



# **KVALITATIV UPPFÖLJNING AV MULTISJUKA ÄLDRE FYRBODAL UTG.2**

2011

*”Jag skulle vilja hjälpa till med logistiken!”*



## Innehållsförteckning

<b>FÖRORD .....</b>	<b>3</b>
<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>4</b>
Kvalitativ undersökning av multisjuka äldre.....	4
Tidigare studier.....	5
Kopplingar och gränssnitt.....	6
Multisjuklighet innefattar många olika hälsotillstånd.....	6
Definition av multisjuk undersökningsgrupp.....	6
Uppföljningens syfte.....	7
Framtagen helhetskunskap förväntas ge stöd i att identifiera.....	7
<b>METOD.....</b>	<b>8</b>
Förankringsprocess.....	8
Undersökningsdata och metod.....	8
Planering och genomförande.....	9
Resultatredovisningar.....	9
Bortfallsbeskrivning urvalsperiod 2009-02-01--2010-23-31.....	9
Effekt mål.....	10
Fyrbodals syfte.....	10
<b>RESULTAT.....</b>	<b>10</b>
Hur fungerar vård och omsorg för äldre multisjuka och deras anhöriga/närstående.....	10
Intervjuer med multisjuka äldre och deras anhöriga om behov och problem.....	11
Bakgrundsfakta-undersökningsspersoner.....	11
Intervjuer med anhöriga.....	11
De äldres synpunkter på kommunens vård och omsorg.....	12
De äldres synpunkter på vårdcentral.....	13
De äldres synpunkter på sjukhuset slutenvård.....	14
De äldres synpunkter på sjukhusets akutmottagning.....	15
De äldres synpunkter på övrig öppen specialistvård.....	16
Sammanfattande analys.....	16
Nationella jämförelser.....	18
Diagnoser inom slutenvård i Fyrbodalen.....	20
<b>LÄKEMEDEL.....</b>	<b>22</b>
Analys av läkemedel utifrån intervju, aktuell läkemedelssituation och journalgenomgång.....	22
Reflexioner gällande läkemedel nationellt.....	25
<b>KOSTNADER FÖR VÅRD OCH OMSORG.....</b>	<b>26</b>
Nationell analys angående framtidsarbete.....	31
<b>TYPEN AV FALL.....</b>	<b>32</b>
Fallbeskrivning 1.....	32
Fallbeskrivning 2.....	37
Fallbeskrivning 3.....	41
Fallbeskrivning 4.....	45
Fallbeskrivning 5.....	53
Fallbeskrivning 6.....	61
<b>Analysarbete för att identifiera systemsvagheter och systemstyrkor.....</b>	<b>67</b>
<b>Slutsatser systemnivå.....</b>	<b>70</b>
Bilagor.....	72
Bilaga1.....	72
Bilaga2.....	81

## FÖRORD

Det resultat som presenteras i denna rapport är en del i SKLs studie men har också varit ett samarbetsprojekt inom Fyrbodal i Närsjukvårdsgrupp Orust/Uddevalla där kommuner, primärvården, NU sjukvården och hälso- och sjukvårdsnämnderna kansli Uddevalla ingår. Vårdsamverkan Fyrbodal och Fyrbodal har varit projektansvariga.

Genomförandet av studien har inte alltid "gått på räls" men har också gett lärdomen att med vilja, hjälpsamhet, stöd och uthållighet så går det att åstadkomma samarbete för att nå ett gemensamt mål.

Vi vill därför rikta ett stort tack till alla som på olika sätt gjort kartlägningsstudien möjlig att genomföra.

Brita Lindahl, Samordnare på Vårdsamverkan Fyrbodals kansli som var motor i starten av arbetet men sedan valde att bli student. John Norlin, PUL ansvarig i NU sjukvården.

Magdalena Naplozek, vårddatabasanalytiker Hälso- och sjukvårdskansliet som tillsammans med Elisabeth Rundberg, Verksamhetsuppföljningsenheten NU sjukvården bidraget med statistikunderlag.

Inga-Lill Wilske Uddevalla kommun, Anna-Lena Gustafsson Orust Kommun, Catarina Ross NU sjukvården och Lars-Erik Hansson Hälso- och sjukvårdskansliet Uddevalla som bistått med ekonomiska underlag. Studiens kontaktpersoner på vårdcentralerna och i kommunerna som hjälpt till med utdrag ur dokumentation - ingen nämnd ingen glömd.

Maj-Britt Elmvik Apoteket Farmaci AB och ansvarig Leg. apotekare i studien.

Eva Larsson, FoU assistent vid primärvårdens FoU enhet för hjälp med tabeller och tolkning av diagnoskoder.

Arbetsgruppen bestående av Anti Stridsman Vårdenhetschef MÄVA, Jan-Erik Samuelsson Avdelningschef för hemvård Uddevalla kommun, Eva Norrman Vårdcentralschef Carema Orust, Carina Hansson Utvecklingschef Hälso och sjukvårdskansliet Uddevalla, Karin Magnusson Verksamhetschef Vård och omsorg Orust kommun, Reidun Johansson Enhetschef hemsjukvården Orusts kommun, Victoria Call Avdelningschef bistånd Uddevalla kommun, Elisabeth Noord och Christina Hellqvist utvecklingssekreterare Primärvården Fyrbodal- som varit bollplank till projektledare och i rapportskrivning och genomgång av data.

Varmt tack till våra intervjuare och inmatningsansvariga av data Elisabeth Bergdahl och Lena Selander. Lena har också varit projektledare under större delen av tiden. Vi har haft glädjen att ta del av dessa nyblivna pensionärers stora och långa erfarenhet från vård och omsorg, ett område som de fortfarande brinner för. Charlotte Almkvist-Hall, ny tillträd samordnare vid Vårdsamverkan Fyrbodals Kansli som med stort tålamod ägnat många timmar att sammanställa material och synpunkter fram till färdig rapport.

Till sist tack också till Ulla Gurner, projektledare vid SKL och som alltid funnits till hands för frågor, råd och stöd under studien.

Fyrbodal maj 2011

Maria Bruhn  
Enhetschef/samordnare  
Vårdsamverkan Fyrbodals Kansli

Pär Levander  
Beredningsansvarig område hälsa  
Fyrbodal

Lena Mossberg  
Utvecklingsledare  
Fyrbodal

## **SAMMANFATTNING**

Många svenska studier och rapporter visar att vård och omsorg då det gäller äldre multisjuka fungerar mindre bra ur både ett kvalitativt som ekonomiskt perspektiv. Denna Fyrbodalsrapport är framtagen i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting för att kartlägga hur det ser ut i Uddevalla och Orusts kommuner då det gäller Multisjuka äldre med stort vård och omsorgsbehov. Intervjuer är genomförda med 29 stycken undersökningspersoner samt deras anhöriga. Studien är en del i en nationell kartläggning där 264 undersökningspersoner från 12 landsting ingår. Granskning av registerdata från slutenvård, Primärvårdsjournaler, utförardokumentation från kommunala insatser såväl från socialtjänst som hälso- och sjukvårdsamt samt läkemedelsdata har granskats som underlag för detta arbete. Rapporten bygger på både kvalitativ data i form av intervjumaterial som ekonomiska kalkyler baserade på undersökningspersonernas kontakter inom vård och omsorg.

Kostnader för de 29 individerna varierade inom loppet av undersökningsperioden till att vara mellan 89000 kr till 1,1 mkr. Granskningen av fallbeskrivningarna visar att det i dagsläget inte ligger rätt fokus på insatser utifrån de äldre multisjukas grundläggande behov.

Resultatet, såväl nationellt som i Fyrbodals, visar att insatserna för denna grupp präglas av dålig samordning, avsaknad av helhetskunskap och bristande logistik .

Slutsatser som dras på nationell nivå är att det krävs en ny organisering utifrån brukarens centrum och behov, och att även en större samverkan mellan sjukvård och omsorg behöver utvecklas. På lång sikt måste även värdegrunden som finns inom både landsting som kommun bearbetas, för att förenkla för personalens problemlösningsarbete inom respektive strukturer enligt SKL.

Resultatet av kartläggningen och denna rapport presenteras i form av en heldag med föreläsningar, workshop's och paneldiskussion för nyckelpersoner, politiker, chefer och andra intressenter runt målgruppen. Målet är att öppna upp för en dialog kring hur vi kan bevara det som är bra och förbättra brister i framtida arbete då vi skall matcha behov och resurser.

Arbetet med att gå vidare i fas 2 gällande bland annat systembrister och åtgärder utifrån ett samhällsekonomiskt syfte kommer att starta upp hösten 2011. Även detta arbete kommer att ha fokus på tvärfunktionella sammankomster genom workshop's och lokala del konferenser.

## **BAKGRUND**

### **Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre**

Andelen äldre med stort vård och omsorgsbehov kommer att växa starkt de närmsta decennierna enligt nationella undersökningar.

Rapporter beskriver hur denna patient och brukargrupp befinner sig i en verklighet, där många olika aktörer är inblandade under dygnets alla timmar. Ofta saknas en totalbild för den enskilde, orsaken kan vara otydliga ansvarsgränser samt svårigheter att hitta optimal samverkan mellan verksamheter och yrkesgrupper. Även brister gällande informationsöverföring försvårar helhetssynen då det gäller vård och omsorgs insatser.

Bättre liv för sjuka äldre är en prioriterad fråga för många och i överenskommelse mellan regering och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) prioriteras från och med 2010 arbetet kring denna grupp. Fokus ligger på att stödja ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete på olika sätt. Ett viktigt område är att på nationell bas, och som komplement till uppbyggnad av kvalitetsregistren - Svenska palliativregistret och Senior Alert- genomföra en kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende.

Uppföljningen genomförs i en första fas under perioden 2009-02-01 till 2010-12-31.

## Tidigare studier

En mängd olika verksamheter och sätt att organisera vård och omsorg strålar samman i vardagen för den äldre multisjukliga person som har behov av både vård och omsorg. Verksamheter som styrs av olika budgetar, lagar, avtal och policies. Det finns hitintills få studier som inriktas mot att identifiera de sammansatta vård- och omsorgsbehoven. Nationellt representativa data är nödvändiga för planering av hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. De fallstudier av äldre multisjuka i ordinärt boende som genomförts i strukturmässigt olika områden i Stockholms län och i Gävle under senare år har identifierat brister/hinder på systemnivå<sup>1,2</sup>. Detta trots att samverkansavtal funnits mellan kommuner och landsting och trots att äldre med sammansatta behov och problem sedan länge varit en prioriterad grupp.

Gruppen Multisjuka äldre är högkonsumenter av vård och omsorg. De flesta har också anhöriga som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Ansvaret för de Multisjuka är splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Äldre multisjuka har fått omfattande insatser utan långsiktig uppföljning och samplanering. De olika delarna i vård- och omsorgssystemet har agerat reaktivt på händelser och risk. Utvecklingsarbete sker ofta i delar av vård- och omsorgssystemen. Sällan i ett koordinerat sammanhang som tar den äldres behov som utgångspunkt. Styrande i förändringsarbete blir istället ofta redan existerande organisering och etablerad verksamhet. Genom den granskning av enskilda fall med hjälp av en systematisk beprövad metod som nu genomförs i olika delar av landet skapas komplement till den kunskap som tas fram på delnivå.

Fyrbodalsområdets kommuner och Västra Götalandsregionen genomför stora ansträngningar för att förbättra vård och omsorg för äldre. Statliga stimulansmedel har i flera år bidragit till finansiellt stöd i det lokala förbättringsarbetet. Föreskrifter, riktlinjer, vårdprogram och projekt finns idag inom många områden. Frågan är dock hur vård och omsorg fungerar lokalt för våra äldre multisjuka, som har omfattande behov och upprepade kontakter med kommunens äldreomsorg, primärvård och olika specialiteter på sjukhuset? Passar våra initierande utvecklings insatser ihop funktionellt, kvalitativt och på ett ekonomiskt försvarbart sätt? Är Fyrbodals ”Optimal vårdprocess för äldre med stort vårdbehov” med bland annat MÄVA-konceptet en arbetsmetod/modell som ger god vårdkvalitet och resurseffektiv vård?

För att få svar på det har Närsjukvårdsområdet Orust och Uddevalla tillsammans med Vårdsamverkan Fyrbodal och Fyrbodals kommunalförbund fått möjlighet att delta i ett utvecklingsarbete finansierat av ovan beskrivna överenskommelse mellan regering och SKL.

Metodikerna i kartläggningen har utvecklats under 10 års tid av Ulla Gurner vid Stockholms Äldrecentrum för att kartlägga samhällets insatser för multisjuka äldre i ordinärt boende.

---

<sup>1</sup> **Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning**, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur, 2003.

**Styckevis och delat**, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. U Gurner, J Fastbom, L Hagman och Zahra Shah-Shahid, Stiftelsen Äldrecentrum 2006, Landstingsrevisionen 19/2005, Stockholms stads Revisionskontor 2006:

<sup>2</sup> **Hur går det för Äldreteamerna i Gävle – vision och verklighet**, U Gurner, D Norén, R Bowin och Agneta Brinne, mars/april 2010

## Kopplingar och gränssnitt

Studien är en del i Fyrbodalområdets arbete med utveckling av ”Optimal vårdprocess för äldre med stort vårdbehov” Med detta avses ett samarbete som omfattar hela vårdkedjan för den multisjuka äldre med alla processer som berör målgruppen. Detta innebär att den kvalitativa uppföljningen har ett stort antal kopplingar att ta hänsyn till. En avgränsning finns dock i att denna studie är begränsad till Orust och Uddevalla kommuner tillsammans med följande parter:

- Vårdcentraler
  - Carema Vårdcentral Orust
  - Carema Vårdcentral Uddevalla
  - Vårdcentralen Dagson
  - Vårdcentralen Dalaberg
  - Vårdcentralen Ljungskile
  - Vårdcentralen Herrestad
  - Vårdcentralen Skogslyckan
  - Vårdcentralen Silentzvägen
  
- Slutenvården  
Samtliga berörda slutenvårdsavdelningar inom NU-sjukvården.

## Multisjuklighet innefattar många olika hälsotillstånd

Med stigande ålder ökar sannolikheten för att få en kronisk sjukdom liksom för att drabbas av flera samtidigt förekommande sjukdomar och symtom. Gruppen äldre med komplexa vårdbehov ökar i takt med den medicinskt tekniska utvecklingen och befolkningens stigande ålder enligt nationella undersökningar.

## Definition av multisjuk undersökningsgrupp

Vid val av undersökningsgrupp har i enlighet med syftet använts en definition som fångar en grupp äldre som är höga konsumenter av slutenvård och därför kan förväntas ställa stora krav på samordning mellan sjukhus och vård och omsorg utanför sjukhuset. En vårdepisod är enligt definitionen lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning i slutenvård. En vårdepisod kan vara uppdelad i flera vårdtillfällen vid olika kliniker eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman. Definitionen utgår därför från slutenvårdskonsumtion och undersökningsgruppen är

- 75 år eller äldre, bosatt i ordinärt boende och under en tolv månadersperiod ha vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper enligt ICD10. Definitionen bygger på sjukhusvårdstillfällen. (En vårdepisod är lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning från slutenvård. Denna vårdepisod kan i registret vara uppdelad på flera vårdtillfällen vid olika kliniker och/eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman).

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

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

Begreppet multisjuklighet omfattar många olika hälsotillstånd. Hur man väljer att mäta och definiera multisjuklighet beror på vilka frågor man vill besvara. Använder man begreppet utifrån en generell ansats ger det följande grupp fördelning nationellt .

- Om två eller fler samtidigt förekommande kroniska sjukdomar inkluderas kan 60 – 70 procent av befolkningen över 75 år räknas inom definitionen
- Om fler än en samtidigt förekommande sjukdom tillsammans med funktionsnedsättning inkluderas kan 25 – 26 procent av befolkningen över 75 år innefattas.
- Om tre eller fler vårdtillfällen inom slutenvård under ett år och tre eller fler diagnoser inom olika sjukdomsklasser sammanslås så kan 7 procent av dem över 75 år räknas in.<sup>3</sup>

### Uppföljningens syfte

I kartlägningsstudien **Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre** är syftet att såväl på lokal som nationell nivå och ur behovsgruppen multisjuka äldres perspektiv

- identifiera systembrister/hinder
- hitta systemlösningar<sup>4</sup> som ger den multisjuka äldre kunden<sup>5</sup> bättre vård- och omsorgskvalité
- öka den samhällsekonomiska nyttan av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemet kring den multisjuka äldre
- utvärdera och vidareutveckla metoden för kontinuerlig användning

### Framtagen helhetskunskap förväntas ge stöd i att identifiera

- äldre med behov av sammantaget omhändertagande.
- hur vård- och omsorg fungerar i förhållande till behoven hos de äldre själva och deras anhöriga/närstående.
- vilken vård- och omsorg de äldre multisjuka fått och hur detta beskrivs och dokumenteras från vård- och omsorgsgivare.
- hur vård- och omsorgsgivare samarbetat kring de äldre multisjuka.
- läkemedelsförskrivning och följsamhet.
- kostnader för slutenvård och öppenvård samt för äldreomsorg och anhörigstöd.

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

<sup>4</sup> Med nya systemlösningar avses nya samarbetsformer eller organisationsmodeller som kan skapa högre värde för multisjuka/multisviktande och för vård- och omsorgsgivare

<sup>5</sup> Kundbegreppet används för att understryka att också den multisjuka äldre blir kund som ska välja vårdcentral i ett vårdvalssystem och hemtjänst i ett kundvalssystem. Valmöjligheter som hittills inte anpassats efter den äldre multisjukas behov av en sammanhållen vård och omsorg.

- eventuella skillnader i vård- och omsorgsmönster mellan olika områden.
- systemhinder, för att hitta fungerande redskap i löpande kvalitativt uppföljningsarbete mellan huvudmän och olika vård- och omsorgsgivare
- förbättrande arbetsformer och arbetsmiljö för dem som arbetar i vården och omsorgen
- återkopplande kunskap på individnivå att användas i dagligt förbättringsarbete.
- underlättande vägar för erfarenhetsutbyte mellan olika områden i landet

## METOD

### Förankringsprocess

Förankring och godkännande från berörda parter

- Godkännande och klartecken från Ledningsgruppen för Vårdsamverkan Fyrbodal om att påbörja arbetet kring ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i Fyrbodalområdet”.
- Berörda parter informerades via närsjukvårdsgrupperna om projektet och gavs möjlighet att delta i ”Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i Fyrbodalområdet”.
- Personalresurser identifierades.

### Undersökningsdata och metod

Undersökningsdata omfattar arton månader - definitionsårets tolv månader samt de sex månader som följer efter definitionsåret. Varje undersökningsområde skulle ha minst 20 multisjuka undersökningspersoner och minst två listade multisjuka på varje vårdcentral i området. Undersökningsgruppen *multisjuka äldre* utgörs av personer 75 år och äldre som bor i ordinärt boende i Uddevalla och Orusts kommuner. Personerna identifierades i Regionens vårddatabas. Intervju med multisjuka i hemmet och med anhöriga/närstående per telefon med stöd av standardiserade frågeguider.

#### • Register och journaldata

Efter medgivande från undersökningspersonen inhämtades uppgifter om samtliga kontakter inom slutenvård, öppenvård och kommunens vård och omsorg under de 18 månader som föregått intervjun med den multisjuka äldre

#### • Läkemedelsdata

Fakta om läkemedelsanvändning under 18 månader från intervjuer och journaldokumentation analyseras av apotekare

Apotekare besvarade dessutom, om det med hjälp av journalgranskning går att ge svar på om.

- den multisjuka äldre får lämpliga läkemedel förskrivna under perioden
- den multisjuka äldre under perioden tar de förskrivna läkemedlen på lämpligt sätt
- det finns någon läkare som under perioden håller ihop den multisjuka äldres totala mängd förskrivna läkemedel & som **följer, värderar & omprövar** läkemedelsförskrivningen under de 18 månaderna

och hur förskrivarna av läkemedel samarbetar med varandra och med annan personal inom vård och omsorg kring den äldres läkemedelshantering

#### • Kostnadsdata

Kostnadsberäkningarna omfattar samtliga kostnader för slutenvård och öppenvård samt för kommunens vård och omsorg som dokumenterats i de register och journaler som inhämtats

för de 18 månader som studien omfattar. Beräkningarna baseras på faktiska kostnader i kommuner och landsting. Även kostnader för anhängningsinsatser beräknas.

- Intervjudata

Intervju skedde 6 månader efter de äldre personerna definierats som multisjuka.

Informationsbrev sändes och medgivandeblankett fylldes i för samtliga deltagande.

- intervjuerna med de multisjuka skedde i hemmet och tog ca 2 tim. (enligt fastställd guide, bilaga 1)
- intervjuerna med de anhöriga/närstående skedde per telefon och tog ca 1 tim.(enligt fastställd guide, bilaga 2)

## Planering och genomförande

Uttag från Vårddatabas godkändes från projektledare Sveriges Kommuner och Landsting , så att urvalet metodiskt utfördes på rätt sätt.

Samtliga områden i Sverige använder samma definition av undersökningspopulation.

Tre undersökningspersoner från varje vårdcentral valdes ut utifrån de senast utskrivna undersökningspersonerna under definitionsåret i konsekutiv ordning. I möjligaste mån har könsfördelning bland undersökningspersonerna i stort överensstämmt med könsfördelningen av totalpopulationen multisjuka under valt definitionsår från respektive kommun .

Om någon inte kunde nås eller tackade nej till medverkan eller hade en adress på särskilt boende valdes nästa definierade multisjuka ut tills antalet per primärvårdsenhet uppnåddes.

Därefter sändes brev till undersökningspersonerna med förfrågan om deltagande. Inom en vecka efter utsänt brev togs telefonkontakt av personen som skulle intervjuas den äldre och anhörig/ närstående. I samband med intervjuerna med de äldre inhämtades skriftligt medgivande från undersökningspersonerna gällande deltagande i studien samt tillgång till journaler och annan dokumentation.

Medgivandet täcker 18 månader retrospektivt i förhållande till intervjun. Vid intervjun gavs även tillstånd att kontakta anhörig/närstående för intervju per telefon. Standardiserade fråge- och inmatningsmallar som färdigställts av Sveriges Kommuner och Landsting har konsekvent används genom studien. Respektive område äger själva sitt material. Varje undersökningsperson har ett anonymiserat identifikationsnummer som förbinder intervju-, register-, journal- och läkemedelsdata. Sveriges Kommuner och Landsting har endast fått tillgång till avidentifierad data, som har återsänds till respektive område som excelfiler . Med hjälp av de avidentifierade uppgifterna kring slut- och öppenvård samt kommunens vård och omsorg kartlades undersökningsfallen och de ekonomiska beräkningarna genomfördes kring de multisjukas kostnader för vård och omsorg

## Resultatredovisningar

- Nationell konferens i Stockholm, 15 mars 2011 .
- Regional spridningskonferens i Trollhättan 25 maj 2011.
- Rapporter från respektive deltagande område samt övergripande rapport från SKL hösten 2011.

## Bortfallsbeskrivning Urvalsperiod 2009-02-01 – 2010-12-31.

Totalt antal personer som fyllt kriterierna för studien är 211 personer varav 51 personer är från Orust och 160 från Uddevalla kommun. Av dessa 211 personer är 114 kvinnor(54%) och 97(46%) män. När det gäller Orusts kommun har ytterligare fyra kvinnor och fem män endast vårdats vid Sahlgrenska Universitetssjukhus eller Kungälv's sjukhus varför data saknas. Av de

211 personerna som ingick i gruppen har 63 personer (29%) avlidit under det första urvalsåret. Medianåldern för de avlidna är 83 år.

Från Orust kommun tillfrågades 25 personer att medverka i studien, varav nio stycken tackade ja. I Uddevalla kommun tillfrågades totalt 45 personer varav 20 medverkat genom intervjuer. Av de individer som inte var aktuella för medverkan hade några flyttat till särskilt boende och några var inlagda på sjukhus. Övriga tackade nej på grund av ålder och sjukdom eller ointresse.

## Effektmål

Genom att en gemensam karta är skapad via den kvalitativa uppföljningen får samtliga ingående vårdgivarparter samma bild att förhålla sig till. Det blir möjligt att i samverkan gemensamt ringa in eventuella systembrister, hitta nya tillvägagångssätt och systemlösningar för att hantera och förbättra vården. Förutsättningar skapas till att samverka och till att skapa en bättre vård- och omsorgskvalitet på ett mer samhällsekonomiskt och kostnadseffektivt sätt;

- Via de äldres berättelser och uppgifter i register och journaler blir styrkor och svagheter i de lokala vårdsystemen synliga
- Kommuner, region och privata aktörer kan tillsammans identifiera förbättringsområden och pröva nya lösningar
- Metoden kan ge faktaunderlag för gemensamma prioriteringar
- Läkemedelsbehandling kan ses i ett längre tidsperspektiv
- Kostnader för vård och omsorg blir synliga och möjliga att jämföra.
- Den äldre och de närstående kan bli mer delaktiga och får större möjlighet att påverka vilken vård och omsorg som ska ges
- Olika yrkesgrupper från olika delar av vård och omsorg får möjlighet att öka sin kunskap om helheten och se resultatet av sina ansträngningar

## Fyrbodals Syfte

- Att i en första fas få en gemensam karta av verkligheten i form av de äldre multisjukas behov samt att identifiera systembrister i samband med dessa.
- Att i en andra fas hitta systemlösningar som ger den multisjuka äldre personen bättre vård- och omsorgskvalitet samt att öka den samhällsekonomiska nyttan av de resurser som finns samlade i vård- och omsorgssystemet kring den multisjuka äldre

## RESULTAT

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

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

Resultaten visar att personerna, under undersökningens 18 månader, möter många olika verksamheter, personal- och professionsgrupper. När det till exempel gäller kommunal hemtjänst kan det komma många olika personal. I materialet varierar det mellan 1 till 25 olika personal per månad. Inte i något fall ger den äldre eller dennes anhöriga uttryck för att de blir dåligt bemötta eller att personal behandlar dem illa, men de upplever att det är stressigt. Vad

som även 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.

När det gäller utskrivning från sjukhus upplevde 7 personer att de fick åka hem för tidigt. Vårdplanering i samband sjukhusvistelse har skett med 14 av undersökningspersonerna. I majoriteten av fallen har vare sig sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut från öppenvård eller kommun medverkat. I flertalet av fallen har varken sjuksköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut från öppenvård medverkat. Dokumentationen kring vårdplanering är svårtydd. Dokumentation kring avslutning av biståndsinsatser och orsaker saknas. Positivt är att majoriteten av de äldre som har hemtjänst har en utsedd kontaktperson. Vad det gäller löpande anteckningar inom socialtjänst är det svårt att följa vårdtagarens behov, och om dessa är kommunicerade mellan olika vårdgivare. Det går inte heller att följa hur ofta kontaktpersoner besöker de äldre eller hur insatserna utförs. På förfrågan om vem som är ansvarig läkare anger personerna att i 14 fall är det vårdcentralen, i 10 fall specialistläkare på sjukhus, i ett fall privatläkare och i ett fall dotter.

