. Distriktssköterska går på hembesök - personen förnekar smärta. Pratar med hälsocentralsläkare om ökad smärtlindring. Ringer dotter/son som hämtar ut förskrivet recept. Maka/make ombeds att lägga den extra tabletten till apodosen. Distriktssköterska gör hembesök för läkemedelsdelning och tvättar sår.

Februari 2008

Hembesök för omläggning och dosettindelning. Maka/make ska notera på lista när personen tar läkemedel. Rapport inkommer från jourverksamheten - stopp i kateter. Hembesök för omläggning av sår och dosettindelning. Kontakt med läkare som ordinerar Lexinor. Distriktssköterska ringer och pratar med maka/make samt ordnar så att hemtjänsten hämtar Lexinor. Hemtjänsten missar dock detta. Hälsocentralen lånar då ut tabletter till nästföljande dag.

Mars 2008

Hemtjänsten ringer mannen har inte fått sina läkemedel för urinvägsinfektionen under helgen. Dotter/son vill ha högre dos av stämningshöjande läkemedel och sittdyna till rullstolen. Det är oroligt hemma personen är uppe på nätterna. Distriktsarbetsterapeuten levererar sittdyna. Distriktssköterska meddelar dotter/son att det stämningshöjande läkemedlet kan dubblas. Distriktssköterska pratar med hemtjänsten. De ska fortsättningsvis sköta omläggningarna av katetern i samband med dusch på fredagar. Distriktssköterska går hem och delar läkemedel. Distriktssköterskan återigen hem för kontroll av mediciner. Maka/make orkar inte längre sköta detta. Distriktssköterska ställer i ordning apodos, dosett, medicinlista samt signeringslista samt meddelar hemtjänstchefen att hälsocentralen gör ett ansvarsövertagande och att hemtjänsten nu ska ge personen läkemedel. Läkare gör hembesök och skriver in personen i hemsjukvård. Vid detta tillfälle dokumenteras minnessvårigheter och urinlukt i lägenheten. Distriktsarbetsterapeut meddelar från nattpatrull att personen fallit ur sängen ett antal gånger och att maka/make har svårt med oro och sömn. Distriktssköterskan går hem för kontakt med hemtjänsten. Personen har blod i urinen. Distriktsarbetsterapeut kontaktar hemtjänsten som tror att maka/make är orolig för att personen ska falla ur sängen. Hemtjänsten har inte hört något om att personen gjort detta. Tid bokas för gemensam diskussion. Läkare får besked från onkologen om att personen strålats i december och januari. Distriktssköterska går hem för delning av läkemedel. Ett läkemedel saknas. Hemtjänsten meddelas att de ska hämta på apoteket. Den hemtjänstpersonal som distriktsarbetsterapeut träffar vid det gemensamma förbokade besöket känner inte personen *"är bara där ibland och vet inte om personen ramlat"*. Personen själv upplever inte att det är problem. Distriktssköterska går hem för dosettindelning. Ett annat läkemedel saknas nu. Nytt hembesök bokas för att sköta ordna detta. Nästföljande dag åker personen in till sjukhuset p g a feber och blodig urin.

April 2008

Hemtjänsten ringer och är osäkra på läkemedel. *"Patienten har fått påsar med läkemedel med hem från sjukhuset."* Distriktssköterska går hem och delar medicin och dosett. Distriktsarbetsterapeut meddelar nattpatrull att makarna vill avvakta med åtgärd kring sängen. Maka/make ställer som försiktighetsåtgärd rullstolen framför sängen. Hemtjänsten uppmanas att meddela nattpatrullen om något nytt skulle inträffa. Flera hembesök sker och kontakter via nattpatrull om KAD-läckage. Distriktssköterska går hem och informerar hemtjänstpersonal om KAD skötsel. Dotter/son ringer om smärta. Distriktssköterska går hem - bristande underlivshygien. Lämnar skriftlig information till hemtjänsten om vikten av underlivshygien och att de ska torka torrt.

