

# Äldrehälsa

– förslag till vården av multisjuka äldre  
i Kronobergs län



**Rapport av uppdraget "Äldrecentrum"**

Projektledare: Siw Ewers

Projektsekreterare: Kerstin Eriksson

Landstinget Kronoberg

1 september 2009

<b>1</b>	<b>INLEDNING.....</b>	<b>3</b>
1.1	UPPDRAGET.....	3
1.2	ARBETSSÄTT OCH GENOMFÖRANDE .....	3
1.3	ÄLDRE MULTISJUKA .....	4
1.4	ÅLDERSUTVECKLING.....	7
1.5	VAR BOR DE ÄLDRE? .....	8
<b>2</b>	<b>LAGAR OCH FÖRESKRIFTER.....</b>	<b>8</b>
2.1	GOD VÅRD.....	8
2.2	SOCIALTJÄNSTLAGEN.....	9
2.3	SAMVERKAN VID IN- OCH UTSKRIVNING.....	9
2.4	BETALNINGSANSVARSLAGEN.....	9
2.5	SAMORDNAD REHABILITERING.....	9
<b>3</b>	<b>SBU-RAPPORTER .....</b>	<b>9</b>
3.1	SBU-RAPPORT EVIDENSBASERAD ÄLDREVÅRD 2003.....	9
3.2	SBU-RAPPORT OM ÄLDRES LÄKEMEDELSANVÄNDNING 2009 10	
<b>4</b>	<b>FÖREBYGGANDE INSATSER.....</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>LINNEAPROJEKTET .....</b>	<b>11</b>
<b>6</b>	<b>SAMMANFATTANDE REDOVISNING FRÅN INTERVJUER.....</b>	<b>12</b>
6.1	PRIMÄRVÅRDEN .....	12
6.2	1177 – SJUKVÅRDSRÅDGIVNINGEN.....	13
6.3	MEDICINKLINIKERNA .....	13
6.4	MOBILA TEAM FÖR ÄLDRE.....	14
6.5	AKUTGERIATRISKA KLINIKEN .....	15
6.6	KIRURGKLINIKERNA.....	15
6.7	AKUTMOTTAGNINGARNA VÄXJÖ OCH LJUNGBY .....	17
6.8	AMBULANSVERKSAMHETER.....	18
6.9	ÄLDREPSYKIATRIN I KRONOBERG.....	18
<b>7</b>	<b>LÄKEMEDEL.....</b>	<b>19</b>
7.1	LÄKEMEDELSANSVAR I KRONOBERG .....	19
7.2	APODOS.....	20
7.3	LÄKEMEDELSGENOMGÅNGAR MED APOTEKARE.....	20
7.4	BEHANDLING MED PSYKOFARMAKA I KRONOBERGS LÄN	21
<b>8</b>	<b>REHABILITERING .....</b>	<b>21</b>
8.1	REHABILITERINGSKLINIKEN .....	21

8.2	PRIMÄRVÅRDENS REHABILITERING .....	22
8.3	HEMREHABILITERING .....	22
8.4	HJÄLPMEDEL .....	23
<b>9</b>	<b>KOMMUNAL HEMSJUKVÅRD .....</b>	<b>25</b>
9.1	VÅRDPLANERING .....	26
<b>10</b>	<b>ÄLDRE UTLANDSFÖDDA.....</b>	<b>26</b>
<b>11</b>	<b>PATIENTNÄMNDENS ÄRENDE.....</b>	<b>27</b>
<b>12</b>	<b>AVVIKELSER .....</b>	<b>27</b>
<b>13</b>	<b>VÅRDSKADOR .....</b>	<b>28</b>
<b>14</b>	<b>ANHÖRIGA OCH PENSIONÄRER .....</b>	<b>28</b>
<b>15</b>	<b>NYA MODELLER FÖR DEN MULTISJUKES VÅRD .....</b>	<b>29</b>
<b>16</b>	<b>FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER .....</b>	<b>30</b>

# Äldrehälsa – förslag till vården av multisjuka äldre i Kronobergs län

## 1 Inledning

### 1.1 Uppdraget

Landstingsfullmäktige gav i uppdragsbudget 2009 närsjukvården i uppdrag att utarbeta ett förslag till ”äldrecentrum”. Syftet var att uppnå en integrerad och väl sammanhållen vård och omsorg mellan kommuner, primärvård, akutgeriatriska kliniken, geriatrisk rehabilitering, psykiatrisk äldreunit och hjälpmedelsverksamheter. Förslaget ska innefatta en hållbar lösning för det akutgeriatriska teamet i Växjö. Motsvarande arbetssätt ska även implementeras i Ljungby.

### 1.2 Arbetssätt och genomförande

För uppdraget utsågs en projektledare och en projektsekretare, båda med erfarenhet från vården, såväl i länets kommuner som i Landstinget Kronoberg.

En styrgrupp och en referensgrupp tillsattes med representation enligt nedan.

#### **Styrgrupp:**

Kjell Grahn, hälso- och sjukvårdsdirektör  
Lars Ekholm, biträdande länssjukvårdsdirektör  
Ewa Alteborg, primärvårdschef  
Solveig Svensson, verksamhetschef vuxenpsykiatri

#### **Referensgrupp**

Medicinska kommittén, medicinska gruppen för äldre  
Roma Lundh, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ljungby  
Kerstin Mogård, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Uppvidinge

Ett antal medarbetare från olika verksamheter valdes ut för intervjuer. De medarbetare som intervjuats representerar olika ledningsfunktioner, men är också personer som aktivt deltar i hälso- och sjukvårdsarbetet runt den äldre multisjuka patienten i såväl landstinget som kommunerna. Även pensionärer och anhöriga har intervjuats.

Totalt har 31 möten genomförts med olika grupper och enskilda personer som representerar nedanstående områden.

- Läke-medelskommittén
- Medicin- och kirurgklinikerna i Växjö och Ljungby
- Sjukvårdsrådgivningen
- Hjälpmedelscentralen

- Sjukgymnastiken i närsjukvården
- Medicinska gruppen för äldre
- FoU Välfärd profilområdet äldre
- Chefsmöte kommun/landsting
- Planeringschef i närsjukvården
- Vuxenpsykiatri i Växjö och Ljungby
- Äldreenheten i vuxenpsykiatri
- Akutgeriatriska teamet
- Akutmottagningarna Växjö och Ljungby
- Ambulansen Växjö och Ljungby
- Jourläkarcentralen – JLC LL
- Rehabiliteringskliniken
- Distriktsläkare – FQ-grupp (fortbildning-kvalitet)
- Apoteket
- Patientsäkerhetscentrum
- Vårdcentralen Markaryd
- Patientsäkerhetscentrum
- Kommunens hemsjukvård i Markaryd
- Samordningsjuksköterska för LINK
- Nätverket för MASAR (medicinskt ansvariga sjuksköterskor)
- Kommunens hemsjukvård Dalbo och Kvarngården i Växjö
- Biståndshandläggare och DSK Ljungby kommun
- Patientnämnden
- Anhörigvårdare Ljungby och Växjö
- Fem pensionärer från olika intresseföreningar i Växjö
- Hemrehabilitering i Ljungby och Växjö kommuner
- Kommungruppen i Växjö

Efter intervjuerna har materialet sammanställs, analyserats och ett antal förbättringsområden identifierats.

Parallellt med att intervjuerna genomförts har en genomgång gjorts av evidens och statistik som gäller äldregruppen, enligt referenslista. En uppdatering av lagar och författningar som vanligen gäller för den multisjuka äldre har granskats.

Arbetet och upplägget har förankrats i styrgrupp och referensgrupper och har delgivits äldreutskottet och chefsnätverket i SSKL.

### 1.3 Äldre multisjuka

Gemensamt för gruppen äldre multisjuka är förekomst av flera olika diagnoser och funktionsnedsättningar. Patientgruppen har en skör och snabbt föränderlig

livssituation med behov av återkommande omprövningar av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser. Sannolikt är andelen äldre med komplexa hälsoproblem större än de uppskattningar som gjorts, eftersom hälsoproblem hos äldre ofta är underbedömda och underdiagnostiserade.

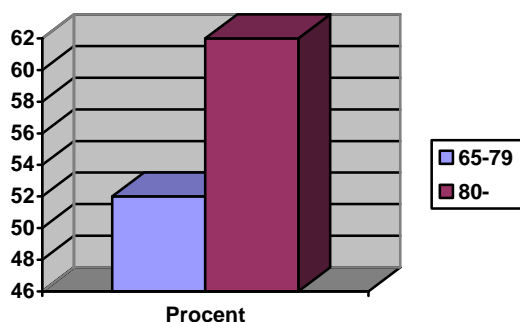
En äldre person kan vara multisjuk, men ändå ha förmågan att ta hand om sig själv och inte behöva vårdas på sjukhus. Å andra sidan kan en person med bara *en* sjukdom vara i stort behov av hjälp med allt i sitt dagliga liv. Detta kombinerar det biomedicinska synsättet med patientens hela livsvärld – socialt, psykologiskt och medicinskt.

Multisjuklighet kan definieras på olika sätt, men vanligt är att patienten har minst tre diagnoser och ofta också andra funktionsnedsättningar. Enligt en genomgång av statistikdatabasen i Landstinget Kronoberg har 16 750 patienter över 65 år tre eller flera huvuddiagnoser. Framför allt är det äldre personer över 80 år. Personer mellan 65 och 79 år är den grupp som i högst frekvens vårdas inlaggande inom slutenvården.

Äldre med flera olika vård- och omsorgsbehov vårdas idag i en komplex organisation med många olika aktörer. Att möta de äldre multisjukas sammansatta och föränderliga behov av vård och omsorg kräver välfungerande vårdprocesser. Samverkan mellan och inom primärvård, slutenvård och den kommunala äldreomsorgen är en förutsättning.

Inom Landstinget Kronoberg har 29 646 personer över 65 år varit på besök eller vårdats inlaggande någon gång under 2008. Samma person kan ha varit i kontakt med primärvården, rehabiliteringen, länssjukvården och psykiatrin.

Andel av patienter med tre eller flera huvuddiagnoser mellan 65 och 79 år är 52 procent och i patientgruppen över 80 år 62 procent.



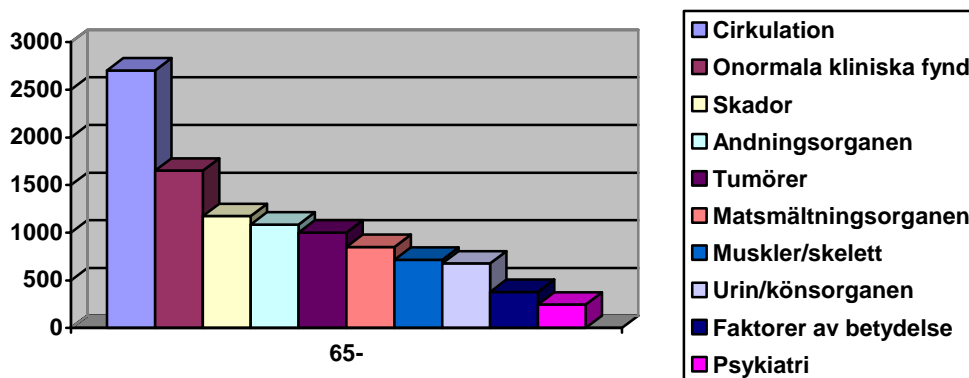
**Figur 1 Andel patienter över 65 år som har tre eller flera huvuddiagnoser.**

Den vanligaste orsaken till inläggning/vårdtillfällen inom slutenvården är besvär från cirkulationsorganen.

Onormala kliniska fynd kan exempelvis innebära ett antal symtomdiagnoser som akut buksmärta, bröstsmärta, huvudvärk eller yrsel. Patientens symtom leder till en symtomdiagnos och det breda symtomregistret kan härledas från i stort hela kroppen.

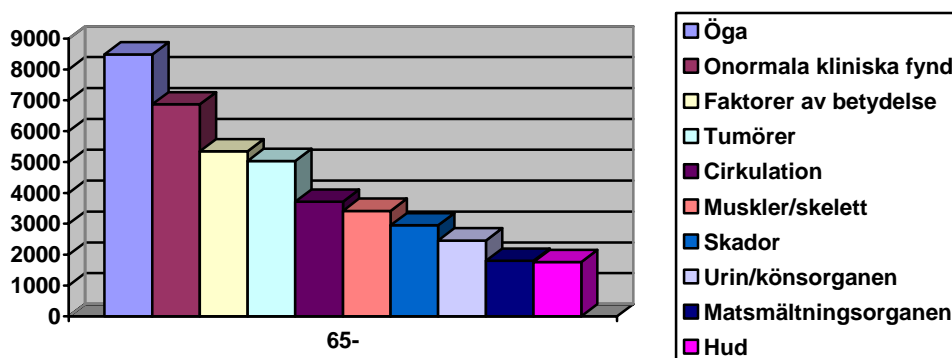
Det är inte säkert att utredningen under vårdtillfället leder till ett svar på vad som utlöste symtomet.

”Faktorer av betydelse” innebär oftast medicinsk bedömning för en misstänkt sjukdom, där man inte hittar någon säker diagnos.



