



report

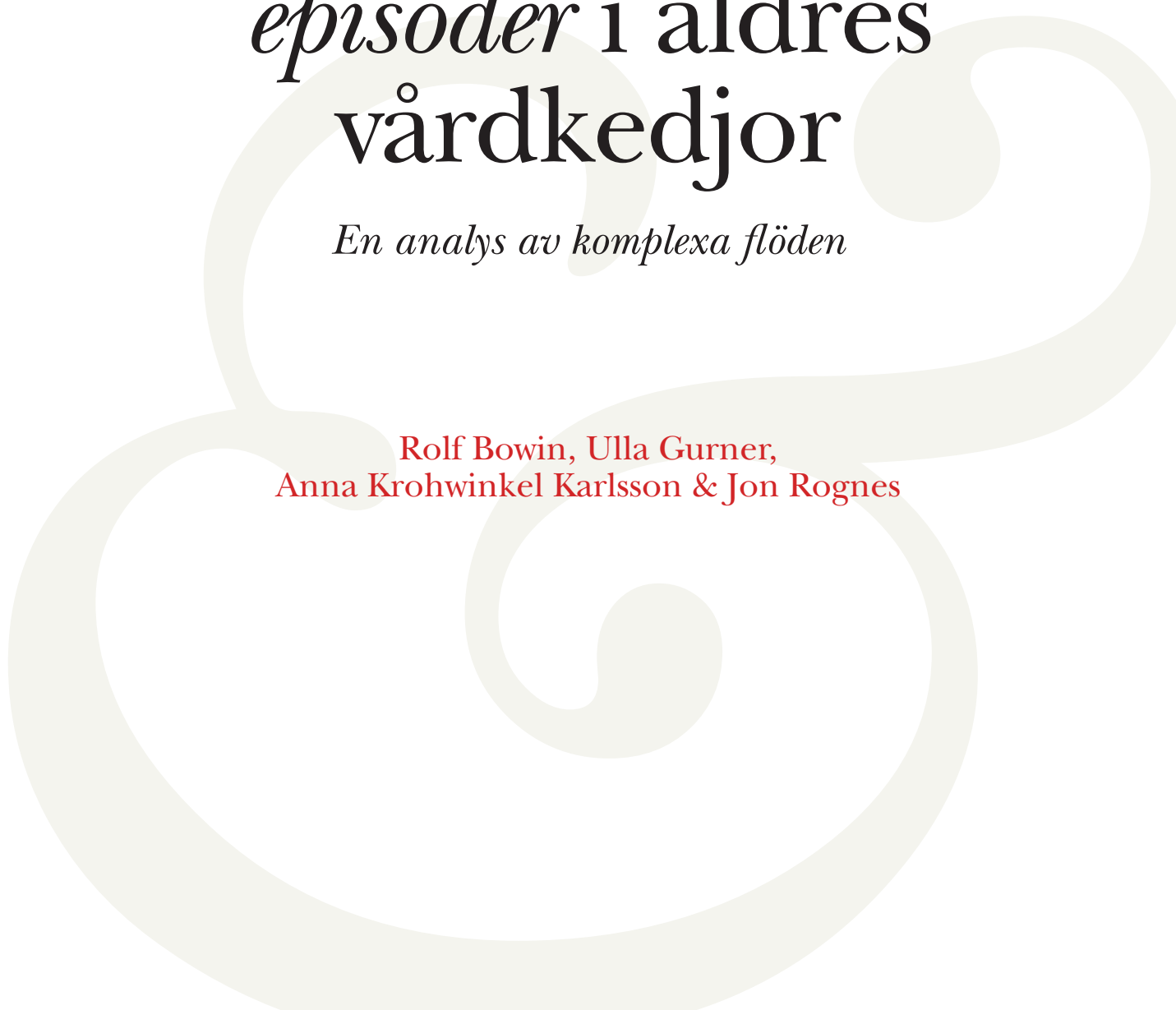
Leading Health Care nr 11 2012

Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor

En analys av komplexa flöden

*Författare: Rolf Bowin, Ulla Gurner,
Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes*





Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor

En analys av komplexa flöden

Rolf Bowin, Ulla Gurner,
Anna Krohwinkel Karlsson & Jon Rognes

Förord

Stiftelsen Leading Health Care har av Socialdepartementet fått i uppdrag att utarbeta underlag för ersättningsmodeller anpassade till de mest sjuka äldres behov. I arbetet har vi valt att ta olika utgångspunkter för våra analyser av problemområdet. En sådan utgångspunkt är att utgå ifrån den mest sjuka äldre. Denna rapport startar där.

Genom att följa ett antal fall på individnivå och belysa dessa i ljuset av processteorier fortsätter vår undersökning av vad som bör krävas av ersättningssystem för att uppnå det vi ofta fångar i ordet samverkan, eller i det mer systemorienterade begreppet integrerad vård. I denna rapport, som har karaktären av ett grupparbete med olika perspektiv som grund, tittar författarna på resor genom vården och reder förtjänstfullt ut vad som kan betraktas som icke-värdeskapande episoder i olika vård- och omsorgsförlopp. Att betrakta de samlade insatserna för äldre multisjuka som ett generiskt flöde visar sig inte vara relevant, varför rapporten fokuserar på återkommande typer av episoder där metoden med processanalys adderar nya kunskaper och insikter.

Att analysera vården och omsorgen utifrån individen gör det möjligt att närma sig principer för ekonomisk ersättning som i högre grad stödjer ett patientcentrerat arbetssätt, snarare än optimering av enskilda enheters resultat och kortsiktiga resursanvändning. I förlängningen tror vi att detta bidrar till mer ekonomiskt effektiva vård- och omsorgskedjor såväl som ökad patientsäkerhet. Till detta återkommer vi i det avslutande steget av vårt uppdrag som genomförs under 2013.

Vi vill tacka såväl våra uppdragsgivare, främst Eva Nilsson Bågenholm och Gert Knutsson på Socialdepartementet, som författarna för engagemang och generositet att dela med sig av sina kunskaper och erfarenheter. Särskilt tack till Ulla Gurner, Äldrecentrum, och Rolf Bowin, HCM, som utsatt sig för mödan att anlägga ett nytt metodologiskt och teoretiskt perspektiv på ett rikt och omfattande empiriskt material. Precis som brister i samverkan inom vården och omsorgen om äldre pekar på behov av gränsöverskridande lösningar, har författarna i praktiken gjort en gränsöverskridande forskningsinsats. Vi tror starkt på detta.

Stockholm i december 2012

Hans Winberg, Ek Lic
Generalsekreterare
Stiftelsen Leading Health Care

Sammanfattning

De mest sjuka äldres vägar genom vården och omsorgen är många. För patientens del är det viktigt att vägen, eller processen, är så ändamålsenlig som möjligt. En ändamålsenlig process måste stödjas av ett ändamålsenligt ersättningssystem, vilket har varit en utgångspunkt i denna rapport.

En allmän beskrivning av komplexa patienters optimala vårdkedja låter sig inte göras, eftersom denna är mer eller mindre unik för varje individ som har mer än en vård- och omsorgskontakt samtidigt. Detta gäller för alla i vår undersökningsgrupp. Vi har istället valt att söka efter likartade episoder i de äldre multisjukas vård- och omsorgskonsumtion, med fokus på på sådana episoder som inte skapar värde. Målet är att föreslå principer för ersättningssystem som skulle kunna reducera förekomsten av sådana icke värdeskapande episoder.

Vi har i studien identifierat fem vanliga typer av icke värdeskapande episoder:

- **Upprepningar/onödiga omtag:** Samma moment utförs flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås.
- **Många parallella processer:** Flera simultana processer som alla involverar samma patient, där åtgärder sätts in var för sig, istället för med hänsyn till patientens sammanlagda behovsbild.
- **Vård på fel nivå:** En uppgift utförs av en aktör som rimligen inte är bäst lämpad för uppgiften, antingen på för hög eller för låg omhändertagningsnivå.
- **Pseudolösningar:** Insatser hanterar symptom eller enskilda problem, men bidrar inte till en långsiktigt hållbar lösning för patienten.
- **Onödiga stopp i processen:** Stopp och väntan som inte tillför något, utan försenar en lösning eller ett svar.

Vi har hittat exempel på dessa typepisoder i samtliga studerade fall, och det tycks finnas inbyggda svagheter i systemet som leder till att de återkommer i liknande form, men varierande grad, för i stort sätt alla patienter med komplex behovsbild. Ett underliggande problem kan i många fall vara utformningen av ersättningar, och att dessa inte stödjer ett gränsöverskridande och helhetsorienterat omhändertagande.

Vi går i rapportens slutavsnitt igenom ett antal ersättningsprinciper som kan användas för att styra mot en mer sammanhållen vård och omsorg. I projektets slutsteg kommer vi att närmare diskutera förutsättningarna för att omsätta principerna i praktiska styrmodeller.

Innehåll

Studiens bakgrund och sammanhang	9
Patienter och processer	11
<i>Processansatser och ersättningsystem</i>	12
Syfte och metod	13
<i>Urval och data</i>	13
<i>Analytisk ansats</i>	14
11 processbeskrivningar	17
<i>Fall 1: Sammanboende man 79 år</i>	17
<i>Fall 2: Sammanboende man 83 år</i>	18
<i>Fall 3: Ensamboende man 92 år</i>	26
<i>Fall 4: Sammanboende man 86 år</i>	28
<i>Fall 5: Sammanboende kvinna 84 år</i>	31
<i>Fall 6: Ensamboende kvinna 82 år</i>	33
<i>Fall 7: Sammanboende man 80 år</i>	35
<i>Fall 8: Ensamboende kvinna 85 år</i>	37
<i>Fall 9: Ensamboende kvinna 78 år</i>	39
<i>Fall 10: Sammanboende kvinna 93 år</i>	42
<i>Fall 11: Ensamboende kvinna 78 år</i>	44
Icke värdeskapande typepisoder	47
<i>Uppprepningar/onödiga omtag</i>	47
<i>Många parallella processer</i>	48
<i>Vård på fel nivå</i>	49
<i>Pseudolösningar</i>	50
<i>Onödiga stopp i processen</i>	50
Reflektion kring bakomliggande orsaker	53
Att styra mot effektivare flöden	56
<i>Hur kan ersättningsystemen anpassas?</i>	56
<i>Processtödjande ersättningsprinciper</i>	58
Referenser	63
Om Leading Health Care	64
<i>Kvalitetskriterier för en LHC-rapport</i>	64
<i>Vill du veta mer om LHC?</i>	64
LHC:s publikationer	65



Öppnas här





Studiens bakgrund och sammanhang

På uppdrag av Socialdepartementet arbetar Stiftelsen Leading Health Care sedan hösten 2011 med att ta fram underlag för ”ersättningssystem anpassade till de mest sjuka äldres behov”.¹ Målet är att etablera principer för ekonomisk styrning som kan fungera som stöd för statens, såväl som för kommuners och landstings arbete med att vidareutveckla sina ersättningsmodeller.

Den grupp som betecknats som ”mest sjuka äldre” består av individer som är fysiskt åldrade med stora behov av både vård- och omsorgsinsatser. Dagens vård- och omsorgssystem karaktäriseras av ett antal gränssnitt som försvårar ett sammantaget omhändertagande anpassat till dessa individers behov. Den ekonomiska styrningen i sin nuvarande form baseras nästan uteslutande på en vertikal logik, som genom sitt fokus på enhetsspecifik resursoptimering tenderar att öka fragmenteringen mellan vård- och omsorgsgivare. En stor utmaning är därför att hitta ekonomiska verktyg som stödjer och stärker den horisontella logiken.

En av de tre centrala principer som lyfts fram i tidigare delar av LHC:s arbete visar på att en sammanhållen vård och omsorg kräver ett fokus på flödeseffektivitet snarare än resurseffektivitet.² För att kunna fokusera på flödeseffektivitet krävs att vi vet mer om flödet, eller om de olika flöden, som en äldre med komplex behovsbild blir en del av på sin väg genom vården och omsorgen.

Detta kopplar direkt till denna delrapport, som undersöker flöden för ett urval sjuka äldre. De studerade fallen utgår från en definition som tar hänsyn till ålder, slutenvårdskonsumtion och antal diagnoser (se vidare under syfte och metod). Vi har kartlagt omfattningen, innehåll och sekventieringen av utförda insatser och analyserar utifrån detta mönster av icke värdeskapande episoder i vården och omsorgen. En systematisk analys av data från faktiska vård- och omsorgsprocesser är en förutsättning för att synliggöra problembilden och utifrån detta kunna styra och förbättra verksamheterna och samverkan mellan dem. Detta gäller speciellt för komplexa patienter som inte på förhand kan inordnas vare sig i ett tydligt aktörs- eller tidsavgränsat flöde.

Som vi visat i tidigare undersökningar pågår det ett stort antal försök till ökad flödesorientering inom vården i dag,³ bland annat inom geriatrisk verksamhet.⁴ En utmaning kring flödesorientering är dock att dagens ersättningssystem inte är anpassade för denna typ av organisering, utan för en verksamhet med resultatenheter, där det i huvudsak är definierade arbetsmoment som ersätts. Ett bredare syfte med denna rapport är därmed att initiera en diskussion kring ersättningsmodeller som kan göra flödena för äldre patienter smidigare.

1 Jfr Socialdepartementet & SKL: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting, 2011.

2 Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. LHC Report Nr 1 2012.

3 Rognes, Jon och Anna Svarts: Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige. I Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. LHC Report Nr 2 2012.

4 Rognes, Jon och Ida Larsson: Lean i äldre vården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker. I Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. LHC Report Nr 1 2012.



Patienter och processer

I tillverkningsindustrin är flödesanalys ett sedan länge beprövat verktyg för att analysera och förbättra produktionsprocessen. Traditionellt består analysen av att ett allmängiltigt (generiskt) flöde för produkterna beskrivs genom produktionsprocessen, och därefter undersöker man om delar av flödet går att förenkla eller göra annorlunda.

Vården har under senare tid, med varierande framgång, lånat mycket av detta tankesätt.⁵ Ett grundantagande är att flödet kan definieras likartat för åtminstone en grupp patienter. Så är fallet när det gäller de mer rutinmässiga delarna av den elektiva vården, åtminstone när patienten inte har några större och mer omfattande komplikationer. Inom sådana områden har vi sett exempel på framgångsrik effektivisering av processer, till exempel i form av ”one-stop breast clinics”, som beskrivits i en tidigare LHC-rapport.⁶

För de mest sjuka äldre har vi en annorlunda situation. Här är de flesta patienter multisjuka och funktionsnedsatta, och är därför del av flera processer samtidigt. I de flesta fall påverkar dessa processer varandra, både genom tidsmässiga beroenden, och genom att insatser inom en process (för en diagnos) kan komma att påverka andra insatser (läkemedel, fysioterapi, hemtjänst mm).⁷

Detta leder till att en allmängiltig beskrivning av en äldre multisjuk patients resa genom vården och omsorgen inte låter sig göras. Även om det på ett övergripande plan finns betydande likheter i vilken typ av vård som patienterna inom guppen normalt är i behov av (här ingår oftast såväl sluten- och öppenvård som äldreomsorg av olika art), så går det inte att förutse i vilken omfattning och ordning de olika insatserna ska utföras, eller av vem. Vi har därför valt en annan ansats än den gängse. Istället för att söka en sammanhållen generisk process har vi valt att söka generiska delprocesser, som vi valt att kalla ”episoder” och som återkommer för flera patienter under deras kontakt med olika instanser inom vården och omsorgen.

Inom processanalys skiljer man på värdeskapande och icke värdeskapande delar av en process. Målet är att minimera eller helt undvika icke värdeskapande aktiviteter. Vi har i vår analys valt att lyfta fram sådana episoder som kan betecknas som icke värdeskapande för de sjuka äldre som studerats. Ansatsen bygger på en teoretiskt informerad analys som beskrivs närmare nedan. Efter att vi identifierat dessa episoder för vi en diskussion kring vad som kan vara underliggande orsaker till att de uppstår och återkommer, med ett särskilt fokus på hur den ekonomiska styrningen av vården och omsorgen skulle kunna förändras för att främja effektivare och mer ändamålsenliga flöden.

⁵ Helgesson, Claes-Fredrik och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om*. Stockholm: IFL och EFI, 2008.