Det är fortsättningsvis även osäkerheter kring hur lång tid det tar för epikris att komma in i vårdcentralernas journaler utifrån vårt arbetsmaterial. Att den äldre multisjuka även kommenterar beroendeställning i olika former är värt att notera.

*”Jag måste alltid förlita mig på hemtjänsten och dessa promenader två ggr/vecka måste jag alltid ha hjälp med. Det är jobbigt att inte kunna något på egen hand utan alltid behöva be om hjälp”*

*”Jag orkar inte så mycket och dessutom är jag dålig på att be om hjälp”.*

Då det gäller Kommunal hemsjukvård så är 10 av 29 personer inskrivna i kommunal hemsjukvård (34 %) under undersökningsperioden. Sju personer har haft kontakt med arbetsterapeut (24 %) och sju personer av 29 har haft kontakt med sjukgymnast (24 %).

## **Intervjuer med multisjuka äldre och deras anhöriga om behov och problem**

### **Bakgrundsfakta - undersökningspersoner**

#### Ålder, kön, samboende/ensamboende, utbildning

Åldern på intervjupersonerna varierade mellan 77 år till 91 år. Medianåldern var 82 år. I undersökningen medverkade 19 kvinnor och 10 män. Av de 29 som medverkade var 14 stycken gift/sambo, 13 stycken var änka/änkling, en var skild och en ogift. Alla 29 undersökningspersoner hade gått Folkskola, fyra stycken hade realexamen, och en person hade en gymnasial examen.

### **Intervjuer med anhöriga**

Av de 29 intervjuade multisjuka uppgav 21 stycken att de hade en anhörig som var involverad i deras vård och omsorg. Av de anhöriga var 12 stycken kvinnor och 9 stycken var män. Åldern på de anhöriga varierade mellan 53 och 84 år med en Medianålder på 66 år. Av dem som uppgav att de hade anhörigstöd hade 11 stycken barn som hjälpte till i olika grad. De vanligaste sysslorna som de hjälpte de äldre med var matinköp, ekonomi och transporter. Skälet till varför de anhöriga hjälpte sina närstående uppgavs till största delen vara att det var en social kontakt och att man vill hjälpa till.

På frågan om de anhöriga kunde tänka sig att ta in extern hjälp till de sysslor de utför för de äldre svarar de: tjänster från privat städfirma samt hjälp med promenader och utflykter samt aktiviteter .

Generella åsikter från de anhöriga då det gäller vård och omsorg av de äldre är att de skulle vilja ha mer information från olika aktörer, få en bättre helhet då det gäller vården, att läkarna läser journalen bättre så de vet mer om patienten samt att det blir bättre kontroll av läkemedelsanvändningen.

Positiva kommentarer gällde ambulanspersonalen och kontakten med de läkare som haft hand om den äldre under längre period. Även MÅVA avdelningen får väldigt positiva omdömen.

*”Det har varit bra sedan MÅVA kom. Hon har sin pärm med aktuella uppgifter som hon tar med vid besök”*

## De äldres synpunkter på kommunens vård och omsorg

- De äldre multisjuka i undersökningen vill och försöker att klara det dagliga livet själv eller med hjälp av anhöriga så länge som det är möjligt, istället för att få kommunal hjälp. *” Jag är hel och ren och jag är inte mager. Vi gör så gott vi kan tillsammans. Stödet jag får av make/maka är utmärkt”*
- Kontakten med biståndshandläggare upplevs som oklar. Personerna upplever att det är många olika kontakter som är svåra att hålla isär. Möte med biståndshandläggare sker ofta under sjukdomssymptom, vilket försvårar förståelsen för mötets innehåll. De upplever även att de blir lovade mer än vad som infrias. *”Vi satt och planerade min hemgång på sjukhuset. men som jag sa var jag så trött och sjuk så det är inte mycket jag kommer ihåg av den sittningen”.*  
*”Planeringen var på sjukhuset. Skulle fått en plats på korttidsboende men jag var för dålig när beslut togs och sedan när jag kryade på mig så var platsen inte tillgänglig. Jag upplevde vårdplaneringen på tok för tidig. Jag var inte redo”.*
- Det upplevs som en trygghetsfaktor att någon kommer och hjälper till/tittar till den enskilde. *”Har egentligen tyckt att jag inte behöver hemtjänst. Vill klara mig själv, men verkligheten ser nog inte ut sådan. Det är en trygghet för anhöriga att jag har hemtjänst! Dom tycker det känns skönt att nå´n kommer till mig varje dag.”*
- Hemtjänst ses som avlastning av anhörig. *”Vi lever tillsammans och min fru gör väl det mesta trots att hon har osteoporos” --”Vardagslivet fungerar när anhöriga finns. Jag har ett stort stöd och hjälp i sonen. Barn och barnbarn kommer ofta på besök och vi klarar oss med den hjälpen!”*
- Det finns önskemål om att kunna påverka innehållet av hemtjänsten - att lägga in mer servicefaktorer t.ex. gå ut eller bättre städning. *” Jag skulle önska att jag fick komma ut mer på promenader”*  
*”Jag skulle önska att dom städade lite bättre. Kontaktperson har jag. Här kommer för övrigt väldigt många olika personer under veckorna”.*

- Åsikter om att det är för mycket olika personal framkommer. Detta påverkar tryggheten samt att personalen inte lär sig individens unika behov och situation. Det anges också viktigt att de håller sina tider.  
*"Det kommer lite för många vårdbiträden hit hem. Jag tycker att det blir lite svängdörrskänsla". "Många olika vårdbiträden kommer hit och jag kommer inte ihåg vad alla heter".*
- Personerna saknar någon som har det samlade ansvaret.  
*"Många olika vårdbiträden som kommer och dom är slarviga. Finns ingen logistik i deras arbete. Dom springer på så många olika håll utan någon som helst plan".*
- Trygghetslarm är rätt bra stöd för dem som inte vill ha/behöver hemtjänst.

**Sammanfattning:** Vissa äldre har svårt att be om den hjälp de behöver/vill ha. Ibland är de för sjuka för att orka ta till sig all information och erbjudna tjänster. Andra har "hört" ryktesvägen om hemtjänstens negativa sidor vilket gör att de avstår i möjligaste mån. Gemensamt är att hemtjänst på ett eller annat sätt påverkar integriteten och självständigheten, men att det även kan vara en trygghetsfaktor.

## De äldres synpunkter på vårdcentral

- Personerna har ofta god kontakt med sjuksköterska, vilket gör att de lär känna personalen bra. *"Det tycker jag varit bra. Dom sköter sitt jobb smidigt och behöver jag prata så tar dom sig tid."*
- Det upplevs vissa svårigheter att få telefonkontakt eller att boka tid för läkarbesök.  
*"Jag tycker det är lite komplicerat när jag ringer till sjukvården. Måste alltid rabbla upp samma saker hela tiden. Saknar att tala med någon som vet vem jag är"*
- Intervjupersonerna upplever det negativt med flera olika läkare och saknar en kontinuitet och ett helhetsperspektiv. *"För många olika läkare på Vårdcentralen. Saknar kontinuitet. Det är så svårt att få tag på dessa läkare, s.k. stafettläkare"*  
*"Väntar på provsvar ovanligt länge. Det är stor omsättning på läkare på vår vårdcentral och vi funderar på att byta central"*
- Efterfrågan finns att vårdcentralen kontaktar dem. Det skulle underlätta att slippa "jaga". Personerna blir besvikna när Vårdcentralen sagt att de skall kontakta dem och sedan inte gör det. *"Ingen kontakt alls med den inrättningen. Tycker att Vårdcentralen är tyst och vill jag ha kontakt så får jag ta den."*
- Upplevelser av att det är långa väntetider innan de får tid för besök.  
*"Långa väntetider till vård centralen, men de är bra"*
- De intervjuade personerna tycker det är viktigt att personalen är duktiga på att ta blodprover  
*"Att all personal respekterar det som står i journalen vad som gäller att sticka mig för blodprovstagning"* *"Jag har bara varit på Vårdcentralen för blodprovstagning. Personalen har problem med att sticka, men det är en vänlig personal"*.

- Bättre läkemedels genomgångar efterlyses.  
*"Blodtrycket är inte stabilt. Bara ökat medicinerna, men det har inte gått ner. Tar blodtrycket dagligen. Svårt att få rätt medicin".*  
*"Hur ska jag veta att alla mina läkemedel är nödvändiga?? Jag skulle vilja ha ett läkemedel för mina leder som värker oavbrutet".*
- Dålig kontakt.  
*"Det var ingen på Vårdcentralen som visste att jag kommit hem. Min brännskada hade dom ingen aning om. Ingen uppföljning".*

**Sammanfattning:** Kontakten med Vårdcentralen upplevs olika beroende på sjukdomstillstånd och vårdcentral/personal. Gemensamt är dock att den personliga kontakten upplevs som mycket viktig, då denna instans är mer förekommande än sjukhuskontakter. Det upplevs även som svårt att behöva ringa flera gånger för att få kontakt/läkartid.

## De äldres synpunkter på sjukhusets slutenvård

- Personerna upplever att vårdplaneringen kommer för tidigt. Ofta behövs tid för att återhämta sig innan man är mentalt mottaglig. Anhörig är ofta kommunikationshjälp.  
*"På sjukhuset gjorde dom en vårdplanering. Där var sonen med och biståndshandläggare, sjuksköterska från sjukhuset, och så jag. Jag fick önska vilka insatser jag behövde. Men jag var så trött och sjuk så jag kunde inte bestämma vad jag ville ha "*
- MÄVA är ett bra komplement, men patienterna måste uppfylla vissa kriterier för att bli inskrivna.  
*"MÄVA fungerar! Då slipper jag akutintaget. Där får man ligga i många timmar men nu när MÄVA finns så slipper jag detta".//"**Fick stanna när jag var sjuk och fick både dropp och blod. MÄVA Uddevalla är bra men man får vara riktigt sjuk för att få vård".*
- Sjukhuset upplevs ha för långa väntetider och dålig planering/plats på salar.  
*"Bra kontakt men låååång väntan!"//"**Mycket bra på sjukhuset, men fick ligga första natten i korridoren. Personalen glömde mig i behandlingsrummet med öppet fönster och inte någon ringklocka, men det gick bra. Jag hade kommit igång tidigare om jag fått en säng som var hög och sänkbar. Personalen sa att jag skulle sitta upp oftare, men jag fick ingen hjälp - det är inte så lätt när man är gammal och trött. De glömde fälla ner sängen och jag hade inte någon ringklocka".*
- Personerna känner en otrygghet när man flyttas runt mellan olika avdelningar eller blir lagd i korridorer. De känner av stress och behöver en mer lugn tillvaro.  
*"Det har varit bra, vänliga. Det som inte var bra var när jag skulle läggas in för ballongsprängning för hjärtat. Jag fick ligga i korridoren, men då sa jag till att får jag inte ligga på ett rum, så åker jag hem för jag kan inte sova i en korridor. Jag fick ligga på undersökningsrummet, men där fanns inte någon ringklocka, så dörren stod på glänt mot expeditionen, så det blev inte så mycket sömn".*

- Flera upplevelser av dålig uppföljning efter avslutat besök, då hälften av de multisjuka äldre som skrivs ut från sjukhusvård inte fått bokad tid för återbesök inom hälso- och sjukvården eller inom kommunens vård och omsorg. Många saknar även information om egen situation.  
*”Tid för återbesök har jag aldrig fått, trots att läkemedel satts ut”// ”Läkaren sa att det känner du själv om du behöver komma in på återbesök”. //”Efter att jag legat inne på kirurgen, men ingen återbesökstid när jag legat inne för stroke”.*
- Bättre läkemedels genomgångar efterlyses. *”Vet varför jag skall ha alla läkemedel men det är för mycket. Kan inte ta alla. Salttablettorna onödiga, blir otäckt i munnen, men jag tar dem ändå Får dropp som ger illamående”*
- Personerna påpekar beroendeställning. *”Jodå, det har varit både si och så. Fick blöja på sjukhuset trots att jag klarade flaskan. Det blev inte något byte av blöjan under dagen”*  
*”Ja, lite hjälp att få upp byxorna när jag tappade dom. Jag låg inlagd på sjukhuset för yrsel. När jag tappade mina byxor så kunde jag inte böja mig fram pga. yrsel. När jag bad nattsköterskan om hjälp så svarade hon mig - Hur gör du hemma? Hon förstod inte varför jag låg inlagd på sjukhuset.”*
- Flera känner sig inte färdigbehandlade innan utskrivning.  
*”Bra bemötande, men för långa väntetider. Vid ett tillfälle åkte jag till sjukhus 1 och skickades till sjukhus 2 infektion. Hem efter 3 veckor. Var hemma en natt fick ont i mellangärdet. Det var en hjärtinfarkt. Låg på MÄVA ca 14 dagar”//”Jag kände mig inte färdigbehandlad när jag skrevs ut”//”Önskade få stanna längre för jag kände mig inte bra i magen”.*

**Sammanfattning:** Flera av undersökningspersonerna påtalar att de upplever miljön som viktig, att de är känsliga mot stress och att de behöver en lugn miljö för att återhämta sig. Även kroppsligt är detta en grupp som ställer högre krav på t.ex. sängar, då kroppen är mer skör. NU sjukvårdens satsning på MÄVA avdelningar ses som något positivt, då dessa är mer anpassade för denna målgrupp. Ju ”tyngre” diagnos desto mer omvårdnadsbehov. Vid sjukhusvistelse uppkommer ofta tankar om existentiella områden.

## De äldres synpunkter på sjukhusets akutmottagning

- För undersökningspersonerna blir akuten ett alternativ när man känner att man snabbt behöver vård, och kontakter med Vårdcentralen inte har varit tillräckliga.
- Trots kritik blir akuten en trygghet och väcker en förhoppning om att via akuten bli intagen för sjukhusvård. Personerna upplever alldeles för lång väntetid innan kontakt med läkare.  
*”Se’n skulle jag önska snabbare undersökningar i samband med att man läggs in på sjukhuset. Tiden bara går innan dom gör några undersökningar alls”.*
- Stressig miljö.  
*”Mycket bra på sjukhusen.  
Duktig personal men det är för lite personal och de sliter”.*

- Brister i information  
”Jag saknade Information om min egen situation. Trodde inte jag skulle klara det här.”

## De äldres synpunkter på övrig öppen specialistvård

- Personalen ombeds tänka på att det är en patient bakom journalen, upplever att man ser diagnos och inte individ.  
”Jag tycker att man faller igenom luckor alldeles för lätt i sjukvården och det är väl inte så bra”.
- Generellt tycker undersökningspersonerna att när man vet vilken diagnos som behandlas, så fungerar det bra.

### De äldres och anhörigas synpunkter på....

Anhörigstöd  
Slutenvård  
Vårdcentral  
Hemtjänst  
Samarbete vård &  
omsorg  
Akutbesök



**Sammanfattande analys:** Genom att bearbeta det kvalitativa materialet från intervjuerna med att kategorisera och utvärdera materialet, kan man analysera fram några mer viktiga områden som undersökningspersonerna tar upp.

När det gäller behovet av att **samordna insatser inom sjukvården** visar undersökningen att de äldre ofta märker av bristen på helhetstänk. Även **Samarbete** mellan vårdcentraler och sjukhus upplevs som rörigt. Likaså att inte få en helhetsbild då det gäller information är något som ofta nämns i intervjuerna. **Bemötande** är ett område som är mer frekvent än andra. Här kommenteras ofta personalen i både positiva som negativa termer och här kommer även olika uppfattningar om god/mindre god omvårdnad upp. Att bli lyssnad på och få ta egna beslut då det exempelvis gäller avgörande om att ha blöja eller inte är ett annat exempel som representerar undersökningspersonernas åsikter då det gäller **Egen kontroll/makt**. Här kommer

även berättelser om att bli liggandes i korridorer på sjukhus utan klocka, att inte vilja bli väckt av hemtjänstpersonal för tidigt och att inte få den smärtlindring man önskar. Kategorin **Personal** är en stor del av materialet där hög personalomsättning, underbemanning, läkarbrist och brist på kontinuitet bland övriga personalgrupper är ett stort bekymmer för de äldre. Här finner man även många kommentarer om att personalen är stressad, att de är slarviga och att de inte hinner prata med patienten. Flertalet lovordar dock de sjuksköterskor, hemtjänstpersonal, ambulanspersonal och andra professioner de har varit i kontakt med- och är överlag ändå nöjd med den vård de fått - ”alla är snälla”. **Stöd och service** då det till exempel gäller kommunal omsorg är ett ämne som är angeläget. Här önskar man mer själv kunna styra vad timmarna skall läggas på, och promenader är högt skattat. Även här blir man varse om hur de äldre känner att deras egenmakt minskar i samma grad som kommunala insatser ökar. Analysen av Uddevalla/Orusts data visar intressant nog att det är relativt få som har kommunala insatser i undersökningsgruppen. Att klara sig själv med hjälp av anhörig är högt representerat, och någon hade valt att ha privata alternativ. Då det gäller **Logistik & rutiner** upplever många att det är rörigt och ofta jobbigt att ta sig till olika vårdgivare. Kallelser kommer inte som är utlovade, provsvar finns inte vid läkarbesök och utlovade telefonkontakter uteblir. Även inläggningsrutiner och förflyttningar mellan olika avdelningar eller boendeformer upplevs som bekymmersamma. Nästa stora kategori handlar om **Vårdkvalité**. Här nämns överbeläggningar på sjukhus, dåliga sängar, felbedömningar, bristande smärtlindring och upplevda brister i omhändertagande/omvårdnad som exempel. Men här finns även många berättelser om bra hemvård, att få slippa akutens köer och bli direktinskriven på MÅVA och om goda förhållanden till sina läkare.

Kategorin **Rehabilitering** är viktig för undersökningspersonerna. Här efterfrågas överlag mer rehabilitering, att anhöriga skall få vara med hos sjukgymnasten, att den planeras bättre samt att hemrehabilitering utökas för större trygghet. Sammanfattande för alla kategorier är att de flesta på ett eller annat sätt har verkan på den **Trygghet** som undersökningspersonerna har i varierande skala. Många har ett gott anhörigstöd, vilket blir viktigare ju sjukare individen blir. Att få rätt nivå av vård och omsorg är mer viktigt för denna sköra grupp individer. Att uppleva att man blir hemskickad för tidigt, att bara bli liggandes i sin säng efter till exempel en operation, eller att inte kunna ta till sig information på ett bra sätt om sin egen situation är faktorer som negativt påverkar vardagstryggheten.

Övergripande kan man genom att läsa journaler och analysera intervjumaterialet från undersökningspersonerna hitta att det bör ligga mer fokus på **egenvård och förebyggande åtgärder**. Det måste satsas mer på stöd och utbildning då det gäller de äldres egen medverkan i dessa processer. När det gäller egenvård kan tandvård vara ett exempel. Den förebyggande vården har många viktiga delar, som till exempel bättre fotvård, friskvård, balansträning. Bemötande av psykisk ohälsa och existentiella frågor anges som viktiga.

När det gäller insatser från kommun och region bör man arbeta mer aktivt med nutrition, allmänhälsa, trötthetssymptom och läkemedel/biverkningar. Även en bättre tidpunkt för vårdplanering och tydligare informationsprocesser är områden som är viktiga för denna grupp.

Så kallade brytpunktsamtal om när aktiv behandling övergår i palliativ vård i livets slutskede kan utvecklas för målgruppen.

Genom att göra denna kvalitativa undersökning, har kartan för hur multisjuka äldre individer i Uddevalla och Orusts kommun gett ett bra underlag på hur vi gemensamt kan gå vidare för att utveckla vård och omsorg och skapa framtidens samverkan mellan vårdtagare och anhöriga, regional och kommunal verksamhet men även intresse- och frivilligorganisationer.

*”Vårdkedjan fungerar inte! Min läkare på Vårdcentralen kan inte komma åt röntgen bilder från sjukhuset. Han måste beställa bilderna. Det tar en så’n tid! Och det är så osmidigt.”*

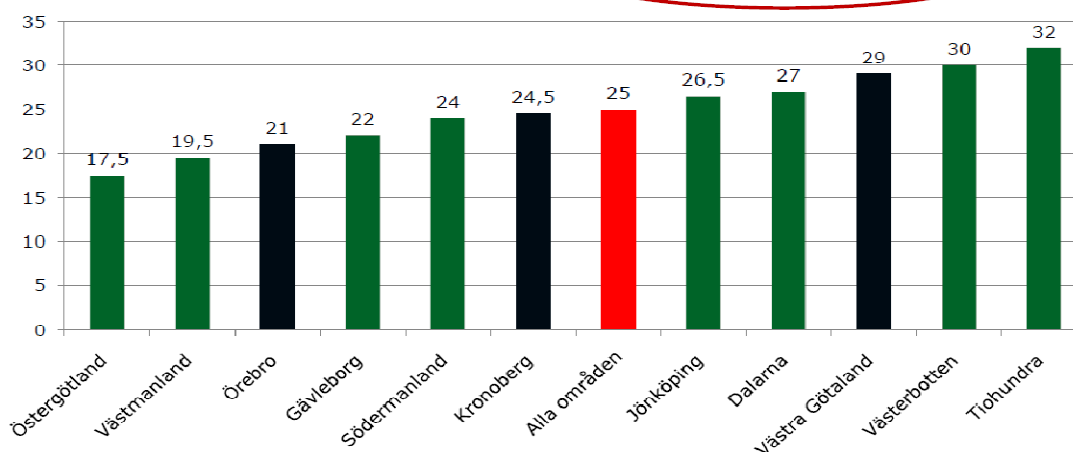
*” När det gäller sjukhuset så har personalen bristande kunskaper om kommunens insatser. Brister i samverkan och kunskaper om varandras områden.”*

## Nationella jämförelser

### Vårddyggn inom slutenvård

N: 262 Antal personer  
Min: 3 Antal vårddyggn  
Max: 174 Antal vårddyggn

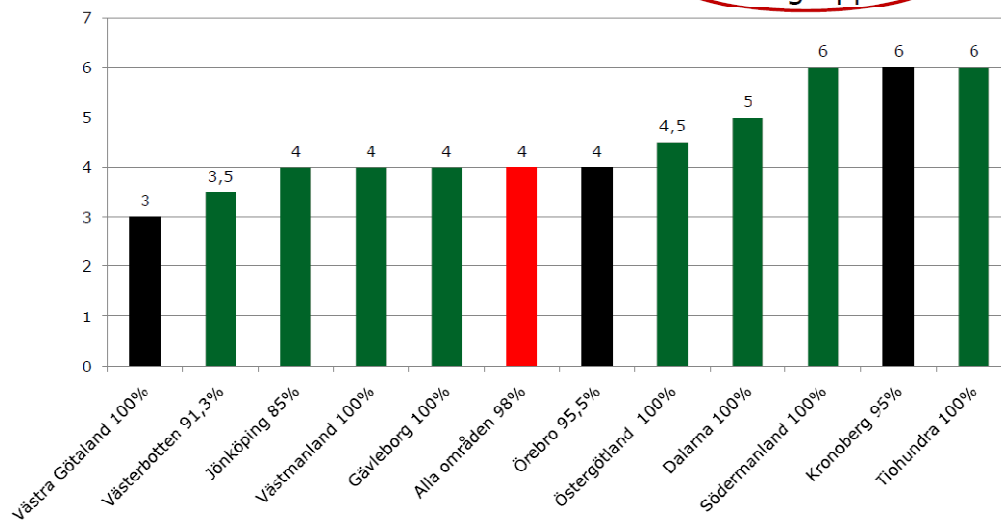
Endast 39 personer har  
vårdats på geriatriken



## Antal gånger på akuten

N: 259 personer  
Min: 1 ggr  
Max: 27 ggr

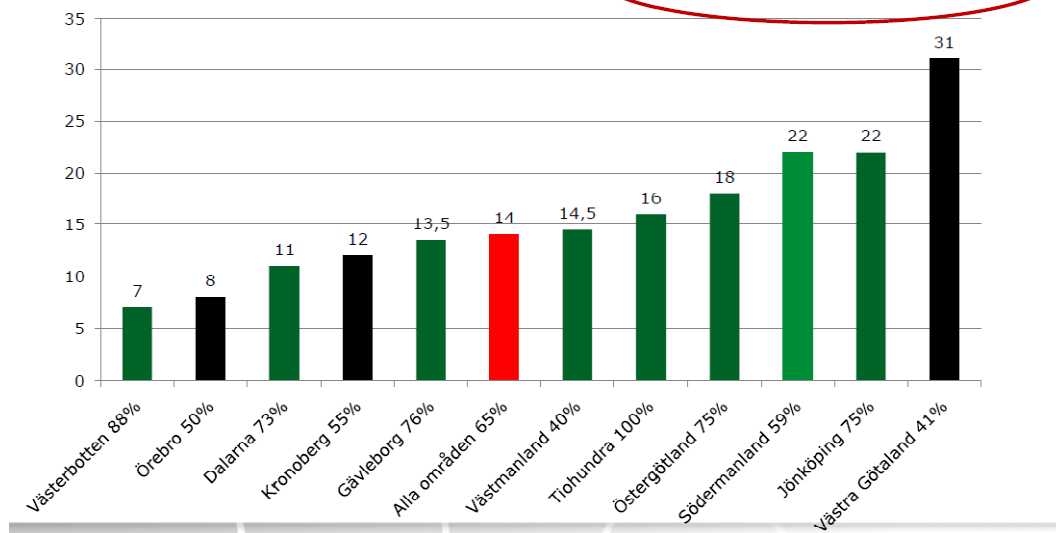
Vanligast i högkostnadsgruppen



## Antal hembesök av dsk/ssk från VC eller kommun

N: 173 Antal personer  
Min: 1 Antal hembesök  
Max: 175 Antal hembesök

54 inskrivna i hemsjukvård



## Översikt Läkemedel

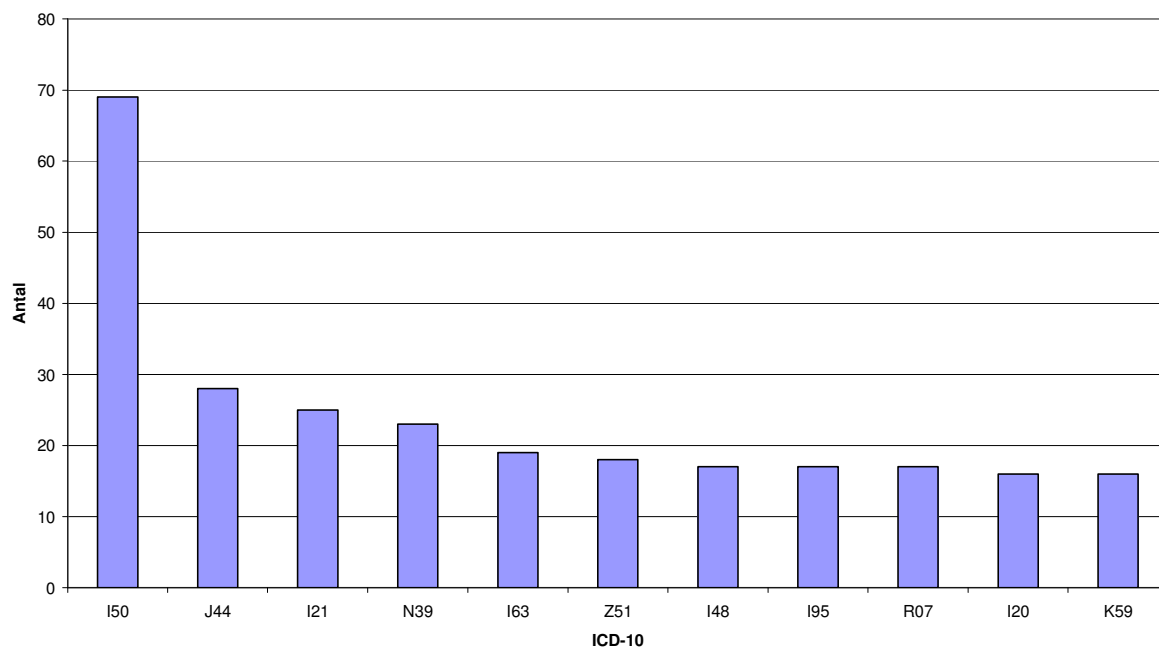
Områden	Läkemedel	Vid behov	Min/Max	LRP
Samtliga	9,9	2,0	1 - 27	5,0
Område 1	11,1	1,7	2 - 24	1,8
Område 2	8,4	1,7	2 - 14	2,7
Område 3	9,7	1,6	1 - 27	4,0
Område 4	10,2	3,0	2 - 24	4,7
Område 5	9,6	1,6	1 - 23	4,8
Område 6	10,6	1,9	3 - 17	4,8
Område 7	11,9	2,4	4 - 19	4,8
Område 8	8,3	2,5	1 - 16	6,1
Område 9	8,4	1,1	1 - 17	6,1
Område 10	8,7	2,2	3 - 16	7,7
Område 11	12,0	2,9	3 - 19	7,9

Fyrbodal Västra Götaland är område 5

## Diagnoser inom slutenvård i Fyrbodal

Diagnoser för de undersökningsspersoner som vårdats inom slutenvård under de tolv månader som fallit inom definitionsåret för rapporten.