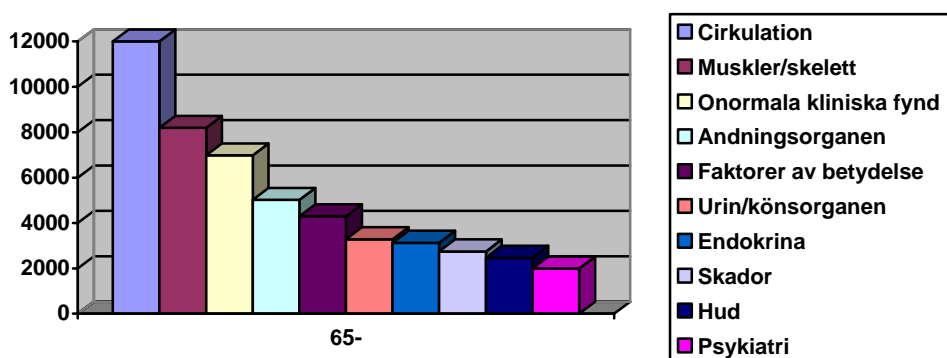
Figur 2 Tio vanligaste sjukdomsgrupper vid vårdtillfällen inom all sluten vård.

Inom länssjukvården görs flest besök av äldre med besvär av grå starr, samt symtom och sjukdomstecken som efter utredning inte leder till en klar sjukdomsdiagnos.



Figur 3 Tio vanligaste besök inom länssjukvården utifrån sjukdomsgrupper.

Besöken på vårdcentralen gäller oftast högt blodtryck samt besvär från muskler och skelett. Psykiska besvär kommer först på tionde plats. Diabetes typ 2 är den vanligast förekommande endokrinologiska diagnosen.



Figur 4 Tio vanligaste besök på vårdcentralen utifrån sjukdomsgrupper.

Av de personer som är 65 år och äldre och har behov av sjukvård åkte 55 procent med ambulans till någon vårdinrättning. (år 2007)

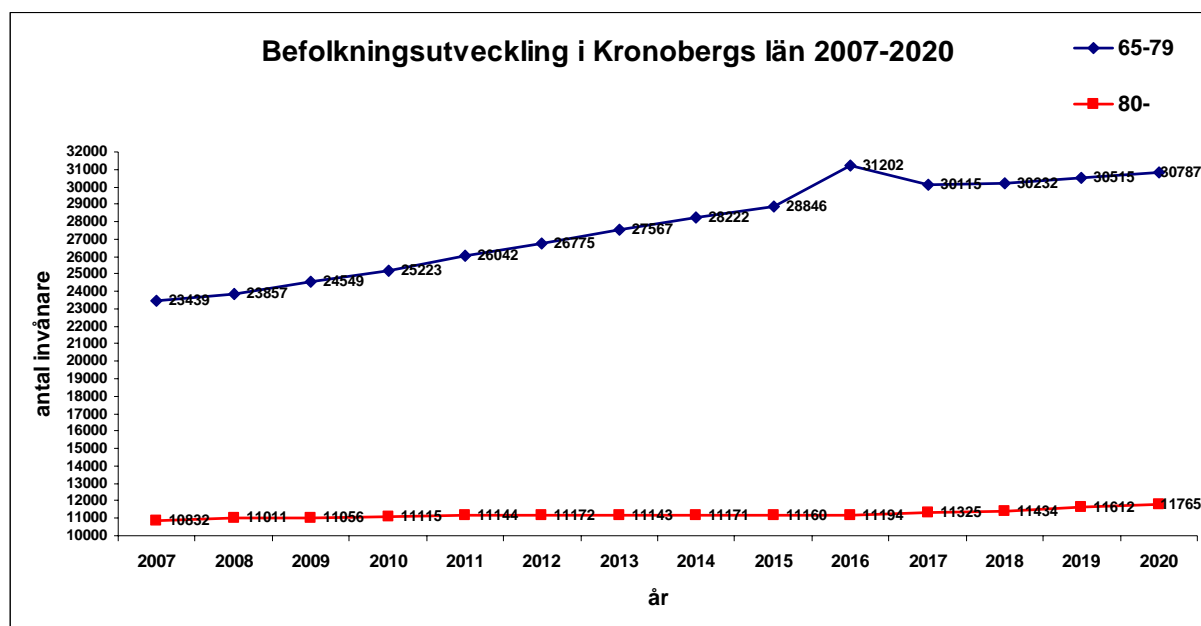
#### 1.4 Åldersutveckling

År 2008 är 17 procent av svenskarna äldre än 65 år och knappt 5 procent är över 80 år. Andelen äldre har legat relativt konstant sedan 1990, men från och med 2009 förväntas antalet personer över 65 år att öka. För närvarande är 85 år och äldre den grupp som ökar mest, men om 10-15 år kommer Sverige enligt beräkningar från SCB (Statistiska centralbyrån), att få en kraftig ökning i hela gruppen 65 år och äldre. Ökningen av gruppen 75-84 år kommer att ske först efter 2020.

En naturlig följd av detta är att antalet multisjuka ökar. De flesta äldre multisjuka är över 80 år. Något mer än var tredje vårdtagare i länet är 90 år eller äldre. Sjukligheten är i stort densamma, men har förskjutits till allt högre åldrar.

I Kronobergs län ser befolkningsprognosen ut enligt nedan. Personer 65 år och äldre blir fler med en kraftigare ökning efter 2016.

*Statistik från Statistiska centralbyrån – befolkningsstatistik.*



## 1.5 Var bor de äldre?

Antalet platser i landstingens slutenvård och i kommunernas särskilda boenden (SÄBO) har minskat under 2000-talet i hela Sverige. Antalet platser i SÄBO för äldre minskade med nästan 15 procent mellan åren 2002 och 2006. Allt fler svårt sjuka äldre vårdas idag hemma med insatser från hemsjukvården.

Den 1 oktober 2007 bodde drygt 95 200 personer över 65 år i särskilda boendeformer i Sverige, vilket motsvarar 6 procent av befolkningen i åldersgruppen. Bland personer över 80 år bodde 16 procent i särskilda boenden.

Även i Kronobergs län har antalet personer i särskilt boende minskat. Speciellt gäller detta personer över 80 år, där en minskning skett från 21,4 procent 1999 till 17,4 procent 2007.

## 2 Lagar och föreskrifter

Flera lagar och föreskrifter inom vård och omsorg stärker den äldre multisjukas rätt till vård på lika villkor och en vård som är individanpassad. Några av dessa beskrivs nedan.

### 2.1 God vård

Arbetet med God vård tar sin utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (HSL1982: 763). För den enskilde medborgaren och hälso- och sjukvårdens ledning ger dessa lagar förväntningar på vad god vård ska innehålla. Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde. Inom hälso- och sjukvården ska kvaliteten i verksamheten systematiskt och fortlöpande utvecklas och säkras (31 § HSL). Ledningen för hälso-

och sjukvården ska vara organiserad så att den tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet samt främjar kostnadseffektivitet.

Landstinget Kronoberg har som övergripande mål att vara ett kvalitetsstyrt landsting.

## **2.2 Socialtjänstlagen**

Med begreppet socialtjänst avses samtliga omsorgsinsatser som kommunen enligt lag ansvarar för. Socialtjänstlagens (SOL 2001:453) bestämmelser utgår från alla människors lika värde och lika rätt till social och ekonomisk trygghet, vård och omsorg. Varje medborgare garanteras en skälig levnadsnivå genom socialtjänstens bestämmelse om rätten till bistånd.

## **2.3 Samverkan vid in- och utskrivning**

Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27) har tillkommit för att trygga enskilda patienters rätt att få en god och säker vård och omsorg. För detta krävs i vissa fall samverkan mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten i en så kallad vårdplanering.

## **2.4 Betalningsansvarslagen**

Betalningsansvarslagen (SFS Förordning 1991:1278), om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, infördes som en del av ÄDEL-reformen i början av 90-talet. Syftet var att kommunerna skulle få ett samlat ansvar för långvarig vård, oavsett var den bedrevs.

## **2.5 Samordnad rehabilitering**

Enligt Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2007:10) om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering ska olika insatser samordnas på ett ändamålsenligt sätt. En samordnad vård- och rehabiliteringsplan upprättas i samråd med patienten samt vid behov med andra myndigheter och rehabiliteringsaktörer.

## **3 SBU-rapporter – Statens beredning för medicinsk utvärdering**

### **3.1 SBU-rapport Evidensbaserad äldrevård 2003**

Antalet publikationer om akutgeriatrik är begränsat, men sammanfattningsvis talar litteraturen för att en systematisk och genomtänkt geriatrik – gärna på särskilda enheter – ger bättre resultat när det gäller överlevnad och fysisk funktionsförmåga. Detta jämfört med utfallet av vård på vårdenheter utan geriatriskt inslag.

**SBU-rapporten framhåller att:**

- lokala förutsättningar med väl utbyggd primärvård, hemsjukvård och kommunal rehabilitering också skapar goda förutsättningar för vården i den akutgeriatriska verksamheten.
- akutsjukvården för den äldre bör fokusera på funktion och inte enbart diagnos, då patienten ofta har flera olika sjukdomar interagerande med patientens hemmiljö.
- akutvården för äldre måste fokusera på den fysiska miljön för att stödja ADL-funktionerna i den reella hemsituationen, och på så sätt få den äldre att klara sig själv så långt detta är möjligt.
- geriatrisk rehabilitering innebär behandling av ett antal olika diagnoser, som till exempel stroke, frakturer inklusive kotkompressioner samt amputationer. Därtill kommer rehabilitering efter hjärtinfarkt, vid hjärtsvikt, KOL, postoperativ rehabilitering samt insatser för att förbättra den fysiska aktivitetsnivån. Utöver detta kan patienten vara i behov av psykiatrisk och social rehabilitering. En väl sammanhållen rehabiliteringsprocess är avgörande för att personer med multisjuklighet ska kunna återvinna och/eller bibehålla sina förmågor.
- behandlingen kan genomföras i hemmet, på dagrehabiliteringar eller i slutenvård. Man kan få behandling inom första linjens sjukvård, det vill säga primärvård eller privata sjukgymnaster.
- åldrandet påverkar samtliga biologiska funktioner och effekterna av behandlingsinsatserna är också relaterade till den kognitiva funktionen. Diagnostik av medicinska tillstånd hos äldre är väsentlig för att kunna bedöma orsaker till funktionsnedsättningen och för att bestämma behandlingen.

### 3.2 SBU-rapport om äldres läkemedelsanvändning 2009

I rapporten redovisas följande slutsatser:

- det finns ingen enskild åtgärd, som exempelvis läkemedelsgenomgångar, som kan lösa dagens problem. Vårdens organisation och ansvarsfördelning bör anpassas och klargöras. Alla inblandade runt patienten, verksamhetsansvariga, läkemedelsakkunniga, yrkesorganisationer och patientföreningar bör få ett gemensamt uppdrag att utforma en åtgärdsplan.
- evidens finns för att utbildning och information i första hand till läkare leder till minskad förskrivning och ordination av olämpliga läkemedel.
- grundligare medicinsk utredning och bättre diagnostik av sköra äldre patienter med flera samtidiga sjukdomar är en förutsättning för att kunna minska olika läkemedelsrelaterade problem.

- individuellt anpassad dosering och återkommande omprövning av aktuella läkemedel är en viktig del. Vissa läkemedel är direkta riskläkemedel för äldre.

#### 4 Förebyggande insatser

Flera kommuner i länet har, med stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre, satsat på förebyggande insatser.

Exempel på ett sådant projekt med förebyggande insatser är en uppsökande verksamhet i Tingsryds kommun (kallat Hälsa och Stöd). Detta projekt startade våren 2007 och har pågått i två år. Hälsöfrämjande besök har erbjudits personer födda mellan 1929 och 1933 utan tidigare insatser från kommunen. 390 personer tackade ja till att delta i projektet. Biståndshandläggare och distriktssköterska har gjort förebyggande hembesök.

Syftet har varit att bibehålla de äldres hälsa, för att de ska kunna leva ett friskt och aktivt liv samt att kommun och landsting ska få kunskap om framtida behov av insatser på äldreområdet.

Besöken har upplevts positiva. Nyttan av dem kan vara svåra att se idag, eftersom livsstilsförändringar alltid tar lång tid.

De förändringar som redan nu kan skönjas är att personerna blivit mer medvetna om vart man vänder sig i olika frågor. Kost- och motionsråd har givit positiv effekt på framför allt höga blodsockervärden. Bättre läkemedelshantering med utvärdering av biverkningar har bidragit till ökat välmående. Hälsosamtal kan påverka livsstilen och även små livsstilsförändringar kan ge goda resultat. Många besökspersoner har haft en önskan om återkommande besök längre fram.

Hembesök hos äldre i förebyggande syfte ger minskade vårdkostnader och lägre dödlighet. En försöksverksamhet i Nordmalings kommun kan visa på sådana resultat. Pensionärer över 75 år har erbjudits och tackat ja till fyra hembesök av sjukvårds- och omsorgspersonal under två år. Informationen omfattade bland annat kost, motion och olycksrisken i hemmet.

#### 5 Linneaprojektet

På initiativ av verksamhetschef Per-Henrik Nilsson startade Linneaprojektet år 2005. Syftet var att förbättra kontaktnätet och samverka mellan samtliga aktörer i hela vårdkedjan – såväl inom landstinget som mellan landstinget och kommunerna – så att ”Linnea” skulle kunna känna sig trygg i hela sin livsvärld.

Linnea har blivit symbolen för en äldre person i behov av mycket vård och omsorg – för kortare eller längre tid. Hon eller han har flera olika kroniska sjukdomar och kan beskrivas som ”multisjuk” eller ”multisviktande”.

Enligt de intervjuer som gjorts med ”linneor” är majoriteten av dem kvinnor. Medelåldern ligger strax över 80 år. Många linneor har flera olika hälsoproblem och cirka en tredjedel (32 av 92 intervjuade) upplever olika former av smärta. 20 stycken upplever trötthet och 15 har problem med yrsel och/eller balans.