⁶ Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011. *Notera dock att den studerade enheten – One Stop Breast Clinic i Malmö – är nerlagd*.

⁷ Gurner, Ulla och Mats Thorslund: *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Natur och Kultur, 2003.

Processansatser och ersättningsystem

Ett grundantagande i denna rapport är att det finns en inbyggd konflikt mellan enhetsvis resursoptimering, som är den dominerande ekonomiska styrprincipen i vården och omsorgen idag, och en flödesorienterad verksamhet. Antagandet bygger på en teoribas kring verksamhetsstyrning, som för tillfället tydligast ger sig uttryck i den pågående diskussionen kring lean i vården.⁸

Från teorier kring verksamhetsstyrning och flödesorganisering kan vi hämta viktiga resonemang kring flödeseffektivitet. Ofta lyfts tre principer, eller lagar, fram som centrala. Den första säger att genomloppstiden ökar ju fler enheter (patienter) vi har i processen och ju längre cykeltiden är.⁹ Den andra säger att genomloppstiden i en process ökar då det förekommer flaskhalsar, eller med andra ord delar av processen som har högre beläggning än andra.¹⁰ Den tredje säger att genomloppstiden i en process ökar ju mer variation i tillströmningen av patienter, och ju högre beläggning vi har. Om beläggningen närmar sig 100 procent, med samma tillströmning av patienter, kommer genomloppstiden att närma sig det oändliga.¹¹

Ur ett vård- och omsorgsperspektiv kommer dessa lagar i kombination att innebära problem. Vi vet att vi har en stor variation mellan patienter, varje multisjuk äldre är till exempel unik på sitt sätt, och har olika behov vad gäller antal och typ av insatser. Detta i kombination med ett mål att nå så hög resurseffektivitet som möjligt för varje del i vården och omsorgen leder ofrånkomligt till långa genomloppstider. Många patienter inne i processen leder i sig till ännu längre genomloppstider. Dessutom vet vi att det finns flaskhalsar inom vården; resurser det är svårt att få tillgång till när de behövs. Allt detta leder till ett system som inte alltid verkar för ett för patienten effektivt flöde. Något vi måste komma ihåg är att målet inte alltid är ett snabbt flöde, utan snarare ett där rätt insatser kommer i rätt ordning. Att "målvärdet" inte är entydigt är också något som motiverar en noggrannare kartläggning av patientflöden och upplevda problem i dessa.

Flödesorientering innebär ett förändrat fokus på resultat, genom att man går från att se verksamheten som en summa av enskilda aktiviteter och avdelningar till att i stället fokusera på flödet genom verksamheten som helhet, med utgångspunkt i patienten. Fördelen med att tänka process i stället för aktivitet är att fokus hamnar på producerat slutresultat för den äldre med komplexa behov, i stället för på effektivitet i de enskilda momenten. Genom att studera faktiska processer för patienter har vi i denna studie sökt återkommande exempel på episoder där vi ser att flödet inte fungerar tillfredsställande.

8 Se t ex Modig, Niklas och Pär Åhlström: *Vad är Lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet*. Stockholm: EFI, 2011.

9 Little's lag. För en grundligare genomgång av vad flödesorientering innebär rekommenderar vi boken *Vad är Lean* (se föregående not).

10 Lagen om flaskhalsar.

11 Lagen om variationens inverkan.

Syfte och metod

Vi har valt att i denna studie följa ett antal patienter på deras väg genom vård- och omsorgsapparaten. Analysfokus är på vård- och omsorgsepisoder, d.v.s. en kronologisk analys av insatser inom vård och omsorg. Många tidigare kartläggningar av denna patientgrupp har fokuserat på aggregerad vårdkonsumtion över en viss tidsperiod, utan att titta närmare på kopplingarna mellan insatserna, eller deras sammantagna resultat.

Som beskrivs ovan är syftet med denna studie att belysa och kategorisera episoder i vård- och omsorgskonsumtionen som kan anses vara av lågt värde för patienten, till exempel i de fall vi ser onödiga upprepningar, många parallella processer, pseudolösningar eller onödiga stopp i processen (se vidare i avsnittet om icke värdeskapande typepisoder).

Urval och data

Studien analyserar icke värdeskapande episoder och bakomliggande orsaker utifrån elva patientfall. De studerade individerna är alla 75 år eller äldre, och har under en tolv månaders period vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper enligt ICD10.¹² Fallen är en undergrupp av ca 500 multisjuka äldre personer som identifierats inom ramen för flera tidigare studier inom området.¹³

Samtliga elva studerade fall är representativa för gruppen som helhet och kommer alla från ett landstingsområde. Antalet fall som blivit föremål för analys har bestämts enligt kriteriet om teoretisk mättnadsgrad, d.v.s. efter analys av så här många fall har, i tidigare studier på materialet, ingen ytterligare kunskap av betydelse bedömts framkomma. Det slutliga urvalet representerar samtliga vårdcentraler i ett område med både tätort och landsbygd.

Kring varje analyserat fall finns en ansenlig mängd information och data i form av intervjuer, journalanteckningar och registeruppgifter. Analysen grundar sig därmed på både kvalitativa och kvantitativa data. Sammantaget innefattar materialet följande datakällor:

- Intervjudata - intervjuer med undersökningssperson i hemmet samt med anhörig/närstående per telefon
- Registerdata - registreringar inom slutenvård och öppenvård samt kommunens vård och omsorg
- Journaldata - från vårdcentral samt från kommunens biståndshandläggare samt dokumentation från utförare av kommunens öppna hemtjänst
- Läkemedelsdata - faktisk läkemedelsanvändning, följsamhet samt övrig information kring läkemedel

12 Definitionen bygger på vårdepisoder och inte vårdtillfällen. På populationsnivå utgör den grupp som kan räknas inom denna definition ca 5 procent av dem 75 år och äldre.

13 Se t.ex. Gurner, Ulla och Mats Thorslund: *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, Natur och Kultur, 2003*; Gurner, Ulla m fl: *Styckevis och delat, Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshandtering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge, Landstingsrevisionen 19/2005*; Gurner, Ulla m fl: *Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, Stiftelsen Äldrecentrum 2010:7*; Gurner, Ulla m fl: *Utanför sjukhuset - Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL, 2012*.

Vid intervjuerna har en frågeguide, med en kombination av öppna och mer strukturerade frågor, använts. Frågorna omfattar, förutom uppgifter om hälsa och funktionsförmåga, den egna uppfattningen och bedömningen av problem och behov samt hur dessa hanterats och tillgodosetts inom slutenvård, primärvård samt kommunens äldreomsorg. Frågorna till anhöriga har koncentrerats till vilket stöd anhöriga ger, hur anhöriga ser på den multisjukas behov och problem, samt hur dessa tillgodosetts inom olika vård- och omsorgsnivåer.

Undersökningspersonerna har följts genom register och journaler retroaktivt under de 18 månader som föreligger intervjutillfället. Datainsamlingen avslutades hösten 2009.

I vår analys har vi försökt förstå hur vård och omsorg fungerat under 18 månader för de studerade individerna i förhållande till behoven hos dem själva och deras anhöriga. Vi har genom de olika datakällorna kunnat följa vilken vård- och omsorg de äldre fått, samt observera hur de olika vård- och omsorgsgivarna samarbetat i det komplexa sammanhang de verkat i för att tillgodose behov och lösa problem.

Analytisk ansats

Undersökningen bygger på en analys av patientprocesser. Vi utgår ifrån att målet är en så effektiv och problemfri process som möjligt för varje enskild patient. Den gängse ansatsen att definiera en generisk process och därefter optimera denna är svår att applicera på vår undersökningsgrupp, eftersom variationen i de insatser som behövs är så stor att varje patient är mer eller mindre unik. En alternativ ansats är då att söka episoder i patientprocesser som är generiska. De generiska delar som är intressanta att identifiera är sådana som återkommer ofta, och där det finns en stor potential för förbättring.

Som utgångspunkt för detta har vi valt att utgå ifrån tanken om onödiga aktiviteter i en process, med utgångspunkt i teorier kring lean production. Inom teorier om lean och flödesorientering av verksamheter finns åtskilliga kategoriseringar av olika typer av onödiga aktiviteter i ett flöde. De viktigaste generiska kategorierna av onödiga aktiviteter är: lager (outnyttjade produktionsresurser), produkter i arbete (produktionen går långsamt), rörelse (förflyttning i onödan), väntan, överproduktion, onödiga processteg, felproduktion (som måste göras om) samt undermåliga resultat (som inte når upp till kundens/patientens förväntningar).¹⁴

Ovanstående teoretiska perspektiv har legat till grund för en explorativ, tematisk analys av det rika materialet från varje patientfall. Under ett antal workshops med involverade forskare gallrades och bearbetades de generiska kategorierna av onödiga aktiviteter, och resulterade i teman som befanns vara återkommande inom vården och omsorgen. Tolkningen gjordes genom en analys av det empiriska materialet som presenteras nedan, kompletterat av kunskaper från de tidigare studier kring problem i vården av multisjuka äldre som författarna varit involverade i (jfr. not 13).

14 För en diskussion kring dessa se bland annat; Bicheno, John och Matthias Holweg: *The Lean Toolbox – The essential guide to lean*. Buckingham, UK: PICSIE Books, 2009; Womack, James P och Daniel T. Jones: *Lean Thinking: Banish waste and create wealth in your corporation*; London: Simon & Schuster UK Ltd, 2003; Ohno, Taiichi: *Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production*. New York: Productivity Press, 1998.

En central insikt redan tidigt i analysen var att vad som i en process är värdeskapande, kan vara icke värdeskapande i en annan process som pågår samtidigt för samma patient. Värdeskapandet varierar också beroende på patienters olika respons på och följsamhet till erbjudna behandlingar. Vi har hanterat detta genom en djupgående kvalitativ analys av ett antal patientfall, där vi tittat inte enbart på typen av insats och dess timing, utan även resultatet av insatsen såsom det återges i journaldata och intervjuer. Det har också handlat om att förstå och tolka de bakomliggande orsakerna till att den vård och omsorg som givits inte tillgodosett den sköra äldres behov av en säker och sammanhängande vård och omsorg. Studien bygger därmed på författarnas kvalificerade bedömning av "värdet", eller bristen på värde, för respektive patient av de utförda insatserna och hur detta utfall kan förklaras.

Empiriska processbeskrivningar från de studerade fallen redovisas i påföljande avsnitt. Framställningen har karaktären av en "probleminventering" vars syfte är att visa på förekomsten av dysfunktionella processteg, och på att dessa kan beskrivas likartat för många patienter. Baserat på detta följer en sammantagen analys av de icke värdeskapande typepisoder som identifierats.



11 processbeskrivningar

Nedan följer elva detaljerade fallbeskrivningar av faktiska patienters vård- och omsorgskonsumtion. För var och en har vi genom flera noggranna genomläsningar av det samlade materialet lyft fram icke värdeskapande episoder i vården. I det första fallet åskådliggörs vårdhändelsernas kronologi på ett detaljerat sätt. De påföljande tio fallen består av en tematisk sammanfattning av de problem som observerats under studieperioden som helhet.

Fall 1: Sammanboende man 79 år

Fall 1: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	9 st., bl.a. sjukdom i blodbildande organ och immunsystem, diabetes, hjärtdiagnos, åderförkalkning, matsmältningsorgan, artros och njursvikt.		
Övriga problem/symtom	Trötthet, andfåddhet, hosta, svullna fötter/ben samt klåda.		
Hemtjänst	Personlig omvårdnad morgon/kväll, dusch, tillsyn 2 ggr per dag, hjälp till egenvård, larm, färdtjänst. Har haft frukost, huvudmål, kvällsmål men sagt upp dessa insatser. Vid tiden för intervju på och avklädning morgon/kväll, dialys, morgon och kväll, samt dusch en gång per vecka, trygghetslarm, hemtjänst.		
Inskrivn i hemsjukvård	Nej		
Hjälp av anhörig/närstående	Heldygnsinsats - städar, tvättar, handlar, lagar mat, hjälp vid toalettbesök samt hjälp kvällar och nätter.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	2 st., Oxycotin och Zopiklon vid behov i högdos mot sömnproblem. Ett preparat som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring.		
Läkemedel enligt personen själv	15 olika preparat inkl. ögondroppar, salva och dialysvätska. Många delar preparat efter läkemedelslista. Läkemedel förskrivs från olika kliniker på sjukhuset samt från vårdcentralens olika läkare. Mannen har fått egenvårdsintyg utfärdat ifrån sjukhuset.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vård dygn	7 149	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	26 4 4	Njurar, hud, kirurgi, ortopedi samt urologi
Vårdcentralen, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	1 2 17	6 läkare
Vårdcentralen, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	1 142 151	20 distriktssköterskor & 2 undersköterskor
Primärvård, arbetsterapeut		50	27 hembesök
Primärvård, sjukgymnast		35	27 hembesök

Den äldres situation

Anhörig maka sköter, med visst stöd från hemtjänst, allt kring personen. Hon administrerar insatserna i hemmet och försöker upprätthålla samband mellan sjukhus, öppen specialistvård, vårdcentral samt hemtjänst. Hon finns i hemmet dygnet runt förutom de två timmar

per vecka då hemtjänsten bistår med insatsen avlastning. Anhörig har flera gånger under 18-månadersperioden varit tvungen att åka in till sjukhuset då maken vårdats där för att bistå sjukhuspersonal och personen själv.

Anhörig delar läkemedel och ger dialys tidig morgon och under natt. Omkring åtta olika vårdbiträden från hemtjänsten alternerar för att ge stöd med dialys två gånger under dagtid.

Personen kallas till njurdialys fyra gånger per år. Förutom läkarkontakt på njurkliniken har mannen också läkarkontakter på hud-, kirurg-, ortoped- och urologkliniken. Förnyelser av recept sker huvudsakligen från sjukhusets olika enheter. Kontakterna med vårdcentralens läkare sker huvudsakligen per telefon. Övriga kontakter med vårdcentralen sköts genom olika distrikts- och undersköterskor som går på hembesök.

Antal kontakter inom vård och omsorg under 18 månader

Mannen har vårdats inom slutna sjukhusvård sju olika gånger. Han har haft 26 kontakter med läkare inom fem olika specialistområden inom den öppna vården. Fyra gånger har han åkt in till sjukhusets akut med ambulans.

Journalen från hälsocentralen består av 128 sidor med 399 notat. Sex olika läkare samt 20 olika distriktsköterskor och två undersköterskor har dokumenterat i läkar- respektive omvårdnadsjournalen. Över 142 hembesök har genomförts av 16 olika distriktsköterskor. Fem olika sjukgymnaster har genomfört 27 hembesök. Lika många hembesök har genomförts av nio olika arbetsterapeuter. I övrigt finns fyra olika besök dokumenterade om kontakter nat-tetid med primärvårdens jourverksamhet.

I dokumentationen från kommunens biståndshandläggarenhet framgår att tre vårdplane-ringar skett på sjukhuset i samband med utskrivningar därifrån. Vid den första vårdplane-ringen får mannen ett egenvårdsintyg vilket ger honom rätt till bistånd från kommunen och hjälp med insatsen ”handräckning till egenvård”. Detta innebär att hemtjänstpersonal kan ge stöd till dialys för att avlasta anhörig maka. Vid den andra vårdplaneringen dokumenteras att maka sköter mathållning och övrig service i hemmet. Det stöd som behövs är hjälp med dialys två gånger dagligen och dialyssköterska på sjukhuset utbildar den hemtjänstpersonal som ska ge insatsen. Vid den tredje vårdplaneringen i slutet av perioden tar maka och parets barn upp behovet av korttidsvård eftersom vårdbehoven i hemmet blivit alltför omfattande och tar på anhörigas krafter. Anhöriga anhåller dock inte skriftligt om korttidsvård och nå- gon sådan kommer inte till stånd. Den allra sista delen av undersökningsperioden finns 19 anteckningar på biståndshandläggarenheten om kontakter främst kring behov av ökade res-pektive minskade hemtjänstinsatser.

