

Linnea



i
Linneaprojektet

© FoU Vårld i Södra Småland och författaren

Omslagsbilden:
Landstinget Kronoberg
Bearbetning av omslagsbilden:
Marita Wallisson
Redigering/layout:
Dorthe Geisler

SAMMANFATTNING

Syftet med denna rapport är att bidra till ökad förståelse för äldres situation inom vård och omsorg. Dessutom finns en beskrivning av Linneaprojektet i Kronobergs län. Resultatet gör inte anspråk på att ge en generaliserbar bild av hur äldre upplever vård och omsorg, men strävan är att ge insikt i hur man, som äldre och i behov av stöd och hjälp, kan uppleva sin situation, och förhoppningsvis kan den insikten vara överförbar till andra sammanhang.

I Del 1 beskrivs Linneaprojektet, som är ett samverkansprojekt mellan Landstinget Kronoberg och länets åtta kommuner. Projektets användning av genombrottsmetodik skildras övergripande och här finns även en kort sammanfattning av teamens olika förbättringsarbeten. De flesta teamen har arbetat med informationsinsatser runt Linnea och har i stor omfattning handlat om gränsproblematiken mellan de olika huvudmännen där Linnea kommit i kläm, t.ex. i samband med vårdplaneringar. Teamen har även genomfört konkreta förbättringsarbeten i vardagen, som t.ex. ökad utevistelse för den äldre. I Del 2 redovisas en sammanställning av hur Linnea uppfattar sin situation med fokus på hennes möte med vården och omsorgen. Som grund för sammanställning finns totalt 92 intervjuer som genomfördes av deltagarna som en inledning av Linneaprojektet. Intervjuerna var sjuksköterskor, läkare, paramedicinare och undersköterskor. De fasta frågeställningarna från intervjuerna har sammanställts i enkla frekvenstabeller medan de öppna svaren har analyserats med hjälp av kodning utifrån meningsenheter i intervjutexterna.

Tanken med urvalet av intervjupersoner var att nå en äldre person med sammansatta behov, numera ofta omtalad som multisjuk eller multisviktande. Resultaten i rapporten visar Linneorna ofta hade en komplex situation och benämningen *Linnea* har i allt större kretsar blivit ett samlingsnamn för en äldre multisjuk eller multisviktande person i Kronobergs län.

I resultatet märks att Linnea upplever brister i information om vad som gäller den egna vården och omsorgen och hon har en önskan om att få bli lyssnad på i högre utsträckning. Detta stärks av flera andra studier, och visar på ett viktigt område för förbättringsarbeten. Ett anmärkningsvärt resultat är den höga fallfrekvensen. På en fråga till Linnea år 2007 uppger 68 % att de har fallit en eller fler gånger under det senaste året. Den höga frekvensen av fall skall naturligtvis sättas i relation till att intervjuerna berör Linnea som sannolikt är både svagare och skörare än den äldre normalbefolkningen. Fallrelaterade skador orsakar mycket lidande för den enskilde och innebär stora samhällskostnader varför det bör uppmärksammas. Ett annat tydligt resultat är att Linnea uppskattar hembesök så högt och att, framförallt hembesök av läkare, inte förekommer i så stor omfattning enligt Linnea. Här finns ett behov som inte uppfylls i dagens organisation. Betydelsen av samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner inom området vård och omsorg om äldre är inte bara önskvärt utan nödvändigt om Linnea skall kunna få en sammanhållen vård och omsorg. Linneaprojektet kan ses som ett bidrag till att förbättra denna samverkan.

INNEHÅLL

INLEDNING	7
Begreppet multisjuk äldre	7

Del I Linneaprojektet:

LINNEAPROJEKTET	10
Syfte med Linneaprojektet	10
Uppläggning av projektet	11
Linneaintervjuerna	11
Genombrottsmetoden	12
Förbättringsområden från Linnea 1 - våren 2006	16
Förbättringsområden från Linnea 2 - våren 2007	21
Sammanfattning	25

Del II Linneaintervjuerna:

LINNEAINTERVJUERNA	28
Syfte med sammanställningen	28
Metod	28
Var sker intervjun?	29
Intervjuerna	30
RESULTAT	31
Vem är Linnea och hur mår hon?	31
Linneas hjälp i vardagen	33
Linneas matsituation	35
Fallolyckor	36
Kontakt med vårdcentral	37
Hembesök	38
Kontakt med sjukhus	40
Att vara hemma igen	44
Råd och tips från Linnea	45
Att bemöta Linnea utifrån hennes välbefinnande	45

DISKUSSION	49
En sammanfattande bild av Linnea	49
Metoddiskussion	50
Resultatdiskussion	51
REFERENSER	55
BILAGOR	57
Bilaga 1: Styrgrupp	
Bilaga 2: Frågeformulär till Linnea 2	
DIAGRAM	
Diagram 1: Fördelning av intervjuarnas profession i antal totalt	30
Diagram 2: Omfattning av hjälpinsatser enligt Socialtjänst- lagen utifrån intervjuer 2005 resp. 2007	33
Diagram 3: Hemtjänst i ordinärt boende	34
Diagram 4: Plats där Linnea har fallit	36
Diagram 5: Andel Linneor som har fått hembesök av olika yrkeskategorier under senaste året	38
Diagram 6: Andel som fått hembesök av olika yrkes- grupper	39
Diagram 7: Linnea Bergs färdstätt då hon åker hem från sjukhuset	43
FIGURER	
Figur 1: Nolans förbättringsmodell	15
Figur 2: Linneas upplevda hälsoproblem	32
TABELLER	
Tabell 1: Plats där intervjuerna genomfördes år 2007	29
Tabell 2: Några basfakta om Linnea Kron och Linnea Berg	31
Tabell 3: Vart eller vem Linnea vänder sig till om hon behöver hjälp	44

INLEDNING

Linnea Kron och Linnea Berg är två fingerade personer som var och en representerar en äldre multisjuk¹ person i Kronobergs län som har kontakt med vården och/eller omsorgen. Dessa två kvinnor finns inte i verkligheten utan är skapade utifrån intervjuer som genomförts med äldre personer i länet. Linnea Kron har skapats utifrån intervjuer som genomfördes hösten 2005, respektive Linnea Berg utifrån intervjuer som genomfördes våren 2007. Intervjuerna genomfördes inom ramen för det s.k. Linneaprojektet som beskrivs i Del I av denna rapport. Rapportens Del II utgörs av resultat av dessa intervjuer. Här kommer Linneorna till tals och fokus ligger på deras upplevelser av sin situation i kontakten med vård och omsorg. Det är viktigt att påpeka att resultatet inte gör anspråk på att ge en generaliserbar bild av hur multisjuka upplever vård och omsorg och det är inte heller primärt en sammanställning av hur många som uttalat sig på det ena eller andra sättet, även om några frekvenstabeller förekommer². Strävan är främst att ge insikt i hur man, som äldre och i behov av stöd och hjälp, kan uppleva sin situation och förhoppningsvis kan den insikten vara överförbar till andra sammanhang. Sammanställningen är gjord av fil.lic. Eva Wikström, FoU-ledare och medlem i styrgruppen för Linneaprojektet och handledare har fil.dr Elvi Richard, lektor vid Växjö universitet varit.

Begreppet multisjuk äldre

Begreppet multisjuk, multiskräpelig eller multisviktande äldre har under senare år använts mer och mer i debatten om hur samhället omhändertar våra äldsta. Någon enhetlig definition är svår att finna. Annika Asp, adjungerad ledamot i Läkaresällskapets språkkommitté menar att en slags gemensam kärna mellan orden är att man vill ge uttryck för äldre människor med flera samtidiga

¹ Se avsnittet nedan.

² För den som önskar mer detaljerade siffror inom något område hänvisas till direkt kontakt med FoU Vålfärd i Södra Småland tel 0470-59 22 80.

hälsoproblem³. Vidare menar hon att det finns olika uttryckta definitioner som är beroende av vilken synvinkel som väljs. En definition som återkommer i flera dokument är:

Patienter som är 75 år och äldre och som inom ett år har vårdats inom slutna sjukhusvård vid tre eller flera olika tidpunkter. De ska även i samband med dessa vårdepisoder fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper registrerade.

(Gurner och Thorslund 2003 s.75).

Den definitionen är relativt snäv och författarna har ytterligare en definition som de kallar multisviktande:

Personer som är 75 år eller äldre som har haft någon komplicerad diagnos eller flera olika sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid.

(Gurner och Thorslund 2003 s.75).

För att få en bild över hur stor gruppen är menar Gurner och Thorslund (2004 s.5) att multisjuka omfattar knappt 4 % av befolkningen 75 år och äldre (706 personer i Kronobergs län⁴). Multisviktande omfattar knappt 20 % av befolkningen 75 år och äldre (3534 personer i Kronobergs län⁵). Ingen av dessa definitioner har använts vid urval av intervjupersoner, även om de varit vägledande (se vidare under avsnittet om Linneaintervjuerna på s.11).

³ Mejlsvar på förfrågan från författaren 2007-06-29.

⁴ Bygger på befolkningsstatistik från Kronobergs län 2006-12-31, antal invånare 75+ var då 17671 personer 4 % motsvarar 706 personer <www.skl.se>

⁵ Referens som ovan; 20 % motsvarar 3534 personer.

Del I

Linneaprojektet

LINNEAPROJEKTET

Linneaprojektet är ett delprojekt inom projektet "Den framtida när-sjukvården" (se Linneas hemsida <www.ltkronoberg.se/Linnea>). Initiativet att starta det togs av verksamhetschef Per-Henrik Nilsson vid medicinkliniken, Växjö lasarett, med motiveringen att skapa ett bättre omhändertagande för äldre multisjuka och kroniskt sjuka yngre i vårdkedjan genom ett förbättrat nätverksarbete. Trots en hel del arbete med goda resultat på alla nivåer i vårdkedjan menade han att det fortfarande fanns delar att förbättra i vårdkedjan mellan kommunerna, närsjukvården och medicinklinikerna i Kronobergs län. Till projektet knöts en styrgrupp med representation från både landstinget, kommunerna och FoU Välfärd i Södra Småland (Bilaga 1).

Inspiration till Linneaprojektet kommer från ett projekt Esther i Jönköpings län, som är ett nätverk för utveckling av äldrevården på Höglandet (se Esthers hemsida <www.lj.se/ester>). Esther symboliserar en äldre dam på Höglandet som behöver vård och omsorg från kommun, primärvård och slutenvård. I nätverket ingårrepresentanter från samtliga samarbetspartners. Erfarenheterna från Esther visar på stora vinster för äldre multisjuka och yngre kroniskt sjuka, samt att projektet inte inneburit ökade kostnader eller transfereringar mellan deltagande förvaltningar. Det skapade istället förbättrad kvalitet, oftast för mindre pengar hos samtliga aktörer. Med Estherprojektet som förebild formulerades ett syfte som anpassades till ett eget projekt i Kronobergs län.

Syfte med Linneaprojektet

Syftet är att förbättra kontaktnätet mellan samtliga aktörer i vårdkedjan så att Linnea skall kunna känna sig trygg i sin livsvärld. Kompetensen och kvalitén skall förbättras i hela vårdkedjan.

Uppläggning av projektet

Linneaprojektet inleddes våren 2005 med att styrgruppen inbjöd chefer eller medicinskt ledningsansvarig i vårdkedjan, från kommunerna i hela länet och från landstinget, till ett inledande möte. Vid mötet gavs information om projektet och om den planerade arbetsmetoden, genombrottsmetoden.

Medarbetare från länets samtliga kommuner och primärvård samt från Växjö och Ljungby lasarett inbjöds att delta. Styrgruppen delade sedan in deltagarna i tvärprofessionella team med geografisk sammanhållning. Motivet för gruppindelningen var att, i varje team, få en så allsidig belysning av Linneas situation som möjligt och att dessutom skapa förutsättningar för lokalt samarbete både inom projektets ram och på sikt. I nästintill varje team ingick representanter från både kommunen, närsjukvården och länssjukvården. Idealet var en distriktsläkare från närsjukvården, en biståndshandläggare, en läkare/sjuksköterska från länssjukvården, en distriktsköterska och en undersköterska samt en paramedicinare från kommun. Samtidigt var det önskvärt att teamen inte skulle bli alltför stora. Linneaprojektet har hittills genomförts som två delprojekt, Linnea 1 och Linnea 2. I Linnea 1 ingick tio team och i Linnea 2 nio team, varje team bestod av 4-8 deltagare. Deltagare från samtliga av länets kommuner har deltagit i Linneaprojektet.⁶

Linneaintervjuerna

Inför första mötet i Linneaprojektet ombads respektive deltagare att intervjua en person som han/hon hade yrkesmässig kontakt med och som kunde hänföras till gruppen multisjuk. Ovan beskrivna definitioner blev dock svåra att använda eftersom alla deltagarna inte hade tillräcklig information om Linnea för att göra ett sådant urval. Styrgruppen skapade därför nedanstående kriterier för val av intervjuperson.

⁶ I Linnea 1 saknades Älmhults kommun och i Linnea 2 Lessebo och Markaryd. Linnea 1 och Linnea 2 bestod, med undantag av några enstaka personer, av olika deltagare.

