

Prioriteringar i vårdflöden för äldre - en förstudie

Kerstin Blomqvist

PrioriteringsCentrum

2004:5

ISSN 1650-8475

Kerstin Blomqvist är verksam vid Fokus Regionförbund i Kalmar läns landsting

PrioriteringsCentrum • Landstinget i Östergötland • 581 91 Linköping

Telefon: 013-22 20 00 (vxl) **Telefax:** 013-22 77 99

Hemsida: <http://e.lio.se/prioriteringscentrum>

E-post: prioriteringscentrum@lio.se

FÖRORD

Hälso- och sjukvård av äldre människor präglas av att den har ett stort inslag av omvårdnad och att den utförs av olika huvudmän. Under många år har ansvarsfördelningen mellan landstinget och kommunen varit föremål för många heta debatter och förhandlingar. Förutom denna uppdelning av det formella vårdansvaret hamnar äldre patienter också i gränslandet mellan sjukvård och sociala insatser liksom mellan olika yrkesgrupper. Det finns också oklarheter rörande hur ansvaret är fördelat mellan formell och informell vård. Vad klarar anhöriga av och hur stort vårdansvar behöver anhöriga ta på sig idag och i framtiden?

Eftersom äldre patienter med långvariga sjukdomar har ett varierat vårdbehov "flyttas" de mellan olika parter och vårdnivåer. De möter då olika synsätt bland personalen. Det kan röra sig om olika sätt att se på vårdens innehåll liksom olika syn på vad som är viktigt för patienten. Patienter som bor i särskilt boende kan få annan behandling vid samma akuta sjukdom än de som bor hemma för att personalen värderar andra behov hos patienten högre än att få en akut medicinsk insats vid t ex stroke. Det är möjligt att det är korrekt utifrån etiska principer om rättvisa och effektivitet. För att kunna svara på detta måste faktiska beslut liksom de prioriteringar som görs i gränslandet mellan olika vårdformer göras tydliga. De måste då bli kända liksom de värderingar och fakta som styr personalens beslut. Detta blir särskilt viktigt vid beslut som omfattar patienter med nedsatt autonomi.

Prioriteringar av äldre patienter är ett komplicerat ämne som vi bedömer angeläget att belysa bättre. Denna pilotstudie, som genomförts av Kerstin Blomkvist vid FoU enheten i Kalmar, är ett första steg för att skaffa mer kunskap. Tillsammans med Äldrecentrum sydost stödjer PrioriteringsCentrum under 2004 en större undersökning för att kartlägga faktiska beslut som rör äldre i vården. Författaren svarar själv för innehållet i rapporten och synpunkterna i denna delas inte alltid av PrioriteringsCentrum.

Linköping maj 2004

Per Carlsson

Professor, föreståndare för PrioriteringsCentrum

SAMMANFATTNING

Denna rapport är resultatet av ett avgränsat projekt som syftade till att undersöka prioriteringar i vård av äldre där flera vårdgivare är involverade. De huvudsakliga frågeställningarna handlade om vilka vardagliga prioriteringar som görs samt vilka motiv eller överväganden som dessa baseras på.

Vilka hälso- och sjukvårdsinsatser som skall ges till äldre personer grundas i organisationens eller samhällets motiv och värderingar men också i personalens egna uppfattningar. Innan relevansen av valda insatser kan bedömas krävs insikt i hur prioriteringar görs och på vilka värderingar de baseras - prioriteringsprocessen behöver med andra ord göras transparent. Denna förstudie är ett försök att i någon mån genomlysna prioriteringsprocessen och därmed fungera som ett avstamp inför fortsatta studier för att förstå hur vård till äldre personer kan ges - utifrån deras egna upplevelser och önskemål.

Ett strategiskt urval av elva personer, anställda inom kommunal och landstingsdriven vård och omsorg intervjuades med hjälp av hypotetiska fallbeskrivningar.

Studien visade att de prioriteringar som beskrevs sällan handlade om val mellan patientgrupper. I stället beskrevs val mellan olika vård- och omsorgsformer och val mellan olika rehabiliteringsinsatser. De val som oftast beskrevs var om patienten skulle erbjudas *vård vid sjukhuset* eller *vård och omsorg i hemmet* och om patienten skulle erbjudas rehabiliteringsinsatser i form av *träning* eller rehabiliteringsinsats främst i form av *hjälpmedel*. Analysen visade att beslutet baserades på överväganden relaterade till patienten, personalen och/eller organisationen. I normalfallet grundades beslutet på en kombination av dessa överväganden.

Förstudien ger en komplex bild av de överväganden personal grundar sina prioriteringar på. Ett fynd är att beslut om vård/omsorgs- och rehabiliteringsinsatser inte enbart baserades på faktorer hos den individuella patienten utan även på faktorer relaterade till personalen och den organisation där beslutet fattats.

Rapporten uppmanar till en allmän prioriteringsdiskussion bland personal som arbetar med äldre personer genom att problematisera människovärdesprincipens tillämpning när exempelvis äldres sociala nätverk vägs in som en prioriteringsgrund för om träning skall erbjudas eller ej. Rapporten uppmanar också till diskussion kring val av måttstock för utvärdering av effekt av olika behandlingar.

Med ett kostnadseffektivitetsperspektiv kan prioriteringar av sjukvård och rehabilitering till äldre bli olika beroende på om minimerat funktionsbortfall eller återgång till friskt tillstånd är effektmått. Rapporten uppmanar också till en diskussion om rädslan hos personal att värderas som någon som ”skickar in i onödan” kan påverka prioriteringar av sjukvård till äldre.

Slutligen är det viktigt att påpeka att studien inte kan ge något svar på frågan om hur patienten/brukaren uppfattar och värderar *kvaliteten* i vård eller rehabilitering på olika vårdnivåer. För att få svar på en sådan fråga krävs fördjupade studier som innefattar äldre patienter och deras närstående.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1. INLEDNING	1
2. BAKGRUND	2
2.1 ÄLDRE I VÅRDEN	3
2.2 PRIORITERINGAR.....	4
2.3 ÖPPEN PRIORITERING – BASEN FÖR MEDVETNA VAL.....	5
3. MÅL OCH SYFTE	7
4. METODER	7
4.1 INTERVJUPERSONERNA	7
4.2 INTERVJUERNA.....	7
4.3 STYRDOKUMENT/RIKTLINJER	8
4.4 ANALYS	8
5. RESULTAT	9
5.1. PRIORITERING AV VÅRD/ OMSORGSFORM.....	9
5.1.1 Patientrelaterade överväganden.....	10
5.1.2 Personalrelaterade överväganden.....	11
5.1.3 Organisationsrelaterade överväganden	12
5.2 PRIORITERING AV REHABILITERINGSFORM	12
5.2.1 Patientrelaterade överväganden.....	13
5.2.2 Personalrelaterade avväganden.....	14
5.2.3 Organisationsrelaterade avväganden.....	14
6. DISKUSSION	16
6.1 VAD ÄR GOD KVALITET I VÅRDFLÖDEN FÖR ÄLDRE?.....	16
6.2 ÖPPENHET – EN FÖRUTSÄTTNING FÖR GENOMTÄNKTA PRIORITERINGAR?	16
6.3 MÅLET MED VÅRDEN – BLI FRISK ELLER MINIMERA LIDANDE?	17
6.4 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN	18
6.5 HUVUDSTUDIEN	19
REFERENSER	20