Utdrag ur vårdcentralens journal

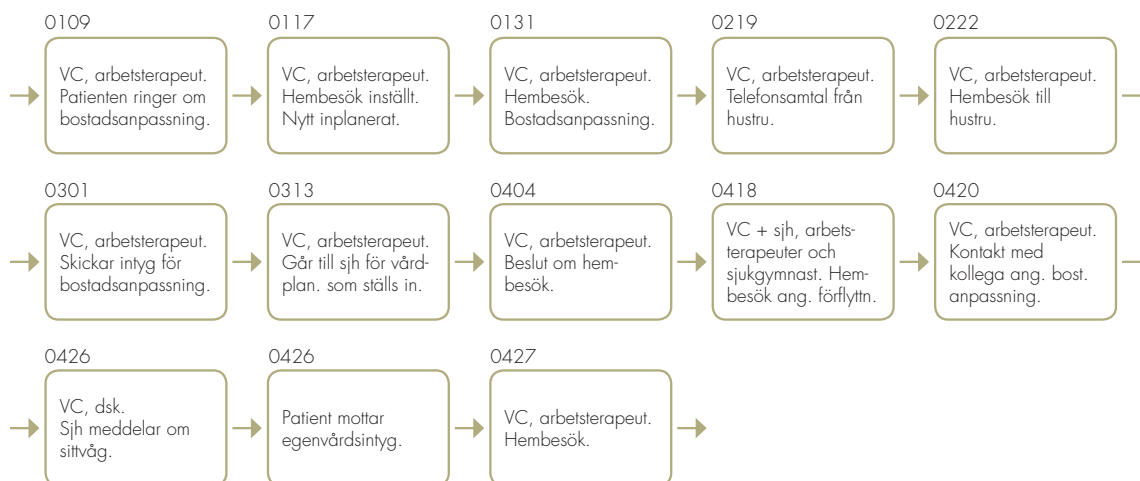
Januari: Arbetsterapeut upplyser om att patienten kan ansöka om bostadsanpassning (trapphiss) och att man ska vända sig till kommunens medborgarkontor för ansökningsblanketter. Efter tre veckor kommer en annan arbetsterapeut på hembesök och frågan om trapphiss tas återigen upp. Arbetsterapeuten gör en funktionsanalys och ger samma besked som den första arbetsterapeuten angående trapphiss.

Februari: Förnyad information om hur det går till att ansöka om bostadsanpassning. Då patienten är så dålig att han sitter på en kontorsstol hela dagarna och att denna är svår att manövrera över trösklar, informeras om att rullstol nog skulle behövas. Det görs förnyat hembesök under månaden. Återigen informeras om hur det går till att ansöka om bostadsanpassning.

Mars: Bostadsanpassningsintyg skickas till patienten genom arbetsterapeuten. Det finns flera notat kring vårdplaneringar som ställs in.

April: Ett antal meddelanden skickas från sjukhuset till distriktssköterska och arbetsterapeut. En distriktsarbetsterapeut och en arbetsterapeut från hälsocentralen, samt en arbetsterapeut och en sjukgymnast från sjukhuset, går tillsammans hem till patienten för att tillsammans med maka/make se över förflyttningar i hemmet. Trapphiss diskuteras mellan nedre och övre plan där patienten bor. Ett utlåtande finns men har inte blivit ivägskickat. Arbetsterapeuterna informerar ånyo hustrun att vända sig till tekniska kontoret för att få bostadsanpassning. Det sker hembesök för att pröva ut stöd vid toalett, förflyttning från rullstol till toalett, duschpall (som får lånas under provotid). Tekniska kontoret har varit hemma hos patienten.

Fall 1: Processbeskrivning januari - april



Maj: Distriktssköterskor gör hembesök för att utföra såromläggning, injektionsgivning och PK-prov. Kontakt tas från undersköterska på ortopedi. Hon är besviken på hur omläggningarna sköts. Vill återigen instruera distriktssköterskorna på vårdcentralen. Anhörig ringer till vårdcentralen och vill ha hjälp med såromläggning. Det finns flera anteckningar under perioden om omläggning av fötter. Det sker ett antal kontakter med ortopedi. Patienten blir inlagd på sjukhus för amputation av tå. Klarar inte förflyttningar i hemmet själv, men vill inte behöva ringa hemtjänst varje gång. Det råder osäkerhet kring injektioner. Under månaden ringer hemtjänsten flera gånger till vårdcentralen angående såromläggningar. Det sker ytterligare förfrågningar om sängskydd. Distriktssköterska antecknar att hemtjänsten får köpa plastad frotté från exempelvis Ikea.

Juni: Det sker ständiga kontakter med vårdcentralen som genomför hembesök för injektionsgivning och såromläggningar. Anhörig påminns om att inte ge Waran i samband med Fragmin. Flera gånger uppger patienten att hemtjänst hjälper till med medicinering. Anhörig instrueras om hur man kan ge Fragmininjektion.

Juli: Remiss från vårdcentralen till kirurgen på sjukhuset. Vårdcentralen ber anhörig kontakta sjukhuset eftersom patienten inte har kvar några Fragmininjektioner hemma. Anhörig får hämta ut dessa på Apoteket. Återkommande injektioner och såromläggningar sker.

Augusti: Löpande injektioner, PK-prover, omläggning av sår sker under månaden. Tippskydd och glidbräddor levereras hem med instruktioner till anhörig. Anhörig informeras om gåskola. Det finns flera notat kring kontakter mellan sjukhus, vårdcentral och hemtjänst. Telefonfel uppstår hos patienten vilket innebär att hemtjänst och distriktssköterska kommer hem samtidigt. Anhörig ombeds återigen att lägga om sår.

September – november: Löpande provtagningar, injektioner, PK-prover och såromläggningar.

December: Anhörig kommer till vårdcentralen för att rapportera från besök på ortopedi.

Januari: Anhörig börjar ge Eprex och Fragmininjektioner. I och med detta kommer inte distriktssköterskan att lägga om såret så ofta. Detta har hon gjort i samband med Eprexstödet. Läkaren ber distriktssköterskan att se över smärtsituationen, eftersom planeringen är ökad träning. Oklarheter kring läkemedel som sköts av anhörig. Det finns många notat kring smärta och träning där anhörig är behjälplig.

Februari: Läkare gör hembesök tillsammans med sjuksköterska. Patienten har svårläkta sår. Odling tas. Patienten står på ett flertal olika läkemedel bl.a. Heracillin. Anhörig och sköterska från ortopederna ringer och vill ha förnyade recept, då medicinerna snart är slut. Tidigare har patienten fått läkemedel via ortopederna och njurmottagningen. Eprex skrivs ut.

Mars: Patienten är inskriven i hemsjukvården. Omvårdnadsplan upprättas. Ingen från kommunen är med vid vårdplaneringen i hemmet. Läkare talar med anhörig om behov av avlastningsplats.

April: Patienten uppger att man inte längre har kontakt med någon läkare på sjukhuset. "Det bara rullar på." Får av distriktssköterska råd att ta kontakt med ortopederna. Anhörig ringer och är orolig. Orkar inte längre lyfta patienten. Distriktssköterska ringer ortopederna som kommer tillbaka och meddelar att patienten är planerad för operation i maj. Bedömning av familjeläkare angående spontanfraktur i hand rekommenderas. Läkare skriver röntgenremiss. Ansökan om elrullstol görs.

Maj: Ett observandum är att patienten snart är 80 år vilket kan påverka bl.a. kognitiva funktioner. Detta noteras i samband med begäran om intyg till elrullstol.

Juni: Anhörig kontaktar vårdcentralen för att få hjälp med förflyttning av patienten. Sjukgymnast kopplas in. Patienten får elrullstol.

Fall 1: Processbeskrivning april – juni påföljande år



Tematisk problembeskrivning

Upprepade insatser som inte löser patientens problem

I journalen från vårdcentralen dokumenteras att mannen har svårt att själv förflytta sig. Hela undersökningsperioden kännetecknas av ständiga upprepningar av funktionsbedömningar samt kring frågor om bostadsanpassning, hjälpmedel och förflyttningsträning. Olika arbets-

terapeuter och sjukgymnaster från vårdcentral och ibland även från sjukhus går upprepade gånger på gemensamma hembesök. De informerar och avvaktar sedan i väntan på att den äldre och anhörig själva ska vidta de åtgärder de informerats om för att få till stånd bostadsanpassning (trapphiss) samt rollator, rullstol och i ett senare skede även elrullstol. Paret förstår inte de givna instruktionerna och det dröjer många månader innan bostadsanpassning och hjälpmedel slutligen kommer på plats. Då har man från vårdcentralen också slutligen tagit kontakt med barn till paret för att be om hjälp med att fylla i bostadsanpassningsblankett.

Stort vård- och omsorgsansvar på anhörig

I vårdcentralens journal noteras att personen har en pigg hustru. Hustrun kontakter vårdcentral och hemtjänst för att få hjälp med förflyttning - maken är tung. I slutet av undersökningsperioden planeras gåbord och tippbräda för att stödja henne med detta. Anhörig får under en period, innan rullstol kommit på plats, sköta förflyttningar i bostaden med maken sittandes i en kontorsstol försedd med hjul. Hustrun får i uppdrag att beställa förhöjningsklossar till säng, inhandla kissflaska och madrasskydd. I samband med intyg om elrullstol noterar vårdcentralens läkare att mannens kognitiva funktioner kan vara påverkade. Upprepade gånger dokumenteras att mannen verkar förvirrad.

Under hela perioden dokumenterar vårdcentralen om hembesök av distriktssköterska för skötsel av sår, injektionsgivning och för instruktioner i hemmet eller via telefon om hur anhörig maka ska lösa dessa uppgifter. Hustrun och hemtjänstpersonal ringer under hela undersökningsperioden upprepade gånger till vårdcentralen och ber om hembesök, råd och hjälp. Vid de hembesök som sker påminner distriktssköterska om tidigare instruktioner och informerar om skötsel av nyttillkomna problem.

Bristande informationsdelning mellan vårdgivare

Vid några tillfällen finns notat om att personal från sjukhuset tagit kontakt med vårdcentralen då de varit missnöjda med sårvården så som den sköts i hemmet. Från sjukhuset erbjuds utbildning till hemtjänstens personal. Hela undersökningsperioden beskrivs oklarheter och osäkerhet kring sårömläggningar, injektioner, läkemedel och hjälpmedel. Anhörig maka fungerar som budbärare av information mellan sjukhus, vårdcentral, apotek och hemtjänst. Anhörig ger själv injektioner och delar läkemedel. Läkemedel förskrivs från olika klinker på sjukhuset samt från vårdcentralens olika läkare. Vid de oklarheter som ofta uppstår tar anhörig kontakt med vårdcentralen som ber henne söka information från sjukhusets olika kliniker och specialister som har kontakt med mannen.

Under undersökningsperiodens sista månader ökar notaten kring mannens smärtproblematik. Mannen uppger att han inte längre har kontakt med någon läkare på sjukhuset. Oklarheten och de många olika enheter som skriver ut läkemedel blir akut och mannen skrivs efter hembesök av läkare och distriktssköterska in i vårdcentralens hemsjukvård och en omvårdnadsplan upprättas. Frågan om avlastningsplats tas upp men ingen från kommunen finns med vid mötet.

Fall 2: Sammanboende man 83 år

Fall 2: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	4 st. bl.a. infektionssjukdom, sjukdom i andningsorgan (KOL), urinvägsinfektion samt flera olika symtomdiagnoser.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, ledsenhet, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet och hosta.		
Hemtjänst	Har haft hjälp med städning, bäddning och matdistribution. Samtliga insatser uppsagda.		
Hjälp av anhörig/närstående	Städning, inköp, tvätt, matlagning och ekonomi.		
Inskrivnen i hemsjukvård	Nej		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	12 st. preparat, varav ett som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring. En kombination av preparat som kan leda till läkemedelsinteraktioner.		
Läkemedel enligt personen själv	Visar läkemedelslista med 14 preparat. Plockar själv läkemedel i en kopp varje kväll inför nästa dags intag. Har svårt att öppna förpackningar.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vård dygn	3 24	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	5 1 2	Lungspecialist och urolog
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	6 0 10	2 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	12 4 28	11 distriktssköterskor
Primärvård, arbetsterapeut		3	
Primärvård, foterapeut		5	

Oklart ansvar för eftervård

Mannen får KAD insatt efter vård på sjukhus. I epikris från slutenvårdstillfället fastslås att mannen behöver fortlöpande kontakt med vårdcentralens distriktssköterska för kontroll av denna. Distriktssköterska går på hembesök och informerar mannen om hur KAD:en ska skötas. Hon uppmanar honom att ta kontakt med kommunens hemtjänst för vidare hjälp. Förnyad kontakt med distriktssköterska. Mannen har inte förstått instruktionerna. Distriktssköterskan går på nytt hem och informerar om hur tömning och byte av påsar ska gå till samt upprepar att mannen inte ska söka hjälp på vårdcentralen utan ta kontakt med kommunens hemtjänst. Härefter sker upprepade vårdcentralskontakter från mannens sida. Han uppmanas varje gång att ta kontakt med kommunens hemtjänst, och om han inte gör det kommer distriktssköterskan inte att gå på hembesök utan han måste själv ta sig till vårdcentralen, vilket han då gör. Av vårdcentralens dokumentation framgår att hemtjänsten blir inkopplad först efter två månaders krångel. Ingenting finns dokumenterat om kontakt mellan vårdcentral och kommun eller om behovet av hjälp med KAD i kommunens dokumentation.

Efter någon tid tar mannen kontakt med sjukvårdsrådgivningen som i sin tur tar kontakt med vårdcentralens distriktssköterska för att få hjälp med KAD. Dessa turer upprepas undersökningstiden ut, kompletterat med receptförskrivning av olika doser vätskedrivande osv.

Remisser lämnas utan åtgärd

Remiss till urolog från slutenvården kommer bort. När detta påtalas av mannen själv efter en månad skriver vårdcentralsläkare en ny remiss. I svarsremiss anges att tid för besök bokats om ytterligare en månad.

Mannen har KOL med andningsproblem som successivt förvärras. Har fått syrgasbehandling som ineliggande på sjukhus och efterfrågar syrgas i hemmet, vilket antecknas i journalen men lämnas utan annat ställningstagande än förskrivning av nya läkemedel och uppmaning att ta kontakt om symtomen förvärras.

Ingen samlad behovsprövning

Har diabetes och gått ner kraftigt i vikt. Klarar inte själv att laga mat. Får bistånd i form av matdistribution. Tycker inte om den distribuerade matlådan och säger upp insatsen. Kallas till vårdcentralen på diabeteskontroll och informeras där om vikten med rätt kosthållning, motion och skötsel av fötter. Antecknas att han inte tagit till sig tidigare information utan ”struntar i kosten och äter kakor och har grädde i maten dagligen”.

Inget dokumenterat om kontakt kring mat och viktninskning mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst. I kommunens löpande anteckningar noteras endast att mannen säger upp matdistributionen.

Eftersom det saknas planering kopplad till problem med KAD, andningsproblem, diabetes med bl.a. sår och smärta i fötter som följd, svår yrsel och förskrivning av nya läkemedel blir mannen ett ansvar för alla och för ingen bland alla kontakter med olika läkare inom slutenvård, specialistvård och vårdcentral, alla olika distriktssköterskor och personal inom kommunens hemtjänst.

Fall 3: Ensamboende man 92 år

Fall 3: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	6 st., bl.a. sjukdom i hjärta samt i övriga kärl, fraktur, sjukdom i urinvägar och könsorgan.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, mardrömmar, trötthet, kroppslig oro, ledsenhet, muntorrhet, förstoppning, svårt att kissa och klåda.		
Hemtjänst	Dagverksamhet två dagar per vecka och färdtjänst. Har haft städning, matdistribution och omvårdnad morgon/kväll men sagt upp dessa insatser.		
Inskrivnen i hemsjukvård	Nej		
Hjälp av anhörig/närstående	Tvättar golv, skjutsar till och från sjukhus och vårdcentral.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	25 st. olika, varav ett antikolinergt läkemedel som är särskilt benäget att orsaka kognitiva störningar eller förvirring hos äldre, i synnerhet vid Alzheimers sjukdom. Sammanlagt tre olika farmaka. (19 stående läkemedel och 6 vid behov).		
Läkemedel enligt personen själv	Har Apodos med 9 olika preparat. Är orolig för biverkningar och tveksam till om läkemedlen har någon effekt.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	4 8	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull akutbesök	6 1 5	Ortoped, röntgen och öron
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	40 0 22	14 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	13 2 70	18 distriktssköterskor & 1 undersköterska
Primärvård, sjukgymnast		3	

Flera symtom och oklarheter kring medicinering

Mannen önskar kontakt med en läkare på vårdcentralen. 14 olika läkare från vårdcentralen är inblandade. Han söker återkommande för olika symtom som sömnsvårigheter, yrsel, bröstsmärtor, kärlkramp, vaxproppar, ögoninfektioner, klåda, hosta andningsproblem, ödem, problem vid vattenkastning, smärta kopplat till urinblåsan, förstoppning, sårbehandling osv.

