

När doktorn tar av sig skorna

Om att som äldre få vård i sitt eget hem

FÖRORD

I Östergötland finns en lång tradition och erfarenhet av den avancerade sjukvård som bedrivs i patientens eget hem. Flera läkare har framgångsrikt varit föregångare och utvecklat modeller för lasarettansluten hemsjukvård (LAH) – modeller som blivit kända inom och utanför Sverige. Den avancerade hemsjukvården är nu ett viktigt inslag i landstingets övergripande vårdambition och Landstinget i Östergötland är troligen den enda sjukvårdshuvudman som har ett helhetskoncept för vårdformen där nästan alla invånare i länet kan nås av något av de nio teamen för avancerad hemsjukvård. Det sjukvårdspolitiska målet är att ge en god avancerad vård i hemmet till de patienter som har möjlighet och så önskar och att man också ska kunna få avsluta livet i sitt eget hem på ett värdigt sätt vid obotliga sjukdomar.

Men är vården då lika bra som på sjukhus? Under ett år har 103 patienter intervjuats i hemmet och på sjukhus, samtliga vid Universitetssjukhuset i Linköping, och 54 av de anhöriga har besvarat en enkät. Det speciella med undersökningen är att den är gjord parallellt inom två olika vårdformer på samma klinik. Frågorna har gällt information från personalen, hjälp vid sjukdom, möjlighet till samtal med läkare, förtroende för vården mm. Studien är gjord som en kvalitetsutvecklingsstudie vid Geriatrik/LAH-kliniken men är ursprungligen mer allmängiltigt utformad. Det är därför möjligt att använda data från studien och koppla uppföljningen även på landstingsnivå. Resultaten är viktiga både för den nuvarande vården i hemmet och för att avgöra vilka fortsatta satsningar som kan och bör ske i öppnare vårdformer. Förhoppningsvis kan denna studie också vara till nytta för andra sjukvårdshuvudmän och som ett bidrag till inriktningen om vård i hemmet i den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård.

Resultaten är inte överraskande för de som följt utvecklingen och på olika sätt tagit del av patienters och anhörigas upplevelser av att få vården i hemmet. Det är emellertid viktigt att redovisa fakta för att säkerställa kvaliteten och göra de förbättringar som behövs. Denna studie kartlägger uppfattningen från patienter som får akut vård och rehabilitering i hemmet. Under våren 2001 planeras en mer genomgripande rapport om vården i hemmet där även anhörigas upplevelser av anförvarents vård i livets slutskede kommer att beskrivas.

Avsikten med denna rapport är att presentera aktuellt material där resultaten kan tillämpas både i den sjukvårdspolitiska planeringen och i det praktiska vårdarbetet. Avsnittet om metodfrågor är avsiktligt mer översiktligt beskrivet. Rapporten är skriven i november 2000 i anslutning till föredragning för ledande sjukvårdspolitiker inom Landstinget i Östergötland och för presentation på Läkaresällskapets medicinska riksstämma. Ansvariga för studien och rapporten är *Anne Ekdahl*, överläkare och verksamhetschef på Geriatrik/LAH-kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping och *Bengt Göran Emtinger*, utredare vid landstingets kansli, landstinget i Östergötland.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

FÖRORD	2
SAMMANFATTNING	5
INLEDNING	7
Hemmet som vårdplats	7
Syfte och frågeställningar	7
Rapportens innehåll och uppläggning	8
Metod och genomförande	8
SLUTSATSER	9
BAKGRUNDSFAKTA	11
Avancerad hemsjukvård står för olika innehåll	11
Målinriktat lagarbete dygnet runt.....	11
LAH i Östergötland – uppbyggd organisation och stor omfattning	12
Geriatrisk/LAH-kliniken – både sjukhusvård och vård i hemmet.....	13
PATIENTGRUPPER PÅ SJUKHUS OCH I HEMMET	14
Ålder, kön och boende	14
Remiss från och remiss till.....	14
Diagnoser och vårdtider.....	14
Vårdtyngd och livskvalitet.....	15
Effekt av vårdtillfället.....	16
PATIENTERS OCH ANHÖRIGAS SKATTNING AV VÅRDEN	17
Uppfattning från patienterna i hemsjukvård (LAH).....	17
Jämförelser – skillnader och samband.....	18
VAD VAR BÄST OCH MINDRE BRA ?	21
DISKUSSION	22
Hemmet och sjukhus ger olika betingelser för information och behandling.....	22
Hemmet som trygghet och egenvärde.....	22
Avancerad hemsjukvård som spetskompetens.....	23
Svårt att jämföra vårdformer – samtidigt som kunskap behövs	23
REFERENSER	25

FIGUR- OCH TABELLFÖRTECKNING

<i>Figur 1. Innehåll inom avancerad hemsjukvård</i>	<i>11</i>
<i>Figur 2. Arbetssätt inom avancerad hemsjukvård</i>	<i>12</i>
<i>Tabell 1. Ålder, kön och boende för patienter inom LAH och Geriatrik.....</i>	<i>14</i>
<i>Tabell 2. Medelvårdtid för patienter inom LAH och Geriatrik.....</i>	<i>14</i>
<i>Figur 3. Katz trappan</i>	<i>15</i>
<i>Figur 4. Livets steg</i>	<i>16</i>
<i>Tabell 3. Livskvalitetsskattning av patienter inom LAH och Geriatrik.....</i>	<i>16</i>
<i>Diagram 1. Samtalsmöjlighet med läkare och sjuksköterska, skattat av patienter i LAH17</i>	
<i>Diagram 2. Samband mellan betydelse och nöjdhet. Medelvärde av betydelse och nöjdhet inom fyra frågeområden.</i>	<i>18</i>
<i>Diagram 3. Uppfattning om information och behandling av patienter och anhöriga.....</i>	<i>19</i>
<i>Diagram 4. Uppfattning om information och behandling av patienter vårdade i LAH och på sjukhus. Andel av patienterna som svarat "Ja, stämmer precis" inom åtta frågeområden.</i>	<i>20</i>

SAMMANFATTNING

I Östergötland bedriver Landstinget en omfattande avancerad hemsjukvård i patientens eget hem. Organisationen är uppbyggd med flera team för lasarettansluten och primärvårdsansluten hemsjukvård (LAH/PAH), som geografiskt täcker 95 procent av invånarna i länet. Under ett år vårdas sammanlagt 1500 patienter av teamen vilket utgör 20 procent av samtliga patienter som vårdas i avancerad hemsjukvård i Sverige. Hälften av patienterna har en cancersjukdom och hälften andra svåra medicinska tillstånd eller har behov av funktionshöjande rehabilitering.

Denna rapport baseras på en studie i hemmet och på sjukhus om äldre patienter med svår akut sjukdom eller behov av rehabilitering. Patienter i palliativ vård i livets slutskede ingår inte i denna undersökning. Patienter som vårdas hemma och på sjukhus är inte helt jämförbara och studien har inte som ansats att visa vilken vårdform som är den "bästa". Syftet är att beskriva vad som karaktäriserar äldre patienter som får avancerad vård i hemmet och inneliggande på sjukhus samt hur patienter och deras anhöriga upplever dessa två vårdformer – med tyngdpunkten lagd vid vårdformen avancerad hemsjukvård. Under april 1999 - maj 2000 intervjuades 46 patienter vårdade i hemmet inom LAH och 57 patienter inneliggande på Geriatrisk klinik (Geriatrik). Patienterna var 65 år och äldre och var inskrivna vid Geriatrik/LAH-kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping. Patienternas anhöriga besvarade ett frågeformulär. Intervjuerna gjordes enligt en intervjumall med fem svarsalternativ samt fria svar om vad som var bäst och mindre bra. Samma frågor ställdes till de anhöriga. Till de intervjuade patienterna knöts basdata som ålder, diagnos och vårdtyngd. Efter att studien var klar genomfördes ett samtal om resultatet med personal från LAH och Geriatrik för att öka kvaliteten i studiens analys och slutsatser.