Maj 2008

Distriktssköterska går på hembesök. Det har läckt urin hela natten. Hemtjänsten hade kopplat kateter fel. Rapport går till hemtjänsten. Dagliga kontakter och hembesök av distriktssköterska. Blodig slemmig urin och kletigt eller blodigt runt suprapubiskaden. Delar dosett. Många telefonsamtal från hemtjänsten. Läkare skriver ut Ciprofloxacin för misstänkt urinvägsinfektion. Någon gång har läkemedel som ska delas inte blivit uthämtade. Distriktssköterska bokar därför in ny tid och lämnar apotekslista till hemtjänsten. I journalen noterar distriktssköterska. *"Det verkar som att viss personal ibland fuskar med intymhygien."* Talar återigen med hemtjänsten om vikten av att vara noga med underlivshygien. Distriktsarbetsterapeut dokumenterar behovet av bälte och gör hembesök för att prova vårdarbälte. Bokar tid för nytt möte med hemtjänstpersonal. Hemtjänsten ringer *"ena höftkulan har hoppat ur"*. De beställer ambulans till akuten. Personen har ramlat och fått ett brott på lårbenet. På sjukhuset har personen givit en bristfällig anamnes och upplevts som oklar även aggressiv. De ringer därför för att fråga om personen tidigare uppfattats som oklar.

Juni 2008

Efter hemkomst från sjukhuset behövs hjälp av två till tre personer. Kommunen beställer en ny säng. Sjukhuset har ändrat i läkemedlen. Det blir oklart kring apodos. Dotter/son informeras. Distriktssköterska går hem för Fragmininjektion och dosettindelning. Beställer av hemtjänsten att hämta läkemedel i avvaktan att de nytillkomna läkemedlen har införlivats i apodosen. Distriktsarbetsterapeut träffar hemtjänsten. Det är tungt. Många har fått ont i ryggen. Behov av lyft förekommer. Hemtjänsten vill att distriktssköterska ska bedöma personens svullna ben. Hemtjänsten går nu in en timme före ordinarie insatser för att ge läkemedel så att personen är smärtlindrad när sängen ska lämnas. Lyft levereras. Hemtjänsten ringer - kad läcker. Det går inte att lyfta patienten – för mycket smärta trots smärtstillande. Hemtjänsten ringer och är oroliga personen är tröttare och pratar osammanhängande. Larmbilen ringer 7.30. Dotter/son finns hos personen. Läkare vill skicka in akut med ambulans. Personen får syrgas och ny antibiotika. Piggar på sig men blir sämre. Utskrivningsklar efter 8 dagar på sjukhuset . Kommunen ska enligt vårdplaneringen därifrån undersöka möjligheten till korttidsboende.

Workshop för hälsocentraler, hemtjänstområden och Gävle sjukhus

Under hösten 2009 genomförde uppföljningsansvariga elva workshops. Deltagandet var aktivt från både kommunens och landstingets verksamhet. Sammanlagt deltog 180 vård- och omsorgsaktörer samt deras närmaste chefer. Åtta olika mellanchefer och två verksamhetsutvecklare anslöt dessutom under resp workshops avslutande timme för att lyssna på och diskutera de synpunkter och idéer som framkommit.

Under en dag fick medarbetare från hälsocentraler, hemtjänstområden och Gävle sjukhus diskutera hur samarbetet dem emellan skulle kunna utvecklas för att öka kvaliteten för den multisjuka äldre och bättre utnyttja befintliga resurser i enlighet med samverkansavtalets intentioner.

Verksamheterna fick under förmiddagen gemensamt ta del av ett av sina egna fall.¹⁷ Vid den efterföljande gruppdiskussionen

- identifierades fallbeskrivningens multisjuka persons behov och diskuterades hur idéer och arbetssätt kan och behöver utvecklas

Efter förmiddagens reflektion över fallbeskrivningen lades fokus på frågan om vad resp verksamhet enskilt och gemensamt

- själva kan utveckla
- behöver hjälp med från ledning/ledning för att utveckla

Vad är det som går att utveckla utan nya beslut?

De flesta som deltog i workshops ansåg att utvecklingsarbetet på de olika enheterna kunde starta utan att nya beslut behövde fattas på enheterna.

Det gällde ex vis läkarnas ansvar i överlämnandet av patienten vid byte av vårdnivå. Eftersom det handlar om personer med multiproblematik så skulle sjukhusets läkare behöva ta ett tydligare personligt ansvar för överlämnandet till hälsocentralens läkare. Epikrisen med uppgifter om vad som hänt personen inom specialistsjukvården och vad som planeras efter denna vård borde självklart lämnas till hälsocentralen i samma ögonblick som personen lämnar sjukhuset. Man såg inga hinder för att starta detta utvecklingsarbete omedelbart.