1. INLEDNING

Att prioritera betyder att ge företräde åt någon eller något (Nationalencyklopedin, 2003). Det innebär alltså ett val mellan exempelvis två aktiviteter, två handlingar eller två personer där den ena ges företräde framför den andra. I hälso- och sjukvårdssammanhang associeras ofta prioriteringar till ett val eller en rangordning av vilka verksamheter som skall få företräde eller vilka patientgrupper som skall "gå först". Vardagliga prioriteringar i hälso- och sjukvård handlar lika ofta om val mellan två handlingar eller insatser, där den ena får företräde framför den andra (Prioriteringsdelegationen 2001). Vilken handling som väljs kan ses som det sista steget i en prioriteringsprocess grundad i egna, organisationens eller samhällets motiv och värderingar. Innan vårdgivaren ur ett patient/ brukarperspektiv ska kunna bedöma relevansen av prioriteringar krävs insikt om hur dessa gestaltas och på vilka värderingar de baseras – prioriteringsprocessen behöver med andra ord göras mer öppen. Denna rapport är resultatet av ett avgränsat pilotprojekt med syfte att undersöka hur prioriteringar sker i vårdkedjor där äldre patienter är involverade. De huvudsakliga frågeställningarna rör vilka prioriteringar som görs samt vilka motiv eller överväganden som finns för vardagliga prioriteringar i vårdkedjor för äldre.

2. BAKGRUND

Att vara äldre och drabbas av sjukdom innebär ofta att man hamnar i ett vårdflöde där man förflyttas mellan hemmet och två olika huvudmän, kommun och landsting. I många utredningar beskrivs gränsen mellan kommun och landsting som ett problem i sig, där överlämnandet av vårdansvaret ofta kräver omständliga och formella rutiner (Socialstyrelsen 2002a; Gurner 2001). Riksrevisionsverket uttrycker i sin revision Vård och omsorg för äldre – analys av problem och förslag till åtgärder (Riksrevisionsverket 2002) att ”statistiken ger en bild av att det finns ett betydande antal gamla som snurrar runt i systemet mellan slutna och öppna vårdformer vilket kan vara en indikation på att huvudmännen inte lyckats utveckla ett fullgott lokalt omhändertagande”. I rapporten ifrågasätts om akutsjukvårdens organisation, rutiner och procedurer är anpassade till äldre med sammansatta och komplexa behov. Beskyllningar om övervältringar av kostnader, misstro och missuppfattningar om varandras verksamhet, resurser och kompetens förekommer. I olika studier (Gurner 2001; Michaeli 2003; Edgren & Lagerkrantz 2003) har övergången mellan sjukhuset och hemmet eller kommunens särskilda boende studerats.

Det är rimligt att utgå ifrån att även andra övergångar kan vara problematiska – övergången från hemmet till akutsjukhuset, mellan olika avdelningar inom sjukhuset, från sjukhuset till ett korttids- eller särskilt boende liksom återflytten till den egna bostaden. Hur dessa övergångar gestaltas och hur de uppfattas av brukarna är av vikt för framtida planering av äldresjukvård.

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen styr äldreomsorgens utformning i de enskilda kommunerna. Ädelreformen gav kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service, omsorg och vård åt äldre och handikappade. Kommunerna fick också ett ansvar för hälso- och sjukvård upp till och med sjuksköterskenivå i särskilda boendeformer och i dagverksamheter. I senare lagstiftning har kommunerna fått möjlighet att ansvara för hemsjukvård i ordinärt boende, om kommunen och landstinget är överens om det. För äldre som bor i ordinärt boende liksom för all hälso- och sjukvård som kräver läkarkompetens är landstingen ansvariga.

Ädelreformen, reformen som ledde fram till lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS-reformen) och psykiatrireformen präglades av visionen om att uppnå ett mer sammanhållet ansvar för vård och omsorg om äldre och långvarigt sjuka. Huvudmannaskapsförändringar har genomförts för att lösa gränsdragningsproblem. Frågan om huvudmannaskap har därför i många stycken präglat debatten långt fram på 90-talet. Sedan några år har man diskuterat vården i ”produktionslogistiska” termer där det talats om att skapa effektivare ”patientflöden”.

Dessa ambitioner återspeglas i förändrade rutiner och ibland också i organisatoriska omorganiseringar. Från att ha betraktat vården och omsorgen från professionens perspektiv försöker man i ökad utsträckning förstå den offentliga vården ur ett patient-/brukarperspektiv. Detta kan få till följd att vården som delaktighet, kontinuitet och trygghet för den enskilde och dennes familj kan bedömas ha stor betydelse. Ett sådant synsätt medför att prioriteringar behöver göras med ett helhets- och patient-/brukarperspektiv som utgångspunkt.

2.1 Äldre i vården

Trots att normalt åldrande inte automatiskt medför sjukdom innebär högre ålder ökad risk för att drabbas av sjukdom (Dehlin mfl. 2000). Många kroniska eller långvariga sjukdomstillstånd kan ensamma eller i kombination leda till komplexa problem. Gruppen äldre innehåller också en överrepresentation av personer med nedsatt autonomi. En analys av vad som orsakar att äldre måste söka sjukvård har visat på tre brytpunkter som leder till olika scenarier (Socialstyrelsen 2002d). För det första kan det handla om en tidigare helt frisk människa som drabbas av allvarlig sjukdom, den första hjärtinfarkten eller en första stroke. Här handlar vårdinsatser ofta om behandling och rehabilitering. I det andra fallet handlar det om vård i livets slutskede, där personen ifråga har fått en livshotande sjukdom och allmäntillståndet har försämrats så att vård skall inriktas på palliativa/lindrande åtgärder. Det tredje fallet handlar om äldre personer med multipla sjukdomar och en komplex helhetssituation. I detta fall är det rimligt att vård och omsorg snarare inriktas på att möjliggöra att leva med kronisk sjukdom än på att bota. Det är följaktligen rimligt att utgå ifrån att behovet av omsorg och vård skiftar beroende på vilket slags scenario det handlar om.

I Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (SOSFS 1998:8) uttrycks att samhället bör säkerställa att den enskilde får möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden och blir bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet, samt att den enskildes behov av hälso- och sjukvårdsinsatser uppmärksammas och tillgodoses (Socialstyrelsen 1998). Därmed ingår att behovsbedömningar bör bygga på en helhetssyn gällande den enskildes situation, möjligheter och behov där sociala, fysiska, medicinska, psykiska och existentiella behov beaktas. Det finns dock en risk att en prioritering sker mellan att tillgodose äldres sociala behov och att tillgodose de äldres medicinska behov (Westlund 2003).

