

Väntetider och patientens väg genom vården – exemplet multisjuka äldre

Delrapport juni 2013

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2013-6-34

Publicerad www.socialstyrelsen.se, juni 2013

Förord

Socialstyrelsen har sedan 2010 i uppdrag att utveckla uppföljningen av vårdens tillgänglighet. I detta uppdrag ingår att undersöka förutsättningarna för att införa en uppföljning av väntetider som följer patientens väg genom vården. Cancerpatienter och multisjuka äldre är två patientgrupper som särskilt ska studeras i arbetet. En modell för att följa cancerpatienternas väg från remiss till behandling har tidigare presenterats och mätningar av väntetider har påbörjats i enlighet med modellen.

Huvudfrågan i denna delrapport är om modellen för cancervård även kan användas för att följa de multisjuka äldres kontakter med vården.

Rapporten har utarbetats av Marianne Hanning, Socialstyrelsen (projektledare). Konsult Ulla Gurner har bistått i projektet och genomfört en särskild analys av möjligheterna att följa de multisjukas kontakter med hjälp av patientregistret.

Socialstyrelsen vill rikta ett särskilt tack till de personer som medverkat i den workshop som genomförts inom ramen för arbetet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
<i>Uppdraget och rapportens innehåll</i>	8
<i>Bakgrund</i>	8
Utgångspunkt 1: Begränsade möjligheter att följa patientens väg med den nationella väntetidsdatabasen	8
Utgångspunkt 2: Modell för väntetider inom cancervården	9
Utgångspunkt 3: Uppdrag inom ramen för nationell satsning kring vård och omsorg för de mest sjuka äldre	9
<i>Rapportens syfte och innehåll</i>	10
<i>Begrepp och avgränsningar</i>	11
Multisjuka äldre	11
Landsting	11
<i>Uppföljning av väntetider ur ett patient- och processperspektiv</i>	12
<i>Inledning</i>	12
<i>Den medicinska beslutsprocessen och patientens väg genom vården</i>	12
<i>Modell för att mäta väntetider i cancervården</i>	14
<i>Hälsoärende och vårdprocess-ID</i>	15
<i>Multisjuka äldres väg genom vården</i>	16
<i>Värdet av att följa väntetider och vägen genom vården för multisjuka äldre</i>	16
<i>Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor – sammanfattning av en studie av elva typfall</i>	17
<i>Patientregistret och multisjuka patienters kontakter med hälso- och sjukvården</i>	19
<i>Hur stor andel av de multisjukas vård kan följas i patientregistret?</i>	20
Läkarvård	20
Vård genom distriktssköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övriga professioner	21
Vårdkontakter totalt	22
Omsorg och närståendestöd	23
<i>Avslutande kommentarer</i>	25
<i>Referenser</i>	27
<i>Bilaga 1 Flödesmodellen version 2.1</i>	28
<i>Bilaga 2 Workshop</i>	29
<i>Bilaga 3 Studie av kontakter med hälso- och sjukvården – tabeller</i>	30

Sammanfattning

Sedan 2010 har Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet. Myndigheten ska ta fram ett förslag till en övergripande modell för att följa väntetider och ledtider inom vården. Målet är att följa patientens väg genom vården. I arbetet ska två grupper studeras särskilt – patienter med cancerdiagnos och äldre multisjuka patienter. Arbetet utgår från att information om vårdförlopp på sikt ska kunna föras in i patientregistret.

Huvudfrågan för denna delrapport har varit om den modell som utvecklats för cancerpatienter även kan användas för att följa multisjuka äldres väntetider och väg genom vården. Ytterligare en fråga var i vilken utsträckning som dagens patientregister täcker in de vårdkontakter som de multisjuka äldre har.

Rapporten visar att cirka 20 procent av de kontakter multisjuka patienter har med vårdpersonal under 18 månader kan följas i patientregistret. Inte ens samtliga läkarinsatser är möjliga att följa eftersom registret är avgränsat till den specialiserade vården. De flesta läkarinsatser sker genom läkare inom primärvården. För att förstå vad som händer i de äldres vårdprocesser behöver även det omfattande arbete som bedrivs inom primärvården av läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter inkluderas i uppföljningen av multisjuka äldres vårdprocesser.

En annan slutsats från arbetet är att väntetider inte är det största problemet för de multisjuka äldre. Huvudproblemet är koordineringen av insatser, och att insatserna verkligen löser de problem den äldre multisjuka har. Som vården och omsorgen för närvarande är utformad blir ansvaret splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Det leder till vad som brukar kallas ett ”stuprörstänkande” och resultatet blir ofta att de äldre multisjuka får omfattande insatser utan att det sker någon långsiktigt hållbar uppföljning och samplanering.

I rapporten konstateras också att en multisjuk äldre persons väg genom vården inte följer samma enkla linje med en början och ett slut som en patient med endast en diagnos. Multisjuka äldre har flera diagnoser, symptom och funktionsnedsättningar. En vårdprocess kan förhindra eller stanna upp en eller flera andra pågående processer. Däremot gäller att de multisjukas *enskilda* vårdprocesser självklart kan beskrivas på samma sätt som för alla andra patienter. Ett breddinförande av cancermodellen skulle således kunna medföra att de multisjuka i sammanställningar och statistik kan redovisas som en avgränsad grupp likt ålder, kön och andra bakgrundsfaktorer.

En nyckelfråga i det fortsatta arbetet kring patientens väg genom vården är att kunna koppla samman olika vårdkontakter kronologiskt till en process. En möjlig väg framåt som för närvarande utreds av Socialstyrelsen är införandet av begreppet ”hälsoärende” och vårdprocess-ID och omsorgs-ID.

Uppdraget och rapportens innehåll

Bakgrund

Sedan år 2010 har Socialstyrelsen ett regeringsuppdrag att utveckla uppföljningen av hälso- och sjukvårdens tillgänglighet¹. Myndigheten ska ta fram ett förslag till övergripande modell för att följa väntetider och ledtider inom vården. Målet är att kunna inkludera hela vårdförlopp, dvs. att följa patientens väg genom vården. I arbetet ska två grupper studeras särskilt. Dessa grupper är patienter med en cancerdiagnos respektive äldre multisjuka patienter. Uppdraget ska slutredovisas den 15 december 2013 och detta är en delrapport där syftet är att redovisa det arbete som hittills skett kring uppgiften att följa vägen genom vården för de multisjuka äldre.

Uppdraget emanerar dels från de uppföljningar av vårdgarantin och kömiljarden som myndigheten ansvarar för sedan 2009, dels från ett uppdrag inom ramen för den nationella cancerstrategin.

I samband med regeringens särskilda satsning på vård och omsorg för de mest sjuka äldre fick myndigheten ytterligare ett uppdrag som var nära förbundet med uppdraget att följa väntetider och patientens väg genom vården. Uppdraget gällde att utreda möjligheterna att följa flöden och processer för gruppen mest sjuka äldre². I denna delrapport utgår vi från resultat och slutsatser som dessa tre arbeten lett fram till.

Utgångspunkt 1: Begränsade möjligheter att följa patientens väg med den nationella väntetidsdatabasen

Myndigheten har i uppföljningarna av vårdgarantin och kömiljarden [1] påtalat att det har varit svårt att få en klar bild av väntetider i den svenska hälso- och sjukvården. Den främsta orsaken till detta är att det saknas en heltäckande och individbaserad löpande uppföljning på nationell nivå av hur länge patienterna får vänta.

Uppföljningarna bygger till stor del på de uppgifter som landstingen och regionerna rapporterar till den nationella väntetidsdatabas som administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Databasens huvudsyfte är att följa upp de delar av vården som ingår i vårdgarantin, vilket innebär att det endast är vissa utvalda delar av vårdförloppet som följs. Eftersom vårdgarantin omfattar nybesök har inte väntetider för återbesök ingått i databasen. Även den tid som går åt för olika diagnostiska undersökningar ligger utanför garantin och har därmed inte heller ingått i uppföljningen.

Socialstyrelsens påpekanden har medverkat till att regeringen och SKL i överenskommelserna om vårdgaranti och kömiljard kommit överens om att

¹ Regeringsbeslut 1:8, dnr 2010/9174/VS samt regeringsbeslut I:2, dnr S2012/2628/FS.