Om behov fanns ansåg flera av deltagarna i diskussionerna att den multisjuka redan på sjukhuset skulle kunna få utsett ett multiprofessionellt team. Teamet skulle ta över helhetsansvaret för personens kontakter med vård och omsorg. Teammedlemarnas kompetens skulle sättas samman utifrån individens behov.

¹⁷ Fem av dessa fall har beskrivits i rapportens föregående kapitel.

Vilket stöd krävs från ledningshåll

Genomförandet av samverkansavtalets intentioner ansåg man måste drivas och ledas av linjecheferna. Initiativ och förutsättningar måste komma därifrån. Samverkansavtalet behöver bli synligt och övriga överenskommelser och riktlinjer behöver anpassas till samverkansavtalet.

Avvikelse vid brister i övergångar mellan vård- och omsorgsnivåer ansåg man måste tas på största allvar. Revir och kostnadsgränser såg många som hinder. Dessa behöver redas ut på ett övergripande plan och inte som flera såg det ske i de multisjukas hem. Incitament och sanktioner såg många behov av då vård- och omsorgsprocess inte fungerar. Flera tog upp behov av ”märkning” i dokumentationen av individer med behov av stöd för att klara att hålla ihop helheten i alla vård- och omsorgskontakter.

Primärvårdens medarbetares reflektioner

Samverkansavtalet talar om att ha individen i fokus och att vara lyhörd för personens behov av ansvarsövertagande och hjälp med helheten av vård och omsorgskontakter. Distriktssköterskorna behöver få frihet att agera preventivt. Hemtjänsten behöver frihet att agera efter individens behov och önskemål. Gruppen multisjuka/multisviktande behöver kostnadsfria distriktssköterskebesök, enklare hjälpmedelshantering, gräddfil till slutenvårdsplats vid behov och en tydlig och trygg kontakt med en egen ansvarig läkare.

Kommunens medarbetares reflektioner

Biståndsreglerna är stela och försvårar för hemtjänsten att ge stöd efter behov. Det behöver finnas större utrymme för mer personligt utformade biståndsbeslut. Ex vis riktad schablontid för äldre som är i behov av Äldreteam. Hemtjänstens förutsättningar för att arbeta i team tillsammans med hälsocentralernas professioner behöver underlättas och personalen behöver ges tid för reflektion i arbetsgruppen.

Gävle sjukhus medarbetares reflektioner

Sjukhuset behöver möta primärvårdens och kommunens behov möjligheten till direktinläggning. Att ge en gräddfil för äldre med multiproblematik och behov av trygghetsplatser med tydligt medicinskt ansvar. För att utveckla den geriatriska kompetensen i länet och skapa en plattform för geriatrisk kompetens så behövs flera akutgeriatrikplatser och geriatrikrehabiliteringsplatser. För att minimera oro och ångslan kan sjukhuset erbjuda återbesökstider och beställa tid för undersökningar åt personen på hälsocentralen eller på sjukhuset innan personen lämnar sjukhuset. Vissa multisjuka äldre kan behöva en patientansvarig läkare inne på sjukhuset som tar helhetsansvaret för det som sker på sjukhuset och som är samarbetspartnern till den ansvariga läkaren på hälsocentralen.

Ett tydligt resultat av workshops var att

- många inte känt till avtalet
- läkarens ansvar för patienten i överlämnandet mellan vårdnivåer behöver utvecklas
- det inte finns någon gemensam bild av vad som avses i avtalet och vad som förväntas av de tre aktörerna
- det behövs utveckling både i arbetssätt och inom teknisk informationsöverföring för att hitta de personer som har behov av stöd i ett helhetsperspektiv, men inte uppfyller nuvarande kriterier för hemsjukvård
- teamet behöver vara sammansatt utifrån den enskildes behov, för att sedan kunna följa personen och vara ett effektivt och tryggt stöd under hans/hennes väg genom vård och omsorg.

En känsla av maktlöshet framkom under de 11 workshopdagarna. ”Vi skall jobba för trygghet och säkerhet men vi kan inte garantera att personen får behålla sin ”toaförhöjning” och vi vet att läkemedelslistan förmodligen inte stämmer.”

