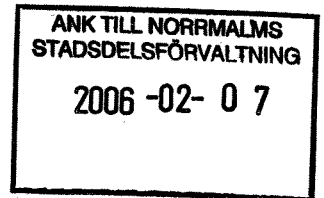




REVISIONSKONTORET



REVISIONSRAPPORT

NR 4 januari 2006

DNR 420/22-06

Styckevis och delat

Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar
i det egna hemmet

Vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna
hemmet fungerar i många avseenden dåligt, trots kunskap om
problemen

Bilden från tidigare granskning består. Det saknas en strukturerad
samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen

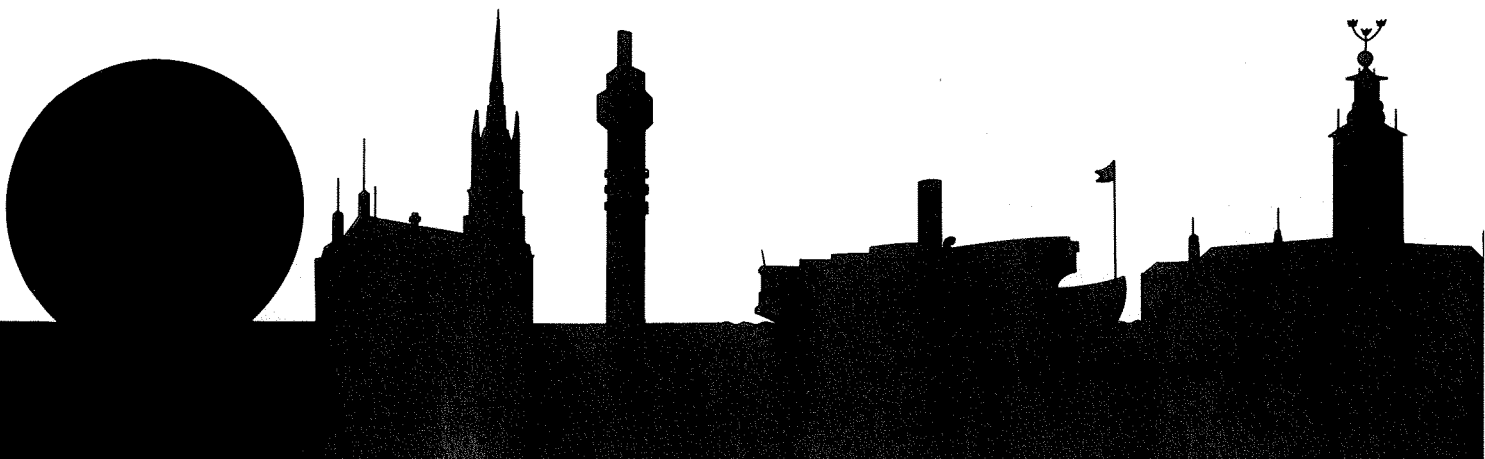
Multisjuka äldres sammansatta behov kan inte mötas med generella
”lösningar”

Läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i studien.
Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering

De intervjuade tycker inte att husläkarna är tillgängliga, därför söker
de sig istället till sjukhusens akutmottagningar

Prioriteringar inom äldreomsorgen har pressats ned i organisationen.
Biståndshandläggarna ställs ofta inför ”omöjliga” avvägningar.
Biståndsbesluten motsvarar sällan de äldres behov och önskemål

Hemtjänstens och hemsjukvårdens kompetens och arbetsformer
behöver utvecklas för att möta de multisjuka äldres omfattande behov



Stockholms stads revisionskontor är fackorganet för revision av stadens nämnder och styrelser med tillhörande förvaltningar. Kontoret biträder de förtroendevalda revisorerna som kommunfullmäktige utser för varje mandatperiod. Enligt särskilt beslut av fullmäktige biträder kontoret även de förtroendevalda bolagsrevisorerna i granskningen av stadens bolag.

Årligen upprättas del- och årsrapporter samt revisionsberättelser, där revisionens synpunkter på verksamheten i en nämnd eller styrelse sammanfattas.

Andra viktiga iakttagelser, arbetsresultat m m under löpande år dokumenteras i revisionsrapporter.