De allra flesta linneor tycker att det är viktigt med hembesök. ”Det innebär praktiska problem att ta sig till sjukvården och det tar på orken, hemmiljön känns tryggare”.

## **6 Sammanfattande redovisning från intervjuer**

### **6.1 Primärvården**

Primärvårdens grunduppdrag är att erbjuda invånarna i Kronobergs län en basal hälso- och sjukvård vid behandling, rådgivning, förebyggande insatser och rehabilitering, utan avgränsningar vad gäller sjukdom, ålder och patientgrupp.

Multisjuka äldre är en stor och viktig grupp för primärvården. Samverkan mellan distriktsläkaren och kommunsjuksköterskan är viktig, framför allt i särskilt boende.

Primärvårdens och kommunernas insatser bidrar till att så långt det är möjligt förhindra inläggningar. Inläggningar förhindras till stor del med hjälp av de hembesök som görs av distriktsläkare, eller det mobila teamet där detta finns.

Hembesök sköts på ett tillfredställande sätt i särskilt boende, medan hembesöken i ordinärt boende är betydligt svårare att uppfylla. Det kan bero på läkarbemanningen på den lokala vårdenheten.

De distriktsläkare i Växjö som kommit i kontakt med det akutgeriatriska teamets arbetssätt anser inte att ett helt team behöver åka ut till patienter i hemmen. Oftast finns en sjuksköterska i kommunal hemsjukvård som kan möta upp hos patienten.

Vårdcentralen Birka har anlitat det akutgeriatriska teamet när man inte har haft tider för hembesök. Akutgeriatriska teamet ger en bra återrapportering om uppföljning av patienter.

Distriktsläkare tycker att vården för den multisjuka äldre oftast är god. Tiden för besöket kan vara avgörande för att hinna gå igenom alla besvär och läkemedelsbehandling, samt få en bra kommunikation med patienten. Det är inte alltid det ges den tid som behövs vid besöket. Att undersöka och tala med en äldre tar dubbelt så lång tid som med en yngre person på grund av den sammansatta sjukligheten.

Enligt distriktsläkare får anhöriga ta ett stort ansvar för sjuka äldre, både för besök, uppföljning och behandling. Det kan vara svårt med följsamhet till läkemedelsbehandlingar. Vid utfasning av läkemedel måste läkaren ha en regelbunden uppföljning med patienten, och alla har inte hemsjukvård med sjuksköterskekontakt i kommunen. Har patienten hemsjukvård blir kontakten lättare då kommunens sjuksköterska kan visa patienten på plats.

Distriktsläkarberedskap finns fram till klockan 21 och på helger för äldre i hemsjukvården. Läkaren kan göra hembesök tillsammans med kommunsjuksköterskan.

Distriktsläkarna är positiva till direktinläggning och ser dem som en möjlighet – om e-doslistan och läkemedelslistan i Cambio Cosmic samordnas, så att läkemedelslistan inte behöver skrivas om vid inläggning.

Läkemedelsgenomgångar har sannolikt en viss påverkan för att hitta kontraindikationer för pågående behandling. Samtidigt sätts fokus på läkemedlen specifikt. Chefläkare i primärvården framhåller att riktlinjer för äldre multisjuka borde kunna tas fram både nationellt och regionalt. Sådana finns dock inte ännu, mer än på en mycket generell basis.

## **6.2 1177 – sjukvårdsrådgivningen**

Till 1177 (Sjukvårdsrådgivningen) ringer den äldre, dennes anhörige eller hemtjänstpersonal för att fråga om aktuella besvär och symtombild. Under 2008 har 1177 i Kronoberg tagit emot cirka 10 000 samtal från pensionärer eller gällande pensionärer. Utöver detta är det många äldre som ringer och inte vet vart de ska vända sig, så totala antalet äldre som ringer är mycket större.

Förutom samtal kring sjukdomssymtom kan samtalet ofta handla om läkemedel och frågor kring den information läkarna gett vid olika mottagningsbesök. Samtal med äldre tar vanligen längre tid och ibland behöver sjuksköterskan på 1177 ta kontakt med andra aktörer för att hjälpa patienten vidare.

Enligt verksamhetsföreträdare på 1177 skulle det kunna ordnas en speciell äldrelots eller informationssjuksköterska med specifika kunskaper om äldre inom sjukvårdsrådgivningen. Detta kan dock innebära en viss kostnad för landstinget.

1177 är intresserade av en gemensam dokumentationen, som leder till att landstinget får kännedom om vilka patienter som har kommunal hemsjukvård. Detta underlättar då anhöriga eller patienter ringer nattetid för att få hjälp. När patienten inte har kommunal hemsjukvård ska distriktsköterskan i kommunen inte kontaktas för bedömning, även om patienten har hemtjänstinsatser.

## **6.3 Medicinklinikerna**

Patienterna kommer oftast från eget ordinärt boende och många är inte kända sedan tidigare. Patienter boende på SÄBO är en liten grupp av dem som söker sig till medicinklinikerna. Verksamhetscheferna uppfattar att dessa patienter sköts på ett bra sätt inom kommunal hemsjukvård, med bistånd av läkare från primärvård.

85-90 procent av patienterna kommer via akutmottagningen. När patienterna väl kommer till akutmottagningarna blir de ofta inlagda. Eftersom många äldre sköts inom primärvården känner läkare inom slutenvården många gånger inte till patientens tidigare historia.

Verksamhetsföreträdare från medicinklinikerna anser att en ökad samverkan mellan medicinklinikerna och primärvården kan resultera i att patienter kan behandlas i hemmet. På så vis förebyggs akuta inläggningar. I vissa fall kanske även specialistläkare kan göra hembesök. Läkare från medicinklinikerna skulle kunna ha specialistmottagningar på vårdcentraler perifert för att patienterna inte ska behöva åka till sjukhusen i den omfattning man gör idag. Områden som kan vara aktuella för detta är Parkinsonpatienter, hjärtsviktpatienter och uppföljningar av pacemakerbehandlingar.

Personer med hjärtsvikt är en stor patientgrupp, där medicinkliniker och vårdcentraler kan samverka i utbildning och behandling av patienter ute i primärvården.

Medicinklinikernas verksamhetschefer anser att distriktsläkarna kan kontakta bakjouren och sedan skicka in patienten till vårdavdelningen direkt i många fall. Förutsättningen är att den multisyjuka med behov av inneliggande vård redan är bedömd i primärvården.

Det behövs också en bättre planering och framförhållning för palliativa patienter i kommunal vård. Distriktsläkaren bör ha dokumenterat planeringen i Cambio Cosmic. Detta underlättar när patienten eller hemsjukvården har kontakter med sjukhusen, där personalen inte har patientens sjukdomshistoria på samma sätt.

#### **6.4 Mobila team för äldre**

Ett mobilt team för äldre i Växjö kommun är ett samarbetsprojekt mellan akutgeriatriska kliniken och närsjukvården. Projektet startade i september 2007 och utvärderades i slutet av 2008. Det mobila teamet består av en specialistläkare inom geriatrik, en sjuksköterska och en arbetsterapeut. Teamet erbjuder hembesök hos personer över 65 år, i syfte att minska inflödet till akutmottagningen och därmed minska påfrestande transporter och onödiga inläggningar. Teamet arbetar utifrån ett helhetsperspektiv och gjorda insatser följs upp. De allra flesta som fått hembesök är över 80 år. Flest patienter remitteras av kommunens sjuksköterska. Våren 2008 görs i medeltal 3 hembesök per dag till en årskostnad av 1,8 miljoner.

Både patienter och deras närstående upplever hembesöken mycket positivt enligt utvärderingen. Patienterna känner sig trygga och "i centrum". Mobila teamets hembesök har minskat antalet inläggningar på sjukhuset. 34 procent av de patienter som fått hembesök lades in, jämfört med 67 procent av de patienterna över 80 år som besökt akutmottagningen.

Teamet kan göra direktinläggningar till vårdavdelningar på hela sjukhuset i Växjö.

Verksamhetsföreträdare för länssjukvården anser att kompetensen i det akutgeriatriska teamet skulle göra mer nytta för multisjuka äldre i Växjö med omnejd inne på akutmottagningen i Växjö. Detta genom att i tidigt skede bedöma utrednings- och behandlingsbehov för denna målgrupp, och på så sätt förhindra en inläggning.

Verksamhetsföreträdare för det akutgeriatriska teamet anser att teamet bör vara självständigt och arbeta utanför verksamheterna på sjukhuset för att snabbt kunna åka ut på uppdrag. Karaktären på besöken är på primärvårdsnivå.

Sedan april 2009 finns en mobil läkare i Ljungby kommun som tillsammans med kommunens distriktssköterska gör hembesök. Hembesöken riktar sig till personer i eget boende som är inskrivna i hemsjukvården. Läkaren gör i medeltal fyra hembesök per dag och har flera kontakter med sjuksköterskor i hemsjukvården fortlöpande under dagen. Han ska även göra läkemedelsgenomgångar i ordinära boenden för patienter med flera läkemedel. Allt till en årskostnad på 1,1 miljoner kronor.

Läkaren kan göra direktinläggningar av äldre patienter på vårdavdelningar på medicinkliniken i Ljungby. Förutom besök hos personer i hemmet gör den mobile läkaren även akuta besök i kommunens särskilda boenden.

Arbets sättet är ett projekt med stimulansmedel under två år. En utvärdering ska göras efter projekt tiden.

## **6.5 Akutgeriatriska kliniken**

Med anledning av att en stor andel äldre söker vård på akutintagen har olika försök gjorts nationellt för att pröva ett ökat geriatriskt inslag. Detta har resulterat i att olika akutgeriatriska verksamheter vuxit fram i landet.

I Landstinget Kronoberg finns inom länssjukvården en akutgeriatrisk avdelning (avdelning 13) på lasarettet i Växjö. På avdelningen finns 20 vårdplatser.

Arbetet på avdelningen är teambaserat och utgår från ett helhetstänkande av den äldre patientens specifika behov. Detta ökar kvaliteten av vårdnadsinsatserna till den äldre multisjuka, som också får läkemedelsavstämning och tid för rehabilitering.

Arbetet på avdelningen utvecklas fortlöpande. Från september 2009 kommer läkare från avdelning 13 att ansvara för den övergripande medicinska behandlingen av ett antal ortopedpatienter. Syftet är att få ett bättre helhetsperspektiv utifrån den multisjuka patientens hela livssituation.

## **6.6 Kirurgklinikerna**

På kirurgkliniken i Ljungby bedrivs akut och planerad sjukvård inom kirurgi, ortopedi, urologi och gynekologi. Kirurgkliniken i Växjö bedriver allmänkirurgisk verksamhet och urologi. Ortopedisk vårdavdelning och kirurgiska vårdavdelningar tillhör samma vårdenhet. Gynekologisk kirurgisk verksamhet bedrivs i Växjö inom en egen klinik.

Patienterna kommer via akutmottagningarna eller via väntelista. Äldre patienter är idag ofta multisjuka. Akuta patienter vållar överbeläggningar och kan leda till att planerade operationer får skjutas upp, även på mycket gamla individer. Akuta och planerade inläggningar på samma vårdavdelning är inte alltid av godo. Verksamhetsföreträdare i Växjö menar att det redan nu finns för få vårdplatser.

Patienter med onkologiska åkommor läggs in direkt genom så kallad öppen retur. Distriktsläkare skulle kunna skicka patienter direkt till vårdavdelningarna genom att ta kontakt med en vårdkoordinatorer i Växjö, enligt verksamhetsföreträdare.

Inom ortopedisk verksamhet är frakturer efter fallskador i hemmet mycket vanliga inom äldregruppen. Ökande patientgrupper inom allmänkirurgisk verksamhet är kärloperationer och dubbelamputationer.

Verksamhetsföreträdare i Ljungby anser att vårdmiljön är bra. På vårdavdelningarna är det mycket ovanligt med fallskador. Patienter flyttas enbart i undantagsfall runt på vårdavdelningar, eftersom detta oftast leder till förvirringstillstånd.

Verksamhetsföreträdare i Växjö uppger att många äldre multisjuka dessvärre får flytta runt inom och mellan vårdavdelningar. Fortfarande finns stora sjuksalar i Växjö, vilket kan bli ett problem eftersom avdelningspersonalen inte blandar personer av olika kön på samma sal. Även av denna anledning kan patienter få byta rum under vårdtiden. Det kan leda till förvirringstillstånd och sekundära fallskador under vårdtiden. Kirurgkliniken i Växjö har haft en utbildningsdag om omvårdnad av patienter med demens.

Åldern är idag inget hinder för operationer och behandlingar. Allt fler operationer genomförs på patienter i hög ålder, samtidigt som fler åkommor behandlas och opereras polikliniskt. Etiska diskussioner om eventuell överbehandling av äldre patienter förs mycket sällan inom klinikerna, enligt verksamhetsföreträdare.

En utveckling som varit positiv för de äldre patienterna i Ljungby är det så kallade "fasttrack" – ett snabbspår för äldre med trolig höftfraktur. Detta innebär att ambulanspersonalen skriver remiss till röntgen och kör patienterna direkt till röntgen och sedan till vårdavdelningen. Detta förfarande kan komma att starta även i Växjö.

Systemet med allt fler smalt utbildade specialister inom länssjukvård kan egentligen bli ett problem för den multisjuka äldre, eftersom få läkare har ett helhetsansvar för flera somatiska problem samtidigt.