De flesta journalanteckningar rör oklarheter kring hans läkemedel. Ständiga problem med läkemedel som mannen inte mår bra av respektive inte upplever effekt av. Läkemedel byts ut, försvinner och återtas. Polyfarmaci uppges i journalen vara ett av problemen. Läkemedel sätts in och sätts ut. Mannen glömmar att ta sina läkemedel. Han tar morgondos och kvälldos samtidigt eller glömmar helt att ta. Svårt att hantera Apodos samtidigt som nya preparat tillförs från akut- och slutenvård, öppen specialistvård på hjärtklirik, ortoped, urolog och ögonklinik samt de många olika läkarna på vårdcentralen. Vårdcentralens lista innehåller 25 olika preparat. Mannen själv uppger nio.

Vård kommer inte tillstånd

Ser och hör allt sämre och har väntat i ett år att få komma till syncentral och väntat länge på kontakt med hörselvården. Har problem med muntorrhet (läkemedel) och 20 år gamla proteser som inte längre passar. Skulle behöva kontakt med munhälsovård men orkar inte av egen kraft. Mannen har svårt att få kontakt med vårdcentralen. Klarar inte att boka tid via telefonsvarare (TeleQ).

Insatser motsvarar inte behoven

Behöver stöd av hemtjänst men beviljade insatser motsvarar inte behovet så mannen säger upp dessa efter att ha provat. Fyra olika biståndshandläggare gör behovsbedömningar bl.a. om att mannen inte själv längre orkar laga mat och därför får bistånd till matdistribution. Då mannen ringer och säger upp insatsen dokumenteras detta utan kommentar om orsak eller behov av uppföljning.

Enligt regelverket för färdtjänst kan mannen inte uträta två ärenden på samma körning. Han får bara hjälp med ett i taget. Han avstår därför färdtjänst och ber istället att sonen ska köra honom.

Laggar i informationsöverföring skapar problem

Akutvårdsvistelserna förorsakar stora fysiska påfrestningar. Fick vid ett tillfälle ligga sju timmar i väntan med att komma in på avdelning för att bli omhändertagen för benbrott.

Har Apodos, som det ofta blir ”fel” i. Nya läkemedel tillkommer som han själv eller hemtjänst ska, men inte förstår att de ska hämta ut eftersom det tar tid innan nytt preparat hamnar i Apodospåsen. Någon gång ser sig distriktssköterska tvungen att ge några tabletter ur vårdcentralens förråd i avvaktan på att läkaren ska hinna med att göra en ny receptförskrivning. Några gånger sker både telefonkontakt och akutbesök på hälsocentralen samma dag. En gång även ett sjukbesök direkt därpå. Läkare på vårdcentral uppmanar mannen gång på gång att minska doseringen av lugnande och sömntabletter. Vårdcentralen kontakter Apodosen och vid något tillfälle underrättas hemtjänsten om att hjälpa till när Apodos inte hunnit justeras vid nyförskrivningar.

Fall 4: Sammanboende man 86 år

Fall 4: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	8 st., bl.a. infektion, tumör, hjärta, matsmältningsorgan och urinvägsinfektion.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, smärta, trötthet, själslig och kroppslig oro, ledsenhet, förstoppning, svårt att kissa samt svullna ben och fötter.		
Hemtjänst	Sex gånger dagligen samt nattillsyn bestående av tillsyn, personlig omvårdnad, dusch en gång per vecka, matdistribution, handling samt städning av två rum och kök en gång var tredje vecka.		
Inskrivnen i hemsjukvård	Inskrivnen i basal hemsjukvård de sista tre undersökningsmånaderna.		
Hjälp av anhörig/närstående	Övergripande städning, inköp, trädgårdsskötsel, ekonomi, transporter och beställning av transporter och som vårdkedjeadministratör.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	4 st.		
Läkemedel enligt personen själv	Skiftande antal. Oklart hur många.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	8 79	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	3 2 5	Onkologi och öron
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	0 2 22	3 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	0 70 180	20 distriktssköterskor (11 som genomfört hembesök)
Primärvård, arbetsterapeut	Hembesök Tel/rådgivning/administration	16 21	2 arbetsterapeuter
Primärvård, sjukgymnast		6	2 sjukgymnaster

Multipla läkemedel och vårdkontakter

Under hela undersökningsperioden reses frågor kring mannens läkemedel. I vårdcentralens dokumentation är kontakterna otaliga mellan vårdcentral, primärvårdsjour, sjukhus, anhöriga och hemtjänst kring frågor kopplade till läkemedel. Mannen får nya läkemedel insatta efter vårdepisoder på sjukhuset, i kontakt med specialister inom sjukhusets öppenvård samt från vårdcentralens tre olika läkare. Läkemedel delas i början av undersökningsperioden av make/maka, sedan av distriktssköterska och hemtjänst. Hemtjänst och anhöriga hämtar läkemedel på apotek. Mannen har ibland fått preparat i plastpåse med sig hem från sjukhuset.

Dessa tar slut innan föreskriven behandlingstid gått ut. Då har vårdcentralen bistått med enstaka piller. I slutet av undersökningsperioden fattas beslut om Apodos men eftersom nya läkemedel hela tiden adderas delar distriktssköterska även ut dosett som komplement. Inom ramen för ett läkemedelsprojekt genomför en av de 20 olika distriktssköterskor som är inblandade från vårdcentralen hembesök för genomgång av läkemedel. Efter dessa genomgångar återgår situationen snabbt till samma oklara tillstånd som före läkemedelsgenomgången.

Har under hela undersökningsperioden problem med urinvägsinfektioner. Åtskilliga insatser sker, ibland dagligen, genom olika distriktssköterskor, hemtjänstpersonal, anhöriga, natt- och jourpatruller, akuten, slutenvården och kontakter med sjukvårdsupplysningen. Stopp i katetrar, blod i urin, läckande katetrar och uribags, misslyckade operationer, för tidiga utskrivningar från sjukhuset och därför snabba återintagningar och nya besök på akuten.

Många problem i behandlingsinsatserna sker p.g.a. informationsmissar kring antibiotika i samband med urinvägsinfektioner.

Otillräckliga insatser

Den medicinska, funktionella och sociala situationen förvärras stadigt under undersökningsperiodens 18 månader. Blir inskriven i hemsjukvård de tre sista månaderna. Då ansöks muntligt om särskilt boende. Detta leder inte till åtgärd från biståndshandläggarens sida. Mannen beviljas istället hjälp med tömning av kateter också nattetid. Han åker under de tre sista undersökningsmånaderna ett flertal gånger med ambulans in till akuten och blir efter samtliga gånger inskriven på avdelning. Mannen får vid hemkomsten ytterligare tillsynsbesök genom kommunens hemtjänst.

Stort ansvar på anhöriga

Hemtjänstinsatserna fungerar inte efter mannens önskemål. Han har in i det längsta försökt hålla hemtjänst ifrån sig. Ett par gånger har han av sagt sig hjälp men varit tvungen att ta den tillbaka. Heltidsyrkesarbetande döttrar går in med uppföljning och kompletterande hjälp. Påpekanden kommer både från vårdcentral och från anhöriga om illa skött städning och hjälp med personlig hygien. Anhöriga tar själva sista perioden över handling och inköp då de inte anser att hemtjänsten klarar uppgiften.

Undersökningsperioden igenom sker hembesök och administrativa insatser av arbetsterapeut och sjukgymnast. Information om träningsprogram ges som mannen inte orkar genomföra. Uppgifter läggs på mannen att ta kontakt med kommunen om bostadsanpassning, och på döttrar att införskaffa hjälpmedel. Då mannen inte uppfattar vad han ska göra sker många omtag och långa tider går utan resultat.

Distriktssköterskor ger undersökningsperioden igenom råd om förebyggande insatser och träningsinstruktioner. Råd som varken mannen eller hans hustru klarar av att hantera. För hjälp söker de istället förnyad kontakt, främst med vårdcentralen.

Okoordinerat agerande från många parter

Samtliga parter d.v.s. vårdcentral, primärvårdsjour, akut- och slutenvård, specialister inom öppenvård, hemtjänst och anhöriga är inblandade. Upp mot 20 olika läkare inom akut-, jour- och slutenvård samt tre olika på vårdcentralen. På vårdcentralen har 20 olika distriktssköterskor varit inblandade. Samtliga parter har agerat reaktivt på händelser.

Hemtjänsten är inte organiserad för att genomföra de omvårdnadsinsatser mannen behöver. De många olika vårdbiträdena söker ständigt kontakt med vårdcentralens många olika distriktssköterskor. Hemtjänstpersonalens arbete innebär tunga lyft. Distriktsarbetsterapeut går på hembesök för att diskutera lyft men den hemtjänstpersonal hon ska träffa känner inte mannen.

Fall 5: Sammanboende kvinna 84 år

Fall 5: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	4 st., bl.a. relaterade till hjärta, hjärna (stroke), diabetes, mage och urinblåsa.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, trötthet, själslig oro, muntorrhet, andfåddhet, samt svullna ben/fötter.		
Hemtjänst	Städning var tredje vecka, inköp två gånger per vecka, trygghetslarm och färdtjänst.		
Inskrivn i hemsjukvård	Nej		
Hjälp av anhörig/närstående	Makarna försöker dela hemsysslor. Barn tvättar, putsar fönster och hjälper i övrigt till vid behov.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	14 st., varav tre vid behovsläkemedel. Två preparat som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring. Dubbelanvändning av två betablockerare. Kombinationen av preparat kan leda till läkemedelsinteraktioner.		
Läkemedel enligt personen själv	10 st. enligt de recept som visas. Delar själv sina läkemedel. Har problem med förpackningar och mår dåligt av biverkningar. Ändrar ibland själv dosering och preparat.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	3 9	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	7 0 1	Reumatolog och hjärtspecialist
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	10 0 23	2 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	4 13 57	14 distriktssköterskor & 1 undersköterska (8 olika har genomfört hembesök)

Multipla symtom behandlas enskilt

I vårdcentralens journal dokumenteras kring receptförnyelser, akut- och slutenvård, remisser, diabeteskontroller, blodtryck och PK-kontroller och kontakter med hjärtspecialist på sjukhuset. Kvinnan söker upprepade gånger för värk och smärta i handled och händer, fot, lumske och rygg och bröst. Hon söker för ögonproblem, feber, frossa, oro, andningsproblem, blodbrist, magont, kärlkramp, biverkan av olika läkemedel samt urinvägsbesvär. Varje symtom behandlas för sig och läkemedel förskrivs. För varje ny kontakt får kvinnan upprepa sin sjukdomshistoria.

Uteblivna och motverkande behandlingar

Kallad till besök hos diabetessköterska på vårdcentralen. Önskar få undersökning av blodtryck och uppmanas att gå hem och boka besök med läkare på vårdcentralen per telefon. Patienten uppger vid ett annat besök att hon önskar remiss till ögonläkare. Frågan tappas bort och remiss blir aldrig skriven. Även en remiss till röntgenundersökning av handled kommer bort.

Meddelande till vårdcentralläkare från specialist inom reumatologi om polyfarmaci lämnas utan åtgärd. Stora problem med muntorrhet. De egna tänderna har blivit förstörda av de många läkemedel hon ätit. Under de 18 undersökningsmånaderna sker ingen läkemedelsgenomgång. Den läkemedelslista som finns på vårdcentralen består av 14 preparat varav två kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring. Där finns också en dubbelanvändning av två betablockerare samt en kombination av preparat som kan leda till läkemedelsinteraktioner. Kvinnan själv uppger att hon tar 10 olika läkemedel och mår dåligt av biverkningar så hon ändrar ibland själv preparat och dosering.

Ingen samlad behovsbedömning

Många kontakter mellan vårdcentral, PK-mottagning, hjärtspecialist och reumatolog. Kvinnan söker för många olika problem och symtom. I journalen beskrivs hennes problem och sjukdomshistoria. Ingen på vårdcentralen tar ansvar för helhetssituation. Många är notaten kring receptförnyelser.

Specialisterna tar ansvar för sin del och skickar sedan patienten vidare till vårdcentralen som inte är organiserad att ansvara för helheten i patientens situation.

Fall 6: Ensamboende kvinna 82 år

Fall 6: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	3 st., bl.a. anemi, blödning övre magmunnen och näsblödning.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, smärta, muntorrhet, andfåddhet och ensamhet.		
Hemtjänst	Frukost, kvällsmål, matdistribution, tillsyn, dusch en gång per vecka, städning av två rum och kök var tredje vecka, tvätt en gång per vecka, inköp två gånger per vecka, apoteksärenden en gång per månad, dagvård, samt trygghetslarm.		
Inskriven i hemsjukvård	Nej		
Hjälp av anhörig/närstående	Ekonomi, inköp, kontakter med vård och omsorg.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	4 st. läkemedel, varav ett som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring. En långtidsverkande bensodiazepin som är särskilt benägen att orsaka dagtrötthet, kognitiva störningar och fall.		
Läkemedel enligt personen själv	Endast järntablett och ibland ett hälsokostpreparat för att få sova.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	6 19	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	6 1 6	Ögon och kirurgi
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	6 0 16	3 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	3 15 41	8 distriktssköterskor

Upprepade fall av akutvård för kroniskt tillstånd

Ambulans, akutvård, slutenvård, specialister, vårdcentralsläkare, distriktssköterskor, primärvårdens jourpatrull, hemtjänst och anhöriga mobiliseras när kvinnan får näsblödningar, vilket händer någon eller flera gånger varje undersökningsmånad. Det finns ingen dokumenterad vårdplanering kring personen. Ingen läkare som tar ansvar för att lägga upp en långsiktig strategi för det medicinska omhändertagandet, läkemedelsbehandlingen, blodtransfusioner och andra behandlingsinsatser. Förvirring uppstår kring omhändertagande varje gång blödningarna blir akuta. Hemtjänsten söker distriktssköterska för stöd och hembesök. Distriktssköterskan instruerar hemtjänstpersonalen om hur de ska stoppa blödningen. Ibland går distriktssköterska på hembesök och konstaterar att blödningen upphört. Ibland hinner hon inte dit utan kvinnan förs med ambulans till akuten. Kvinnan efterfrågar hembesök av vårdcentralens läkare. Hon uppmanas då att själv ta sig till vårdcentralen. Vid ett av dessa tillfällen får hon åka sjuktransport till vårdcentralen efter det att distriktssköterska därifrån ordnat hemtjänst till kvinnans demente make som inte kan lämnas ensam. När kvinnan anländer till vårdcentralen skickar läkare där henne vidare med ambulans till akuten.

Oklarheter kring läkemedel och biverkningar

Enligt kvinnan själv har hon inga läkemedel. I vårdcentralens journal dokumenteras under perioden kring förskrivning av olika läkemedel och att kvinnan inte tagit förskrivet läkemedel, bl.a. det som ska motverka näsblödningarna. I flera journalanteckningar dokumenteras om oklarheter kring utskrivning av läkemedel efter slutenvård. Epikriser når inte fram till vårdcentralen. Kvinnans dotter uppmanas att ta kontakt med slutenvården för att bringa klarhet i förskrivna läkemedel och meddela vårdcentralen vilka de är. I vårdcentralens läkemedelslista uppges fyra preparat. Ett som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring samt en långverkande bensodiazepin som är särskilt benägen att orsaka dagtrötthet, kognitiva störningar och fall.

Instruktioner ges i samband med läkemedelsförskrivning. Kvinnan saknar själv förmåga att ta till sig instruktionerna och hanterar inte läkemedlen så som tänkts. Uppger själv att hon inte har några. Hon uppmanas från vårdcentralen att ta det lugnt och att istället för att ta kontakt med dem larma hemtjänsten vid behov. Hon larmar ofta p.g.a. oro över egen situation och över ansvaret för sin demente make.