2.2 Prioriteringar

Prioriteringar inom hälso- och sjukvård sker både på en administrativ, övergripande och ofta politisk nivå liksom i den direkta patientvården. Alla vårdgivare prioriterar, öppet eller dolt, medvetet eller omedvetet, som en följd av egna eller samhällets uppfattningar och värderingar och/eller som en följd av verksamhetens villkor och förutsättningar. I diskussionen om prioriteringar i vården vinner uttryck som öppna och dolda prioriteringar alltmer inträde (Prioriteringsdelegationen 2001). Med öppna prioriteringar menas att (1) prioriteringarna skall vara resultat av medvetna val, (2) grunderna för prioriteringarna är kända, (3) konsekvenserna av prioriteringarna är kända och (4) besluten, grunderna och konsekvenserna är tillgängliga för alla som vill ta del av dem (Liss 2002). De värderingar eller principer som ett val baseras på skall alltså gå att presentera öppet. Valet kan exempelvis handla om i vad mån man ger företräde åt en viss patientgrupp eller en behandlingsmetod. Öppna prioriteringar förutsätter följaktligen att det finns en medvetenhet om att man gör val och vilka grunderna för ens val är.

En fördel med öppna prioriteringar är att de ger möjlighet för allmänheten att få insyn i verksamheten. Öppna prioriteringar möjliggör också formulering av dokument som styr verksamheten. Val mellan olika aktiviteter, medicinska behandlingar, omvårdnadshandlingar liksom val mellan olika patientgrupper eller individer är något som görs av all personal som arbetar inom hälso- och sjukvård. Rimligen är en stor del av dessa val dolda, inte enbart för avnämarna. Grunderna för valen som görs är sannolikt relativt omedvetna även för den personal som utför vården. En risk med dolda och omedvetna val är att dessa i hög grad grundas på individuella värderingar hos enskilda vårdare, värderingar som kan skilja sig från allmänt accepterade principer.

I en rapport från Socialdepartementets utredning om prioriteringar inom hälso- och sjukvården, *Vårdens svåra val* (SOU 1993:93) skiljer man på behov som de uppfattas av patienten och behov som de uppfattas av de professionella. Utredningen poängterar att det patientupplevda behovet inte alltid överensstämmer med det som personalen bedömt som patientens behov. På motsvarande sätt kan professionella bedöma att patienten har ett behov även om hon eller han själv inte upplever det. Ett sätt att förstå variation i medicinsk ”praxis” är att läkarnas bedömning av patientens behov kan variera.

Enligt utredningen *Vårdens svåra val* (SOU 1995:5) är en sjukdoms svårighetsgrad beroende av många dimensioner: den medicinska prognosen; det lidande den sjuke upplever och den funktionsnedsättning som sjukdomen medför.

Sett ur ett sådant helhetsperspektiv bör nyttan av medicinska insatser baseras på en kombination av medicinska faktorer, livskvalitet, lindrat eller minimerat lidande och förbättrad funktion eller minimerad funktionsnedsättning. Till argumentationen förs också ett resonemang om rättvisa, solidaritet och jämlikhet. Solidaritet innebär att resurser bör fördelas solidariskt till dem som har de största behoven. Jämlikhet innebär att lika fall behandlas lika. I utredningen poängteras att det inte är självklart att de personer som själva efterfrågar vård också är de som har de största behoven. Samhället har en uppgift att identifiera och prioritera svaga grupper, exempelvis personer med nedsatt autonomi.

2.3 Öppen prioritering – basen för medvetna val

Att hälso- och sjukvård öppet redovisar sina prioriteringar är en förutsättning för att uppnå en ökad jämlikhet och rättvisa och är därmed en demokratisk fråga. I en hälso- och sjukvård som inte grundas på medvetna prioriteringar och allmänt accepterade principer finns det en risk att människor far illa eller dör på grund av att resurserna fördelas på ett orättvist och ineffektivt sätt. När inte alla behov kan tillgodoses behöver befolkningen ges insyn i och inflytande över hur fördelningen sker.

Prioriteringsutredningens slutbetänkande, Vårdens svåra val (SOU 1995:5), är ett exempel på en samhällelig öppen diskussion om värdegrunden för prioritering. Enligt den föreslagna principen om människovärdet ska alla människor ges ett lika värde. Det innebär att alla har samma rättigheter oavsett vilken funktion man fyller i samhället eller vilka egenskaper man besitter. Principen om att tillgodose människors behov på ett solidariskt sätt innebär att samhällets resurser i första hand skall satsas på de individer eller på de verksamheter där behovet bedöms vara störst. Den tredje principen om kostnadseffektivitet innebär att val mellan olika verksamheter, insatser eller patientgrupper bör ske på ett sätt som ger en rimlig relation mellan en insats kostnad och det resultat den förväntas ge. En svårighet är att insatsers effektivitet sällan kan mätas ur en enda dimension. Exempelvis behöver inte en insats som ger effekt i form av ökad livslängd automatiskt leda till effekt i termer av höjt välbefinnande.

Riksdagsbeslutet om en etisk plattform och prioriteringsordningen inom hälso- och sjukvård har valt att illustrera vad som menas med vårdbehov i form av fyra prioriteringsgrupper.

Grupp ett, gruppen som prioriteras högst, exemplifieras med vård av livshotande akuta sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidiserande tillstånd eller för tidig död, vård vid svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård i livets slutskede samt vård av människor med nedsatt autonomi.

Det verkar rimligt att denna grupp rymmer många äldre människor. I gruppen äldre med nedsatt autonomi finns de som på grund av kognitiva eller kommunikativa funktionsnedsättningar har svårt att på ett begripligt sätt förmedla sina behov till omgivningen. Patienter som insjuknat i en demenssjukdom eller fått en stroke med afasi tillhör denna grupp. Även äldre som har bibehållen kommunikativ förmåga kan av olika skäl ha svårt att förmedla sina behov och önskningar till personal (Blomqvist & Hallberg 1999). I vilken utsträckning riksdagsbeslutet om etisk plattform inom hälso- och sjukvård fått genomslagskraft i vård och omsorg till äldre personer är dock oklart.

3. MÅL OCH SYFTE

Denna förstudie syftar till att skaffa kunskap om vad som karaktäriserar äldres väg genom vårdflöden, vilka beslut som fattas samt vad som är grunderna för besluten. Med dessa frågor som bas identifieras nya områden som kräver fördjupad undersökning och analys för att utveckla frågeställningar och metoder för kommande projekt rörande prioriteringar i vårdflöden för äldre personer ur ett brukarperspektiv.

4. METODER

4.1 Intervjupersonerna

Urvalet av intervjupersoner till förstudien var strategiskt med målsättning att fånga in mångfald i uppfattningar snarare än att försöka åstadkomma ett representativt urval. Sammanlagt intervjuades elva personer, varav sex anställda inom den kommunala sektorn och fem inom landstingets slut- och öppenvård. Intervjupersonerna valdes för att de representerade olika utbildningsbakgrund; arbetsterapeut, läkare, myndighetshandläggare, sjukgymnast och sjuksköterska. Bland intervjupersonerna fanns både de som arbetade kliniskt liksom personer med administrativa befattningar.