Det finns både likheter och olikheter i det som utmärker patienterna vårdade i hemmet och på sjukhus. Inom såväl LAH och Geriatrik var majoriteten i studien ensamstående kvinnor som hade eget ordinarie boende. Patienternas medelålder var 82 år. De vanligaste sjukdomstillstånden inom båda vårdformerna var hjärt/kärlsjukdomar, t ex stroke och hjärtinkompensation, samt höftfrakturer. Patienterna inom Geriatrik uppvisade en större variation av diagnoser. Inom LAH klarade hälften av patienterna sin ADL självständigt vid inskrivningen jämfört med en av fem patienter inom Geriatrik. Inom båda vårdformerna skedde tydlig förbättring mellan inskrivning och utskrivning. Trots att patienterna inom Geriatrik var mer behov av hjälp uppfattade patienterna sin livssituation inte sämre än patienterna inom LAH.

De patienter som får möjlighet till vård i sitt eget hem hade en positiv uppfattning av vården och denna uppfattning delades också av de anhöriga. Den högsta skattningen gavs för förtroendet för vården, möjlighet till samtal med sjuksköterska och läkare, hjälp med sin sjukdom och hur vården påverkar möjligheten att klara sig i fortsättningen. Lägre skattning hade information om patientens sjukdom och vådrutiner samt kunskap om vilka personer som var ansvariga för vården. Patienterna i hemmet hade en mer positiv upplevelse av sin vård och behandling inom samtliga mätområden jämfört med de patienter som vårdades på sjukhus.

De fria kommentarerna från patienter och anhöriga speglar att det bästa med vården i hemmet var just att få vården i sitt eget hem, att man känner stor trygghet med personalen och att hemmiljön är ett värde i sig. De förhållandevis få negativa kommentarerna handlar om att man skulle vilja haft längre vårdtid och att personalen har ont om tid vid besöket i

hemmet. Positivt på sjukhus är bra personal och trevlig vårdavdelning. Det som dominerar i de negativa svaren är att personalen har ont om tid och framför allt sjukhusrutiner samt att sova i 4-sal. Mycket av det som upplevs som negativt på sjukhus har sin motsats av positiv upplevelse av vården i hemmet: Man får träning i hemmiljön, får snabb hjälp när som helst under dygnet, kan reglera tiden själv och man slipper ligga på sjukhus.

Det finns en god konsistens mellan patienters och anhörigas skattning av vården, de fria kommentarerna och personalens analys av resultaten. De viktigaste slutsatserna är:

- Allt fler äldre i befolkningen kräver nytänkande och det gäller att anpassa sjukvården efter patienternas önskemål
- Det finns en potential för vård i hemmet för nya patient- och sjukdomsgrupper
- Vård i hemmet och på sjukhus kompletterar varandra – för vissa patienter är sjukhusvård det lämpligaste alternativet medan andra patienter kan ha sitt eget hem som vårdplats
- Patienterna är mycket nöjda med vården i hemmet och den omfattande utbyggnaden inom Landstinget i Östergötland av den avancerade hemsjukvården har inte gått för långt
- Trygghet och hemmiljön är kärnan med vården i hemmet.
- Vårdmiljön präglar beteendet och rollerna för patient och personal och avgör maktförhållande, revir och integritet
- Stora krav ställs på hemsjukvårdsteamens organisation och arbetssätt för att upprätthålla kvaliteten och därmed förtroende hos befolkning och patienter

INLEDNING

Hemmet som vårdplats

Under de senaste tjugo åren har andelen äldre i befolkningen ökat allt mer och därmed också antalet sjuka eftersom sjukdomsriskerna ökar med åldern [1]. Inom sjukhusvården har utvecklingen samtidigt gått mot kortare vårdtider och färre vårdplatser, vilket innebär att trycket är stort att få fram alternativ i form av hemsjukvård och hemrehabilitering [2]. Under 1990-talet har det därför blivit allt vanligare att personer med omfattande behov av vård och omsorg vårdas i det egna hemmet [3]. Sjukhuset som byggnad har minskat i betydelse, eftersom den svenska bostadsstandarden är hög och hygien i våra hem är god. Samtidigt kan man genom nya metoder och bättre kommunikationsteknik erbjuda även mer omfattande medicinska insatser i hemmet – insatser som annars skulle gjorts på sjukhus. Inriktningen mot öppnare vårdformer stämmer också väl överens med befolkningens önskemål. En medborgarenkät visar att de allra flesta vill få sin vård i hemmet om de skulle drabbas av svår sjukdom, under förutsättning att vården är likvärdig med den som ges på sjukhus [4].

I den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvård betonas att det är angeläget att ge människor, inte minst äldre, möjligheten att få sina sjukvårdsbehov tillgodosedda på ett sätt som är integrerat i eget boende och vardagsliv. Även med omfattande och långvariga behov av sjukvård skall det därför vara möjligt att vara hemma, i det ordinarie boendet eller i något av kommunens särskilda boende [5]. I överenskommelse mellan stat och landstingen för år 2001 är parterna eniga om betydelsen att stärka patientens inflytande och delaktighet i vården [6]. Det handlar om aktiviteter för att stärka patientperspektivet som leder till åtgärder så att organisationen anpassas till patienterna och inte tvärtom.

Den här beskrivna utvecklingen – tillsammans med att ökad vikt läggs på att patienten ska ha möjlighet att välja vårdalternativ – ligger i linje med en vård som i ökad utsträckning sker på patientens villkor och där hemmet får allt större betydelse. I Sverige har vårdformen "Avancerad hemsjukvård" sitt ursprung i Östergötland och startade för mer än tjugo år sedan som ett alternativ till sjukhusvård [1]. Denna rapport baseras på en studie om äldre patienter i hemmet och på sjukhus med svår sjukdom eller behov av hemrehabilitering.

Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att beskriva vad som karaktäriserar äldre patienter i icke palliativ vård som får avancerad vård i hemmet och inneliggande på sjukhus samt hur patienter och deras anhöriga upplever dessa två vårdformer. Tyngdpunkten är lagd vid vårdformen avancerad hemsjukvård. Frågeställningarna är:

- Vilka likheter och olikheter finns mellan de patientgrupper som vårdas i hemmet respektive inneliggande på sjukhus vad gäller ålder, kön, boende, sjukdomar, vårdtyngd och livskvalitet?
- Hur nöjda är patienter och anhöriga med personalens information, möjlighet till samtal, hjälp med sjukdom och med stödet för att klara sig i fortsättningen?
- Vilket är förtroendet för vården i hemmet och på sjukhus?
- Finns det ett samband mellan olika frågors betydelse och nöjdhet?
- Vilka skillnader finns mellan patienters och anhörigas uppfattning?
- Vad tycker patienter och anhöriga är bäst och mindre bra med vården i hemmet och på sjukhus?

Rapportens innehåll och uppläggning

Efter redovisning av metod och genomförande ges de viktigaste slutsatserna som kan dras av studien. Därefter följer bakgrundsfakta om avancerad hemsjukvård, om LAH i Östergötland och om den klinik där undersökningen genomfördes.

Det första resultatavsnittet kartlägger vad som karaktäriserar de patientgrupper som ligger inne på sjukhus och de som vårdas i sitt eget hem. Därefter beskrivs hur patienter och anhöriga skattar vården och vad man uppger vara bäst och mindre bra. Rapporten avslutas med en diskussion kring några av studiens resultat samt om förutsättningarna för att göra jämförande studier mellan sjukhusvård och hemsjukvård.

Metod och genomförande

Under april 1999-maj 2000 studerades omhändertagandet av 103 geriatriska patienter 65 år och äldre vid Geriatrik/LAH-kliniken Universitetssjukhuset i Linköping. Intervjuer gjordes under vårdtiden med 46 patienter inom avancerad sjukvård i hemmet (i det följande kallat LAH) och med 57 inneliggande patienter inom geriatrisk sjukhusvård (i det följande kallat Geriatrik eller Sjukhus). Undersökningen omfattar också patienternas anhöriga via skriftligt frågeformulär; 24 anhöriga inom LAH och 30 anhöriga inom Geriatrik. Patienterna hade ett akut medicinskt tillstånd eller var behov av rehabilitering. Patienter i palliativ vård vid livets slut ingår inte i denna studie.