Ytterligare enstaka exemplar av denna rapport kan beställas från:

Stockholms stads revisionskontor
Stadshuset
105 35 STOCKHOLM
Internadress Hantverkargatan 3 A, 1 tr
Tel: 508 29 000 Fax 508 29 399



Till
Kommunstyrelsen
Stadsdelsnämnderna

Styckevis och delat - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet (rapport 2006:4)

För att förstå den situation som äldre med komplexa diagnoser, omfattande läkemedelsanvändning och stora vård- och omsorgsbehov befinner sig i, krävs verklighetsbeskrivningar. Den nu genomförda granskningen bygger på 29 fallstudier av multisjuka äldre personer. Granskningen av denna väl definierade och slumpmässigt uttagna undersökningsgrupp ger, tillsammans med resultatet från andra studier, en generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system.

Granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Stadsdelen Enskede-Årsta har ingått som undersökningsområde i Stockholms stad. Äldrecentrum har genomfört granskningen. Äldrecentrums rapport bifogas.

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare samtidigt som antalet platser i kommunernas särskilda boenden har minskat. Det innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Detta innebär i sin tur en ökad vårdtyngd och en mer krävande vårdssituation för såväl primärvården/hemsjukvården som kommunernas hemtjänst.

Vi kan konstatera att multisjuka äldre får stora insatser såväl från slutenvården inom landstinget som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan saknas fortfarande. Enligt intervjuerna anser de äldre att *husläkarna* är otillgängliga. Därför söker de äldre sig istället till sjukhusens akutmottagningar. Många av de äldre saknar också ett nära samarbete mellan husläkaren och *distriktssköterskan*. Vårdplaneringen vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring sker i stället via WebCare¹.

Biståndshandläggarens roll uppfattas av de äldre och deras anhöriga ofta som en "grindvakt" – besluten om äldreomsorgsinsatser verkar snarare styras av tillgängliga resurser än av de äldres behov och önskemål. Ansökningarna om hemtjänst innehåller ofta standardformuleringar, vilket kan sätta rättssäkerheten ur spel. Det sker ingen systematisk uppföljning av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs, trots att detta är en viktig del i biståndshandläggarens arbete.

¹ Databaserat informationsöverföringssystem mellan akutsjukvård och primärvård/kommun

Hemtjänstpersonalen upplevs av de äldre som vänlig, men de är ofta stressade och det är många nya ansikten. Många äldre är missnöjda med kvaliteten i insatserna. Det gäller både städning, mat och annat.

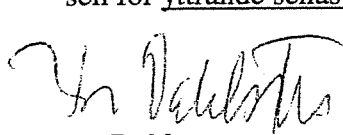
Vi anser att den nu genomförda granskningen ger en mörk bild av vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Den problembild som redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" (1999:9) – kvarstår. Ett flertal rapporter från olika granskare har också bekräftat denna bild. Kunskap och medvetenhet finns således sedan många år – trots det finns problemen kvar. Situationen har till och med förvärrats.

Vi kan konstatera att gapet mellan de äldres vård- och omsorgsbehov och tillgängliga resurser har ökat under många år. Detta leder till en bristande överensstämmelse mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i. Vi anser att prioriteringar, som bör ligga på ledningsnivå inom äldreomsorgen, har pressats för långt ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs i dag ofta inför "omöjliga" avvägningar.

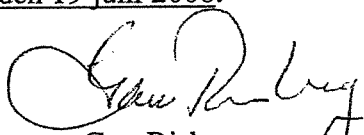
Vi kan vidare konstatera att läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i granskningen. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinerings. Vi anser att Stockholms stad bör ta initiativ till att "läkemedelsgenomgångar för gruppen multisjuka äldre" genomförs på ett strukturerat sätt. Granskningen visar också att många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer. Vi anser att stödet till anhöriga bör stärkas.

Vår sammanfattande slutsats blir att vården och omsorgen för multisjuka äldre måste förändras. Det behövs flexibla sÄrlösningar som tillgodoser de äldres behov av kontinuerlig och flerprofessionell vård och omsorg. Policydokument och avtal kring samverkan är en bra grund, men det räcker inte. Ett konkret förändringsarbete måste drivas på alla nivåer, inte minst på den politiska nivån.