² Regeringsbeslut 2011-06-16, S2011//FST(delvis)

vidga informationen i databasen till att även omfatta återbesök liksom väntetider till olika undersökningar.

Även om databasen kontinuerligt har förbättrats anser Socialstyrelsen att den fortfarande inte ger det underlag som behövs för att motsvara de krav som bör ställas på uppföljning av tillgänglighet och väntetider inom hälso- och sjukvården. Den främsta svagheten gäller att uppgifterna inte är personnummerbaserade. Trots att de data som rapporterats sedan 2011 är individbaserade är möjligheterna att ur ett patientperspektiv följa vårdförloppen begränsade. Det är till exempel inte möjligt att analysera skillnader mellan olika befolkningsgrupper. Ytterligare en begränsning är att databasen inte innehåller diagnos- eller åtgärds-koder.

Socialstyrelsen har mot bakgrund av att väntetider och tillgänglighet är en central fråga för hälso- och sjukvårdssystemets funktion och kvalitet, och är den aspekt på vården som patienterna är mest missnöjda med, föreslagit att väntetider på sikt ska ingå i patientregistret (PAR) som myndigheten ansvarar för. Socialstyrelsens vision för arbetet med att utveckla en uppföljning som bygger på patientens väg genom vården har formulerats som att:

- Det ska vara möjligt att med stöd av en generisk modell av de grundläggande stegen i vårdprocessen följa upp hur lång tid olika vårdinsatser tar – i sin helhet och i olika delar av processen.
- Socialstyrelsen ska inom ramen för patientregistret samla in uppgifter om tidpunkter som gör det möjligt att redovisa och jämföra faktiska väntetider för olika diagnoser, åtgärder och befolkningsgrupper.

Utgångspunkt 2: Modell för väntetider inom cancervården

Som en del av uppbyggnaden av den nationella cancerstrategin fick Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla en modell för att följa väntetiderna för dessa patienter. I en rapport till regeringen 2010 [2] lämnade Socialstyrelsen ett förslag till en modell för uppföljning av väntetider från remissbeslut till start av behandling. Myndigheten fick därefter i regleringsbrevet för 2011 uppdraget att vidareutveckla denna modell och ta fram statistik över väntetider för de delar av vårdkedjan som modellen omfattar. Av uppdraget framgår att Socialstyrelsen även ska utreda möjligheterna att använda ett sådant väntetidssystem för andra diagnosgrupper än cancer med särskilt fokus på gruppen multisjuka äldre.

Myndigheten har därefter lämnat två rapporter till regeringen innehållande mätningar av väntetider för olika cancerdiagnoser [3, 4]. Mätningarna har gjorts med stöd av tio kvalitetsregister. Den modell som utvecklats redovisas mer ingående i ett särskilt avsnitt nedan.

Utgångspunkt 3: Uppdrag inom ramen för nationell satsning kring vård och omsorg för de mest sjuka äldre

År 2011 fick Socialstyrelsen flera uppdrag inom regeringens särskilda satsning för en samordning av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Bland dessa uppdrag ingick att kartlägga flöden och processer i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I den rapport som överlämnades till regeringen i december 2011[5] ingick en kartläggning av i vilken mån landsting

och kommuner registrerar data på ett sådant sätt att det är möjligt att följa vägen genom hälso- och sjukvården och omsorgen för de mest sjuka äldre på individnivå. I kartläggningen ingick också att ge exempel på faktorer som underlättar respektive försvårar en uppföljning av de mest sjuka äldres väg genom vården.

Kartläggningen visade att det är möjligt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre utifrån antal diagnoser och antal kontakter med slutenvård och öppen specialistvård med hjälp av landstingens vårdadministrativa system. De insatser som ges inom den kommunala omsorgen samlas däremot inte in på ett sådant strukturerat sätt att det är möjligt att göra motsvarande sammanställningar på individnivå som inom hälso- och sjukvården. För att kunna identifiera gruppen mest sjuka äldre utifrån omfattning av omsorgsinsatser från kommunen krävs således att uppgifter inhämtas från kommunernas journal-system och ärendehanteringssystem.

Vidare konstaterades att hälsoärendenummer eller likande krävs för att det ska bli möjligt att mer regelmässigt sätta samman kontakter inom hälso- och sjukvården för att följa olika vårdprocesser. Hälsoärendenummer förekommer dock i liten omfattning i landstingen och där de finns omfattar de inte heller hela vårdkedjan. Detta gör arbetet med att följa olika vård- och omsorgsprocesser med dagens vårdadministrativa system i landsting och kommuner mycket komplicerat.

Eftersom införande av hälsoärendenummer är av avgörande betydelse för att kunna strukturera informationen från vården och omsorgen i samhällna processer föreslog myndigheten att ett särskilt utredningsarbete skulle startas kring de juridiska och praktiska möjligheterna att införa hälsoärende som begrepp och till detta koppla ett så kallat "vårdprocess-ID" och ett "omsorgs-ID". I regeringsuppdrag kring insatser för samordning av vård och omsorg för de mest sjuka äldre som myndigheten arbetar med för närvarande ingår också ett sådant delprojekt.

Rapportens syfte och innehåll

Huvudfrågan för denna rapport är om den modell som utvecklats för cancerpatienter även kan användas för att följa multisjuka äldres väntetider och väg genom vården.

För att kunna besvara denna fråga har vi genomfört en workshop, tagit del av olika underlag som beskriver de multisjukas vårdkonsumtion och genomfört en särskild studie kring vilka av de multisjuka äldres kontakter med vården som är möjliga att följa upp med dagens patientregister.

Ett viktigt kunskapsunderlag för att få en föreställning om äldre multisjukas situation när det gäller hur kontakterna med vård och omsorg är organiserade har varit den nyligen publicerade rapporten *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor* från stiftelsen Leading Health Care (LHC) [6]. I föreliggande rapport har de viktigaste slutsatserna i LHC-rapporten sammanfattats i ett särskilt avsnitt.

Begrepp och avgränsningar

Multisjuka äldre

Stigande välstånd och bättre möjligheter att behandla olika sjukdomar gör att en allt större andel av befolkningen har fler samtidiga och ofta komplexa långvariga sjukdomstillstånd. Intuitivt innebär multisjuklighet att någon har flera sjukdomar, men utöver det finns inte en enda given definition av begreppet. Hur man väljer att avgränsa och definiera gruppen multisjuka äldre får avgöras av sammanhang och de frågor som ska besvaras. Avgränsningen av gruppen är också ofta starkt beroende av vilket dataunderlag som finns tillgängligt.

En nedre gräns för vad som ska betecknas som äldre multisjuka är ju självklar, men vilken gräns som används varierar ändå i olika studier och sammanställningar. I avgränsningen av multisjuka ingår också mer eller mindre obligatoriskt ett angivet minsta antal samtidiga sjukdomstillstånd, ibland kompletterat med nedsatt funktionsförmåga. I vissa definitioner ingår även ett angivet minsta antal vårdtillfällen under en angiven period i inklusionskriterierna. En annan indikation på multisjuklighet är läkemedelskonsumtion, vilket också används för avgränsning av gruppen

I regeringens satsning på vård och omsorg inom äldreomsorgen används begreppet "mest sjuka äldre" (MSÄ). Relationen mellan begreppen multisjuka äldre och MSÄ är att multisjuklighet avser att beskriva behovet hälso- och sjukvård, medan MSÄ även omfattar individens funktionstillstånd.

Socialstyrelsen har i rapporten *"De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen"* [7] definierat gruppen på följande sätt "Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom". I rapporten redovisas också ett antal möjliga avgränsningar som kan vara aktuella i olika sammanhang.

Myndigheten har också helt nyligen publicerat resultatet av ett uppdrag kring registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg [8]. Arbetet är en bred genomgång av MSÄ-gruppens vård- och omsorgskonsumtion och syftet har varit att identifiera effektivitets- och samordningsbrister i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

I denna rapport utgår vi från att det är patientregistret som ska vara underlag för uppföljningen av patientens väg genom vården. Eftersom patientregistret är ett individregister med personnummer som innehåller såväl diagnosuppgifter som kontakter med vården i form av besök och inskrivningar i slutenvård kan definitionen av gruppen multisjuka äldre anpassas till syftet och är därför mindre intressant i detta sammanhang. Personnummer gör det också möjligt att koppla samman data från patientregistret med andra hälsodataregister.