Materialet utgörs av data från patientjournaler, vårdtyngdsmätning, intervju av patienter, brevenkät till anhöriga samt analys av resultatet av berörd personal. Patienterna som intervjuades valdes ut slumpvis utifrån listor på inskrivna patienter. Intervjuerna med patienterna utfördes av projektanställd sjukvårdspersonal som inte var direkt involverad i patientens vård. Viss patientbasdata som vårdtyngdsmätning utfördes av ordinarie personal.

Intervjuerna gjordes strukturerat med hjälp av intervjumall och innehöll 20 frågor, de flesta med fyra svarsalternativ från "Ja, stämmer precis" till "Nej, stämmer inte alls" samt alternativ fem: "Ingen uppfattning". Samma frågor och svarsalternativ fanns med i frågeformuläret till de anhöriga. Efter de strukturerade frågorna fick patienter och anhöriga svara fritt på vad som var bäst och vad som var mindre bra med LAH respektive sjukhus. Till patientintervjuerna knöts basdata om patienten: ålder, kön, anhörigrelation, vårdtid, boendeform, remittent, diagnos, ADL-förmåga, mm.

Efter att studien var klar genomfördes ett samtal i en sk fokusgrupp med personal från LAH och Geriatrik. Syftet var att få personalens synpunkter på resultatet och därigenom öka kvaliteten i studiens analys och slutsatser.

SLUTSATSER

Allt fler äldre kräver nytänkande. Andelen äldre i befolkningen ökar och därmed också behovet av sjukvård. För att möta sjukvårdsbehovet och för att stärka patienternas inflytande, delaktighet och valfrihet är det viktigt att uppmuntra och utveckla nya vårdformer. Det handlar om att anpassa sjukvårdsorganisationen efter patienternas önskemål där det ställs stora krav på nytänkande bland ansvariga i sjukvården.

Det finns potential för vård i hemmet. Genom nya metoder kan omfattande medicinska insatser ske i patientens hem. Inriktningen mot vård i hemmet stämmer också väl överens med befolkningens önskemål. Hos många sjukvårdshuvudmän har team inrättats för vård i hemmet av patienter med svåra och/eller obotliga sjukdomstillstånd. För sjukvårdshuvudmän som inte har utvecklat dessa vårdformer finns en stor potential. De sjukvårdshuvudmän som har startat detta arbetssätt kan sannolikt utveckla vården i hemmet för nya patient- och sjukdomsgrupper.

Vård i hemmet och på sjukhus kompletterar varandra. Resultaten i studien visar på skillnader mellan de patientgrupper som vårdas i hemmet respektive inneliggande på sjukhus. För vissa patienter är sjukhusvård det lämpligaste alternativet medan andra patienter kan ha sitt eget hem som vårdplats. De två vårdformerna kan således betraktas som kompletterande snarare än vårdformer som ersätter varandra.

Patienterna är mycket nöjda med vården i hemmet. Patienter som vårdas hemma och på sjukhus är inte helt jämförbara och studien har inte som ansats att visa vilken vårdform som är den "bästa". Resultaten belyser emellertid att de patienter som väljer och får möjlighet till vård i sitt eget hem har en positiv uppfattning om vården i hemmet och att denna upplevelse också delas av de anhöriga. Patienter och anhöriga i hemmet är minst lika eller mer nöjda jämfört med de patienter som vårdas inneliggande på sjukhus. Resultaten vad gäller patientupplevd kvalitet visar att den utbyggnad som skett av den avancerade hemsjukvården inom Landstinget i Östergötland inte gått för långt.

Trygghet och hemmiljö är kärnan. Patienternas och de anhörigas kommentarer speglar att det bästa med vården i hemmet är just att man får vården i sitt eget hem, att man känner stor trygghet med personalen och att hemmet är ett värde i sig. Patienten får träning och uppmuntran av personalen i sin vardagsmiljö och man vet att man kan få hjälp dygnet runt. Patienten är delaktig i vården och i det som sker runt omkring och kan reglera tiden själv.

Vårdmiljön präglar beteendet. Resultaten pekar på att själva vårdplatsen i sig har stor betydelse för hur man får rollen som patient och hur personalen agerar. Med vård i hemmet är det nödvändigt att information och behandling sker på patientens villkor. Det blir också automatiskt så att personalen uppträder som gäst i hemmet och anpassar sig till patientens vanor och önskemål. I sjukhusmiljön är maktförhållanden, revir och integritet det motsatta.

Stora krav på organisation och arbetssätt. Den avancerade hemsjukvården är en specialiserad vårdform där läkare, sjuksköterskor och annan personal engageras i ett målinriktat lagarbete med patienten i centrum. I denna vårdform sköts patienter som hos andra sjukvårdshuvudmän är inneliggande på sjukhus. För att kunna upprätthålla ett förtroende hos befolkning och patienter är det viktigt att vården i hemmet ges med god kvalitet. Det

gäller därför att bygga upp och fortlöpande utveckla en effektiv organisation med hög kompetens. Genom samverkan med andra vårdaktörer inom sjukhus, primärvård och kommun kan den avancerade hemsjukvården nå och sköta de patienter som har behov och önskar få sin vård i sitt eget hem.

BAKGRUNDSFAKTA

Avancerad hemsjukvård står för olika innehåll

Vid en inventering under 1998 identifierades och kartlades 43 enheter i Sverige med avancerad hemsjukvård och 20 enheter med hemrehabilitering [2]. Under ett inventeringsdygn var sammanlagt cirka 1700 patienter inskrivna inom de olika teamen i Sverige. Över 90 procent bodde i det egna hemmet och övriga i kommunernas särskilda boende. Knappt hälften av patienterna bodde tillsammans med make/maka eller föräldrar. I figur 1 görs en uppdelning av innehållet i den avancerade hemsjukvården [7].

Patienter i avancerad hemsjukvård	
▪ Palliativ hemsjukvård	Cancersjukdomar Övriga elakartade sjukdomar
▪ Övrig avancerad hemsjukvård	Kroniska sjukdomstillstånd Tillfälliga medicinska tillstånd som kräver intensiv behandling
▪ Funktionshöjande hemrehabilitering	Efter stroke Efter ortopedisk kirurgi

Figur 1. Innehåll inom avancerad hemsjukvård

Den palliativa hemsjukvården domineras av cancerpatienter i livets slutskede. Här finns även andra svårt sjuka och/eller döende patienter, t ex hjärtsjuka och de med kronisk obstruktiv lungsjukdom.

Den övriga avancerade hemsjukvården omfattar t ex patienter som har skrivits ut tidigare efter vård på sjukhus eller får insatser i hemmet för att undvika intagning på sjukhus. En vanlig patientgrupp är hjärtpatienter och här ingår också patienter som har ett tillfälligt medicinskt tillstånd som kräver intensiva insatser, t ex personer med svåra infektionssjukdomar eller försämring i kronisk lungsjukdom.

Hemrehabilitering omfattar patienter med funktionshöjande rehabiliteringsinsatser, oftast i anslutning till vård och behandling på sjukhus. De vanligaste grupperna är patienter efter stroke och de som fått ortopedisk operation efter en fraktur.

Målinriktat lagarbete dygnet runt

Vad utmärker då arbetssättet för den avancerade hemsjukvården? En sammanfattande definition är följande: Avancerad sjukvård i hemmet bedrivs i självständigt organiserad form av ett multiprofessionellt team. Möjligheter till planerade och akuta insatser måste finnas alla tider på dygnet och med relativt kort inställelsetid. Verksamheten är läkarledd och i teamet ingår sjuksköterskor och för hemrehabilitering även sjukgymnast och arbetsterapeut [2].

I figur 2 sammanfattas de viktigaste ingredienserna i det som utmärker organisationen och arbetssättet inom avancerad hemsjukvård.

Arbetssätt inom avancerad hemsjukvård

- Sammanhållen organisation
- Multiprofessionellt team
- Ledning av läkare
- Dygnet-runt vård
- Tillgång till vårdplatser på sjukhus

Figur 2. Arbetssätt inom avancerad hemsjukvård

LAH i Östergötland – uppbyggd organisation och stor omfattning

För att de invånare som så önskar ska kunna få en vård i hemmet är organisationen för avancerad hemsjukvård i Östergötland uppbyggd med flera team, som geografiskt täcker 95 procent av invånarna i länet. För de områden som inte täcks av nuvarande team pågår planering för utbyggnad.