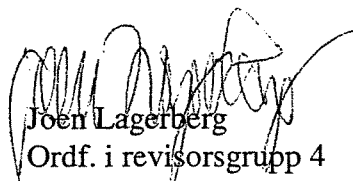
Revisorsgrupperna 1, 3 och 4 har vid sina sammanträden den 31 respektive 30 januari 2006 behandlat bifogade revisionsrapport. Revisorsgrupperna har beslutat att överlämna rapporten till stadsdelsnämnderna för yttrande senast den 15 maj och till kommunstyrelsen för yttrande senast den 19 juni 2006.



Bo Dahlström
Ordf. i revisorsgrupp 1



Gun Risberg
Ordf. i revisorsgrupp 3



Joen Lagerberg
Ordf. i revisorsgrupp 4



Gunilla Axelsson
Sekreterare i revisorsgrupp 1

Kopia till stadsdirektören och samtliga stadsdelsdirektörer

"Styckevis och delt" - Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Skyldigheten att samverka i vården och omsorgen om de äldre framgår av Socialtjänstlagen och Hälso- och sjukvårdslagen samt regleras även i en gemensam policy från 1998.

Revisionens iakttagelser i korthet:

- Vården och omsorgen till multisjuka¹ äldre som bor kvar i det egna hemmet fungerar i många avseenden dåligt, trots kunskap om problemen.
- Bilden från tidigare granskning består. Det saknas en strukturerad samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen
- Multisjuka äldres sammansatta behov kan inte mötas med generella "lösningar"
- Läkemedelsrelaterade problem finns hos alla de äldre i studien. Ingen läkare tar ett samlat ansvar för den äldres medicinering
- De intervjuade tycker inte att husläkarna är tillgängliga, därför söker de sig istället till sjukhusens akutmottagningar
- Prioriteringar inom äldreomsorgen har pressats ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs ofta inför "omöjliga" avvägningar. Biståndsbesluten motsvarar sällan de äldres behov och önskemål
- Hemtjänstens och hemsjukvårdens kompetens och arbetsformer behöver utvecklas för att möta de äldre multisjukas omfattande behov

Därutöver framgår att många i granskningen saknar ett nära samarbete mellan husläkaren och distriktsköterskan. Vårdplaneringen vid utskrivning från

slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktsköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring har underlättats av WebCare, ett databaserat stöd, som dock behöver utvecklas.

Biståndshandläggarens roll uppfattas av de äldre och deras anhöriga ofta som en "grindvakt". De äldres önskemål om stöd utifrån behov styrs ofta över till insatser utifrån tillgängliga resurser. Många äldre är missnöjda med kvaliteten i hemtjänstens insatser. Det gäller både städning, mat och annat. Hemtjänstpersonalen upplevs av de äldre som vänlig, men "de är ofta stressade och det är många nya ansikten". Granskningen visar också att många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.

Av granskningen framgår att multisjuka äldre får stora insatser såväl från slutenvård och öppenvården inom landstinget som från äldreomsorgen inom kommunerna – men insatserna är splittrade. Helhetssyn och konkret samverkan saknas fortfarande.

Rapporten bekräftar den bild som beskrivits i flera olika rapporter och studier under senare år. Problembilden är känd bland ansvariga.

Bakgrund

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting genomförde år 1999 en granskning av samverkan kring multisjuka äldre i ordinarie boende. I den gemensamma revisionsrapporten² konstaterade revisorerna att det saknades en strukturerad samverkan i alla faser av vård- och omsorgsprocessen, från behovsbedömning och planering av insats till utförande och uppföljning av resultat.

¹ Äldre som under en tolv månaders period vårdats tre eller fler gånger inom slutenvård samt under denna tidsperiod vårdats för diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper.

² Tänk om någon såg helheten (nr 1999:9)

Projektets genomförande

Den nu genomförda granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholms stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum som även har genomfört granskningen.

Granskningen bygger på 29 fallstudier av multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. De fallbeskrivningar som redovisas i rapporten beskriver tydligt de multisjuka äldres problem och behov.

Projektets målgrupp

Gruppen multisjuka äldre uppskattas till ca 5000 personer i länet. Ytterligare ca 20 000 äldre personer, med en skör och snabbt föränderlig livssituation och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser, bedöms omfattas av de problemställningar som studien behandlar. Denna grupp äldre står för en betydande del av vårdens och omsorgens kostnader.