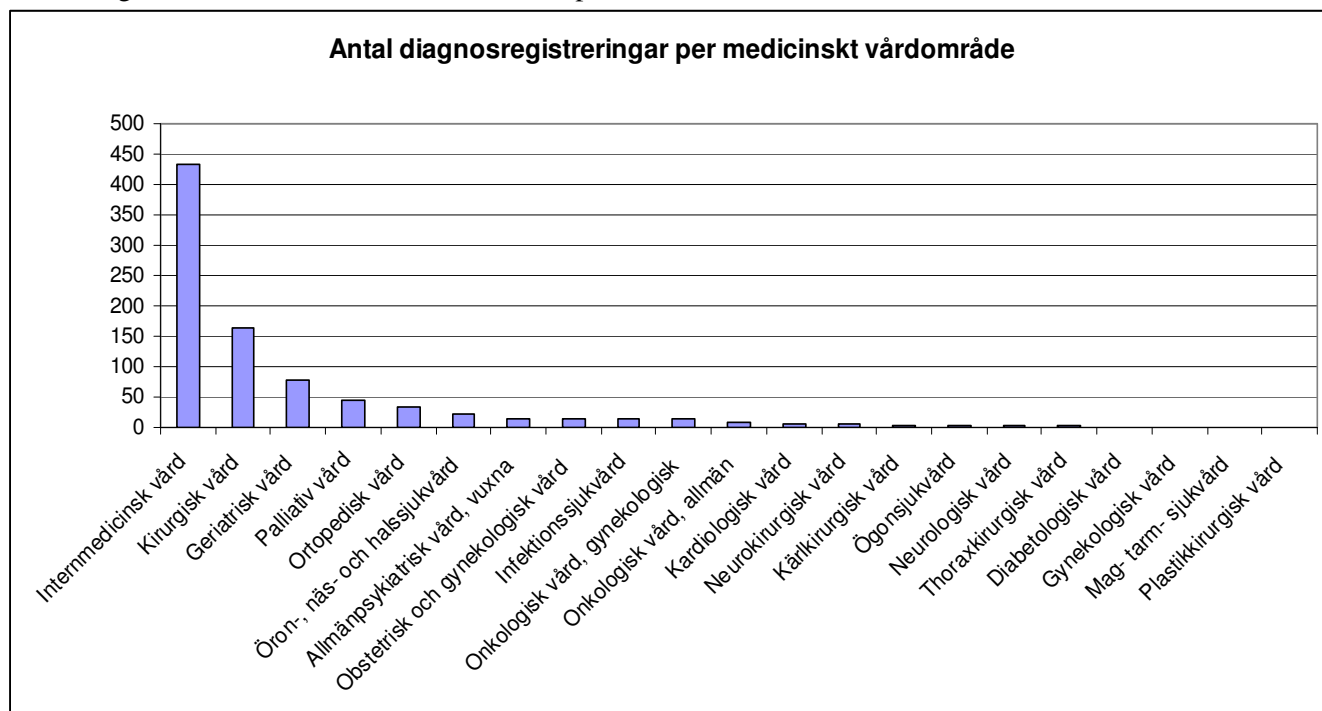
Mest förekommande ICD-10 koder, diagnos 1



ICD-10	Förklaring	Kommentar
I50	Hjärtinsufficiens	
J44	Kroniskt obstruktiv lungsjukdom [KOL]	
I21	Akut hjärtinfarkt	

N39	Andra sjukdomar i urinorganen	Kan t.ex. vara urinvägsinfektion, stressinkontinens, annan specificerad inkontinens.
I63	Cerebral infarkt	
Z51	Annan medicinsk vård	Utesluter efterkontroll efter behandling. Kan t.ex. vara radioterapeutisk behandling eller komoterapeutisk behandling för tumör. Blodtransfusion. Förberedande vård för efterföljande behandling. Palliativ vård. Ospecificerad medicinsk vård.
I48	Förmaksflimmer och förmaksfladder	
I95	Hypotoni	
R07	Smärtor i luftstrupe och bröstkorg	T.ex. strupsmärtor, bröstsmärtor vid andning, prekardiala smärtor, andra bröstsmärtor.
I20	Anginösa bröstsmärtor (kärlkramp i bröstet)	
K59	Andra funktionsrubbingar i tarmen	Utesluter: Funktionsrubbingar i magsäcken, förändringar i avföringsvanor UNS, intestinal malabsorption, psykogena tarmsjukdomar.

Detta diagram visar var inom slutenvården som personerna vårdats



Majoriteten av undersökningspersonerna har vårdats på intermedicinsk vårdavdelning. Enstaka har vårdats på geriatrisk-, kirurg-, ortoped-, palliativ-enhet. En person har haft vårdtillfälle inom vuxenpsykiatri

**Antal symptom/problem angivna av Uddevalla/Orusts 29 undersökningspersoner:**

	Aldrig	Ibland	Ofta
Yrsel	10	9	9
Huvudvärk	15	3	11
Smärta	9	13	7
Sömnbesvär	14	12	3
Trötthet	9	12	8
Själslig oro	17	2	10
Dålig aptit	21	2	6
Muntorrhet	13	9	7
Magont	22	1	6
Illamående	23	0	6
Svullna ben/fötter	17	7	5
Diarrè	21	5	3
Förstoppning	22	1	6
Svårt att kissa	22	3	4
Andfåddhet	10	9	10
Hosta	11	5	3
Klåda	17	7	5

Tabellen visar att huvudvärk, yrsel, själslig oro och andfåddhet är de symptom som flest av undersökningspersonerna uppger som ofta förekommande. Andra vanliga symptom är smärta, sömnbesvär samt trötthet. Mindre vanliga symptom är svårt att kissa, illamående samt dålig aptit.

**LÄKEMEDEL****Analys av läkemedel utifrån intervju, aktuell läkemedelssituation och journalgenomgång**

Under kartläggningen har apotekare arbetat med analys av läkemedelbehandlingen.

Patientmaterialet har tagits fram av intervjuarna.

Flera vårdcentraler använder numera ApoDos-listan som aktuell läkemedelslista. Apotekaren har inte haft tillgång till den och därför saknas ofta lista 2 Monitor.

**Resultat**

Endast hos 11 av 29 patienter har apotekaren kunnat redovisa en lista 2. Vid jämförelse var det små skillnader, intressantast kanske att två uppgav sig använda Oxazepam medan fyra hade det förskrivet.

En patient hade två naturläkemedel Omega 3 och tångtabletter som inte var lämpligt.

Läkemedelsgenomgång genomfördes med Monitor som stöd för beskrivning och analys

I medeltal fanns 9,7 (1-23) läkemedel per person på den läkemedelslista som den äldre uppgav vid intervjun. Av dessa var 1,7 preparat ordinerade vid behov. Läkemedelskostnaden är svår att bestämma eftersom kostnaden varierar mellan olika fabrikat.

Den allra vanligaste diagnosen var förmaksflimmer hos 10 patienter, 34 procent. En diagnos som är lätt att konstatera kliniskt. Tjugo av patienterna saknar säkerställd diagnos om hjärtsvikt föreligger eller ej. Ibland står diagnosen i löpande text och är sedan bortglömd. Ofta förekommer symtombehandling som nitrater mot bröstsmärta, omeprazol mot magsmärtor

Fem patienter behandlas med Prednisolon, sju med Kaleorid och 12 ( 41 %) med Loop-diuretika

**De vanligast förekommande läkemedelsgrupperna:**

<b>ATC</b>	<b>Läkemedelsgrupp</b>	<b>Användning % (Antal)</b>
B01A	Antikoagulantia	79% (23)
C07A	Beta-receptorblockerande medel	55% (16)
N05C	Sömnmedel och lugnande medel	45% (13)
A02B	Medel vid magsår och gastroesofageal reflux	41% (12)
B03B	Vitamin B12 och folinsyra	41% (12)
C03C	Loop-diuretika	41% (12)
C10A	Kolesterol- och triglyceridsänkande medel	41% (12)
N06A	Antidepressiva	38% (11)
C01D	Kärlvidgande medel för hjärtsjukdomar	34% (10)
C09C	Angiotensin II-antagonister	31% (9)

**De vanligaste identifierade läkemedelsrelaterade problemen:**

	<b>Läkemedelsrelaterade problem</b>	<b>Förekomst (Antal)</b>
1	Aktuell indikation saknas eller är oklar	35
2	Riskläkemedel	22
3	För låg dos	17
4	Biverkningar	12
5	För hög dos	10
6	Olämplig beredningsform eller regim	7
7	Läkemedelsinteraktion	7
8	Underbehandling	6
9	Ej rekommenderat läkemedel	6
10	Dosen ej anpassad till njurfunktionen	5
11	Kontraindikation	3
12	Patienten underanvänder/underdoserar	3

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

### ***1. Fick den multisjuka lämpliga läkemedel förskrivna under perioden?***

Tjugo av patienterna saknas säkerställd diagnos om hjärtsvikt föreligger eller ej. Ibland står diagnosen i löpande text och är sedan bortglömd. Ofta förekommer symtombehandling som nitrater mot bröstsmärta, Omeprazol mot magsmärtor

Fem patienter behandlas med Prednisolon, sju med Kaleorid och 12 ( 41 %) med Loop-diuretika

Konkreta exempel:

- Fokus på urinvägsinfektion och hjärtsvikten verkar vara bortglömd eller behandlad med Impugan. Läkemedelslistan och symtomskattningen väckte misstanke om hjärtsvikt, som borde ha säkerställts med objektiv metod för att undvika svängdörrspatient. Missbruk av antibiotika utan klara symtom på UVI vid flera tillfällen
- Vårdtagaren får ej hjälp av sina läkemedel. Patienten är trött, trött, trött och andfådd. Hjärtsvikt anges som diagnos sedan helt bortglömt. Denna diagnos ska prioriteras högt. Saknar modern hjärtsviktsbehandling, verkar dessutom ha satts ut under sjukhusvistelse? Smärta, värk som t ex buksmärtor är vanligt symtom.
- Smärtbehandlingen verkar fel, långvarig användning av Prednisolon tveksamt. Saknar optimering av hjärtsviktsbehandling, trolig orsak till inläggning på sjukhus. Tyvärr nämns enbart urvätskning på sjukhuset. Saknar lab.värden.

### ***2. Tog den multisjuka de förskrivna läkemedlen på lämpligt sätt?***

Journalanteckning saknas hos 17 av 29 patienter

Konkreta exempel:

- Anhöriga vill ha Apodos, oroliga att hon inte tar medicinerna på rätt sätt.
- Ja verkar finnas kontroll eftersom patienten svarar att han inte vet varför han tar Prednisolon 1 x 2.
- Läkemedelsgenomgång = diskussion om patientens läkemedel, inga ändringar
- JA – patienten följer inte ordinationen och får då hjälp av hemtjänsten med läkemedelsövertagande.
- Läkemedelsavstämning är gjord men ingen kommentar.

### ***3. Fanns någon läkare som under perioden höll ihop den multisjukas totala mängd förskrivna läkemedel & som följde, värderade & omprövade läkemedelsförskrivningen?***

Åtminstone 11 av 29 patienter saknar uppföljande läkare

Konkreta exempel

- Läkemedelsavstämning genomförd. Utsättning på sjukhus av Trombyl, Cordarone, Impugan, Kaleorid och Detrusitol, mår bättre
- Ja, men fokus verkar vara urinvägsinfektion.
- JA, men även diagnoser bör omprövas
- Omprövar dos för Prednisolon i övrigt kan jag inte se detta. Utfasning av Prednisolon verkar ske i för stora steg
- NEJ, då borde läkemedelsbehandlingen se annorlunda ut
- JA, men återgår till gammal hjärtsviktsbehandling med Furosemid och Imdur vid EF 20 %

#### **4. Hur samarbetade förskrivarna av läkemedel under perioden med varandra och med annan personal inom vård och omsorg?**

Hos 21 av 29 patienter kan ett samarbete inte ses vid journalläsning

Konkreta exempel:

- Diabetessköterska är involverad
- Sjuksköterskesamarbete finns
- Mest verkar det vara sjukgymnaster och arbetsterapeuter som besöker patienten. Mobila teamet och sjukhusavdelning mer frekvent än vårdcentralen.
- JA kontroll hos sjuksköterska hjärtsviktsenheten en gång per månad. Ser ut som en gammal hypertonibehandling kombinerad med en gammal hjärtsviktsbehandling.

#### **Diskussion läkemedel**

Sammanfattningsvis kan sägas att det är av stor vikt att multisjuka äldre följs av en läkare som säkerställer och omprövar diagnoser. Konstigt att diagnoser återfinns i löpande text och inte i en aktuell sammanställning.

Verkar som många patienter behandlas utifrån kliniska symtom. Typexempel kan vara förmaksflimmer som är lätt att konstatera kliniskt.

Apotekare med specialistutbildning inom läkemedel och äldre och har tillräcklig kunskap för att ompröva behandling med vardagsläkemedel. En apotekare ser ofta problemet från ett annat håll. Utbilda läkare om vardagsläkemedel är en lösning, men kunskap är färskvara. Ständig uppdatering krävs.

Mycket resurser används idag till våra Läkemedelskommittéer för att presentera rekommenderade vardagsläkemedel. Kartan har/håller på att ritas om i och med att Tandvårds och Läkemedelsförmåns Verket granskar läkemedelsanvändningen. Kan det räcka med en nationell läkemedelskommitté?

Att arbeta med kontroll av läkemedelslistor verkar mindre angeläget när Nationell Patient Översikt nu närmar sig implementering. Många vårdcentraler i vårt område har gått över till att använda dosreceptet som aktuell läkemedelslista, det borde vara genomförbart även i slutna vård.

Omprovning av diagnoser och användning av objektiva metoder för att säkerställa diagnos är avgörande för att idag rekommenderad läkemedelsbehandling ska kunna tillämpas.

#### **Reflexioner gällande läkemedel nationellt**

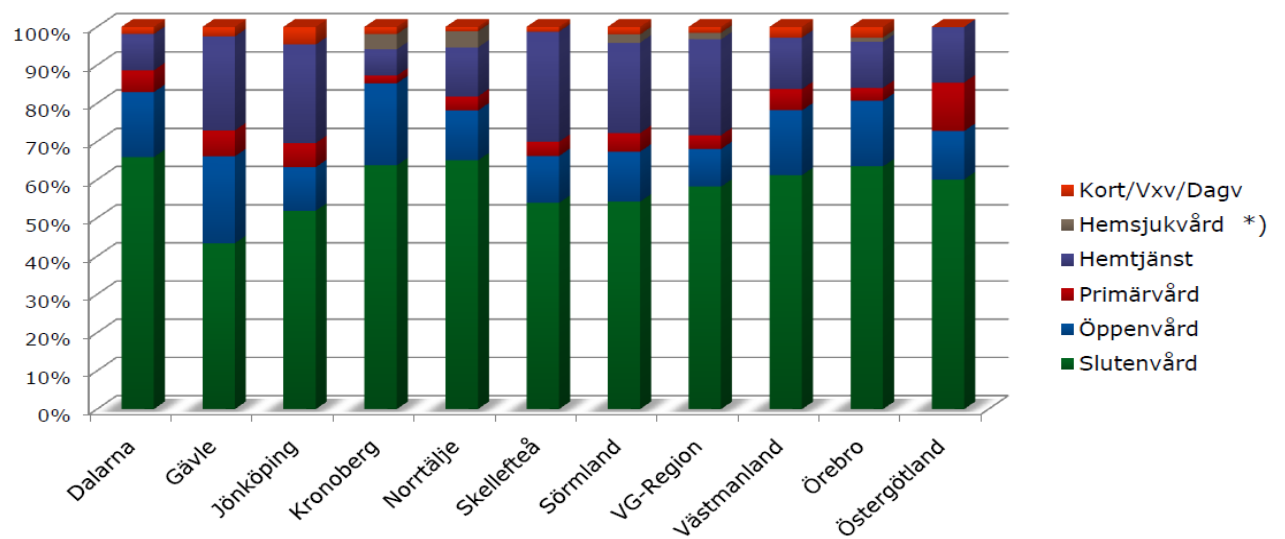
- Många läkemedel per person
- Läkemedelsrelaterade problem
- Iögonfallande brister i kvalitet
- Stor variation
- Bristande dokumentation av läkemedelsanvändning

## 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 kostnads sättas med stöd av SKL(bilaga3). Tabellen redovisar kostnaderna för vårdcentral, öppen specialistvård, slutenvård samt för hemtjänst för respektive 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 en schablon kostnad utifrån kommunens timkostnad för hemtjänst

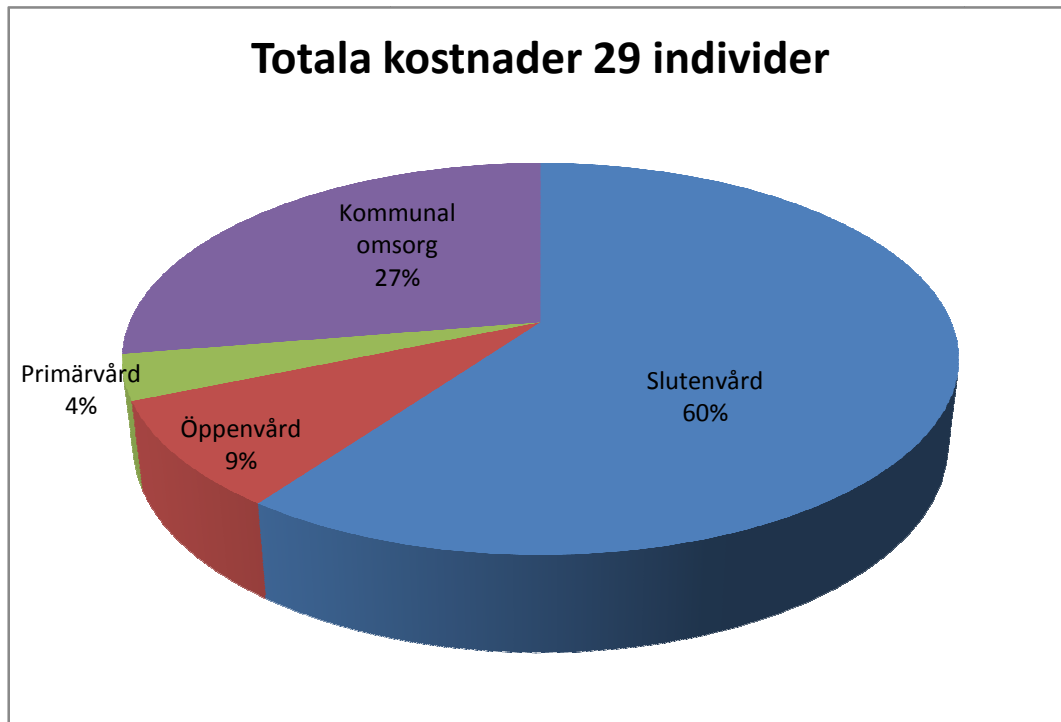
Patientnummer	SV	ÖV	PV	Kommunal oms		Totala kost	Kost/mån anhöriga
OO1	121801	4610	15664	18084		160159	0
OO2	118368	67065	46476	0		231909	0
OO3	134664	29708	6125	0		170497	15232
OO4	171862	9539	9512	0		190913	11424
OO5	398381	80395	39527	0		518303	1632
OO6	324681	14095	1853	0		340629	1088
OO7	93305	7929	1951	0		103185	9792
OO8	116525	28570	8956	0		154051	1088
OO9	287949	4842	3972	457164	Uppskattad	753927	0
OU1	106315	19120	15053	103411	Uppskattad	243899	11696
OU2	252495	36330	24221	0		313046	0
OU3	407875	28210	11781	32202		480068	16864
OU5	45682	39728	12547	0		97957	0
OU6	1016187	13830	7515	528	HT tim sakn	1038060	18088
OU7	228679	30517	8628	338762	Uppskattad	606586	0
OU8	438099	29770	9378	335787	Uppskattad	813034	2448
OU9	231669	33397	31964	396924	Uppskattad	693954	2720
OU10	315015	36214	5056	150943	Uppskattad	507228	816
OU11	508334	44390	14856	129971	Uppskattad	697551	816
OU12	172086	29885	9525	97352	Uppskattad	308848	1088
OU13	66088	28472	9945	0		104505	0
OU14	245243	28246	6119	15837	Uppskattad	295445	2720
OU15	53278	31608	8730	274481	Uppskattad	368097	1088
OU16	67924	39288	28644	126878	Uppskattad	262734	3400
OU17	38084	128071	12755	0		178910	0
OU18	61721	12957	14320	0		88998	1632
OU19	140275	17560	10072	229404	Uppskattad	397311	4080
OU20	100998	21248	7868	384872	Uppskattad	514986	0
OU21	470559	90221	35392	9567	Uppskattad	605739	16320
<b>Totalt</b>	<b>6734142</b>	<b>985815</b>	<b>418405</b>	<b>3102167</b>		<b>11240529</b>	<b>124032</b>

## Kostnadsfördelning per område



\*) Kommunal hemsjukvård



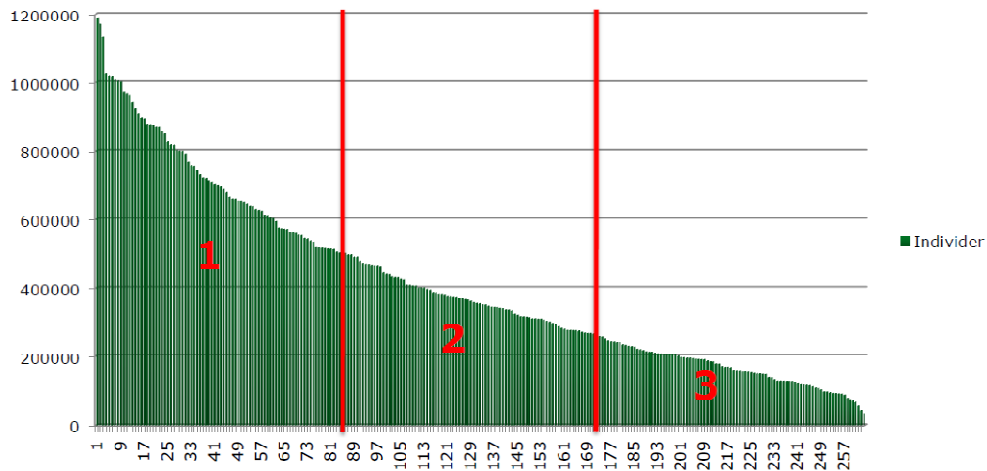


#### **Totalkostnader sammanfattande fakta**

- Slutenvårdskostnader :6 734 142 kr
- Öppen specialistvård: 985 815 kr
- Primärvård: 418 405 kr
- Kommunal omsorg :3 102 167 kr
- Total kostnad 29 individer: 11,2 mkr

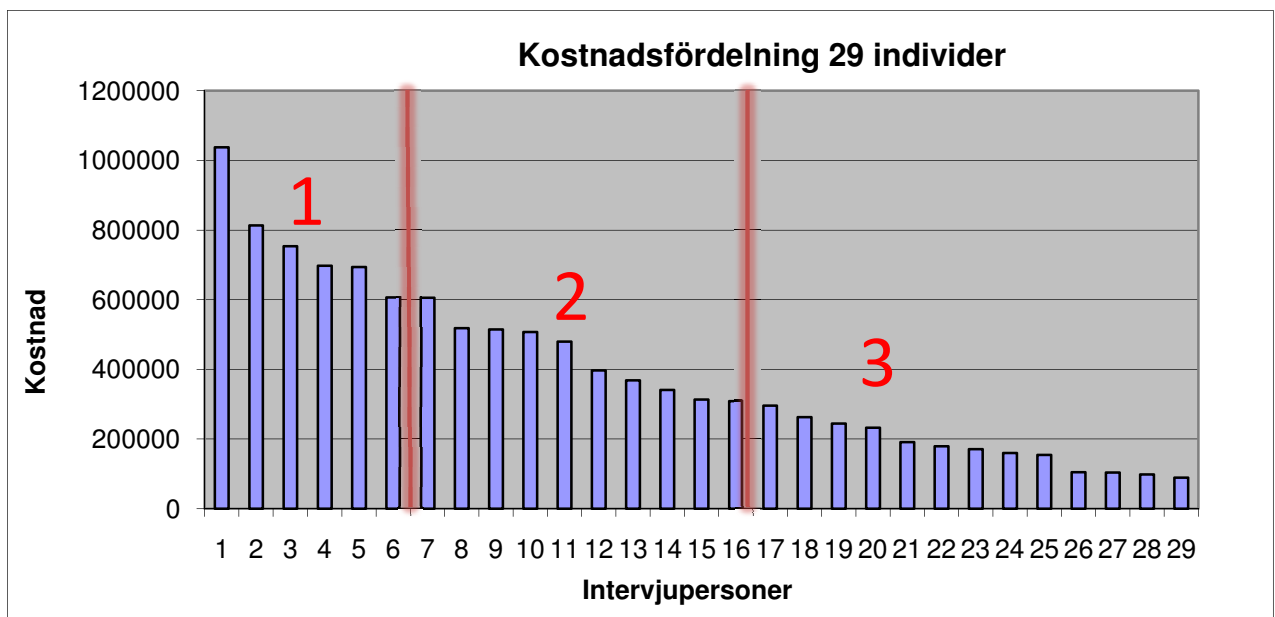
## Kostnadsindelning Nationellt

### Indelning i tre kostnadsgrupperingar

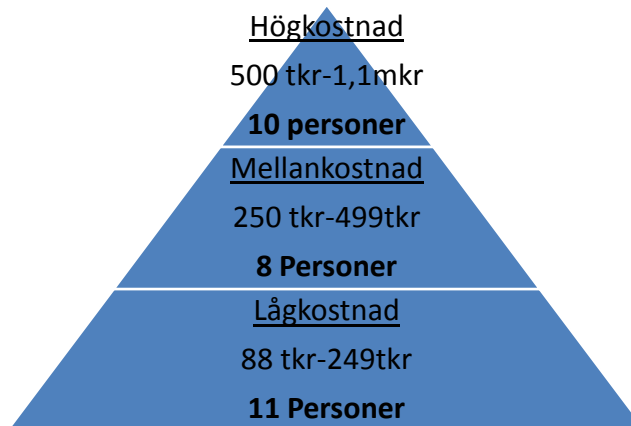


Tabell: Nationell mätning på 264 personer

## Kostnadsindelning Uddevalla/Orust



## Kostnadsgrupper område Uddevalla /Orust



### Kostnader inom de tre grupperna;

#### Högkostnadsgrupp

-Totalkostnad 6 749 368 sek

-Medelvärde 674 936,8 sek

#### Mellankostnadsgrupp

-Totalkostnad 2 766 178 sek

-Medelvärde 345 752,3 sek

#### Lågstkostnadsgrupp

-Totalkostnad 1 725 001sek

-Medelvärde 156 818,3 sek

#### Sammanfattande observationer

-Det är stora skillnader i totalkostnaden för vård och omsorg mellan de olika undersökningspersonerna. Kostnaderna varierar mellan ca 88 000 och 1.1 msek sek. Medelkostnad är 387 604 sek.