Landsting

I rapporten kommer fortsättningsvis beteckningen landsting att användas även för Region Halland, Region Skåne, Västra Götalandsregionen och Region Gotland.

Uppföljning av väntetider ur ett patient- och processperspektiv

Inledning

Vården kritiseras ofta för att vara alltför fragmenterad och för att olika aktörer agerar utan samordning, inte minst gäller detta för de patienter som har flera samtidiga och långvariga vårdbehov. Detta gör att patienterna många gånger har svårt att få ett grepp om den vård som de är föremål för. Information om vad som görs och vad som planeras blir otydlig och patientens möjligheter till inflytande begränsas.

Mycket av den vård som ges i dag sker i form av komplicerade processer med flera inblandade parter och i många fall under långa tider. Patienterna ”flyttas” över organisatoriska gränser och vägen genom vården är inte alltid lätt att förutsäga och kontrollera. Kraven på den information som behövs för att understödja planeringen och genomförandet av vården är därför stora. För att kunna bedriva en god vård i alla dess dimensioner krävs att såväl resultatet som den process som lett fram till detta kan följas upp.

Att kunna följa väntetider med utgångspunkt från patientens väg genom vården är inte enbart viktigt ur ett patientperspektiv. Genom att följa vårdprocesserna kan logistiken och organisationen av vården effektiviseras och genom att strukturera och indela vårdprocessen i olika ”moment” kan också patientens väg följas tidsmässigt, vilket är viktigt ur såväl ett medicinskt som organisatoriskt perspektiv.

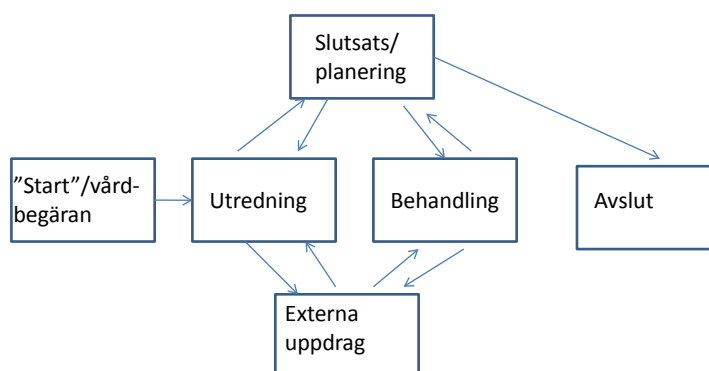
Att det finns ett omfattande behov av att utveckla den information och de system som hanterar denna information så att de stödjer ett process- och flödesorienterat arbete kring den enskilde patienten bekräftas bland annat av en intervjustudie med politiker och tjänstemän inom kommun och landsting som Gullers Grupp genomförde år 2011 på uppdrag av Socialdepartementet [9]. I studien framkommer att bristande möjligheter att utbyta information på grund av olika dokumentations- och journalsystem är ett stort problem när det gäller samverkan kring vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Den medicinska beslutsprocessen och patientens väg genom vården

Grunden för vårdens logistik, vilket också bör vara styrande för vårdens organisering, är den medicinska beslutsprocessen. Vårdprocessen inleds med en begäran om vård på grund av upplevda symptom eller akut skada. Därefter inleds en utredningsfas för att fastställa problemets art (diagnos) och därefter beslutas om hur det vidare ska tas omhand (vårdplanering). Behandlingen inleds och efter att resultatet utvärderats fortsätter vården enligt plan eller tas det beslut om att ändra behandlingen. När det eftersträfvade

hälsotillståndet uppnått eller då behandlingen inte kan förväntas ge någon ytterligare förbättring av hälsotillståndet avslutas vården. I figur 1 visas en modell av vårdprocessen i sin enklaste form.

Figur 1: Enkel modell av den medicinska beslutsprocessen.



Av figuren framgår också att det under processen kan uppstå behov av vad som här kallas "externa uppdrag". Med detta avses de situationer när kompletterande kompetenser i form av till exempel diagnostiska undersökningar behövs för att driva processen vidare.

Det kan naturligtvis hävdas att varje enskilt vårdbehov har sin process. Samtidigt är det också ett faktum att alla vårdtillfällen är uppbyggda kring dessa "moment" i den medicinska beslutsprocessens logik. Ett system för att följa patientens väg genom vården bör därför utgå från denna logik.

Det finns många olika sätt att utifrån grundmodellen utveckla förfinade modeller över såväl hela processer som enskilda moment (episoder eller delar av vårdkedjan) i processerna. Hur man väljer avgörs av syfte och från vilket perspektiv vården ska belysas. Är det vårdcentralen som vill få underlag för organiseringen av omhändertagandet av diabetespatienterna? Är det akutmottagningen som behöver följa upp patientflödet? Är det organisationens perspektiv eller är det patientens? Eller är det Socialstyrelsen som ska finna ett sätt att på nationell nivå följa patienternas väg genom vården för att mäta väntetider?

En modell som utarbetats inom ramen för SKL:s väntetidsarbete är flödesmodellen (bilaga 1) [10]. Modellen har utvecklats över åren och den har varit grundläggande för att avgränsa och definiera de mätpunkter som ingår i SKL:s väntetidsdatabas. Modellen är generisk i den meningen att den täcker in samtliga patientgruppers väg genom vården.

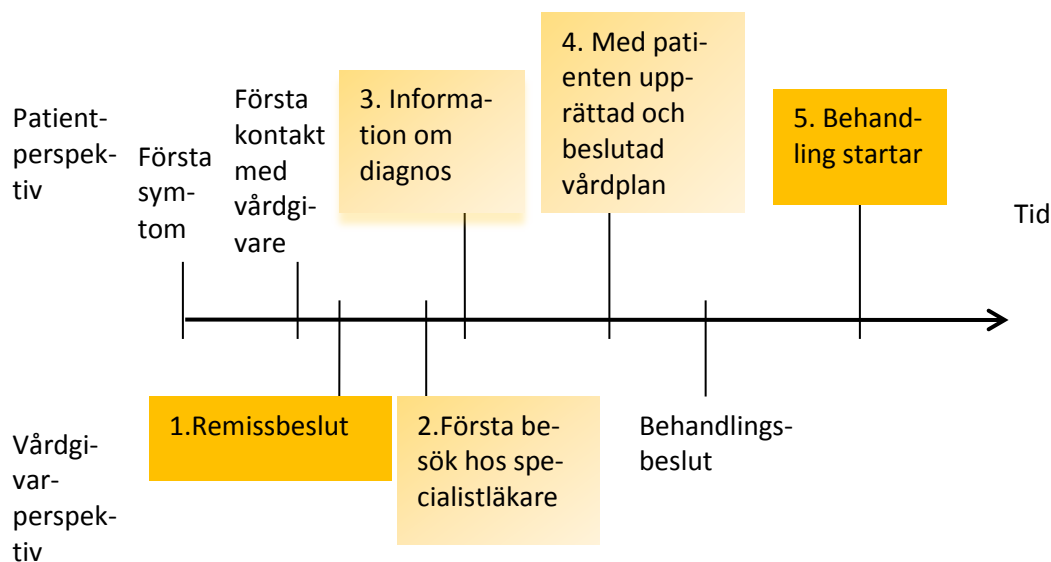
Modell för att mäta väntetider i cancervården

För cancerpatienter är tiden till diagnos och start av behandling många gånger avgörande för sjukdomsförloppet och möjligheten att tillfriskna. I förberedelserna för den nationella cancerstrategin kom uppföljning av väntetider därför att bli en av de frågor som lyftes fram. Som framgått tidigare fick Socialstyrelsen uppdraget att ta fram ett förslag till hur en sådan uppföljning skulle kunna utformas.