Läkemedelsgenomgångar på kirurgiska och ortopediska vårdavdelningar skulle vara av stort värde för den multisjuka äldre, med tanke på att tidigare läkemedelsbehandling kan ha lett till fallskador. Eftersom läkare inom kirurgiska specialiteter inte alltid har den kompetens och det intresse som kan komma ifråga, önskar verksamhetsföreträdare att internmedicinsk/geriatriskt specialiserade läkare tillsammans med farmaceut och sjuksköterska går igenom läkemedelslistan på ineliggande patienter.

Det har varit svårt att få personal att förstå nytta med LINK-systemet. Det behövs mer utbildning kontinuerligt. Dock blir arbetet i LINK bättre och bättre. LINK-sjuksköterskorna följer upp och ger utbildning redan nu, där kompetensen behöver förbättras.

Hospitering kan leda till att samsynen blir bättre kring den multisjuka äldre. Framför allt sjuksköterskor bör ha en kunskap om hela vårdkedjan.

Hemlinjen är ett försök att förändra rutinerna i samband med vårdplaneringar i Alvesta kommun. Detta projekt startar i oktober 2009 och är en del i ett förändringsarbete vad gäller vårdplaneringar i hemmet efter hemgång. I övrigt önskar kirurgklinikerna ha fasta vårdplaneringstider med målet att avdelningssköterskan ska närvara 5-10 minuter i början.

Varje dag finns en vårdplatskoordinator i Växjö, som har kontroll över vårdplatser och beläggning. Denna person samarbetar också med Ljungby och övriga kliniker på CLV.

## **6.7 Akutmottagningarna Växjö och Ljungby**

Äldre mår generellt sett inte bra av att komma till akutmottagningen. Miljön och synsättet på akutmottagningen är idag inte anpassat till den multisjuka äldres behov. Triagering (bedöma, sortera och prioritera) kan gå före ålder, och den äldre kan få vänta länge på att bli omhändertagen.

Äldre med symtom som bröstsmärtor, andningssvårigheter av olika bakgrund, stroke och frakturer har en stor besöksvolym. Patienter med astma och lungödem ses idag mycket sällan på en akutmottagning.

Verksamhetsföreträdare i Växjö påtalar att en äldrekoordinator, eller funktionsansvarig sjuksköterska eller undersköterska, kan ge ett anpassat omhändertagande för den multisjuka. Det kan innebära att patienten läggs i vanlig säng, eventuellt får vätska och hjälp med att vända sig, för att förebygga vårdskador i väntan på bedömning.

I Växjö finns en åtgärdslista för äldre patienter över 80 år. Den gäller från år 2007 och finns för att undvika vårdskador redan på akuten.

Patientinformationen från hemsjukvården är mycket bra, enligt personal i Ljungby. För att få en ännu bättre information skulle vårdinformationen kunna skrivas in i LINK-systemet vid inplanering av patienten till sjukhusen. Det är betydligt svårare med patienthistorian för den äldre multisjuka, som inte är känd i kommunerna sedan tidigare.

När dementa kommer in till akutmottagningen klarnar de oftast till, men kan bli mycket förvirrade senare i vårdförloppet och på vårdavdelningen.

Företrädare för akutmottagningen i Växjö är positiva till 1177 (sjukvårdsrådgivningen) och litar på deras telefonbedömning. 1177 sköter rådgivning och bedömning per telefon åt akutmottagningen i Växjö dygnet runt. Akutmottagningens sjuksköterskor är intresserade av hospitering i kommunernas kvälls- och nattpatruller.

## 6.8 Ambulansverksamheter

Företrädare för ambulansverksamheterna i länet ser sig som spindeln i nätet mellan olika vårdinrättningar. Uppdraget är att köra patienten till närmsta vårdcentral utanför tätorter, men inom städerna går transporten oftast till närmsta sjukhus.

Företrädare för ambulansverksamheter i Växjö uppger att de behöver ett beslutsstöd, liknande 1177:s stöd för rådgivning, för att kunna lämna kvar patienter i hemmet efter en akut bedömning av ambulanssjuksköterska. Så gör man redan idag när det gäller exempelvis diabetiker med hypoglykemi (extremt lågt blodsocker) som fått behandling med glukos i hemmet.

Ambulanspersonalen i Ljungby tycker att kontakt med en distriktsläkare som följer med på så kallade prio 2:or, det vill säga inte urakuta transporter, hade varit mycket bra. Då hade säkert en del patienter kunnat stanna kvar i hemmet efter bedömning.

Ambulanspersonalen i Växjö anser att akutgeriatriska teamet är något av det bästa som hänt. Det är ett nytt arbetssätt med personer som vågar ta på sig ansvaret för äldre patienter med hög nivå på insatser och uppföljning. När besöket hos den äldre inte visar sig vara av en dignitet som förutsätter sjukhusvård, kan ambulanspersonalen kontakta teamet för en bedömning direkt i hemmet.

## 6.9 Äldrepsykiatri i Kronoberg

Äldre med psykisk ohälsa är ingen homogen grupp. Gränsen mellan vad som är psykisk sjukdom eller en reaktion på åldrandet är inte enkel att dra. Den största andelen äldre med psykisk ohälsa, med behov av vård och omsorg, handläggs inom primärvården eller äldreomsorgen. En del äldre finns också inom vuxenpsykiatri eller geriatriken.

Förekomsten av självmord bland äldre är relativt hög. 300-400 personer över 65 år begår självmord varje år, vilket motsvarar en fjärdedel av alla på ett år. Män över 65 år har högst frekvens per 100 000 individer. Kroppslig sjukdom ger en trefaldig ökning av självmordsrisken hos äldre.

Specialiteten äldrepsykiatri är en del av en länsgemensam organisation inom vuxenpsykiatri. Äldrepsykiatri har mottagning i både Växjö och Ljungby. För länet finns åtta slutenvårdsplatser placerade i Växjö.

Äldrepsykiatrins uppdrag är att arbeta med samtliga psykiska sjukdomar, speciellt affektiva sjukdomar och ångest, demenser, de äldres psykoser och missbruk. Äldrepsykiatrin har också uppdraget att ta hand om de patienter som tidigare i livet haft en psykisk sjukdom. Den största patientgruppen är dock nyinsjuknade, ofta med suicidhot eller fullbordat suicidförsök.

Dementa är en minskad grupp inom den äldrepsykiatriska slutenvården. Äldre invandrare är mycket sällsynta inom äldrepsykiatrin.

Äldrepsykiatriker har i mindre omfattning fokus på den äldres somatiska sjukdomar, vilket kan betyda ett sämre omhändertagande när somatisk sjuklighet finns med i bilden. Verksamhetsföreträdare inom psykiatrin anser att samordning, om möjligt också lokalmässigt, med akutgeriatriska kliniken kan öka den samlade kompetensen för den multisjuka äldre. Samverkan förstärker kvaliteten i det totala omhändertagandet – både för akutgeriatriken vid exempelvis suicidhot, och för psykiatrin när en eller flera somatiska åkommor komplicerar problemet.

Psykiatrisk dagsjukvård ges inte specifikt inom äldrepsykiatrin, men kan erbjudas inom vuxenpsykiatrins övriga enheter.

## **7 Läkemedel**

För många äldre innebär läkemedelsbehandling möjlighet till ett gott liv, trots olika sjukdomar. Åldrandet i sig leder till förändringar i kroppen, som i sin tur påverkar omsättning och effekter av läkemedel. Många äldre har flera diagnoser, vilket medför att flera vårdprogram är aktuella samtidigt. Detta ger en komplex medicinsk situation med ett flertal läkemedel inblandade. Det kan ge effekter och bieffekter som för läkaren och behandlande personal kan vara svåra att överblicka. Svårast blir läkemedelsbehandlingen för den sköra multisjuka patienten med svikt i flera organsystem.

Äldreutskottet har fokuserat på frågan och gör följande kommentarer:  
”All läkemedelsbehandling av äldre ska ske med försiktighetsprincipen som utgångspunkt och med kontinuitet och uppföljning för att skapa en säker läkemedelsanvändning.”

### **7.1 Läkemedelsansvar i Kronoberg**

Vårdtagarna ska så långt som möjligt själva ansvara för de läkemedel de blivit ordinerade. I kommunal hemsjukvård kan sjuksköterska efter läkares beslut överta ansvaret för läkemedelshanteringen, om inte vårdtagaren själv klarar detta. Överlämnandet kan delegeras till annan vårdpersonal. I Kronoberg har sjuksköterskan övertagit ansvaret för läkemedelshanteringen hos 95 procent av de äldre på SÄBO. Motsvarande siffra för de äldre med hemsjukvård i ordinära boenden är 59 procent.

## 7.2 Apodos

Apodos är ett system som Apoteket tillhandahåller, med maskinell dosering av ordinerade läkemedel i dospåsar. Doserna distribueras till hemsjukvården eller till patienten via apoteket, märkta och färdiga att delas ut. Ordinationen kan ske via en webbaserad lösning, så kallad e-dos, och den senaste listan för ordination kan läsas på webben.

Kommunala företrädare anser att apodos för hantering av läkemedel är en mycket bra lösning för den äldre patienten som själv tar ansvar (egenvård), men också för äldre som behöver stöd av hemsjukvården. En ytterligare samhällsvinst kan vara att det inte samlas oanvända läkemedel i hemmen.

När patienten som har e-dosordination kommer till sjukhuset för en inläggning, måste hela doseringslistan skrivas över i journalsystemet Cambio Cosmic för att ordination ska kunna ges under vårdtiden. Detta är en omständigt process och bäddar för fel både vid in- och utskrivning, eftersom ordinationsförändringar även ska skrivas över i e-dosen vid hemgång. Apoteket och Cambio Cosmic arbetar för en lösning som innebär att dessa ordinationslistor samvarierar, och att denna riskfyllda och tidskrävande process kan försvinna.

## 7.3 Läkemedelsgenomgångar med apotekare

Det vetenskapliga stödet för läkemedelsgenomgångar är svagt, vilket framkommer i Socialstyrelsens rapport 2009 om "Läkemedelsrelaterade problem hos äldre patienter".

Landstinget Kronoberg har genomfört läkemedelsgenomgångar framför allt i särskilda boenden. Under 2007 genomfördes 1058 stycken och 2008 998 enskilda läkemedelsgenomgångar med apotekare, behandlande distriktsläkare och sjuksköterska i kommunen. Dessutom kan även patient, anhörig och undersköterskan i kommunen närvara.

Det finns ingen nationell definition på vad en läkemedelsgenomgång ska innehålla. Landstingen och Apoteket AB har utformat olika modeller.

Vid intervju med informationsapotekare i Kronoberg framkommer att det är svårt att utvärdera om genomgångarna har avsedd effekt. Många äldre är multisjuka och har cirka tio läkemedel, och man minskar med i genomsnitt ett läkemedel efter en genomgång.

Läkemedelsbehandling har ökat allt mer och förutsätter också att läkare på alla nivåer tar ett ansvar för läkemedelsbehandlingen. Utvärdering och bedömning av insatta läkemedel på kliniker åvilar oftast distriktsläkaren inom primärvården. Behandlingsriktlinjer för olika åkommor kan för den multisjuka med flera diagnoser samtidigt stjäla patienten.

I ordinärt boende kan behovet av läkemedelsöversyn vara större, eftersom flera läkare ofta har gett läkemedelsordinationer vid besök i sjukvården.

## 7.4 Behandling med psykofarmaka i Kronobergs län

Vårdmiljön, med lokaler och personal med rätt kompetens, har i undersökningar visats ha en stor betydelse för framför allt multisjuka äldre med demenssjukdomar. Trots detta har andelen vårdtagare på SÄBO, som ordinerats olika psykofarmaka, ökat mellan åren 1998 och 2008.

Bensodiazepiner (ångestdämpande medel) är ordinerade till drygt var tredje vårdtagare i SÄBO år 2008. I Alvesta exempelvis har 43 procent daglig ordination med detta läkemedel mot oro och ångest.

Nästan varannan vårdtagare i SÄBO är ordinerad antidepressiva läkemedel år 2008. Lessebo och Växjö kommuner har högst förskrivning och Uppvidinge lägst.

Neuroleptika används mot psykosjukdomar, bipolära sjukdomar, djupa depressioner och demenssjukdomar. Dessa läkemedel har en uttalat lugnande effekt. Bieffekter kan vara trötthet och även insjuknande i stroke hos äldre.

Drygt var femte vårdtagare var ordinerad neuroleptika i SÄBO under 2008. På tio år sågs en ökning av patienter med dessa läkemedel från 19-22 procent.

Läkare från psykiatrin och primärvården bör ta ett gemensamt ansvar för läkemedelsbehandlingen vad gäller psykofarmaka, eftersom förskrivningen i många år var hög i Kronobergs län. Både företrädare för äldrepsykiatrin och Länsläkemedelskommitten anser att ett sådant integrerat arbetssätt skulle kunna startas i lokala projekt.

## 8 Rehabilitering

### 8.1 Rehabiliteringskliniken

På kliniken vårdas patienter med stroke, traumatiska hjärnskador, neurologiska sjukdomar, amputationer och ryggmärgsskador. Patienter med stroke och amputationer är ofta multisjuka. Höft- och bäckenfrakturer kommer mycket sällan till kliniken. Alla patienter kommer via remiss, från såväl andra vårdgivare som egenremiss.

Rehabiliteringskliniken är en länk i strokevårdkedjan och alla nyinsjuknade i behov av rehabilitering kommer till klinikens slutenvård, dagsjukvård eller till poliklinisk behandling. Att upprätthålla funktionsförmågan är viktigt och återkommande träningstillfällen kan för många vara avgörande. I dagsläget finns inte tillräckliga resurser för att mer generöst erbjuda återkommande träningstillfällen.