4.2 Intervjuerna

Intervjuerna genomfördes med hjälp av hypotetiska fallbeskrivningar. Dessa baserades på tillstånd som ofta drabbar äldre, nämligen stroke och höftfraktur. Valet av sjukdomstillstånd motiverades med att det för båda tillstånden finns nationella riktlinjer rörande prevention, behandling och rehabilitering (Socialstyrelsen 2002c; Socialstyrelsen 2002d). För varje fallbeskrivning konstruerades två varianter som endast skilde sig avseende insjuknandeplats; i det ordinarie hemmet eller i ett särskilt boende.

Fallbeskrivningarna innehöll ett minimum av information, t ex: *kvinnor 85 år drabbas hemma av försvagning i höger kroppshalva och tendens till sluddrigt tal*. Om intervjupersoner efterfrågade utförligare information ställdes motfrågor som syftade till att förstå vad frågorna bottnade i. En fråga om kvinnans sociala nätverk bemöttes följaktligen med motfrågan om det sociala nätverket inverkade på de prioriteringar som görs.

Intervjupersonerna fick beskriva ett troligt händelseförlopp genom att berätta när i processen de själva kom in, vilka beslut de tog och på vilka grunder besluten baserades. Intervjuerna kompletterades med frågor som *gör du alltid likadant? Gör alla dina kollegor likadant? Finns det tillfällen då du har eller hade velat handla annorlunda?*

4.3 Styrdokument/riktlinjer

Intervjuerna kompletterades med frågor om det i den egna verksamheten fanns några styrdokument, riktlinjer eller informella regler (kända av alla men ej utskrivna) för vård och behandling vid de aktuella tillstånden. Befintliga styrdokument/riktlinjer insamlades och utgör en del av det empiriska materialet för förstudien.

4.4 Analys

Varje intervju analyserades med hjälp av innehållsanalys (Burnard 1996; Downe-Wamboldt 1992). Analysen hade tre huvudsakliga fokus; hur beskrevs vårdflödet, vilka beslut togs samt vilka överväganden grundades besluten på? Analysen ledde fram till tre kategorier av överväganden; patientrelaterade, personalrelaterade och organisationsrelaterade. För att göra det möjligt för läsaren att få inblick i forskningsprocessen (Hallberg & Carlsson 2000, Sandelowski 1994) redovisas numrerade citat i relation till respektive kategori.

5. RESULTAT

Tre huvudsakliga vårdflöden identifierades: patienten skickades till sjukhus för vård vid specialistavdelning; patienten skickades till sjukhus för vård vid annan vårdavdelning eller patienten kvarstannade i det särskilda boendet/ vårdades på intagningsavdelning under maximalt ett dygn.

De prioriteringar som beskrevs handlade sällan om val mellan två patientgrupper. I stället beskrevs val mellan olika vårdformer och val mellan olika rehabiliteringsinsatser. De val som oftast beskrevs var om patienten skulle erbjudas *vård vid sjukhuset* eller *omsorg och vård i hemmet* och om patienten skulle erbjudas rehabiliteringsinsatser i form av *träning* eller rehabiliteringsinsats i form av *hjälpmedel*. Analysen visade att beslutet baserades på överväganden relaterade till patienten, personalen och/eller organisationen (Tabell 1). I normalfallet grundades beslutet på en kombination av dessa överväganden.

Tabell 1. Överväganden som prioriteringarna baserades på.

Patientrelaterade	Personalrelaterade	Organisationsrelaterade
<i>Medicinskt/funktionellt status</i>	<i>Tidigare erfarenheter</i>	<i>Systemfaktorer</i>
<i>Sociala faktorer</i>	<i>Risk för kritik</i>	<i>Rutiner och riktlinjer</i>
<i>Psykologiska faktorer</i>	<i>Kompetens</i>	

5.1. Prioritering av vård/ omsorgsform

Detta typfall illustreras med en person som insjuknat akut med svaghet i en sida och tendens till sluddrigt tal, två vanliga symtom på stroke eller slaganfall. Det typiska förloppet när insjuknandet skedde i *det särskilda boendet* beskrevs som att personalen (som regel vårdbiträdet eller undersköterskan) kontaktar ansvarig sjuksköterska som genomför en första bedömning. Sjuksköterskan kontaktar som regel patientansvarig primärvårdsläkare och en prioritering görs om patienten skall skicka till sjukhus eller stanna i hemmet. Samtliga intervjupersoner utom en tog upp denna prioritering.

Ja, jag inbillar mig faktiskt det, att om det är en gammal dam som har en massa sjukdomar och som är skröplig och ganska vårdkrävande, då är jag inte så säker på att hon kommer till sjukhus, för att hon blivit försvagad i höger kroppshalva och lite sluddrigt tal, för man tänker att hennes förutsättningar för att man ska kunna göra någonting på sjukhuset är små.

Nr 9, sjuksköterska

Intervjuerna visade att i praktiken rådgör läkaren med den kommunalt anställda sjuksköterskan och att sjuksköterskans uppfattning har stor tyngd vid beslutsfattandet.

Sedan handlar det ju om hur många år man har på nacken kanske med, om man vågar ta besluten. Så en ung och nyfärdig sjuksköterska som står ensam, skickar kanske in. – Är det samma sak med en ung orutinerad läkare? Ja, men dem kan man övertala (skratt). De lyssnar jättemycket på vad man säger.

Nr 3, sjuksköterska.

Vid enheterna fanns riktlinjer för att personal vid det särskilda boendet i normalfall skall kontakta sjuksköterska innan de skickar en patient till sjukhuset.

5.1.1 Patientrelaterade överväganden

Medicinskt eller funktionellt status beskrevs som en faktor när sjuksköterskan tillsammans med läkaren prioriterade mellan att skicka in patienten till sjukhus och att avvakta i hemmet. Sannolikheten för ett beslut som innebar att avvakta beskrevs som större om det inte var ett förstagångsinsjuknande liksom när den funktionella förmågan var nedsatt före det akuta insjuknandet.

Hon ringer till mig och säger att detta har hänt och antingen har hon själv funderat ut vad hon tycker att man bör göra som att jag ska komma dit eller att patienten ska skickas till akut mottagning, eller att man kanske inte behöver göra så mycket. Det beror ju på vad patienten har för andra sjukdomar.

Nr 6, läkare

Sociala faktorer rörande patientens nätverk beskrevs ha betydelse för prioriteringen. Ur intervjuerna framkom att det kunde bli aktuellt att avvakta i hemmet i om patienten bodde i ett särskilt boende med tillgång till personal eller om patienten som bodde i ett ordinarie boende bedömts vara i palliativt skede och hade tillgång till personal.

Men är man 85 år och bor i vårt särskilda boende, då är det ju inte samma insatser som om man vore 58 och ska till varje pris få de akuta insatserna.....Här tror jag att den allra största sannolikheten är att här diskuterar läkaren och sjuksköterskan och även baspersonalen. Och man kommer troligen fram till ett beslut att åtgärda på hemmaplan.