Den modell för uppföljning som myndigheten presenterade i en första rapport 2010 [2] (figur 2) omfattar inte hela vårdförloppet utan är koncentrerad till de första stegen i processen - från remissbeslut till behandlingsstart. Denna avgränsning motiverades av att det var angeläget att komma igång med regelrätta mätningar av väntetider, vilket krävde en anpassning till den information som uppfattades vara mest angelägen och rimlig att i ett första steg fånga in. En förutsättning var också att modellen skulle användas för alla cancerpatienter liksom att det är en modell för nationella mätningar.

Ett grundläggande ställningstagande var också att uppföljningen ska utgå från patientens perspektiv, vilket manifesterades i att det är tidpunkten då remissen skickas som är startpunkt, inte tidpunkten då remissen anländer till specialistkliniken. Det är också den tidpunkt då patienten blir informerad om sin diagnos – och inte den tidpunkt då vårdgivaren ställer diagnosen – som ska följas upp. Slutligen bedömdes det också som viktigt ur patientens perspektiv att även tidpunkten då vårdplanen upprättas ingår i modellen som en mätpunkt.

Figur 3: Modell för mätpunkter i cancerprocessen



Källa: Socialstyrelsen, I väntan på besked – väntetider inom cancervården, 2010.

Hälsoärende och vårdprocess-ID

I arbetet med uppföljningen av väntetider i cancervården har också en kartläggning av förutsättningarna att fånga modellens mätpunkter i befintliga register ingått. De register som studerades var; cancerregistret, patientregistret, kvalitetsregister, den nationella väntetidsdatabasen samt lands-tingens vårdadministrativa system. Kartläggningen visade att registren innehöll olika mätpunkter varav en del överensstämde med modellens punkter. Ett genomgående problem var dock att det saknas en ”nyckel” för att knyta mätpunkterna till en vårdprocess. För kvalitetsregistren gäller dock att de redan från början är avgränsade till en cancerform, vilket innebär att det med hjälp av personnummer går att sammanfoga mätpunkterna till en vårdkedja.

Även landstingens vårdadministrativa system innehåller uppgifter om tidpunkter för olika händelser. Likaså innehåller såväl cancerregistret som patientregistret tidpunkter som skulle kunna användas i en nationell uppföljning av väntetider inom cancervården. Dessa register är dock uppbyggda med personnummer som grund och kartläggningen visade att det är svårt att med de befintliga uppgifterna koppla samman händelser till en process.

Några landsting har påbörjat ett arbete med att tillämpa flödesmodellen och därmed också utvecklat ett så kallat ärendenummer som ska göra det möjligt att följa vårdprocesser. Landstingens system bjuder emellertid på ytterligare ett problem när patienten vårdas i olika landsting – vilket inte är ovanligt inom cancervården. Få, om ens något, landsting kan i dag på patientnivå fånga tidpunkter för sådan vård som sker utanför det egna landstinget. Detta problem hanteras dock i kvalitetsregistren, genom det samarbete som sker på den nationella nivån, vilket innebär att så länge det handlar om vård vid sjukhus är det möjligt att följa patienterna över landstingsgränserna.

En nyckelfråga för den fortsatta utvecklingen av uppföljningen av väntetider är således om det är möjligt att i framtiden ha tillgång till informationssystem som gör det möjligt att kronologiskt följa vårdprocesser utifrån en generisk modell över den medicinska beslutsprocessen.

För att binda ihop de olika delarna av en individuell vårdprocess krävs således en mer specifik sammanhållning av uppgifter än den som en personnummerbaserad dokumentation ger. Vid Socialstyrelsen pågår sedan februari 2013 ett särskilt projekt kring att använda ”Hälsoärende” för att binda samman och följa en individuell vårdprocess ur ett patientperspektiv. Projektet syftar till att beskriva förutsättningarna för att införa ett ”Hälsoärende-ID” i landstingens och kommunernas IT-stöd för hälso- och sjukvård och utgör en del av myndighetens regeringsuppdrag kring de mest sjuka äldre.

Genom att dokumentera enligt de regler som föreslås för Hälsoärenden kommer man kunna följa en specifik individuell vårdprocess från det att patienten söker vård för ett visst hälsoproblem till dess att patienten inte längre behöver vård för det hälsoproblemet. Uppföljningen kan göras ur både patient-, hälso- och sjukvårds-, personalperspektiv. Hälsoärende är också ett centralt begrepp i den nationella informationsstrukturen (NI).

Multisjuka äldres väg genom vården

Värdet av att följa väntetider och vägen genom vården för multisjuka äldre

I januari 2012 hölls en workshop (bilaga 2) för att diskutera olika aspekter på uppgiften att följa de multisjuka äldres väg genom vården.

De frågeställningar som låg till grund för diskussionen var:

- I vilka avseenden är väntetider ett problem för de multisjuka äldre?
- Varför vore det bra om vi i patientregistret har möjlighet att följa de multisjuka äldres väg genom vården?
- Utgående från den modell som finns för cancervården – vilka andra ”mätpunkter” behöver vi komplettera modellen med?

Vad gällde den inledande frågan framgick det av diskussionen att man inte ansåg väntetider vara det största problemet för denna patientgrupp. Den helt dominerande problematiken för omhändertagandet av dessa patienter handlar om koordineringen av insatser och att insatserna verkligen förmår att lösa patienternas problem. En aspekt på detta var att det för de multisjuka äldre kan vara bättre med en kontaktperson som omprövar insatserna kontinuerligt än att följa upp en vårdplan som kan vara inaktuell redan nästa dag.

Problemet med koordinering av olika insatser gör också att det inte är meningsfullt att begränsa uppföljningen av denna patientgrupps ”vårdkedjor” till specialistvården utan även primärvården och de kommunala omsorgsinsatserna måste omfattas. Andra erfarenheter från studier av gruppen multisjuka var att de visserligen också drabbas av den ”klassiska väntan på access”, men ett lika stort problem är att insatserna inte alltid är ändamålsenliga, det vill säga att ”väntan på att få sitt problem löst kan vara lång även om man har god tillgänglighet i varje enskild del i en process”.

Detta konstaterande ledde till en diskussion om vikten av att kunna få en uppfattning om vilken insats det var man som patient väntar på liksom att det även är viktigt att inse att inte all väntan kan undvikas.

Den logik som cancermodellen är ett exempel på ifrågasattes starkt eftersom modellen förutsätter att processerna är mer eller mindre linjära, det vill säga att patienterna ”går in i ena änden och kommer ut i den andra, på ett eller annat sätt, efter att ha genomgått i stort sett samma steg”. Men så ser inte vården av de multisjuka äldre ut. ”Själva definitionen av en multisjuk är ju att personen har flera pågående processer. Om man inte beaktar att det är interaktion mellan processerna, då är det inte en multisjuk. Då tittar man på flera diagnoser som råkar sitta på samma människa”.

När patienter har flera diagnoser och det finns ett flertal aktörer som interagerar i processerna, är de inte modellerbara på detta sätt. En process kan störa ut en annan process. En liten förändring i en process kan göra att en

annan stannar av. Att följa de multisjuka och mest sjukas väg genom vården kan bara göras för varje enskild individ, någon generisk modell för att följa dessa patienter genom vården ansågs inte vara möjlig att ta fram. Om man ska utveckla patientregistret måste man kunna få ut uppgifter som ger information om det som ligger mellan de enskilda diagnosprocesserna också.

En av deltagarna pekade dock på att många av de mest sjuka äldre också har en cancersjukdom eller kan vara i behov av en höftoperation och så vidare. Om man skapar en uppföljning av dessa processer, så skulle det också vara möjligt att ”lyfta ut” gruppen multisjuka/mest sjuka äldre och se om de får vänta längre än andra grupper. Detta skulle kunna vara ett sätt att använda modellen för denna grupp, men det löser inte problemet med koordinering av insatser. En annan möjlighet som nämndes vad gäller att kunna dra nytta av patientregisterdata var att det skulle bli möjligt att undersöka huruvida interaktioner mellan patienternas olika diagnoser har lett till längre väntetider. ”Om man kan se att en patient som har både KOL och cancer plötsligt har fått sex månaders väntetid på grund av något som hänt. Då kan man ha nytta av registret.”