Knutet till de fyra sjukhusen och primärvården i länet finns 5 LAH-team, 2 separata Barn-LAH-team och 2 PAH-team (Primärvårdsansluten Hemsjukvård) samt 3 palliativa rådgivningsteam. Härutöver finns 25 vårdplatser på 4 palliativa vårdavdelningar. Kostnaden för teamen (exklusive palliativa vårdplatser) var 83 miljoner kronor för 1999. Denna kostnad utgör 1,7 procent i förhållande till landstingets totala kostnader för hälso- och sjukvård (5 miljarder kronor).

Inom LAH/PAH-teamen i Östergötland vårdades 1500 patienter under 1999 vilket utgör cirka 20 procent av samtliga patienter som vårdas i avancerad hemsjukvård i Sverige [2]. Östergötlands motsvarande befolkningsandel är 5 procent. Under en mätvecka 1997 gjordes en kartläggning av samtliga patienter (n = 406) i avancerad hemsjukvård i Östergötland [8]. 71 procent av patienterna hade anhöriga som deltog i omvårdnaden och 32 procent av patienterna hade omvårdnadsstöd i form av hemtjänst.

Vården i hemmet omfattar alla åldersgrupper. Jämfört med inneliggande patienter på sjukhus i Östergötland är patienterna i avancerad hemsjukvård äldre och medelvårdtiden är nio gånger högre. Det är förstås fler enskilda patienter som ligger inne på sjukhus – tio procent av invånarna under ett år – men det är inte så många patienter som har många vård dagar. "Högkonsumenter" inom sjukhusvården var under ett år cirka 2 200 individer, endast något fler än de individer som vårdas inom avancerad hemsjukvård [9]. De 1500 patienterna i avancerad hemsjukvård 1999 hade följande sjukdomsbild:

- 41 % cancer
- 19 % hjärt-/kärlsjukdom
- 10 % fraktur/skelettskada
- 8 % andningssjukdom

Antalet vård dagar för patienterna i hemmet var 116 000 (sjukhusvård 410 000 vård dagar) med en medelvårdtid på 58 dagar [10]. 60 procent av patienterna skrevs in från någon sjukhusklinik (ej Geriatrisk klinik). Patienterna fick 7 300 läkarbesök i hemmet och

73 000 besök sammanlagt av sjuksköterska, undersköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Under 1999 avled 400 personer i hemmet vårdade av LAH/PAH vilket utgör nio procent av de personer som avled i länet. 85 procent av de som avled i sitt eget hem hade en cancersjukdom. Totalt för Östergötland innebär det att en tredjedel av de personer som avled i cancer avled i sitt eget hem.

Geriatrik/LAH-kliniken – både sjukhusvård och vård i hemmet

Vid Geriatrik/LAH-kliniken vid Universitetssjukhuset i Linköping sker vård av både inneliggande patienter på sjukhus och av patienter inom avancerad hemsjukvård. För de inneliggande patienterna finns tre vårdavdelningar med sammanlagt 66 vårdplatser. Vården i hemmet bedrivs av ett team för patienter med akuta medicinska tillstånd (Akut-LAH) och ett team för patienter med behov av funktionshöjande rehabilitering (Rehab-LAH). Under ett år vårdas cirka 1200 inneliggande patienter och 470 patienter i hemmet (icke palliativ vård, 65 år och äldre).

Härutöver finns inom kliniken mottagning, dagrehabilitering, två team för palliativ hemsjukvård samt en palliativ vårdavdelning. Patienter från dessa enheter har emellertid inte ingått i studien.

PATIENTGRUPPER PÅ SJUKHUS OCH I HEMMET

Ålder, kön och boende

Vad karaktäriserar de patientgrupper som ligger inne på sjukhus och de som vårdas i sitt eget hem? Resultaten från studien uppvisar både likheter och olikheter vad gäller basdata samt bedömningar av vårdtyngd och livskvalitet. I tabell 1 görs en jämförelse från studien av medelålder, könsfördelning och boende.

Tabell 1. Ålder, kön och boende för patienter inom LAH och Geriatrik.

	LAH	Geriatrik
Medelålder	82 år	82 år
Andel kvinnor	57%	63%
Andel ensamboende	63%	76%
Andel eget hem inskrivning	89%	82%
Andel eget hem utskrivning	80%	65%

Inom såväl LAH som Geriatrik var majoriteten ensamstående kvinnor som hade eget ordinarie boende. Medelåldern för patienterna, 82 år, var densamma i de båda vårdformerna. Jämfört med Geriatrik var det en tendens att fler inom LAH bodde tillsammans med make/maka. Av patienterna inom Geriatrik bytte 17 procent boendeform från ordinarie till särskilt boende i samband med vårdepisoden jämfört med 9 procent av LAH-patienterna.

Remiss från och remiss till

De flesta patienter som i studien remitterades till Geriatrik kom direkt från sjukhusets akutnottagning eller intagningsavdelning (69%). De flesta patienter som remitterades till LAH kom via andra slutenvårdskliniker inom sjukhuset. Merparten av patienterna från både Geriatrik och LAH skrevs ut till primärvården, 70 respektive 76 procent. I studien avled under vårdtiden 9 procent av patienterna inom Geriatrik och ingen av LAH-patienterna.

Diagnoser och vårdtider

De vanligaste sjukdomstillstånden inom båda vårdformerna var hjärt/kärlsjukdomar och skador. I gruppen hjärta/kärl dominerades bilden av stroke och hjärtinkompensation. I gruppen skador dominerade höftfrakturer. Inom LAH utgjorde de tre största diagnosgrupperna 77 procent av alla huvuddiagnoser, jämfört med 55 procent inom Geriatrik. Geriatrik uppvisar således en större variation av diagnoser. Vårdtiden inom Geriatrik respektive LAH redovisas i tabell 2.

Tabell 2. Medelvårdtid för patienter inom LAH och Geriatrik.

	LAH	Geriatrik
Medelvårdtid (dygn) inom kliniken	29	22
Medelvårdtid (dygn) inom andra kliniker	49	27

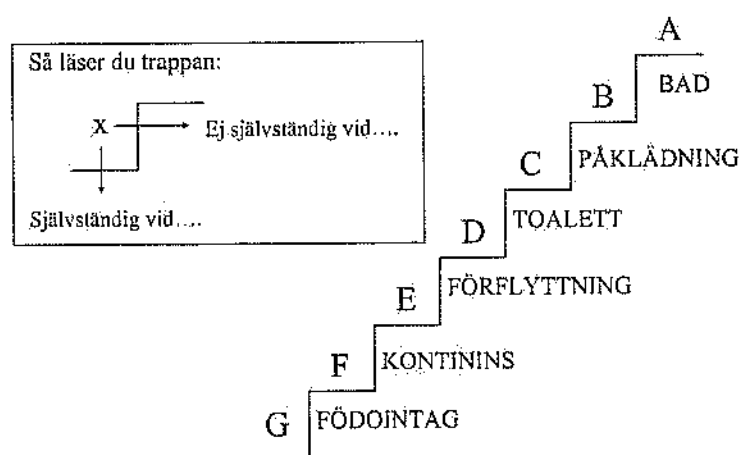
Vårdtiderna mättes inom de två studerade vårdformerna och på de kliniker där patienterna var anslutna innan vården inleddes inom LAH respektive Geriatrik. De längsta samman-

lagda vårdtiderna (Klinik innan + LAH resp. Ger) uppvisade patienterna inom LAH och framförallt de som fick rehabilitering i hemmet – patienter med i huvudsak stroke och höftfrakturer.

Vårdtyngd och livskvalitet

Patienternas vårdtyngd bedömdes av personalen utefter ADL-status (ADL = Activities of Daily Living/De dagliga livets aktiviteter) både vid inskrivning och utskrivning enligt KATZ-skalan som illustreras i figur 3 [11].

Katz trappan (Hulter Åsberg)



Figur 3. Katz trappan

Störst hjälpberoende finns vid Katz nivå G. Med denna skala bedömdes alla patienter vid in- och utskrivning och det uppmättes tydliga skillnader i vårdtyngd mellan patientgrupperna i de två vårdformerna, såväl vid inskrivning som vid utskrivning.