- Linnea ska vara 75 år eller äldre. (obs! naturligtvis kan både män och kvinnor vara aktuella)
- Linnea ska ha legat på sjukhus minst en period under de senaste tre månaderna
- Linnea ska själv kunna kommunicera i intervjun.

Intervjuerna genomfördes i första hand för att användas som grund för teamen att få en bild av Linnea och hur hon upplever de egna behoven i relation till vårdprocessen. Genom att alla deltagarna genomförde varsin intervju blev Linnea intervjuad av personer som såg på Linnea ur olika perspektiv och dessutom nåddes Linnea från olika håll i länet. Deltagarna presenterade resultaten från intervjuerna för varandra i respektive team vid det första mötet och hade dem till hjälp för att hitta lämpliga förbättringsområden som sedan genomfördes med hjälp av genombrottsmetoden.

Genombrottsmetoden

Genombrottsmetoden är ett systematiskt och beprövat sätt att genomföra kunskapsbaserade förbättringar i vården (Sveriges kommuner och Landsting 2006a). Metoden har under senare år fått stor spridning i landet och berört flera olika områden. Det har bl.a. handlat om att öka tillgängligheten, att förbättra demensvården, förbättring av vården i livets slutskede, av diabetesvården och av intensivvården. I alla landsting/regioner och i allt fler kommuner finns nu minst ett team som varit med i minst ett Genombrottsprojekt (www.skl.se). Även i Kronobergs län har genombrottsmetoden använts både inom Landstingets verksamheter och i länets kommuner. Ett exempel är RESAM-projektet som var ett gemensamt projekt mellan landstinget och länets kommuner, där syftet var att förbättra samverkan i rehabilitering. Dessutom hade projektet som syfte att utbilda handledare i genombrottsmetodik och stöd gav i form av handledning från SKL (Sveriges Kommuner och Landsting). Ett annat exempel är Landstingets "Bra mottagning", som syftar till att förbättra tillgängligheten inom olika typer av mottagningar. Deltagande team inom primär- och slutenvård har visat exempel på att det finns flera olika sätt att minska väntetider och förbättra sin arbetsmiljö. Ett nätverk har bildats i "Bra mottagning" där handledare/projektledare från Landstingen i Skåne,

Blekinge, Halland, Kalmar, Kronoberg och Jönköping träffas 2-4 gånger per år. Genombrottsmetodik används även i "Goda exempel", som genomförs i omsorgsförvaltningen i Växjö kommun med ca 75 medarbetare varje år sedan 2004.

Catrin Carlsson och Ingrid Henningsson i Linneaprojektets styrgrupp har båda erfarenheter av att arbeta med genombrottsmetodik. Catrin har gått en utbildning i genombrottsmetodik i landstingsförbundets regi i samband med RESAM-projektet och är ansvarig för Växjö kommuns "Goda exempel". Ingrid har gått handledarutbildning i Jönköping i samband med "Bra mottagning" samt varit handledare i Kronobergs län och ingår dessutom i nätverket i södra Sverige. Dessa två personer, har med sina metodkunskaper, varit och är mycket betydelsefulla för Linneaprojektets utformning.

Genombrottsmetoden har utvecklats av Tom Nolan, statistiker och dr Donald Berwick, VD vid The Institute for Health Care Improvement (IHI) i Boston, USA och har tillämpats i Sverige under ca 10 år (Edström m.fl. 2005). Idén bakom metoden är baserad på att *det finns kunskap hos personal som inte tillämpas* i tillräckligt stor omfattning inom vård och omsorg. Till stora delar kan det förklaras utifrån att personal handlar utifrån rutiner utan att reflektera över andra handlingsstrategier. Man antar med andra ord att det finns mycket kunskap som inte kommer till nytta inom vården. Gapet mellan det vi vet och hur vi handlar behöver alltså minskas och det kan göras med hjälp av genombrottsmetoden.

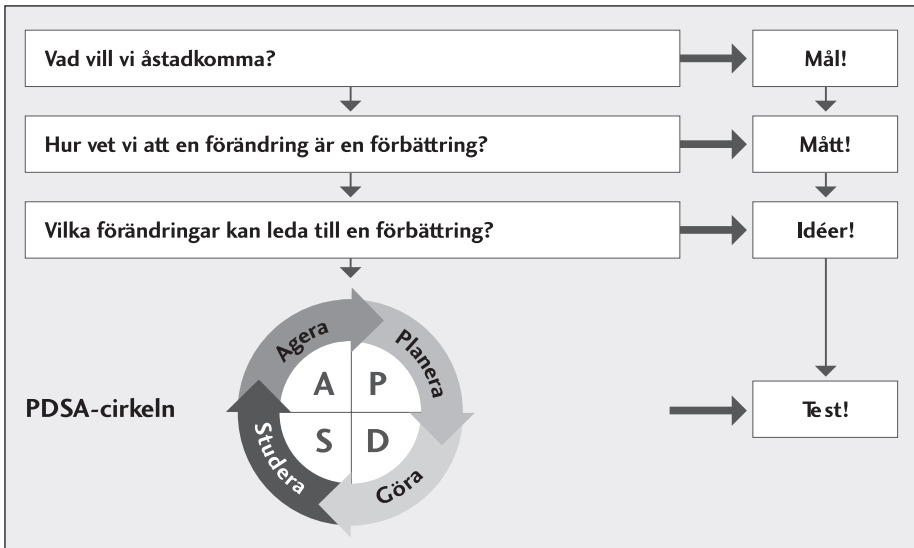
Medarbetarnas förbättringsvilja är i fokus och förändringsarbetet är *lärandestyrt*, vilket innebär att pröva och reflektera över det man gör, innan man beslutar hur/vart man går vidare. Metoden bygger vidare på ett antagande om att många små förändringar leder till stora förbättringar. Förbättringsarbetet skall handla om små förändringar som är möjliga att genomföra inom ramen för det vardagliga arbetet.

I genombrottsmetoden har målen stor betydelse. De skall sättas av de som berörs och de skall vara utmanande. Man pratar om *smarta* mål (se t.ex. Edström, A. m.fl. 2005), vilket står för följande:

- **Specifika** – De ska vara, så att man kan avgöra om man är på väg åt rätt håll.
- **Mätbara** – De ska kunna uttryckas i siffror.
- **Accepterade** – Det ska finnas en uppslutning runt de uppsatta målen och de ska uppfattas som angeläget.
- **Realistiska** – Det ska vara möjligt att uppnå de uppsatta målen.
- **Tidsatta** – Man ska veta när i tid som målet ska vara uppnått.
- **Användbara** – Målen ska kunna användas för att bedöma om det skett en förbättring.

Med enkla mått och mätmetoder som systematiskt testas i liten skala skapas ett lärande. I metoden finns även en tanke att se sig själv som en del för att förstå helheten. När det nya sättet att arbeta har fått stor spridning, och väsentliga förändringar har uppnåtts, har det skett ett genombrott (Landhage och Estling 2004).

För att veta om förbättringsidéerna verkligen leder till förbättringar testas förändringarna först i liten skala. Utvärderingen av testet ligger sedan till grund för hur förändringsarbetet skall fortskrida. Antingen läggs förändringen ned eller så förlängs eller utökas testet i större skala. Dessa systematiska tester sker utifrån PDSA-cirkeln (Plan-Do-Study-Act), som framgår i Nolans förbättringsmodell nästa sida.



Figur 1. Nolans förbättringsmodell hämtat från Edström, A. m.fl.: "Att mäta för att veta" 2005:s.8. SKL

Metoden i sig söker alltså tydliga mål och i Linneaprojektet bestämde styrgruppen att deltagarna skulle ta hjälp av intervjuer för att utgå från patientens/brukarens perspektiv.

Det grundläggande upplägget för ett genombrottsprojekt är gemensamma lärandeseminarier med mellanliggande arbetsperioder. På lärandeseminarier i Linneaprojektet diskuterades metodfrågor och tillfälle gavs för erfarenhetsutbyte mellan teamen, dessutom inbjöds resurspersoner med erfarenhet av olika genombrottsprojekt. Under arbetsperioderna prövades små förändringar i de egna verksamheterna. Under Linnea 1 genomfördes fyra lärandeseminarier och i Linnea 2 reducerades dessa till tre, då styrgruppen med stöd av deltagarnas utvärdering från Linnea 1, såg en vinst i att förkorta tiden utan att försämra resultatet. Under sista lärandeseminarier presenterade deltagarna resultaten för chefer och medicinskt ledningsansvariga från deltagande kommuner, närsjukvårdsområden och verksamheter i länssjukvården. Tanken är att det sedan skall växa fram ett nätverkssamarbete för fortsatt kontinuerligt förbättringsarbete kring Linnea och hennes vårdkedja.

Förbättringsområden från Linnea 1 - våren 2006

Varje team har genomfört ett eller flera förändringsarbeten inom projektets ram och här följer en sammanfattning av teamens arbeten från Linnea 1. Sammanfattningen är främst gjord utifrån teamens egna dokumentationer men även handledarnas synpunkter har inhämtats. Se gärna teamens hela dokumentationer på Linneas hemsida <www.ltkronoberg.se/linnea>

Förbättrad vårdplanering - Team Ljungby

Teamet startade med enkäter till sjuksköterskor på avd. 3 och 4 på Ljungby lasarettet och till distriktssköterskor och biståndshandläggare i Ljungby kommun, för att få fram upplevda problem med vårdplaneringarna. Teamet fick en bild av att Linnea inte uppfattades vara delaktig eller blev sedd på det sätt som teamet trodde att hon skulle vilja vara. Teamet gick sedan vidare genom att be personalen på avd. 3 på Ljungby lasarettet reservera ett enskilt rum för vårdplaneringarna. Vårdplaneringar skulle dessutom planeras till antingen kl. 11 eller kl. 14 för att underlätta planeringen. Utöver det skulle patientansvarig sjuksköterska avsätta de första 10-15 minuterna för att vara med på vårdplaneringen. Teamet mätte antal tillfällen då enskilt rum användes och vilka tider som vårdplaneringarna genomfördes på de övriga avdelningar.

Det framkom att det oftast fanns enskilt rum att tillgå och att de tiderna som eftersträvades oftast blev de tider som bestämdes oavsett om det var planerat så eller inte. Ett resultat teamet fått på köpet är att kommunikationerna mellan avd. 3 Ljungby lasarett och kommunens personal har utvecklats och därigenom har det blivit lättare att ta kontakt och att resonera.

Förbättrad säkerhet vad gäller Linneas läkemedelshantering - Team Lessebo

Motiv för detta projekt var vikten av att Linnea skulle känna sig delaktig i och informerad om sina läkemedel. Teamet registrerade ett flertal kommunikationsproblem mellan hemsjukvård och slutenvård under projektets gång. Ett bifynd som teamet gjorde var även att antalet läkemedel hos Linnea var onödigt högt, vilket överensstämmer med andra undersökningar (se t.ex. Fastbom

2006). De interventioner som gjordes hade trots sin enkelhet fått mätbara effekt på kvaliteten på läkemedelsordinationerna. Målet 100 % kompletta läkemedelslistor uppnåddes visserligen inte, men utveckling sågs i rätt riktning. Fortsatta informationsinsatser och riktade kvalitetsförbättringar kommer sannolikt att krävas för att upprätthålla och ytterligare förbättra kvaliteten på läkemedelsordinationerna och därmed säkerheten i verksamheten.

Förbättrad rutin kring vårdplaneringen på vårdavdelning samt implementering av terminalvårdsrutin i Alvesta kommun – Team Alvesta norr

Tidigare rutin med uppringda faxmeddelanden och telefonsamtal m.m. mellan sjuksköterska från vårdavdelning och biståndshandläggare/kommunal distriktssköterska utvärderades beträffande tidsåtgång. Ny rutin testades där sjuksköterskan aktivt deltog i vårdplanering och berättade en kort sammanfattning för patient, anhöriga, biståndshandläggare, och/eller distriktssköterska kring aktuell medicinsk-/omvårdnads situation, upplevd ADL (Allmän Daglig Livsföring) och hjälpbehov. Kommunen kunde vidare boka in sig på fasta tider förmiddag alternativt eftermiddag för vårdplaneringarna. Förändringen uppskattades av alla parter. Sjuksköterskan på avdelningen sparade tid (30-35 min per vårdplanering före förändring blev 10-15 min efter förändringen). Arbetssättet implementerades på flera avdelningar på Centrallasarettet i Växjö i samband med detta projekt och lever vidare. I Mohedagruppen pågår även en långsiktig mätning av användandet av en rutin kring vård i livets slutskede. På så vis återkopplas användandet av denna rutin/PM till medarbetarna och är ett stöd för implementeringen av terminalvårdsrutinerna.