En stor del av diskussionen handlade om gruppens mångfasetterade problem och att de studier som gjorts av gruppens vårdkontakter visar att mycket vård konsumeras på grund av att omsorgen inte fungerar. ”Om vi enbart tittar på statistik som omfattar en del av vårdkonsumtionen kan vi riskera att dra felaktiga slutsatser om gruppens tillgänglighet till och behov av vård”.

Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor – sammanfattning av en studie av elva typfall

I en nyligen publicerad rapport från Leading Health Care (LHC) har elva multisjuka patienters samlade vård- och omsorgsinsatser under 18 månader analyserats³ [6]. Analyserna utgår från ett flödesorienterat perspektiv, det vill säga att man följer patientens väg genom vården. Studien var en del av ett regeringsuppdrag kring ersättningsmodeller för vård och omsorg av de mest sjuka äldre. Med stöd av de elva patientfallen ville man ”belysa och kategorisera episoder i vård- och omsorgskonsumtionen som kan anses vara av lågt värde för patienten”.

³ Patientfallen kommer från samma grundmaterial som använts i denna rapport för kategorisering av multisjukas kontakter med olika professioner inom vården.

Analysen visade att de icke värdeskapande episoderna kunde grupperas i följande fem kategorier:

1. Uppprepningar eller onödiga omtag i form av att samma moment utförs flera gånger utan att det avsedda resultatet uppnås.
2. Många parallella processer där varje symtom behandlas var för sig utan hänsyn till patientens samlade behov. Gällde bland annat läkemedelsförskrivningen.
3. Vård på fel vårdnivå, till exempel undvikbar akutvård.
4. Pseudolösningar som inte bidrar till en långsiktigt hållbar lösning för patienten.
5. Onödiga stopp i processen, det vill säga väntan som inte tillför något och som försenar en lösning på aktuellt problem.

De fem kategorierna är inte ömsesidigt uteslutande utan en och samma patient kan vara involverad i flera av dessa dysfunktioner i vården och omsorgen. De generella problem som de studerade patienterna gav exempel på var:

- diskontinuitet i omhändertagandet
- för lite, för mycket eller fel information
- bristande kommunikation och samarbete
- oklara ansvarsförhållanden
- organisationen av kompetenser utanför den slutna sjukhusvården.

I rapporten konstateras också att det inte går att peka ut någon enskild vårdgivare, utan att problemen bottnar i bristande samverkan. Särskilt gäller detta öppenvården och kommunernas hemtjänst.

Arbetet syftar som framgått till att ge förslag på hur ersättningssystemen kan utformas för att stödja ett mer processinriktat arbetssätt. I rapporten ges också exempel på några principer för utformningen av sådana system. Något som inte berörs i rapporten är vilka krav som ett process- och flödesorienterat ersättningssystem ställer på informationssystemen. Det man däremot noterat är att det i många av patientfallen finns mängder av journalanteckningar och noteringar, men att denna information inte är strukturerad och koordinerad så att den kan användas som ett stöd i vården och omsorgen av den enskilde patienten.

Patientregistret och multisjuka patienters kontakter med hälso- och sjukvården

Patientregistret (PAR) har funnits sedan 1987⁴ och används för att sammanställa kunskap om vårdutnyttjandets sociala och regionala fördelning. Registret är avgränsat till vård vid sjukhus och andra institutioner och det innehåller alla avslutade vårdtillfällen i slutenvård och specialiserad öppenvård. Sedan 2001 ingår både offentliga och privata vårdgivare.

Uppgiftsskyldigheten till patientregistret regleras enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:26). Uppgifterna skyddas av sträng sekretess enligt offentlighets- och sekretesslagen 24 kap. 8 §. Det är inte möjligt att spåra uppgifter till någon enskild i den statistik som publiceras. För utlämning av personnummer i forskningssyfte krävs särskild etisk prövning samt sekretessprövning.

All producerad vård som avser slutenvård eller läkarbesök inom specialiserad öppenvård (exklusive primärvård) rapporteras in till patientregistret årligen. Inrapporteringen kan ske elektroniskt via Socialstyrelsens webbplats alternativt som rekommenderat brev där uppgifterna sparats i en krypterad fil på exempelvis en CD-skiva.

Patientregistret innehåller fyra typer av uppgifter:

- uppgifter om patienten
- uppgifter om vårdenheten
- administrativa data om vårdtillfället
- medicinska data.

De datumvariabler som finns i patientregistret motsvarar för slutenvården in- och utskrivningsdatum samt datum för eventuell operation. För öppenvården registreras endast datum för öppenvårdskontakt. In- och utskrivningsdatum gör det möjligt att beräkna patientens vårdtid, antal vårdtillfällen och även eventuella förflyttningar mellan olika kliniker, sjukhus eller till särskilt boende.

Uppgift om remissdatum saknas, däremot är det möjligt att samköra patientregistret med andra hälsodataregister såsom läkemedelsregistret för att på så sätt följa patientens hälsohistoria. Med hjälp av KVÅ-koderna⁵ är det även möjligt att följa vilka behandlingar patienten genomgått, men inte hur länge han eller hon fick vänta på behandling efter remissdatumet. Vissa försök visar att möjligheterna att följa patientens väg genom vården med hjälp av uppgifterna i dagens patientregister är mycket begränsade i och med att

⁴ En första registrering av befolkningens kontakter med sjukhusvården startade redan 1964. De var dock inte förrän 1987 som samtliga landsting lämnade uppgifter till registret.

⁵ Klassifikation av vårdåtgärder

det inte går att knyta samman vårdtillfällen och besök för individuella vårdprocesser.

Hur stor andel av de multisjukas vård kan följas i patientregistret?

Mot bakgrund av att patientregistret endast innehåller information om läkarinsatser i den specialiserade vården och att olika studier av de multisjuka äldres vårdkonsumtion visat att dessa grupper även har omfattande kontakter med såväl primärvård som hemsjukvård, har vi gjort en särskild studie i syfte att se hur stor del av de sammanlagda vårdkontaktarna som registreras i patientregistret [11]. Underlaget till studien redovisas i bilaga 3.

Den grupp som studerats har avgränsats enligt följande definition:

75 år eller äldre som under en tolv månadersperiod vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper enligt ICD10. Definitionen bygger på vårdepisoder och inte vårdtillfällen. Det antal personer som kan inräknas inom denna definition är i landet cirka 5 procent av dem som är 75 år och äldre.⁶

Denna definition av undersökningsgrupp har använts i ett flertal studier i olika delar av landet och representerar äldre multisjuka i strukturmässigt olika områden [12,13,14,15]. Definitionen har visat sig fånga upp äldre personer med komplex behovs- och problembild.

Studien bygger på en bearbetning av register- och journaldata från en tidigare genomförd studie av 298 slumpmässigt utvalda ordinärt boende multisjuka äldre i 12 län. Uppgifter om äldreomsorg och anhöriginsatser har hämtats från intervjuer med de multisjuka äldre och deras anhöriga samt från kommunernas dokumentation av vård- och omsorgsinsatser. Undersökningsperioden omfattar 18 månader. Det totala antalet kontakter (vårdtillfällen, besök, telefonkontakter) för dessa patienter som registrerats var 25 531 stycken.