Primärvårdens och den öppna specialistvårdens kostnadsandel minskar ju högre totalkostnad individen har.

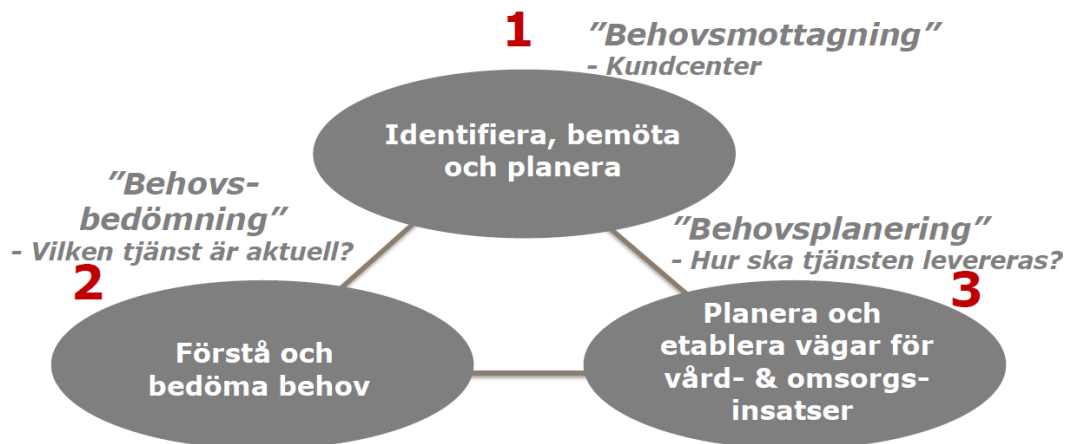
## Nationell analys angående framtidsarbete.

### Summering: Nya angreppssätt som stärker helheten i omhändertagandet



### Ur ett helhetsperspektiv: Tre kritiska "funktioner"

Som idag saknas i vården och omsorgen för multisjuka äldre



## TYPER AV FALL

I detta avsnitt följer sex stycken typfallsbeskrivningar som får representera uppföljningens 29 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. Namn på hälsocentraler respektive 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 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.

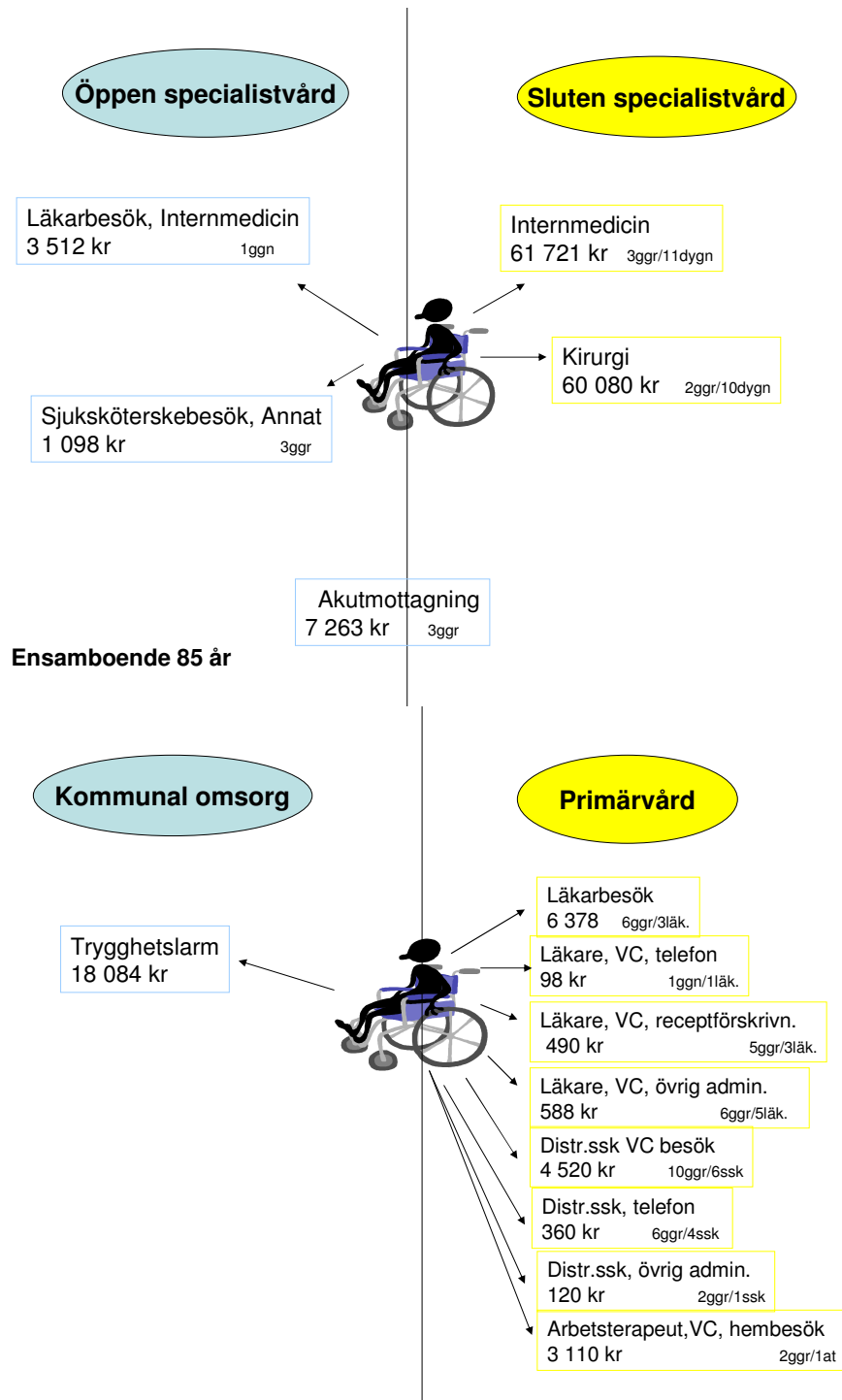
## Uppföljning av multisjuka äldre presenteras genom sex typer av fall

Sammanfattningarna är gjorda på de utdrag från dokumentationen som visas nedan, vilket tyvärr ger en mindre god detaljkännedom än journaler. En annan konklusion som måste framhållas är att det varit svårt att följa en röd tråd gällande behandling då journalerna haft brister gällande uppföljning och information - vilket komplicerat en analys av helhetsbilden.

### Fallbeskrivning 1

#### Vård och omsorg för ensamboende kvinna 85 år

**Sammanfattning:** Vårdtagaren har behov av hjälpmedel för att klara sin vardag, trots att hon lever ett aktivt liv. Bostaden har blivit anpassad efter behov med olika hjälpmedel. Kvinnan har även problem med yrsel, vilket hon själv tror beror på medicinering. Läkemedel sätts ut och blodtryck kontrolleras regelbundet. Apotekares analys visar på att läkare föreskriver fel läkemedel. **Styrka:** kvinnan har en anhörig som hjälper henne samt att hon känner en trygghet med den kontakt hon har med sjukvården. **Svaghet:** Dåliga journalanteckningar, svårt att avgöra vilka aktiva åtgärder som satts in i felsökande av yrsel och blodtryckskontroller. Ingen form av balansträning eller andra specifika insatser för att minska fallrisk.



### Sammanställning och överblick

Totalt kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	121 801 kr
•Öppen specialistvård	11 873 kr
•Primärvård	15 664 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>149 338 kr</b>
•Kommunal Omsorg	18 084 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>167 422 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	0 kr



Diagnoser inom slutenvård	Hjärtssjd, magproblem, Skador av yttre orsak, andra kontakter med sjv	
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnproblem, trötthet, muntorrhet, andfäddhet, svullna ben och fötter, klåda	
Hemtjänst undersökningsperioden	Nej	
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativt team etc	Nej	
Hjälp av anhörig/närstående	Ja	
Läkemedel enligt personen själv	6	
Analys av läkemedelssituationen	Det finns läkemedelslista på vårdcentralen. Angående bedömning om pat får lämpliga Im de senaste 18 mån så har gjorts försök att upptitrera ACE-hämmare och pat hade fulldos men lågt bltr – halverads. Istället Imdur 60mg ökad dos-bröstmärta tolkades som angina, Furix 40mg. <i>Hellre symtombehandling än modern hjärtsviktsbehandling!</i> Trolig följsamhet i journalen.	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Det finns läkare som håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel men återgår till gammal hjärtsviktsbehandling med Furosemid och Imdur troligen för angina EF 20%. Fortsätter med de läkemedel som ger mest problem med yrsel och ortostatism ( problem som pat. söker för ) Imdur och Furosemid. Inget samarbete med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet!	
<b>Undersökningsperioden Januari/februari 2009 – juni/juli 2010</b>		
Slutenvård	Antal vårdepisoder	5
	Antal vårddygn	21
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	1 ( Internmedicin )
	Jourverksamhet/nattpatrull	0
	Akutbesök på sjukhuset	0
Övriga professioner inom öppen spec vård	Sjuksköterska	3 ( 3 annat, uppgift saknas om vad )
	Audionom	0

	BMA Dietist Logoped Övrig pers.	0 0 0 0
Vårdcentralsläkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration * Antal olika läkare	6 0 6 6
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika dsk	10 0 8 10
Vårdcentral arbetsterapeut	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika terapeuter	0 2 0 Uppgift saknas
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika sjukgymnaster	0 0 0 0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast Övrig personal	0 0 0 0

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

### Sammandrag av intervju med kvinna 85 år

Jag bor bra. Har blivit erbjuden bostad från kommunen men tackat nej då jag fick ett nytt kontrakt på den bostad jag har. Jag har fått bostaden anpassad efter mina behov. Jag klarar det mesta själv och jag har vissa hjälpmedel som rullator, käpp och griptång. Ibland blir jag yr och det tror jag beror på medicinerna och så har jag då och då huvudvärk. Sedan många år tillbaka har jag ledgångsreumatism varför jag alltid har värk. Jag har även svårt att sova och främst då insomningsbesvär.

Jag har kontakt med distriktssköterskan och där får jag inkontinensskydd utskrivet. Jag sätter stort värde på att få umgås med folk, att ha hälsan och att kunna spela boule och curling. Jag är även aktiv i PRO. Om det är något jag önskar så är det någon som kan hjälpa mig att sätta upp gardiner. Det finns inte här. Jag har ett trygghetslarm som jag fick efter att jag låg på sjukhuset för två år sedan. Och det är jag trygg med. Hjälpen från anhöriga fungerar mycket bra efter mina behov. De gånger jag varit på sjukhus har jag blivit jättebra omhändertagen. Akutvården har varit mycket bra och ambulanspersonalen toppenbra. Bra människor! Jag tillhör XX vårdcentral och där tycker jag det är bra. Det beror mycket på hur man är själv. De hjälper alltid till och jag får alltid en tid när jag behöver.

### Sammandrag av anhörigintervju

Min mamma är självgående i stort. Jag hjälper henne med transporter då och då. Vi är i kontakt med varandra dagligen per telefon och hon har kontakt med grannar och bekantar dagligen. Hon har ett stort socialt nätverk. Och så har hon barnbarn.

När vi har besökt sjukvården har vi blivit positivt bemötta. Som mamma säger – om vi är positiva så blir vi positivt bemötta. Mamma är trygg i sitt hem.

## Vårdcentralens dokumentation

April - juni 2009

- Kontakt med sjuksköterska för nytt recept. Läkare kontaktad.

Juli – september 2009

- Besök hos läkare och sjuksköterska på grund av yrsel och även ansträngd andning. Lågt blodtryck. Läkemedel sätts ut
- Besök hos läkare och sjuksköterska på grund av yrsel som inte givit med sig trots utsättning av läkemedel.
- Råd om träning hos sjukgymnast.
- Problem med hörapparat.
- Bltr kontroller.
- Besök hos läkare på grund av kraftig yrsel.
- Besök hos sjuksköterska för blodtryckskontroll. Svullna fötter som hon tar diuretika för.
- Yrseln något bättre.
- Avbokar läkarbesök.
- Inlagd på sjukhus. Op. bukåkomma.
- Besök hos sjuksköterska för spolning av dränage.
- Kirurgmottagningen kontaktad då problem uppkommit med dränage.

Oktober – december 2009

- Influensavaccinering.
- Läkarbesök. Svullen ankel efter slag.
- På egen hand satt ut betablockeringsmedicin. Tycker att yrseln blivit bättre sedan hon slutat med mediciner.
- 

Januari – mars 2010

- Kontakt med sjuksköterska då hon känner sig yr. Önskar kontrollera blodtrycket.
- Blodtryckskontroll.
- Besök hos sjuksköterska då hon känner sig yr. Blir lätt andfådd.

April – juni 2010

- Ortostatism? Besväras av yrsel när hon reser sig upp.
- Stora besvär med yrsel. Känner sig svimfärdig och har även svårt att andas. Vid samtal med läkare framkommer att yrseln är som vanligt och kommer vid uppgående och huvudrörelser. Aldrig i vila.
- Läkemedelsavstämning.
- Motiverande samtal angående rökning. KOL.
- Läkarbesök. Tycker att det är lättare att andas.

### Hur intages läkemedel

- Tar sina mediciner själv men tror sig bli sämre av dessa.

### Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången

- Det finns läkemedelslista på vårdcentralen. Angående bedömning om pat får lämpliga lm de senaste 18 mån så har gjorts försök att upptitrera ACE-hämmare och pat hade fulldos men lågt bltr – halverades. Istället Imdur 60mg ökad dos-bröstsmärta tolkades som angina, Furix 40mg. *Hellre symtombehandling än modern hjärtsviktsbehandling!* Trolig följsamhet i journalen.

### Apotekares kommentar

- Det finns läkare som håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel men återgår till gammal hjärtsviktsbehandling med Furosemid och Imdur troligen för angina EF 20%.

Fortsätter med de läkemedel som ger mest problem med yrsel och ortostatism ( problem som pat. söker för ) Imdur och Furosemid.

Inget samarbete med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet!

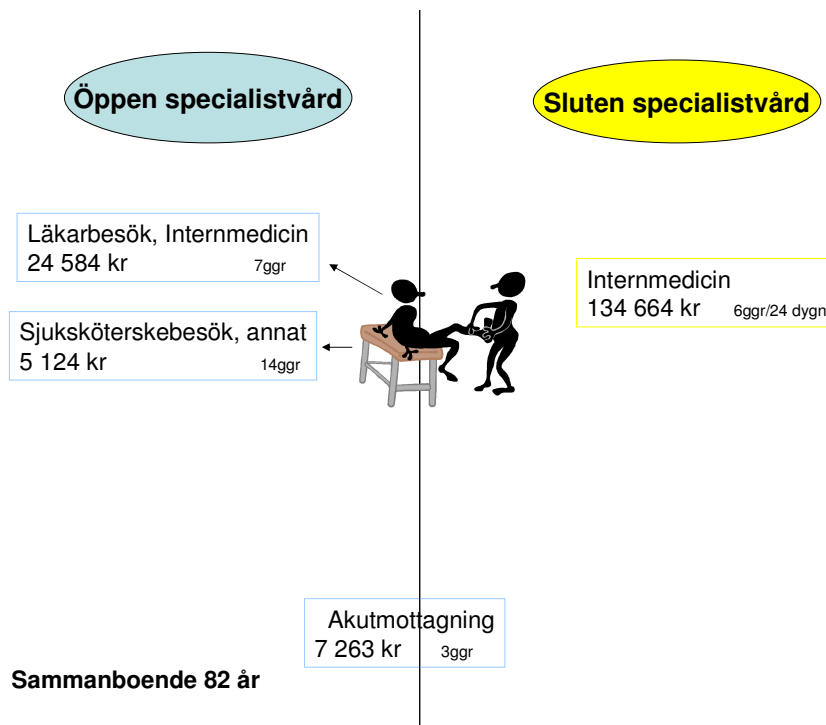
### Läkemedelsrelaterade problem

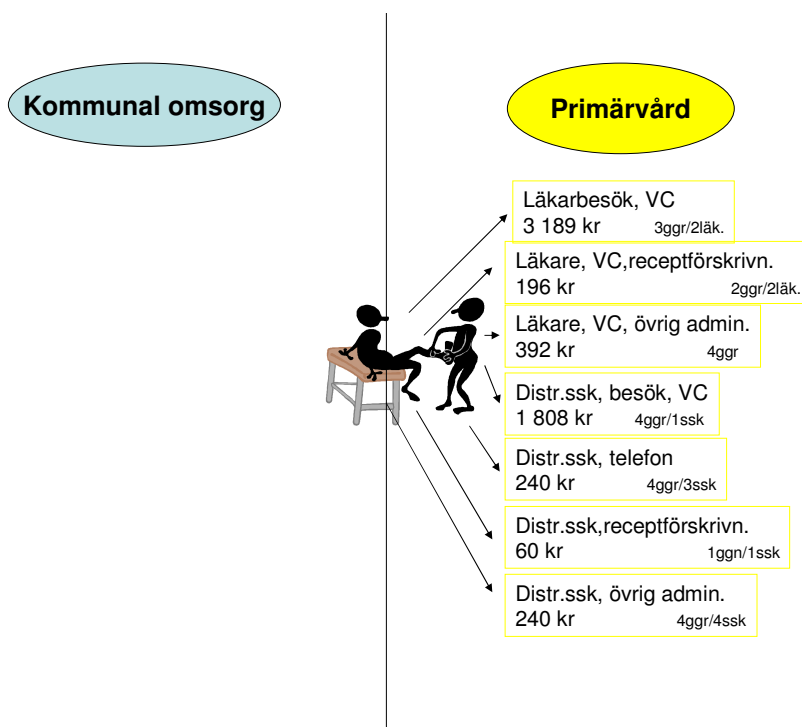
- Besvärande yrsel och andningssvårigheter.

## Fallbeskrivning 2

### Vård och Omsorg för sammanboende man 82 år

**Sammanfattning:** Vårdtagaren känner av biverkningar av läkemedel. Lever ganska självständigt, men har rädsla för att bli ensam. Har två läkare som håller i läkemedel. Lider av psykologisk oro och existentiella funderingar. **Styrka:** Känner förtroende för sjukvården samt har stöd av anhörig. **Svaghet:** Många olika kontakter med sjukvården (både den offentliga som den privata) som inte är samordnade. Dålig uppföljning gällande läkemedel. Dålig journaluppföljning, svårt att följa information. Dålig information till vårdtagaren angående diagnos och biverkningar från läkare. Inget samarbete mellan andra professioner.





### Sammanställning och överblick

Total kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	134 664 kr
•Öppen specialistvård	36 971 kr
•Primärvård	6 125 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>177 760 kr</b>
•Kommunal Omsorg	0 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>177 760 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	274 176 kr



Diagnoser inom slutenvård	Tumör, sjuk i blodbildande organ, endokrin sjuk, hjärtsjuk, sjuk i matsmältningsorgan
Övriga problem/symtom	Yrsel, smärta, diarré, andfäddhet, ensamhetskänsla,
Hemtjänst undersökningsperioden	Nej
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativt team etc	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Ja ( städ, tvätt, inköp, matlagning, dusch, uppsikt )
Läkemedel enligt personen själv	11
Analys av läkemedelssituationen	Vårdcentralen skriver att aktuell läkemedelslista finns hos privatläkare. På frågan om det går att bedöma om pat. får lämpliga läkemedel de senaste 18 mån. så verkar det inte ha värderats om det är användningen av Omeprazol som ger låga Hb-värden, många andra åtgärder dock. Krea-

		kontroll saknas eftersom Metformin och beräknat kreatininclearance under 60ml/min. PMR slaskdiagnos? Kan ju vara hjärtsvikt – varför annars Furix.
Sammanfattning av läkemedelsgenomgången		Ingen följsamhet i journalen. Både vårdcentralsläkare och privatläkare håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel. Inget samarbete med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet.  <b>Undersökningsperioden Januari/februari 2009 – Juni/juli 2010</b>
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	6 24
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	6 ( 6 internmedicin ) 0 0
Övriga professioner inom öppen spec. vård	Sjuksköterska Audionom BMA Dietist Logoped Övrig pers	14 ( annat, saknas uppgift om vad ) 0 0 0 0 0
Vårdcentralsläkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika läkare	3 0 6 4
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika dsk	4 0 9 3
Vårdcentral arbetsterapeut	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika arbetsterapeuter	0 0 0 0
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika sjukgymnaster	0 0 0 0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast Övrig personal	0 0 0 0

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

### Sammandrag av intervju med man 82 år

Jag bor bra och känner mig trygg och jag vill inte byta bostad. Jag klarar det mesta själv i vardagen. Vi hjälps åt min hustru och jag. Jag har reumatism och har ont. När mitt blodvärde sjunker så blir jag yr och andfådd. Jag tror att min mage blir lite konstig av läkemedel. Jag har en ensamhetskänsla ibland och det är väl att man är rädd att bli ensam kvar. Det som jag sätter mest värde på på är en god ekonomi. Då blir även hälsan av god kvalitet. Skulle vilja veta varför jag har blodbrist. Nå't som jag saknar är att gå på tur och vandra i naturen. Jag har blivit väl omhändertagen på sjukhuset av professionell personal. De tar sig tid både läkare och sjuksköterskor och övrig personal. Det har bara varit lite väntan. Ambulanspersonalen är jätteduktiga. Jag har god kommunikation med min husläkare på xx vårdcentral.

### **Sammandrag av anhörigintervju**

Jag är pensionär sedan 10 månader tillbaka. Vi sköter allt vardagligt själva. Jag står väl mest för matlagning och tvätt och städning men annars klarar han sig själv. Jag har väl en viss uppsikt. Vi är alltid tillsammans men var 14:e dag är jag och handlar och då är han ensam. Det är inte aktuellt med hemtjänst – kan inte tänka mig det! Vården av min man har varit bra. Det jag kan tycka varit negativt är att personalen i receptionen på vårdcentralen har dåligt bemötande. Det enda jag önskar är att min man ska bli bra. Det som betyder mycket för honom är att solen skiner, läsa böcker och lösa korsord. Och att komma ut! Han har lite problem med orken!

### **Vårdcentralens dokumentation**

Januari – mars 2009

- Vill bli kallad för ny synundersökning.

April – juni 2009

- Tidbokning hos diabetessköterska.

Juli – september 2009

- Akut läkarbesök. Inf. armbåge. Recept på antibiotika.
- Åter läkarbesök. Olecranonbursit och dränage. Fortsatt antibiotika behandling.
- Besök på diabetesmottagningen. Diverse kontroller.
- Återbesök diabetesmottagningen.
- Läkarbesök. Förnyar recept.
- Sjukskötersekontakt för Hb. Visar lågt värde varför kontakt med läkare på hematologen.
- Telefonkontakt med sjuksköterska. Rådgör angående sina läkemedel.
- Kallelse till läkarbesök.

Oktober – december 2009

- Besök hos diabetessköterskan. Bokad tid för ögonbottenundersökning.
- Besök hos ögonspecialist. Synen något försämrad. Operation avvaktas.
- Telefonsamtal med diabetessköterskan.

Januari – mars 2010

- Återbesök hjärtmottagningen i Uddevalla.
- Besök på diabetesmottagningen.

### **Hur intages läkemedel**

- Sköter sin medicinering själv med stöd och hjälp av hustrun.

### **Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången**

- Vårdcentralen skriver att aktuell läkemedelslista finns hos privatläkare. På frågan Om det går att bedöma om pt. Får lämpliga läkemedel de senaste 18 månaderna så verkar det inte ha värderats om det är användningen av Omeprazol som ger låga Hb-värden. Många åtgärder dock. Hjärtsvikt? Varför annars Furix?

### **Apotekarens kommentar**

- Ingen följsamhet i journalen. Både vårdcentralsläkare och privatläkare håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel. Inget samarbetet med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet.