Inom LAH klarade 50 procent av patienterna sin ADL självständigt vid inskrivningen jämfört med 18 procent av patienterna inom Geriatrik. Merparten av geriatrikpatienterna fanns vid inskrivningen i ADL-klass E och F. Vid utskrivningen var 77 procent av patienterna inom LAH självständiga i sin personliga ADL och 47 procent av patienterna inom Geriatrik. Inom båda vårdformerna skedde tydlig förbättring mellan inskrivning och utskrivning, men ändå var mer än 25 procent av patienterna inom Geriatrik i stort behov av personlig hjälp vid utskrivningen (ADL klass E och F).

Patienterna fick värdera sin livssituation genom att svara på frågan "Hur mår du just nu på skala 1-10" samt göra samma skalbedömning "Hur mår du tror du om ett år?". Till hjälp hade patienterna figuren "Livets stegen", som visas i figur 4.



Figur 4. Livets steg

I tabell 3 visas att det inte fanns några skillnader mellan hur patienterna i de två vårdformerna skattade sin livskvalitet.

Tabell 3. Livskvalitetsskattning av patienter inom LAH och Geriatrik

	LAH	Geriatrik
Livskvalitetsskattning under inskrivningen (medelvärde)	5,8	5,7
Livskvalitetsskattning ett år framåt (medelvärde)	7,2	7,4

Medelvärdet på hur man mår just nu var 5,8 och 5,7 för patienterna inom LAH respektive Geriatrik. Värdena för förväntningarna ett år framåt hade ungefär samma förskjutning, till 7,2 respektive 7,4. De flesta anhöriga förväntade sig att anförvanterna kommer att bli bättre eller i oförändrat sjukdomstillstånd oavsett om patienterna vårdades inom LAH eller Geriatrik. Trots att patienterna inom Geriatrik var mera hjälpbehövande, oftare ensamboende och på väg att byta från eget till särskilt boende verkar patienterna inte uppfatta sin livssituation i nuläget sämre än patienterna inom LAH. Denna positiva bild verkar man behålla när man skall skatta sin situation ett år fram.

Effekt av vårdtilfallet

Patienter och anhöriga inom LAH uppfattade vården mera effektiv än patienter och anhöriga inom Geriatrik. Således svarade 84 procent av patienterna inom LAH att det "stämmer precis" eller "stämmer till stor del" att vårdtilfallet påverkar möjligheterna att klara sig i fortsättningen. Motsvarande resultat för patienterna inom Geriatrik var 62 procent. Resultatet från anhöriga till LAH-patienterna var på samma fråga 74 procent och från anhöriga till patienter inom Geriatrik 55 procent.

PATIENTERS OCH ANHÖRIGAS SKATTNING AV VÅRDEN

Vi har nu konstaterat att det finns olikheter mellan studiens patienter som får vård på sjukhus och de patienter som får vård i sitt eget hem. Patienterna i LAH har en lägre vårdtyngd, bor oftare tillsammans med sin make/maka och sjukdomspanoramata är mer koncentrerat till några specifika diagnosgrupper. Men de patienter som väljer och har möjlighet att få vård i sitt hem, hur upplever de sin vård och behandling? Hur fungerar informationen, möjlighet till samtal med doktor och sjuksköterska, blir man hjälpt med sin sjukdom och vilket är förtroendet för vården? Vad har störst betydelse? Har anhöriga och patienterna samma uppfattning och – trots svårigheter i jämförelsen – är det några stora skillnader mot de svar som patienterna på sjukhus ger?

Uppfattning från patienterna i hemsjukvård (LAH)

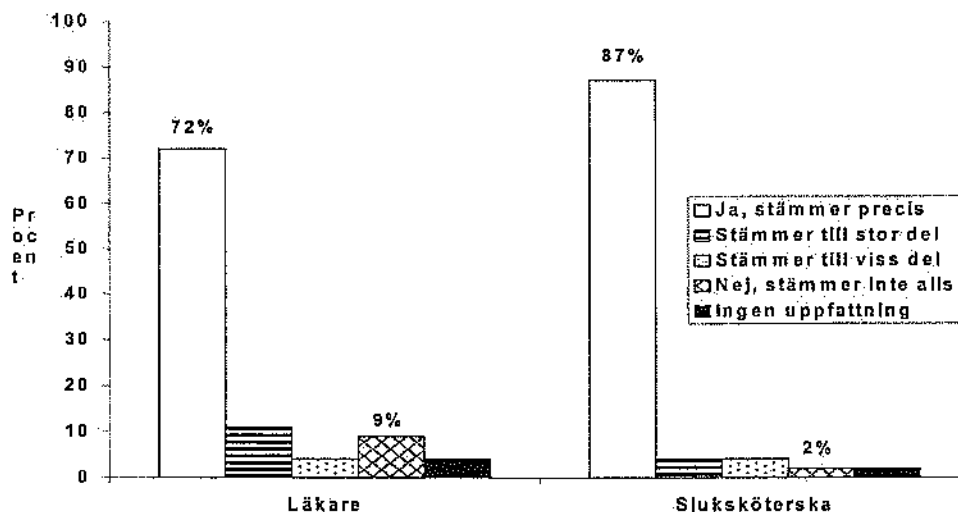
Att veta vem som är ansvarig personal och vilka rutiner som gäller

På frågan om man fick veta vilka personer som var ansvarig för vården när man anslöts till LAH instämde hälften av patienterna (48%) "Ja, stämmer precis". En tredjedel ansåg att det stämde till stor eller viss del medan 17 procent tyckte att det inte stämde alls. Det var något bättre med informationen om vilka rutiner som skulle gälla för vården i hemmet. 54 procent av patienterna instämde helt att personalen hade berättat om vad som skulle gälla och 15 procent till stor del.

Information och hjälp, möjlighet till samtal med personal och förtroende för vården

Åtta av tio patienter instämde helt eller till stor del att man fått god information om sin sjukdom och sina besvär. Det var ingen som tyckte att det "inte stämde alls". Svaren var ännu mer positiva när det gäller att få den hjälp med sin sjukdom och sina problem som man förväntat sig. Tre fjärdedelar av patienterna (76%) instämde helt och 22 procent instämde till stor del. I diagram 1 redovisas hur patienterna såg på möjligheten att få samtal med läkare respektive sjuksköterska om man önskade det.

Diagram 1. Samtalsmöjlighet med läkare och sjuksköterska, skattat av patienter i LAH
Svarsredovisning på frågorna "Får du möjlighet till samtal med läkare (resp. sjuksköterska) om du önskar det?".



En stor del av patienterna i hemmet fick möjlighet till enskilt samtal med personalen i hemmet. Med sjuksköterskan var det lättast att få samtal men möjligheten var stor även med läkare. Sju av tio patienter instämde helt och en av tio till stor del att man fick möjlighet till samtal med läkare.

Samtliga patienter hade ett högt förtroende för den vård och behandling man fick. "Ja, stämmer precis" tyckte 87 procent och "Stämmer till stor del" ansåg övriga 13 procent.