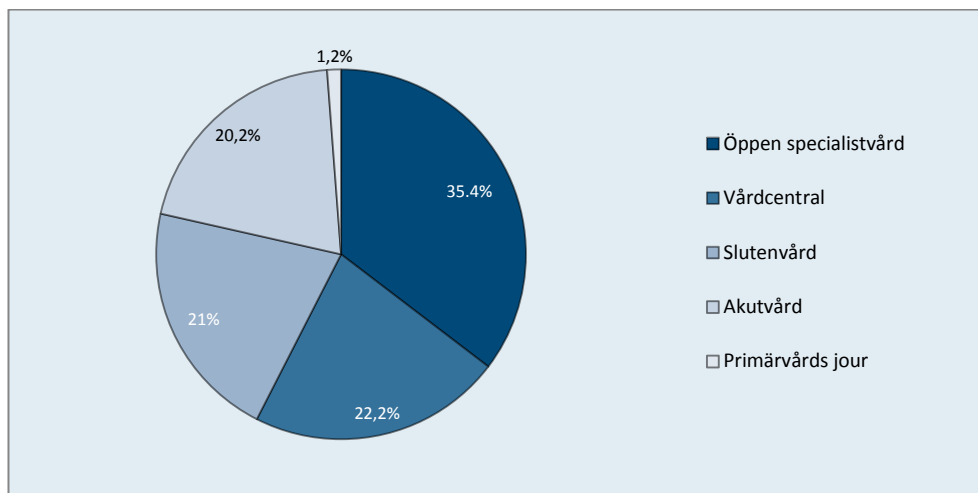
Läkarvård

Multisjuka äldre träffar många läkare inom slutenvård, på akuten, inom den öppna specialistvården och på vårdcentralen. I några fall möter de också läkare inom primärvårdens jourverksamhet. Förutom att de träffar läkare många gånger så träffar de också i snitt 15 olika läkare inom den arton månader långa undersökningsperioden vid kontakter med vårdcentralen, på akuten inom den öppna specialistvården och vid utskrivning från slutenvården. Av det totala antalet kontakter som gruppen haft utgör läkarkontaktarna cirka 44 procent.

⁶ En vårdepidod är lika med en sammanhängande tidsperiod mellan inskrivning och utskrivning från slutenvård. Denna så kallade vårdepidod kan i slutenvårdsregistret vara uppdelad på flera vårdtillfällen vid olika kliniker och/eller sjukhus som tidsmässigt hänger samman.

I figur 3 visas hur de *faktiska mötena* med läkare fördelar sig på olika vårdformer. Största andelen möten sker med läkare i den öppna specialistvården (35,4 procent). Skillnaderna är sedan små mellan andel möten med vårdcentralens, akutens och slutenvårdens läkare.

Figur 3: Andel faktiska möten med läkare inom slutenvård, öppen specialistvård, akutvård, vårdcentral och jourläkarvård (träffat läkare)



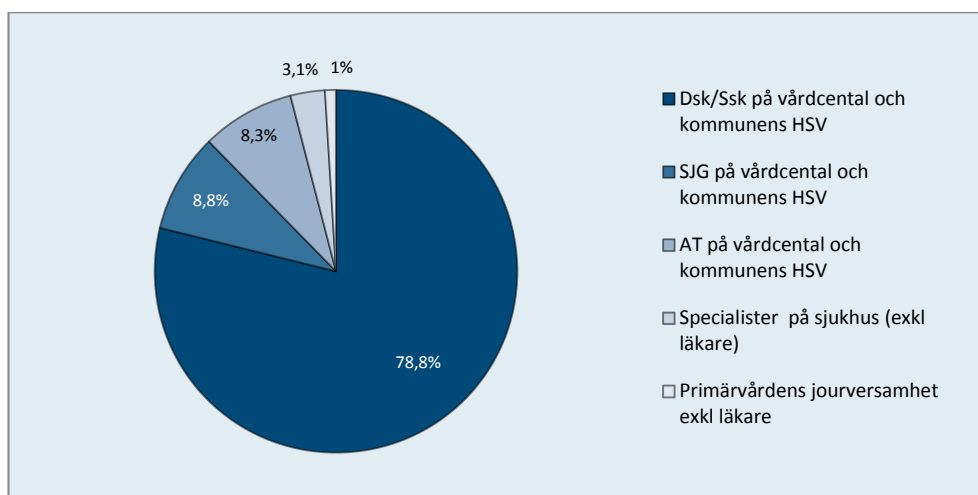
Om samtliga insatser som vårdcentralens läkare genomfört i samband med patientarbetet inräknas framträder en annan bild av var tyngden i andel läkarinsatser ligger. Det visar sig att det mesta av vårdcentralläkarens patientarbete ligger utanför det konkreta mötet med patienten. Här återfinns telefonkontakter med andra vårdgivare, patient och anhörig samt läkemedelsförskrivning och diverse övriga administrativa åtgärder. Dessa insatser kan spåras först vid en genomgång av vårdcentralens läkarjournal. Räknas allt patientarbete in framgår att vårdcentralens andel av läkarinsatserna utgör hälften av samtliga läkarinsatser. Eftersom patientregistret endast omfattar läkarnas insatser i specialistvården betyder detta att den övervägande delen av läkarinsatserna (51 procent) för undersökningsgruppen utförs inom primärvården och är inte möjliga att följa i patientregistret.

Vård genom distriktssköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter och övriga professioner

Av samtliga kontakter svarar andra personalkategorier än läkare för 56 procent och av dessa är kontakterna med distriktssköterska eller med sjuksköterska i de fall kommunen tagit över hemsjukvården dominerande (figur 4).

Uppgifter kring dessa insatser har, i de refererade studierna om multisjuka i ordinärt boende, inte varit möjliga att fånga via register utan det har krävts genomläsning av respektive multisjuk persons vårdcentralsjournal. I omvårdnadsjournalen återfinns samtliga mottagningsbesök, hembesök, telefonkontakter och övriga administrativa insatser. I områden med kommunal hemsjukvård har undersökningspersonerna, i de fall insatserna inte rört vårdplanerad hemsjukvård, också haft kontakt med både den kommunala hemsjukvårdens sjuksköterskor och vårdcentralens distriktssköterskor.

Figur 4: Andel insatser exkl. läkare på sjukhus* samt insatser genom primärvård i form av distriktssköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter**



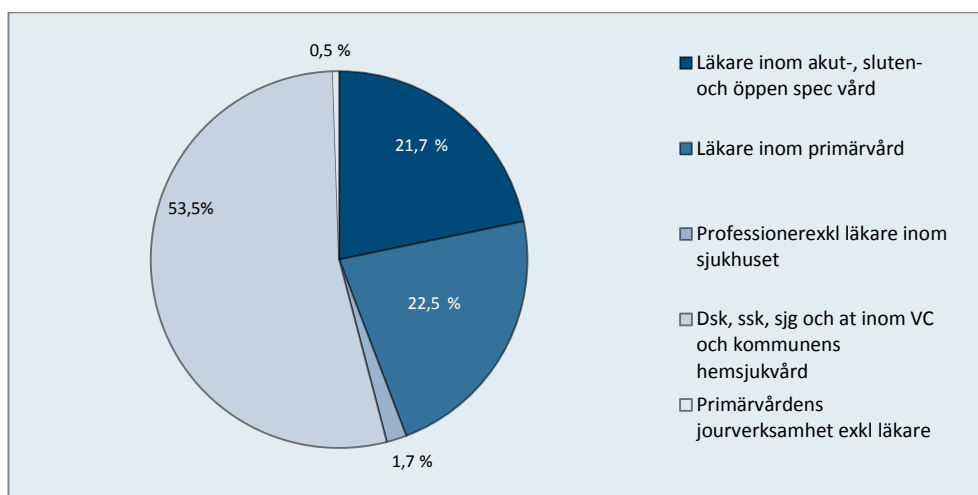
*Sjuksköterska, audionom, dietist, logoped och biomedicinsk analytiker

** Inom ramen för dessa professioners arbete inräknas förutom direkta möten även telefonkontakter och administrativa insatser

Vårdkontakter totalt

Sammantaget betyder detta att endast 21,7 procent av den vård multisjuka äldre utnyttjar är möjlig att följa i patientregistret (figur 5). Det som går att följa är begränsat till registreringar av läkarinsatser inom slutenvård, akut och öppen specialistvård. Om samtliga vårdkontakter medräknas framkommer alltså att nära 80 procent av den vård som multisjuka äldre får del av inte kan följas via patientregistret. Det gäller hela primärvårdens arbete där den övervägande delen av multisjuka äldres läkarvård sker. Det gäller också de professioner som står för de allra flesta vårdkontaktarna - distriktssköterskor, sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter på vårdcentral eller inom kommunens äldreomsorg i områden med kommunaliserad hemsjukvård. En mindre andel vård ges också av sjuksköterskor, audionomer, dietister, logopedier och biomedicinska analytiker inom sjukhusets öppenvård.