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Äldreteam har ännu inte trätt i funktion

Stora olyckor är sedda av många. Uppföljningens fallbeskrivningar är alla små olyckor i den bemärkelsen att de drabbar enskilda och i sitt sammanhang är sedda av få. Den uppföljning av samverkansavtalet, som Gävle sjukhus, primärvården och Gävle omsorg gemensamt undertecknat, visar helheten för 22 multisjuka äldre. De utgör avtalets kärngrupp. Varje liten olycka som drabbat var och en av dessa individer blir till en stor olycka när de på generell nivå visar på organisationsstrukturer som utgör säkerhetsrisker.

De äldre har behov av vård och omsorg som hänger ihop – omsorgs-, omvårdnads-, funktions- och sjukdomsmässigt samt inte minst farmakologiskt. Precis så som avtalet föreskriver. Hemtjänst har enligt vad som uppföljningen visar levererats i form av standardiserade insatser utförda av många olika vårdbiträden. Primärvården dokumenterar många insatser och åtgärder. De rycker ut på risk och händelser men kan inte ta ett helhetsansvar. Det är för många olika läkare inom primärvård, akut och specialistvård. Det är för många olika distriktssköterskor och undersköterskor som arbetar kring patienterna utan att någon av dem har ett samlat ansvar för patienten. Hemsjukvårdsbesöken är för flera undersökningspersoner omfattande men präglas av reaktivitet. Endast två av de 22 multisjuka personerna får i slutet av undersökningsperioden stöd från hälsocentralen med läkemedelsgivning och aktiv uppföljning av läkemedelsförskrivningen då de skrivs in som hemsjukvårdspatienter. De multisjuka har själva ansvaret och får hjälp av maka/make eller hemtjänst. Ingen av hemtjänstpersonalen sköter denna uppgift på delegation från hälsocentrales distriktssköterska. Inte i något fall stämmer hälsocentralens aktuella läkemedelslista med det som personen själv uppger att ho eller han tar. Det framgår av hälsocentralernas dokumentation att sjukhuset i åtskilliga fall missat eller dröjer med att skicka information efter undersökningspersonernas vård på sjukhus.

Inte någon av de 22 multisjuka äldre eller deras anhöriga har känt till att det existerar någon form av äldreteam. Inte i något fall har Äldreteam nämnts i hälsocentralernas eller biståndshandläggarnas dokumentation. Organiseringen inom sjukhusvården, på hälsocentralerna och inom hemtjänst, sker fortfarande efter monoproblem och inte efter multisjukdom och behov av helhetsorganisering och helhetsansvar.

Undersökningen visar att anhöriga tar ett stort ansvar. De arbetar oförtrutet på i ensamhet tills de själva drabbas av sjukdomar och funktionsnedsättningar. De lägger ner ett stort arbete för att försöka hålla ihop vård- och omsorgsgivarnas alla olika insatser.

Avtalet om samverkan är ett steg på väg mot ett förändrat arbetssätt men uppföljningen visar att det inte är räcker med att gemensamt vårdplanera. Vad som krävs är ett multiprofessionellt arbetande team i funktion ute i hemmen. I

teamet måste läkaren ingå. Någon i teamet måste ges samordningsansvaret. På vem i teamet ansvaret vilar kan skifta beroende på vilket problem som för tillfället är aktuellt.

Om ett reellt samarbete ska komma till stånd mellan sjukhus, primärvård och hemtjänst kring de multisjuka äldre personerna krävs en stark ledning med mandat att leda detta förändringsarbete. Metod- och processtöd behöver ses över.

De fallbeskrivningar som ingår i uppföljningens första del kan förhoppningsvis bidra till att förankra samverkansavtalets intentioner och samla personal från sjukhus, primärvård och hemtjänst till gemensamma diskussioner om lösningar.

Vård och omsorg är kvalificerade tjänster det gäller att göra rätt från början

Att arbeta med tjänsteverksamhet som vård och omsorg är komplext. Tjänster, och i synnerhet sådana med så stor variation som vård och omsorg till multisjuka äldre, kan inte standardiseras och förplaneras på samma sätt som varuproduktion. För att en tjänst ska skapa värde för den som använder den och förenas med effektiv resursanvändning är det avgörande att det blir så rätt som möjligt från början. Görs inte rätt från början leder det till många omtag och slöseri med resurser.