Ohållbar social situation

Kvinnan kan aldrig lämna sin demente make ensam i hemmet. Då hon själv åker in på sjukhus vårdas maken på kommunens korttidsboende. Hon ber läkare på vårdcentralen skriva ut sömnmedel till maken så att hon själv ska kunna sova på nätterna. Inga sömnmedel skrivs ut. Istället får hon bistånd till dagvård tillsammans med maken. Där kan hon gå undan och vila lite.

I två epikriser påtalas att kvinnan ter sig förvirrad. På vårdcentralen noteras vid ett flertal tillfällen att kvinnan inte förstått de instruktioner man givit henne. Anteckningar finns om urinvägsinfektioner och illaluktande urin samt om att urinprover tas. Kvinnan vågar inte ta upp sina problem med inkontinens och behov av hjälpmedel. Hon köper istället själv blöjor på ICA.

Kompetensbrister i omsorgen

Varken vårdcentral eller kommunens äldreomsorg med så många olika personer inblandade är organiserade för att vårda kvinnan. Hemtjänsten saknar kompetens för att utan medicinskt stöd klara den omfattande omvårdnad som kvinnan (och vårdcentralen) kräver.

Fall 7: Sammanboende man 80 år

Fall 7: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	3 st., tumörsjukdom, diabetes och urinvägsinfektion.		
Övriga problem/symtom	Hosta samt kraftiga problem med hörsel.		
Hemtjänst	Nej, fått uppsökande verksamhet som erbjudit hjälp med vedhuggning men inte med den gräsklippning som önskades.		
Inskrivnen i hemsjukvård	Nej.		
Hjälp av anhörig/närstående	Makarna hjälps åt med hemsysslor. Periodvis behöver hustrun stödja med heldygnsinsats.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	9 st.		
Läkemedel enligt personen själv	10 st. som personen själv tar ur förpackningar. Har problem att öppna dessa. Känner oro över biverkningar, särskilt för påverkan på njurar. Har svårt att känna igen nya förpackningar och apoteket byter ofta ut kända läkemedel mot nya.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	
	Antal vårddygn	7	
Öppenvård	Specialistläkare, sjukhuset	9	Urolog, ögon och kirurg
	Jourverksamhet/nattpatrull	0	
	Akutbesök på sjukhus	2	
Vårdcentral, läkare	Mottagning	5	3 läkare
	Hembesök	0	
	Tel/rådgivning/administration	19	
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning	15	10 distriktssköterskor & 2 undersköterskor
	Hembesök	3	
	Tel/rådgivning/administration	31	

Bristande informationsdelning

Under hela perioden uppkommer frågor om oklarheter kring läkemedel, biverkningar och missade epikriser efter slutenvård. Blivit hemskickad efter en slutenvårdsvistelse med KAD utan att förstå hur denna skulle skötas. Hustrun får vid hemkomsten vända sig till vårdcentralen för instruktioner. Har vid ett annat tillfälle vårdats för urinvägsinfektion. Epikris efter vårdtillfället når aldrig vårdcentralen som då uppmanade mannen att själv ta reda på om och i så fall vilken fortsatt behandling och medicinering slutenvården beslutat om.

Otillräckliga och försenade insatser

Har stora problem med hörsel och önskar remiss till hörselvård men får inte hjälp med detta på vårdcentralen.

Akuten missar att skriva remiss om kontrollröntgen av lunga. En månad efter denna miss från akuten skriver läkare på vårdcentralen remiss.

Mannen söker läkare för ryggvärk, stelhet och svullna fotleder. Eftersom det är ont om läkare hänvisas han istället till distriktssköterska. Vid ett senare planerat läkarbesök för kontroll av blodtryck, emfysem och diabetes vill mannen också ta upp problem med prostata. Läka-

ren hinner inte då med att undersöka prostatan utan uppmanar mannen att istället ta upp detta problem vid nästa besök. En månad senare efter urinodling och provsvar skriver läkare på vårdcentralen en remiss till urolog för undersökning av prostata. Ett par veckor därefter får mannen besked om att det är 40 dagars väntetid till urologen.

Vidareremittering utan resultat

Bokar tid för besök hos läkare för att diskutera sin oro över läkemedelssituationen. Läkaren på vårdcentralen förnyar hans recept och uppmanar honom att i stället ta kontakt med urologen för genomgång av läkemedlen. Mannen behandlas på vårdcentralen för sin diabetes. Kommer till vårdcentralen för kontrollbesök och får information om kost och motion som han inte följer. Blir under senare del av undersökningsperioden tvungen att börja med insulinsprutor.

Mannen söker vid upprepade tillfällen vårdcentralens läkare för att få svar på frågor kring läkemedel och urinvägsbesvär. Vårdcentralens läkare hänvisar mannen till urologen. Vårdcentralsläkare dokumenterar inget om kontakter mellan vårdcentral och urolog.

Fall 8: Ensamboende kvinna 85 år

Fall 8: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	3 st., bl.a. höftfraktur, förträngning av ryggmärgskanalen och ögonlinsoperation.		
Övriga problem/symtom	Smärta, sömnbesvär, trötthet, själslig oro, kroppslig oro, ledsenhet, dålig aptit, muntorrhet, förstoppning och andfåddhet.		
Hemtjänst	Städning av två rum, kök, hall och toalett en gång var tredje vecka, dusch två gånger per vecka, inköp en gång per vecka, tvätt var tredje vecka, trygghetslarm och färdtjänst.		
Inskrivn i hemsjukvård	Nej.		
Hjälp av anhörig/närstående	Handling, tillsyn och hjälp med transporter.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	4 st.		
Läkemedel enligt personen själv	9 st. preparat som hon själv delar i dosett. Har problem med förpackningar och får hjälp av granne för att öppna dem. Känner motstånd mot samtliga läkemedel men har på grund av svår smärta inget val.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	3 23	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	11 3 3	Medicin, ortoped, ögon, smärtläkare
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration	1 0 14	4 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration	2 1 6	6 distriktssköterskor & 1 undersköterska
Primärvård, arbetsterapeut	Hembesök	4	
Primärvård, sjukgymnast	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration	1 8 1	
Rehabiliteringassistent	Mottagning	20	
Fotterapeut	Mottagning	1	

Uteblivna och effektlösa insatser

Söker gång på gång, efter att smärtläkare vid sjukhuset slutat och bassängträning upphört, vårdcentralen för hjälp mot smärtproblematiken utan att få hjälp med smärtlindring.

Har stora problem med hörseln. Har blivit kallad till hörselvården men orkar inte ta sig dit. Orkar inte själv sköta sin munhygien men är för trött för att ta sig till tandläkare. Vårdcentralens läkare noterar att kvinnan har problem med tänder i underkäke. Detta lämnas utan åtgärd. Omfattande smärtproblematik upptar stor del av hennes dag och natt. Hon önskar specialisthjälp mot smärtan och har behov av träning och rehabilitering. Har tidigare haft kontakt med smärtläkare och tillgång till träning i varmvattenbassäng. Smärtläkaren har slutat och bassängträningen upphört. Värk i rygg och ben begränsar starkt hennes rörlighet.

Hon söker läkemedel mot smärta och i samband med smärtan, för sömnlöshet. På vårdcentralen innehåller hennes läkemedelslista endast fyra preparat. Kvinnan delar själv nio olika preparat i dosett. Olika läkemedel mot sömnlöshet och smärta skrivs på prov ut. Inget av preparaten lindrar hennes besvär.

Remiss skrivs till hörselvård men kvinnan orkar sedan inte ta sig dit av egen kraft.

Otillräcklig behovsbedömning

I samband med vårdplanering efter slutenvård för höftledsbrott fastslås i biståndshandläggarens bedömning bl.a. att kvinnan inte själv orkar laga mat. Hon beviljas därför bistånd till huvudmål i form av hjälp att värma färdiglagad mat. Hon äter dåligt av denna mat och säger upp insatsen. Biståndshandläggaren noterar uppsägningen utan att ta reda på orsak. Kvinnan är diabetiker och i samband med kontroll på vårdcentralen noteras att hon slarvar med maten. Ingen form av kontakt kring nutrition och behov av stöd med mat och måltider mellan vårdcentral och kommunens biståndshandläggning dokumenteras.

Inget helhetsansvar

De många olika kontakterna med olika läkare, distriktssköterskor, rehabiliteringspersonal samt personal inom hemtjänsten som alla arbetar inom eget verksamhetsområde utan kontakt med varandra omintetgör möjligheter till helhetsomhändertagande. Varken vårdcentral eller kommunens hemtjänst är organiserad för samarbete och långsiktig planering för att lösa kvinnans behov av ett helhetsomhändertagande.

Fall 9: Ensamboende kvinna 78 år

Fall 9: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	3 st., bl.a. tumörsjukdom och sjukdom i matsmältningsorgan.		
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, själslig oro, ledsenhet samt svullna ben/fötter.		
Hemtjänst	Tillsyn morgon/kväll, inköp, städning, apoteksärenden, trygghetslarm. Tidigare insatser som hjälp med omvårdnad morgon/kväll, frukost/kvällsmål, huvudmål som "hämtas ur frysbox, värms och ställs fram" och dusch en gång per vecka har sagts upp.		
Inskrivn i hemsjukvård	Nej		
Hjälp av anhörig/närstående	Kompletterande handling samt inköp av frysta matlådor, ekonomi, delning av läkemedel samt transporter.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	6 varav två som kan orsaka kognitiva störningar eller förvirring.		
Läkemedel enligt personen själv	4 preparat i Apodos. 11 tabletter per dygn samt Sobril vid behov. Personen har egenvårdsintyg.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vårddygn	3 47	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus Annan sjukhuset	4 0 3 1	Kirurgen Stomiterapeut
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration	3 0 13	3 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivn/administration	2 29 74	18 distriktssköterskor (7 olika genomför hembesök)
Primärvård, arbetsterapeut		5	4 hembesök
Primärvård, sjukgymnast	Hembesök	2	

Många aktörer med oklar ansvarsfördelning

Många olika personer är inblandade i kvinnans vård och omsorg. Oklarheter råder kring läkemedel och läkemedelsgivning. Läkemedel delas ibland av distriktssköterska, ibland av hemtjänst och ibland av dotter. Kvinnan säger under en period upp hjälp från hemtjänsten och då blir dotter huvudansvarig. Ett flertal gånger tar läkemedel slut och då får kvinnan instruktioner från vårdcentralen om hur hon ska ta kontakt med slutenvård respektive apotek, hemtjänst eller dotter för att få sina läkemedel.

Insatser sker från slutenvård, läkare inom öppen specialistvård och vårdcentral, distriktssköterska, hemtjänstpersonal, biståndshandläggare, hemtjänstområdeschef och sjukvårdsrådgivning. Frågor kring smärta, yrsel, problem med stomi (blödningar, förstoppning, diarréer osv) dokumenteras. Ständiga diskussioner förekommer om ansvarsfördelning mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst kring frågor kopplade till kvinnans stomi.

I vårdcentralens noteringar finns uppgifter om att kvinnan inte är klar och redig samt att hon har stor oro, ångslan och svårt att ta in information. Dotter larmar ett flertal gånger att hon inte orkar med ansvaret för sin mamma. Hon känner sig maktlös vilket beskrivs i både vårdcentralens journaler och i biståndshandläggarens dokumentation.

Antalet läkemedel på vårdcentralens läkemedelslista stämmer inte med det antal som finns i kvinnans Apodos.

Försenade insatser

Oklarheter råder kring kirurgkliniken uppföljning. Remiss har gått från vårdcentralen i februari. Då inget svar på remisser kommer, beslutar vårdcentralens läkare att efter åtta månader rekvirera journalkopior från kirurgen.

Kvinnan önskar hembesök av läkare från vårdcentralen. Hon har stark smärta och vågar inte själv ta sig till vårdcentralen. Ingen vårdcentralsläkare har tid att gå på hembesök. Distriktssköterska försöker då ta kontakt med kvinnans dotter för att be henne följa modern till vårdcentralen. Dottern kan inte nås. Nästföljande dag tar distriktssköterskan kontakt med hemtjänsten som beställer en taxi till kvinnan för färd till vårdcentralen.

Otillräckliga insatser

En vårdplanering äger rum på sjukhuset efter strålning och stomioperation. Patienten beskrivs som oklar. Man misstänker demenssjukdom. Man ger vårdcentralen i uppdrag att vid hemkomsten hjälpa kvinnan med skötsel av stomin. Diskussion uppstår mellan vårdcentral och kommunens biståndshandläggare om huruvida detta ska betraktas som ett ansvarsövertagande från vårdcentralen eller som ett egenvårdsärende som innebär att insats och stöd ges av kommunen inom ramen för socialtjänstlagen. Kvinnan klarar inte av att instruera hemtjänsten om skötsel av stomi. Ärendet hänskjuts till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska. Efter diskussion skriver sjukhusläkaren ut ett egenvårdsintyg innebärande att kvinnan som insats kan få hjälp med handräckning till egenvård genom hemtjänsten.

Näringssituationen och risken för undernäring tas upp av slutenvården och av dottern. Kvinnan ges hjälp i form av en hemtjänstinsats specificerad som hämta mat ur frysen, värme och ställ fram. Denna hjälp med mat och måltid fungerar inte för kvinnan.

Reaktiva insatser utan samordning

Kvinnans oro driver henne att ständigt söka hjälp. Många olika personer och professioner på olika vård och omsorgsnivåer blir inblandade. Var och en tar ansvar för det som uppkommer där och då. Ingen löser hennes behov av långsiktig planering och samarbete mellan de olika parterna. Ansvar är allas och ingens. Varken kommunens hemtjänst eller vårdcentralen är organiserade att ta ansvar för helhetssituationen. Ansvaret för tunga omsorgs- och omvårdnadsinsatser hänskjuts till dotter och kommunens hemtjänst som inte är kompetent att vårda kvinnan utan fast stöd av medicinskt utbildade.

Fall 10: Sammanboende kvinna 93 år

Fall 10: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	5 st., bl.a. lungsjukdom (KOL), osteoporos, hjärta, stroke, urinvägsinfektion och diabetes.		
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, trötthet, ledsenhet, dålig aptit, muntorrhet, ont i magen, diarré, förstoppning, andfåddhet, hosta samt svullna ben/fötter.		
Hemtjänst	Dusch varannan vecka, morgonhjälp, trygghetslarm. Har sagt upp insatserna personlig omvårdnad kväll, frukost, tvätt och städning.		
Inskrivn i hemsjukvård	Nej.		
Hjälp av anhörig/närstående	Make finns alltid till hands och hjälper med avklädning kväll, toalettbesök osv. Granne hjälper med inköp av djupfrysta maträtter och ekonomi. Släkting uträttar ärenden och sköter vårdkontakter.		
Privat hjälp	Privat firma anlitas för städning och tvätt.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	8 st. preparat. Använder kortisonpreparat som kan vara olämpligt vid två av patientens diagnoser (diabetes och osteoporos). Har gravt nedsatt njurfunktion men medicinerar trots detta med tre läkemedel som ska användas med försiktighet vid detta tillstånd.		
Läkemedel enligt personen själv	6 st., inkl. inhalationsläkemedel. Visar på flera listor och har själv svårigheter att redogöra för vilka läkemedel som tas. Hemtjänstpersonalen delar. Har egenvårdsintyg.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder Antal vård dygn	5 36	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset Jourverksamhet/nattpatrull Akutbesök på sjukhus	1 0 5	Medicin
Vårdcentral, läkare	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	2 1 31	8 läkare
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning Hembesök Tel/rådgivning/administration	7 53 64	18 distriktssköterskor & 4 undersköterskor
Primärvård, arbetsterapeut	Hembesök Tel/Rådgivning/Administration	4 3	
Dietist		3	

Okoordinerad vård

Många olika personer inblandade inom både vård och kommunens hemtjänst. Många kontakter för att lösa ständigt uppkomna problem knutna till läkemedel, sår, svängande blodsocker, misstankar om diabetes och urinvägsinfektioner. Läkare tillfrågas om hembesök och genomför ett. Vid ett annat tillfälle finns inte tid avsatt för hembesök och kvinnan får själv ta sig till vårdcentralen. Läkare där bedömer att hon inte klarar hemfärden på egen hand utan beställer ambulans för hemfärd.

Slutenvården meddelar dotter vid utskrivning från sjukhuset men inte vårdcentralen. Dottern bär ständigt information mellan slutenvård och vårdcentral. Mycket rör oklarheter kring läkemedel.