Figur 5: Kontakter med samtliga professioner inom sjukhus*, vårdcentral**och kommunens hemsjukvård samt med primärvårdens jourverksamhet



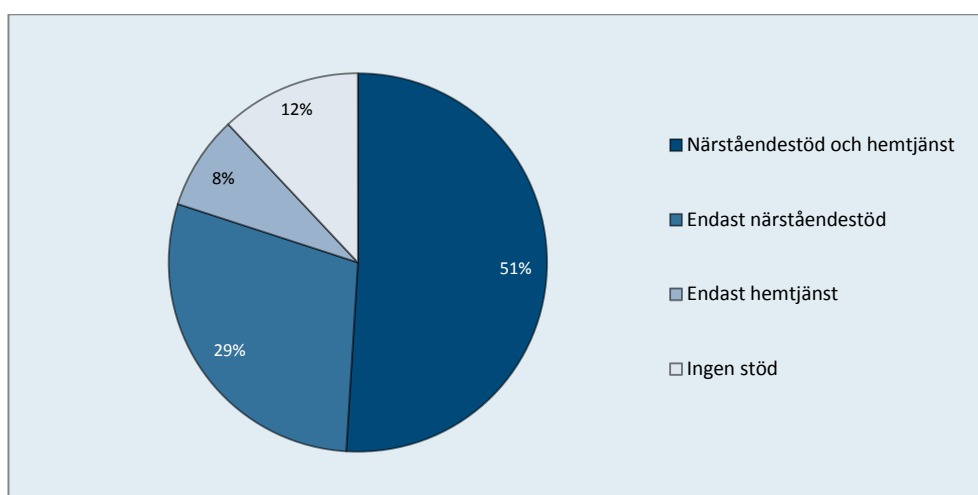
* sjuksköterska, audionom, dietist, logoped och biomedicinsk analytiker

** inkl. telefonkontakt, receptförskrivning samt övrig administration

Omsorg och närståendestöd

För att undvika onödiga vårdinsatser på fel nivå är gruppen sköra äldre och multisjuka beroende av en trygg situation i hemmet. Ska den äldre multisjukas väg genom vårdprocessen kunna följas krävs också kunskap om omsorg och närståendestöd. De flesta äldre multisjuka är funktionsnedsatta och de allra flesta är beroende av stöd i hemmet. Hälften av dem behöver exempelvis hjälp med mat och mathållning. En fjärdedel klarar inte själva av att följa sin läkemedelsbehandling. Vanligast är att hjälp ges av anhöriga/närstående. Som figur 6 visar så får 80 procent av de multisjuka äldre enbart hjälp av anhöriga eller av anhöriga och hemtjänst. Endast 8 procent av de multisjuka äldre har stöd enbart genom kommunens hemtjänst.

Figur 6: Andel multisjuka med hemtjänst och/eller närstående stöd eller inget stöd alls.



Totalt har förutom kommunens hemtjänstinsatser 18 procent av undersökningspersonerna också någon gång under 18-månadersperioden beviljats stöd i form av dagvård, korttidsvård/växelvård eller avlastning.

Avslutande kommentarer

Nationella data som beskriver vilken vård som ges till vem är viktiga för planeringen och uppföljningen av hälso- och sjukvården. Detta gäller i speciellt hög grad för den grupp som är äldre och multisjuka. De är högkonsumenter av vård. Men de är också storkonsumenter av omsorgsinsatser. Detta gör att det är speciellt angeläget att utveckla informationssystemen så att de ger underlag för en helhetsbild av de komplexa vård- och omsorgsinsatser som gruppen är föremål för. Så som vården och omsorgen för närvarande är utformad blir ansvaret splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. Det leder till vad som brukar kallas ett ”stuprörstänkande” och resultatet blir ofta att de äldre multisjuka får omfattande insatser utan någon långsiktigt hållbar uppföljning och samplanering. De olika delarna i vård- och omsorgssystemet agerar ofta också reaktivt på akuta händelser. En mängd olika läkare, distrikts- och sjuksköterskor samt omsorgspersonal är inblandade i de enskilda individernas vård och omsorg. Helhetsansvar för att följa, värdera och ompröva dessa individers situation saknas.

Väntetider är knappast det största problemet för multisjuka äldre. Problemet utgörs snarare av brist på koordinering av insatser, och att insatserna verkligen löser de problem den äldre multisjuka har. Bland annat visar den studie som gjorts för denna rapport att det i dag inte är möjligt att följa multisjuka äldres väg genom vård och omsorg med hjälp av de register som finns tillgängliga. De studier som inriktats mot att identifiera helhetsbehoven är få och visar på komplexiteten vid datainsamling. De fallstudier av äldre multisjuka i ordinärt boende som genomförts i strukturmässigt olika områden i Stockholms län, i Gävle och i en nyligen genomförd nationell studie, har identifierat brister och hinder på systemnivå [12,13,14,15]. I dessa studier har en metod för uppföljning tillämpats där en ansenlig mängd information av både kvalitativ och kvantitativ art har samlats in kring varje person i form av intervjuer, registeruppgifter, journalanteckningar, läkemedelsdata och kostnadsdata.

Som rapporten visar innefattar Socialstyrelsens patientregister endast drygt 20 procent av de vårdinsatser som den äldre multisjuka personen tar del av. Inte ens samtliga läkarinsatser är möjliga att följa. De flesta läkarinsatser sker genom läkare inom primärvården. För att förstå vad som händer i de äldres vårdprocesser behöver även det omfattande arbete som bedrivs inom primärvården av läkare, distriktssköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter inkluderas i en analys av multisjuka äldres vårdprocess.

En multisjuk äldre persons väg genom vården följer inte samma enkla linje med en början och ett slut och kan därmed inte följas på motsvarande sätt som en patient med endast en diagnos kan följas [6]. Multisjuka äldre har flera diagnoser, symptom och funktionsnedsättningar. En vårdprocess kan förhindra eller stanna upp en eller flera andra pågående processer. Det finns i nuläget inget sätt att beskriva vägen genom vården för multisjuka

med hjälp av patientregistret. Däremot gäller att de multisjukas *enskilda* vårdprocesser självklart kan beskrivas på samma sätt som för alla patienter. Ett breddinförande av cancermodellen skulle således kunna medföra att de multisjuka i sammanställningar och statistik redovisas som en avgränsad grupp likt ålder, kön och andra bakgrundsfaktorer. Därmed skulle det till exempel vara möjligt att studera om väntetiderna är längre för denna grupp.

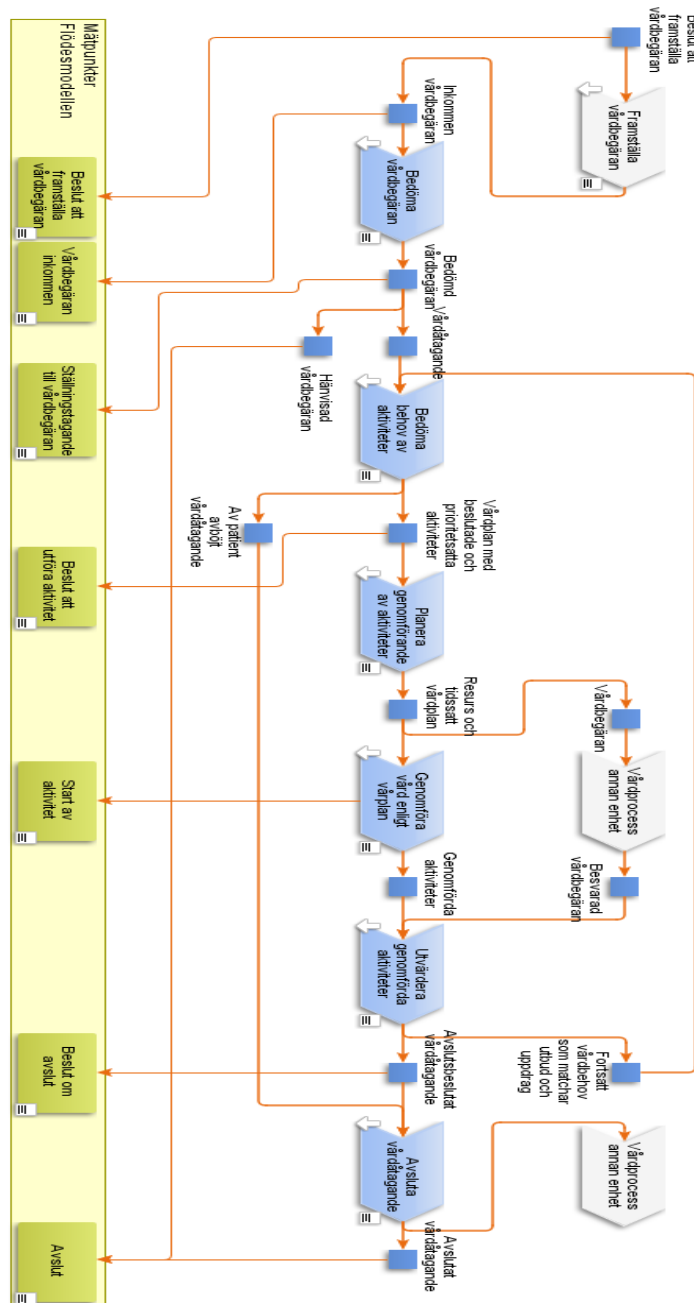
Det kommer också att vara viktigt att i det fortsatta arbetet identifiera vilka kontakter i multisjukas vårdprocesser som ska kunna beskrivas och med vilken metod. En möjlig väg framåt som för närvarande utreds av Socialstyrelsen är införandet av begreppet hälsoärende och vårdprocess-ID och omsorgs-ID.