Revisionens kommentarer

Den nu genomförda granskningen visar på stora brister i vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Den problembild som redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" kvarstår. Sedan revisionens förra granskning har vårdtiderna i slutenvården kortats och antalet platser i särskilda äldreboenden minskat. Därför finns det idag äldre med en tyngre vård- och omsorgsproblematik som bor kvar i det egna hemmet. Det strategiska vägvalet att bedriva vård och omsorg i ordinärt boende ställer stora krav på vård- och omsorgskvalitet särskilt för denna målgrupp.

Vi konstaterar att det finns en bristande överensstämmelse mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i.

Vår sammanfattande slutsats blir att vården och omsorgen för multisjuka äldre måste förändras. För att åstadkomma en god och kostnadseffektiv vård och omsorg, måste ansvariga på alla nivåer samverka utifrån den äldres behov och utveckla verksamheter som stöder och kompletterar varandra. Detta arbete måste efterfrågas och drivas från politisk nivå hos huvudmännen.

Frågor om rapporten besvaras av:

- de förtroendevalda revisorerna:
Bo Dahlström 0708-90 43 68
Joel Lagerberg 073-658 95 18, 08-21 32 01
Gun Risberg 070-552 76 85 och
- stadsrevisor Gunnar Björkman, 08-508 29 272

INNEHÅLL	Sid
1 INLEDNING	1
Bakgrund.....	1
Projektets syfte.....	1
Projektets genomförande	2
2 SKYLDIGHETEN ATT SAMVERKA	3
3 Äldrecentrums iakttagelser och förslag	4
Iakttagelser kring samverkan i vård och omsorg	4
Iakttagelser kring läkemedelshanteringen	6
Förslag till åtgärder	6
Jämförelse mellan undersökningsområdena	6
4 REVISIONSKONTORETS KOMMENTARER OCH SLUTSATSER...	6
Färre platser i särskilt boende och kortare vårdtider i slutenvården	7
Insatserna är splittrade och helhetsansvar saknas	7
Hanteringen av de äldres läkemedel har stora brister	9
Vård och omsorg fungerar dåligt för multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet	10

Bilaga

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrums rapport: Styckevis och delat – Informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge (inklusive fallbeskrivningar)

1 Inledning

Bakgrund

Vårdtiderna inom landstingets slutenvård har blivit kortare samtidigt som antalet platser i kommunernas särskilda boenden minskat. Det innebär att allt fler äldre med komplexa diagnoser och omfattande användning av läkemedel vårdas i det egna hemmet. Denna utveckling ökar kraven på kompetens såväl inom hemsjukvården som inom den kommunala hemtjänsten. Utvecklingen accentuerar också behovet av en fungerande samverkan mellan huvudmännens berörda personalgrupper – biståndshandläggare, hemtjänstpersonal, distriktsköterskor, husläkare, personal inom slutenvården m.fl.

Revisionen i Stockholms stad och Stockholms läns landsting engagerade år 1999 Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (Äldrecentrum) för att i ett gemensamt projekt kartlägga samverkan kring multisjuka¹ äldre i ordinärt boende (ca 5 000 i länet). Studien², som byggde på 15 fallstudier, visade på stora brister i samverkan. Äldrecentrum har därefter i flera liknande fallstudier ytterligare belyst dessa frågor.

En fråga som uppmärksammas alltmer är läkemedelshanteringen. Det gäller såväl ansvaret för den äldres totala läkemedelsordination, som mängden läkemedel som den äldre använder och uppföljningen/utvärderingen av effekter och eventuella biverkningar.

Projektets syfte

Den nu genomförda granskningen har bedrivits som ett gemensamt projekt mellan revisionen i Stockholms läns landsting, Stockholm stad, Norrtälje och Huddinge kommuner samt Äldrecentrum, som genomfört studien.

För att förstå den situation som äldre med omfattande och komplexa behov och problem befinner sig i krävs verklighetsbeskrivningar. Sådana beskrivningar visar att äldre multisjuka får stora insatser från såväl sluten- och öppenvården inom landstinget som äldreomsorgen inom kommunerna – men frågan är om insatserna motsvarar de multisjuka äldres behov.