Linnea ska vara välinformerad om vårdförloppet, planerad uppföljning och resultatet av samordnad vårdplanering vid hemgång från slutenvården – Team Alvesta centrum

I de inledande intervjuerna framkom att flera Linneor inte visste att det över huvudtaget varit någon vårdplanering och de visste inte heller vad som hade bestämts inför utskrivningen. Utifrån det formulerades några delmål och flera förändringar genomfördes. En av förändringarna var ett skriftligt *utskrivningsmeddelande* som

Linnea fick med sig hem med angiven vårdtid, diagnos, vad som hänt under vårdtiden, ansvarig läkare och planerad uppföljning. Först testades ett handskrivet meddelande och sedan ett datoriserat meddelande. Vid en telefonuppföljning framkom att patienterna upplevde förändringen positivt och även läkarna som involverats på medicinkliniken på Centrallasarettet i Växjö var positiva. Man kommer därför att fortsätta arbeta utifrån förändringen. En annan förändring var att Linnea fick en kopia på den ifyllda "samordnade vårdplanen", även här prövades olika sätt. Resultatet blev att Linnea trots detta inte visste vad som bestämts på den samordnade vårdplaneringen. Teamet anser att det behövs en speciellt utformad blankett som är tydligare och mer lättläst för Linnea. Layouten bör vara tilltalande och det bör kännas att den är till för Linnea och hennes anhöriga.

Förbättrad vårdplanering - Team Alvesta söder

En förändringsidé som testades var att sjuksköterskan skulle vara med 10 minuter i början av vårdplaneringen och motivet var att det inte alltid gavs samma information till kommunens personal, Linnea och anhöriga. En annan idé som också testades var att Linnea skulle få komma hem från sjukhuset tidigare på dagen. Motivet för detta var att Linnea ofta behöver hjälp med läkemedel, att ordinationer kunde vara oklara samt att kommunen har lägre bemanning efter kl. 16.00. Enligt pinnstatistik nåddes målet som var satt till att minst hälften av Linneorna skulle komma hem på förmiddagen och resten före kl. 15.30. Sammanfattningsvis menar teamet att de lärt sig hur viktigt det är att träffas över gränserna och påtala problem för varandra och försöka lösa dem på bästa sätt för Linneas skull.

Granskning av informationsöverföring, vårdplanering, behov av ökad medverkan av läkare/sjuksköterska från primärvården, tillgänglighet granskas - Team Markaryd

Teamet såg ett behov av ökat samarbete runt Linnea när det gäller Markaryds kommun, Fyrklöverns korttidsboende i Strömsnäsbruk, Vårdcentralen i Markaryd och avd. 4 vid medicinkliniken Ljungby lasarett. Syftet var att granska tillgänglighet från landstinget vid informationsöverföring. Flera olika test genomfördes, bl.a. använ-

des en symtomöversikt på avd. 4 vid vårdplaneringen. Ett annat test var att försöka få inskrivningsmeddelanden till kommunen inom ett dygn. Teamet uttrycker behov av ett fortsatt samarbete i teamet då man nu börjar få en bättre förståelse för varandras arbetsområden.

Att förbättra vårdplaneringsrutiner samt att minska antal resor för vård åt Linnea - Team Tingsryd

Vid Linneaprojektets start diskuterades brister mellan kommun och landsting som påverkar Linnea. Efter några tester beslöt teamet att försöka minska antalet resor för vård åt Linnea. De testade bl.a. om förhållandet skulle ändras om distriktsläkarna avsatte mer tid (en gång/vecka) till hemsjukvårdspatienterna. Teamets analys av Linneas resor visade att en tendens till minskning av dem kunde ses efter testerna. Teamet menade att en ytterligare minskning skulle kunna ske om det i journalerna finns en sammanfattande bedömning av patientens tillstånd och en planering av vårdnivå vid eventuella försämringstillstånd.

Linneas möten inom vård och omsorg - Team Växjö norr

I intervjuerna framkom att Linnea träffade många olika personer från vård och omsorg. Teamets mål var att få ned detta. Kartläggningar gjordes på olika ställen och tesen bekräftades. En viss minskning kunde ses på vissa håll men även en ökning. Teamets slutsats var att antalet ansikten/dygn är beroende av aktuellt schema och att man ofta är dubbelbemannad hos omsorgstagaren. Teamet gjorde även mätningar på väntetider och restider eftersom Linneaintervjuerna uppvisade ett missnöje här. Det visade sig vara stora variationer och i stora drag fungerade det sämre på landsbygden. Studiebesök genomfördes även hos serviceresor och teamets resultat skulle lämnas vidare till kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska.

Att få fler Linneor som känner till sina mediciners behandlingsindikation - Team Uppvidinge

I intervjuerna framkom att Linnea många gånger inte vet varför hon tar sina mediciner och att hon därför känner sig tveksam till att ta dem överhuvudtaget. Syftet med projektet blev utifrån detta att mäta hur många av de äldre patienterna som hade korrekt ifyllda läkemedelslistor. Resultatet visade på stora brister. Teamet gick då ut med information och gjorde därefter nya mätningar. Från två tredjedelar ofullständiga läkemedelslistor noterades en minskning till en tredjedel efter informationsinsatser. Teamet diskuterar avslutningsvis bl.a. både muntlig och skriftlig information som upprepas samt fortsatta genomgångar av läkemedelslistor.

Förbättrad informationsöverföring vid sjukbesök - Team Växjö centrum

Teamet arbetade med att förbättra informationsöverföringen mellan kommun och landsting i samband med Linneas besök på vårdcentral eller sjukhus. Undersökningsgruppen begränsades till boende i Växjö Centrums hemvårdsområde med HSL-insatser. Gruppen utvecklade och testade en mapp med samlad patientinformation som följde Linnea till och från sjukbesöken. Teamet menar att deras mätresultat inte är tillräckliga för att avgöra om mappen är ett bra komplement till omvårdnadspärmen och därför föreslår de en mer storskalig undersökning.

Sammanfattning

Sammanfattningsvis kan ses att teamen främst valt att arbeta med att förbättra informationsinsatser av olika slag. Företrädesvis har det berört vårdplaneringar där Linnea uppvisat brister i delaktighet och samordning mellan Landstingets och kommunernas företrädare. Tanken att utgå från vad som kom fram i intervjuerna med Linnea är tydlig i många fall och detta har vid flera tillfällen diskuterats i de tvärprofessionella teamen.

Förbättringsområden från Linnea 2 - våren 2007

Här följer en sammanfattning av de förbättringsarbeten som genomfördes av de team som deltog i Linnea 2. Liksom ovan är sammanfattningen främst gjord utifrån teamens egna dokumentationer och respektive handledares synpunkter. Se gärna teamens hela dokumentationer på Linneas hemsida <www.ltkronoberg.se/linnea> (klicka på Linnea 2 i vänstermarginalen).

Strokepatienter ska vara bättre informerade om vad som hänt på sjukhuset och vart de kan vända sig när de kommit hem - Team Rehab 1

Linnea har ofta fått mycket information om sin sjukdom och vad som planeras efter hemgången under tiden hon varit på sjukhuset. När hon sedan kommer hem är det dock vanligt att hon står ensam med frågor och funderingar kring sjukdomen och vilken uppföljning som är planerad. Hon har inte kunnat ta in all information eftersom livssituationen så plötsligt har förändrats. Teamet har därför utarbetat ett informationsmaterial med information som är direkt riktad till varje enskild Linnea. För att kunna mäta eventuellt förbättringar för Linnea har teamet intervjuat Linneor före och efter informationsinsatserna. I intervjuerna kunde teamet konstatera att Linnea blivit bättre informerad och därmed tryggare. Den riktade informationen till Linnea har inte varit belastande för sjuksköterskorna och därför bör initiativet lätt kunna spridas till en större grupp.

Linneas matsituation - roll vid vårdplanering - Team Rehab 2

Linnea kan ha svårigheter att laga egen mat och/eller att äta. Linnea äter ofta ensam, vilket hon tycker är tråkigt och äter då lite och ensidigt. Ibland känner hon även en oro och rädsla för att sätta i halsen i samband med måltid. Linnea tappar i vikt och blir malnutrierad (undernärd). Vid vårdplanering idag fokuseras kring om patienten kan laga sin mat själv eller behöver hjälp med matdistribution. Allt för ofta missas att kommunicera hur måltids-situationen fungerar dvs. om Linnea kan äta själv. Teamet testar en modell med utökat fokus kring måltidssituationen i samband med vårdplanering. De har intervjuat patienter, i två omgångar

och ställt frågor till handläggarna i mellanperioden. Man hoppas att kunna mäta en subjektiv förbättring hos Linneorna när vårdplaneringen förbättras avseende måltidssituationen. Teamet har blivit positivt bemötta under förbättringsarbetet och bl.a. framförs betydelsen av att biståndshandläggaren kan använda en checklista för att ta upp Linneas matsituation.

Information om fallolyckor vid vårdplanering – Team Ljungby 1

I Linneaintervjun var fallolyckor den gemensamma nämnaren, det var många som fallit under det senaste året. Målet var att skaffa en tillgänglig information och att få Linnea delaktig i att få mer information. Teamet hittade en broschyr om att förebygga fallolyckor som kunde användas i samband med vårdplanering (Karlsson m.fl. 2000). Broschyren var enkel, informativ och hade en checklista. 10 informationsmappar iordningställdes. Teamet har haft en test- och mätperiod, men underlaget blev för litet för att kunna dra några slutsatser så den förlängdes till midsommar 2007.

Linneas information om kommunala insatser – Team Ljungby 2

Team Ljungby 2 har som mål att förbättra informationen, för Linnea och hennes anhöriga inför en vårdplanering, om kommunala insatser i samband med hemgång efter en sjukhusvistelse. Eventuellt kan även detta leda till en effektivisering av tiden för ett vårdplaneringsmöte. Socialförvaltningen har en broschyr, om kommunens insatser efter sjukhusvistelse *Vad händer efter min sjukhusvistelse*. För att kunna kartlägga hur mycket broschyren används har samtliga sjuksköterskor på avd. 2 (rehab.avd.) och avd. 6 (kir.avd.) vid Ljungby lasarett, besvarat frågor om det. Resultatet visade att broschyren inte användes så ofta, varför målet var att öka användningen av den för att förbättra informationen till Linnea. Teamet menar att deras projekt har förbättrat samarbetet och förståelsen mellan verksamheterna och förhoppningsvis medfört en bättre förberedd Linnea inför hemgång.

Utevistelse påverkar välbefinnandet? – Team Älmhult

Med utgångspunkt från intervjuerna samt egna erfarenheter har teamet valt att fokusera på vad ökad utevistelse har för inverkan på Linnea. Forskning visar på hälsoeffekter hos människor som vistas utomhus (se t.ex. Bengtsson 2003). Dessa hälsoeffekter är förebyggande av kroniska sjukdomar, förebyggande av stroke, förlängt oberoende från vård och särskilt boende, starkare skelett, förbättrad sömnkvalitet m.m. Teamet gjorde flera tester, bl.a. fick Linnea vid tre tillfällen (i samband med projektets början, efter 2 veckor och i slutet efter 4 veckor) skatta sin aptit, sin sömn och sitt välbefinnande på en 10-gradig skala. 71 % av Linneorna upplevde ett förbättrat allmäntillstånd efter 4 veckor jämfört med vid projektets början. Teamet hade även som mål att Linnea i genomsnitt skulle komma ut 4 ggr/vecka. Resultatet blev att Linnea kom ut 3,7 ggr/vecka. Teamet upptäckte även att många saknade biståndsbeslut om utevistelse. En annan del av projektet innebar en granskning av 10 st slumpmässigt utvalda journaler på vårdcentralen vid projektets början och slut. Läkarna på vårdcentralen informerades efter första genomgången av journaler om vikten att ta upp utevistelse när de träffar Linnea och att journalföra detta. Resultatet blev att det fanns journalanteckning i 100 % respektive 90 % av journalerna.

Informationsutbytet hemifrån när man ska läggas in på sjukhuset – Team Tingsryd

Teamet i Tingsryd har fokuserat på informationsfrågor från kommun till länssjukvård. Det finns en patientinformationsblankett. Den fylls i delvis av kontaktperson på boendet, andra delar fylls i av sjuksköterskan. Teamet observerade att de var dåligt ifyllda. T.ex. saknades ofta uppgifter om Linneas ADL-status (Allmän Daglig Livsföring). Teamet ställde sig frågan varför de inte fylldes i. De upptäckte då att frågorna i blanketten kunde tolkas på olika sätt. Teamet utformade därför en lathund, för att tydliggöra hur blanketten skulle fyllas i. Därefter förbättrades informationen. En fråga som ställs är om den kan finnas i Cambio Cosmic (databaserat vårdinformationssystem) i framtiden? Detta arbete kan användas när man ser över informationsöverföringen (data) mellan landsting och kommun, en arbetsgrupp finns redan och den är informerad om att detta arbete gjorts.

Restriktioner vid höftledsplastik - Team Alvesta

Syftet med förbättringsarbetet är att öka säkerheten för personal och Linnea efter en höftledsplastik och för att undvika luxation (urledvridning). Teamet upptäckte att patienter som går direkt hem från sjukhuset får information om restriktioner efter en höftledsplastik, men att personalen vid korttidsboende inte får detta.

Målet sattes till att alla som åker till särskilt boende eller till korttidsplats skall ha med information om patientens restriktioner, som personalen kan läsa. Broschyr finns redan men används alltså inte. Teamet menar att denna förändring betyder mycket för Linnea, förutom hennes lidande, är det dessutom ekonomiskt mycket viktig. En höftoperation kostar 18 173 kr och ett vård dygn kostar 3 500 kr. En operation med en vårdepisod på fyra dagar kostar således 32 173 kr.