Nr.2, paramedicinare

Psykologiska faktorer som patientens eller de anhörigas egen vilja och självbestämmande beskrevs som en ytterligare grund för beslutet att avvakta i det särskilda boendet.

I intervjuerna fanns motsägelsefullheter när en uttrycklig önskan att slippa åka till akutsjukhuset beaktades medan motsatsen kunde leda till försök att motivera den äldre eller de anhöriga att stanna kvar i det särskilda boendet.

Om läkaren eller sjuksköterskan säger att "det är förmodligen det här som har hänt och vi kommer och göra det och det". Då kanske man ändå tycker att man vill att mamma ska till sjukhuset. Vad gör vi då? Det beror på hur man är som läkare eller sjuksköterska. Det är klart att man hjälps nog åt att försöka att motivera, ganska långt, varför man inte själv har förordat att skicka till sjukhus. För det kan ju vara ren information och kunskap om vad som kan göras. Men först hoppas vi att vi kan föra en dialog med de närstående om vad de förväntar sig att vi ska göra på sjukhus. Om du inte tror som läkare och sjuksköterska att man kommer att göra mer än så och så på sjukhuset....

Nr.2, paramedicinare

5.1.2 Personalrelaterade överväganden

Tidigare erfarenheter av sluten vård angavs som ett motiv när sjuksköterskor prioriterade att avstå utredning och avvakta i hemmet framför att skicka patienten till sjukhus. Erfarenheter uttrycktes som att *erfarenhetsmässigt så händer det inte så mycket på sjukhus, de kommer tillbaka* (Nr 3, sjuksköterska). I flera intervjuer uttrycktes miljön på sjukhus som *'icke värdig' för äldre människor* (Nr 5, handläggare). Övertygelser av detta slag kunde ligga till grund för försök att övertala och motivera anhöriga att låta patienten stanna kvar i det särskilda boendet.

Om det här är en kvinna jag känner väldigt väl och om jag känner de anhöriga väl, och så vet jag att man inte gör speciellt mycket på sjukhus. Det diskuterar jag med anhöriga och tar ställning till. Men för det mesta vill de att de ska vara kvar här.

Nr 3, sjuksköterska

Risk för kritik från personal vid akutmottagning eller från kollegor fanns med som en faktor i prioriteringen mellan att skicka in patienten eller att avvakta i det särskilda boendet. Såväl primärvårdsläkare som sjuksköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård beskrev denna rädsla. Känslan av att vara till besvär beskrivs också som en faktor man vägde in när man tog beslutet om att kontakta eller inte kontakta läkare nattetid, *"det finns möjlighet att kontakta jourläkare, men de blir ogärna störda"* (Nr 1, sjuksköterska).

Sjuksköterskorna i kommunen är ju lite rädda för att skicka in, de gör inte det så ofta. De är väl rädda för att de skall utsättas för kritik i efterhand, att kommunen bara skickar in allting till sjukhuset. Om det är berättigat eller ej, det vet jag inte.

Nr 6, läkare

5.1.3 Organisationsrelaterade överväganden

Vid enheterna fanns *rutiner och riktlinjer* som innebar att sjuksköterskan alltid kontaktas för en första bedömning av patienters tillstånd vid akut insjuknande i särskilt boende. Dessa regler uppfattades som ett hinder för patienten, de anhöriga eller baspersonal att på eget initiativ ta slutenvårdskontakt och tolkades av viss personal som tecken på åldersdiskriminering (ageism/ålderism).

Sedan är det väl så med, rent generellt alltså, att min syn och andras syn kanske skiljer. Något jag har lite svårt för är att man ofta anser att för patienter i särskilt boende måste sjuksköterskan ha kontaktat distriktsläkaren innan de åker in till akuten. Det tycker jag är helt vansinnigt. För som jag sa innan, jag tycker inte att man ska skilja på folk och folk.

Nr 6, läkare

Faktorer i *systemet* uppfattades hindra hembesök av primärvårdsläkare. Intervjupersonerna beskrev att läkarens arbete som regel inte är organiserat så att läkaren lätt kan lossgöras från sitt mottagningsarbete för att åka på hembesök och göra en egen medicinsk bedömning. Även om läkaren var den som hade det formella ansvaret beskrevs att beslut i realiteten i stor utsträckning var överlåtna på den kommunalt anställda sjuksköterskan.

Ja, det finns väl tillfällen när man ibland är tveksam hur man ska göra och man tänker ibland att det kanske hade varit skönt och haft en doktor som hade kommit ut och tittat, det kan jag väl tycka. Men det är ju deras bristande tid med. Så ibland kan man väl tycka att många beslut läggs på en.

Nr 3, sjuksköterska

5.2 Prioritering av rehabiliteringsform

Detta typfall illustreras med en person som insjuknat akut med en höftfraktur efter att ha fallit. Den typiska vårdepisoden beskrevs som att patienten skickas till sjukhuset för diagnos och behandling. Konstaterad fraktur leder till att patienten opereras och läggs in på en specialavdelning. Prioriteringsprocessen handlade om de överväganden som låg till grund för om patienten erbjöds aktiva rehabiliteringsinsatser i form av *träning* (ordinerad och/eller utförd av paramedicinsk personal) eller rehabiliteringsinsats i form av utprovning av *hjälpmedel*.

Och på det särskilda boendet, om hon skulle flytta dit, om du skulle bedöma att den här kvinnan har nytta av fortsatt rehabilitering, hur gör du då? Ja, jag lämnar ju alltid över rapport till den sjuksköterska då på det nya stället och då tar man väl alltid upp att hon ska fortsätta med sjukgymnastik och träning. Samtidigt får man ju se om det har blivit någon förbättring. Det är ju väldigt begränsade möjligheter med rehabilitering.

Nr 3, sjuksköterska

Inga styrdokument avseende beslutsfattandet kring prioritering av vilka patienter som erbjöds vilket slags rehabiliteringsinsats identifierades.

5.2.1 Patientrelaterade överväganden

Medicinskt eller funktionellt status uppgavs vara en faktor av betydelse för om patienten skulle prioriteras till träningsinsatser. I intervjuerna beskrevs hur beslut om träningsinsats baserades på individens tidigare funktionsförmåga samt på graden av återhämtning efter insjuknandet. God tidigare funktion, god återhämtning och att tidigare ha varit huvudsakligen frisk (i betydelsen avsaknad av andra sjukdomar som diabetes eller demenssjukdom) gavs som exempel på faktorer som ökade sannolikheten för ordination om träningsinsats.

Om den här damen hamnar på någon rehabiliteringsplats beror på hurdan hon var innan hon blev sjuk. Alltså målet är säkert att hon om möjligt skall kunna komma hem. Och jag kan inte riktigt säga hur pass mycket rehabilitering man satsar på en gammal dam som är sjuk innan, eller om man försöker få henne till ett annat boende där det alltid finns personal.