Vården för äldre från andra kulturer kan ge problem, eftersom dessa ofta inte lärt sig svenska språket och tillgång till tolk är begränsad.

Rehabkliniken påtalar att hemrehabilitering är positiv då den äldre patienten kan åka hem i ett tidigare skede från kliniken. En väl fungerande hemrehabilitering för alla i Kronoberg borde vara ett mål.

## 8.2 Primärvårdens rehabilitering

Den största gruppen äldre är i behov av bedömning/rehabilitering när det gäller smärtproblematik och nedsatt funktion. Det handlar om diagnoser som artros, osteoporos med kotkompression, balanssvårigheter, rehabilitering efter fraktur, ortopedisk kirurgi och vissa neurologiska sjukdomar.

Patienter med höftfraktur ses dock sällan i primärvården, eftersom de skrivs ut från länsjukvården med stöd av kommunala insatser i hemmet.

Gruppen äldre i primärvården är ofta multisjuka, men positivt inställda till rehabilitering samt att delta i olika gruppaktiviteter. Motivation till förändring/förbättring är stor.

Ett flertal olika gruppverksamheter för äldre finns inom primärvården både i Ljungby och Växjö, och även på vissa mindre vårdcentralers sjukgymnastikmottagningar. Detta kan innebära Parkinsonsgrupp, bassänggrupper, balansgrupper och träningsgrupper i rehabiliteringsgym. KOL-träning bedrivs i Växjö.

Målet är att även de äldre på sikt ska kunna ta sig ut och träna utanför ”sjukvårdens väggar”, alltså anpassad motion.

En nackdel för äldre multisjuka med neurologiska sjukdomar, som till exempel stroke, är att de inte har samma valfrihet att söka privata sjukgymnaster. Patientgruppen tar längre tid per besök och det måste därför göras lönsamt att behandla även dessa patienter.

Den äldre invandrargruppen tränar mycket sällan, vilket skiljer sig från den svenska pensionärsgruppen som generellt sett är mer aktiv.

## 8.3 Hemrehabilitering

Begreppet hemrehabilitering innebär en tidig och samordnad rehabilitering i ordinärt boende. Man startar direkt vid hemkomsten från sjukhuset och olika yrkeskategorier samverkar. Syftet är att ersätta slutenvårdsplatser, förbättra övergången mellan sluten- och öppenvård samt att förhindra återinläggning genom att individen snabbt återerövrar sin självständighet.

Denna form av rehabilitering har i Kronoberg län erbjudits äldre framför allt efter frakturer, men även vid stroke i Ljungby, Växjö och Lessebo kommuner. Dessa kommuner har startat ett projekt som kommer att utvärderas.

Fler kommuner i länet har ökat möjligheten för hemrehabilitering och kommer att starta hemrehabiliteringsteam.

Ett team med sjukgymnast och arbetsterapeut åker hem till patienten direkt efter hemgång från sjukhuset. Hemrehabilitering kan även ske genom att personalen närmast patienten handleds i ett rehabiliteringsinriktat arbetssätt. Det kallas då ofta vardagsrehabilitering.

Genom att vårdtagaren tränar specifikt de funktioner som han eller hon behöver i sitt eget hem, blir motivationen hög. Därmed kommer förmågan relativt snabbt tillbaka. Enligt kommunala rehabteam i Kronoberg dalar motivationen och även funktionen ofta när den äldre efter att ha legat på sjukhus kommer till ett kommunalt korttidsboende med ny personal. Han eller hon har svårare att förstå vad som är viktigt att träna upp, och ofta kommer också en depressiv pålagring i krisen efter en vårdperiod på sjukhus. Patienter som kan vara aktuella för korttidsboende är de som har frakturer som inte får belastas, eller som har rent fysiska hinder i bostaden.

Däremot skulle flera patienter från Rehabkliniken kunna komma hem i tidigare skede för en fortsatt rehabilitering i hemmet. Enligt teamen kan det vara anhöriga som inte litat på att rehabiliteringen kommer att fungera i hemmet, och därför motverkar hemgång i vissa fall.

Det är mycket viktigt att hemtjänsten fungerar för att den äldre ska kunna träna optimalt. En del av hemrehabpersonalens tid går åt till att informera dem noggrant, för att målet ska vara detsamma oavsett vem som hjälper vårdtagaren.

Personal i hemrehabilitering anser att vissa patienter behöver en till två dagars extra vårdtid på ortopedkliniken, för att ge patienten möjlighet att flytta direkt hem istället för till korttidsboende. På så vis kan den äldre påbörja hemrehabilitering direkt efter hemgång.

Enligt verksamhetsföreträdare för länssjukvården behöver vårdtiderna på ortopedklinikerna ytterligare minskas för att få ett snabbt flöde och uppfylla operationskvoterna för höft- och knäartrosor.

## 8.4 Hjälpmedel

Hjälpmedelsansvaret i Kronobergs län är idag delat mellan landstinget och länets kommuner. Det innebär bland annat att enklare förflyttningshjälpmedel som till exempel rollatorer, ADL- och hygienhjälpmedel till personer över 18 år är ett kommunalt ansvar. Landstinget har ansvar för elektriska rullstolar och hjälpmedel för kognition och kommunikation samt syn och hörsel.

Cirka 70 procent av de hjälpmedel som förskrivs idag är till personer över 65 år. Det vanligaste hjälpmedlet för den multisjuka äldre är rollatorn. Ett annat stort hjälpmedelsområde till äldre är elektriska rullstolar. Elektriska rullstolar kan förskrivas av arbetsterapeuter, sjukgymnaster och läkare inom primärvård, länssjukvård och rehabilitering/habilitering.

Hjälpmedel för kognition är ofta aktuellt för personer med demens.

Kognitionshjälpmedel kan förskrivas av arbetsterapeuter och sjuksköterskor med specialistkompetens.

Enligt verksamhetsföreträdare för Hjälpmedelscentralen faller äldre patienter ofta mellan stolarna vid förskrivning av hjälpmedel.

Demensutredningar görs av kommunernas demenssjuksköterskor, psykiatrins äldreenhet och Hälsoenhetens demenssjuksköterskor. Av dessa är det endast Hälsoenhetens demenssjuksköterskor som förskriver hjälpmedel, och då endast till de personer som utreds inom Hälsoenhetens verksamhet. De personer som utreds vid psykiatrins äldreenhet eller av kommunernas demenssjuksköterskor har inte samma möjlighet, eftersom dessa verksamheter inte förskriver hjälpmedel.

Patienter som är utredda och får behov av hjälpmedel lång tid efter utredningen, har heller ingen förskrivare att vända sig till. Detta föranleder att anhöriga och kommunernas personal istället vänder sig direkt till Hjälpmedelscentralen.

Samma problem finns för fler patientgrupper. Som exempel kan nämnas personer som haft en stroke och som inte har någon pågående insats från hälso- och sjukvården. Även dessa patienter och anhöriga tar som regel kontakt med Hjälpmedelscentralens konsulenter för att få de hjälpmedel de har rätt till.

Då en äldre person behöver en elektrisk rullstol framförs ofta behovet till sjukgymnaster och arbetsterapeuter i kommunerna som i sin tur hänvisar patienten vidare till Hjälpmedelscentralen. Hjälpmedelscentralen har ingen förskrivare att hänvisa till utan förskrivningen görs då ofta av Hjälpmedelscentralens hjälpmedelskonsulent.

I korta drag beror problemet på att kommunernas arbetsterapeuter inte förskriver landstingets hjälpmedel. Förskrivansvaret kopplas samman med kostnadsansvaret samt att landstingets slutenvård inte har möjlighet att utföra de åtaganden som följer med förskrivningsprocessen:

- Bedöma behov av insatser
- Prova ut, anpassa och välja lämplig specifik produkt
- Eventuellt initiera specialanpassning
- Instruera, träna och informera
- Följa upp och utvärdera funktion och nytta

Ingen verksamhet har ansvar för att tillfredsställa hjälpmedelsbehovet för de patienter som inte har pågående insatser inom landstinget.

För att säkerställa att personer med demens får de kognitionshjälpmedel de har rätt till, bör förskrivningen av kognitionshjälpmedel koncentreras till Hjälpmedelscentralen. För att underlätta förskrivning, instruktion och uppföljning ska detta även gälla elektriska rullstolar.

I ett projekt i Kronoberg har det funnits möjlighet till fritt val av hjälpmedel. Denna förmån har inte utnyttjats av de äldre multisjuka i någon större omfattning.

## 9 Kommunal hemsjukvård

Med hemsjukvård menas långvariga sjukvårdsinsatser som ges i det egna hemmet (ordinärt eller särskilt boende). Under år 2008 fick ungefär 230 000 personer över 65 år hemsjukvård i riket. I Kronobergs län har 5 662 personer kommunal hemsjukvård under 2008.

Den kommunala hemsjukvården omfattar hälso- och sjukvård inklusive rehabilitering i särskilt boende, korttidsboende och dagverksamhet. Genom avtal med landstinget ansvarar kommunerna även för hemsjukvård i ordinärt boende.

*Statistik från Kommunal hemsjukvård under tio år i Kronobergs län FOU-rapport 2008:10*

Ålder	1998	2008
65 – 79 år	13,2 %	13,0 %
> 80 år	5,3 %	6 %

Befolkningens sammansättning i länet har förändrats under tio år. Antalet personer mellan 65 år och 79 år har minskat med 209 personer från 13,2 procent till 13,0 procent. Antalet personer över 80 år har ökat med 1311 personer från 5,3 procent till 6 procent.

2006	2009
2710 individer bor i SÄBO	2153 individer bor i SÄBO

Andel invånare som bor i särskilt boende har minskat i länet. Speciellt gäller det äldre 80+, som minskat från 21,4 procent år 1999 till 17,4 procent år 2007. Var tredje vårdtagare i SÄBO i länet är 90 år eller äldre.

Hemsjukvården utvecklas fortlöpande och har gjort så under många år, även före den så kallade Ädelreformen, som genomfördes januari 1992. Fler vårdtagare vill vårdas i sitt hem i takt med att möjligheten till detta ökar, och om det kan ske med god kvalitet och säkerhet. Kommunal sjuksköterska har det basala ansvaret för en god hemsjukvård. För äldre med hemsjukvårdsinsatser har primärvårdens läkare på vårdenheter ett ansvar att ha läkarmedverkan för dessa patienter i SÄBO och ordinära boenden, tillsammans med den kommunala sjuksköterskan.

Sjukvård ges i hemmet när vårdtagaren inte längre kan ta sig till en vårdinrättning för att få insatser. Faktorer som påverkar behovet av hemsjukvård kan vara att vårdtagare med komplex sjuklighet behöver regelbundna eller dagliga insatser. Vårdåtagandena hos var och en kan bli mycket omfattande.

Förutsättningen för en gemensam dokumentation mellan landstinget och kommunerna är att alla kommuner ansluter till vårddokumentationssystemet Cambio Cosmic, vilket landstinget redan har. Alla kommuner har erbjudits att utan kostnad ansluta sig omgående. Ljungby kommun går in i systemet under hösten 2009.

## 9.1 Vårdplanering

När den äldre behöver vård och omsorg från landstinget och kommunerna görs en samordnad vårdplanering för att den äldre ska få insatser för vård och omsorg efter behov, i ordinärt eller särskilt boende. Vid övergångarna kan det finnas en risk att något glöms bort eller faller mellan stolarna. Genom avvikelshanteringen analyseras och förbättras handläggningen av fel som uppstår.

Alla som är berörda av vårdplaneringen får kännedom om den äldres vårdhistoria i samband med inläggningen, genom modulen LINK i Cambio Cosmic. Modulen användes som ett stöd för samordnad vårdplanering mellan de tre parterna sjukhus, kommun och primärvård. Syftet är att underlätta planeringen och att i förlängningen säkerställa en obruten vårdkedja för patienten. Betalningsansvaret i Kronoberg är kopplat till LINK-systemet.

Vid intervjuer med berörda har det framkommit att det finns brister i kommunikationen, som kan förbättras genom utbildning, kunskap och samsyn i systemet. Det finns även behov av att förbättra kunskapen, framför allt hos sjuksköterskor/distriktssköterskor om varandras (kommun och landsting) innehåll i verksamheterna genom planerad hospitering.

Det pågår försök med ”säker utskrivning” på medicinkliniken i Växjö, men det saknas en säker inskrivning från kommunerna.

Under hösten 2009 startar även kirurgen och ortopederna försök med att göra vårdplanering i den äldres hem, efter hemgång från sjukhuset. Detta gäller Alvesta kommun.

## 10 Äldre utlandsfödda

Personer som är födda utanför Norden har i större utsträckning sämre hälsa än personer födda i Sverige. De som är födda utanför Norden nyttjar mer vård än de som är födda i Norden och bor i Sverige. Detta gäller dock inte personer över 85 år, där de utlandsfödda utnyttjar vården på en markant lägre nivå. Detta kan bero på familjetraditioner som gör att familjerna tar hand om de äldre.

Vid frågor till vårdpersonal eller verksamhetsföreträdare om utlandsfödda äldre i sjukvården i Kronoberg, blir svaret att det är en liten grupp bland de äldre både i landsting och kommunal hemsjukvård. Gruppen är större där man haft Migrationsverkets slussar.