Varför får Linnea sin medicin? Indikationen ifyllt på läkemedelslistan - Team Ingelstad

Teamets ambition var att indikationerna på läkemedelslistorna skulle vara ifyllda till 100 % så att tryggheten och säkerheten kring läkemedel skulle öka för Linnea och berörd vårdpersonal. Teamet vill öka läkarnas medvetenhet om behovet av att indikationerna för läkemedlet står angivet på läkemedelslistorna. Teamet genomförde informationsinsatser till läkarna på Vårdcentralen Ingelstad, sjuksköterskor på Kvarngården, övrig personal på Kvarngården samt sjuksköterska på avd. 13, Centrallasarettet, Växjö både muntligt och skriftligt. Två mätningar gjordes där den första visade att 290 läkemedel användes, vilket motsvarar 11,6 läkemedel per person, av dessa fanns 108 som inte hade indikationer angivna. Läkemedel som var ordinerade för att användas vid behov, var mer frekvent noterade med indikation. Vid andra mätningen sågs en 10 % -ig sänkning dvs. en förbättring. Teamet gjorde även en enkät till patienterna/brukarna som visade att endast 3 av 24 visste varför de tar sina mediciner. Teamets önskemål är att datajournalen kan utformas så att fältet för indikation måste fyllas i för att gå vidare. Tills dess menar teamet att det är viktigt att all berörd personal som kommer i kontakt med läkare påminner dem om vikten av att indikationerna är ifyllda på läkemedelslistorna.

Vikt(ig) mätning! - Dokumentation av patientens vikt i datajournal - Team Växjö

Teamet arbetar med att vikter som tas på medicinkliniken blir dokumenterade i datajournal för att åstadkomma en bättre informationsöverföring i vårdkedjan. Syftet med arbetet är att hela vårdkedjan skall ha kännedom om en patients eventuella viktning för att hitta de patienter som är i riskzonen för undernäring. Målet sattes till att 100 % av ineliggande (ej palliativa) patienter som skrivs ut från medicinkliniken i Växjö samt äldrepsykiatriska enheten skall ha en in- och utskrivningsvikt införd i datajournalen samt att information skall föras vidare till kommunal hemsjukvård via omvårdnadsepikris. Under arbetes gång föddes idén att på avd. 5 låta undersköterskorna ansvara för att tagna vikter införs i datajournalen. Informationen till de olika avdelningarna såg olika ut och har troligen påverkat resultatet. På avd. 5 där aktiviteten kring projektet varit störst har man även lyckats bäst i sina mätningar. Deras beslut att undersköterskorna för in vikten i datajournalen visade sig vara en bra lösning genom att det då blev ifyllt i högre grad. Avd. 1 som fått minst information har försämrat sina siffror under projektets gång.

Sammanfattning

Förbättringsarbetena som genomfördes av teamen i Linnea 2 var inte lika mycket inriktade på vårdplaneringen och informationsöverföring som vid Linnea 1, men rörde ändå många gånger informationsinsatser runt Linnea. Utöver det sågs även konkreta förbättringar i vardagen som t.ex. ökad utevistelse och mätning av Linneas kroppsvikt.

Del II

Linneaintervjuerna

LINNEAINTERVJUERNA

Huvudsyftet med Linneaintervjuerna var att de skulle vara en utgångspunkt för att hitta lämpliga förbättringsområden som utgick från Linnea och de flesta förbättringsarbetena har en stark koppling till dessa intervjuer. Utöver det diskuterade styrgruppen tidigt under projektet att ta vara på alla dessa intervjuer för att göra en sammanställning av dem för att därigenom verbalisera en övergripande bild av Linnea. Resten av den här rapporten utgörs av den sammanställningen.

Syfte med sammanställningen

Sammanställningen skall öka förståelsen för hur det kan vara att vara äldre och i behov av vård och omsorg.

Metod

I samband med Linnea 1 genomfördes 45 intervjuer och i samband med Linnea 2, 47 intervjuer. Det fanns ett bortfall motsvarande drygt 30 % vid första intervjutillfället år 2005 (totalt fanns 65 deltagare i Linnea 1), respektive 8 % vid andra intervjutillfället år 2007 (totalt fanns 51 deltagare i Linnea 2). En förklaring till det större bortfallet vid Linnea 1 kan bero på en större otydlighet i att lämna in intervjuunderlaget. Några personer hade även missuppfattat uppdraget och genomfört gemensamma intervjuer med en patient/brukare. Den första omgången intervjuer genomfördes hösten 2005 och den andra våren 2007, det är alltså 1½ år mellan dem. Urvalet av intervjupersoner skedde utifrån i förväg bestämda kriterier, som beskrevs på sidan 11. Intervjuerna genomfördes utifrån ett frågeformulär som skickades till deltagarna (se Bilaga 2⁷).

⁷ Frågeformulären var i stora drag lika för Linnea 1 och Linnea 2, men när Linnea 2 genomfördes lades det till några frågor. I bilagan presenteras intervjumanual till Linnea 2.

Som grund för denna sammanställning finns totalt alltså 92 intervjuer gjorda av olika yrkesprofessioner. Resultaten redovisas från båda tillfällena men de intervjuer som genomfördes våren 2007 står i fokus⁸. Generellt kan sägas att där det finns likheter mellan intervjuomgångarna stärks fynden men där det är skillnader går det inte att med dessa data analysera orsaker till skillnaderna. Likheter och skillnader kommenteras fortlöpande i texten.

Frågor med svarsalternativ har sammanställts med hjälp av SPSS och enkla frekvenser har räknats ut. De öppna frågorna har i modifierad form analyserats med hjälp av det som Kvale (1997) kallar meningskoncentring. Kortfattat innebär det att uttalanden kodas utifrån meningsenheter i texten. Härigenom finns det möjlighet att se gemensamma mönster i intervjupersonernas uttalanden.

Var sker intervjun?

Vid båda intervjutillfällena genomfördes ca hälften av intervjuerna inom länets kommuner och hälften inom Landstingets verksamhet. Den enda skillnaden mellan de två intervjutillfällena är att det var något fler Linneor som intervjuades på sjukhus vid det andra tillfället. Platsen för intervjun efterfrågades även mer tydligt i andra intervjun och fördelade sig då enligt tabellen nedan:

Tabell 1. Plats där intervjuerna genomfördes år 2007

Plats	Antal intervjuer
Sjukhus	21
Ordinärt boende	9
Korttidsboende	9
Särskilt boende	5
Vårdcentral	2
Dagsjukhus	1
Totalt	47

⁸ Sammanställning av det första intervjutillfället finns i FoU Välfärds skriftserie Wikström (2006): *Vem är Linnea? Ett sammandrag av intervjuer med äldre personer i Kronobergs län som hösten 2005 var i kontakt med vård och omsorg.*

Intervjuarna

Som tidigare nämnts genomfördes intervjuerna av deltagare i Linneaprojektet. Majoriteten av intervjuerna var sjuksköterskor både 2005 och 2007 och fördelningen mellan yrkeskategorierna visas i Diagram 1.

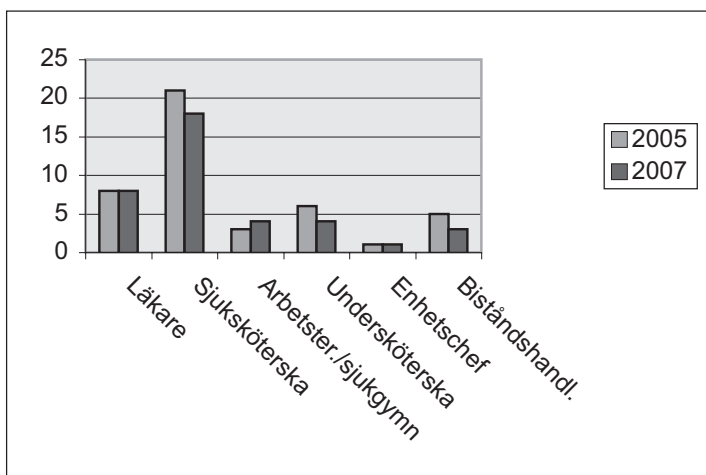


Diagram 1. Fördelning av intervjuernas profession i antal, totalt

RESULTAT

I resultatredovisningen finns frekvenser angivna på vissa frågor samt citat från de öppna frågorna från båda intervjutillfällena. Dessa kan vara skrivna som Linneas egna utsagor eller vara skrivna i tredje person, beroende på hur intervjuaren uttryckt sig. I den löpande texten är citaten markerade med LK, och då härrör det från år 2005, som fått namnet Linnea Kron. När det står LB betyder det att uttalandet kommer från år 2007 som då benämns Linnea Berg. Utöver det är intervjuerna numrerade från LK1-45 respektive LB1-47.

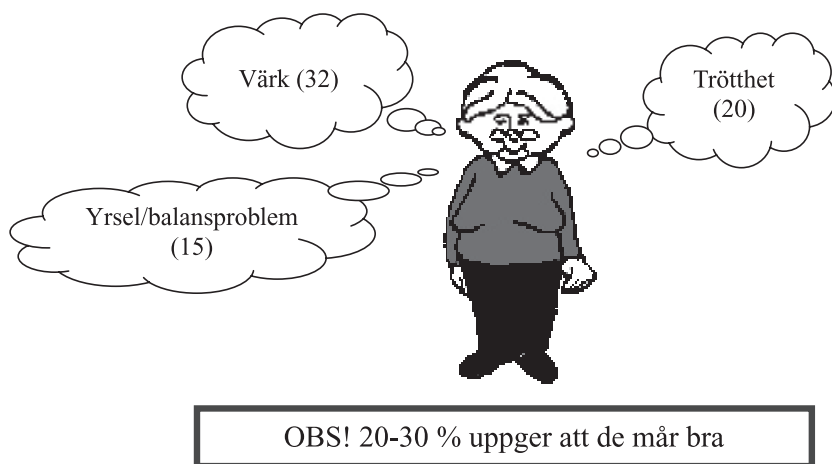
Vem är Linnea och hur mår hon?

Nästan tre av fyra Linneor är kvinnor. Medelåldern på de intervjuade Linneorna är 83,5 år. I intervjuerna år 2007 är hälften av Linneorna 85 år eller äldre. Linnea bor främst i eget boende, det som i kommunerna benämns ordinärt boende och de flesta har en-person-hushåll.

Tabell 2. Några basfakta om Linnea Kron och Linnea Berg

	Linnea Kron (år 2005)	Linnea Berg (år 2007)
Kön	Män 27 % Kvinnor 73 %	Män 26 % Kvinnor 74 %
Medelålder	83 år	84 år
Andel 85+	37 %	51 %
Andel boende i ordinärt boende	80 %	87 %
Andel en-person-hushåll	84 %	72 %

Vid förfrågan om hur Linnea tycker att hon har det i dag och vilka problem hon upplever med den egna hälsan framträder ett mönster som till stora delar är detsamma år 2005 och år 2007. Allra tydligast är att Linnea upplever att hon besväras av smärtor av olika slag⁹. En annan markant likhet är att Linneorna i allmänhet uppger ett flertal hälsoproblem vardera. Så här kan det beskrivas: *Upplever sin situation som bra, förutom nuvarande problem med sin brutna fot. Har hypertoni, tablettbehandlad diabetes, haft TIA-attack, mycket dålig syn (LB 47).* En skillnad som framkommer är att Linnea Kron mer markerar den egna tröttheten, medan Linnea Berg uppger mer problem som är förknippat med stroke. Trots många krämpor uppger dock 20-30 % att de mår bra. För att illustrera Linneas hälsobild har en sammanställning gjorts av de hälsoproblem som uppges av minst 15 Linneor sammantaget år 2005 och år 2007.



Figur 2. Linneas upplevda hälsoproblem i totalt antal Linneor som har påtalat ovanstående hälsoproblem

⁹ Linnea Kron (15 personer), Linnea Berg (17 personer).

Linneas hjälp i vardagen

Linneas hjälp i vardagen (SoL-insatser)

Äldre personer som inte klarar av sitt dagliga liv kan få hjälp från hemtjänsten. Omfattningen av ett sådant stöd avgörs av biståndsbedömare i kommunen utifrån en utredning där behovet bedöms tillsammans med den enskilde och eventuellt närstående. De flesta Linneorna år 2005 har hjälp från hemtjänsten (9 av 10 Linneor) men år 2007 är det endast 2/3 av Linneorna som uppger att de har hjälp från hemtjänsten. Linnea Berg har dagligen hjälp (ca 1 av 3), och lika vanligt är det att hjälpen ges mer sällan (se Diagram 2).