Nr 9, sjuksköterska

Socialt status i form av ett nätverk med anhöriga i det ordinarie hemmet beskrevs i intervjuerna ha betydelse för vilka individer som erbjöds träningsinsatser. Utsikten att komma till en korttidsplats och erbjudas rehabilitering beskrevs som större om man kom från det ordinarie hemmet och hade någon närstående att komma hem till.

Ja, det beror ju på hur dålig hon är. Har hon kanske blivit sämre, då beror det ju på om hon kan komma hem eller inte, ska hon kunna komma hem behöver hon ju nästan ha någon anhörig som kan hjälpa henne, annars lär det inte funka. Och då beror det ju på då vad de anhöriga har för inställning. Om hon är 85 och han är 95 så kan det bli kärvt, men är man någorlunda pigg så kan det funka. Barnen tar ju sällan det ansvaret, det funkar ju inte i regel, utan det ska vara ngn som bor där.

Nr 6, läkare

Psykologiska faktorer som kognitiv funktion, motivation och träningsvilja beskrivs ha betydelse för ordineringsinsats.

I vissa intervjuer fanns motsägelsefullheter då patienter som drabbats av höftfraktur och uppfattades som motiverade och villiga att träna ändå inte erbjöds träningsinsatser.

Och sedan beroende på lite vad personen vill själv. Många kanske inte vill ha någon träning, och då fungerar det ju inte heller. Fast jag upplever nog ändå att många av dem vill komma igen, de är riktiga fighter-personer.

Nr 4, paramedicinäre

5.2.2 Personalrelaterade avväganden

Kompetens hos baspersonal framkom i intervjuerna som en faktor av betydelse för om patienten skulle erbjudas träning eller hjälpmedel. Osäkerhet hos personalen beskrevs reducera utsikten till träning. Att bo i ett särskilt boende där det fanns personal med ett rehabiliterande synsätt ökade sannolikheten till träning.

Det kan vara svårt ibland att få baspersonalen att genomföra träning. Det beror dels på tiden men sen tror jag också att de är osäkra, att de kan göra något som riskerar att misslyckas.

Nr 10, paramedicinäre

Risk för kritik från baspersonal beskrevs som en faktor bakom överväganden om att inte ordinera träningsinsatser. Önskemål från baspersonal om hjälpmedel för att underlätta arbetet och/eller minska tidsåtgången stod i motsats till den paramedicinska personalens uppfattning om att träning vore bäst för patienten i det långa perspektivet.

Sen är det ju ofta så att personalen kräver att få hjälpmedel. De tycker att man ska ha det för annars blir det alldeles för tungt. Och de vill inte ens prova det som man själv föreslår utan vill ta till en lyft för tidigt.

Nr 4, paramedicinäre

5.2.3 Organisationsrelaterade avväganden

Systemfaktorer som påverkade val av rehabiliteringsform handlade främst om oklarheter/oenighet kring de två huvudmännens ansvar. Å ena sidan ökade sannolikheten att erbjudas träning om slutenvårdens paramedicinska personal utfärdat en sådan ordination. Å andra sidan beskrevs hur ett moment 22 kunde uppstå om rehabilitering ordinerats till personer som bedömts bistånd i korttidsboende. Ordination om fortsatt rehabilitering kunde tas som intäkt för att personen inte var medicinskt färdigbehandlad och därför ännu inte blivit en kommunal angelägenhet.

Korta vårdtider inom slutenvård medförde kort tid för träning och rehabilitering. Systemet där kommunen har fem dagar på sig att planera boende för en utskrivningsklar patient kunde förbigås genom att man överrapporterade tidigt. Detta uttrycktes i utsagor som *de lär väl faxa när hon ligger på operationsbordet tror jag...* (Nr 2, sjuksköterska). Brister i överrapportering beskrevs som en ytterligare komplicerande faktor som kunde utgöra ett hinder för erbjudanden om träningsinsats.

Ibland blir man väldigt förvånad, man vet ingenting, man vet inte att de har åkt in till sjukhus, och så är de bara tillbaka. Helt plötsligt så bara ringer det en arbetsterapeut från sjukhuset och säger att nu har hon varit inne hos oss. Oj då, det visste jag inte. Men det är väldigt olika vilken enhet det gäller. På vissa avdelningar ringer personalen och talar om, för där har man god kontakt. På andra är det sämre.

Nr 11, paramedicinare

Tillgänglighet till sjukgymnast och/eller arbetsterapeut var en faktor av betydelse för om träningsinsatser erbjöds eller inte. För dem som flyttat till ett korttidsboende beskrevs personalens tid som en faktor för om individen erbjöds träning efter slutenvårdsvistelsen.

Det skiljer nog i hur självklart och snabbt det här går. Om man är på ett boende där man har paramedicinare stationerade, eller om de råkar ha sin expedition så de finns och utgår från det stället, då blir det ju enklare och snabbare. Tyvärr, det skulle inte vara så, för egentligen skall det inte skilja. När resurserna finns på plats så man vet att senast vid lunch så möter jag vederbörande i matsalen och då säger jag till. Sen är det ju så att varken kommunen eller primärvården har något överskott på rehab-personal.

Nr 4, paramedicinare

6. DISKUSSION

6.1 Vad är god kvalitet i vårdflöden för äldre?

Förstudien lyfter fram exempel på prioriteringar och den komplexa bild som personal baserar sina överväganden och beslut på. Beslut om prioriteringar baserades delvis på faktorer som relaterade till patientens medicinska/funktionella status. Det verkar som om även sociala och psykologiska karaktäristika hos den individuella patienten liksom faktorer som relaterar till personal och organisation spelar in när man gör vardagliga prioriteringar. Det är emellertid viktigt att påpeka att studien endast ger vägledning för att förstå vilken *typ* av överväganden som prioriteringar i vårdflöden för äldre baseras på. Något svar på frågan om hur patienten/brukaren uppfattar och värderar *kvaliteten* i den givna vården kan studien inte ge.

6.2 Öppenhet – en förutsättning för genomtänkta prioriteringar?

Från en svensk befolkningsstudie, the Swedish National Study on Aging and Care (Hallberg mfl. 2002) framgår att såväl antal vårdtillfällen som antal vård dagar inom slutenvård är lägre för personer som bor i särskilt boende i jämförelse med dem i ordinärt boende (a.a. sid 45). Författarna menar att man med detta resultat kan avfärda myten om att äldre i särskilt boende är storkonsumenter av akutsjukvård. *Resultaten tyder snarare på det motsatta. Det vill säga, äldre i särskilt boende, givet deras betydligt mera nedsatta funktionsförmåga, tycks konsumera anmärkningsvärt lite regional hälso- och sjukvård* (a.a. sid. 66). Ett sådant fynd ligger i linje med den aktuella förstudien. Ett sätt att förstå dessa resultat är att för äldre personer som bor i särskilda boenden finns en tendens att prioritera kontinuitet i omsorgen framför diagnos och behandling som kan ges vid sjukhus.