Jämförelser – skillnader och samband

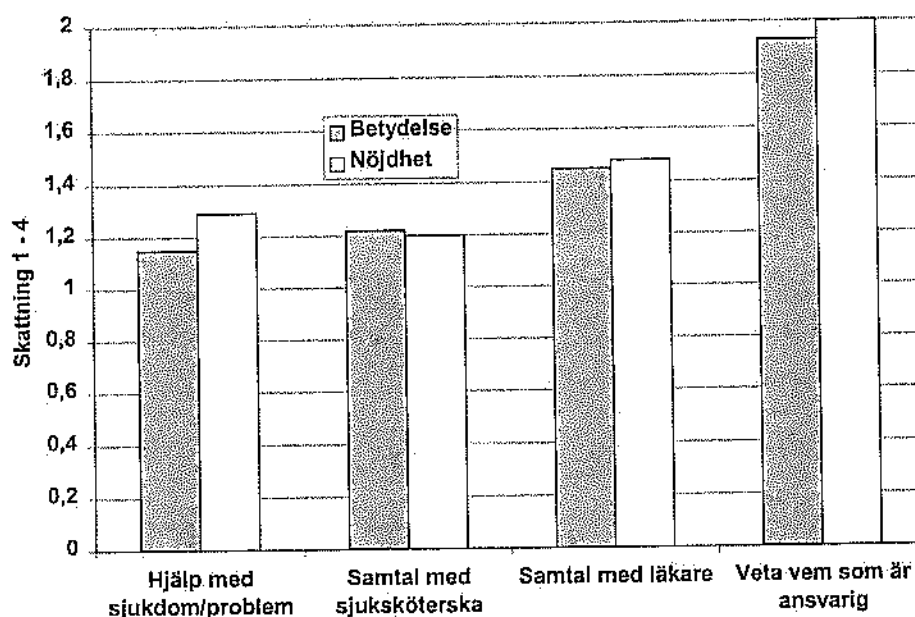
Män och sammanboende mest nöjda

En analys har gjorts av hur frågorna besvarades av vissa grupper av patienter med uppdelning på kön, anhörigrelation, boendeform mm. Även om det är ett begränsat material tyder resultaten på att mest nöjda var män och de som bor tillsammans med maka/ make i ett ordinarie boende.

Vad har störst betydelse?

I anslutning till fyra av frågorna ställdes följdfrågan "Hur stor betydelse har detta för dig?". I diagram 2 redovisas frågeområdena samt medelvärde på resultaten av betydelse och nöjdhet.

Diagram 2. Samband mellan betydelse och nöjdhet. Medelvärde av betydelse och nöjdhet inom fyra frågeområden.



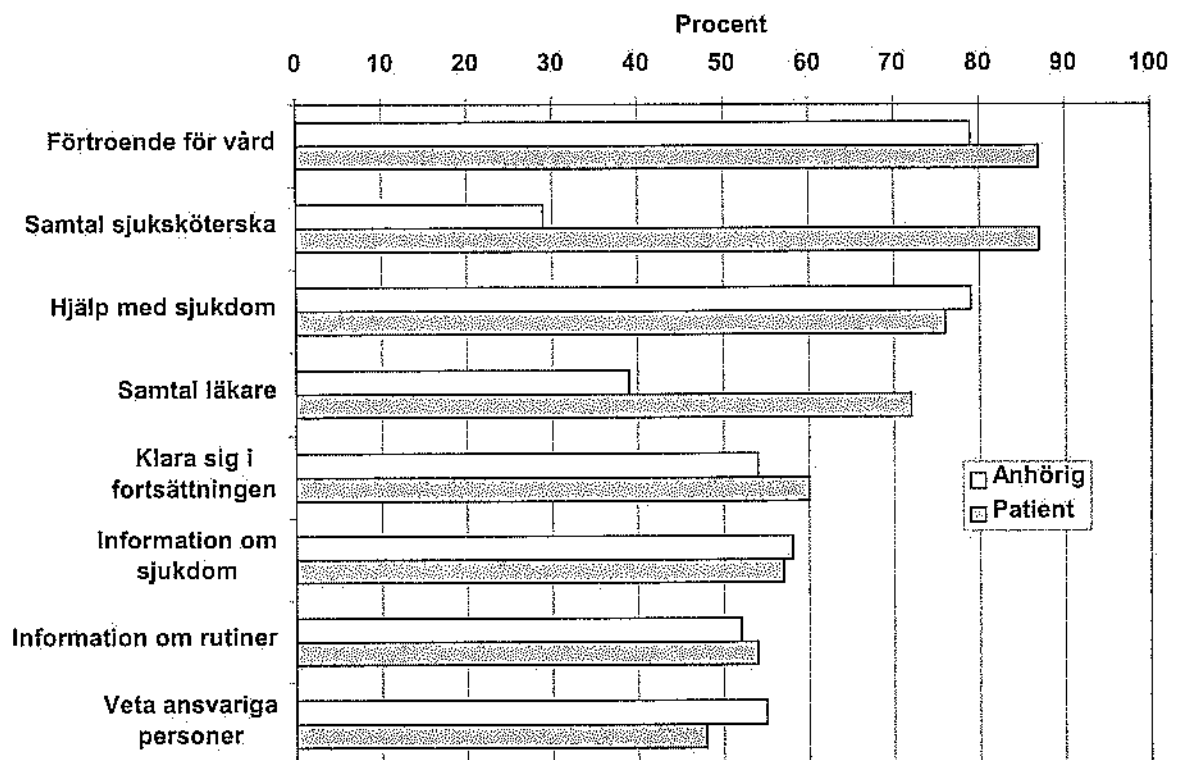
(I ovanstående tabell anger ett lägre värde en mer positiv skattning)

Det finns en ganska stor korrelation mellan hur stor betydelse olika frågor inom vård och behandling har och den nöjdhet som patienten upplevde (0,4-0,6). Patienterna tyckte det var viktigast att få hjälp med sin sjukdom och sina problem samt att få samtal med sjuksköterska.

Skillnader mellan patienter och anhöriga

Vilka likheter och olikheter finns mellan hur patienter och anhöriga upplever vård och behandling i hemmet? I diagram 3 visas en jämförelse mellan svaren från patienterna och deras anhöriga.

Diagram 3. Uppfattning om information och behandling av patienter och anhöriga. Andel av patienter och anhöriga som svarat "Ja, stämmer precis" inom åtta frågeområden.

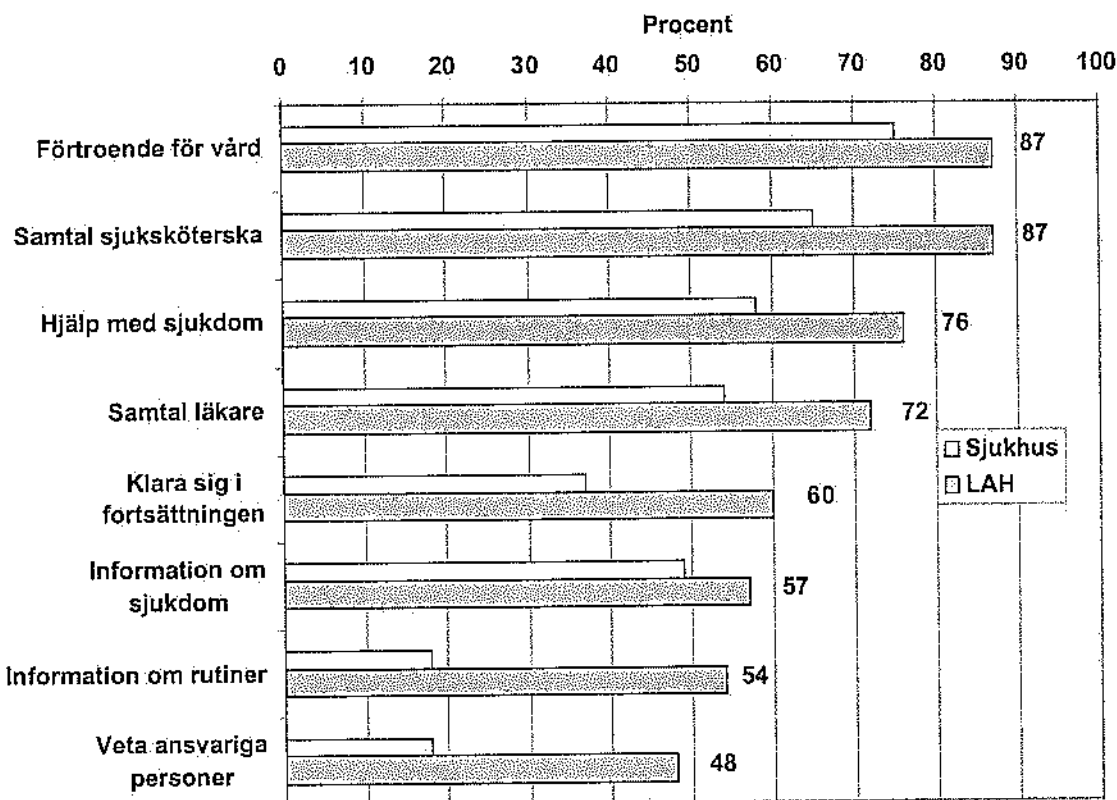


Jämförelsen är gjord både på gruppnivå patienter och anhöriga och mellan den enskilde patienten och dennes anhörige. Inom de flesta områden skattade patienterna och de anhöriga upplevelsen på samma sätt. Det finns emellertid här ett område med stora skillnader mellan hur patienterna och de anhöriga upplevde hur vården fungerar. Det gäller möjlighet till samtal med läkare, och framförallt sjuksköterska, där de anhöriga har en lägre grad av skattning av nöjdhet.