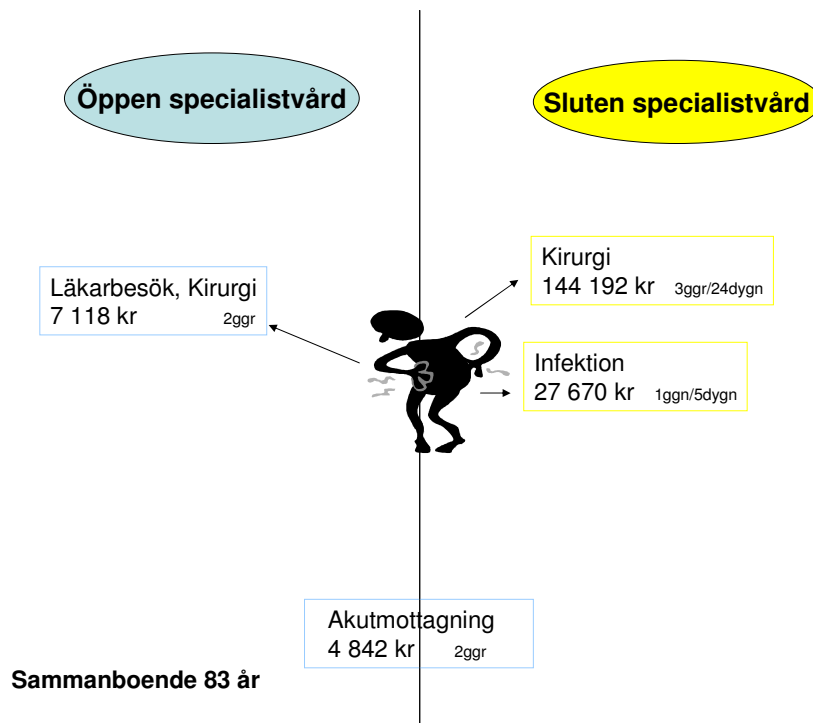
### **Läkemedelsrelaterade problem**

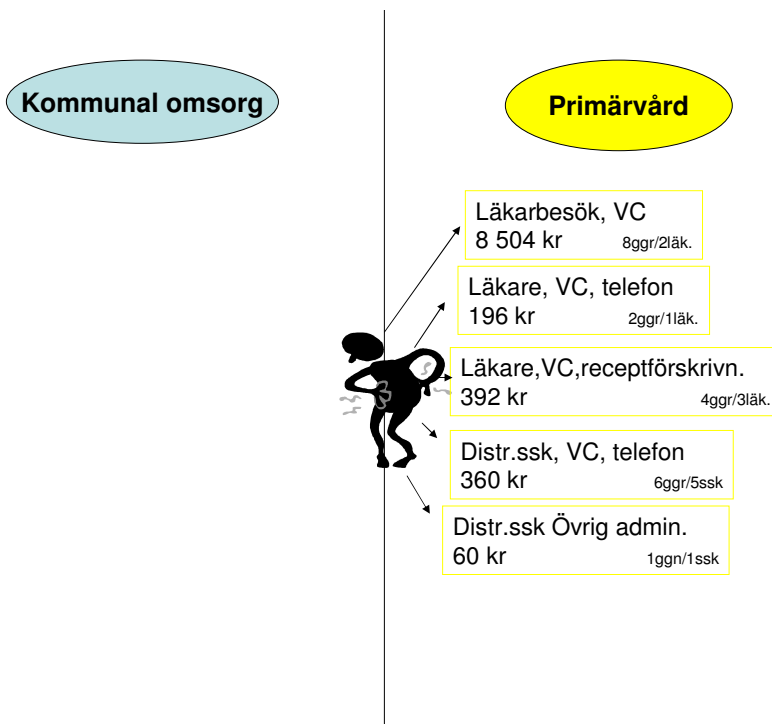
- Tycker att medicinerna påverkar hans mage negativt

### Fallbeskrivning 3

#### Vård och omsorg för sammanboende man 83 år

**Sammanfattning:** Vårdtagaren har problem med balans och trötthet. Har problem med blodtrycket och yrsel och medicinering i samband med detta. Har rörelseproblem och är i behov av gymnastik. Oklarhet i samband med medicinering **Styrkor:** Har stöd av anhörig. **Svagheter:** Har ingen bestämd läkare som håller ihop behandling utan har olika stafettläkare. Har svårt att få läkartider och varit missar med recept. Dåligt dokumenterad journal. Inte fått tillräcklig smärtlindring efter operation, vilket tyder på dålig kommunikation mellan vårdgivare och vårdtagare. Anser inte att kommunen tillhandahåller de tjänster som det finns behov av, vilket tolkas som ett icke individuellt utbud av tjänster. Personal på sjukhus nonchalerat vårdtagarens kännedom om medicinreaktion, trots försök till kommunikation från denne. Skulle behövt större insatser av gymnastik. Faller mellan stolarna pga. stafettläkare. Läkarepikris sent inkommen.





### Sammanställning och överblick

Total kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	171 862 kr
•Öppen specialistvård	11 960 kr
•Primärvård	9 512 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>193 334 kr</b>
•Kommunal Omsorg	0 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>193 334 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	205 632 kr



Diagnoser inom slutenvård	Infektionssjd, hjärtsjd, sjd i matsmältningsorg., onormala kliniska fynd
Övriga problem/symtom	Yrsel, smärta, trötthet, hosta ,klåda, nsamhet,
Hemtjänst undersökningsperioden	Nej
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativt team etc	Nej
Hjälp av anhörig/närstående	Ja ( städ, tvätt, inköp, matlagning )
Läkemedel enligt personen själv	5
Analys av läkemedelssituationen	Läkemedelslista i journaltext från vårdcentralen. Bedömn. att pat. fått lämpliga läkemedel de senaste 18 mån. så verkar pat. inte vara utredd för ev. hjärtsvikt, buksmärtor. Mycket trött. Misstankar finns att pat. tar mediciner på icke avsett sätt.

Sammanfattning av läkemedelsgenomgången	Det finns läkare som håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel men omprövning av diagnos saknas! Inget samarbete med andra professioner för bra förskrivning och följsamhet.	
	<b>Undersökningsperioden Januari/februari 2009 – juni/juli 2010</b>	
Slutenvård	Antal vårdepisoder	4
	Antal vårddygn	29
Öppenvård	Specialistläkare sjukhus	2 (2 Kirurg)
	Jourverksamhet/nattpatrull	0
	Akutbesök på sjukhus	1
Övriga professioner inom öppen spec.vård	Sjuksköterska	0
	Audionom	0
	BMA	0
	Dietist	0
	Logoped	0
	Övrig pers.	0
Vårdcentralsläkare	Mottagning	8
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn./administration*	6
	Antal olika läkare	1
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn./administration*	6
	Antal olika dsk	0
Vårdcentral arbetsterapeut	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn./administration*	0
	Antal olika arbetsterapeuter	0
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn./administration*	0
	Antal olika sjukgymnaster	0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska	0
	Arbetsterapeut	0
	Sjukgymnast	0
	Övrig personal	0

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

### Sammandrag av intervju med man 83 år

Jag trivs här i vårt boende. Många trappor att gå i men jag tycker inte att det är något problem. Man får väl se hur framtiden ter sig och man kanske får byta bostad. När jag låg på sjukhuset hade jag rullstol men kunde så småningom gå med rullator. Rullatorn välter så lätt så jag använder käpp istället. Jag klarar det mesta i vardagen men jag städar inte och jag tvättar inte heller. Och inte lagar jag mat. Kör bil gör jag. Jag har lite balansproblem men det har nog med benen att göra. Trött.....jättetrött. Jag orkar inte längre göra något. Måste vila mycket. Jag kan bara gå några hundra meter och se'n orkar jag inte gå hem. Däremot har jag god aptit och vågar inte äta mig alldeles mätt. Risk att bli för kraftig.

Jag trivs med livet men jag går så dåligt och jag är så trött. Vi har många barn och barnbarn. Jag sätter mest värde på i livet att vi fortfarande har varandra och att man har mycket omkring sig så att tiden går fort. Jag har ingen egen doktor på vårdcentralen. Det har varit stafettläkare. Jag har problem med mitt blodtryck. De ökar min medicin men det hjälper inte. Det har varit svårt att få tid när jag har ringt. De skulle ha skickat en kallelse men den har uteblivit. Doktorn glömde skriva ut alla läkemedel för mitt blodtryck. Men det ordnar sig. Jag har stor

hjälp av min hustru i vardagen. Jag begärde en vårdplanering därför att jag såg att min hustru inte skulle orka sköta mig när jag kom hem. Det fanns en representant från kommunen och en sjuksköterska från sjukhuset som deltog. Men kommunen hade inte något att erbjuda. En läkare erbjöd mig då att stanna en vecka till eftersom jag var så trött. Jag satt i rullstol. När jag kom till sjukhuset i Kungälv blev jag bra omhändertagen men fick ligga första natten i korridoren. Se´n låg jag i behandlingsrummet med öppet fönster och ingen ringklocka. Men det gick bra. Personalen sa att jag skulle sitta uppe oftare men min säng var inte höj och sänkbar och det hade underlättat. Jag fick ingen hjälp och det är inte så lätt när man är gammal och trött. Nästa gång jag sökte sjukhus blev det NÄL. Där blev jag smittad med kräksjukan som bröt ut när jag kom hem. Jag blev så dålig att jag fick åka ambulans igen tillbaka till sjukhuset. Blev hänvisad en skrubb utan ringklocka och det var tur att magen höll sig lugn just då. Mitt i natten blev jag körd till Uddevalla infektion. Kom dit klocka 03. På morgonen blev jag tillsagd att ta min blodtrycksmedicin. Jag själv ansåg att jag inte skulle ta medicinen på tom mage eftersom jag vet hur jag reagerar. Men dom stod på sig. Efter en timma brakade det loss och det var inte trevligt vare sig för mig eller personalen. Hann inte till toaletten!

Om jag fick bestämma något så skulle planeringen på Kungälvs sjukhus sett annorlunda ut. Det fanns bara en toalett för patienter och besökare. Ett duschutrymme utan toalett!

Läkare skulle komma lite oftare och att man inte ska behöva vänta ½ dygn.

Jag hade önska något smärtstillande i samband med gallstensmärtan. Hade önskat att jag hade kunnat komma till Uddevalla sjukhus. Men istället blev det långa väntetider på NÄL akutmottagning.

Rehabilitering har jag fått på Kungälvs sjukhus. Enkel gymnastik vid två tillfällen med en veckas mellanrum. Vi var en försöksgrupp med denna typ av gymnastik. Det var bra men det var så lite kontakt. Jag hade önskat att få gymnastik lite oftare

### **Sammandrag av anhörigintervju**

Min man klarar det mesta själv men jag står för städning, tvätt och matlagning. Vi får även hjälp av barnen. Blir vi sjuka båda två får vi väl höra av oss till kommunen. Jag har blivit erbjuden hjälp från kommunen om min man kom hem direkt från sjukhuset men han blev ju kvar där. Han blev omhändertagen på sjukhuset. Vid ambulanstransport har min man varit trygg med den personalen. De är så duktiga. Det är bara så långa väntetider på NÄL akutmottagning. Min man trivs med att vara igång som han alltid varit. Han är mycket angelägen om att sköta trädgård och pyssla med huset. Han gläder sig åt stora och små saker i vardagen. Problemet är att han har besvär med att gå. Vi får vara glada så länge min man kan stå upp varje morgon. Jag tycker att vi ska få komma till Uddevalla eller Kungälvs sjukhus. NÄL ligger långt bort i skogen och lång resväg. Stor parkering och långa gångavstånd.

### **Vårdcentralens dokumentation**

Januari – mars 2009

- Vårdplanering Kungälvs sjukhus.
- Återbud till Primärvården. Ska på besök till NÄL.

April – juni 2009

- Uppföljning och epikris från NÄL.
- Distriktssköterska försökt telefonkontakt med X för provtagning.
- Inlagd på Uddevalla sjukhus.
- Epikris från Uddevalla sjukhus.
- Distriktssköterska ringer för provtagning.

Juli – september 2009

- Ingen kontakt.

Oktober – december 2009

- Telefonsamtal med distriktssköterska för årlig läkarkontroll i februari 2010.

Januari – mars 2010

- Väntar på kallelse för årlig läkarkontroll
- Telefonsamtal med sjuksköterska för recept på läkemedel som snart är slut.
- Läkarbesök. Yrsel efter TIA attack för sju år sedan. Får sin årliga kontroll av läkaren.
- Läkarbesök. Oklarheter gällande medicineringen. Förväxlar preparat. Korrigering av läkemedel.
- Telefonkontakt med sjuksköterska för att boka läkarbesök.
- Läkarbesök och förnyat recept.
- Telefonkontakt med läkare angående blodtryck och medicinering

#### **Hur intages läkemedel**

- Sköter sin medicinering tillsammans med hustrun. Haft diskussioner med läkaren angående medicineringen då misstanke om förväxling av läkemedel förekommit.

#### **Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången**

- Läkemedelslista i journaltext från vårdcentralen. Bedömning att pat. fått lämpliga läkemedel de senaste 18 mån. så verkar pat. inte vara utredd för ev. hjärtsvikt, buksmärtor. Mycket trött. Misstankar finns att pat. tar mediciner på icke avsett sätt.

#### **Apotekares kommentar**

- Det finns läkare som håller ihop mängd, följer, värderar och omprövar läkemedel men omprövning av diagnos saknas!  
Inget samarbete med andra professioner för bra förskrivning och följsamhet.

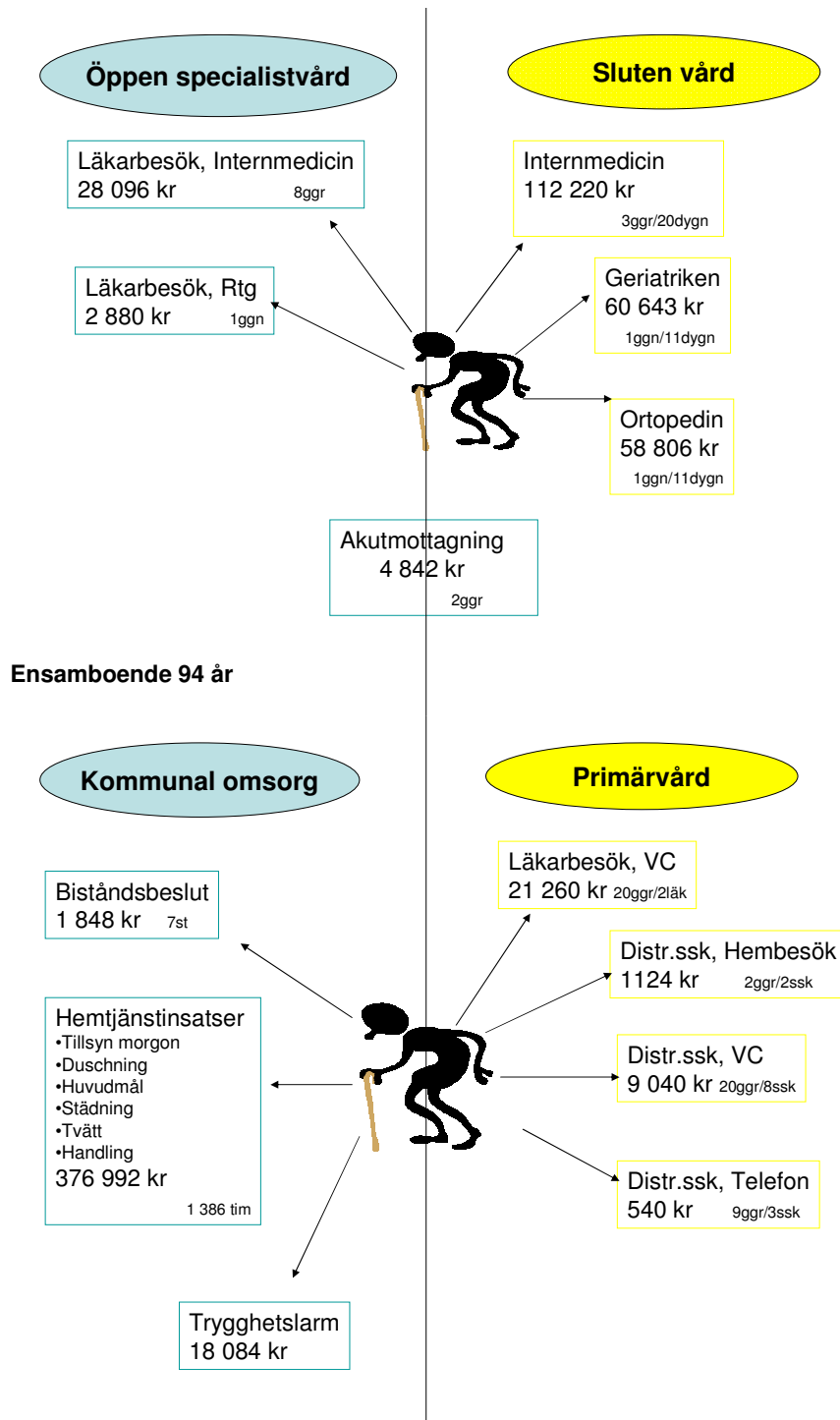
#### **Läkemedelsrelaterade problem**

- Misstankar att han tagit mediciner på icke avsett sätt kan ha bidragit till yrsel och hans stora trötthet.

## **Fallbeskrivning 4**

### **Vård och omsorg för ensamboende kvinna 94 år**

**Sammanfattning:** Kvinna med stort omvårdnadsbehov och önskemål om att få sällskap några stunder under dagen. Klarar mycket i vardagen själv men har på grund av ålder inte samma förutsättningar. Ramlat och fått fraktur, dålig dokumentation i journal. **Svagheter:** Missnöjd med hemtjänstinsatser, vill ha mer personlig kontakt med samtal för att lindra oro och ensamhet. Får trygghetslarm och punktinsatser. Dåligt undersökt utan mer fokus på att byta läkemedel. **Styrkor:** Har anhörighjälp. Har fått insatser från både bistånd som hemsjukvård. Har varit inlagd på MÄVA. Beviljad Apodos för bättre läkemedelshantering.



### Sammanställning och överblick

Totalt kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	231 669 kr
•Öppen specialistvård	35 818 kr
•Primärvård	31 964 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>299 451 kr</b>
•Kommunal Omsorg	396 924 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>696 375 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	48 960 kr



#### Hemsjukvård:

Tillägg arbetsterapeutinsatser 7 gånger till en kostnad av 2954:-

Tillägg sjukgymnastinsatser 2 gånger till en kostnad av 844:-

Diagnoser inom slutna vård	Endokrina sjuk, Probl. med ögon, Hjärtprobl., Andningsprobl., Magprobl., Onormala kliniska fynd, Skador av yttre orsak	
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, trötthet, magont, illamående, andfåddhet	
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja ( Morgonrutiner, kvällsrutiner, huvudmål, morgon- och kvällsmål, städ, tvätt, dusch, utevistelse, handrättning )	
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativt team etc	Nej	
Hjälp av anhörig/närstående	Ja ( Inköp, förflyttning ute, diverse praktiska göromål)	
Läkemedel enligt personen själv	4	
Analys av läkemedelssituation	Hänvisning till ApoDos i journaltext på VC Sista notat läkemedelslista Vc 090701 Diskuterat användning av Lasix retard varannan dag, återfinns inte som aktuell medicin vid läkemedelsintervjun.	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	På frågan om det finns läkare som håller ihop, mängd, följer och omprövar läkemedel är svaret UV022 diagnos Läkemedelsavstämning genomförd 10-05-17 Det framgår inte om samarbete finns med övrig profession för bra förskrivning och följsamhet.  Undersökningsperioden Januari/februari 2009 – Juni/juli 2010	
Slutna vård	Antal vårdepisoder	4
	Antal vårddyg	42
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	8 (8 Internmedicin )
	Jourverksamhet/nattpatrull	0
	Akutbesök på sjukhuset	1
Övriga professioner inom öppen spec vård	Sjuksköterska	0
	Audionom	0
	BMA	0

	Dietist	0
	Logoped	0
	Övriga pers	0
Vårdcentralsläkare	Mottagning	20
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	0
	Antal olika läkare	2
Vårdcentralens distriktssköterska	Mottagning	20
	Hembesök	2
	Tel/rådgivning/administration*	9
	Antal olika dsk	8
Vårdcentralens arbetsterapeut	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivning/administration*	0
	Antal olika arbetsterapeuter	0
Vårdcentralens sjukgymnast	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivning/administration*	0
	Antal olika sjukgymnaster	0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska	0
	Arbetsterapeut	7
	Sjukgymnast	2
	Övrig personal	0

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

### Sammandrag av intervju med kvinna 94 år

Jag flyttade ganska nyligen till denna lägenhet efter att jag sålt huset. Min dotter har hjälpt mig att hitta denna bostad. Här trivs jag. Eftersom lägenheten ligger på första våningen och att det blir markplan från vardags rummet gör ju att jag kan komma ut. Jag har en fin terrass och min dotter har hjälpt mig att göra den till ett uterum. Jag har stora svårigheter att röra mig på grund av artros i knäna. Hemtjänsten går ut med mig men det blir kortare promenader. Min mage krånglar och det besväras jag av.

Jag är inte nöjd med ungdomarna från hemtjänsten som ska hjälpa mig. Dom är ganska så lata. Min dotter kommer hit ofta och det är hon som ser till att saker och ting blir gjorda. I övrigt är jag nöjd med min vardag. Jag är ju till åren kommen.

### Sammandrag av anhörigintervju

Jag har lyssnat på vad min mamma har sagt under intervjun. Jag kan bara hålla med henne och att jag ska behöva komma och ibland kontrollera att saker och ting blir gjorda är jobbigt. Det är lättare att komma hit idag då jag är pensionär och inte har tider att passa på samma sätt som förr. Jag hjälper mamma med det mesta men till största delen är jag hennes sällskap. Jag inhandlar dagligvaror och annat hon behöver. Denna lägenheten hittade jag och en viss övertalning behövdes för att mamma skulle flytta från huset. Jag känner att hon har det bra här.

### Vårdcentralens dokumentation

Februari – april 2009

- Dotter kontaktar distriktssköterska för förnyat recept på Acetylcystein.
- Ramlat och fått en höftfraktur. Op 14/3. Inväntar epikris.
- Omvårdnadsepikris kommit men ej läkarepikris.

- Läkarbesök. Epikris från vårdavdelningen. Collumfraktur som op 14/3. Glatt förlopp och patienten mobiliseras till kryckkäppar och tillsyn.  
Besvär av torra ögon. Recept på Arttelac.  
Bltr kontroll.  
Utsatt läkemedel Amilorid.
- Dotter telefonkontakt med sjuksköterska. Önskar återbesökstid för anhörig
- Läkarbesök. Uppföljning efter att ha varit inlagd på sjukhuset. Op. collumfraktur. Idag går patienten 1 km/dag. Lätta besvär från höfttryggen men besvär av knäartros. Patienten vill inte ha apodos utan vill klara sina mediciner själv.  
Besvär av magkatarr. B-12 brist.  
Alvedon kompletteras med Dexofen.  
Förnyat recept på tårsubstitut.

## Maj – juli 2009

- Telefonkontakt dotter och distriktssköterska. Anhörig har svårt att andas. Har varit tungandad under en tid men blivit sämre. Suttit uppe hela natten. Ingen bensvullnad och ingen förkylning.  
Läkarbesök samma dag.  
Får inhalera Combivent.  
T. Betapred 0,5 mg 8 st lösta i vatten.  
Mår bättre på behandling.
- Inlagd på MÄVA.
- Telefonkontakt med distriktssköterska. Har sorg i familjen. Önskar få något lugnande. Recept från läkare på Atarax.
- Läkarbesök tillsammans med dotter. Patienten har fått ont i epigastriet och har sura uppstötningar och halsbränna. Illamående vid födointag.  
Trombyl sätts ut. Ersätts med Plavix och fortsatt Omeprazolbehandling.  
Dotter vill att Apodos återinsätts.  
Startdatum 31/7.

## Augusti – oktober 2009

- Inlagd på MÄVA på grund av dyspné och diafragmabråck.  
Högt blodtryck och Enalapril dos höjs
- Kontakt med sjuksköterska.

## November – december 2009

- Hembesök av sjuksköterska för influensavaccination
- Telefonkontakt med sjuksköterska och dotter. Patienten fått yrsel. För mycket medicin?
- Läkarbesök - Lock för öronen. Öronspolning.

## Januari – mars 2010

- Inlagd på sjukhus. Andfådd och yrsel.
- Epikris till Vårdcentralen. Patienten inlagd på sjukhus under diagnos yrsel, hypertoni, hjärtsvikt.
- Telefonkontakt med distriktssköterska och dotter. Önskar korrigerig i ApoDosen. Läkare meddelas.

## April – juni 2010

- Läkare förlänger ApoDosen. Dexofen ska dras in på marknaden i Sverige och man försöker att klara sig med värken utan detta läkemedel.
- Dotter ringer för att boka läkartid för anhörig.

## Biståndshandläggningens dokumentation

Mars - maj 2009

Ansökan gäller bistånd enligt 4 kap.1§ i form av bistånd i hemmet.

Biståndets syfte är att XX skall uppnå skälig levnadsnivå och att hon ska känna trygghet i det egna hemmet.

- Vårdplanering Uddevalla sjukhus.
- Inkom till Uddevalla sjukhus efter fall i hemmet. Röntgen påvisar högersidig höftfraktur.
- Sedan tidigare beviljad trygghetslarm.
- Planerade insatser morgon, middag och kväll bestående av handräckning och stöttning i vardagen.
- Promenader 4 gr/vecka.
- 

Juni – augusti 2009

- Vårdplanering på MÄVA.
- Intagen på grund av andningsbesvär och nedsatt allmäntillstånd. Hjärtstillestånd och defibrillering.
- Mobilisering på MÄVA.
- Planerade insatser morgon, middag, eftermiddag och kväll.
- Ansökan om äldreboende/serviceboende.
- Ansökan avslås.

September – december 2009

- Planerade insatser morgon, middag och endast telefonkontakt på kvällen.

Juni 2010

- XX har bott ett år i sin lägenhet. Har en anhörig som bor i Uddevalla.
- Fortsatt hjälp med tillsyn morgon och middag, telefonservice på kvällen.
- Handräckning och stöttning i vardagen.

Klarar sig nästan helt självständigt, behöver hjälp med tyngre hushållssysslor och dusch samt promenader. X berättar att hon ofta har ont i sitt ena knä vilket gör att vissa sysslor kan hon inte utföra.

## Hemtjänstens dokumentation:

Mars – maj 2009

- Vårdplanering Uddevalla sjukhus. Inlagd på sjukhus på grund av höftfraktur.
- X ska stöttas under sin rehabilitering till fortsatt möjligaste självständighet i vardagen.
- Handräckning/tillsyn morgon, middag och kväll.
- Gångträning 4 ggr/vecka.
- Stödstrumpor, på/morgon, av/kväll.
- Trygghetslarm.

Juni – augusti 2009

- Inlagd MÄVA, Uddevalla sjukhus på grund av andningsbesvär och nedsatt allmäntillstånd. Hjärtstillestånd efter ankomst.
- Handräckning och stöd morgon, middag, eftermiddag och kväll.
- Aktuell ADL. Självständig vid kortare förflyttning med rollator.
- Tillsyn promenader och utevistelse.
- Sällskap och samtal på grund av oro.
- Hjälp med stödstrumpor.
- Trygghetslarm.