Syftet med projektet har mot denna bakgrund varit att ur multisjuka äldres perspektiv belysa följande frågeställningar:

¹ Äldre som under en tolv månaders period vårdats tre eller fler gånger inom sluten sjukhusvård samt under denna tidsperiod vårdats för diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper.

² *Tänk om någon såg helheten*, rapport nr 9/99 Landstingsrevisorerna, rapport nr 9/99 Stockholms stads revisorer

- Vilka är behoven hos de äldre?
- Hur fungerar rutinerna för informationsöverföring och vårdplanering efter slutenvård, dvs. när den äldre är utskrivningsklar?
- Hur ser läkemedelslistan ut vid utskrivningstillfället, hur överförs information om nya ordinationer och hur ser ansvaret ut?
- Hur fungerar samarbetet mellan vård- och omsorgsgivarna?
- Var ligger problemen och vilka möjligheter finns till utveckling?

Granskningen har skett med utgångspunkt från lagstiftning, policy, avtal och riktlinjer avseende ansvarsfördelning och samverkan mellan landstinget och kommunerna.

I projektet har även ingått att belysa eventuella skillnader mellan de tre undersökningsområdena samt att göra jämförelser med tidigare studier.

Projektets genomförande

Sakkunniga från revisionskontoren i landstinget och Stockholms stad samt från revisionsbyråerna Ernst & Young (för Huddinge kommun) och ÖhrlingsPrice-waterhouseCoopers (för Norrtälje kommun) har fungerat som styrgrupp för projektet.

Valet av de tre undersökningsområdena – Huddinge kommun, Norrtälje kommun och stadsdelen Enskede-Årsta i Stockholms kommun – grundar sig på att en spridning i länet eftersträfvats. Enskede-Årsta ingick även i revisionens granskning år 1999. Samtliga områden ingick också i Äldrecentrums projekt "Samverkan enkelt i teorin – svårare att praktisera" (2005:3) som beskriver samverkan utifrån huvudmännens och personalens perspektiv.

Den nu genomförda granskningen bygger på 29 fallstudier av äldre multisjuka personer. De har alla skrivits ut till ordinärt boende från medicinklinik eller geriatrisk klinik under perioden februari - mars år 2005. Undersökningspersonerna har intervjuats och följts i såväl landstingets som kommunernas vård- och omsorgsdokumentation. Intervjuer har även gjorts med anhöriga och personal som har varit engagerade i vårdplaneringen för de äldre. En undersökning har gjorts av undersökningspersonernas läkemedelslistor. Vid hembesök har läkemedelslistorna även stämts av mot det verkliga läkemedelsintaget.

De 29 äldre som medverkat i granskningen tillhör alla gruppen multisjuka. Deras medelålder är 84 år. Fördelningen är jämn mellan män och kvinnor. Andelen ensamboende är 2/3. De har vårdats för i genomsnitt sex diagnoser under den senaste tolv månaders perioden. De har i snitt tio olika symptom och har i övrigt stora problem med trötthet, smärta, yrsel och sömn. De har i snitt tio olika läkemedel.

Arton av de äldre har hemtjänst och merparten även hjälp från anhöriga/närstående. Sju äldre har omfattande stöd från maka/make. Under den studerade perioden, 1 januari 2004 - 30 juni 2005, har var och en i genomsnitt 32 vård-dygn inom slutenvården och besöker sjukhusens akutmottagningar i snitt sju gånger. Fjorton är inskrivna i hemsjukvården.

2 Skyldigheten att samverka

Skyldigheten att samverka i vården och omsorgen om de äldre framgår av *Socialtjänstlagen* (SoL) och *Hälso- och sjukvårdslagen* (HSL). Huvudmännens kostnadsansvar i samband med utskrivning från slutenvården regleras i den så kallade *Betalningsansvarslagen*. Efter omarbetning av den senare lagen infördes begreppet "utskrivningsklar" den 1 juli 2003. Från samma datum är det även möjligt att inrätta gemensamma nämnder inom vård- och omsorgsområdet.