Läkemedelslistan på vårdcentralen innehåller åtta läkemedel, bl.a. ett kortisonpreparat som kan vara olämpligt vid två av kvinnans diagnoser – diabetes och osteroporos. Hon har gravt nedsatt njurfunktion och medicineras trots detta med tre läkemedel som ska användas med försiktighet vid detta tillstånd. Kvinnan själv visar vid intervju flera olika listor och har svårt att redogöra för vilka läkemedel hon tar men tror att det är sex. Hon klarar inte själv att dela läkemedlen men får med hjälp av ett egenvårdsintyg rätt till hemtjänstinsatsen stöd till egenvård.

Insatser som inte fullföljs

Många insatser med många nya personer inblandade initieras, men fullföljs inte. Remiss skickas till sjukgymnast. Kvinnan har svårt att hantera sin rollator. Rehabiliteringsinsatser kommer aldrig till stånd.

Felriktade och verkningslösa insatser

Har sagt upp den beviljade hjälpen med matdistribution på grund av missnöje. Har gått ner tio kilo under det senaste året och behöver hjälp med matlagning. Distriktssköterskor ger kostråd per telefon och går även hem för kostråd. Kvinnan saknar möjlighet att ta till sig de råd som ges. Hon hamnar dagen efter ett sådant råd på akuten på grund av uttorkning. Efter denna vårdepisod skrivs näringsdrycker ut genom dietist som även hon ger kostråd. Ingenting i dokumentationen anger att vårdcentral och hemtjänst diskuterat möjliga alternativ till mat och måltider.

Under perioden sker två läkemedelsgenomgångar genom distriktssköterska inom ramen för ett läkemedelsprojekt. Båda genomgångarna blir snabbt inaktuella i och med kvinnans många kontakter med olika läkare i förskrivningsposition. Vårdcentralen anser att hemtjänsten ska ta uppgiften att dela kvinnans läkemedel. Hon får genom slutenvårdsläkare ett egenvårdsintyg för att kunna få handräckning till egenvård. Behöver hjälp med ögondroppar och med att ta läkemedel ur förpackningar på grund av nedsatt syn och ledbesvär.

Inget helhetsansvar

Varken vårdcentralen eller kommunens hemtjänst är organiserade att ta ansvar för helhetssituationen. Ansvaret för tunga omsorgs- och omvårdnadsinsatser hänskjuts till dotter, 94 årig make och kommunens hemtjänst som inte är kompetent att vårda kvinnan utan fast stöd av medicinskt utbildad personal.

Fall 11: Ensamboende kvinna 78 år

Fall 11: Sammanfattande journaldata

Diagnoser inom slutenvård	6 st., bl.a. hjärtdiagnoser, hjärna, sjukdom i andningsorgan (KOL) och urinvägsinfektion.		
Övriga problem/symtom	Yrsel, huvudvärk, smärta, själslig oro, kroppslig oro, ledsenhet, muntorrhet, andfåddhet, hosta samt svullna ben/fötter.		
Hemtjänst	Städning, inköp, tvätt, stödstrumpor morgon/kväll, trygghetslarm, färdtjänst. Har sagt upp frukost, huvudmål, kvällsmål samt tillsyn eftermiddag och natt.		
Inskrivnen i hemsjukvård	Nej.		
Hjälp av anhörig/närstående	Barn handlar, hämtar pengar och hjälper i övrigt till vid behov. Äldre släkting kompletteringsstöd.		
Aktuell läkemedelslista på vårdcentralen	8 st.		
Läkemedel enligt personen själv	7 st. olika preparat samt inhalator. Apodosen stämmer inte med hennes läkemedelslista. Klarar inte att öppna förpackningar. Får hjälp av vårdbiträde.		
		18 månader	Typ av vårdkontakt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	8	
	Antal vård dygn	20	
Öppenvård	Specialistläkare sjukhuset	6	
	Jourverksamhet/nattpatrull	0	
	Akutbesök på sjukhus	9	
Vårdcentral, läkare	Mottagning	6	4 läkare
	Hembesök	0	
	Tel/rådgivning/administration	23	
Vårdcentral, distriktssköterska	Mottagning	6	12 distriktssköterskor
	Hembesök	7	
	Tel/rådgivning/administration	61	
Primärvård, sjukgymnast	Mottagningsbesök	4	3 mottagningsbesök

Brister i kommunikation mellan vårdgivare

Epikriser från slutenvårdstillfällen anländer sent till vårdcentralen. Nya läkemedel sätts in och gamla sätts ut eller försvinner. Information saknas ofta kring varför läkemedel satts in samt om behandlingstidens längd. Flera kontakter med hjärtspecialist inom öppenvård vars behandlingsinsatser och läkemedelsförskrivning inte vidarebefordras till vårdcentralen. Det samma gäller specialistkontakterna på lungkliniken.

Tveksamheter och otillräckliga insatser

Tror själv att många av hennes problem är kopplade till nyinsatta läkemedel. Sätts på Apodos vilket inte fungerar eftersom läkemedel ständigt tillförs från olika håll. I Apodosen kan kvinnan inte längre identifiera de olika läkemedlen. Tidigare såg hon de olika förpackningarna och kunde läsa sig till information om vilken verkan de olika preparaten hade. Hon har på eget bevåg halverat dosen av en tablett hon inte känner igen och misstänker biverkan av.

På vårdcentralen har läkaren endast tid att behandla yrsel och andnöd. De problem kvinnan har med sitt knä får hon boka ny tid för. Kvinnan har problem med inkontinens men vågar inte ta upp dessa problem.

Har stora problem med glappande proteser men orkar inte bry sig. Blir alltmer orörlig. Hon har tidigare fått hjälp av sjukgymnast med träning men detta stöd har upphört. Hennes son ska nu försöka hjälpa henne till funktionsträning.

Verkningslösa insatser

Distriktssköterska går på hembesök två gånger inom ramen för ett läkemedelsprojekt. De genomgångar hon gör blir snabbt inaktuella i och med att nya läkemedel ständigt tillförs.

Upprepad slutenvård för kronisk diagnos

Är otrygg med vårdcentralskontaktarna. Har blivit hänvisad dit från hjärtkliniken. På vårdcentralen har fyra olika läkare varit inblandade i hennes vård. Har åkt in till akuten nio gånger och i samtliga fall utom ett därefter blivit inskriven på avdelning. I kvinnans fall är det inte bara vårdcentralens och hemtjänstens organisering som brister. Även den slutna och öppna sjukhusvården visar på brister i informationsöverföring till vårdcentralen.



Icke värdeskapande typepisoder

Utifrån en närläsning av det omfattande materialet som varje patientfall består av och en tematisk analys med flödesteorins glasögon, har följande fem typepisoder som är återkommande och därmed relevanta för att förklara generella problem i vården och omsorgen om äldre, kunnat identifieras:

- Upprepningar/onödiga omtag
- Många parallella processer
- Vård på fel nivå
- Pseudolösningar
- Onödiga stopp i processen

Typepisoderna representerar konceptuellt skilda dysfunktionaliteter i patientprocesserna. Det är dock viktigt att betona att kategorierna empiriskt sett inte är ömsesidigt uteslutande, utan enskilda problem kan ibland falla under flera av dessa. På grund av det begränsade antal fall som analyserats inom ramen för denna studie görs inga kvantitativa bedömningar av omfattningen på respektive dysfunktionalitet. Det kan dock konstateras att de flesta patienter under undersökningsperioden varit föremål för flera problem av likartad karaktär. Ingen av dysfunktionaliteterna verkar kunna hänföras till någon enskild aktör inom vården och omsorgen, snarare har många av problemen att göra med i samverkan mellan flera vårdgivare. I synnerhet i öppenvården och i kommunens hemtjänst verkar kontinuiteten och integreringen av olika vård- och omsorgsinsatser vara en utmaning.

Nedan beskrivs och exemplifieras varje typepisod. Exempler består av utsnitt från den fallspecifika empirin där respektive problematik påvisas.¹⁵ Beskrivningen följs av en sammanfattande reflektion kring bakomliggande orsaker. I påföljande avsnitt diskuteras hur vi med ekonomisk och annan styrning kan främja ett mer effektivt och ändamålsenligt flöde.

Upprepningar/onödiga omtag

Samma moment utförs flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås. Orsakerna till detta kan vara flera, till exempel bristande kontinuitet i personkontakterna, låg kvalitet i utförandet, fel tid eller fel ordning på genomförda moment, brist på kommunikation mellan enheter/professioner eller avsaknad av helhetsansvar. Exempel från fallen:

¹⁵ I den underliggande analysen sorterades samtliga tematiska problembeskrivningar in under någon av typepisoderna. De nedan redovisade exemplen utgör ett utsnitt av den fullständiga analysen.

- Mannen får KAD insatt efter vård på sjukhus. I epikris från slutenvårdstillfället fastslås att mannen behöver fortlöpande kontakt med vårdcentralens distriktssköterska för kontroll av denna. Distriktssköterska går på hembesök och informerar mannen om hur KAD:en ska skötas. Hon uppmanar honom att ta kontakt med kommunens hemtjänst för vidare hjälp. Förnyad kontakt med distriktssköterska. Mannen har inte förstått instruktionerna. Distriktssköterskan går på nytt hem och informerar om hur tömning och byte av påsar ska gå till samt upprepar att mannen inte ska söka hjälp på vårdcentralen utan ta kontakt med kommunens hemtjänst. Härefter sker upprepade vårdcentralskontakter från mannens sida. Han uppmanas varje gång att ta kontakt med kommunens hemtjänst, och om han inte gör det kommer distriktssköterskan inte att gå på hembesök utan han måste själva ta sig till vårdcentralen, vilket han då gör. Av vårdcentralens dokumentation framgår att hemtjänsten blir inkopplad först efter två månaders krångel. Ingenting finns dokumenterat om kontakt mellan vårdcentral och kommun eller om behovet av hjälp med KAD i kommunens dokumentation. Efter någon tid tar mannen kontakt med sjukvårdsrådgivningen som i sin tur tar kontakt med vårdcentralens distriktssköterska för att få hjälp med KAD. Dessa turer upprepas undersökningstiden ut, kompletterat med receptförskrivning av olika doser vätskedrivande osv. (fall 2).
- Har under hela undersökningsperioden problem med urinvägsinfektioner. Åtskilliga insatser sker, ibland dagligen, genom olika distriktssköterskor, hemtjänstpersonal, anhöriga, natt- och jourpatruller, akuten, slutenvården och kontakter med sjukvårdsupplysningen. Stopp i katetrar, blod i urin, läckande katetrar och uribags, misslyckade operationer, för tidiga utskrivningar från sjukhuset och därför snabba återintagningar och nya besök på akuten (fall 4).

Många parallella processer

Flera samtidiga processer som alla involverar samma patient. Symtom behandlas var för sig, istället för med hänsyn till patientens sammantagna behovsbild. Insatser kan i vissa fall motverka varandra och leda till att helheten inte blir bra. Exempel från fallen:

- I vårdcentralens journal dokumenteras kring receptförnyelser, akut- och slutenvård, remisser, diabeteskontroller, blodtryck och PK-kontroller och kontakter med hjärtspecialist på sjukhuset. Kvinnan söker upprepade gånger för värk och smärta i handled och händer, fot, lumske och rygg och bröst. Hon söker för ögonproblem, feber, frossa, oro, andningsproblem, blodbrist, magont, kärlkramp, biverkan av olika läkemedel samt urinvägsbesvär. Varje symptom behandlas för sig och läkemedel förskrivs. För varje ny kontakt får kvinnan återberätta sin sjukdomshistoria (fall 5).

- Läkemedelslistan på vårdcentralen innehåller åtta läkemedel, bl.a. ett kortisonpreparat som kan vara olämpligt vid två av kvinnans diagnoser - diabetes och osteoporos. Hon har gravt nedsatt njurfunktion och medicinerar trots detta med tre läkemedel som ska användas med försiktighet vid detta tillstånd. Kvinnan själv visar vid intervju flera olika listor och har svårt att redogöra för vilka läkemedel hon tar men tror att det är sex. Hon klarar inte själv att dela läkemedlen men får med hjälp av ett egenvårdsintyg rätt till hemtjänstinsatsen stöd till egenvård. [...] Under perioden sker två läkemedelsgenomgångar genom distriktssköterska inom ramen för ett läkemedelsprojekt. Båda genomgångarna blir snabbt inaktuella i och med kvinnans många kontakter med olika läkare i förskrivningsposition (fall 10).

Vård på fel nivå

Observationer av att en uppgift inte utförs på det ställe där den rimligen utförs bäst. Här väger vi in resursutnyttjande (till exempel undvikbar konsumtion av akutvård) men även kompetens och lämplighet. Den tillhandahållna vården kan därmed vara både på för hög och för låg nivå. Exempel från fallen:

- Ambulans, akutvård, slutenvård, specialister, vårdcentralsläkare, distriktssköterskor, primärvårdens jourpatrull, hemtjänst och anhöriga mobiliseras när kvinnan får näsblödningar, vilket händer någon eller flera gånger varje undersökningsmånad. [...] Förvirring uppstår kring omhändertagande varje gång blödningarna blir akuta. Hemtjänsten söker distriktssköterska för stöd och hembesök. Distriktssköterskan instruerar hemtjänstpersonalen om hur de ska stoppa blödningen. Ibland går distriktssköterska på hembesök och konstaterar att blödningen upphört. Ibland hinner hon inte dit utan kvinnan förs med ambulans till akuten. Kvinnan efterfrågar hembesök av vårdcentralens läkare. Hon uppmanas då att själv ta sig till vårdcentralen. Vid ett av dessa tillfällen får hon åka sjuktransport till vårdcentralen efter det att distriktssköterska därifrån ordnat hemtjänst till kvinnans demente make som inte kan lämnas ensam. När kvinnan anländer till vårdcentralen skickar läkare där henne vidare med ambulans till akuten (fall 6).
- Ansvar för tunga omsorgs- och omvårdnadsinsatser hänskjuts till dotter, 94-årig make och kommunens hemtjänst som saknar kompetens att vårda kvinnan utan fast stöd av medicinskt utbildad personal (fall 10).
- Är otrygg med vårdcentralskontakterna. Har blivit hänvisad dit från hjärtkliniken. På vårdcentralen har fyra olika läkare varit inblandade i hennes vård. Har åkt in till akuten nio gånger och i samtliga fall utom ett därefter blivit inskriven på avdelning (fall 11).

Pseudolösningar

Observationer där insatser hanterar symtom eller enskilda problem, men inte bidrar till en långsiktigt hållbar lösning för patienten. Ett uttryck bland annat för att ”jag har löst mitt problem, nu får någon annan ta vid”, och/eller en konsekvens av att det finns olika arbetssätt och målbilder hos olika vårdgivare, och att dessa arbetar utan gemensam planering. Exempel från fallen:

- Har diabetes och gått ner kraftigt i vikt. Klarar inte själv att laga mat. Får bistånd i form av matdistribution. Tycker inte om den distribuerade matlådan och säger upp insatsen. Kallas till vårdcentralen på diabeteskontroll och informeras där om vikten med rätt kosthållning, motion och skötsel av fötter. Antecknas att han inte tagit till sig tidigare information utan ”struntar i kosten och äter kakor och har grädde i maten dagligen”. Inget dokumenterat om kontakt kring mat och viktminskning mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst. I kommunens löpande anteckningar noteras endast att mannen säger upp matdistributionen (fall 2).
- Den medicinska, funktionella och sociala situationen förvärras stadigt under undersökningsperiodens 18 månader. Blir inskriven i hemsjukvård de tre sista månaderna. Då ansöks muntligt om särskilt boende. Detta leder inte till åtgärd från biståndshandläggarens sida. Mannen beviljas istället hjälp med tömning av kateter också nattetid. Han åker under de tre sista undersökningsmånaderna ett flertal gånger med ambulans in till akuten och blir efter samtliga gånger inskriven på avdelning (fall 4).