Sjukhusvård som referens

Även om det finns skillnader mellan patientgrupperna på sjukhus och inom LAH är ändå grundfrågan om de patienter som väljer och får vård i hemmet upplever vården lika positivt som de patienter som får vård på sjukhus. Jämförelsen i diagram 4 har således inte ansatsen att visa vilken vårdform som är den bästa utan görs för att spegla LAH-patienternas uppfattning med sjukhuspatienterna som referens.

Diagram 4. Uppfattning om information och behandling av patienter vårdade i LAH och på sjukhus. Andel av patienterna som svarat "Ja, stämmer precis" inom åtta frågeområden.



Ovanstående diagram är sorterat utifrån grad av nöjdhet från LAH-patienterna och anger hur stor andel av patienterna i hemmet och på sjukhus som svarat "Ja, stämmer precis". Den högsta skattningen gavs för förtroendet för vården, möjlighet till samtal med sjuksköterska och läkare, hjälp med sin sjukdom och hur vården påverkar möjligheten att klara sig i fortsättningen. Lägre skattning hade information om patientens sjukdom och vådrutiner samt kunskap om vilka personer som var ansvariga för vården.

Resultatet visar att de patienter som fick vård i hemmet hade en mer positiv upplevelse av sin vård och behandling inom samtliga mätområden jämfört med de patienter som vårdades inlagda på sjukhus. Det finns säkerställda statistiska skillnader ($p < 0,05$) vad gäller ansvariga personer, information om rutiner, hjälp med sjukdom och samtalsmöjlighet med sjuksköterska.

För att så långt som möjligt standardisera patientgrupperna har i en särskild analys de patienter valts ut som klarar sin ADL-funktion bättre (KATZ: A,B,C). Ett intressant fynd i denna analys är att skillnaderna kvarstår i de områden som beskrivs ovan samt att det blir en säkerställd skillnad vad gäller möjligheten till samtal med läkare. Det är således större möjlighet att få samtal med läkare och sjuksköterska om man får vård i sitt eget hem än om man är inlagd på sjukhus!

VAD VAR BÄST OCH MINDRE BRA ?

En stor majoritet av patienter och anhöriga svarade på frågan vad som var bäst och mindre bra med LAH respektive på sjukhus. Andelen personer av undersökningsmaterialet som hade svarat "bäst"- kommentarer övervägde något inom LAH och andelen personer som svarat "mindre bra"- kommentarer var dubbelt så stort på sjukhus jämfört med LAH. En kvalitativ analys har gjorts av patienternas och de anhörigas kommentarer. De teman som kan konstateras är följande:

Bäst LAH

- Få vården i hemmet
- Trygghet
- Hemmet som egenvärde

Mindre bra LAH

- För kort vårdtid
- För kort tid vid besöket

"Mest positivt är att man får vara i sitt eget hem. På så vis blir man piggare mycket fortare". "De är lätta att nå, kommer fort när man behöver hjälp." "Den personliga kontakten och tryggheten".

"För kort tid, jag skulle helst vilja vara inskriven längre". "De hade aldrig tid att dricka kaffe".

Det som var bäst på sjukhus var bra personal "glada och trevliga" och en trevlig vårdavdelning "öppen och fin". De teman som återkom som mindre bra på sjukhus var att personalen hade ont om tid "personalen är stressad" och var svår att få kontakt med "önskar mer medicinsk information från läkare". Det dominerande var emellertid sjukhusrutiner "får vänta länge på frukost, blir då för snart till lunch" och boendet i 4-sal "Det kan vara påfrestande att ligga på 4-sal. Det är oftast störrigt och jag är inte van vid det hemifrån. Det är extra jobbigt nu när jag känner mig trött, yr och snurrig".

Mycket av det som upplevs negativt på sjukhus har sin motsats av positiva upplevelser av vården i hemmet. Inom LAH får patienten träning i hemmiljön med stöd av personalen. Man känner en stor trygghet och känner sig väl omhändertagen med snabb och adekvat hjälp när som helst under dygnet och personalen ringer om man blir försenad. Hemmet som egenvärde kommer igen i flera svar. Det är bra att man kan vara hemma och slippa ligga på sjukhus. Man kan reglera tiden själv och man blir piggare mycket fortare.

Det finns inget i de negativa kommentarerna från hemsjukvårdspatienterna som kan lösas på sjukhus. Det är intressant att notera att det inte är någon som säger sig sakna eller skulle vilja ligga på sjukhus. Det dominerande temat är att man skulle vilja haft längre vårdtid eller fått mer hjälp. Några personer tar också upp att man fått vänta länge vid ett par tillfällen och att personalen har ont om tid och "att en inte fick bjú dem på kaffe nå'n gång".

DISKUSSION

Hemmet och sjukhus ger olika betingelser för information och behandling

Resultaten visar att patienterna i hemmet är mer nöjda än patienterna på sjukhus inom samtliga områden som studerades. Det gäller framförallt kunskap om vilka personer som var ansvariga för vården, vilka rutiner som gäller, hjälp med sjukdom samt möjlighet till samtal med sjuksköterska och läkare. Patienternas och anhörigas bedömning av vårdformerna stöds av de fria kommentarerna och personalens synpunkter från diskussion i en sk fokusgrupp. De tre "delresultaten" bildar en röd tråd, som visar att vårdplatsen i sig är en avgörande betingelse för hur man själv får rollen som patient och hur personalen hanterar rutiner och agerar i sina kontakter med patienterna.

Vårdar man patienten hemma måste man som personal berätta vem man är, bestämma tid och tala om vad som ska göras. Det är viktigt för personalens trovärdigheten att patienten kontakter LAH-teamet vid problem – och inte akutmottagningen. Patienten är å sin sida hela tiden medveten om vad som händer och måste informera sig så han vet vem som han ska ringa till om det behövs. När personalen sätter sig i bilen och åker till patienten förbereder man sig inför besöket och när man är hos patienten är det just den patienten som gäller. Det blir också naturligt att man uppträder som gäst i hemmet: anpassar sig till patientens vanor och önskemål "kom inte för tidigt, jag sover länge på morgonen", ringer om man blir försenad till besöket och tar av sig skorna innanför tröskeln.

I sjukhusmiljön är maktförhållanden, revir, autonomi och integritet det motsatta. En sjukhusavdelning är en komplex vårdmiljö med flera vårdlag och många olika ansikten att hålla reda på för patienten. Det är fasta rutiner för mat, provtagningar och ronder där personalen kan rutiner och vet att det fungerar – utan att patienten behöver veta. Det kan vara svårt för läkare och sjuksköterska att hitta utrymmen där man kan vara ensam med patienten och ibland blir samtalet på rondens det enda tillgängliga.

På sjukhus är inte anhöriga med i vården i samma utsträckning som i hemmet. Patienten på sjukhus har kanske förväntningar som övergår i besvikelse när rondens passerar förbi och en sysslöshet inträder i en miljö som inte är speciellt stimulerande "Dåligt med aktiviteter, man rör sig för lite jämfört med matintaget". Integritet och en skyddad sfär är svår att nå för patienten i en 4-sal när man måste sova med andra personer och kanske sköta sin toalett med bäcken.

Det är troligen så att det är själva miljön – och inte enskilda personer – som sätter prägel på rollerna för patient och personal och det beteende som följer, beroende på om man vårdar och får vård i hemmet eller på sjukhus. I hemmet är det nödvändigt att behandling och information sker på patientens villkor. Den sedvanliga bilden är att mer av vården kan föras ut från sjukhus till hemmet – men det kanske är lika viktigt att nå det omvända, att föra in beteenden från hemmet till sjukhus!