SoL innehåller inte några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan kommunens äldreomsorg och landstingets hälso- och sjukvård. De otydligheter som kan uppkomma får lösas genom överenskommelse mellan huvudmännen. Samverkan mellan kommunerna och landstinget i Stockholms län i vården och omsorgen om de äldre regleras av en *gemensam policy* från 1998³. Utifrån policyn har lokala samverkansavtal tecknats. Enligt HSL är vård som meddelas av läkare ett särskilt ansvar för landstinget. Det ingår dock i kommunernas ansvar att se till att den som är i behov av vård verkligen får den (SoL 2 kap. 2 §).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32) syftar till att skapa en struktur för informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdgivare när det gäller patienter som är utskrivningsklara och som bedöms ha behov av sociala insatser efter utskrivning från sjukhuset.

Samordnad vårdplanering är en process, som syftar till att berörda aktörer tillsammans med patienten samordnar planeringen av dennes fortsatta vård och omsorg, i första hand vid överföring från en vårdform/nivå till en annan. Vid slutenvård består processen av följande moment:

- intagningsmeddelande till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- bekräftelse på mottagen information och överföring av aktuell information till slutenvården
- ställningstagande till huruvida företrädarna för de olika vårdnivåerna ska mötas för planering
- genomförande av planeringen
- utskrivningsmeddelande till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- epikris (sammanfattande bedömning).

³ Policyförklaring om samverkan kring vård och omsorg (1998-03-04)

En väl genomförd vårdplanering förutsätter således kontakt mellan aktuella vårdgivare och överföring av den information och kunskap om patientens tillstånd och situation som respektive vårdgivare har. Ny författningsändring (SOSFS 2005:27) ersätter ovanstående fr. o m. december 2005.

Enligt *Basuppdraget för husläkarverksamheten* (år 2005) ska husläkaren fungera som det naturliga förstahandsvalet vid behov av hälso- och sjukvårdskontakter. Detta ställer krav på att husläkarverksamheten har en hög tillgänglighet för akut och planerat omhändertagande. Av basuppdraget framgår också, att vårdgivaren ska svara för att patienterna erbjuds en fast namngiven läkarkontakt. Personer som är folkbokförda i länet och listade hos vårdgivaren ska omfattas av mottagningsverksamhet och hembesök – bl.a. för att undvika onödiga inläggningar och besök vid sjukhusens akutmottagningar.

Vård till patienter inskrivna i den basala *hemsjukvården*⁴ regleras i en särskild uppdragsbeskrivning. Av uppdragsbeskrivningen för hemsjukvården framgår att ansvarig distriktssköterska och läkare ska utses för dem som är inskrivna i hemsjukvården. Läkaren ansvarar för att samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov.

3 Äldrecentrums iakttagelser och förslag

Äldrecentrum har gjort en djupstudie av hur situationen ser ut för de 29 äldre som ingår i granskningen. I den omfattande rapporten från Äldrecentrum finns många iakttagelser av stor vikt för att utveckla en god vård och omsorg för multisjuka äldre i ordinärt boende. Nedan uppmärksammas några av de iakttagelser som finns redovisade i Äldrecentrums bilagda rapport:

Iakttagelser kring samverkan i vård och omsorg

- **Samverkan** fungerar inte – vård- och omsorgsinsatserna ”hänger inte ihop”. Samverkansavtalen beskriver samverkansområden, men det saknas en konkretisering av hur den gemensamma verksamheten ska utformas. Avtalen har inte haft någon inverkan på de grundläggande problemen.
- **De olika yrkeskategorierna** i landstinget och i kommunerna arbetar för fullt i sina ”stuprör”, men utan en fungerande samverkan. Många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.
- **Vårdcentralen/husläkarmottagningen** uppfattas inte alltid som ett tillgängligt alternativ vad gäller de multisjuka äldres behov av läkarkontakter. Därför vänder de äldre sig ofta till sjukhusens akutmottagningar där de vanligen upplever stor trygghet.

⁴ Kan omfatta personer som av medicinska skäl eller funktionshinder har behov av att insatserna ges i hemmet. Hemsjukvården och husläkarverksamheten kan bedrivas i två parallella verksamheter, men utförs ofta av samma vårdgivare, där husläkarna också är en del av hemsjukvården.