## 11 Patientnämndsärenden

Patientnämnden i Kronoberg har under 2008 registrerat 437 ärenden. Flest synpunkter har patienter eller anhöriga lämnat på den behandling och/eller diagnos patienten fått. En annan vanlig orsak till kontakt är synpunkter på bemötande, kommunikation och bristande empati. Flera ärenden berör brister i vårdkedjan mellan kliniker inom slutenvården eller mellan primärvård och slutenvård.

För patienter över 65 år har det upprättats 126 ärenden under 2008, varav 51 ärenden berörde vård och behandlingsfrågor. 36 ärenden gällde personer som varit vårdsökande och är födda på 1920-talet eller äldre.

Patienterna ringer ofta om att de inte har en läkare som har ansvaret för helheten. Många patienter känner att de får ta ett för stort eget ansvar.

Anhöriga ringer då patienten själv är för uppgiven. Ett vanligt uttalande är att ”ju sjukare man är, desto svårare är det att hålla reda på allt”.

Patientnämndssekreteraren uppger att hon får kommentarer om att 15 minuter för ett äldrebesök är för kort, patienten hinner inte uppfatta vad som sägs i samband med på- och avklädning.

Det är få klagomål om tillgängligheten och ännu i april 2009 inga ärenden direkt relaterade till vårdvalet. Det är sällan klagomål om väntan på vårdcentralerna, däremot att patienterna får ligga länge på en bår på akutmottagningarna. Patienter och anhöriga har påpekat att direktinläggningar på avdelningen hade varit mycket bra.

Det har varit en del klagomål på väntetider för utprovning av hörapparat.

Inga negativa synpunkter om det akutgeriatriska teamet har framförts.

Invandrare upplever sig inte missgynnade i vården. Det kan bli missförstånd eftersom nysvenskar kan uppfattas arga i telefon. Det beror oftast på ett mer intensivt tonläge i talet.

## 12 Avvikelser

Avvikelser är en samlingsterm för negativa händelser eller tillbud i verksamheterna. År 2008 inkom 150 ärenden från kommunerna om glömda läkemedelsordinationer, hjälpmedel som inte skickats med och läkemedel som inte är medskickade vid utskrivningar. Flest avvikelser om läkemedel rör kirurgiska specialiteter.

Personal från Patientsäkerhetscentrum i länssjukvården har tidigare träffat MAS-gruppen två gånger per år för avstämning. Nu är det ett år sedan en sådan avstämning gjorts. Informationshanteringen har varit en viktig fråga på agendan, liksom den samordnade vårdplaneringen. Från Patientsäkerhetscentrum påtalas att gemensamma utbildningar i LINK-systemet och information kring den samordnade vårdplaneringen vore av godo. Detta gäller framför allt sjuksköterskor, biståndshandläggare och

sjukgymnaster från landsting och kommuner. Genom utbildning kan man nå ett gemensamt syfte, där den äldre ska få den bästa hjälp oavsett var i vårdkedjan denne befinner sig. Dessutom kan mycket av irritationer och fel minska i systemet. Hospiteringar påtalas också som en viktig del i erfarenhets- och informationsutbyte, till gagn för den äldre patienten.

Avvikelsesystemet Synergi har svagheter i uppföljningen, eftersom det är svårt att hitta avvikelser med gemensamma nämnare i systemet. En förbättring är att systemet nu har en lathund för fallskador, för att man på klinikerna ska kunna följa dessa under åren.

Det är ovanligt med avvikelser i ambulansvården. Anestesikliniken arbetar genomtänkt med avvikelser.

### **13 Vårdskador**

År 2007 undersökte Socialstyrelsen förekomsten av vårdskador i somatisk sjukvård i Sverige. Metoden innebar en granskning i efterhand av 2000 slumpmässigt utvalda patientjournaler under ett år, 2003-2004. Granskningarna gjordes på 28 av landets 72 sjukhus jämnt fördelat över sjukvårdsregionerna. Utredarna fann att 8,6 procent av patienterna hade fått en vårdskada, vilket innebar att skadan bedömdes vara undvikbar. Detta faktum var lika vanligt hos kvinnor som män.

Vårdskador drabbade de äldre över 65 år i högre omfattning. Närmare 2/3 uppstår inom kirurgiska verksamheter och resten inom internmedicinsk verksamhet. Det vanligaste är skador på inre organ och infektioner. Var och en av de 169 vårdskadorna ledde till i genomsnitt sex extra vårddygn. Omräknat till alla vårdtillfällen under ett år i Sverige skulle detta innebära 105 000 vårdskador.

Detta har lett till en nationell satsning på patientsäkerhet via SKL (Sveriges Kommuner och Landsting), med specificerade fokusområden som ska förebygga risker för alla patienter. Många äldre berörs.

- Förebygg postoperativa sårinfektioner
- Förebygg infektioner vid centrala infarter
- Förebygg trycksår i samband med vård
- Förebygg läkemedelsfel i vårdens övergångar
- Förebygg vårdrelaterade urinvägsinfektioner

### **14 Anhöriga och pensionärer**

Anhöriga är viktiga för den äldre multisjuka som av någon anledning inte klarar sig på egen hand. Anhöriga är ofta en länk mellan landstingets sjukvård och kommunens vård och omsorg. I kommunerna finns olika stöd till anhöriga/närstående.

Den 1 juli 2009 kom en ny lag för stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående. Ändringen i socialtjänstlagen (2001:453) förtydligar att socialnämnden ska erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk eller äldre, eller som stödjer en person som har funktionshinder. (Prop. 2008/09:82.)

I dialog med anhöriga och pensionärer framkommer det att kommunens stöd betyder mycket för att få det dagliga att fungera.

I kontakt med sjukvården uttrycker flera anhöriga en känsla av att vara utlämnad eller avskärmad. Flera anhöriga upplever att de inte blir respekterade eller sedda vid besök i vården tillsammans med den sjuke. Många äldre upplever också att den avsatta tiden för besöket är alldeles för kort.

Det framkommer också att stödet till anhöriga behöver komma in tidigare. Många upplever att det är svårt att veta vilken hjälp det finns att få. Informationen bör vara situationsanpassad och lättillgänglig för mottagarna.

Vid intervjuer med pensionärer hade tre av elva personer aldrig hört talas om 1177. Flera hade ringt numret och fått ett bra bemötande och rådgivning. Flera av pensionärerna framför att det skulle vara bra med ett nummer in till sjukvården för att lotsas vidare.

## **15 Nya modeller för den multisjukes vård**

Några kommuner har prövat en ny form av öppenvård för äldre, den så kallade äldrevårdcentralen. Vårdformen bygger på nära samverkan mellan vårdgivarna kommuner och landsting, i syfte att skapa en sammanhållen vård. På äldrevårdcentraler har personalen geriatrisk utbildning och strukturerad fortbildning i ämnet. Läkaren kan vara geriatriker eller distriktsläkare med speciellt intresse för den äldre multisjuka. Läkaren har det övergripande ansvaret, men kan arbeta i team med speciella ansvarsområden för sjuksköterskor eller paramedicinsk personal.

Ett sådant projekt var Hökarängens närvårdcentral, som var mycket uppskattad av de äldre. En framgångsfaktor var multiprofessionella team. Teamen hade ändå begränsade möjligheter att gemensamt utforma och situationsanpassa de olika insatserna. Begränsningarna ansågs bero på biståndsbesluten, som fattades på avstånd från den äldres vardag och från teamets kunskap om den äldre.

I Solna prövades en modell med äldrevårdcentral. Man riktade sig till multisjuka över 75 år i ordinärt boende och personer med komplicerad demensproblematik över 65 år i ordinärt boende.

Dessa två äldrevårdcentraler lades ned 2008 i samband med vårdvalsinförandet, trots goda vitsord från patienterna.

## 16 Förslag till åtgärder

Följande förslag till vidare åtgärder har framkommit under projektet:

- All personal som är berörd av vården för den äldre multisjuka ska sträva mot en samsyn och ett gemensamt förhållningssätt. En gemensam definition för den äldre multisjuka ska utarbetas, vilket kommer att innebära speciella vårdrutiner i hela vårdkedjan, utökade möjligheter till hembesök och samsyn i läkemedelsrutiner för den multisjuka äldre. Förslaget är att även skapa en "Linneasymbol" i Cambio Cosmic.
- Skapa en ersättningsmodell i Vårdval Kronoberg som stöder det gemensamma utarbetade förhållningssättet för Linnea. Arbetssättet ska vara teambaserat och i nära samarbete med kommunerna och landstinget.
- Fortsatt genomförande av Cambio Cosmic i alla länets kommuner, för en förbättrad gemensam dokumentation.
- Gemensam utbildning för berörd personal i kommuner och landstinget om samordnad vårdplanering i LINK.
- Utbyta erfarenheter genom planerad hospitering för sjuksköterskor från landstingets berörda enheter och kommunernas hemsjukvård.
- Nuvarande läkemedelsgenomgångar och läkemedelsavstämningar ska genomarbetas och utvecklas utifrån tillgänglig evidens. Utveckla arbetssätt för läkemedelsavstämningar på kirurg- och ortopedkliniker under vårdtiden.
- Utökat konsultativt arbetssätt emellan akutgeriatriska kliniken på CLV och äldrepsykiatri i länet. Detta kan utvecklas till en gemensam vårdform för att tillvarata varandras kompetens för den multisjuka äldres somatiska och psykiska sjukdomar.
- Utarbeta en tydlig hemsida och utreda förutsättningar för en "äldrelots" på 1177 – sjukvårdsrådgivning för äldre medborgare och anhöriga.
- Genom samverkan mellan kommunerna och landstinget öka möjligheten för den multisjuka äldre att i största möjliga grad komma hem direkt och påbörja sin rehabilitering med hjälp av team som går hem till den äldre.

**FRÅGOR TILL VERKSAMHETSFÖRETRÄDARE 2009 OM  
ÄLDRECENTRUM**

1. Hur många i din verksamhet är äldre multisjuka?
2. Varifrån kommer de in till din klinik/VC?
3. Vilka diagnoser fr.a. gäller för de äldre?
4. Har några diagnoser minskat/ökat?
5. Skulle vi kunna förebygga ineliggande vård redan hemma eller i kommunal hemsjukvård?
6. Kan teamarbete mellan medicinklinik och primärvård förbättras?
7. Är fallolyckor ett problem för sjukhusvården?
8. Vilken evidens finns för multisjuka, följer vi detta?
9. Hur kan vi förbättra vården för dementa?
10. Hur ser läkemedelsförbrukningen ut?
11. Ser ni på sjukhuset ineliggande vård p.g.a. läkemedelsbiverkningar?
12. Hur har utvecklingen med ansvarig läkare på ssk-boende påverkat?
13. Har e-dos haft betydelse?
14. Har läkemedelsgenomgångar ngn påverkan?
15. I vilken mån kan läkemedelsanvändningen påverkas?
16. Finns behov av att utbilda patienter (och anhöriga) i läkemedel?
17. Finns kommuner som inte tar hem sina utskrivningsklara?
18. Hur fungerar ansvaret och övergångarna i LINK-systemet?
19. Vilka flaskhalsar finns för den äldre multisjuka som du ser det?
20. Har vi tillräcklig kunskap gemensamt om vården i kommuner resp VC/sjukhus?
21. Vad gäller för äldres rehabilitering?
22. Vad har vi lärt av Linneaprojektet?
23. Vad har vi lärt av akutgeriatriska teamet? Hur kan vi tillvarata akutgeriatriska teamets resurser på bästa sätt?
24. Hur ska ett mobilt team kunna skapas på västra sidan?
25. Vårdskador tar extra resurser vid ineliggande vård enligt rapporter, hur arbetar vi med det och berör detta äldre multisjuka?
26. Vilka ska arbeta med förebyggande åtgärder som fysisk aktivitet, påverkan av social isolering etc?
27. Hur tar vi hand om multisjuka med invandrarbakgrund?
28. Behövs mer utbildning i multisjuklighet för läkare och övrig personal?
29. Hur tar ambulansvården ansvar för denna grupp?
30. Finns projekt i andra landsting som är viktiga att titta på?

**Frågor till Anhöriggruppen**

1. Vem är din anhöriga? Hur vårdas denne idag?
2. Är din anhörig att betraktas som multisjuk?
3. Hur påverkas din vardag genom att du vårdar en sjuk anhörig?
4. Vilket stöd får du från anhöriggruppen/centralen?
5. Har du stöd från andra instanser i samhället? Barn?
6. Hur fungerar det för din anhöriga idag?
7. Vad är bra? Vad är dåligt?
8. Hur når vi vården idag? Kontakt 1177?
9. Har ni/din anhörig kunskap om vad ni ska söka vid olika symtom?
10. Hur är bemötandet i vården?
11. Har ni haft kontakt med ambulansen? Serviceresor?
12. Kommunal hemsjukvård? Pristvård?
13. Primärvård? Pristvård?

14. Fungerar kontakten med ansvarig läkare i primärvården/kommunal hemsjukvård?
15. Sjukhusvård?
16. Akutmottagningar?
17. Mobil läkare/team?
18. Hemrehabteam?
19. Var ska basen för din anhöriges vård ligga?
20. Hur sker övergångarna mellan olika vårdformer?
21. Hur sker vården för den demente? Kontakt med demenssjuusköterska?
22. Har ni varit med på vårdplaneringar?
23. Vad kan vara problem i läkemedelsbehandlingen?
24. Har ni sett biverkningar?
25. Lyssnar vården på detta?
26. Hur får era anhöriga/du information om läkemedel?
27. Behövs speciell utbildning om läkemedel?
28. Har ni sett prov på vårdskador?
29. Har ni anmält sådana?
30. Vem ska stå för förebyggande åtgärder för social aktivering, fysisk aktivitet, rehabilitering?
31. Kontakt med psykiatrin?