Hemmet som trygghet och egenvärde

När vården sker i hemmet är patienten i sin välkända miljö och kan bestämma den dagliga livsföringen. Det handlar om frihet att äta när man vill, att sova när man önskar och själv välja vilka man vill umgås med [12]. Anhöriga kan medverka aktivt i vården om ett bra professionellt stöd ges. Patienten slipper stora delar av patientrollen – den man automatiskt får på sjukhus. En färsk studie visar att vårdtagare i hemmet har förmåga och önskar leva i sitt eget hem även om man har stora funktionsnedsättningar och dålig hälsa [13].

Det finns ett antal undersökningar som visar att anhöriga har en mycket positiv upplevelse av avancerad vård i hemmet som skett av anförvanter med obotliga sjukdomar som vårdats palliativt till livets slut.[12]. Det gäller upplevelse av symtomlindring, service, bemötande, trygghet, samt allmän omvårdnad och behandling. Nästan samtliga tillfrågade skulle välja vård i hemmet om man hamnade i samma situation igen. I en av studierna gjordes en jämförelse med en liknande undersökning på sjukhus där resultaten tyder på att anhöriga är mer nöjda med den vård som ges i hemmet [14] .

Studiens fria kommentarer från patienter och anhöriga handlar om att få vården i hemmet, tryggheten och hemmet som egenvärde. Dessa teman återfinns också i en studie om anhörigas upplevelse av vård i hemmet av anförvanter i livets slutskede [15]. Hemsjukvårdens vården kan kopplas till teorin om känslan av sammanhang för att klara sig bättre i en utsatt situation [16]. Teorin bygger på att patienten känner meningsfullhet i sin livssituation, att kunna hantera det som händer runtomkring och att det patienten utsätts för upplevs som begripligt, t ex man själv får vara med och aktivt delta i vården.

Avancerad hemsjukvård som spetskompetens

Beroende på patientens hälsotillstånd och omsorgsbehov krävs olika kompetens och arbetssätt från vårdaktörerna i hemmet. Distriktssköterskan med stöd av hemtjänsten ansvarar i först hand för de många äldre i hemmet med sviktande funktioner och kroniska sjukdomstillstånd under långvarig kontakt. Den avancerade hemsjukvården i form av LAH eller PAH är en mer specialiserad vårdform och ansvarar under en begränsad tid för patienter med svåra sjukdomstillstånd och/eller i palliativ vård. Det handlar här om en kvalificerad vård med patienten i centrum där läkare, sjuksköterskor och annan personal engagerar sig i ett målinriktat lagarbete. För att patienter och befolkning ska ha förtroende för vården i hemmet måste vården omges med gott rykte och ge goda resultat. Receptet med en välfungerande vård i hemmet är sannolikt en kombination av sjukvårdspolitiska ambitioner, effektiv organisation och personal med hög kompetens som har förmåga att i pressade situationer handla på eget ansvar. Andra avgörande faktorer är en fortlöpande kompetensutveckling av personalen och en god samverkan med olika vårdgivare inom sjukhus, primärvård och kommun.

Svårt att jämföra vårdformer – samtidigt som kunskap behövs

En studie av svårt sjuka patienter ställer speciella etiska krav och det gäller att hålla en god balans mellan behovet av kunskap och patientens behov av integritet. Det är dessutom svårt att genomföra jämförande undersökningar mellan avancerad hemsjukvård och slutna sjukhusvård. Inom en sjukvårdsorganisation är det flera faktorer som begränsar en sådan jämförande studie: små möjligheter till randomiseringar, krav på konstanthållning av flera faktorer samt tillgång, urval och matchning av olika patientgrupper och diagnoser på ett rimligt sätt. Studier mellan olika sjukvårdshuvudmän – med och utan LAH – blir på motsvarande sätt svåra att genomföra, eftersom yttre faktorer påverkar undersökningens resultat: befolkningsstruktur, ekonomiska förutsättningar, prioriteringar, inriktning och vårdfilosofi samt vårdorganisation och metoder. Det blir dessutom olika personer som utför och eventuellt tolkar resultaten.

För sjukdoms- och patientgrupper i icke palliativ vård vårdade i hemmet finns få studier om svenska och nordiska förhållanden. Det är därför angeläget med svenska studier inom området [1]. Genom att denna undersökning är gjord inom samma klinik har vissa faktorer kunnat hållas konstanta: upptagningsområde och tillgång till primärvård, verksamhetsledning, vårdfilosofi, patient/anhörigsammansättning samt personer som utfört undersökningen.

Det måste här återigen betonas att i denna studie är patienternas och anhörigas uppfattning relaterad till respektive vårdform. Det går således inte att dra några slutsatser om i vilken vårdform den "bästa" vården sker. Studierna görs emellertid på ett jämförbart sätt och resultaten visar patienternas och de anhörigas uppfattning inom samma frågeområde hur man får sin vårdkvalitet tillgodosedd inom LAH respektive inneliggande på sjukhus. En god konsistens finns dessutom mellan skattningen av vården, fria kommentarer och personalens synpunkter. Sannolikt är denna undersökning gjord så nära man rimligen kan komma en "jämförande studie" och som torde vara ett bättre alternativ än att inte göra någon parallell undersökning alls om vård i hemmet och på sjukhus.

REFERENSER

1. SBU. Avancerad hemsjukvård och hemrehabilitering (rapport nr 146). Stockholm: SB Offset AB; 1999
2. Högberg M, Gertz J. Avancerad sjukvård i hemmet – redovisning av enkät till enheter som bedriver avancerad sjukvård i hemmet. Spri: december 1998 (stencil).
3. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget - slutrapport (rapport nr 2000:4). Stockholm: Modin-Tryck AB; maj 2000.
4. Landstingsförbundet. Hemsjukvård – en annan dimension i vården. Stockholm: oktober 1998.
5. Socialdepartementet. Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården (proposition 1999/2000:149). Regeringskansliet; juni 2000.
6. Socialdepartementet och Landstingsförbundet. Överenskommelse mellan staten och landstingen om ersättningar till hälso- och sjukvården för år 2001 (Dnr Lf 0981/00); oktober 2000.
7. Emtinger BG. Vårda och vårdas hemma – kartläggning av den lasarettanslutna hemsjukvården i Östergötland. Landstinget i Östergötland; januari 1996.
8. Landstinget i Östergötland. Patientenkät LAH. Landstingets kansli; november 1997.
9. Ekdahl A, Emtinger BG. Individer med hög vårdkonsumtion. Landstinget i Östergötland; februari 2000 (stencil).
10. Landstinget i Östergötland. Verksamhetsuppföljning LAH Östergötland 1999. Landstingets kansli; juni 2000.
11. Hulter Åsberg K. Change in ADL and use of short term hospital care. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1986; 14(2):105-11.
12. Beck-Friis B. Borta bra men hemma bäst – humanitär och ekonomisk sjukhusbaserad hemsjukvård (Spri rapport 388). Stockholm: Realtryck AB; 1996.
13. Socialstyrelsen. Äldreuppdraget, Hemvårdens brytpunkter – en studie av äldres vård och omsorg. Stockholm: december 2000 (under tryckning).
14. Emtinger BG, Strang P. Quality of palliative care in hospital-based home care. Palliativa forskningsenheten, Hälsouniversitet i Linköping; september 1999 (poster).
15. Milberg A, Strang P. Met and unmet needs in hospital-based home care: qualitative evaluation through open-ended questions. *Palliative Medicine* 2000; 14 (under publicering).
16. Antonovsky, A. Hälans mysterium. Natur och kultur; 1991.

Huvudansvarig för rapporten

Bengt Göran Emtinger
Utredare, Landstingets kansli
581 91 Linköping

E-post: bengt-goran.emtinger@lio.se
Telefon: 013 - 22 73 25

Huvudansvarig för kvalitetsstudien

Anne Ekdahl
Klinikchef, Geriatrik/LAH-kliniken
Universitetssjukhuset
581 85 Linköping

E-post: anne.ekdahl@lio.se
Telefon: 013 - 22 40 49, sekr 013 - 22 40 40

Ekdahl A, Emtinger BG. När doktorn tar av sig skorna – om att som äldre få vård i sitt eget hem. Landstinget i Östergötland. Landstingets kansli; november 2000.

001127, upplaga 1: 200 ex.