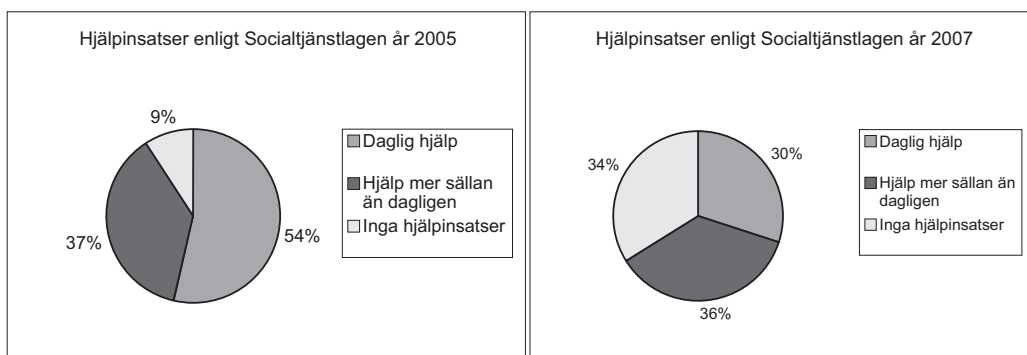


Diagram 2. Omfattning av hjälpinsatser enligt Socialtjänstlagen utifrån intervjuer 2005 resp. 2007

Det går inte att utifrån dessa data dra några slutsatser om varför denna skillnad finns och vid en jämförelse med statistik från Socialstyrelsen (www.socialstyrelsen.se) ser man inte någon skillnad i beviljade insatser mellan åren som stärker data. En möjlig förklaring kan ha att göra med att det var fler som intervjuades på sjukhus år 2007, vilket kan innebära att Linnea Berg ännu inte fått någon hemtjänst beviljad.

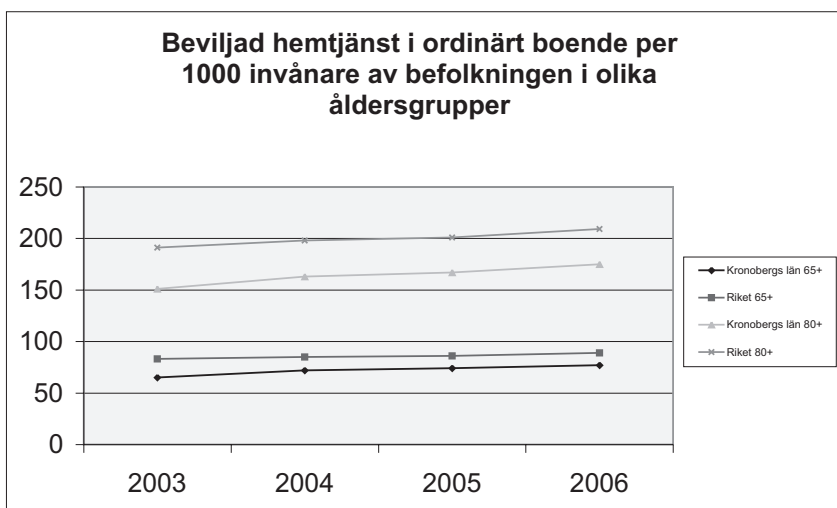


Diagram 3. Hemtjänst i ordinärt boende. Källa: <www.socialstyrelsen.se> Äldre, vård och omsorg 2003, 2004, 2005 samt telefonuppgift från SoS för år 2006 (2007-05-22).

Linneas hjälp med sjukvårdsinsatser (HSL-insatser)

Även personer med stora vårdbehov kan få bo kvar hemma och hjälp kan ges dygnet runt. Det blir även allt vanligare att äldre kan få bo kvar hemma och avsluta sitt liv i den egna hemmiljön (Sveriges Kommuner och Landsting 2006b). Linnea får ofta hjälp med att ta sina läkemedel¹⁰ och flera har även hjälp med injektioner¹¹ och omläggningar av sår¹². Från 2007 uppger ett tiotal Linneor att de inte har några hälso- och sjukvårdsinsatser alls, medan det endast var fyra år 2005.

Hjälp av närstående

Utöver hjälpen från hemtjänsten uppger flera Linneor år 2005 att de får hjälp från släktingar och grannar. År 2007 har frågan utvecklats genom att ställa en direkt fråga *om* närstående ger hjälp, och vad den hjälpen i så fall är av för slag. Var tredje Linnea uppger då att hjälp ges från närstående och den ges främst av söner och döttrar, men här förekommer även granne, maka, make, sambo, barnbarn m.fl. Den typ av hjälp som främst nämns är hjälp med att handla

¹⁰ Läkemedel - Linnea Kron (18 personer), Linnea Berg (14 personer).

¹¹ Injektioner - Linnea Kron (7 personer), Linnea Berg (5 personer).

¹² Omläggning av sår - Linnea Kron (5 personer), Linnea Berg (7 personer).

och städa. Vanligt är även att närstående hjälper till med räkningar, bank- och postärenden. *Svärdottern hjälper till med städningen mot att Linnea och sambon passar svärdotterns hund på förmiddagen* (LB 31). Nästan var femte Linnea tar även upp de närstående i samband med deras kontakter med vården och omsorgen. *Kontaktar distriktssköterska, läkare, biståndshandläggare* (LB13). De flesta Linneorna, anser att de får tillräcklig hjälp i sin vardag, men ca 14 % menar att hjälpen inte är tillräcklig. Det som saknas uppges t.ex. vara städning.

Linneas matsituation

I intervjuerna år 2007 infördes några frågor om Linneas matsituation, då styrgruppen ansåg att det fanns oklarheter om hur Linnea upplevde den situationen. I resultatet framkommer att alla intervjuade Linneor klarar av att äta själva och två av tre Linneor uppger även att de kan tillaga maten själva. Den hjälp som övriga Linneor får i dessa sammanhang är främst matdistribution eller att Linnea äter i en matsal på t.ex. korttidsboendet.

Går till serviceboendet varje middag. Träffar andra pensionärer utifrån, att prata med där. Lagar frukost och kvällsmat själv i lägenheten.

(LB 25)

Flera Linneor uppger även att närstående lagar mat och/eller att de köper färdiglagad mat i livsmedelsaffärer. Linnea Berg fick även en fråga om hur hon *upplevde* sin matsituation. Knappt hälften av Linneorna uttrycker på olika sätt att matsituationen är bra. Det motiveras bl.a. med att man har sällskap av make/maka eller andra runt ett bord. Flera Linneor påpekar problem med matlusten, både om situationen i övrigt upplevs positiv eller inte.

Nöjd med allt, fränsett matlusten.

(LB 27)

En handfull Linneor säger att de äter ensamma och de tycker att det är OK, men ungefär lika många påtalar att de äter ensamma och tycker att det är tråkigt. Andra problem med matsituationen

som Linneorna tar upp handlar om att maten upplevs enahanda. Sammantaget är det alltså ungefär hälften av Linneorna som talar i positiva ordalag om hur de upplever sin matsituation. Var tredje Linnea förhåller sig neutral och resten (18 %) uttrycker ett missnöje.

Ensidigt. Har dålig aptit. Äter för man måste. Skulle önska hjälp med matlagning hemma. Tycker inte matdistribution är något alternativ.

(LB 24)

Fallolyckor

År 2007 efterfrågades om Linnea fallit någon gång under det senaste året. Det visade sig att 32 av Linneorna fallit under året (68 %). De flesta fallen skedde inomhus (72 fall) men flera Linneor uppgav att de fallit både inomhus och utomhus (Diagram 4). De flesta Linneor uppgav att de fallit 1-3 gånger men en handfull av dem uppgav att de ramlat fler än fyra gånger.

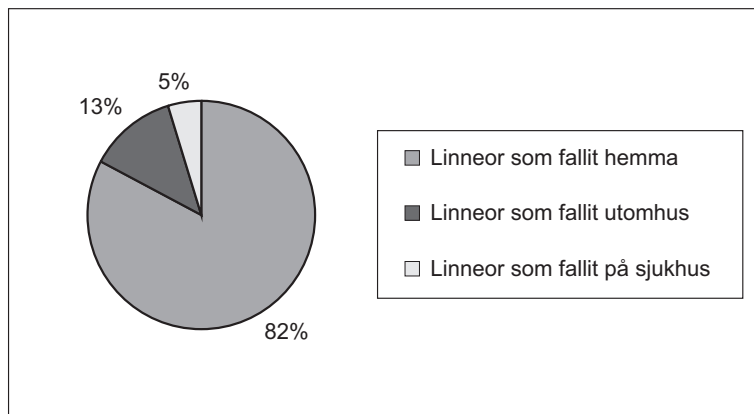


Diagram 4. Plats där Linnea har fallit. Eftersom flera Linneor uppgav att de fallit på olika platser överstiger antalet de Linneor som fallit (totalt antal fall 87)

När Linnea skall berätta om varför hon fallit uppger ca hälften av dem inre orsaker såsom yrsel och balansproblem. Den andra hälften förlägger orsakerna till miljön, t.ex. halkat på matta eller snubblat över rollatorn.

- Exempel – inre orsaker:
Oklar anledning, minns inget förrän jag vaknade upp på köksgolvet efter bara några minuter.
(LB26).
- Exempel – yttre orsaker:
Sista gången var det när han gick med sin rollator hemma och hade för bråttom över tröskeln.
(LB 42)

Av de Linneor som fallit uppger 25 (78 %) av dem att fallet lett till skador. Hälften av dessa skador uppges vara olika former av frakturer, medan de övriga beskrivs som sårskador, blodutgjutningar, smärtor m.m. På frågan om fallet/fallen påverkat Linneas livsföring svarar flera av dem att de blivit mer rädda, medan andra berättar att de nu har fått beviljad hemtjänst eller flyttat till särskilt boende.

Rädd och orolig att det ska hända igen.
(LB 29)

Behöver mer hjälp, är mer beroende av andra, har värk, har svårt att gå längre sträckor.
(LB25)

Kontakt med vårdcentral

Ungefär varannan Linnea beskriver att hon besökt vårdcentralen för en *akut* åkomma som kan se olika ut. Många uppger smärtor av olika slag och även en hel del infektioner. *Planerade* besök på vårdcentralen är nästan lika vanliga som *akuta* besök och förekommer lite oftare år 2007. Några Linneor menar att det var så länge sedan de besökte vårdcentralen att de inte minns varför de var där. Både Linnea Kron (2005) och Linnea Berg (2007) uppger till övervägande del att de var nöjda med besöket på vårdcentralen

och en del tillägger att personalen varit trevliga. Linnea Kron (2005) påpekar att det varit svårt att få tid till vårdcentralen och tre framför missnöje med behandlingen som de fått. Linnea Berg (2007) tar också upp frågan om tidsbeställning, men här handlar det om att det är krångligt att bli uppringd, att det är svårt att få komma till samma läkare samt att "bandet" var fullt vid bokning, varför hon måste återkomma.

Hembesök

I intervjuerna efterfrågades om Linnea fått hembesök av olika yrkeskategorier under det senaste året. Det är främst sjuksköterskor som gör hembesök hos Linnea men, som framgår av diagrammet nedan, har Linnea Berg (2007) inte haft lika många hembesök under året som Linnea Kron (2005). De minskade hembesöken gäller samtliga yrkeskategorier.

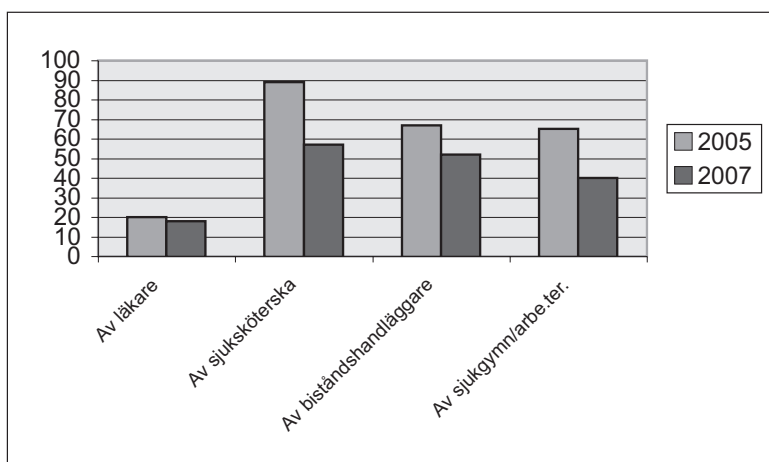


Diagram 5. Andel Linneor som har fått hembesök av olika yrkeskategorier under senaste året

Både år 2005 och 2007 uppger Linnea att det är viktigt med hembesök och det är sjuksköterskans hembesök som anses viktigast, även om hembesök från de övriga yrkeskategorierna betraktas som nästan lika viktiga. Diskrepansen mellan hur viktigt Linnea anser att hembesök är, i förhållande till erhållna hembesök, är störst vad gäller läkare.