# Förbättringsförslag och tankar som framkommit i intervjuer

## Länsläkemedelskommittén och Apoteket

- *Äldre mår inte bra av att komma till akutmottagningen generellt sett. Mobilt team med hembesök samma dag och i rimlig tid kan förebygga inneliggande vård. I övrigt teamarbete mellan internmedicinare, geriatriker och distriktsläkare.*
- *Sömnmedel och psykofarmaka påverkar falltendensen, varför inte påbörja projekt kring psykofarmaka och äldre?*
- *Viktigt med information till den äldre allmänheten om läkemedels effekter och bieffekter. Kan ske genom öppna föreläsningar eller genom information av läkare i pensionärsorganisationer.*
- *Viktigt att läkare i epikriserna nu fyller i stödordet "läkemedelsförändringar" och vad man förväntar sig av dem samt uppmaning om speciella uppföljningar i PV.*
- *För att nå längre med läkemedelsgenomgångar behöver mer tid avsättas.*
- *Läkemedelsförbrukningen kan påverkas genom en bra och strukturerad uppföljning.*

## Kommunal hemsjukvård

- *Fler svårt sjuka vårdas i ordinärt boende och vi kan förebygga inneliggande vård genom en bra dokumentation och samverkan kring patienten, kommun – Primärvård (PV) – sjukhuskliniken*
- *Behövs mer läkemedelsgenomgångar i ordinärt boende*
- *Behov finns för utbildning i läkemedel, både av anhöriga och patienter*
- *Öka möjligheten att ha samma personal närmast patienten*
- *Förbättrat informationsutbyte främst mellan psykiatri och kommun*
- *Gemensam dokumentation mellan landsting och kommun*
- *Bra med apodos för multisyjuka äldre*
- *Stor del av patienterna har demens och stroke*
- *Mycket god erfarenhet av det akutgeriatriska teamet i Växjö, inte minst deras uppföljning av hembesöken*
- *Sjuksköterskor – som arbetat i andra län med avancerad hemsjukvård dygnet runt – anser att det är ett bra arbetssätt, där landstinget tar ansvaret för mycket sjuka och palliativa patienter, och har samverkan med distriktssköterskan lokalt*
- *Problem under semesterperioden då VC samverkar och stänger och det inte alltid finns läkare som känner patienterna*
- *Dagcentraler och social samvaro utnyttjas främst av de äldre som bor i närheten. Äldre åker inte gärna in från landsbygden och ofta tycker den äldre att resan blir för dyr*
- *Sjukhusläkare och övrig sjukhuspersonal bör inte initiera att patienten ska till korttidsboende, utan sträva efter att patienten ska hem. De kommuner som har hemrehabilitering tycker detta är extra viktigt då patienten blir pigg och aktiv av att komma hem igen, och dessutom träningsmotiverad för att återta sina funktioner i hemmet*
- *Sjukhuset svarar inte upp mot de avvikelser man skriver från kommuner, och därför minskar motivationen att skriva avvikelser*

## FoU Välfärd

- *Identifikation av den multisyjuka äldre, som kan behöva specifika åtgärder på akuten, på kliniker och VC samt 1177*
- *Förebygga inneliggande vård genom att vara generös med hembesök genom mobila team och distriktsläkare*

### *Prehospital vård och akutmottagningar samt 1177*

- *Skulle underlätta om man i Cambio Cosmic-journalen ser om patienten har hemsjukvård*
- *Till 1177 kommer mycket frågor kring läkemedel och frågor kring tolkningar av läkarens information. Många äldre ringer själva, annars anhörig eller hemtjänstpersonal*
- *Mycket positiva erfarenheter i kontakt med akutgeriatriska teamet i Växjö. 1177 anser att det är "den förlängda armen ut i kommunen". Man har ett helhetstänk, vore bra med detta team även dagtid på helger*
- *Ett nummer för äldre att ringa, eventuellt äldrelots på 1177.*
- *Akutmottagningen i Växjö tycker att 1177 är bra och man litar fullt ut på deras telefonbedömningar*
- *Äldrekoordinator/funktionsansvarig sjuksköterska för äldre på sjukhuset/akuten*
- *Gamla är mycket tåliga, vågar knappast röra sig på britsen på akuten. Skulle kunna få direktinläggning*
- *De patienter som har hemsjukvård har bra informationspärm med sig till akuten*
- *Mycket bra med "fasttrack", d.v.s. snabbspår för äldre med sannolik höftfraktur i ambulans till röntgen och avdelningen direkt*
- *Äldre som kommer in som klara strokepatienter skulle också kunna behandlas med ett snabbspår i vården*
- *Det behövs en bättre planering och framförhållning för palliativa patienter i kommunal vård genom distriktsläkarkontakter*
- *"Vi blir förskräckta över hur långa medicinlistor vissa äldre patienter har, vem tar ansvar för helhetssynen?"*
- *Multisjuka med invandrabakgrund ser vi mycket sällan på akuten*
- *Vi behöver förbättra synsättet på den multisjuka äldre för att denne ska tas om hand snabbare. Det behövs föreläsning av geriatriker om multisjuka äldre*
- *Gamla ska få en riktig säng från början, triagering kan gå före ålder och den äldre multisjuka får vänta längre på akuten*
- *Checklista redan på akuten så att man förebygger trycksador, fall och uttorkning*
- *Sjuksköterskor från akuten medverkar gärna i kommungrupper för att få kunskap om hur man arbetar i kommunal vård samt få en helhetsbild och -tänkande i hela vårdkedjan*
- *Hospitering mellan landsting och kommun. Akutmottagningens sjuksköterskor önskar f.r.a. vara med och se arbetet i kommunernas kvälls- och nattpatruller*
- *1177:s beslutsstöd skulle underlätta för ambulanspersonal, då en del patienter kan vara hemma med egenvård*
- *En distriktsläkare som följer med på vissa prio 2:or i ambulansen för direktbedömning och behandling i hemmet vore mycket bra*
- *Ambulansen kan behöva ringa patientens PAL på VC direkt för samtal och bedömning per telefon när man står med patienten i hemmet*
- *Ambulansen i Växjö anser att akutgeriatriska teamet är något av det bästa som hänt, ett team som vågar ta på sig ansvaret och omhändertagandet av den äldre på en hög nivå och med uppföljning av insatsen. Teamet tar över efter ambulanspersonalens bedömning, samarbetet är bra. Det skulle behövas ett mobilt team i varje kommun*

### *Verksamhetsföreträdare medicinkliniker*

- *Människor söker vård "tills de blir nöjda", därför ska vi göra dem nöjda så fort som möjligt*
- *Ensamhet är en enskilt viktig faktor för multisökande hos äldre*

- Akuten är en farlig flaskhals för den multisjuka äldre, måste till en intensifierad övervakning för att minska risken för fall och trycksår samt förvirring, speciellt om anhörig inte följer med
- Förebygga ineliggande vård genom ökad samverkan mellan medicinkliniker och PV
- Äldre boende på SÄBO (särskilda boenden) kommer till medicinkliniker när det verkligen behövs och utgör enbart cirka 5 procent av besöken
- Vore bra med samverkan för att bygga upp hjärtsviktsmottagningar i primärvård
- Internmedicinsk läkare skulle kunna göra besök på perifera VC när det gäller Parkinsonpatienter, hjärtsviktspatienter och även uppföljning av pacemakerbehandling
- Läkemedelsbehandling har ökat allt mer och förutsätter också att läkare på alla nivåer tar ett ansvar för att gå igenom medicinlistan. Här åvilar mycket av ansvaret på distriktsläkaren för utvärdering av insatta läkemedel på klinik och det är en grannliga uppgift, då den multisjuka i längden kanske inte alla ska behandlas med alla akut insatta läkemedel. Behandlingsriktlinjer för olika åkommor kan för den multisjuka med flera diagnoser samtidigt stödja patienten.
- Linneaprojektet har varit bra så tillvida att personal från olika delar av landstingsvården och kommuner har träffats över gränserna och lärt av varandra. Kunskapen om Linnea = multisjuka äldre har därmed ökat och vården av Linnea har fått en ökad status.
- En säker utskrivningsprocess, som är påbörjad på CLV, kan komma att implementeras även på LL. Detta för att minska komplikationerna med alla detaljer som berör utskrivningsprocessen för den multisjuka äldre
- Information till den äldre måste vara skriftlig för att kunna läsas flera gånger, även information till anhörig är viktig.
- Direktinläggning från distriktsläkare kan förenkla inläggningsprocessen för den multisjuka, kan ske efter telefonkontakt med aktuell bakjour på medicinkliniken
- Växjö tar inte emot utskrivningsklara i den omfattning som erfordras, övriga kommuner inga problem
- Påtalar "mångsökarprojektet" på Kalmar lasarett som mycket intressant och värt att pröva på akutmottagningen
- Medicinläkare ser inte längre patienter med astma och akuta lungödem

### Verksamhetsföreträdare kirurgkliniker

- På grund av överbeläggningar riskerar äldre multisjuka att behöva flytta runt inom/mellan avdelningarna på CLV
- Åldern är inte längre ett hinder för operationer och behandlingar
- LL har en bra vårdmiljö för äldre
- Kärlsjuka och dubbelamputerade har ökat i hög ålder
- Många åkommor behandlas och opereras polikliniskt
- Bättre teamarbete på avdelningarna runt den äldre efterlyses
- Efterlyses genomgång av läkemedelslistan av läkemedelskunnig läkare (internmedicinare eller geriatriker), sjuksköterska och farmaceut i samband med vistelse på sjukhuset (LL)
- Intressant hemlinjesprojekt startar den 1 oktober på CLV avd 3, avd 19 och Alvesta kommun samt vårdcentralerna inom Alvesta kommun. Vårdplaneringen sker när patienten kommit hem, i patientens hem. Projektet pågår under ett år
- CLV har varje dag en sjuksköterska som är vårdplatskoordinator för inläggningar
- Direktinläggning från distriktsläkare skulle kunna ske i samråd med vårdplatskoordinatören
- Utveckla inläggningar via "fasttrack" för fler diagnoser
- CLV önskar ha fasta tider för vårdplanering, på LL- kirurgkliniken finns det fasta tider för vårdplanering

- *Meningen med LINK-systemet har varit svårt att förmedla till all personal. På CLV finns det två LINK-sjuksköterskor som följer upp och utvecklar kommunikationen med kommunerna. Det behövs mer information och utbildning till läkare och sjuksköterskor*
- *Från den 1 september kommer läkare från avd 13 att "sköta läkemedelslistan" på 12 ortopedplatser, där äldre vårdas efter operation*
- *Det behövs representanter med från CLV och LL i de redan etablerade kommungrupperna*
- *Tror på hospitering för sjuksköterskor för att öka samarbetet mellan olika aktörer för den äldre, men hospitering kostar pengar och tar tid*
- *Bra med Linneaprojekt men ofta "rinner det ut i sanden"*
- *Fr.o.m den 1 september kommer vårdplanering mellan CLV och Växjö kommun att ske i hemmet före planerad höftoperation*

### *Verksamhetsföreträdare från psykiatrin*

- *Mycket få patienter från SÄBO, f.r.a. äldre från ordinära boenden söker vård*
- *Ser mindre av konfusoriska patienter, men patienter som valsar runt mellan somatiken och psykiatrin*
- *Läkare från psykiatrin och primärvård bör ta ett gemensamt ansvar för läkemedelslistan vad det gäller psykläkemedel eftersom vi har en hög förskrivning i Kronoberg*
- *Akutgeriatriska teamet arbetar med en "helhetskvalitet". Inget blir bortglömt och kedjan följs upp på ett bra sätt*
- *Ensamhetsproblematiken påverkar behovet av psyksjukvård för äldre*
- *Äldrepsykiatriker finns i alldeles för liten utsträckning. Den läkargruppen ska ha en somatisk del i sin utbildning. Psykiater generellt har inte detta och de multisjuka äldre kan då få en sämre vård av den somatiska sjukligheten. Det kan vara bättre att samordna sig med akutgeriatriken för att inte missa någon somatisk del. Isåfall självklar stöttning av psykiater och även annan vårdpersonal vid suicidhot*
- *Viktigt med samverkan med distriktsläkare och kommunsjuksköterska i SÄBO, där patienten redan befinner sig, för att undvika inläggningar*
- *Största inneliggande patientgrupp inom äldrepsykiatrin är nyinsjuknade i psykisk sjukdom, ofta med suicidhot eller fullbordat suicidförsök. Dessa behöver få mer plats i organisationen*
- *Vi behöver utveckla integrationen mellan öppen och sluten äldrepsykiatri*
- *Vi behöver tänka utskrivning vid inskrivning och försöka göra denna mjukare i övergången. Det saknas dagverksamhet för äldre psykiskt sjuka, vilka kan ha svårt att anpassa sig i vanlig dagverksamhet i kommuner*
- *Dementa är en minskande grupp i äldrepsykiatriska slutenvården*
- *Omfattande förändringar har genomförts inom äldrepsykiatrin under fyra år – från 28 till 8 vårdplatser – och detta ställer stora krav på nya arbetssätt*
- *Invandrargruppen är ovanlig inom äldrepsykiatrin*

### *Aktörer från akutgeriatriken*

- *Teamets betydelse är att se med olika ögon*
- *Akutgeriatriska mobila teamet gör hembesök i gränslandet mellan primärvården och akuten*
- *60 procent eller fler kan stanna kvar i hemmet efter ett mobilt besök, på akuten läggs 60 procent in i stället*
- *Apotekare på avdelning under ett år gav ett lärande för personalen och läkare om doser och interaktioner, men tjänsten är dyr*