Personal som arbetar utanför sjukhuset kan dra sig för att skicka in äldre personer till sjukhus och att de därmed kan komma att fungera som dörrvakter för äldres tillgång till akutsjukvård. Denna studie visar att ett sådant förhållningssätt kan ha grundats i kritik från sjukhusvården i samband med att äldre människor skickas in till sjukhus. Genom att belysa föreställningar av detta slag finns det goda möjligheter till diskussioner mellan olika personalkategorier och olika verksamheter om vilken vård som bäst gagnar äldre patienter. Studien kan därmed bidra till att möjliggöra öppna prioriteringar.

Den aktuella studien kan dock inte ge svar på frågan hur de äldres livskvalitet påverkas beroende på vilken vård- eller rehabiliteringsform som prioriteras. De ger inte heller något svar på frågan om de äldre och deras närstående deltar i besluten. Genom att lyfta fram olika slags prioriteringar och ge exempel på överväganden som besluten baseras på ges underlag till diskussion och reflektion och därmed även insyn i och inflytande över fördelning av sjukvård och omsorg till äldre.

Förstudien antyder en prioritering mellan äldre personers behov av sjukvårdsinsatser och deras behov av omsorgskontinuitet. Ett sätt att tolka förstudiens resultat är att personalen anstränger sig för att skydda äldre från en sjukhusmiljö som uppfattas medföra större risker än nytta. En sådan handling, som ytterst bygger på den etiska principen om att göra gott, kan dock medföra en risk för medicinsk underdiagnostik och underbehandling, och skulle därmed kunna leda till funktionsnedsättningar. Det finns också en risk att personalens uppfattning om nyttan av behandling på sjukhus inte överensstämmer med patientens egenupplevda nytta. Fyndet att de äldres och/eller de anhörigas självbestämmande respekteras i de fall då de uttrycker en önskan om att inte åka till sjukhus men bemöts med försök till övertalning då de önskar bedömning av läkare vid akutmottagning talar för en sådan tolkning. Tidigare studier har visat att friska personer tenderar att bedöma livskvalitet hos en sjuk eller handikappad människa lägre än vad hon eller han själv gör. För att bättre kunna planera för äldres vård behövs fördjupad kunskap om hur äldre och deras närstående uppfattar och värderar olika typer av vård/omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

6.3 Målet med vården – bli frisk eller minimera lidande?

Ett sätt att tolka resultatet från förstudien är att äldre personers sociala nätverk har betydelse när personal prioriterar vilka patienter som skall erbjudas rehabiliteringsinsatser. Förstudien indikerar att beslut om rehabiliteringsinsatser delvis baseras på överväganden om den äldre patientens sociala nätverk. Det finns risk att äldre som bor hemma tillsammans med anhöriga ges företräde till behandling och träning framför dem som är ensamboende. Beslut som baseras på vilket socialt nätverk en person har kring sig kan anses stå i motsatsförhållande till människovärdesprincipen. Ur ett rättviseperspektiv uppkommer frågan om alla patienter, oavsett vilket socialt nätverket de har, skall ha samma rätt till rehabilitering om de så önskar.

Ett annat fynd som förtjänar fördjupade studier är i vad mån patientens funktionella status *före* insjuknandet bör fungera som kriterium för erbjudande om rehabilitering eller ej.

Detta slags övervägande som baserades på patientens funktionella status före insjuknandet kan tolkas som ett tecken på att personal värderar friskhet snarare än bibehållen funktion eller minimerad funktionsnedsättning. Det finns studier (Nydevik 2003; Nydevik 2000) som visar att personer med nedsatt funktionsförmåga är angelägna om att denna restfunktion inte ytterligare skall försämrans samt att personer med resttillstånd efter stroke kan förbättras långt efter insjuknandet med hjälp av rehabiliteringsinsatser. Ur ett patient/brukarperspektiv skulle i så fall insatser för att bevara funktion vara högt prioriterade. Sett ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv kommer alltså slutsatsen om vad som skall prioriteras att bli olika beroende på vilken måttstock för effektivitet som väljs. Frågan handlar om vem som har bäst nytta av sjukvård och rehabilitering. En tidigare frisk patient som fått sin första stroke kan med hjälp av behandlings- och rehabiliteringsinsatser återgå till ett friskt tillstånd. För en patient som redan har funktionsbortfall efter en tidigare stroke är detta inte möjligt. Målet med behandling och där rehabilitering blir istället att minimera ytterligare funktionsnedsättningar. Ur ett kostnadseffektivitetsperspektiv kan alltså prioriteringen av vilken patient som skall få del av rehabilitering komma att bli olika om effektmåttet är återgång till friskt tillstånd eller minimerat funktionsbortfall.

6.4 Metodologiska överväganden

Metoden att använda hypotetiska fall har svagheter och har ifrågasatts (Forsman 1998). Den goda överensstämmelsen mellan olika intervjupersoners berättelser kan dock ses som en indikator på tillförlitlighet. Studien kan därmed ligga till grund för hypotesgenerering och utformning av frågor för en huvudstudie. De prioriteringar som denna studie fokuserat på beskrevs också i flertalet av intervjuerna.

Den aktuella förstudien gör inte anspråk på att ge en ”sann” och generaliserbar beskrivning av verkligheten. Det har heller aldrig varit avsikten med arbetet. Studien skall snarare ses som en metod att fånga in viktiga områden att belysa och studera närmare. En styrka med kvalitativa metoder är att de kan ge uppslag till områden av vikt att studera närmare. Starrin m fl (1991) beskriver ett samspel mellan ”upptäckts väg” och ”bevisets väg”. Ur ett sådant perspektiv har förstudien fyllt funktionen att upptäcka områden av vikt att närmare studera.

För att möjliggöra för läsaren att få insyn i materialet som studien baseras på presenteras resultatet med hjälp av citat. Citat som ansetts illustrera prioriteringsprocessen på ett bra sätt har valts ut. I arbetet med att välja ut citat har en strävan också varit att presentera citat från olika intervjupersoner.

En indikator på en kvalitativ studies trovärdighet är om resultatet känns igen av personer som har kännedom om det studerade fenomenet. Under processens gång har materialet presenterats för politiker, forskarkollegor, sjuksköterskor och studenter och då mötts av igenkännande vilket stödjer resultatets trovärdighet. Ett problem med studien är dock att den inte kan ge något svar på frågan om patienten/brukaren känner till de prioriteringar som görs eller hur de värderar *kvaliteten* i vård eller rehabilitering de erbjudits. För att få svar på en sådan fråga krävs fördjupade studier som innefattar även äldre patienter och deras närstående.

6.5 Huvudstudien

Med utgångspunkt från förstudiens resultat kommer fokus för en nu påbörjad huvudstudie handla om äldre patienter och deras närstående behov, vilka vård- och omsorgsinsatser som ges i olika vårdprocesser, på vilka grunder beslut om insatser tas, i vad mån de äldre upplever delaktighet i beslutsfattandet samt hur de uppfattar nyttan av insatserna. Huvudstudien kommer att bygga på en kvantitativ studie baserad på befintliga registerdata från exempelvis databasen Riks-Stroke kombinerad med ett mindre antal fallstudier som undersöks med så kallad fallstudiemetodik (Creswell, 1998). Många gånger kan och bör kvantitativa och kvalitativa metoder kombineras, då de kvantitativa studierna ökar möjligheten att generalisera och de kvalitativa studierna ger en djupare förståelse för området.