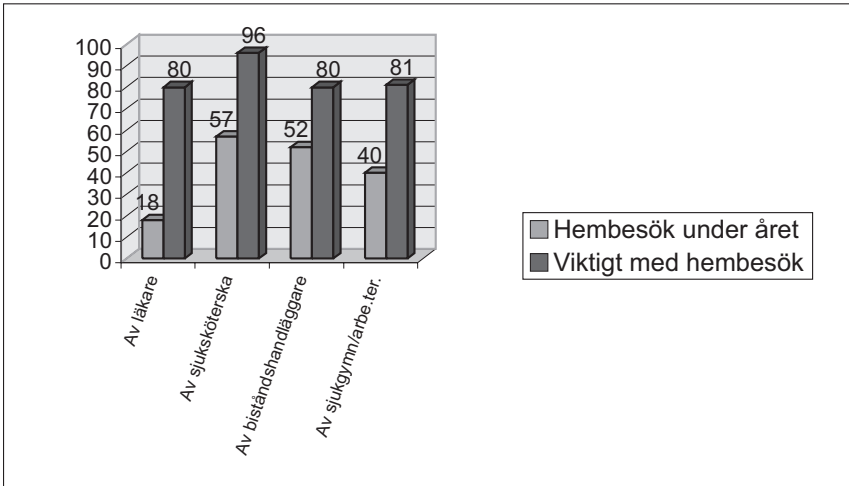


Diagram 6. Andel som fått hembesök av olika yrkesgrupper och andel som uppger att det är mycket viktigt med dessa hembesök år 2007

Ca 2/3 av Linneorna har generellt motiverat betydelsen av att få hembesök och det finns tre områden som Linnea framförallt lyfter fram:

Orken - Flera Linneor påtalar tröttheten och att det tar på orken.

Det är jobbigt att ta sig till sjukvården, bl.a. på grund av syrgasbehov.

(LB24)

Tryggheten - Flera Linneor påtalar även att hembesöken ger trygghet.

Tryggare i hemmiljö.

(LB12)

Praktiska problem - Här framförs praktiska problem med förflyttning och även att anhöriga behöver ta ledigt från sina arbeten för att hjälpa till. Det uttrycks även som snabbare, enklare och bekvämare.

Måste ha hjälp att ta sig till vårdcentralen, jobbigt att vänta i telefon (LB5)

Kontakt med sjukhus

Linnea uppger olika orsaker till att hon blir inlagd på sjukhus. Vid båda intervjuerna framträder två stora områden¹³.

- Cirkulationsproblem
- Ortopediska problem.

Linnea Kron (2005) uppgav i många fall diffusa åkommor som anledning till inläggning på sjukhuset. Det förefaller dock vara så att Linnea Berg (2007) mer hänvisar till akuta besvär.

Det fanns ingen specifik fråga om hur Linnea Kron (2005) tog sig till sjukhus, men fler än var tredje uppgav att de åkte ambulans. Linnea Berg (2007) fick därför en direkt fråga om detta och då uppger över hälften att de åkt ambulans till sjukhuset. Linnea sökte främst hjälp från hemtjänsten inför inläggning på sjukhuset. Hon gör det främst genom att använda sig av ett larm eller genom att ringa personalen. Många vänder sig dock till närstående¹⁴. Några inläggningar anges ske via en vårdcentral¹⁵.

Av Linneas berättelser om hur det gick till när hon senast blev inlagd på sjukhus framkommer att endast enstaka inläggningar är planerade¹⁶.

42 % av Linneorna (2007) hade någon som följde med till sjukhus, det var färre än år 2005¹⁷. Det var framförallt Linneas barn som följde med in till sjukhuset¹⁸ (63 %). Det var endast i enstaka fall som personal från hemtjänsten följde med in.

Mindre än var femte Linnea uppger sig vara orolig inför inläggning på sjukhus. Några Linneor motiverar oron och hänför den till aktuellt illabefinnande.

¹³ År 2005 fanns dock ytterligare ett område; andningsproblem, som inte är lika framträdande år 2007.

¹⁴ Linnea Kron (12 personer), Linnea Berg (9 personer).

¹⁵ Linnea Kron (7 personer), Linnea Berg (8 personer).

¹⁶ Linnea Kron (2 ggr), Linnea Berg (4 ggr).

¹⁷ Linnea Kron (57 %), Linnea Berg (42 %).

¹⁸ Linnea Kron (12 av 19), Linnea Berg (19 av 27).

Visste inte vad det var med mig. Orolig för att jag skulle bli sämre.
(LK 40)

Miljön i sig 'sjukhus är sjukhus'.
(LB 18)

Information om Linnea

De flesta av de intervjuade Linneorna upplevde att personalen på sjukhuset hade tillräcklig information om dem¹⁹. Några enstaka Linneor kommenterar dock att information saknades eller hänvisar till att närstående stått för informationen.

Linneas delaktighet och inflytande

Ca var tredje Linnea uppger att det inte var någon som pratade med henne om hur det skulle bli när hon kom hem från sjukhuset²⁰. Vid fråga om man lyssnade på Linnea om hennes önskemål om hjälp som hon behövde när hon kom hem blev det bättre resultat, här fanns endast enstaka Linneor som svarade nekande²¹.

När Linnea Kron (2005) exemplifierar med vad man lyssnade på när hon skulle hem från sjukhuset visar det en tydlig skillnad mellan intervjuerna. Linnea Berg (2007) tar upp vistelse på korttidsboende i högre utsträckning än Linnea Kron (2005). Det är endast tre av Linneorna(2005) som överhuvudtaget nämner korttidsboende och då rör två kommentarer att frågan diskuterats och en att Linnea önskat korttidsboende men inte kunnat erbjudas någon plats. Hos Linnea Berg (2007) tas frågan om korttidsboende upp av nio Linneor och av dessa är det sex som beskriver att deras önskan om korttidsplats har beviljats.

Några citat som illustrerar Linneornas delaktighet och inflytande:

Kan ej få tillräcklig hjälp med maten, husmanskost går ej att få.
(LK12)

¹⁹ Linnea Kron (86 %), Linnea Berg (95 %)

²⁰ ...eller att hon inte vet. Linnea Kron (10 av 36), Linnea Berg (13 av 34).

²¹ Linnea Kron (5 av 33), Linnea Berg (1 av 35).

Fick behålla städhjälp.
(LB10)

Det bestämdes att jag skulle gå till ett servicehus för att äta och det ville jag inte. Jag trivdes inte där. Det är skönt att få äta i sitt eget kök. Jag skulle även få sällskap ut på promenad, vilket jag först inte ville, men uppskattade efter ett tag.
(LK19)

Fick en bra information om vad som finns att få.
(LB31)

Önskade annat boende – fick inget svar – hänvisades till någon annan. Känns ensamt hemma.
(LK 22)

Dom lyssnar men har svårt att styra hjälpen utifrån mina behov och önskemål. Dom har det så stressigt och är nog för lite folk.
(LB 24)

Nej, önskade korttidsboende men det fanns inget.
(LK 36)

Önskade att få komma till korttidsplats där maken vistades. Kom dit. (LB 6)

Hem från sjukhus

Linnea Kron (2005) berättar att hon åker hem från sjukhuset med olika färdmedel; t.ex. taxi, sjukresor, sjukbil, serviceresor, ambulans, bårtaxi, bårbil, färdtjänst, samresor. För att få bättre överblick av de olika färdmedlen frågades Linnea Berg utifrån några alternativ på färd sätt. Det visade sig då att Linnea främst åkte hem med serviceresor, men det var nästan lika många som åkte hem med privat bil eller taxi.

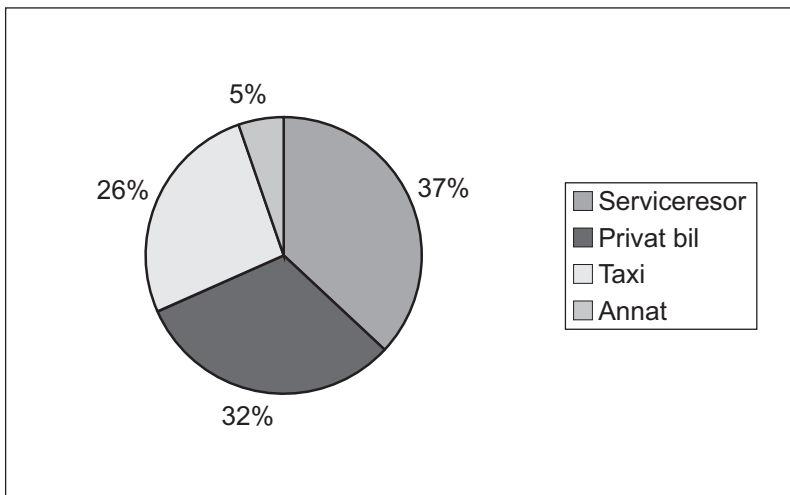


Diagram 7. Linnea Bergs färd sätt då hon åker hem från sjukhuset²²

Linnea Berg berättar om både positiva och negativa erfarenheter av hemfärden från sjukhus. Bland det negativa märks främst missnöje med väntan.

Besvärligt. Fick åka många mil. Körde från Ljungby 12.30 – framme i Älmhult 15?? . Körde fort. Mådde illa. Hade inte varit uppe så långa stunder innan.
(LB 36)

Det positiva som framkommer är att bl.a. att sjukvårdspersonalen eller taxichauffören varit behjälplig.

Fick hjälp med att beställa bilen, fick skriftlig information till distriktsköterskan.
(LB 27)

Oftast bra med serviceresor från avdelningen. Men en gång skulle jag ha medicin med hem, jag blev skjutsad till entrén, sen fick jag klara mig själv till apoteket och därefter vänta 2 timmar på serviceresor.
(LB 26)

²² Annat färd sätt: sjukresor; dottern hämtade.

Att vara hemma igen

Många av Linneorna uppvisar ambivalens till att vara hemma igen. Det finns Linneor som tycker det är skönt att vara hemma igen och andra som har oro för hur det skall bli. Några citat för att illustrera det:

Skönt att få komma hem samtidigt som man är orolig för hur det ska gå. (LB 33)

Blev välkomnad av anhöriga. Både biståndshandläggare och arbetsterapeut kom samma dag med insatser. (LB 41)

Kom till korttidsboende, svårt att få hit saker, kläder, medicin m.m. då anhöriga bor långt iväg. (LB19)

Över 90 % av alla Linneorna uppger att de vet vem eller vart de skall vända sig till om de behöver hjälp och det är främst kommunen som Linnea vänder sig till (kommunen 69 %, Landstinget 13 %). Det finns en stor överensstämmelse mellan Linnea Kron (2005) och Linnea Berg (2007) här.

Tabell 3. Vart eller vem Linnea vänder sig till om hon behöver hjälp. Tabellen är kronologiskt ordnad där mörkt gråmarkerade rader avser kommunen och ljus gråmarkerad rad åsyftar landstinget

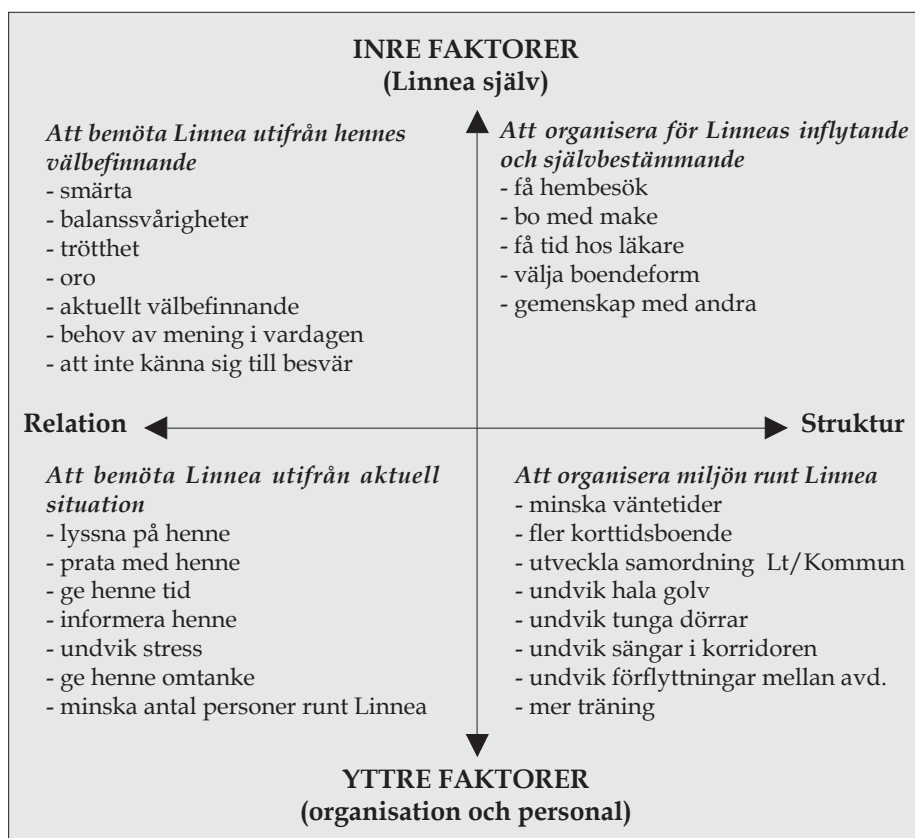
Hemtjänsten	27
Använder trygghetslarm	24
Personal i boende	16
Barn eller andra närstående	13
Hemsjukvården/sjuksköterskor	12
Vårdcentralen	11
Sjukhuset (avdelning eller mottagning)	5
Biståndshandläggare	5
Övrigt	9 ²³
Totalt	122²⁴

²³ Det som inryms i övrigt är främst olika telefonnummer som uppges av Linnea.