Referenser

1. Socialstyrelsen. Vårdgaranti och kömiljard – uppföljning 2009-2011. Stockholm: Socialstyrelsen 2012.
2. Socialstyrelsen. I väntan på besked. Väntetider inom cancervården. Kartläggning och förslag till mätmodell. Stockholm: Socialstyrelsen 2010.
3. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården – från remiss till behandlingsstart. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
4. Socialstyrelsen. Väntetider i cancervården – från remiss till diagnos och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen 2012.
5. Socialstyrelsen. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Stockholm: Socialstyrelsen 2011.
6. Bovin R, Gurner U, Kronwinkel Karlsson A, Rognes J. Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor. En analys av komplexa flöden. Leading Health Care, rapport nr 11 2012.
7. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
8. Socialstyrelsen. Registeranalyser av de mest sjuka äldres vård och omsorg. Stockholm: Socialstyrelsen 2013.
9. Gullers Grupp. Synen på vård och omsorg om de mest sjuka äldre. En undersökning bland politiker och tjänstemän i kommuner och landsting. Stockholm: Gullers Grupp 2011.
10. Sveriges kommuner och Landsting. Flödesmodellen (www.flodesmodellen.se)
11. Gurner U och Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning. Natur och Kultur, 2003.
12. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckevis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge? Stockholm: Stiftelsen Äldrecentrum 2006.
13. Gurner U, Norén D, Bowin R, Brinne A. Hur går det för Äldreteamen i Gävle – vision och verklighet, mars/april 2010
14. Gurner U. Utanför sjukhuset - Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting 2012.

Bilaga 1 Flödesmodellen version 2.1

Flödesmodellen - Patientens väg genom vården 2.1



För en mer utförlig presentation av Flödesmodellen se:
www.flodesmodellen.se

Bilaga 2 Workshop

Deltagare i workshop om "Nationell modell för uppföljning av de multisjukas äldres väg genom vården" den 22 januari 2013.

Gert Alaby, socialråd, Socialstyrelsen
Anna Bennet, utredare, Socialstyrelsen
Kalle Brandstedt, utredare, Socialstyrelsen
Niklas Eklöf, utredare, Socialstyrelsen
Ulrika Eriksson, utredare, Socialstyrelsen
Ulla Gurner, forskare, Äldrecentrum
Marianne Hanning, sakkunnig, Socialstyrelsen (ordförande)
Anna Krohwinkel Karlsson, forskare, Leading Health Care
Ann-Charlotte Larsson, projektledare, Västra Götalandsregionen
Marianne Lidbrink, utredare, Socialstyrelsen
Inger Lundkvist, utredare, Socialstyrelsen
Jon Rognes, forskare, Leading Health Care
Ulla-Carin Viklund, utredare, Socialstyrelsen
Jens Wilkens, utredare, Socialstyrelsen

Mats Fahlström, Pratminus Reportage, Göteborg (dokumentatör)

Bilaga 3 Studie av kontakter med hälso- och sjukvården – tabeller

Uppgifterna i tabellerna bygger på 298 multisjuka äldre patienter (+ 75 år) i ordinärt boende under en 18-månadersperiod.

Tabell 1. Träff mellan läkare och patient vid utskrivning från slutenvård samt vid besök inom öppen specialistvård, akutvård, vårdcentral och primärvårdens jourläkare

	Sluten-vård	Akut-vård	Öppen specialistvård	Vårdcentral	Primärvårdsjour	Total
Antal pers.	298	259	264	277	45	298
Antal ggr	1522	1466	2561	1604	88	7241
Andel (%)	21,0	20,2	35,4	22,2	1,2	100
Max	22	27	68	30	11	94
Min	3	1	1	1	1	6
Medel	5,1	4,9	8,6	5,4	0,3	24,3

Tabell 2. Träff mellan läkare och patient vid utskrivning från slutenvård samt vid besök inom öppen specialistvård, akutvård, hembesök genom primärvårdens jourläkare **inklusive samtliga insatser** av läkare på vårdcentral

	Sluten-vård	Akut-vård	Öppen specialistvård	VC-läkare Totalt*	Primärvårdsjour	Total
Antal pers.	298	259	264	294	45	298
Antal ggr	1522	1466	2561	5649	88	11286
Andel (%)	13,5	13,0	22,7	50,1	0,7	100
Max	22	27	68	167	11	118
Min	3	1	1	1	1	7
Medel	5,1	4,9	8,6	19,0	0,3	37,9

*Direkta möten med läkare på vårdcentral samt läkarnas telefonkontakter med övriga vårdgivare, patient och anhöriga, receptförskrivning och övrig administration

Tabell 3. Kontakter med olika personalkategorier exkl. läkare.

	Sjukhus	Vårdcentral			Kommunal hälso- och sjukvård	Primärvårdens jourverksamhet	Total
	Specialist*	Distriktsköterska*	Sjukgymnast	Arbets-terapeut	Sjuksköterska	Distriktsköterska/sjuksköterska	
Antal ggr	438	8484	1255	1182	2748	138	14245
Andel (%)	3,1	59,5	8,8	8,3	19,3	1,0	100
Max	250	214	230	200	196	37	524
Min		0	0	0	0	0	0
Medel	1,5	37,7	4,2	4,0	9,2	0,5	47,8

*Sjuksköterska, audionom, dietist, logoped och biomedicinsk analytiker

** inkl hemsjukvård inom landstingets primärvård

Tabell 4. Samtliga kontakter inom slutenvård, akutsjukvård, vårdcentraler samt inom kommunens hemsjukvård

	Läkare					Sjukhus- vård exkl. läkare	Primärvård inom landsting & kommuner			Primär- vårdens jourverk- samhet	Total
	Slu- ten vård	Aku- tvård	Öppen spec. vård	Vård- cen- tral*	Primär- vårds- jour	Specia- list**	Di- strikt skö- terska* *	Sjuk- gymn- ast	Arbets- tera- peut	Distrikts strikt- skö- terska/ sjukskö- terska	
Antal kontakter	1522	146 6	2561	5649	88	438	11232	1255	1182	138	2553 1
Andel (%)	6,1	5,7	10,0	22,1	0,3	1,7	44,1	4,9	4,6	0,5	100
Medel	5,1	4,9	8,6	19,0	0,3	1,5	37,7	4,2	4,0	0,5	90,9
Max	22	27	68	167	11	250	214	230	200	37	85,7
Min	3	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0

* Direkta möten med läkare, telefonkontakter med övriga vårdgivare, patient och anhöriga, receptföreskrivning och övrig administration

** Sjuksköterska, audionom, dietist, logoped och biomedicinsk analytiker