- *Viktigt att akutgeriatriska mobila teamet är libero och kan åka ut när som helst*

### *Aktörer från primärvården*

- *Vi förebygger ineliggande vård hela tiden!*
- *Mycket bra demensutredningar görs via äldrepyskiatri i väster i samverkan med primärvården*
- *Multisjuka äldre är en stor och viktig grupp i primärvården. Hembesök sköts på ett tillfredsställande vis till SÄBO, men i ordinära boenden är uppdraget betydligt svårare att uppfylla, här är läkarsituationen en viktig faktor för den lokala vårdenheten*
- *Det är en viktig del i arbetet att fasa ut läkemedel, och uppföljande kontakt med patienten är en framgångsfaktor och svår att uppfylla för patienter som inte har hemsjukvård och kontinuerlig kontakt med sjuksköterska i kommunen*
- *Läkemedelsfrågan är svår eftersom det inte finns klar evidens eller riktlinjer för multisjuka äldre. Man tycker att det kan ha viss påverkan med läkemedelsgenomgångar med apotekare eftersom läkemedlen och dess bieffekter sätts i fokus. Medicinska kommitténs grupp för äldre har inte kommit med helt klara riktlinjer för utfasningar eller läkemedelsbyten*
- *Kommunernas arbete för att förebygga fallolyckor är föredömligt, inte minst "Fixar-Maltes" funktion*
- *Multisjuka med invandrabakgrund ses i kommuner med migrationsluss och det som förekommer mest i dessa grupper är psykosomatik*
- *Linneaprojekten har varit intressanta med insyn i olika vårdnivåers arbete, men de har avstannat snart efter projektavslutningen*
- *Linken är svårförståelig. Distriktsläkare förstår inte varför man ska skriva på i så tidigt skede och ta ett ansvar för en patient, då man inte vet hur tillståndet kommer att vara vid hemgång. För en psykipatient kan journalen inte läsas för att få en uppfattning i tid*
- *Åsikterna om akutgeriatriska teamet i Växjö varierar, en del VC har anlitat dem så fort man inte haft tider för hembesök och överrapporteringen är föredömlig. Från landsbygdsvårdcentral påtalas att man sköter detta uppdrag eller att det är vård på olika villkor att vissa patienter får utnyttja detta team i vårdvalet helt gratis medan andra inte har något team alls*
- *En läkare påtalar att det borde finnas ett äldrecentrum med äldrepyskiatri, äldrehabilitering och akutgeriatrik gemensamt*
- *Direktinläggning på sjukhus från distriktsläkares sida kan ske när Cambio Cosmic och e-dosen har samordnats. Då kommer inte läkemedelsförskrivningen i CC att bli ett hinder. "Vi måste ju hålla våra tider på mottagningen för alla patienter" och detta moment tar tid*

### *Rehabilitering i landsting och kommuner*

- *Äldre med behov av rehabilitering mår oftast psykiskt bra och är tåliga*
- *Förebygga nya fallolyckor efter första fallet genom att kontrollera uppresning och använda Daniel Albertssons 3-frågeformulär*
- *Distriktsjuktugymnastiken har inte kontakt med höftfrakturpatienter, tror att denna patientgrupp får information av hemrehab i kommun. Viktigt med tidig rehabilitering för att förhindra balansproblem*

- Gör det lönsamt för privata sjukgymnaster att också behandla multisjuka patienter, en sådan behandling tar längre tid
- FaRecept för äldre behöver en viss kontext, som tankar om klädval, musik och aktiviteter som passar
- Invandrargruppen äldre vill oftast inte ha någon träning, det ingår inte i "kulturen"
- Hjärtsviktspatienter kan vara en ny grupp för specialträning, men kunskapen behöver öka i primärvården
- Hemrehabilitering håller på att utvidgas över länet, men finns inte i alla kommuner. De sjukgymnaster och arbetsterapeuter som arbetar på detta sätt är helt säkra på att patienten stärks i träningsmotivation av att komma hem direkt. En tid på korttidsboende först innebär att patienten landar med ny personal och ovisshet om sin framtid, vilket innebär att de äldre tappar energi och träningsvilja och det tar längre tid att komma igång
- Den äldre skulle behöva stanna på sjukhus 1-2 dagar längre i vissa lägen för att sedan kunna gå hem direkt. Patienten själv liksom sjukvården i landstinget och hemtjänsten/hemsjukvården i kommunen vinner på detta. Detta gäller i första hand höftfrakturer och stroke
- Kunskapen om patienter som är utsatta för våld behöver öka, de hittas inte inom sjukgymnastiken
- Återkommande träningsstillfällen för t.ex. strokepatienter skulle kunna förebygga inneliggande vård
- Rehabiliteringskliniken ser inte längre ortopediska patienter. Dessa går i viss utsträckning till hemrehabilitering i kommunerna. Hinder finns då det saknas hemrehabilitering i kommuner, patienten behöver då stanna längre på Rehabkliniken
- Hemrehabföreträdare i Växjö tycker att patienterna skulle kunna komma hem tidigare från rehabkliniken
- Väl fungerande hemrehabilitering på lokala villkor för alla i Kronoberg behövs
- Hemrehab önskar en bättre kontakt med primärvårdens rehabilitering, för när patienten kan ta sig ut själv får primärvården överta ansvaret. Närsjukvårdens roll och ansvar är oklart
- Vid vårdplanering på sjukhuset kan för många eller för lite personal från kommunen vara kallad. Slutenvården tycker att det är kommunens vårdplanering och uteblir därför ofta (speciellt rehabpersonal från sjukhuset). Vårdplanering i hemmet vore att föredra i många fall
- Hospitering mellan landsting och kommun vad gäller rehabpersonal borde vara ett krav
- Behov av logoped i kommunerna

### *Pensionärer och anhörigvårdare i Ljungby och Växjö*

- Många litar på vänner och anhöriga, man vill helst inte bli beroende av hemtjänsten. Vid behov av hemtjänst blir det direkt många personer hemma kring den sjuke äldre. Det borde inte vara mer än tolv personer inblandade, man orkar inte tala om för alla vad de ska göra
- 70 procent har ringt 1177 för egen del eller för anhörig och är mycket nöjda med råd och bemötande. Tre av elva personer har aldrig hört talas om 1177
- Akutgeriatriska teamet är mycket bra, "perfekt att doktorn kan komma hem så man slipper åka"
- På avdelning 13 – akutgeriatriken – "är det nog mer bemanning med bra läkare och gott bemötande"
- Rollatorn är det bästa hjälpmedel som finns, "den blir min bästa vän"
- Vårdplanering borde nog ske i hemmet efter hemgång från sjukhuset
- Ambulansvården och akutmottagningen fungerar bra både i Växjö och Ljungby. Man blir väl omhändertagen och känner sig trygg. "Man får lära sig att vänta och lugna ned sig"

- *Vårdcentralerna, vilka besökts i Växjö, har haft bra bemötande av personal och läkare*
- *Många äldre vet inte varför man tar läkemedlen och som patient frågar man inte efter biverkningar, då man inte förväntar sig sådana*
- *Den äldre har inte alltid lyssnat på doktorn eller många gånger inte ens förstått vad som sagts om behandlingen eller utredningen*
- *Det behövs mer utbildning till oss äldre om läkemedel*
- *"Om man har bra aktiviteter och har det bra tillsammans med andra – behövs inga läkemedel". Tillgång till sociala gemenskaper är viktig*
- *"Det gamla ålderdomshemmet var bra, där det var matsal i mitten och sen boende runt om"*
- *Småbussarna i stan är bra att åka med*
- *Anhörigcentralen i Ljungby är mycket uppskattad av samtliga som har kontakten, "tidigare frågade ingen hur vi hade det". Alla som hjälper en sjuk anhörig behöver träffas och lära av varandra*
- *Dementeamet i Ljungby från äldrepsykiatri och kommunen är gruppen i Ljungby mycket nöjda med*
- *Mycket svårt att lämna den demente anhörige mot dennes vilja för korttidsvård eller permanent vård på SÄBO. Det känns varje gång som man lurar sin anhörige sjuke*
- *Serviceresor är en "fyrkantig organisation" när man ska beställa en resa. Vi får vänta länge i telefonen och man har krångliga regler för anhörigledsagare. Resan utförs av trevliga och duktiga chaufförer*
- *Vid besök på vårdcentral känner man sig som anhörigvårdare lite avskämd av läkaren och övriga personalen, fast man har en stor kunskap om hur patienten fungerar och om läkemedelsbehandlingen och dess effekter. Detta kan leda till felbehandlingar*
- *Tiden för läkarbesöket är ibland för kort – "svårt att uppfatta information samtidigt som man ska klä på sig"*
- *Bra om man får samma läkare vid en kronisk sjukdom*
- *Apodos är mycket bra*
- *Saknas samordning för den äldre – en koordinator/dirigent*
- *"Vi bryr oss inte om vem som gör vad – bara det blir gjort!"*

### Vårdplanering

- *98 procent som "linkas" är multisjuka äldre, vilka behöver ha hjälp av kommunens hemtjänst och/eller hemsjukvård*
- *Det behövs tjänstgörande biståndshandläggare på röda dagar, annars kan patienterna behöva stanna längre än vad som är nödvändigt för akutvård*
- *Gemensam utbildning och introduktion av LINK och samordnad vårdplanering för att få ett gemensamt syfte i landsting och kommuner och inte enbart "prata pengar"*
- *Biståndshandläggare (som arbetar utifrån Socialtjänstlagen) har inte tillgång till LINK, men behöver ha detta för sin bedömning*
- *HSL-personal har inte kunskap om att det är ekonomin som styr LINK, vilket biståndshandläggare har full kännedom om*
- *Växjö kommun har dragit på besluten vid övertagande av patienter, inga egentliga problem med övriga kommuner*

### Hjälpmedel

- *Multisjuka har ofta stora funktionsnedsättningar och behöver hjälpmedel för kommunikation och mobilitet*

- *Patienter som skickas hem från rehab och ska fortsätta sina vårdkontakter inom primärvården kan falla mellan stolarna, eftersom det inte har funnits arbetsterapeuter i primärvården*
- *Bra att det kommer att finnas arbetsterapeuter i primärvården eftersom förskrivaren också ska följa upp ordinationen*
- *Dementa patienter behöver ofta kognitionshjälpmedel i tidigt skede. Demenssjuksköterskorna kommer att kunna skriva ut vissa hjälpmedel till dementa*
- *Projekt med Fritt val av hjälpmedel pågår i Kronoberg, Stockholm och Södermanland. Allt fler personer behöver och vill bestämma mer själva om sina hjälpmedel*

### *Kommunernas referensgrupp*

- *Alla multisjuka äldre är inte hemsjukvårdspatienter. Kan vi lösa detta genom att formulera i CambioCosmic vem som är en "Linnea"?*
- *Det vore bra med ett eget väntrum för äldre*
- *I samband med in- och utskrivning uppstår ofta fel som leder till irritation mellan vårdgivarna*
- *Det behövs en gemensam plan för hospiteringar mellan kommun och landstinget*
- *Dagcentraler i kommunerna behöver knytas närmare frivilligorganisationerna*
- *Undvik inläggning för den multisjuka äldre i görligaste mån*
- *Vore bra med distriktsläkartillgänglighet dygnet runt*

## Referenser

Akner, Gunnar 2004: Multisjuklighet hos äldre

Läkartidningen nr 1-2 2009: Allard, Per m.fl Äldrepsykiatri i Sverige måste utvecklas – inte avvecklas.

Läkartidningen Nr 35 2009: Nilsson, Lena m.fl Strukturerad journalgranskning kan öka patientsäkerheten.

Socialstyrelsen 2009: Hälso- och sjukvårdsrapport

Socialstyrelsen hemsida 2009: Äldrefrågor

Socialstyrelsen 2008: Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården

Socialstyrelsen 2006: God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården

Socialstyrelsen 2008: Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser

Socialstyrelsen 2008: Vård och omsorg om äldre Lägesrapport 2008

Socialstyrelsen 2009: Stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Redovisning av 2007-2008 års medel

Fou Kronoberg: FoU-rapport 2007:5 Linnea i Linneaprojektet Ewa Wikström

Fou Kronoberg: FoU-rapport 2009:1 Mobila teamet för äldre. En utvärdering av det mobila teamet i Växjö kommun År 2007 - 2008 Wikström, Ewa

FoU Kronoberg: FoU-rapport 2008:10 Kommunal hemsjukvård under tio år i Kronobergs län

Sveriges Kommuner och Landsting: Vårdbarometern – befolkningens syn på vården. Årsrapport för år 2008

Sveriges Kommuner och Landsting: Öppna jämförelser 2008

Sveriges Kommuner och Landsting: Aktuellt på äldreområdet 2008

SBU – statens beredning för medicinsk utvärdering 2009: Äldres läkemedelsanvändning

SBU- statens beredning för medicinsk utvärdering 2003: Evidensbaserad äldrevård

WHO och Världspankykiatriförbundet 1996-97: Lausannes konsensusuttalande om äldrepsykiatri

Patientnämnden Kronobergs län 2008: Verksamhetsberättelse  
Hemsjukvård Kronobergs Län 2009: Överenskommelse mellan kommunerna och  
landstinget i Kronobergs län gällande insatser inom somatisk hemsjukvård

SCB 2009: Statliga centralbyrån befolkningsstatistik 2007-2030