Onödiga stopp i processen

Stopp och väntan som inte tillför något, utan försenar en lösning eller ett svar. Orsaken är ofta kommunikationsproblem, resursbrist, tekniska problem eller rena förseelser i informationsöverföringen. Exempel från fallen:

- Har Apodos, som det ofta blir ”fel” i. Nya läkemedel tillkommer som han själv eller hemtjänst ska, men inte förstår att de ska, hämta ut eftersom det tar tid innan nytt preparat hamnar i Apodospåsen. Någon gång ser sig distriktssköterska tvungen att ge några tabletter ur vårdcentralens förråd i avvaktan på att läkaren ska hinna med att göra en ny receptförskrivning. Några gånger sker både telefonkontakt och akutbesök på hälsocentralen samma dag. En gång även ett sjukbesök direkt därpå. Läkare på vårdcentral uppmanar mannen gång på gång att minska doseringen av lugnande och sömntabletter. Vårdcentralen kontakter Apodosen och vid något tillfälle underrättas hemtjänsten om att hjälpa till när Apodos inte hunnit justeras vid nyförskrivningar (fall 3).

- Vid ett senare planerat läkarbesök för kontroll av blodtryck, emfysem och diabetes vill mannen också ta upp problem med prostata. Läkaren hinner då inte med att undersöka prostatan utan uppmanar mannen att istället ta upp detta problem vid nästa besök. En månad senare efter urinodling och provsvar skriver läkare på vårdcentralen en remiss till urolog för undersökning av prostata. Ett par veckor därefter får mannen besked om att det är 40 dagars väntetid till urologen (fall 7).
- Kallad till besök hos diabetessköterska på vårdcentralen. Önskar få undersökning av blodtryck och uppmanas att gå hem och boka besök med läkare på vårdcentralen per telefon. Patienten uppger vid ett annat besök att hon önskar remiss till ögonläkare. Frågan tappas bort och remiss blir aldrig skriven. Remiss om röntgenundersökning av handled kommer bort. Meddelande till vårdcentralsläkare från specialist inom reumatologi om polyfarmaci lämnas utan åtgärd (fall 5).



Reflektion kring bakomliggande orsaker

Tidigare studier har visat att ju fler olika utförare och vårdpersonal en individ möter, desto större är risken att vården och omsorgen inte motsvarar behoven. Ett tecken på detta är att de äldre som konsumerar mest vård och omsorg också är de som är minst nöjda med den vård och omsorg som ges.¹⁶ Kvalitativa uppföljningar har visat på att missnöjet ofta härstammar från brister i tillgängligheten, kontinuiteten och framför allt samarbetet mellan olika vård- och omsorgsgivare.¹⁷

Det som observerats i denna rapport reflekterar ovanstående problembild väl. Vår förståelse av de bakomliggande orsakerna till icke värdeskapande vård och omsorg om de mest sjuka äldre kan sammanfattas i följande punkter:

- Diskontinuitet i omhändertagandet inom vård och omsorg
- För lite, för mycket eller fel information mellan vård, omsorg, den äldre personen och dennes anhöriga
- Brister i kommunikationen och samarbetet mellan olika vård- och omsorgsenheter, inklusive anhörigvårdare
- Gränsdragningsfrågor och oklarheter kring ansvarsförhållanden
- Organiseringen av kompetenser inom vård och omsorg utanför den slutna sjukhusvården

Den i fallen starkast framträdande orsaken till uppkomsten av problem i vård- och omsorgsprocesser är den betydande diskontinuitet som kännetecknar många av fallen. Diskontinuiteten innebär att olika vård och omsorgskontakter bemannas av ett stort antal olika läkare, distriktssköterskor, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och personal inom kommunens hemtjänst. Samtliga möter den äldre i enskilda insatser utan samlat helhetsomhändertagande.

Utmärkande för de flesta typfallen är också den voluminösa mängd information och insatser som ägnas den äldre men som inte leder till lösning av problem och behov. Information och instruktioner ges av så många olika personer på olika nivåer i systemet att missförstånd och felhandlingar ofta uppstår. Anhöriga gör betydande insatser som informationsbärare och vårdkedjeadministratörer men deras medverkan innebär samtidigt att ytterligare komplexitet introduceras i systemet.

¹⁶ Socialdepartementet: *Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas*, 2011-06-22.

¹⁷ Se bl.a. Gurner, Ulla, Rolf Bowin, Dag Norén och Johan Fastbom: *Utanför sjukhuset - Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*. SKL, 2012.

Effekten av bilateral kommunikation mellan den slutna och öppna vården, vårdcentralen och kommunens äldreomsorg blir en dysfunktionell helhet. Det faktiska samarbetet mellan olika vård- och omsorgsenheter är ofta eftersatt. Fallen visar att den samverkan som existerar oftast sker först när något inträffat och vid vårdövergångar.

De ständiga diskussionerna om ansvarsfördelning mellan olika vård- och omsorgsenheter samt anhöriga skapar osäkerhet hos samtliga inblandade parter. Ett i fallen ofta förekommande exempel är oklarhet kring insatta läkemedel, som leder till felbehandling och därmed förenade brister i patientsäkerheten. Ett annat tydligt exempel är oförmågan att gemensamt mellan vårdcentral och kommunens hemtjänst hantera frågor kopplade till nutrition, mat och måltid. Oro och otrygghet hos den äldre och/eller anhöriga är också en frekvent anledning till att man söker sig till sjukhuset.

Sammantaget visar fallen på att organiseringen av kompetenser utifrån det kontinuerliga behovet för den äldre multisjuka har stora brister. Det saknas ett proaktivt, långsiktigt hållbart samarbete med definierat ansvar för individens vardagssituation och för att följa, värdera och ompröva dennes varierande behov. Fallen visar att primärvården inte är organiserad att ta ett helhetsansvar utanför sjukhuset. En insatsutformad hemtjänst har också små förutsättningar att arbeta långsiktigt förebyggande, och saknar möjlighet att navigera rätt i de snabbt skiftande behoven i hemmet. Överföringen av hemsjukvård till kommunerna kan komma främja en bättre samverkan mellan läkare och hemtjänst i fråga om specifika behandlingar, men löser troligen inte problemet för patienter som har så pass skiftande och/eller diffusa behov att de främst är hänvisade till distriktssköterskekontakter inom landstingets vårdcentral.



Att styra mot effektivare flöden

Utifrån ovanstående analys, liksom en mängd tidigare studier på området, verkar det tämligen okontroversiellt att hävda att ett helhetsperspektiv på vården och omsorgen om äldre vore något eftersträvänsvärt. Bättre samordning och samsyn kan antas leda till högre kvalitet för den äldre, färre vårdskador och samtidigt minskade kostnader, då den sammantagna vårdkonsumtionen bättre kan hållas under kontroll. Ofta menas att det optimala, såväl för individen som för vårdsystemet, är att den äldre kan vara kvar i hemmet så långt det är möjligt och få omfattande insatser där när hälsan och funktionstillståndet sviktar. När behovet av hemtjänst eller flytt till särskilt boende uppkommer så ska individuell valfrihet och medbestämmande vara viktiga ledmärken. Samtidigt finns insikten att många äldre lider av kognitiv svikt, vilket begränsar deras förmåga att inhämta och bearbeta information om olika utförare och innehållet i deras tjänster och behandlingar. En annan viktig målsättning är därför att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva samordna och administrera sina vård- och omsorgskontakter på egen hand.¹⁸

En förutsättning för att målbilden ska kunna realiseras är enligt många en perspektivförskjutning från ett produktionsinriktat till ett situationsinriktat förhållningssätt gentemot de mest sjuka äldre.¹⁹ Vad detta innebär är inte entydigt, men en komponent som ofta nämns är ett funktionsstödjande arbetssätt, som i jämförelse med dagens i många avseenden sjukdomsorienterade system lägger större vikt vid prevention och vardagliga behov. En annan central komponent som lyfts fram är just processorientering, det vill säga skapandet av en obruten vård- och omsorgskedja som utgår från den äldres sammantagna behov av insatser, snarare än de enskilda enheter som står för utförandet av var och en av dessa.

Som diskuterats i inledningen till denna rapport har tidigare delar av LHC:s arbete visat på att utvecklingen mot en sammanhållen vård och omsorg skulle främjas av ett ekonomiskt fokus på flödeseffektivitet snarare än resurseffektivitet. I det avslutande avsnittet presenteras några tankar kring hur ersättningssystemen inom vården och omsorgen skulle kunna anpassas för att i högre grad styra med horisontella incitament, och hur ersättningsprinciper skulle kunna utformas för att avhjälpa de olika typer av icke värdeskapande typepisoder i äldres vårdkonsumtion som identifierats i studien.

Hur kan ersättningssystemen anpassas?

Äldre med komplex sjukdomsbild utmärks av att de är i behov av ömsesidigt beroende vård- och omsorgsinsatser från flera verksamhetsområden och utförare. En av utmaningarna i dagsläget är att de relevanta kompetenserna inom hemtjänsten, primärvården, den öppna specialistvården och den slutna sjukhusvården organiseras i skilda verksamhetsområden med separata uppdrag och budgetar. Det finns flera förklaringar till denna organisatoriska fragmentisering, varav det på senare år har riktats särskilt intresse mot ersättningssystemens roll.

¹⁸ SKL: Bättre liv för sjuka äldre, 2011.

¹⁹ SFAM, SGF och SIM: Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram, 2008.

Exempelvis fokuserar 2012-14 års överenskommelser mellan staten och SKL specifikt på att genom ekonomiska incitament uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting,²⁰ och LHC har inom ramen för detta ett särskilt uppdrag att titta på hur ersättningssystem som stödjer en sammanhållen vård och omsorg skulle kunna se ut.

Problem som tidigare lyfts i relation till ersättningssystemets effekter för de mest sjuka äldre har till stor del berört hur denna grupp prioriteras i förhållande till andra patientgrupper. Med nuvarande ersättningssystem riskerar tidskrävande patienter såsom äldre med komplex problematik att bli nedprioriterade, i synnerhet inom primärvården där en stor del av ersättningen utgår per besök.²¹ Kraven på tillgänglighet som ställs på mottagningarna är också svåra att kombinera med behovet av planerade insatser och hembesök för äldre och kroniskt sjuka som inte själva tar sig till vårdcentralen.²²

Ett annat ersättningsrelaterat problem accentueras i övergången mellan öppen och sluten vård. Enligt den så kallade betalningsansvarslagen inträder kommunens betalningsansvar dagen efter att en läkare har förklarat en patient utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad, dock tidigast fem vardagar efter det att kommunen mottagit kallelse till vårdplaneringen.²³ Sjukhusen menar ofta att kommunerna i för stor utsträckning använder sig av de fem betalningsfria dagarna, mot medicinsk praxis och ibland emot den äldres önskemål att få gå hem. Från kommunsidan talas istället om alltför snabba utskrivningar av personer i mycket skört tillstånd, vilket inte sällan leder till återinläggningar och därmed förenad problematik.²⁴ Detta har lett till krav på ett tydligare ansvar för primärvården för eftervården.

Ett tredje exempel rör tvister om ersättning i samband med uppgifter som utförs på delegering, t ex apoteksärenden och hjälp med att ta medicin. Hemtjänsten ersätts i regel inte för sådana uppdrag, trots att de kan vara mycket tidsödande för äldre som har flera läkemedel. Detta bedöms ha lett till en minskad benägenhet hos hemtjänstutförare att acceptera delegering från sjukvården, med minskad kontinuitet för den äldre som följd.²⁵ Motargumentet är att hemtjänstens personal inte är sjukvårdsutbildade och därför i princip inte ska arbeta med sjukvårdsfrågor utan nära samarbete med sjukvårdsutbildad personal.

Sammanfattningsvis har problemet med ersättningssystem i relation till de mest sjuka äldre ofta beskrivits i termer av inomorganisatoriska prioriteringar, alternativt i termer av en gränsdragningsproblematik mellan olika vårdgivare där målgruppen kommer i kläm. Denna problemformulering sätter fokus på frågan om hur äldres vård- och omsorgsbehov ska hanteras och av vem, men adresserar i mindre utsträckning frågan om hur den ekonomiska styrningen kan

20 Socialdepartementet och SKL: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.

21 Anell, Anders: Vården i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.

22 Äldrecentrum: Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.

23 SFS 1990:1404.

24 Landstingsrevisorerna: Problem i vårdens gränssnitt - för äldre med sammansatta vårdbehov. SLL 5/2010.

25 Ibid.

utformas för att ge incitament för gränsöverskridande arbetssätt.²⁶ För att angripa den andra frågan har vi menat att man i högre grad bör beakta ersättningssystemens avgränsande effekter.²⁷

Med detta menas att genom enhetsspecifika ersättningar riktas uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Varje vårdenhets har ett avgränsat ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer. Ersättning som ges per utförd åtgärd eller som budgettilldelning till en specifik utförarorganisation främjar effektiv vård inom varje specifik del av vårdkedjan/processen. Som en konsekvens av denna typ av ekonomiska styrning kan verksamhetsmässigt beroende aktörer bli ekonomiskt oberoende av varandra. Det primära för de olika vårdgivarna blir då att klara sitt eget avgränsade uppdrag, på bekostnad av intresse att ta ansvar utöver detta, ofta omtalat som stuporstänk.

Insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna enheten kan dock ofta missgynna den enskilde, särskilt om denne är beroende av flera vård- och omsorgsgivare. Att enskilda patienter bollas mellan olika utförare och/eller huvudmän kan ses som ett uttryck för detta problem. Dessa fall kan visserligen uppstå på grund av bristande ansvarstagande hos någon aktör, men det kan också vara så att alla parter ”gjort sitt” enligt de ersättnings- och utvärderingssystem som finns på plats – men ändå brister helheten. Som ersättningssystemen är utformade är detta föga förvånande, då de ekonomiska incitament som styr mot samverkan i gränssnitten mellan utförarna idag är få, svaga eller till och med motverkande.

Processtödjande ersättningsprinciper

För att målet om en sammanhållen vård och omsorg om äldre ska kunna realiseras behöver dagens ekonomiska styrsystem kompletteras med element som följer en horisontell, flödesorienterad logik. Utifrån vår slutsats att ett huvudsakligt problem för de mest sjuka äldre består i att insatserna utanför sjukhuset är bristfälligt koordinerade, så är det önskvärt att styrningen förändras för att åstadkomma en bättre samordning av öppenvårdens och den kommunala omsorgens olika professioner. Att skapa incitament för att överbrygga gränsen mellan den slutna och den öppna vården är ett annat viktigt utvecklingsområde.

Tabellen på nästa sida ger några förslag på hur ersättningsprinciper skulle kunna utformas som i högre grad synliggör och värderar det ömsesidiga beroendet mellan olika vård- och omsorgsverksamheter. Det finns många tänkbara sätt på vilket detta kan göras som alla i grunden handlar om att hitta nya, gränsöverskridande fördelningsgrunder för ersättningen.

Som beskrivs nedan kan processtödjande ersättningar definieras med olika grad av aggregering och rikta sig mot olika utsnitt av vården och omsorgen. Beroende på ersättningens nivå och vilka aktörer som inbegrips, så kan effekten på de olika samverkansrelaterade delproblem

26 SOU 2009:84: Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

27 Krohwinkel Karlsson, Anna: Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningssystemen anpassas? I Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. LHC Report Nr 1 2012.

som identifierats i denna studie förväntas variera. I tabellen matchas varje ersättningsprincip mot den typ av icke värdeskapande episod som vi föreställer oss främst kan avhjälpas genom användning av principen.

Det är inte troligt att en fristående tillämpning någon av ersättningsprinciperna kan lösa den sammantagna problematiken kring de mest sjuka äldre. Sannolikt skulle en kombination av principerna i de flesta fall vara mera ändamålsenlig – och denna styrning skulle isåfall få konsekvenser även för andra patientgrupper som är i behov av sammanhållna vårdkedjor.

Alternativen som skissas nedan är alltså inte menade att läsas som normativa särlösningar för styrning av vården om omsorgen om de mest sjuka äldre, utan som möjligheter att bryta något av den stuprörslig som nuvarande ekonomistyrning ger uttryck för. För att det konceptuella resonemang som förs här ska kunna omsättas i praktiken behövs dock vidare analys av olika vård- och omsorgsverksamheters karaktär och förutsättningar, speciellt avseende hur ersättningarna inom olika vårdområden är utformade lokalt.