REFERENSER

Blomqvist, K., & Hallberg, I.R. 1999. Recognising pain in older adults living in sheltered accommodation: the views of nurses and older adults. *International Journal of Nursing Studies* 38, 305-318

Burnard, P. 1996. Teaching the analysis of textual data: an experimental approach. *Nurse Education Today* 16, 278-281

Creswell, J.W. 1998. *Qualitative inquire and research design: choosing among five traditions*. SAGE

Dehlin, O., Hagberg, B., Rundgren, Å., Samuelsson, G., Sjöbeck, B.. 2000. *Gerontologi. Åldrandet i ett biologiskt, psykologiskt och socialt perspektiv*. Stockholm. Natur och Kultur

Downe-Wamboldt, B. 1992. Content analysis: method, applications and issues. *Health Care for Women International* 13, 313-321

Edgren, L., & Lagercrantz, K. 2003. *Sanningens ögonblick - mötet mellan kommunen och akutsjukhuset*. FoU Skåne. Minirapport 3

Forsman, B. 1998. *I kalla siffror? Att studera attityder, värderingar och handlingsberedskap*. Studies in Medical Ethics 4

Gurner, U. 2001. *Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+ - behov och konsumtion av slutenvård, öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, 2001:6.

Hallberg, I.R., Karlsson, S., Westergren, A., Dozet, A., Lithman, T., Elmståhl, S., Ekström, H., Edberg, A.K. 2001. *Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65 år och äldre*. Rapport 1. Gått åldrande i Skåne, Lunds Universitet, Lund

Hallberg, L.R-M., Carlsson, S. 2000. Coping with fibromyalgia. A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14, 29-36.

Liss, P-E. 2002. *Fördelning, prioritering och ransonering – en begreppsanalys*. Linköping. Prioriteringscentrum, 2002:4.

Michaeli, I. 2003. *Bron mellan två världar*. FoU Skåne. Skrift 2003:1

Nationalencyklopedin och språkdata. 2003. <http://www.ne.se>

Nydevik, I. 2000. *Strokedrabbad - och livet skall gå vidare. En rapport om äldre strokedrabbade i Stockholm*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2000:11

Nydevik I. 2003. *Stroke*. I: Akner (red.) Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget. Statens Beredning för Utvärdering SBU

Riksrevisionsverket 2002. *Vård och omsorg för äldre - analys av problem och förslag tillåtgärder*. Effektivitetsrevisionen, 2002:28.

Prioriteringsdelegationen 2001. *Prioriteringar i vården. Perspektiv för politiker, profession och medborgare*. Slutbetänkande från Prioriteringsdelegationen, SOU 2001:8.

Sandelowski, M. 1994. The use of quotes in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 17, 479-482

Socialdepartementet 1993. *Vårdens svåra val*. Rapport från Prioriteringsutredningen. SOU 1993:93

Socialdepartementet 1995. *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen, SOU 1995:5

Socialstyrelsen, 1998b *Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetsssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade*. SOSFS 1998:8

Socialstyrelsen. 2002 a. *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken*. Slutrapport 2002.

Socialstyrelsen. 2002 b. *Nationella riktlinjer för strokesjukvård. Version för hälso- och sjukvårdspersonal*. Socialstyrelsen. 2002

Socialstyrelsen. 2002 c. *Nationella riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur*. Socialstyrelsen 2002

Socialstyrelsen. 2002 d. *Äldre inom akutmedicin. Inventering av patienter 80 år och äldre på medicinklinik*. Underlag från experter. 2002.

Starrin, B., Larsson, G., Dahlgren, L., Styrborn, S. 1991. *Från upptäckt till presentation. Om kvalitativ metod och teorigeniering på empirisk grund*. Studentlitteratur

Styrgruppen för Riks-Stroke. 2002. *Analyserande rapport för helåren 1999 och 2000.*

Westlund, P. 2002. *Socialt synsätt i äldreomsorgen. Emmaboda serviceområde. Fokus-rapport 2002:2.*

PRIORITERINGSCENTRUMS RAPPORTSERIE

2001:1 *Medborgaren i prioriteringsprocessen*. Peter Garpenby.

2001:2 *Målformulering och dess betydelse för prioriteringar i kommunal vård och omsorg – en pilotstudie*. Per-Erik Liss.

2002:1 *Perspektiv på prioritering – Rapportering från den första nationella prioriteringskonferensen i Linköping den 1-2 oktober 2001*.

2002:2 *Dokumentation av Medborgardialogen – ett utvecklingsarbete i landstinget i Östergötland. Delrapport 1*. Mari Broqvist.

2002:3 *Samtalsdemokrati och prioritering – utvärdering av ett försök med medborgarråd*. Peter Garpenby.

2002:4 *Fördelning, prioritering och ransonering av hälso- och sjukvård – en begreppsanalys*. Per-Erik Liss.

2002:5 *Subventionering av läkemedel i andra länder – beslutsprocesser och användning av hälsoekonomiska utvärderingar*. Anders Anell.

2003:1 *Rättvisa prioriteringar inom hälso- och sjukvården – etiska teorier och jämförelser med prioriteringsutredningens principer*. Anders Melin.

2003:2 *Behov eller kostnadseffektivitet – vad ska avgöra prioriteringar inom hälso- och sjukvården?* Lars Bernfort.

2003:3 *Prioriteringsprocessen. Del I: övergripande strategier*. Peter Garpenby.

2003:4 *Ekonomi och etik. Argumentering vid besparingar inom sjukvården i ljuset av Prioriteringsutredningen*. Gunhild Hammarström.

2003:5 *Öppna prioriteringar i kommunernas vård och omsorg*. Karin Lund.

2003:6 *Politiker möter medborgare i samtal om prioriteringar – ett praktiskt exempel*. Mari Broqvist.

2003:7 *Reflektioner över etik och prioriteringar i vården – intervjuer med vårdpersonal*. Anna T Höglund.

2003:8 *Programarbete – ett steg på vägen mot öppna prioriteringar*. Malin Kernell-Tolf, Karin Bäckman och Per Carlsson.

2004:1 *Sjuksköterskors resonemang om patientnära prioriteringar – en intervjustudie.* Kristina Lämås, Catrine Jacobsson.

2004:2 *Förutsättningar för politiska prioriteringar i offentlig sjukvård – en jämförelse mellan landstingen i Östergötland och Uppsala.*
Li Bennich-Björkman.

2004:3 *Öppna prioriteringar inom arbetsterapi och sjukgymnastik.*
Mari Broqvist.

be

2004:4 *Öppna prioriteringar i Östergötland. Del I. Den politiska slutsprocessen.* Karin Bäckman, Anna Andersson, Per Carlsson.

2004:5 *Prioriteringar i vårdflöden för äldre – en förstudie.* Kerstin Blomqvist