En tolkning, utifrån forskning inom tjänsteområdet, är att vård- och omsorgstjänster till äldre multisjuka måste anpassas till deras mest kritiska behov. Till det behov som är viktigast att möta för ögonblicket sett ur ett helhetsperspektiv. Om en äldre multisjuk person med stark oro och känslor av otrygghet inte möts initialt så skapar otrygghetssituationen onödiga kontakter med vård och omsorg. Antalet akutbesök ökar. Oron driver fram nya sjukdomar eller skador. För att möta personen på ”rätt” nivå är det nödvändigt med en samlad bild av individens situation. En svårt sjuk person som inte har en fast läkarkontakt med personkännedom kommer gång på gång åter till vårdcentralen eller till akuten i sökande efter hjälp. Direktinläggning på sjukhuset efter ställningstagande av primärvårdens läkare vore det mest effektiva omhändertagandet för denna person.

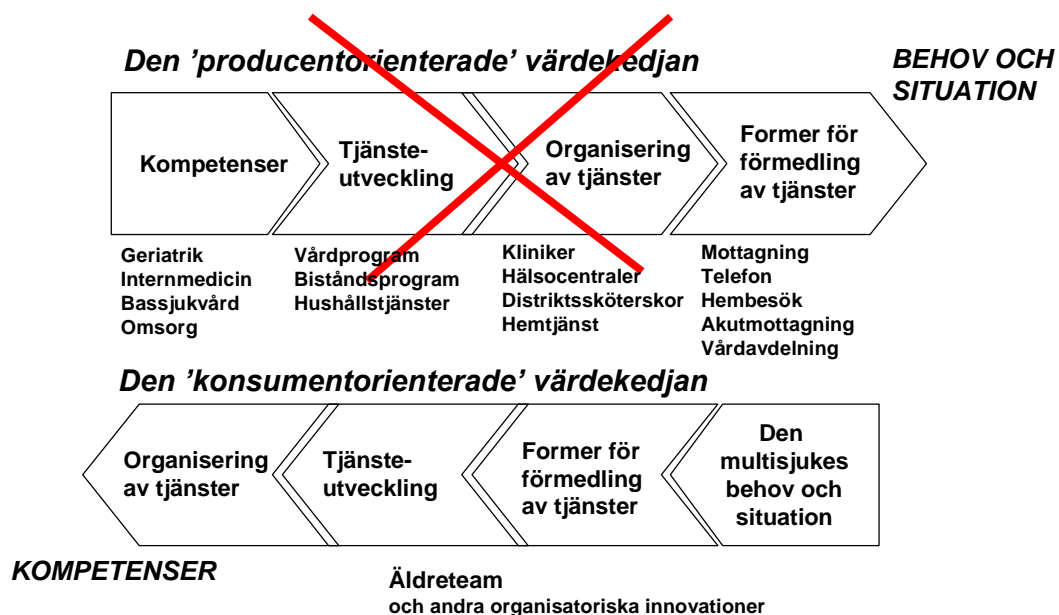
Helhetsbilden av den äldres situation ger vägledning om hur och med vilka insatser ett äldreteam bäst kan utföra sitt samlade uppdrag. För att återknyta till viktiga resultat från forskningen inom tjänsteområdet så är det tydligt att ju högre rationaliteten är ur kundens perspektiv desto högre blir rationaliteten i resursanvändningen¹⁸. Det är därför viktigt att utveckla ett rationellt omhändertagande som är inriktat på kvalitet utifrån den äldre multisjukes perspektiv. Det gäller att använda de samlade resurser som vård och omsorg disponerar på bästa sätt. Om varje insats planeras för sig minskar effektiviteten i verksamheten och riskeras kvaliteten för den äldre multisjuka.

¹⁸ Se exempelvis Richard Normann, Service Management (1984)

Att bilda äldreteam handlar om att anpassa laguppställningen, med kompetenser i första hand från hemtjänst och primärvård med kompetenser inom specialist-, akut- och slutenvård, till det aktuella behovet för den äldre multisjuka. För att klara denna anpassning behövs gemensamma kartbilder i form av de fallbeskrivningar som tagit fram inom ramen för denna uppföljning.