#### September – december 2009

- X flyttar till en ny bostad.
- Klarar alla göromål kring sin person på egen hand.
- Sällskap och samtal på grund av oro.
- Tillsynsbesök på kvällen ändras till telefonkontakt.
- Handräckning och stöd morgon och middag.
- Hjälpt med stödstrumpor.
- Trygghetslarm.

#### Januari – juli 2010

- Handräckning och stöd morgon och middag.
- Telefonkontakt kväll.
- Hjälpt med stödstrumpor.
- Sällskap och samtal på grund av oro.
- Trygghetslarm.

### **Hemsjukvårdens/rehabiliteringens dokumentation**

#### Januari – mars 2009

- Vårdtagare larmar. Ligger på golvet med svåra smärtor i höger höft. Utåtroterad fot. Skickas till sjukhuset.
- Vårdplanering.
- Arbetsterapeut – aktuell diagnos/funktionsnedsättning.
- Höft operation, ½ protes.
- Övriga diagnoser – handledsfraktur, fotledsfraktur och lårbensfraktur oklart datum.
- Arbetsterapeut – Sedvanliga restriktioner efter ½ protes med bakre snitt.
- Nedsatt syn – klar och adekvat.
- Hemrehabilitering efter sjukhusvistelse.
- Aktivitet i dagliga livet.
- Hembesök – rehabvågen – arbetsterapeut.
- Hembesök – rehabvågen – sjukgymnast.
- Hjälpmiddelsutprovning – sjukgymnast.

#### April – juni 2009

- Ansökan om hemtjänst. Beviljat.
- Vårdtagare larmar. Är tungandad och rosslig. Tagit medicin utan effekt. Ambulanstransport till sjukhus.
- Inlagd MÄVA.
- Vårdplanering MÄVA.
- Hälsohistoria/läkemedelshantering – vårdplaneringssköterska.
- X klar och adekvat samt sköter medicinering själv.
- Nedsatt aptit.
- Yrsel relaterat till medicinjusteringen.
- Efter sitt hjärtstopp – oro.
- Gånghjälpmedel - sjukgymnast.
- Hembesök – rehab.vågen ordinärt boende – arbetsterapeut.

#### Juli - september 2009

- Hembesök – biståndshandläggare –ansökan om äldreboende/servicelägenhet.
- X flyttar till annan bostad.

- Ros och ris blankett skickad till anhörig som haft klagomål på utförande av beviljad tjänst.
- Retur av diverse hjälpmedel.
- Överrapportering till Hemsjukvårdens arbetsterapi.
- Värk och smärta i benen och svårt att stå på grund av detta.
- Arbetsstol, vill laga mat själv.
- Telefonkontakt – arbetsterapeut.
- Tar tillbaka önskan om en arbetsstol.
- X hör av sig om behov uppstår.

#### Oktober – december 2009

- Ändring av insatser.
- X larmar. Är yr och har svårt att andas. Ambulans och inlagd på MÄVA.
- Meddelande/överrapportering från arbetsterapeut på Uddevalla sjukhus.
- Önskemål om en transportrullstol.
- X orkar inte gå någon längre sträcka. Önskemål om en transportrullstol för att kunna resa till släktingar.
- Transportrullstol beställd – arbetsterapeut.
- Anhörig meddelad för att vara med X vid utprovning på mottagningen.
- X vill ta bort tillsynsbesök på kvällen. Nöjer sig med telefonkontakt.
- Arbetsterapeut i kontakt med anhörig. Bokar tid för utprovning av transportrullstol.
- Besök på mottagningen – arbetsterapeut.
- Informerar X och anhörig om bromsar, tippskydd och ihopfällning av rullstolen.
- Extra utrustning till rullstolen.
- Ny rollator.
- X är yr och ont i bröstet och mår dessutom illa. Ambulans och MÄVA inlagd.

#### Januari – mars 2010

- Telefonsamtal med X som är missnöjd med insatsen toastädning. Har punktstäd inlagt.

#### **Hur intages läkemedel**

- Sköter sina mediciner själv med hjälp av anhörig.

#### **Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången**

- Saknar varför patienten långtidsbehandlas med Plavix. Patienten uppger att hon använder 2 tabletter Betolvidon på morgonen, varför? Ej optimerad hjärtsviktsbehandling. Betablockad används inte på grund av låg puls.
- Läkemedelsavstämning genomförd i maj 2010.

#### **Apotekares kommentar**

- Diskuterat användning av Lasix retard varannan dag. Återfinns inte som aktuell medicin vid läkemedelsintervjun.
- Angående läkemedelslista på vårdcentral är sista notat 09-07-01. Hänvisning till ApoDos i journaltext.
- Framkommer inte om det funnits samarbete med övrig profession för bra förskrivning och följsamhet.
- 

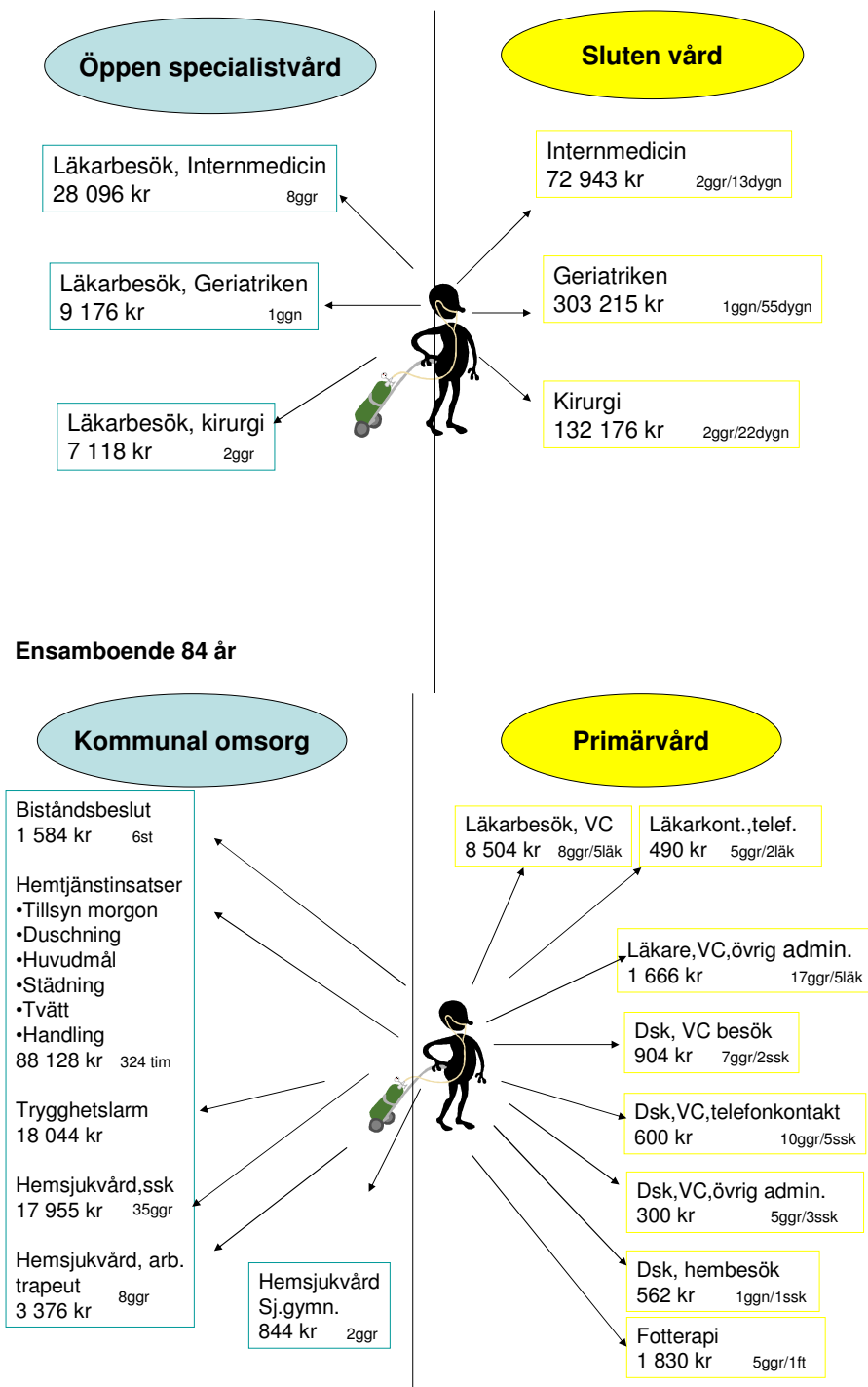
#### **Läkemedelsrelaterade problem**

- Yrsel efter medicinjustering

## Fallbeskrivning 5

### Vård och omsorg för ensamboende kvinna 84 år

**Sammanfattning :** En kvinna med stort omvårdnadsbehov och som behöver stöd och uppmuntran i vardagen för att klara sig i ordinärt boende. **Svaghet:** Bistånd bestämmer vilka insatser och hur mycket, vårdtagaren vill utforma mer själv. Upplever att hemtjänstpersonal är dåligt informerade och utbildade. Saknar kontakt med vårdcentral samt hembesök från hemsjukvård. Får inte den medicinerig vårdtagaren upplever sig behöva mot oro. Saknar rehabiliterings insatser efter sjukhusvård. **Styrka:** Inlagd på MÅVA, besök av mobila teamet. Anhörigstöd. Engagerad i kyrka och pensionärsorganisation. Har läkare på vårdcentral som håller ihop läkemedel.



### Sammanställning och överblick

Total kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	508 334 kr
•Öppen specialistvård	51 653 kr
•Primärvård	14 856 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>574 843 kr</b>
•Kommunal Omsorg	129 971 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>704 814 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	14 688 kr



Diagnoser inom slutna vård	Infektionssjukdomar, tumör, endokrin sjukdom, sjukdom i nervsystemet, öronproblem, hjärtsjukdom, matsmältningsproblem, urinvägsproblem, onormala kliniska fynd, andra kontakter med sjukvården	
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnproblem, trötthet, själslig oro, svullna ben och fötter Annat: ensamhet	
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja, matdistr. Städ, tvätt, dusch, utevistelse, apoteksärenden	
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativt team etc	Nej	
Hjälp av anhörig/närstående	Ja	
Läkemedel enligt personen själv	11	
Analys av läkemedelssituation	Diagnos hjärtsvikt kan ej finnas utan enbart symtombeskrivningar med bensvullnad och Furosemid. Modern hjärtsviktsbehandling saknas. Läkemedelslista på VC. Medicinlista finns men dok. är när Im satts in resp satts ut. Aktuell lista saknas. Samarbete med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet. Förslag om att bistånd från apotekare skulle betytt mycket.	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Det finns läkare på Vc som håller ihop, mängd, följer upp, värderar och omprövar läkemedel.  Undersökningsperioden Januari/februari 2009 – juni/juli 2010	
Slutna vård	Antal vårdepisoder	5
	Antal vårddygn	90
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	8 ( Internmedicin )
	Jourverksamhet/nattpatrull	0
	Akutbesök på sjukhuset	0
Övriga professioner inom öppen spec vård	Sjuksköterska	0
	Audionom	0
	BMA	0
	Dietist	0
	Logoped	0

	Övriga pers	Ja ( uppgift saknas om vad och antal )
Vårdcentralsläkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration* Antal olika läkare	8 0 22 5
Vårdcentralens distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration* Antal olika dsk	2 1 15 7
Vårdcentralens arbetsterapeut	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration* Antal olika arbetsterapeuter	0 0 0 0
Vårdcentralens sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration* Antal olika sjukgymnaster	0 0 0 0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska Arbetsterapeut Sjukgymnast Övrig personal	35 8 2 0

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

### Sammandrag av intervju med kvinna 84 år

Jag har en vacker bostad som jag trivs med men den är lite för dyr så därför letar jag efter något lite mindre bostad och billigare. Det får bli en hyresrätt isåfall. Kommunen är inte kontaktad. Jag har en son som hjälper mig en hel del och jag är nöjd med insatserna från kommunen. Jag sätter stort värde på dagarna när jag mår bra och kan umgås med vänner och bekanta. Jag är engagerad i kyrkan och i en pensionärsorganisation.

Vi utskrivningen från sjukhuset tror jag att en biståndshandläggare från kommunen kom och bestämde vilka insatser jag skulle ha från hemtjänst och hemsjukvård.

På sjukhuset var det bra och jag fick min behandling. Man står ju i beroendeställning. Är inte nöjd med att inte kunna klara mig själv i någon större utsträckning i vardagen. För att komma ut måste jag få hjälp av hemtjänstpersonal.

Jag sover dåligt och tycker att ensamheten är svår. Blev änka för sex år sedan.

Personalen som kommer till mig verkar inte veta vad dom får göra och inte. Dom skulle behöva mer utbildning. Under sommaren kommer så många olika personer och många kan inte svenska. Det går inte att kommunicera. Städinsatserna är begränsade.

Tyvärr så är kontakten med vårdcentralen dålig. Det är ingen som hör av sig och hemsjukvården kommer inte heller på spontana besök. Det skulle jag vilja att de gjorde.

Fotvården fungerar inte heller som jag önskar eftersom regelbunden fotvård behövs på grund av min diabetes.

Jag skulle behöva någon bra medicin för värk och oro. Jag är inte alltid orolig men när det kommer över mig skulle jag vilja ha något lugnande.

Jag önskar att personalen som kommer hit till mig kom regelbundet och att de visste vad som ska göras hos mig.

Det hade nog varit bra med någon form av rehabilitering när jag kommit hem från sjukhuset. Där satte man in stora resurser men inget när jag kom hem. Det hade varit bra om vårdcentralens sjuksköterska varit med på vårdplaneringen.

Jag har stora problem med smärta, sömnlöshet, huvudvärk, ensamhet och tristess. Om jag får önska något utifrån mina behov så är det välutbildad personal. Jag har stora omvårdnadsbehov

och ibland så vet dom inte vad som ska göras. Jag blir så trött på att instruera hela tiden. Det har varit bra kontakt med akuten på sjukhuset men låååång väntan. Jag tycker det är dyrt att gå till tandläkaren och medicinerna är också dyra”.

### Sammandrag av anhörigintervju

Min mamma tycker nog att jag lägger för lite tid på henne. Men jag har mitt arbete som är krävande och har veckan full. Jag försöker hälsa på en gång i veckan. Jag sköter hennes ekonomi och handlar. Mamma har många vänner som kommer och hälsar på och hon verkar vara nöjd med detta. Jag förstår om hon känner sig isolerad. Hemtjänsten kommer men det är olika personer för många gånger. Dom hinner aldrig lära känna mamma och så tycker hon att dom inte klarar av det som hon behöver hjälp med.

### Vårdcentralens dokumentation

Januari - mars 2009

- Telefonkontakt med sjuksköterska.
- Epikris från MÅVA.
- Inlagd MÅVA. Yrsel, bensvaghet, huvudvärk. Blodtryck (bltr) 180/100
- Ny epikris från MÅVA.
- Hembesök av mobila teamet. Uppföljning av läkemedel. Bltr 160/70. Nytt läkemedel Amlodipin 10 mgx1.
- Telefonkontakt med vårdcentralen x 4.
- Information till hemtjänsten angående insulin injektioner.
- Läkarbesök på vårdcentralen. Medicinjusteringar. Benvärken lindrad.
- Fotvård.
- 

April – juni 2009

- Hembesök av mobila teamet. Ökad bensvullnad trots högläge. Dosökning av Lasix retard till 60 mg. Brufén sätts ut och ersätts med Alvedon.
- Läkarkontakt. Ökad värk. Ordineras Alvedon x 3 med tillägg Dexofen 50 mg x 3.
- Telefonkontakt med sjuksköterska för tidsbeställning till läkare. Kontroll av svullna ben.
- Läkarbesök. Missfärgade anklar och fotrygg. Minskad dos Amlodipin till 5 mg. Dubblering av Cozaardosen till comp forte. Benen noggrant kompressionslindade vid hemgång.
- Läkarbesök efter att ha slagit i en arm. Arm och handled svullen. Ordineras vila och Naproxen mot smärta. Återbesök om det inte blivit bättre om 3-4 dagar.
- Fotvård.

Juli – september 2009

- Läkarbesök på grund av miktionsmärta och täta trängningar. Furadantin enligt lista.
- Läkar- och sjuksköterskebesök. Subfebril och buksmärta. Blåstömning via kateter. KAD sätts och ordination på 1 l 5,5%-ig Glucos. Ambulans till NÄL. Anhörig underrättad.

Oktober – december 2009

- Epikris från NÄL
- Läkarbesök på grund av infektion i i bukväggen.
- Ånyo inlagd på NÄL för infektion i bukväggen.
- Operation NÄL.

Januari - mars 2010

- Justering av läkemedel.
- Läkare kontaktar kommunsjukvården. Behöver hemsjukvård.
- Kommunsjukvårdskontakts kontaktas för rapportering om hälsotillstånd och medicinering.
- Fotvård.

- Läkarkontakt. Värken värre framförallt på nätterna. Alvedon 2 tabletter till natten. Om ej hjälper ska morfinpreparatsdosen höjas.
- Ramlat inomhus.
- Kontaktar sjuksköterska. Ledbruten och har ont. Tar Alvedon och OxyContin.

April - juni 2010

- Läkarkontakt med ansvarig sjuksköterska. Patienten har smärtor på nätterna. Läkarbesök planeras om OxyContindosen inte förbättrar patientens smärta.
- Fotvård.
- Ögonbottenfotografering.

Juli 2010

- Smärta vid miktion. Urinprov lämnas och prov skickas för odling.

## **Biståndshandläggningens dokumentation**

Januari - mars 2009

- Utredning avseende ansökan om hjälp i hemmet.
- Vårdplanering på MÄVA och närvarande var xx, anhörig, sjuksköterska, arbetsterapeut och biståndshandläggare från kommunen. Varit inlagd för högt blodtryck och ryggsmärtor. Aktuellt hälsotillstånd visar förkalkningar i rygg och ben. Insulinbehandlad diabetiker, högt blodtryck, hjärtbesvär samt förstoring av hjärtat och ledvärk. Har svårt att klara påklädning. Har stödstrumpor. Vill få stöd de första veckorna med frukost och kvällsmat. Matdistribution från kommunen. Behöver hjälp med städ, tvätt och lägga in kläder i garderoben. Orkar inte bära ut sopor till soprummet och sortera detta. Skall få ApoDos och behöver hjälp med att få hem ApoDosen.

Målet är att xx ska klara ta sig frukost och kvällsmat själv samt att klara egna promenader utomhus igen. Använder sig av rullator inomhus och utomhus.

Beviljade insatser:

Morgon: tillsyn, stödstrumpor på, påklädning, bäddning, frukost

Kväll: kvällsmat, stödstrumpor av, personlig hygien

Dusch 2 ggr/vecka

Promenad 2ggr/vecka

Städ av 2 rum/kök, hall och toalett 1 gång var 3dje vecka

Tvätt 1 gång var 3dje vecka

Matdistribution av färdiglagad middagsmat

Varudistribution.

Trygghetslarm.

ApoDos leverans.

April - Juni 2009

- Promenadhjälp avslutas då xx vill prova att ta promenader på egen hand.
- Benen lindas varannan dag av sjuksköterska. Xx besväras av värk i benen och de är kraftigt svullna.

Juli - september 2009

- Ändring av beslut gällande stödstrumporna. Hemtjänsten vill prova med ett extra besök senare på kvällen där de tar av xx strumporna och hjälper att smörja benen. Samma insatser som tidigare men fördelat på tre besök istället för två.
- Vårdplanering NÄL och närvarande var xx, avdelningssjuksköterska, hemtjänstpersonal, distriktsköterska, sjukgymnast samt biståndshandläggare. Xx inlagd på sjukhus med buksmärter. Samma insatser som tidigare men extra hjälp nattetid vid toalettbesök.
- Läger till eftermiddagsbesök då xx behöver hjälp med mellanmålet.

Oktober - December 2009

- Vårdplanering Uddevalla sjukhus och närvarande var xx, avdelningssjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, distriktsköterska, arbetsterapeut och biståndshandläggare från kommunen. Xx op. för malignitet i buken. Insatser från kommunen har tidigare varit fyra gånger per dag + ett nattbesök.
- Utökad hemtjänst :  
Morgon: personlig hygien, klädsel nedtill, stödstrumpor, frukost.  
Middag: matvärmning och disk.  
Eftermiddag: tillsyn och mellanmål.  
Kväll: kvällsmat – göra extra mål som xx kan ta senare.  
Senkväll: personlig omvårdnad inför natten, ta av stödstrumpor.  
Nattbesök.

Januari – mars 2010

- Omprovning av hemtjänstinsatser.
- Insatserna kvarstår då xx har samma omvårdnadsbehov som tidigare.

## Hemtjänstens dokumentation

Januari - mars 2009

- Vårdplanering MÄVA.
- Inlagd på sjukhus efter fall utomhus.
- Aktuell ADL. Påklädningshjälp. Önskar få hjälp vid frukost och kvällsmat. Stöd vid insulininj. Har stödstrumpor.  
Beslut taget att xx ska få:  
Morgon: tillsyn, stödstrumpor på, påklädning, bäddning, frukost.  
Kväll: kvällsmat, stödstrumpor av, personlig hygien.  
Dusch 2 ggr/vecka.  
Promenad 2ggr/vecka.  
Städ av 2 rum/kök, hall och toalett 1 gång var 3dje vecka.  
Tvätt 1 gång var 3dje vecka.  
Matdistribution av färdiglagad middagsmat.  
Varudistribution.  
Trygghetslarm.  
ApoDos leverans.

April – juni 2009

- Bibehållna insatser
- Får 16 besök/vecka
- Bibehållna insatser
- Ben lindas då de lätt svullnar. Sjuksköterska gör detta varannan dag.

Juli – september 2009

- Bibehållna insatser
- Hjälp med stödstrumpor lite senare på kvällen. Smörja benen.
- Är osäker vid egna promenader. Beviljas 2 promenader/vecka
- Bibehållna insatser
- Ligger till eftermiddagsbesök då xx behöver hjälp med mellanmål. Det blir för långt uppehåll mellan middags-och kvällsbesök utan mat för en diabetiker.
- Mellanmål
- Får 28 besök / vecka exkl. nattbesök

Oktober – december 2009

- Vårdplanering på NÄL. Varit inlagd på grund av buksmärtor
- Bibehållna insatser
- Önskar inga fler nattbesök
- Får 35 besök/vecka
- Vårdplanering Uddevalla sjukhus. Op. för malignitet i buken
- Bibehållna insatser
- Ökat stöd i vardagen med personlig hygien
- Toalettbesök natt

Januari - juli 2010

- Bibehållna insatser

## Hemsjukvårdens/rehabiliteringens dokumentation

Januari - mars 2009

- Vårdplanering MÄVA. Närvarande xx, anhörig, sjuksköterska, biståndshandläggare och arbetsterapeut. Xx hade ramlat vid ett köpcentrum och slagit i ryggen. Hamnade på Uddevalla sjukhus. Rtg rygg och ben visade förkalkningar och även CT skulle visade negativa fynd. Xx är insulinbehandlad diabetiker. Högt blodtryck som medicineras och hjärtbesvär samt ledvärk. Har smärta i benen och ska pröva neurontinmedicin för att minska smärtan. ADL. Behöver hjälp med klädsel. Använder rullator inom-och utomhus. Gör sina dagliga inköp själv. Tidigare bistånd har varit dusch, städ, tvätt och stöd vid måltider.
- Målet för rehabiliteringen är att xx ska klara att ta sin frukost och kvällsmat själv och att kunna ta sina promenader utomhus igen.
- Beviljas utökade insatser.
- Hembesök - Rehabvågen – arbetsterapeut tillsammans med hemtjänstpersonal
- Aktuell situation: enligt läkarutlåtande har xx yrsel och balansrubbingar. Polyneuropati, motorikstörningar och diabetes. Ospecificerad yrsel som ger balansproblem och polyneuropati som ger försämrad känsel i benen och försämrad gångförmåga. Xx använder stödkäpp eller rullator vid förflyttning. Kan endast resa med allmänna kommunikationer om någon person följer med och hjälper henne. Vid färstjänst behöver hon hjälp av chauffören till och från fordonet och hon kan behöva ta med sig en medresenär som hjälper henne vid framkomsten på resmålet.
- Bedöms vara berättigad till färdtjänst.

April - Juni 2009

- Larmpersonal tar blodsocker x 3 natt.
- Läkarbesök på grund av underbensödem. Utsatt NSAID och höjt diuretika.
- Eksem på benen. Elocon och Comprilanlindning.
- Noterat att xx har glasögon och hörapparat.
- Upplever förändring i sin smärta efter utsättning av Brufén. Tar T. Alvedon x 3 som smärtstillande. På en smärtskala 1 – 10 graderar xx att hon ligger på 8 och när det är som sämst 10. När hon var riktigt smärtlindrad låg hon på 2.
- Distriktssköterska beställer Attends 5.
- Läkare har satt in Dexofen 100 mg som hon ska ta 3 ggr/dygn tillsammans med Alvedon.
- Kontakt med läkare om ej förbättring. Justering av Dexofendos. 100 mg 3 ggr under första dygnet tillsammans med Alvedon sedan 50 mg 3ggr/dygn tillsammans med Alvedon.
- Tycker sig bra smärtlindrad på förskrivna dos.
- Stödstrumpor inte tillräckligt. Försök att ta bort Comprilanbindan har inte gått bra . Har satts in igen.

- Eksem blossat upp mer. Smörjer med Elcon varje dag. Lagt extra lager med polster på vänster smalben som skydd.
- Drar sig för att gå ut på promenad då hon känner sig ostadig. Har ont i lederna, knäna och de lindade benen. Promenad stöd 2ggr/vecka
- Läkarbesök. Fortsatta problem med bensvullnad. Fortsatt kompressionsbehandling.
- Blodprovstagning enligt ordination och blodtrycksmätning.
- Mer ödematös om benen med kompressionsstrumpor varför man går tillbaka till Comprilan.
- Blodtryckskontroll.
- Tid för läkarbesök. Har en svullen hand och underarm efter att ha tagit emot med handen vid förflyttning.
- Fortsatt lindning och samma medicinering som tidigare.
- Omvårdnadsbeslut omprövas.
- Dokumentation från fotvårdsterapeut att tår har infekterade nagelband. Sårömläggning.

#### Juli – september 2009

- Fortsatt kompressionsbehandling av benen. Nya stödstrumpor.
- Dokumenterat att xx önskar senare kvällsbesök för avtagning av stödstrumpor.
- Äter fortfarande smärtstillade läkemedel mot värk i benen.
- Inspektion av benen. Fötter och underben ser fina ut bilateralt.
- Åtgärdat ett nageltrång.
- Förkyld och feber. Tillsyn x fler under dagen. Har besvär med magen.
- Ramlat inomhus. Inga synliga skador.
- Söker läkare på grund av magont. Subfebril några dagar.
- Vårdplanering NÄL. Närvarande xx, sjuksköterska, personal från hemtjänsten, distriktsköterska, biståndshandläggare samt sjukgymnast.
- Bibehållen insats enligt 4 kap 1 § Socialtjänstlagen.
- Hembesök – Rehabvågen ordinärt boende – arbetsterapeut.
- Delmål att xx ska klara så mycket som möjligt gällande på/avklädning samt toilett.