²⁴ Svaren fördelar sig på Linnea Kron (61) och Linnea Berg (61). En del Linneor vänder sig till flera varför totalsumman överstiger antalet Linneor.

Råd och tips från Linnea

Linneaintervjuerna avslutades med att ge utrymme för hur Linnea allmänt ser på sin situation och vilka råd och tips som hon vill ge till yrkesverksamma inom vård och omsorg. För att kunna ge en sammanhängande bild av Linneas behov och önskemål som i sin tur skall kunna tjäna som underlag för viktiga områden att utveckla, har dessa sammanfattats i en figur med två axlar (Figur 3). I den vertikala axeln finns polerna inre och yttre faktorer. De inre faktorerna härrör från Linnea som person och handlar i stora drag om hennes välbefinnande utifrån egna resurser och begränsningar. De yttre faktorerna handlar om miljön runt Linnea. I den horisontella axeln står polerna relation och struktur mot varandra. Relation står i detta fall för mötet som Linnea har med personer från vård och omsorg medan struktur handlar om hur verksamheten är organiserad.



Figur 3. Linneas behov och önskemål omvandlade till viktiga utvecklingsområden

Att bemöta Linnea utifrån hennes välbefinnande

Linnea återkommer till det egna välbefinnandet då hon skall ge råd och tips. Flera uttalanden vittnar om att Linnea inte anser att hon blir bemött utifrån hur hon egentligen uppfattar att hon har det med smärtor, balansproblem, trötthet m.m.

Rädd och orolig att bli utskrivnen för tidigt, innan hon blivit bra/bättre i sin yrsel.

(LK 11)

Svårt med balansen. Rädd att gå upp till toa nattetid.

(LB3)

Att organisera för Linneas inflytande och självbestämmande

Linnea kommer ofta tillbaka till att hon önskar saker som inte tillgodoses. Det kan vara saker som är mycket enkla att tillfredsställa såsom t.ex. en smörgås om man får vänta länge på doktorn, men det gäller även önskemål som kan innebära större förändringar, t.ex. att få bo med make. Några exempel:

Att komma fram till olika vårdinrättningar är svårt för oss äldre. Vill ha en levande människa att samtala med. Telefonsvararen är stressande, svårt att uppfatta instruktioner, går för fort. Äldre behöver längre tid och hör sämre.

(LK4)

Önskar särskilt boende för att det ej går mer. Husläkare som gör hembesök.

(LB19)

Att bemöta Linnea utifrån aktuell situation

Att det personliga bemötandet ses som viktigt står utom allt tvivel. Här poängteras att Linneas behov och önskemål varierar men det finns flera grundläggande förhållningssätt som är viktiga för Linnea, som t.ex. att få information, att kunna prata med någon, att få omtanke och att det inte är för många runt Linnea.

Omvårdnadspersonalen hade så bråttom. Alla säger att de inte hinner.

(LK7)

Viktigt med omtanke – ex rätta till kuddarna då man ska sova.

(LB17)

Att organisera miljön runt Linnea

Linneas råd för hur miljön i vården och omsorgen kan förbättras handlar en hel del om att säkra miljön för fallolyckor, men här finns även synpunkter på hur äldrevården är organiserad, bl.a. tar Linnea upp väntetider och önskan om plats på korttidsboende. Några citat som belyser miljöfrågorna:

Viktigt att läkare kommer hem om jag blir svårt sjuk. Svårt att få komma till läkare på vårdcentralen.

(LK29)

Det är inte roligt att bli skickad runt till olika avdelningar.

(LB22)

DISKUSSION

Som avrundning på den här rapporten ges en sammanfattande bild av Linnea och hennes möten med vård och omsorg i Kronobergs län.

En sammanfattande bild av Linnea

Linnea är en kvinna, 83,5 år som kommer in till sjukhuset med ambulans då hon känt sig konstig och fått en svaghet i vänster arm. Linnea får diagnos stroke. Linnea bor ensam i en lägenhet och tycker att hon har det bra, även om hon besväras av värk i knäna, är rätt trött och har lite svårt med balansen. Sedan många år behandlas hon för hypertoni och har även diabetes som behandlas med tabletter. För ett år sedan fick Linnea hemtjänst beviljad efter att ha fallit i hemmet och ådragit sig en höftfraktur. Linnea förklarar sitt fall med att hon var yr och snubblade över rollatorn. Linnea får hjälp med städning, dusch samt med att ta sina läkemedel. Linnea har en son som brukar hjälpa henne med att handla och ibland städar han lite extra. Han brukar även hjälpa henne med att ringa till sjukvården då hon tycker att det är besvärligt med telefonen. Linnea lagar maten själv och äter oftast ensam, vilket hon är van vid sedan många år. Linnea var på vårdcentralen för en månad sedan för att hon upplevde att yrseln blivit sämre och hon var nöjd med besöket eftersom hon tyckte att personalen var så trevlig. Efter höftfrakturen genomfördes en vårdplanering på sjukhuset och biståndshandläggaren gjorde en utredning av vilken hjälp hon kunde få från hemtjänsten. Kommunsjuksköterskan och en sjukgymnast deltog även vid vårdplaneringen. Nu undrar Linnea hur det kommer att bli. Trots vårdplaneringen har hon inte uppfattat hur länge hon får stanna på sjukhuset och hon anser inte att någon har pratat med henne om hur det skall bli sedan. Hon hoppas att hon skall få komma till ett korttidsboende en tid, men sedan vill hon hem till sin egen lägenhet igen.

Metoddiskussion

Syftet med den här rapporten var att ge en övergripande bild av Linnea och frågan är nu allmängiltig bilden är. Att det var medarbetare som intervjuade utifrån sina olika professioner kan både ses som en förtjänst och ett problem. Styrkan är framförallt att det gav möjlighet till en bred bild av Linnea, medan svagheten främst kan ses i att varje profession använder sina olika "filter" på samma frågeställning. Att överhuvudtaget utgå från intervjuer som andra än författaren genomfört innebär en del problem. Bl.a. innebar det i detta fall att dokumentationen från intervjuerna formulerades på olika sätt och vanan vid att intervjua varierade bland dem. Ett annat problem var att jag som författare inte kunde utveckla en, ur mina ögon, intressant aspekt som lyftes fram av Linnea. En av förtjänsterna, med att så många intervjuare från hela länet fanns med, var att Linneorna befann sig i olika livssituationer med olika kontakter inom både landstingets vård och kommunernas omsorg.

Frågeunderlaget som användes hade till viss del fasta svarsalternativ, men det fanns även utrymme för att besvara frågor med egna ord. Ett problem med öppna svar är svårigheten att göra sammanställningar. Som exempel kan hänvisas till fråga 3c *Hur upplever du din matsituation?* Här valde majoriteten av intervjuarna att värdera matsituationen som bra eller dålig, medan en del gav svar som var neutrala. Det går alltså inte att utifrån detta direkt svara på om Linneas uppfattning ur dimensionerna bra eller dåligt. Däremot finns det möjlighet att söka efter vad Linnea upplever som betydelsefullt i samband med matsituationen. Genom att kategorisera svaren i de öppna frågorna har det varit möjligt att få en bild av Linneas upplevelser och dessa har kunnat gå utanför det som var förbestämt i frågorna. Med andra ord har frågeformuläret givit så pass stort utrymme för Linneas synpunkter så att även oväntade faktorer kunde lyftas fram. Ett exempel på detta var Linneas behov av att bli sedd och lyssnad på utifrån dagsformen.

Ett problem i värdering av hur vården och omsorgen upplevs är att de äldre tenderar att undvika kritik (Wikström 2005). Det finns en tacksamhetsattityd som kan påverka hur man uttrycker sig och som hjälpbehövande står man i en beroendeställning. Många gånger

gör det att den äldre anpassar sig efter rådande förhållanden och kan i förlängningen förlora förmågan att lyfta fram de egna behoven och önskemålen. Med tanke på det bör hänsyn tas till att intervjuerna genomfördes av personer som Linneorna var mer eller mindre beroende av. Därav bör resultatet värderas med hänsyn till detta beroendeförhållande. Tanken har aldrig varit att kunna göra generaliseringar till alla äldre multisjuka utifrån dessa intervjuer, däremot är materialet så pass omfångsrikt och även varierat för att kunna säga att Linneas situation kan vara överförbar till andra situationer i möten med andra Linneor.

Resultatdiskussion

Antalet äldre (80 +) med beviljad hemtjänst har ökat med 16 % mellan åren 1998 och 2005, samtidigt ses en minskning bland yngre äldre med hemtjänst under samma tidsperiod, (Sveriges Kommuner och Landsting 2006b s.28). I samma rapport kan utläsas att det är ca 20 % av äldre (80 +) som får hemtjänst i eget boende. I Linneaintervjuerna visade det sig att 9 av 10 Linneor hade beviljad hemtjänst 2005 och att det var ca 2 personer av 3, år 2007. Det är alltså en mycket högre andel som har hemtjänst här både år 2005 och år 2007. Det är dock inte meningsfullt att göra en jämförelse mellan dessa data då urvalet för Linneaintervjuerna endast utgjordes av personer som redan etablerad kontakt med kommunen eller landstinget. Däremot kan man säga att övriga data bör betraktas utifrån att intervjuerna inte utgår från normalbefolkningen utan att det rör sig om personer med egna erfarenheter av vård och omsorg från både landsting och kommun, vilket även var en av grundförutsättningarna. Med andra ord personer som vi kallar Linnea.

Att Linnea upplever brister i information om vad som gäller samt en önskan om att få bli lyssnad på i högre utsträckning stärks av andra studier. Flera studier påtalar den bristande informationen till Linnea. Som exempel kan nämnas en brukarundersökning som genomfördes av Sveriges kommuner och landsting (SKL) och som redovisas i SOU 2007:37. Här visar resultatet att de äldre ger positiva omdömen om kommunernas vård och omsorg, men kritik finns och den rör många gånger just bristande information. Även

Gurner och Thorslund (2003) påvisar informationsbrister, och då främst när det gäller informationsöverföringen mellan sjukhus och primärvård. De menar bl.a. att en av de viktigaste orsakerna till polyfarmaci är brist på kommunikation mellan olika vårdgivare och avsaknad av enhetliga läkemedelslistor. Även Ring (2005) visar i sin studie på flera brister vad gäller informationsöverföring i samband med övergång mellan sjukhus och hem, speciellt framkommer informationsbrister som kopplas till den äldres delaktighet i samband med vårdplaneringar.

Ett förvånansvärt resultat är att Linnea Berg år 2007 uppger att hon fallit i så stor utsträckning. 68 % av de intervjuade uppger att de fallit en eller fler gånger under det senaste året. I Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU 2004) är frekvensen fall för personer 75 år och äldre angiven till 40 %. Det kan jämföras med en studie där 1 248 kvinnor, 70 år och äldre boende i södra Sverige, tillfrågas om fallförekomst det senaste året (Albertsson 2007). I resultatet härifrån framgår att 33 % har fallit under året. Den högre frekvensen av fall bland Linneorna får naturligtvis sättas i relation till att de redan har kontakt med vård och omsorg, vilket sannolikt innebär att de är både svagare och skörare än normalbefolkningen. Både i Albertssons avhandling och i denna studie framkommer falloolyckor hos äldre som ett stort problem, vilket även styrks i andra studier (t.ex. SBU 2004 och Estreen 2007). Fallolyckor orsakar mycket lidande för den enskilde och för även med sig stora samhällskostnader och bör därför uppmärksammas inom både vård och omsorg. Registrering och analys av falloolyckor förekommer på flera håll i landet, såväl inom Landstinget Kronoberg och i flera av länets kommuner. Dock behövs en förstärkt satsning på utbildningsinsatser inom området (Bengtsson 2007).

Ett annat anmärkningsvärt resultat i studien är att Linnea uppskattar hembesök så högt och att, framförallt hembesök av läkare, inte förekommer i så stor omfattning. Här finns ett behov som inte uppfylls i dagens organisation. Delvis kom detta resultat att påverka ansökan om medel för att under hösten 2007 starta ett projekt med ett mobilt akutteam vid Växjö lasarett, i samarbete med Växjö kommun. Syfte är bl.a. att minska antalet inläggningar genom att akutteamet genomför hembesök som ett alternativ till

besök på akutmottagningen. Akutteamet ska alltså inte ersätta distriktsläkarens hembesök utan ska ses som ett komplement. Huruvida detta projekt medför förbättringar för enskilda patienter och deras anhöriga kommer att utvärderas.

Socialstyrelsen (2007) påtalar betydelsen av samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner inom området vård och omsorg om äldre. I Socialstyrelsens rapport betonas att det ofta handlar om att tillgodose sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg. I Linneaintervjuerna visar Linnea att hennes behov i mycket är situationsbundna, däremot framkommer det inte lika konkret hur hon uppfattar samverkan eller den brist i samarbete som påtalas här. En trolig tolkning är ändå att bristen på samarbete drabbar Linnea på olika sätt som även framförs i studien. Det kan t.ex. handla om de oklarheter som finns både när Linnea kommer till sjukhus och när hon kommer hem efter en sjukhusvistelse. Linneaprojektet är ett försök att förbättra samverkan mellan huvudmän och olika yrkesgrupper och förhoppningsvis ger projektet förutsättningar att utveckla denna samverkan ytterligare. Det finns nu 19 tvärprofessionella team i länet. Inom alla teamen finns det representation från Landstinget Kronoberg och kommuner och alla deltagare har skaffat sig grundläggande kunskap och erfarenhet av att arbeta med förändringsarbete.