De kompetenser som krävs för att bilda äldreteam är organiserade inom olika vård- och omsorgsnivåer med skilda budgetar och sparbetning. Förutom detta sker organisering i skilda kompetenser och discipliner som ex vis allmänläkare, distriktssköterskor, vårdcentraler, internmedicinare, kliniker, hemtjänst, vårdbiträden, arbetsterapeuter, sjukgymnaster osv. Indelningarna utgår från ett producentperspektiv och är inte direkt kopplat till konsumentperspektivet. I detta fall den äldre multisjukas perspektiv. För att äldreteamen ska fungera som eftersträvat är det väsentligt att förstå och aldrig underskatta att det finns en både kulturell och organisatorisk utmaning av stora mått. Denna utmaning illustreras med nedanstående figur 6.

Figur 6 Äldreteamen kräver ett annan organisatorisk utgångspunkt än den traditionella



lakttagelser kring kostnader utifrån fallbeskrivningarna

Kartläggningen av kostnader för de äldre multisjukas vård och omsorg visar på stor variation både vad gäller de totala kostnaderna och fördelningen av kostnader mellan olika vård- och omsorgsnivåer. För de personer som har mest insatser under 18-månadersperioden kan kostnaderna uppgå till över miljonen. I andra där insatserna är mera begränsade kan kostnaden hamna på en nivå under 50.000 kr.

Det är svårt och olämpligt att dra slutsatser enbart från en sammanställning av kostnader för vård och omsorgsinsatser.

Slutsatser av betydelse uppstår då kostnaderna analyseras i förhållande till vård- och omsorgsprocessen. Det är möjligt att identifiera en persons behov och att brist på bemötande av detta behov fungerar kostnadsdrivande för hela vård- och omsorgssystemet. Exempelvis kan brist på kontinuitet i läkarkontakt vara kraftigt kostnadsdrivande för vissa personer. Bristen på koordinering av vård och omsorgsinsatserna är också ofta tydlig. Några multisjuka äldre som ingår i uppföljningen är av de tyngre slagen rent ekonomiskt. Dessa fall uppvisar i praktiken en ohållbar arbetsmodell som pågår eftersom ingen del i vård och omsorgssystemet har den hela bilden av vad som sker. Samtliga multisjuka i uppföljningen kan riskera att så småningom hamna på samma kostnadsnivå om problemen inte angrips samlat utifrån det individuella behovet.

Uppföljningen visar tydligt att äldreteamen behövs men att det saknas arbetssätt som fokuserar på de kritiska, grundläggande insatserna som skapar en meningsfull ordning i vård- och omsorgsinsatserna. För att äldreteamet ska fungera behöver ett kundperspektiv läggas på den äldre multisjukets situation.

Äldreteamet samlade bedömning om var ”krutet” ska läggas måste bli startpunkt i varje enskilt fall. Detta angreppssätt fungerar inte om teamet är diffust i sin uppställning och har sin lojalitet och utgångspunkt i skilda organisationer. Fallbeskrivningarna visar tydligt att äldreteam i Gävle kan göra skillnad för den äldre, för personal och för vård- och omsorgsproduktionen. Men endast det faktum att avtal om äldreteam finns räcker inte för att skapa högre värde.

Slutsatser

Precis så som avtalet föreskriver har uppföljningens äldre multisjuka haft behov av vård och omsorg som hänger ihop – omsorgs-, omvårdnads-, funktions- och sjukdomsmässigt samt inte minst farmakologiskt. Avtalet om samverkan är ett viktigt steg i rätt riktning men uppföljningen visar att det inte är räcker med ett avtal. Vad som krävs är ett multiprofessionellt arbetande team i funktion ute i hemmen. Det behövs ett nytt arbetssätt och en ny organisatorisk idé som fokuserar på den multisjuka/multisviktande äldres behov.

- Läkarens funktion i äldreteamet är väsentlig och behöver fastställas i samverkansavtalet.
- Formering av ett äldreteam bestående av professioner från både hälsocentral och hemtjänst föreslås som en särskild enhet med egen finansiering i pilotprojektform.

Om detta inte är möjligt föreslås

- Fortsatt samverkan i nätverksorganisering enligt den modell som samverkansavtalet föreskriver men då krävs en utveckling av särskilt starka gemensamma styr- och samverkansprinciper mellan landstingets och kommunens vård- och omsorgsaktörer. Styrformer som hittills saknats för de avtalade äldreteamens möjlighet att gå från avtal till aktiva och värdeskapande enheter.