#### Oktober – december 2009

- Mycket trött efter sjukhusvistelsen.
- Hembesök – arbetsterapeut tillsammans med hemtjänstpersonal. Klarar att göra smörgås själv med handräckning.
- Läkarbesök. Melena och ont i magen.
- Inlagd på NÄL.
- Ordination om insulininjektion i låren i stället för bukväggen.
- Åter inlagd NÄL.
- Vårdplanering. Närvarande XX, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, kommunsköterska, biståndshandläggare samt kommunens arbetsterapeut. Opererad för malignitet i buken. Smärtpåverkad i rygg och mage.
- Vid hemkomsten extra besök per eftermiddag.
- Erhåller extra sängtillbehör. Ny säng beställd.
- Hembesök – Rehabvågen ordinärt boende – arbetsterapeut.
- Rehabvåg avslutas. Xx försämrad.
- Daglig sårvård.
- Hjälpmedelutprovning – sjukgymnaster.

#### Januari – mars 2010

- Hudförändringar underben. Skyddande förband.
- Diuretika vid behov mot benödem.
- Återbesök till specialistläkare.
- Smärtlindring OxyContin

- Ben svullna – lindas.
- Hudförändringen på underben läker men ömmar på och runt såret.
- Op.såret på buken helt läkt.
- Prövar åter stödstrumpor.
- Behöver promenera.
- OxyContindosen reduceras på prov.
- Läkare ordinerar extra diuretika men xx motsätter sig detta.
- Tar ½ extra diuretikados några gånger i veckan på grund av benödem.
- Mer smärta främst i ryggen.
- Uppföljning av specialistläkare och kirurg.
- Munhälsobedömning/Tandvårdskort.
- Remiss skickad till tandvården.
- Ramlat inomhus. Värk i en axel.
- Sover dåligt. Mer värk i benen. Vid Behovsmedicin aktuellt.

April – juli 2010

- Läkarkontakt. Mer smärta och OxyContindosen höjs.
- Smärtstillande vid behovs medicin. Läkemedel lämnas av hemtjänstpersonal.
- Uppger att ingen förbättring har det blivit av extra läkemedel mot smärtan.
- Ökad dos och uppger sig vara nöjd. Har sovit bra.
- Nedstämd och har behov av social samvaro.
- Fått magsjuka.
- Telefonsamtal från sjuksköterska angående xx smärta, magsjuka, välbefinnande.
- Nöjd för tillfället.
- Hembesök och uppföljning av läkemedel – distriktsköterska.
- Ganska nöjd och promenerar ute ett par gånger per vecka.

#### **Hur intages läkemedel**

- Klarar att sköta sina mediciner själv. Har ApoDos som hemtjänsten hämtar ut på apoteket.

#### **Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången**

Diagnos hjärtsvikt kan ej finnas utan enbart symtombeskrivningar med bensvullnad och Furosemid. Modern hjärtsviktsbehandling saknas.

Läkemedelslista på VC. Medicinlista finns men dokumentation är när läkemedel satts in respektive satts ut. Aktuell lista saknas.

Samarbete med övriga professioner för bra förskrivning och följsamhet. Förslag om att bistånd från apotekare skulle betytt mycket.

#### **Apotekares kommentar**

Det finns läkare på VC som håller ihop, mängd, följer upp, värderar och omprövar läkemedel.

#### **Läkemedelsrelaterade problem**

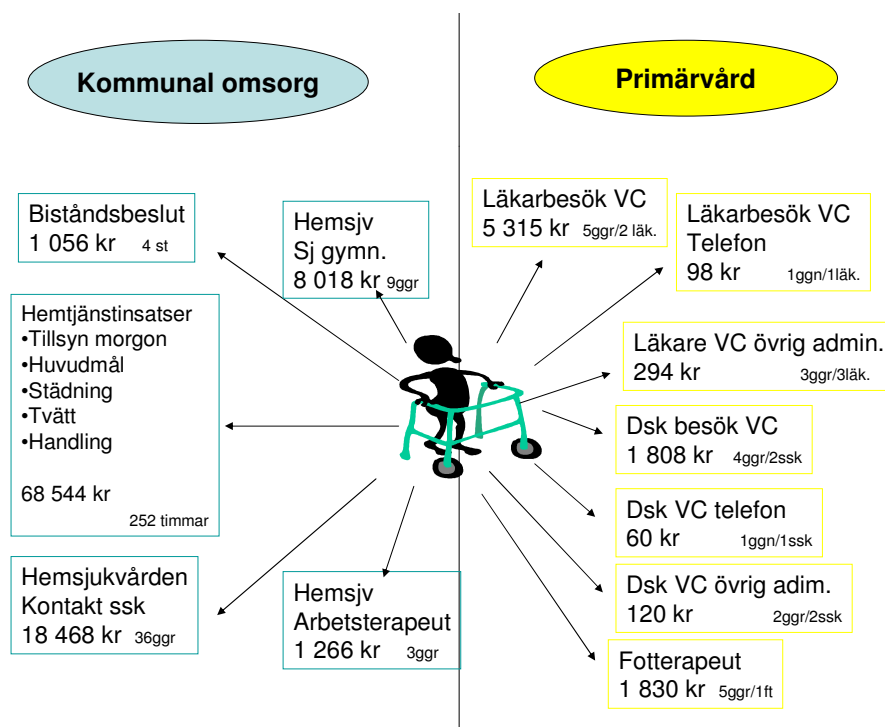
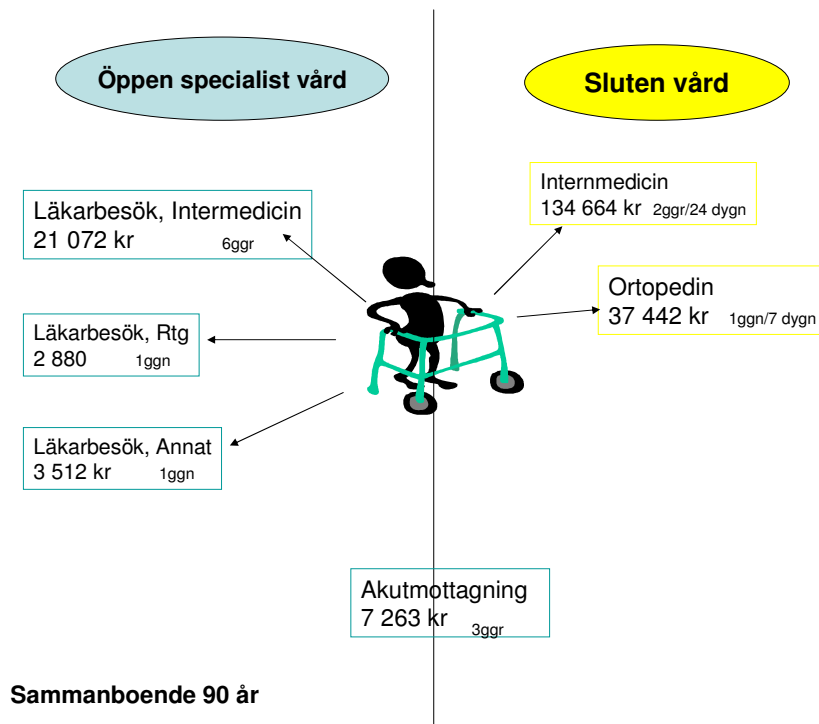
De problem som har uppstått under granskningstiden visar sig vara ”för lite smärtstillande och för sällan”.

## **Fallbeskrivning 6**

### **Vård och omsorg för sammanboende man 90 år**

**Sammanfattning:** Vårdtagaren värderar goda kroppsfunktioner som gör det möjligt att bo i ordinärt boende. **Svagheter:** Saknar information om sitt hälsotillstånd. Brist i hjälp med att hantera oro och ångest samt smärtproblematik. Ingen följsamhet i journalen. Ingen läkare som håller ihop läkemedel. Avsagt sig hemtjänst då denna upplevdes som negativ (privat utförare).

**Styrka:** Har anhörigstöd i form av hustruns insatser i det dagliga livet. MÄVA och Mobila teamet inkopplade. God kontakt med bistånd. Får Apodos.



### Sammanställning och överblick

Total kostnader för patient	SEK
•Sluten specialistvård	172 086 kr
•Öppen specialistvård	34 727 kr
•Primärvård	9 525 kr
<b>Totalt landstinget</b>	<b>216 338 kr</b>
•Kommunal Omsorg	97 352 kr
<b>Totalt landsting och kommun</b>	<b>313 690 kr</b>
Kostnader anhöriga 18 månader	19 584 kr



Diagnoser inom slutna vård	Endokrina sjuk, Psykisk sjuk, Sjuk i nervsystemet, Hjärt sjuk, Andningsproblem, Muskel/skelettsjuk, Urinvägsproble., Onormala kliniska fynd, Skador av yttre orsak	
Övriga problem/symtom	Tänder, yrsel, smärta, trötthet, muntorrhet, svårt att kissa, andfåddhet, hosta, klåda	
Hemtjänst undersökningsperioden	Ja ( morgonrutiner, kvällsrutiner, tvätt, utevistelse, trygghetslarm )	
Hemsjukvård/Äldreteam/Palliativ team etc	Nej	
Hjälp av anhörig/närstående	Ja ( privat städ ) och hustru	
Läkemedel enligt personen själv	6	
Analys av läkemedelssituationen	Inga nya ordinationer finns på vårdcentralens läkemedelslista. Saknar ställningstagande om pat utvecklat hjärtsvikt då diagnos inte finns och inte heller objektiva utredningar. Symtom förenliga med svikt finns t ex dålig aptit, smärta. Trötthet, andfåddhet, nedstämdhet och sömnproblem. Inga uppgifter att läkemedel Hytrinex ska tas på kvällen. Inte konstigt att synkope och ortostatisk hypotension förekommer om man ger 5mg då och då. Läkemedel Atenolol för högt blodtryck verkar bara följa med sedan tidigare och har inte omprövats.	
Sammanfattning av läkemedelsgenomgång	Mest verkar det vara sjukgymnaster och arbetsterapeuter som besöker pat. Mobila teamet och MÄVA mer frekvent än vårdcentralen. Tyvärr ingen läkare som håller ihop, mängd, värderar och omprövar läkemedel Ingen följsamhet i journalen.  <b>Undersökningperioden Januari/februari 2009 – Juni/juli 2010</b>	
Sluten vård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	3 31
Öppen vård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	6 ( 6 intermedicin )

Övriga professioner inom öppen spec vård	Sjuksköterska	0
	Audionom	0
	BMA	0
	Dietist	0
	Logoped	0
	Övriga pers	0
Vårdcentralsläkare	Mottagning	5
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	4
	Antal olika läkare	5
Vårdcentral distriktssköterska	Mottagning	4
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	3
	Antal olika dsk	4
Vårdcentral arbetsterapeut	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivn/administration*	0
	Antal olika arbetsterapeuter	0
Vårdcentral sjukgymnast	Mottagning	0
	Hembesök	0
	Tel/rådgivni/administration*	0
	Antal olika sjukgymnaster	0
Kommunens hemsjukvård	Sjuksköterska	36
	Arbetsterapeut	3
	Sjukgymnast	9
	Övrig personal	0

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

### Sammandrag av intervju med man 90 år

Jag uppskattar att få bo tillsammans med min hustru. Vi sålde vår bostadsrätt så att vi fick lite slantar över. Det blir lite guldkant i tillvaron. Vår ekonomi blir lite stabilare dessutom. Vi klarar oss förvånansvärt bra trots vår höga ålder. Vi har privat städhjälp då vi har avlagt oss kommunens hjälp. Vi lagar all mat själva och vi sköter vår ekonomi. När jag skrevs ut från sjukhuset fick jag bra kontakt med en biståndshandläggare. Det var många som kom till vårdplaneringsmötet. Det var sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. När min hustru hamnade på sjukhus fick jag hjälp av kommunens hemtjänst. Jag är glad att jag kan säga så mycket positivt om allt och alla. Kontakten med vårdcentralen är bra och vill jag ha kontakt med läkare och sjuksköterskor så är det inga problem. När jag hade den kommunala hemtjänsten var jag mindre nöjd med att det kom så många olika personer hem till oss. Och från så många olika länder. Det blev kommunikationssvårigheter.

Jag fick dålig information på sjukhuset om min situation. Jag var så dålig och trodde inte att jag skulle klara mig. Jag har existentiella problem och jag har mina funderingar om livet. Jag skulle nog behövt lite hjälp med detta.

Rehabiliteringen efter sjukhusvistelsen kunde nog ha varit bättre. Eller är jag för gammal att satsas på?

Jag får springa på toaletten ofta. Skulle behöva något bra medel mot det. Något annat som jag skulle önska är att jag fick tandvård till rimligt pris.

Jag har gångsvårigheter och behöver mycket hjälp för att komma ut. Känner mig begränsad eftersom jag behöver hjälp med det mesta. Vi har ryggont båda två och vi har funderat på om vi ska ta kontakt med kommunen för att få hjälp. Vi har bra kontakt med biståndshandläggaren.

Jag vet inte hur kommunen och primärvården samverkar men jag har bra kontakt med vårdcentralen och jag har fått genomgång av mina mediciner. Jag har yrsel därför att blodtrycket är så lågt.

### **Sammandrag av anhörigintervju**

Instämmer med vad maken sagt. Jag försöker att göra det mesta här hemma men jag har ont i min rygg och har hög ålder så hjälp från kommunen kan nog vara bra. Vi är tacksamma för den tid vi får ha tillsammans.

### **Vårdcentralens dokumentation**

Januari – mars

- Ingen dokumenterad kontakt

April – juni 2009

- Fotvård på Vårdcentralen

Juli – september 2009

- Kontakt med distriktsköterska för hjälp att fylla i formulär till ögonmottagningen. Synen försämrad. Ont i sina fötter. Genomgång av medicinerna.
- Fotvård på vårdcentralen.
- Kontakt med vårdcentralen efter fall. Slagit i ryggen. Har ont i sittande ställning och vid rörelse. Recept på Tiparol och Alvedon.
- Läkarbesök. Besvärar av värk. Svårighet att tömma blåsan. Måste kissa ofta. Förvirrad sedan början med Tiparol. Frågeställning: fraktur? Remiss rtg vänster höft och rygg. Får en KAD och råd att sluta med Tiparol. Mot värk Alvedon och Ipren.

Oktober – december 2009

- Telefonkontakt med läkare. Svåra smärtor. Hjälper inte med Ipren och Alvedon. Får pröva OxyContin.
- Distriktsköterskemottagningen och dragning av KAD.
- Vårdas på ortopedkliniken efter fall. Insatt på ökad dos OxyContin
- Överförd till MÅVA. Smärtlindring Matrifen.
- Utskriven till hemmet + utökad hemtjänst.
- Influensavaccinering.
- Hembesök av mobilt team ( läkare och sjuksköterska ). Kontakt via sjukgymnast. Ångestproblem. Rädd att bli ensam. Rädsla att somna. Dödsångest. Ingen matlust – rasar i vikt. Besvärande värk i benet. Insättning av antidepressivt läkemedel. Mirtazapin 15 mg x 1. Mobil läkare kontaktar MÅVA för inläggning avdelningen.
- Återbud till fotvård
- Åter inlagd på sjukhus

Januari – mars 2010

- Fotvård på vårdcentral.
- Läkarkontakter
- Läkemedelsavstämning.

April – juni 2010

- Fotvård på vårdcentral.

### **Biståndshandläggningens dokumentation**

November – december 2009

- Ansökan gäller bistånd enligt 4 kap.1§ i form av bistånd i hemmet.

- Varit inlagd på sjukhuset under perioden november-december på grund av ryggsmärta efter fall utomhus och pneumoni. Beslut tages om tillsyn/handräckning vid klädsel och hygien. Sammanboende med maka. Promenader är beviljade 4ggr/vecka och trygghetslarm är installerat. Målet är att XX ska få stöd under rehabiliteringen till fortsatt möjligaste självständighet i vardagen.

Januari – mars 2010

- Hustrun tillbaka i hemmet efter sjukhusvistelse och det går bättre när de stöder varandra. Antalet promenader ändras. Läger till ApoDos hämtning eftersom det saknades i uppdraget.
- Samtal med hustru som säger att i dagsläget är x inte i behov av hjälp på morgonen för hjälp med baddning och tillsyn. Återkommer om behov uppstår.
- Meddelande från x via hemvården att han vill avsluta sina promenader.

## Hemtjänstens dokumentation:

November – december 2009

- Utredning gjord på MÄVA Uddevalla sjukhus.

Aktuellt hälsotillstånd:

- I dagsläget delvis återhämtat sig avseende andningen. Blir dock tidvis trött och medtagen. Anger själv återkommande smärta i höger ben och höft. Medicinjusterats och ordinerats smärtlindring Matrifenplåster samt Alvedon. Tidigare tablettbehandling för diabetes är nu avslutad. Betecknas nu som kostbehandlad diabetiker. Initialt satt urinkateter på grund av resurin. Utsatt fr.o.m. 2009-10-26. Upplever dock fortsatt vissa besvär vid blåstömning. Bladder visar mindre mängd resurin. Kommer att remitteras för poliklinisk uppföljning via vårdcentral eller urolog. Under vårdtiden haft något nedsatt aptit. Har sedan tidigare diagnos angina, förhöjt blodtryck och diabetes.
- Aktuell ADL - Självständig vid kortare förflyttning med rollator. Tillsyn/handräckning vid hygien och klädsel.
- Sammanboende med maka i lägenhet med hiss.

Januari – mars 2010

- Telefonsamtal från mobil sjuksköterska att hustrun blivit inlagd på sjukhuset på grund av ryggsmärtor. Utökat stöd i hemmet i form av 4 besök/dag. X behöver hjälp med sina mediciner och vid sina måltider. En påminnelse om lyhördhet för hans behov.
- Hustrun tillbaka i hemmet efter sjukhusvistelse och det går bättre när de stöder varandra. Antalet promenader ändras. Läger till ApoDos hämtning eftersom det saknades i uppdraget.
- Samtal med hustru som säger att i dagsläget är maken inte i behov av hjälp på morgonen för hjälp med baddning och tillsyn. Återkommer om behov uppstår.
- Meddelande från x via hemvården att han vill avsluta sina promenader.

## Hemsjukvårdens/rehabiliteringens dokumentation

Oktober – december 2009

- Telefonkontakt – hemrehabilitering. Samtal med hustru som berättar att maken är på sjukhus. Hemsjukvårdens arbetsterapeut kontaktar kollega på Uddevalla sjukhus.
- Sammanfattning och bedömning från arbetsterapeut:
- Telefonkontakt med hemrehabiliteringen. Sjukgymnast.
- Träning/behandling i hemmet Projekt HAV.
- Inskriften i hemsjukvården.
- Remiss inkommer från Mobil doktor.
- Samtal från hustrun att x åter är inlagd på Uddevalla sjukhus.
- Vårdplanering MÄVA Uddevalla sjukhus.

Januari – mars 2010

- TENS-behandling.
- Hemrehabilitering.
- Inlagd på MÄVA för utredning.
- Har av sagt sig all hemvård.
- Mål och delmål uppfyllda.
- Önskar avsluta sina promenader.
- 

### **Hur intages läkemedel**

- ApoDos. Han klarar sin medicinering själv med hjälp av hustrun. Genomgång av läkemedel på vårdcentralen kontinuerligt.

### **Analys av läkemedelssituationen och sammanfattning av läkemedelsgenomgången**

- Inga nya ordinationer finns på vårdcentralens läkemedelslista. Saknar ställningstagande om patienten utvecklat hjärtsvikt då diagnos inte finns och inte heller objektiva utredningar. Symtom förenliga med svikt finns t ex dålig aptit, smärta, trötthet, andfåddhet, nedstämdhet och sömnproblem.  
Inga uppgifter att läkemedel Hytrinex ska tas på kvällen. Inte konstigt att synkope och ortostatisk hypotension förekommer om man ger 5mg då och då. Läkemedel Atenolol ,för högt blodtryck, verkar bara följa med sedan tidigare och har inte omprövats.

### **Apotekares kommentar**

- Mest verkar det vara sjukgymnaster och arbetsterapeuter som besöker patienten. Mobila teamet och MÄVA mer frekvent än vårdcentralen. Tyvärr ingen läkare som håller ihop, mängd, värderar och omprövar läkemedel. Ingen följsamhet i journalen.

### **Läkemedelsrelaterade problem**

- Yrsel och förvirringstillstånd
- Lågt blodtryck

## **Analysarbete för att identifiera systemsvagheter och systemstyrkor**

### **Konferens och workshop i samband med kvalitativ undersökning.**

I maj 2011 genomfördes en spridningskonferens för medarbetare och chefer och politiker från Fyrbodalområdet. Sammanlagt deltog 120 personer på konferensen och flertalet av dessa var även med i de 10 olika workshopgrupperna.

Under workshopen fick grupperna ut fallbeskrivningar från rapporten samt frågeställningar att arbeta och diskutera kring . Dessa frågeställningar var:

- Vilka problem och utmaningar har Ni sett när Ni läst fallbeskrivningen?
- Vilka lösningsförslag har Ni?
- Vem äger problemet?
- Vilka är de mest angelägna problemen att ta tag i- motivera varför.

### **Resultatet från workshopsgruppernas arbete**

Många som arbetar nära brukaren tycker att det saknas någon form av dirigent som håller ihop alla kontakter och åtgärder. För att uppnå detta borde organisationsstrukturer förändras och ansvarsgränser omprövas. Även de ekonomiska förutsättningarna bör ses över. Att arbeta för tydligare information – både till brukaren - och mellan olika huvudmän var även det ett

område som de flesta grupper ansåg. Alla grupper var även överrens om att arbete med Äldre måste få högre status.

Ur brukarperspektiv var förbättringar som individanpassad vård och omsorg, att ha fler boendevarianter, gemensamt huvudmannaskap, samt mottagare i hemmet efter sjukhusvistelse några förslag att arbeta vidare med. Även olika former av kontaktpersoner eller äldrelotsar kan vara förbättringslösningar. Frågan om att skapa äldrecentra var även den en central punkt i många grupper. Problematik med att brukaren inte blir ordentligt utredd och får en diagnos sågs som i ett led att inte fånga problem i tid. Även läkemedelsgenomgångar var ett område som de flesta grupper ansåg vara ett stort problem.

Då det gäller uppföljning av genomförda insatser ansåg några grupper att man borde kvalitetskontrollera om beslut och åtgärder matchar de förväntningar som brukaren har efter genomförd vårdplanering. Att även utveckla vårdplaneringsprocess en för att öka tryggheten i vårdövergångarna för individen samt öka samarbetet så att fler insatser kan göras i hemmet. Även vårdplanering bör enligt grupperna göras i större utsträckning i brukarens hemmiljö.

Några grupper tog upp problem med kompetensskillnader mellan olika vårdgivare och att det även finns statusskillnader mellan dessa. På det politiska planet upplevde några att det inte står tillräckligt tydligt i kravboken att Primärvården skall vara med på Vårdplanering.

## Arbetsgrupp

Den i rapporten tidigare arbetsgruppen som varit knuten till arbetet kring kvalitativ undersökning Uddevalla/Orust har fått egna frågor att analysera. För denna grupp var frågeställningen att identifiera systemsvagheter och styrkor som de kunde koppla till rapportens sex stycken typfall.

## Identifierade systemsvagheter

- Arbetsgruppen ser att många besök kan bero på att patienten vill bli sedd, har existentiell oro eller önskar kontakt etc. vilket yttrar sig i att denne söker för exempelvis yrsel och vill få blodtrycket kontrollerat. Detta kan tolkas som att den enskildes psykosociala behov inte synliggörs. Svårigheter att möta vårdtagares och anhörigas oro/ensamhetsproblematik. Samtalskontakt önskvärt i större utsträckning av ex. diakon och kurator. Många telefonkontakter från en specifik patient renderar inte ett observandum till att göra något som t ex hembesök.
- Vidare har gruppen tagit upp att det bör läggas tid på bättre informationssamtal gällande sjukdoms/funktionstillstånd mellan läkare/patient och läkare/sjuksköterska när aktiv behandling övergår i palliativ vård, eller när behandling inte kommer att bota eller förbättra symptom.
- En annan stor punkt är att det generellt måste bli bättre dokumentation i journaler för att få bättre helhetsbild, och även att ha tillgång till journaler mellan olika vårdgivare. Dokumentationen upplevs ske utifrån personalkategorier och inte utifrån patientens behov. Saknar även uppföljning av att beslutade insatser blir genomförda samt effekter av insatser (Diagnostik-Behandling-Uppföljning).
- Att lägga resurser på att få bättre läkemedelsavstämning för ökad kvalitet i läkemedelsanvändning är angeläget.

- Utifrån den äldres behov skall rätt läkemedel ges. För lite forskning om och kring äldre exempelvis gällande läkemedel generellt är ett problem.
- En annan vinkling är att skapa förutsättning för bättre utbildning kring specifika insatser till enskilda vårdtagare ökar tryggheten för både vårdtagare och personal- framförallt inom hemtjänst. Arbetsgruppen har även lyft att införandet av vårdval och fragmenterade organisationer skapar problem i helhetsarbetet.
- Patienter måste i dagens system söka flera läkartider för olika åkommor, vilket inte gynnar multisjuka. Läkarbesök är snävt tidsatta vilket kan skapa problem.
- Vårdtagarna påtalar behov av mer träning och rehabilitering.
- Problematiken kring att läkare inte gör några eller fåtal hembesök och får förlita sig på sjuksköterskas bedömning. Primärvårdens sjuksköterskor gör inte heller de tillräckligt med hembesök gällande denna vårdtagargrupp. Primärvården arbetar olika, vissa har hembesök och andra inte.
- Kommunsjuksköterskor påkallas till vårdtagaren när det sker förändringar i hälsotillståndet och inte så mycket proaktivt. Många medicinska åtgärder delegeras till baspersonal.
- Vårdtagare har i intervjuerna uttryckt att de upplever att det kommer många olika personer från hemtjänsten.
- Att vårdplanera på sjukhus är inte optimalt då vårdtagarna inte är i balans eller i sin rätta miljö. Bättre med en grundligare vårdplanering i hemmet.

### **Identifierade systemstyrkor.**

- Det finns mycket gemensamma resurser.
- Sociala nätverk, framförallt anhöriga.  
Dessa är positiva faktorer, men ibland kan det vara svårt att ta steget att kontakta dessa, eller så kan diagnoser och hälsa sätta hinder för att delta i gemenskap.
- Aktiva förebyggande insatser ex Balanskola  
Både personal som vårdtagare har uttryckt positiva åsikter gällande dessa.
- Frivilligorganisationer, ex diakoner, röda korset, väntjänst  
Det finns ett samarbete med dessa instanser, men funderingar har kretsats kring om vårdtagare har kontakt med dessa i så stor utsträckning som kanske behövs? En styrka är att diakonissverksamheten ofta besöker vårdtagare i hemmet.