Denna rapport är, som tidigare påpekats, ingen utvärdering av Linneaprojektet, utan huvudsyftet är att berätta om Linneaprojektet samt att sammanställa Linneaintervjuerna för att bidra till en ökad förståelse för Linneas situation inom vård och omsorg. I inledningen hänvisades till en person med hjälp av begreppet multisjuk och multisviktande, men dessa begrepp har kritiserats från flera håll. Många påpekar den okänsliga stämning som begreppet associerade till, med fokus på både sjukdomsorientering och byråkrati. Det är nu med glädje som vi kan konstatera att vi allt oftare kan ersätta begreppen multisjuk och multisviktande med benämningen *Linnea*. I större och större kretsar inom Landstinget Kronoberg och länets kommuner finns numera en gemensam förståelse för vem Linnea är och förhoppningsvis kan även denna rapport lämna sitt bidrag till den ökade förståelsen.

REFERENSER

Albertsson, D. (2007): *Hip fracture prevention by screening and intervention of elderly women in Primary Health Care*. Göteborg: Departement of Medicine/Public Health and Community Medicine, Sahlgrenska Academy at Göteborg University. (Akad. avhandling).

Bengtsson, A. (2003): *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade*. Kunskapssammanställning. Statens Folkhälsoinstitut 2003:60.

Bengtsson, K. (2007): *Äldrehabilitering med fokus på fallprevention*. Växjö: FoU Valfärd i Södra Småland, skriftserie 2007: manus.

Edström, A. m.fl. (2005): *Att mäta för att veta. Praktiska råd och tips om mätning och uppföljning i samband med utvecklings- och förbättringsarbete i hälso- och sjukvården*. Stockholm: Sveriges kommuner och Landsting.

Estreen, M. (2007): *Fallolyckor bland äldre. En kunskapssammanställning med koppling till hjälpmedel och anpassningar av hemmet*. Hjälpmedelsinstitutet (HI) <www.hi.se/publicerat> 2007-09-25

Fastbom, J. (2006): *Äldre och läkemedel*. Stockholm: Liber.

Gurner, U. m.fl. (2004): *Vi har inte tid – ring akuten!* Stockholm: Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum.

Gurner, U. & Thorslund, M. (2003): *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Bokförlaget Natur och kultur.

Karlsson, A-S. m.fl. (2000): *Gå säkrare*. Broschyr utgiven av Landstinget Kronoberg, Vårdcentralen Vislanda.

Kvale, S. (1997): *Den kvalitativa forskningsinterviewen*. Lund: Studentlitteratur.

Landhage, S. & Estling, E. (2004): *Fallskärmen – Slutrapport. Ett genombrottsprojekt i Göteborgs Stad för att förebygga fallskador inom äldreomsorgen 2003-2004*. Göteborgs Stad.

Landstinget Jönköpings län <www.lj.se/esther>

Ring, R-M. (2005): *Vårdplanering – det goda mötet? Rapport om ett utvecklingsprojekt i Dalarna*. Falun: Arbetsrapport från Dalarnas forskningsråd.

Socialstyrelsen (2007): *Vård och omsorg om äldre – Lägesrapport 2006*.

Socialstyrelsen <www.socialstyrelsen.se> Äldre, vård och omsorg 2003, 2004, 2005 samt telefonuppgift från SoS för år 2006. 2007-05-22.

SOU 2007:37: *Vård med omsorg. Möjligheter och hinder*.

Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU] (2004): *Osteoporos: prevention, diagnostik och behandling*. En systematisk litteraturoversikt: oktober 2003. SBU-rapport 2004 nr.165/1, 165/2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.

Statistiska centralbyrån <www.scb.se> 2007-05-28

Sveriges Kommuner och Landsting (2006a): *Uppföljning av två genombrottsprojekt. Bättre flyt i vården I och II*. Stockholm: KLF Grafisk Produktion.

Sveriges Kommuner och Landsting (2006b): *Aktuellt om äldreomsorg. November 2006*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.

Sveriges kommuner och landsting <www.sk1.se> 2007-05-28

Wikström, E. (2005): *Inflytandets paradoxer. Möjligheter och hinder för självbestämmande och inflytande i hemtjänsten*. Växjö: Samhällsvetenskapliga institutionen, Växjö universitet. Licentiatavhandling.

Wikström E (2006) *Vem är Linnea? Ett sammandrag av intervjuer med äldre personer i Kronobergs län som hösten 2005 var i kontakt med vård*

Styrgrupp Linnea 1

Nilsson Per-Henrik, projektledare och verksamhetschef, medicinkliniken Växjö lasarett

Berg Laila, leg. Sjuksköterska, akutgeriatriska kliniken, Växjö lasarett

Edvardsson Catrin, handikappsamordnare, ledningsenheten, Landstinget Kronoberg

Henningsson Inger, vårdutvecklare, närsjukvården, Landstinget Kronoberg

Johansson Anne-Sofie, vårdutvecklare, närsjukvården, Landstinget Kronoberg

Carlsson Catrin, utbildningssekreterare, Växjö kommun

Kristensson Harriet, utvecklingsfrågor äldreomsorg, Ljungby kommun

Olofsson-Hoff Gunilla, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Tingsryds kommun

Wikström Eva, FoU-ledare, FoU Välfärd i Södra Småland

Styrgrupp Linnea 2

Nilsson Per-Henrik, projektledare och verksamhetschef, medicinkliniken Växjö lasarett

Berg Laila, leg. Sjuksköterska, akutgeriatriska kliniken, Växjö lasarett

Henningsson Inger, vårdutvecklare, närsjukvården, Landstinget Kronoberg

Johansson Anne-Sofie, vårdutvecklare, närsjukvården, Landstinget Kronoberg

Carlsson Catrin, utbildningssekreterare, Växjö kommun

Lundh Roma, medicinskt ansvarig sjuksköterska, Ljungby kom-

Bilaga 2

Linneaintervju våren 2007

Intervjuare (namn och yrke).....

Datum för intervjun

Var sker intervjun?

I vilken kommun?

Hemma (ordinärt boende)
Hemma (särskilt boende)
Sjukhus
Annan stans var?.....

Bakgrundsfakta om Linnea:

A. Kön: Man
 Kvinna

B. Ålder

C. Bor Linnea ensam?

Ja
Nej bor tillsammans med (ex. maka, son).....

D. Var bor Linnea?

I ordinärt boende I särskilt boende

E. Vad har Linnea för hjälpinsatser (vad och hur mycket?)

- enligt Socialtjänstlagen (Kommunal hemtjänst m.m.)

.....
.....

- enligt Hälso- och sjukvårdslagen (Kommunal hemsjukvård)

.....
.....

(Obs! Fråga E kan uteslutas för Linneor som intervjuas på sjukhus)

Frågor till Linnea:

1. Hur tycker du att du har det idag? Vilka problem har du med din hälsa?

.....
.....

2. Får du hjälp i vardagen från närstående?

Nej
Ja med

vad?.....

.....

3. a) Kan du äta själv?

Ja
Nej

b) Kan du laga mat själv?

Ja
Nej Om nej, vad får du för
hjälp?.....

c) Hur upplever du din matsituation? (innehåll, sällskap m.m.)

.....
.....

4. Har du tillräckligt med hjälp i vardagen?

Ja
Nej Om nej, vad saknar

du?.....

5. a) Har du fallit omkull under det senaste året?

Nej
Ja, hemma , hur många gånger?
Ja, på sjukhus , hur många gånger?.....
Ja, utomhus (även trappuppgångar)

b) Om ja - varför föll du?.....

c) Om ja - fick du några skador av fallet/fallen?

Nej

Ja

vad?.....

d) Om ja - hur har fallet/fallen påverkat din livsföring?.....

.....

6. Vad var anledningen till att du senast besökte vårdcentralen?

.....

.....

7. Var det något speciellt som kunde varit annorlunda i samband med att du skulle åka till vårdcentralen, när du var där eller kom tillbaka hem igen?

.....

8. Har du under senaste året fått hembesök av:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • läkare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • distriktssköterska/sjuksköterska? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • biståndshandläggare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • sjukgymnast/arbetsterapeut? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

9. Tycker du det är viktigt att kunna få hembesök av:

- | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| • läkare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • distriktssköterska/sjuksköterska? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • biståndshandläggare? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |
| • sjukgymnast/arbetsterapeut? | Ja <input type="checkbox"/> | Nej <input type="checkbox"/> |

Motivera

gärna.....

10. Vad var anledningen till att du vårdas/vårdades på sjukhus?

(Om Linnea intervjuas hemma avses det senaste vårdtillfället, om Linnea intervjuas på sjukhus avses det aktuella vårdtillfället.)

.....

.....

11. Kan du berätta om hur det gick till då senast blev inlagd på sjukhus? Vem kontaktade

du? Var det något speciellt som kunde varit annorlunda?

.....

.....

12. Var det någon som följde med dig till sjukhuset?

Ja i så fall vem (ex. personal hemtjänst,
dotter)?.....
Nej

13. Hur tog du dig till sjukhuset?

Kollektivtrafik
Serviceresor
Privat bil
Taxi
Ambulans
Annat sätt
vad?.....

14. Var du orolig inför inläggningen på sjukhuset?

Ja
Nej

Om ja, vad oroade du dig
för?.....

15. Upplevde du att personalen på sjukhuset hade den information om dig som de
behövde?

Ja
Nej vad tyckte du saknades?

16. Fanns det någon som pratade med dig om hur det skulle bli när du kom hem från
sjukhuset?

Ja
Nej
Vet ej
Är kvar på sjukhuset

17. Tycker du att man lyssnade på dina önskemål om den hjälp du behövde när du kom
hem?

Ja
Nej
Behövde ingen hjälp i hemmet

Kan du ge något exempel på
det?.....

.....

18. Hur gick det till när du skulle åka hem från sjukhuset?

.....
.....

19. Hur tog du dig hem från sjukhuset?

- | | |
|-----------------|--------------------------|
| Kollektivtrafik | <input type="checkbox"/> |
| Serviceresor | <input type="checkbox"/> |
| Privat bil | <input type="checkbox"/> |
| Taxi | <input type="checkbox"/> |
| Ambulans | <input type="checkbox"/> |
| Annat sätt | <input type="checkbox"/> |

vad?.....

20. Berätta hur det var när du kom hem från sjukhuset.

.....
.....

21. Vet du till vem eller vart du ska vända dig om du behöver hjälp?

Ja till vem vänder du dig då?.....
Nej

22. Det är värdefullt för oss om du kan ge oss tips och råd. Nämn något som känns viktigt för dig och som du tycker skulle kunna förbättra din vård och omsorg.

.....
.....

Något övrigt att tillägga:

.....
.....
.....
.....

Linnea i Linneaprojektet

Syftet med Linneaprojektet är att bidra till ökad förståelse för äldres situation inom vård och omsorg. Rapporten består av två delar. I Del I beskrivs Linneaprojektet – ett samverkansprojekt mellan Landstinget Kronoberg och länets åtta kommuner. I det finns en övergripande beskrivning av genombrottsmetodiken samt en sammanfattning av de olika teamens förbättringsarbeten. I Del II redovisas en sammanställning av hur Linnea uppfattar sin situation med fokus på hennes möte med vården och omsorgen. Linnea representerar en äldre multisjuk person i Kronobergs län som haft kontakt med vården och omsorgen. Som grund till sammanställningen finns totalt 92 intervjuer som genomfördes av sjuksköterskor, läkare, paramedicinare och undersköterskor.

I resultatet märks bl.a. att Linnea upplever brister i information om vad som gäller den egna vården och omsorgen; hon har en önskan om att bli lyssnad på i högre utsträckning; hon uppskattar hembesök. Ett annat resultat är den höga fallfrekvensen; år 2007 svarade 68 % av Linneorna att de hade fallit en eller fler gånger. Samverkan mellan huvudmän, verksamheter och professioner är både önskvärt och nödvändigt om Linnea skall kunna få en sammanhållen vård och omsorg.

FoU Välfärd i Södra Småland ger ut rapporter och skrifter kring utvecklingsprojekt, utvärderingar m.m. till självkostnadspris. Förteckning över rapporterna finns på vår hemsida www.fouviss.se.

Beställ rapporter, meddelanden och förteckning via e-post: info@fouviss.se eller

FoU Välfärd i Södra Småland

Sigfridsvägen 5, Box 1223, 351 12 VÄXJÖ

Tel 0470-59 22 80. Fax 0470-58 64 55.

FoU Välfärd i Södra Småland är regionens gemensamma FoU-arena för forskning och utveckling inom välfärdsområdet. Bakom nätverket står Regionförbundet södra Småland, kommunerna, landstinget, Växjö universitet, försäkringskassan, länsarbetsnämnden och länsstyrelsen i Kronobergs län.

FoU-rapport – FoU Välfärd i Södra Småland

ISSN 1653-9133