Exempel på horisontellt verkande ekonomistyrning

Princip för fördelning av ersättning och ansvar	Skulle kunna avhjälpas
Gemensamt ansvar, t ex ersättning för vård och omsorg utifrån en och samma budget	Många parallella processer
Överlappande ansvar, t ex ersättning till behandlande verksamhet enligt resultat i rehabilitering	Uppprepningar/onödiga omtag
Koncentrerat ansvar: riktad ersättning till en aktör, som för individens räkning koordinerar relevant vård och omsorg	Vård på fel nivå
Mindre stram ekonomistyrning: större andel vårdtyngdsviktad kapitering, förenklad biståndsbedömning, längre budgetperioder	Pseudolösningar, onödiga stopp i processen
Ersättning för resultat på systemnivå, t ex enligt hälsorelaterad livskvalitet, undvikande av onödig och felaktig vård, brukarnöjdhet	Flera av problemen ovan

Ett första exempel på horisontellt verkande ersättningsprincip är möjligheten att dela ut ersättning utifrån en gemensam modell som inbegriper utförare inom olika vårdområden. En internationell genomgång av system som beskrivits som framgångsrika när det gäller att öka samordningen av vård och omsorg för äldre personer, har visat att dessa i högre grad utformar ersättning på ett mer aggregerat sätt, där en samlad ersättning per brukare bekostar den kontinuerliga vården från både primärvård och socialtjänst.²⁸ Gemensamt ansvar och ersättning som inbegriper flera vårdområden skulle kunna motverka att symtom behandlas var för sig, istället för med hänsyn till patientens sammantagna behovsbild.

28 Hagbjer, Eva: Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning. LHC Report Nr 5 2012.

Ett liknande alternativ är ersättningsmodeller som spänner över hela vårdepisoder, från akuta insatser till eftervård. Detta är främst tillämplbart inom ramen för tydligt avgränsbara vårdkedjor, såsom exempelvis höftledsoperationer eller vissa cancerbehandlingar.²⁹ Detta skulle skapa ekonomiska incitament för samordning mellan behandlande verksamheter och de som utför den påföljande rehabiliteringen,³⁰ och på så sätt motverka onödiga omtag och främja insatser som underlättar vårdförloppet i sin helhet.

En tredje möjlighet är att en riktad ersättning ges till en vårdaktör med allmänmedicinsk eller geriatrisk kompetens, som får befogenheter att bedöma och koordinera alla vård- och omsorgsinsatser som den äldre är i behov av. En variant som testats i vissa landsting är att introducera en s.k. vårdcoach för individer som vid upprepade tillfällen uppsökt sjukhusens akutmottagningar. En begränsning i modellen är att vårdcoachen endast har en rådgivande funktion gentemot vårdtagarna, vilket kan vara till stöd för enskilda patienter men inte uppenbart löser de grundläggande kommunikations- och samarbetsproblemen mellan vårdgivarna. Principiellt är det en nackdel att ytterligare en ny aktör, utan direkt inflytande på hur behandlingen utformas, introduceras i ett redan komplext system. I en annan färsk LHC-rapport föreslås istället att kommunala sjuksköterskor, som själva utgör en viktig del av vårdapparaten kring äldre, skulle kunna få ett liknande uppdrag.³¹ En mer långtgående version av koncentrerat ansvar vore att delegera kostnads/inköpsansvaret för vård- och omsorgstjänster till en aktör som också bedömer den äldres behov, med andra ord utrusta dagens biståndsbedömare med ekonomiska befogenheter.

En fjärde möjlighet är att testa mindre detaljerade ersättningsmodeller, där exempelvis en större andel fast ersättning för multisjuka äldre (t ex inom primärvården) eller ersättning för ospecificerad tid (inom exempelvis hemtjänsten) kan ingå. Mycket tyder på att ett utrymme för inslag i arbetet som inte kan specificeras i förväg är en viktig premis för den vardagliga samverkan mellan vårdprofessionella.³² Att utforma ekonomistyrningen så att ett situationsanpassat omhändertagande stöds motverkar sannolikt tendensen att bara ”se till sitt” (pseudolösningar). Under flexiblare ekonomistyrning kan också ingå att anlägga ett mindre snävt tidsperspektiv, där det anses relevant att synliggöra och värdera effekter som sträcker sig utöver enhetsspecifika budgetar och enskilda budgetår.³³ Härigenom skulle man kunna undvika onödiga stopp i processerna som beror av upplevd resursbrist inom den egna verksamheten, knutet till kravet att redovisa resursåtgång för en viss enhet under en viss tidsperiod.

29 Jfr Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen*. LHC Report Nr 1 2011.

30 SOU 2009:84: *Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård*. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.

31 Anell, Anders och Anna H Glenngård: *Vad gör primärvården göra för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting*. LHC Report Nr 10 2012.

32 Kraus, Kalle: *Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldreården*. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.

33 Jfr Sjögren, Ebba et al.: *Hälsa per krona*. Leading Health Care Report nr 1 2010. Stockholm: LHC.

Ett sista förslag är att koppla ersättning till resultat på systemnivå. Med systemnivå förstås resultat som beror av flera olika verksamheter och där avsaknaden av samordning antas leda till sämre utfall. En förutsättning för en sådan styrning är att metoder för aggregerad och/eller överlappande resultatmätning utvecklas, både på individ- och systemnivå. Här finns stora utvecklingsmöjligheter för vården och omsorgen där exempelvis resultat av hälsofrämjande arbete i högre grad kan uppmärksammas i ersättnings- och uppföljningssystemen.

Sammanfattningsvis syftar den typ av förslag som diskuterats ovan till att anlägga ett helhetsperspektiv, som tar hänsyn till hur samspelet ser ut mellan olika delar av en vård- och omsorgskedja och mellan olika kedjor på kort och längre sikt. Förslag som införlivar aspekter av bredd och flexibilitet i den ekonomiska styrningen kan kanske inte lösa problemen, men motverka att ersättningssystem slår sönder kopplingarna mellan verksamheterna.

Vi har i den här rapporten gett några förslag på hur ersättningsprinciper skulle kunna utformas som ger möjligheter att arbeta patientcentrerat och med ett fokus på process och flöde snarare än optimering av enskilda enheters resultat och kortsiktiga resursanvändning. Om ersättningarna inom vården och omsorgen i högre grad utgick från dylika principer, tror vi att delar av de problem med icke värdeskapande episoder som observerats i fallstudierna skulle kunna avhjälpas, eller åtminstone reduceras.

Studien har även ett metodologiskt bidrag. Vi har velat visa på hur man genom flödesanalys, dvs. tekniken att följa objektet (här: den äldre patienten) mellan delarna i en processkedja, kan upptäcka och beskriva glappen i denna kedja. I vilken ordning olika insatser kommer, och hur kopplingarna mellan dessa ser ut, missas ofta när man gör analysen verksamhetsområdesvis, såsom tidigare ofta skett i relation till ersättningssystem. Vi tror att en bredare metodologisk ansats är nödvändig om man vill utveckla en styrning – och i förlängningen, organisering – som spänner över mer än ett vårdområde/en typ av åtgärd/ett behov i taget, exempelvis genom att utforma ersättningar på ett mer aggregerat sätt.



Referenser

- Anell, Anders (2010): Värden i vården - en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården. Rapport till Expertgruppen i studier i offentlig ekonomi 2010:7.
- Anell, Anders och Anna H Glenngård (2012): Vad gör primärvården göra för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting. LHC Report Nr 10 2012.
- Bicheno, John och Matthias Holweg (2009): The Lean Toolbox – The essential guide to lean. Buckingham, UK: PICSIE Books
- Gurner, Ulla och Mats Thorslund (2003): Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gurner, Ulla, Johan Fastbom, L Hagman och Zahra Shah-Zahid (2005): Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshandtering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge? Landstingsrevisionen 19/2005.
- Gurner, Ulla, Dag Norén, Rolf Bowin och Agneta Brinne (2010): Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, Stiftelsen Äldrecentrum 2010:7
- Gurner, Ulla, Rolf Bowin, Dag Norén och Johan Fastbom (2012): Utanför sjukhuset - Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Stockholm: SKL.
- Hagbjör, Eva (2012): Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning. LHC Report Nr 5 2012.
- Helgesson, Claes-Fredrik och Hans Winberg (red.) (2008): Detta borde vårddebatten handla om. Stockholm: IFL och EFI.
- Kraus, Kalle (2008): Sven eller pengarna? Styrningsdilemman i äldreomsorgen. Forskning i Fickformat 2008:2. Stockholm: EFI.
- Krohinkel-Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.) (2012). På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. LHC Report Nr 1 2012.
- Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes (2011): Tid eller pengar: Exempel från cancervården – bröstcancerprocessen. LHC Report Nr 1 2011.
- Landstingsrevisorerna (2010): Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. SLL 5/2010.
- Modig, Niklas och Pär Åhlström (2011): Vad är Lean? En guide till kundfokus och flödeseffektivitet. Stockholm: EFI.
- Ohno, Taiichi (1998): Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production. New York: Productivity Press.
- Rognes, Jon och Anna Svarts (2012): Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige. I Rognes, Jon och Anna Krohinkel Karlsson (red.). Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar. LHC Report Nr 2 2012.
- Rognes, Jon och Ida Larsson (2012): Lean i äldreomsorgen – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker. I Krohinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. LHC Report Nr 1 2012.
- SFAM, SGF och SIM (2008): Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram.
- SFS 1990:1404: Lag om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård.
- Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij (2010): Hälsa per krona. Leading Health Care Report nr 1 2010. Stockholm: LHC.
- SKL (2011): Bättre liv för sjuka äldre.
- Socialdepartementet (2011) Mest sjuka äldre – en beskrivning av vilka brister och problem som ska åtgärdas. Promemoria 2011-06-22.
- Socialdepartementet och SKL (2011): Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012. Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting.
- SOU 2009:84: Regler för etablering av vårdgivare: Förslag för att öka mångfald och integration i specialiserad öppenvård. Slutbetänkande av Utredningen om patientens rätt.
- Womack, James P och Daniel T. Jones (2003): Lean Thinking: Banish waste and create wealth in your corporation. London: Simon & Schuster UK Ltd.
- Äldrecentrum (2010): Sköra länkar i vårdkedjan: Äldre med sammansatta vårdbehov i gränssnitten mellan landsting och kommun. Bilaga till SLL 24/2010.

Om Leading Health Care

Den akademiska tankesmedjan Leading Health Care (LHC) uppstod ur en vision om mötet mellan akademi och praktik.

LHC ska främja forskning och kunskapsutveckling som är relevant för organisering, styrning och ledning inom hälso- och sjukvårdsområdet samt sprida information om detta.

Tillsammans med våra partners och vårt akademiska nätverk genomför vi seminarier, forskningsprojekt och workshops om utmaningar och nya vägar för hälso- och sjukvården. Genom ett öppet och generöst samtalsklimat och genom att sprida forskningsbaserad kunskap bidrar vi med idéer om hur hälso- och sjukvårdssystemen kan utvecklas både på mikro- och makronivå.

Det yttersta uppdraget för Leading Health Care är att bidra till att patienterna får en bättre vård och omsorg.

Kvalitetskriterier för en LHC-rapport

En LHC-rapport ska uppfylla följande krav:

- Rapportens författare har rätt att självständigt formulera rapportens innehåll och slutsatser.
- En LHC-rapport håller hög akademisk standard och har framtagits med iakttagande av god forskningssed. Åtminstone en författare bör vara disputerad forskare.
- Författarens eventuella jävsintressen måste deklarerats i rapporten.
- En färdig LHC-rapport har godkänts efter kvalitetsgranskning av LHC:s kansli och av ytterligare en namngiven disputerad extern granskare med kompetens på området.
- En LHC-rapport ska vara skriven på ett sådant sätt att de primära målgrupperna lätt ska kunna ta till sig rapportens innehåll. De skrivs för att bli lästa och väl spridda.
- Rapporten ska ämnesmässigt falla inom LHC:s verksamhetsområde.

Vill du veta mer om LHC?

På vår sajt hittar du mycket information om ledning, styrning och organisering av hälso- och sjukvård. Här kan du ladda ner alla våra rapporter och utredningar.

www.leadinghealthcare.se

LHC:s publikationer

2012

Anell, Anders och Anna H Glenngård: *Vad gör primärvården göra för äldre med komplexa behov? Arbetssätt och samverkan vid åtta vårdcentraler i region Skåne, samt implikationer för kommuner och landsting*. LHC Report Nr 10 2012.

Thoresson, Karin: *När samverkan brister: Patientnämndsärenden som underlag för problemanalys och kvalitetsutveckling mot en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 9 2012.

Fernler, Karin: *Nya perspektiv på implementering: Vad är ”god” implementering och kan det stödjas?* LHC Report Nr 8 2012.

Lee, Francis: *Att söka sanningen: Om kunskapsstyrning och gränsarbete i systematiska litteraturöversikter*. LHC Report Nr 7 2012.

Tyrstrup, Mats: *Styrning med förhinder: Verksamhetschefers syn på möjligheterna att arbeta med patientsäkerhets-, kvalitets- och utvecklingsfrågor*. LHC Report Nr 6 2012.

Hagbjer, Eva: *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre: En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. LHC Report Nr 5 2012.

Brattström, Anna: *Organisering för innovation i sjukvården: Så kan organisationsteori bidra till mer utveckling*. LHC Report Nr 4 2012.

Nilsson, Maria, Linus Johansson Krafve och Claes-Fredrik Helgesson: *Vem vill ha rökavvänjning? Att styra motivationen eller låta motivationen styra*. LHC Report Nr 3 2012.

Rognes, Jon och Anna Krohwinkel Karlsson (red.). *Ledningssystem och styrning av vård – förutsättningar och utmaningar*. LHC Report Nr 2 2012.

Delrapporter:

Rognes, Jon och Anna Svarts: *Lean i vården: En översikt över dagsläget i Sverige*

Tyrstrup, Mats: *Ledningssystem i vården – ett ledarskapsperspektiv*

Fernler, Karin: *Kunskapsstyrning för ledning och policyarbete*

Helgesson, Claes-Fredrik: *Den mångfaldiga styrningen i hälso- och sjukvården: Orsaker och implikationer för de statliga myndigheternas roll*

Krohwinkel Karlsson, Anna och Hans Winberg (red.). *På väg mot en värdefull styrning: Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre*. LHC Report Nr 1 2012.

Delrapporter:

Krohwinkel Karlsson, Anna: *Styrning mot samverkan: Hur kan ersättningsystemen anpassas?*

Bowin, Rolf och Dag Norén: *De ”mest sjuka äldre”: Hur ser gruppen ut, hur utförs omhändertagandet, vilka är kostnaderna samt strategier för en bättre vård och omsorg*

Thoresson, Karin: *Mångfaldig styrning – en teoriöversikt*

Fernler, Karin: *Styrning på gränsen mellan slutet och öppen vård: Vaga kriterier och interorganisatoriska beroenden i beslut om medicinskt utskrivningsklar*

Rognes, Jon och Ida Larsson: *Lean i äldreården – en översikt över dagsläget vid Sveriges geriatriska kliniker*

Anell, Anders: *Primärvården som koordinator för de mest sjuka äldre – implikationer för mål och indikatorer*

Sjögren, Ebba och Per Åhblom: *Verktyg för att realisera samverkan: En vetenskaplig undersökning av TioHundraprojektet*

Leading Health Cares Årsskrift 2010-2011.

2011

Rognes, Jon: *Lika vård för alla? En studie av vårdkedjan för prostatacancer.* LHC Report Nr 2 2011.

Källberg, Niklas, Helena Bengtsson och Jon Rognes: *Tid eller pengar: Exempel från cancerården – bröstcancerprocessen.* LHC Report Nr 1 2011.

2010

Sjögren, Ebba, Hans Winberg, Thomas Paulsson och Fredrik Neij: *Hälsa per krona: Hälsa till varje pris? Kronor i vården, vad värderar vi med pengars hjälp? Dags att styra mot hälsa!* LHC Report Nr 1 2010.

Om hur 1 & 1 kan bli oändligt mycket med. Leading Health Cares Årsberättelse 2009-2010.

2009

Winberg, Hans, Jon Rognes och Claes-Fredrik Helgesson (red.): *Leading Health Care - Organizing healthcare for greater value.* Stockholm: EFI.

Rognes, Jon: Heart Center Varde. Undervisningscase.

Sjögren, Ebba: *Recept för klinisk forskning - Förutsättningar för innovation och framgång.* Rapport till Delegationen för samverkan inom den kliniska forskningen.

2008

Claes-Fredrik Helgesson och Hans Winberg (red.): *Detta borde vårddebatten handla om.* Stockholm: IFL och EFI.



Leading Health Care