## **Sammanfattning/diskussion**

Personer beskrivs som multisjuka har många diagnoser och flera sjukhusbesök samt bristande funktioner då det gäller att klara sig själv utan serviceinsatser .

Bortfallet var stort detta gör att urvalet kan se lite konstigt ut med tanke på ”rörligheten” trots att man är multisjuk. Vissa personer som blev uppringda var inte i psykisk balans och/eller hade inslag av demens och kunde av den anledningen inte ställa upp på intervju. Med detta i åtanke är det svårt att säkert kunna analysera fram samtliga systembrister för gruppen som helhet - då behoven säkert är mycket olika.

Den ekonomiska kalkylen som följer varje fallbeskrivning visar tydligt att kostnaderna varierar efter insatser. De personer som har anhörig som hjälper i vardagen ligger lägre i kostnader då kommunens insatser och kostnader är låga eller obefintliga. Anhörigvården av multisjuka vilar på att inget oförutsett händer, vilket ur systemsynpunkt är en svaghet. Viktigt att kommunen har en beredskap för detta, men kort eller ingen inställetid- vilket idag är svårt att uppnå då många av individerna i denna grupp är okända av kommunen.

Rehabilitering av sjuka äldre är viktigt och har inverkan på de sjukas hälsotillstånd. Delmål och mål har uppnåtts enligt dokumentationen. Rätt smärtlindring och övrig sjukvårdande insats är det ett vinna/vinn koncept.

Alla äldre personer med stort vårdbehov och behov av sjukhusvård ska läggas in på en äldreavdelning och alla professioner runt den sjuka ska vara mobila. Att sätta patientens behov i centrum och inte professionen är något vi måste arbeta mer med.

Det stora behovet av samordning, samarbete och gemensam planering i den äldres aktuella situation är en av de brister man kan se. Detta måste finnas för att minimera skador och felbehandlingar i vård och omsorgsarbetet.

Gemensamt för dessa sex fallbeskrivningar är att förbättringar bör göras inom följande områden. (Se även sammanfattande analys sid 16):

- Bättre läkemedelsavstämning.
- Mer sammanhållen vård/omsorg.
- Bättre servicefunktioner - vården mer tillgänglig och mer individuell- utifrån vårdtagarens behov och inte efter befintlig struktur.
- Bättre uppföljning av insatser
- Bättre dokumentation
- Lyfta upp och arbeta med existentiella frågor

## **Slutsatser systemnivå:**

### **Organisationskultur**

En viktig del som framgått genom det arbete vi haft tvärfunktionellt med olika vårdgivare- och som även kan tolkas in i bristerna i vården – är den organisationskultur som negativt präglat förutsättningar för samverkan och kvalitetshöjande arbete. Många gånger stannar goda ansatser och förbättringar upp på grund av personalens svårigheter att lyfta vissa (känsliga) ämnen. Här kommer även det faktum in att många inte känner att de fritt kan kritisera arbetssätt, andra professioner eller vårdetiska aspekter. Mycket av detta ligger på den mer hierarkiska organisationsuppbyggnad som den svenska vården präglas av- samt att vårdkulturen härstammar från både fattigvård som klostervård. Viktigt är att medvetengöra tidigare tankestrukturer, och aktivt anpassa dem till mer modern användning. Angeläget är att börja arbeta med att skapa intelligenta organisationer, där kommunikation prioriteras över alla gränser för att hitta synergier och smarta lösningar. En miljö som är rik på information, återkoppling, mentorskap, mätning och flexibla nätverk bör eftersträvas vilket kommer att

gynna både vårdtagare som vårdgivare- oavsett organisationstillhörande. De olika vårdaktörerna måste komma ur sina stuprör och arbeta mer projektaktigt.

### **Systemet beroende av anhörigvård**

Viktigt är att inse att dagens vård och omhändertagande vilar i mångt och mycket på den gamla traditionen av anhörigstöd. Historiskt har vårdprocesser genom tiderna alltid förlitat sig på stöd eller utformning från enskilda insatser – både privata som enskilda vårdinsatser. Detta måste mer aktivt analyseras, då förutsättningar både demografiskt som kulturellt snabbt håller på att förändras. Det är en av orsakerna till varför ett paradigm måste komma till skott- där patienten mer måste stå i fokus och lösningar för att stärka individuella levnadsvillkor måste stärkas. Inom detta måste vårdformer, exempelvis Hemtjänstinsatser, bli mer flexibla och användarvänliga. När det gäller att flytta ut vårdinsatser från vårdinrättningar till vårdtagares hem, måste de anpassas efter kontexten - dvs. att det faktiskt är en hemmiljö och inte en förlängning av vårdinrättningen.

### **Bättre forskning och smartare tillämpning.**

Sluta famla i mörker och se till att det blir en jämställd vård- både ur kön som åldersaspekt. Är att förskriva läkemedel som vårdinsats den väg som skall följas, bör läkemedelsforskningen utökas med avseende på påverkan och biverkningar. Ett område att utforska är mer förebyggande vård istället för ”reparerande”. Här finns stora forskningspotentialer. Även att se till att sprida resultat som både kunskap som debatt nationellt. Idag görs många bra piloter, försök och studier- men det är dålig samverkan mellan olika delar av Sverige när det gäller att dra nytta (eller bygga vidare på) redan producerade resultat.

Att tillämpa bättre informationsbunden kunskap gäller även utvecklingen för bättre samkörda system- att system och innehållsmässigt skapa bättre journaler. Detta är viktigt då det gäller läkemedelsrelaterad informationsöverföring mellan vårdgivare. Epikriser och uppdateringar bör snabbt vara tillgängliga för vårdgivare. Kanske att man även skall ha samkörda system gällande omvårdnad som omsorg för att göra bättre helhetsbedömningar.

**Bilagor:****BILAGA 1****Frågeguide för intervjuer med äldre inom projektet**

Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

**A. Bakgrundsuppgifter**

Intervjunummer

Tidpunkt för intervju

## ADRESSUPPGIFTER

## DEN ÄLDRE

Namn .....

Adress .....

Tel .....

## ANHÖRIG/NÄRSTÅENDE

Namn .....

Adress .....

Tel .....

1) Ålder

2) Kön  
 Man  
 Kvinna

3) Civilstånd  
 Gift/Sambo  
 Ogift  
 Skild  
 Änka/Änkling

4) Ensam-/samboende  
 Ensamboende  
 Samboende

5) Närmaste anhörig eller närstående?  
 den som är mest involverad i din livssituation och som du tillåter oss att intervjua.

Make/Maka/Sambo  
 Son  
 Dotter  
 Granne  
 Vän  
 Annan, ange vem.....

6) Vad arbetade du med innan du pensionerade dig (tidigare yrkesverksamhet)?  
 vad har ditt arbete bestått i, inom vilket område har du arbetat och i vilken funktion?

.....

7) Var är du född?

.....

8) Hur många år har du gått i skolan?

9) Vilken/vilka skolor har du gått i?

Folkskola

Realskola

Gymnasium/eller motsvarande

Yrkesskola

Annat skola, vilken?.....

10) Har du studerat på universitet, högskola eller motsvarande?

Nej

Ja, ange utbildning.....

#### B. Boende

11) Hur länge har du bott där du bor nu?

12) Känner du dig trygg i din bostad?

Ja

Ganska

Nej

Om nej, varför?.....

13) Skulle du vilja byta bostad?

Ja

Nej

Om ja, av vilket skäl vill du byta bostad? .....

14) Hur skulle du vilja bo om du själv fick bestämma?

.....

15) Har du ansökt hos kommunen om annat boende?

Ja

Nej

Om du ansökt hur har det gått?

Beviljad

Skriftligt avslag

Annat, ange vad.....

16) Har du fått din bostad anpassad efter dina behov?

Anpassning genomförd. Vad har gjorts och när?.....

Behövs inte

Behövs men har inte genomförts. Vilken anpassning hade behövts?.....

#### C. Funktionsförmåga - Hälsotillstånd

17) Vad klarar/gör du själv?

SYSSLOR/FUNKTIONER	GÖR	GÖR DELVIS	GÖR INTE	KOMMENTARER (MED HJÄLPMEDEL – VILKET/VAD?)
<b>Städning</b>				
<b>Inköp/handling</b>				
<b>Tvätt</b>				
<b>Förflyttning utomhus(gå, åka buss, tåg etc)</b>				

<b>Matlagning</b>				
<b>Dusch/badning</b>				
<b>På- &amp; avklädning</b>				
<b>Toalettbesök</b>				
<b>Förflyttning inomhus inkl uppstigning/sänggående</b>				
<b>Äta</b>				
<b>Sköta ekonomi</b>				

18) Har du hörapparat?

Nej

Ja, om ja använder du den? .....

Andra hörhjälpmedel, vilka:.....  
telefonhjälpmedel, ljudförstärkning, teleslinga, TV/radiohjälpmedel osv

19) Har du kontakt med hörselvård/hörselkonsulent?

Nej

Ja, om ja hur länge sedan och hur fungerar kontakten?.....

20) Har du glasögon?

Nej

Ja, om ja använder du dem? .....

Andra synhjälpmedel, vilka?.....

21) Har du kontakt med synvård/synvårdskonsulent?

Nej

Ja, om ja hur länge sedan och hur fungerar kontakten?.....

22) Använder du andra hjälpmedel i vardagen?

ex vis rullator, rullstol, käpp, gåbord, strumppådragare, griptång, burköppnare, höjare av säng-/toasitshöjare, dörröppnare, spistimer osv

Nej

Ja, vilka.....

23) Har du själv betalat för något hjälpmedel?

Nej

Ja, vilket/vilka?.....

24) Har du problem med tänderna?

Nej

Ja

Om ja, ange vad

Problem att tugga

Ont/värk i tänderna/munnen

Torr i munnen

Annat, ange vad.....

25) Har du?

Egna tänder

Proteser

Bryggor

- Implantat**  
 Annat, ange vad.....

26) Har du besökt eller haft besök av tandläkare/tandhygienist?

- Nej  
 Ja gjort besök på klinik  Tandläkare  Tandhygienist  
 Ja fått besök i hemmet  Tandläkare  Tandhygienist

Om ja, när hade du senast kontakt \_\_\_\_\_

Om ingen kontakt, varför?

- Inte haft behov  
 Avstått av annat orsak, ange skäl.....

27) Har du?

- Fått erbjudande om munhälsobedömning och tackat ja  
 Fått erbjudande om munhälsobedömning och tackat nej  
 Fått intyg/"grönt kort" för tandvårdsstöd/nödvändig tandvård  
 Med hjälp av intyget fått nödvändig tandvård

28) Behöver du hjälp med din dagliga skötsel av tänderna/munnen?

- Nej  
 Ja

Om ja, får du den hjälp du behöver?

- Nej  
 Ja

29) Har du problem med ...?

SYMPTOM	Inga	Ibland	Stora	BESKRIV PROBLEMEN
Yrsel				
Huvudvärk				
Smärta				
Sömnbesvär				
Mardrömmar				
Trötthet				
Själslig oro				
Kroppslig oro				
Är ofta ledsen				
Dålig aptit				
Muntorrhet				
Ont i magen				
Illamående				
Diarré				
Förstoppning				
Svårt att kissa				

<b>Andfäddhet</b>				
<b>Hosta</b>				
<b>Svullna ben/fötter</b>				
<b>Klåda</b>				
<b>Annat</b> (tristess, en-samhet osv)				

30) Är du nöjd med din vikt?

ja

nej, varför.....

31) Vad väger du?  kg

32) Har din vikt förändrats under senaste två åren?

Ja, den har gått upp, om ja hur mycket.....

Oförändrad

Ja, den har gått ner, om ja hur mycket.....

33) Hur lång är du?  cm

34) Har du problem med urinläckage?

Nej

Ja

Om ja har du hjälpmedel, använder du dagligen, fungerar hjälpmedlet för dig, har du fått hjälp med utprovning/undersökning/diagnos?

35) Vad sätter du mest värde på i tillvaron/livet?

36) Är det något du brottas med/något som är särskilt besvärligt i din vardag?

37) Är det något du inte kan göra och som du saknar av sånt du gjort tidigare?  
promenader/utevistelser/resor/aktiviteter osv

#### D. Läkemedel

38) Tar du några läkemedel?

Nej

Ja

Om ja hur många

Visar recept

Visar förpackningar

Visar läkemedelslista, datering

Visar läkemedelsjournal, datering

Visar dosett

Visar apodos

Uppgifterna tas ur minnet

Annat, ange vad?.....

39) Har du en läkare som tar ett helhetsansvar för dina läkemedel?  
finns någon som följer, värderar och omprövar?

Nej

Ja, om ja var arbetar denna läkare?.....

40) Har du fått hjälp med genomgång av dina läkemedel?

- Nej  
 Ja

Om ja när skedde detta?

Vem gjorde genomgången

- Husläkare  
 Specialistläkare  
 Distriktssköterska  
 Annan, ange vem.....

41) Får du hjälp att ta dina läkemedel?

- nej  
 ja

Om ja, av vem och på vilket sätt

- Distriktssköterska, på vilket sätt.....  
 Vårdbitråde, på vilket sätt:.....  
 Anhörig, på vilket sätt:.....  
 Annan, ange vem:.....

42) Har du problem med dina läkemedel?

- Nej, inga problem  
 Oro över biverkningar  
 Svårt att svälja  
 Problem med förpackningar  
 Svårt att förstå anvisningarna på förpackningarna  
 Glömmer att ta läkemedlet  
 Mår inte bra av läkemedlet  
 Läkemedlet har dålig effekt (ex vis på smärta)  
 Tar extra dos utöver det förskrivna  
 Annat, ange vad.....

43) Har läkare förskrivit något läkemedel som du inte tagit?

- Nej  
 Ja, om ja ange vad?.....

44) Tar du något läkemedel som din läkare inte förskriver?  
(ex vis hostmedicin, smärtstillande, vitaminer, naturläkemedel)

- Nej  
 Ja, om ja ange vad?.....

45) Tycker du att dina läkemedel är nödvändiga för dig?

- Nej, de är inte nödvändiga  
 Ja, vissa är nödvändiga  
 Ja, alla är nödvändiga

46) Finns något problem du önskar du kunde få läkemedel för som du inte har?

.....

E. Insatser genom kommunens vård och omsorg/hemtjänst / anhörig/närstående/frivilligverksamhet/väntjänst

47) Har du någon form av hjälp/stöd?

- Nej klarar sig helt själv

Ja, om ja svara enligt nedan

HJÄLP MED	JA	NEJ	VEM HJÄLPER	HUR OFTA	TIM PER MÅN
Städning					
Tvätt					
Matinköp					
Matdistribution (matlåda)					
Matlagning					
Dusch/badning					
På- & avklädning					
Toalettbesök					
Kvällshjälp					
Natthjälp					
Ledsagarhjälp					
Dagverksamhet					
Trygghetslarm					
Färdtjänst					
Ekonomi					
Läkemedel/Läkemedelsintag					
Munvård/Tandborstning					
Hemvårds-/anhörigbidrag					
Annat					

#### F. Synpunkter – kommunens vård och omsorg/hemtjänst

48) Har du kommunal vård och omsorg/hemtjänst?

Nej

Ja

Om nej skulle du vilja ha

Nej

Ja, om ja varför? .....

Hur länge har du haft vård och omsorg/hemtjänst?

Hur gick det till när du först fick kontakt med biståndshandläggare?

Hur uppfattade du kontakten? Var anhöriga/annan person med vid biståndsbedömningen? Vilka möjligheter till påverkan har du haft?

Om du inte fått igenom dina önskemål - av vilken anledning tror du?

Vad tycker du om den hjälp/stöd du får?

Får du den hjälp du önskar/behöver? Hur fungerar resp insats? Är det samma vårdbiträden som kommer till dig? Fungerar något vårdbiträde som din kontaktperson?

Hur många olika vårdbiträden/undersköterskor/sjuksköterskor besöker dig?

Under en vecka

Under en månad

49) Om du själv fick bestämma, skulle du vilja ändra på något eller skulle det se likadant ut vad gäller hur kommunens vård och omsorg/hemtjänst fungerar?

50) Har du behov av hjälp från kommunens vård och omsorg/hemtjänst som du inte får nu?

promenader, hjälp som inte ges med hänvisning till gällande regler för hemtjänsten, behov av annat boende, anser inte att ekonomin tillåter osv

G. Synpunkter - anhörig-/närståendestöd

51) Har du hjälp av anhörig/närstående?

- ja  
 nej

52) Om du inte har anhörig/närståendehjälp – skulle du vilja ha?

- nej, varför? .....
- ja, varför? .....

53) Hur tycker du att hjälpen/stödet från anhöriga/närstående fungerar vad gäller..?

54) Om du själv fick bestämma, skulle du vilja ändra på något eller skulle det se likadant ut vad gäller hur hjälpen/stödet från anhöriga/närstående fungerar?

55) Önskar du mer hjälp av närstående/anhöriga än du får idag?

H. Synpunkter – frivilligverksamhet/väntjänst

56) Har du hjälp genom frivilligverksamhet/väntjänst?

- ja  
 nej

57) Om du inte har frivillig-/väntjänstkontakt – skulle du vilja ha?

- nej, varför? .....
- ja, varför? .....

58) Hur tycker du att hjälpen/stödet från frivilligverksamhet/väntjänst fungerar vad gäller..?

59) Om du själv fick bestämma, skulle du vilja ändra på något eller skulle det se likadant ut vad gäller hur hjälpen/stödet från frivilligverksamhet /väntjänst fungerar?

60) Skulle du önska mer hjälp/stöd från frivilligverksamhet/väntjänst än du får nu?

I. Synpunkter - slutenvård

61) Har du deltagit i någon vårdplanering i samband med att du skrivits ut från sjukhuset?

- nej, varför? .....
- ja, om ja – hur gick det till - vilka deltog? (sjukhuset, primärvård, biståndshandläggare, anhöriga, annan)

62) Tycker du att du fått stanna på sjukhuset så länge som du behövt?

- nej, om nej varför? .....
- ja.....

63) När du skrivs ut från sjukhuset har du haft bokad tid för återbesök inom hälso och sjukvården eller inom kommunens vård och omsorg?

- ja, när/var/vem? .....
- nej, om nej varför? .....

64) När du skrivs ut från sjukhuset har det planerats för kommunens vård och omsorg vid hemkomsten?

- nej, om nej varför? .....
- ja, vilken hjälp fick du .....

65) Hur tycker du att du blivit omhändertagen/behandlad på sjukhuset?

66) Om du själv fått bestämma, skulle det ha sett likadant eller annorlunda ut?

67) Är det något du hade behövt/velat få som du inte fick?

**J. Synpunkter öppenvård – vårdcentral, akutvård, övrig specialist-vård och vård i hemmet**

Hur tycker du att kontakterna fungerat med/på vårdcentralen?

läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övrig personal

Hur tycker du att kontakterna med hemsjukvården fungerat?

Hur tycker du att kontakterna fungerat med akutvården?

68) Hur tycker du att kontakterna fungerat med övrig öppenvård/specialistvård?

69) Om du själv fått bestämma, skulle det ha sett likadant eller annorlunda ut?

70) Är det något du hade velat ha eller önskat som du inte har fått?

71)

K. Synpunkter - rehabilitering

72) Har du fått rehabilitering?

ja, när, var och av vem? .....

nej, varför .....

Om nej – visste du vart du ska vända dig om du behöver rehabilitering?.....

73) Hur tycker du att kontakterna med rehabiliterande verksamhet har fungerat? (sjukgymnast, arbetsterapeut, dagrehab, hemrehab osv)

74) Om du själv fått bestämma, skulle det ha sett likadant eller annorlunda ut?

75) Är det någon form av rehabilitering du hade velat få som du inte har fått?

#### L. Uppsamlade frågor

76) Hur tycker du sammantaget, med tanke på dina behov, att samarbetet har fungerat mellan sjukhuset, vårdcentralen, kommunens vård och omsorg/hemtjänst, dig själv och dina anhöriga/närstående

77) Hur skulle du vilja att samarbetet fungerade om du själv fick bestämma?  
(sluten- och öppenvård kommunens vård och omsorg/hemtjänst, anhöriga/närstående och dig själv)

78) **Möjlighet för resp område att lägga till egen fråga**

79) **Möjlighet för resp område att lägga till egen fråga**

#### M. Ekonomi

80) Har du avstått från vård eller omsorg därför att du varit missnöjd eller tyckt att kostnaden varit för hög?

Vård och omsorg	Nej	Ja	Missnöjd med funktion/utförande	För dyrt
Kommunens vård och omsorg/hemtjänst				
Läkare				
Distriktsköterska				
Sjukvård i hemmet				
Läkemedel				
Sjukgymnast				
Arbetsterapeut				
Hjälpmedel				
Tandläkare/Tandhygienist				
Annan vård/omsorg				

**Bilaga 2:**Frågeguide för intervjuer med äldres anhöriga inom projektet:

Kvalitativ uppföljning av multistjuka äldre – Sveriges landsting och Kommuner (SKL)

**A. Bakgrundsuppgifter**

Intervjunummer

Tidpunkt för intervju


**ADRESSUPPGIFTER****DEN ÄLDRE****ANHÖRIG**

Namn .....

Namn .....

Adress .....

Adress .....

Tel .....

Tel

Kvarstående frågor efter intervjun med den äldre:

81) Relation till den äldre?

- make/maka/sambo  
 barn  
 syskon  
 annan, vem? .....

82) Kön

- man  
 kvinna

83) Ålder?

84) Bor du tillsammans med din anhöriga?

- ja  
 nej

**B. Arbetsinsats**

85) Är du pensionerad?

- nej  
 ja, sedan när? .....

86) Har du varit yrkesverksam under de senaste sex månaderna

- nej  
 ja

Om ja, vad har du arbetat med och hur mycket (heltid, deltid)? .....

87) Har du tagit ledigt från arbetet den senaste månaden för att hjälpa din anhöriga?

- nej  
 ja

Om ja, hur mycket (timmar, dagar per månad)? .....

88) Hur mycket har du hjälpt din anhöriga med?

Hjälp med	Aldrig	En gång/ vecka	Flera ggr/ vecka	Varje dag	Timmar per vecka
<b>Städning</b>					
<b>Matinköp</b>					
<b>Tvätt</b>					
<b>Matlagning</b>					

Dusch/Bad					
På & av-klädning					
Toalettbesök					
Matning					
Läkemedel/Läkemedelsintag					
Förflyttning inom hemmet					
Transporter utomhus/Promenader					
Munvård (tandborstning mm)					
Tillsyn					
Annat*					

\* ekonomi, kontakter med vård- och omsorgsgivare, bio-, restaurangbesök, sportevenemang, teater, utflykter osv

89) Hur länge är din anhöriga normalt ensam varje dag?

Ange tim: .....

90) Vem/vilka andra utom du själv och/eller kommunens vård och omsorg/hemtjänst resp hälso- och sjukvården hjälper din anhöriga?

91) Hur mycket tid skulle du uppskatta att den/dessa personer har hjälpt din anhöriga?

Ange det som går att uppskatta i tim/min per dag .....  
per vecka.....  
per månad.....

92) Om du blev erbjuden hjälp av kvalificerad personal med det du nu ger i form av stöd till din anhöriga skulle du tacka ja? Någon annan med utbildning och erfarenhet skulle utföra det du gör nu.

nej, om nej varför?.....

delar av det jag gör nämligen: .....

ja, om ja, hur många timmar per dag skulle du tro behövdes?.....

13) Har du blivit erbjuden hjälp?

nej, om nej skulle du vilja få erbjudande om hjälp?.....

ja, om ja varför avstod du från erbjudandet?.....

C. Bedömning av vård och omsorgsinsatser/hemtjänst

14) Hur tycker du att din anhöriga och du själv blivit omhändertagna/ behandlade inom den slutna sjukhusvården?

15) Hur tycker du att din anhörigas behov har tillgodosetts inom den slutna sjukhus-vården?

16) Finns något som du skulle vilja förändra?

17) Hur tycker du att din anhöriga och du själv blivit omhändertagna/behandlade inom hemsjukvård, akutvård, vårdcentral, öppna specialistvården?

18) Hur tycker du att din anhörigas behov har tillgodosetts inom hemsjukvård, akutvård, vårdcentral, öppna specialistvården?

19) Finns det något som du skulle vilja förändra?

20) Tycker du att din anhörigas behov av rehabilitering/funktionsträning har tillgodosetts?

21) Finns det något du skulle vilja förändra?

22) Hur tycker du att kontakten med biståndshandläggare resp personal inom kommunens vård och omsorg/hemtjänst fungerat?

(Biståndsbedömning och hur insatserna utförs. Har du och din anhöriga varit med vid biståndsbedömningen? Vilka möjligheter till påverkan har ni haft? Om ni inte fått igenom era önskemål eller varit med vid biståndsbedömningen - av vilken anledning tror du? Får din anhöriga hjälp med det du vill/önskar. **Vilka personer kommer till din anhöriga, hur många olika kommer under en vecka/månad?**)

23) Hur tycker du att din anhörigas behov av kommunens vård och omsorg/hemtjänst tillgodosätts?

24) Finns något du skulle vilja förändra?

#### D) Boende

25) Tror du att din anhöriga/närstående är nöjd/trygg med sitt boende?

nej, om nej varför?.....

ja, på vilket sätt

om nej har du eller din anhöriga/närstående funderat på annat boende eller ansökt om annat boende hos kommunen?  
Beskriv:.....

#### E) Uppsamlade frågor

26) Hur bedömer du att samarbetet fungerat mellan sjukhuset, vårdcentralen, akutvården, den öppna specialistvården, kommunens vård och omsorg/hemtjänst, din anhöriga/närstående och dig själv?

27) Om du fick bestämma själv - hur skulle du utforma stöd, hjälp, vård, rehabilitering och omsorg för din anhöriga/närstående?

28) *Varje område formulerar sin specialfråga (kan ex vis handla om övergång till hemsjukvård i kommunal regi för de områden som nyligen genomfört detta)*

#### F) Ekonomi

29) Tror du att din anhöriga någon gång avstått från vård och/eller omsorg därför att han/hon varit missnöjd eller tyckt att kostnaden varit för hög?

Vård och omsorg	Nej	Ja	Missnöjd med funktion/utförande	För dyrt
Kommunens vård & omsorg/hemtjänst				
Läkare				
Distriktssköterska				
Sjukvård i hemmet				
Läkemedel				
Sjukgymnast				
Arbetsterapeut				
Hjälpmedel				
Tandläkare/Tandhygienist				
Annan vård/omsorg				

30) Vad tror du är din anhörigas glädjeämnen i tillvaron?

31) Vad tror du att din anhöriga/närstående kämpar mest med i vardagen?

32) Vad brottas du mest med som anhörig/närstående?

(Är det något du är särskilt bekymrad över? Påverkar din anhörigas situation er kontakt med varandra?)