- **Vårdplaneringen** vid utskrivning från slutenvården fungerar långt ifrån alltid enligt lagstiftningens intentioner. Företrädare för primärvården är sällan närvarande. Informationsöverföring sker via WebCare.
- **Slutenvården** dokumenterar i många fall på ett informativt sätt patienternas behov av eftervård – både behov av fortsatta insatser från sjukvården och behov av insatser från kommunens äldreomsorg. Detta refereras i biståndshandläggarnas utredningar, men sätter vanligen inga spår när det gäller föreslagna insatser.
- **WebCare**, som är ett databaserat stöd för informationsöverföring i första hand mellan akutsjukvården och kommunen, har underlättat kontakterna vid utskrivning – men informationsinnehållet i och användningen av systemet behöver utvecklas.
- **Biståndsbedömarens** roll beskrivs i rapporten som en ”grindvakt”. De äldres önskemål om stöd utifrån behov styrs ofta över till insatser utifrån tillgängliga resurser. De av slutenvården dokumenterade behoven av eftervård inom äldreomsorgen ifrågasätts ofta av biståndshandläggarna. Biståndshandläggarnas dokumentation (utredningar och beslut om bistånd) visar inte att biståndsbedömningen görs mot bakgrund av den äldres *totala* situation. Det saknas som regel en bedömning av vilka konsekvenser den äldres medicinska tillstånd har för behovet av sociala insatser och för behovet av samverkan med sjukvården. Flera äldre har önskat särskilt boende, men fått avslag.
- **Uppföljning** av hur beslutade hemtjänstinsatser verkställs sker inte på ett systematiskt sätt trots att detta är en viktig del i biståndshandläggarens arbete (SOSFS 1998:8).
- **Ansökningar om hemtjänst** innehåller ofta standardformuleringar eftersom den äldre normalt får hjälp av biståndshandläggaren med att formulera sin ansökan. Rättssäkerheten påverkas om dessa standardformuleringar inte motsvarar den äldres behov och önskemål, men ändå styr beslutet om insatser. Det går bara att överklaga sådant man ansökt och fått avslag på.
- **Hemtjänstens** hjälp efterfrågas av de äldre, men de beslutade insatserna stämmer långt ifrån alltid med de äldres behov och önskemål. Många av de intervjuade är också missnöjda med kvaliteten i insatserna, det gäller både städning, mat och annat.
- **Hemtjänstpersonalen** upplevs som vänlig, men de är ofta stressade och det är många nya ansikten. De äldre önskar att det inte var så många olika vårdbiträden och att det fanns möjlighet att lära känna dem.
- **Husläkaren** uppfattas som frånvarande av de äldre och socialtjänsten i hela samverkansprocessen. De äldre tycker att husläkaren är svår att nå.
- **Distriktssköterskan** uppfattas av några av de intervjuade i första hand som en förmedlare av recept och läkemedel. Många saknar ett nära samarbete mellan distriktssköterskan och husläkaren. För de flesta är distriktssköterskan ändå en trygghet och tillgänglig även med kort varsel. De intervjuade distriktssköterskorna anser själva att de har för lite tid för att hinna med allt som de skulle behöva uträtta.

lakttagelser kring läkemedelshanteringen

- **Läkemedelsrelaterade problem** av något slag finns hos alla de äldre som medverkat i granskningen. Problemen har oftast sin grund i brister i ordination och uppföljning.
- **Kunskapen** i äldrefarmakologi – dvs. de specifika problem/frågor som är förknippade med äldres läkemedelsbehandling – brister bland många läkare. Detta har framhållits i rapporter från bl.a. Socialstyrelsen.
- **Uppföljning** och omprövning av läkemedelsordinationer sker sällan.
- **Läkemedelslistan** på vårdcentralen var endast i ett fall uppdaterad i förhållande till den äldres aktuella läkemedelsanvändning.
- **Ansaret** för ordination och uppföljning av läkemedel är otydligt. Det saknas ett tydligt och samlat ansvar för den äldres totala läkemedelsordination.

Förslag till åtgärder

Mot bakgrund av ovanstående anser Äldrecentrum att det är dags att omformulera tankekonstruktionen "vårdkedjan" för gruppen multisjuka och multiviktande äldre. Flera studier visar att vårdkedjan inte fungerar för äldre med en sammansatt behovsbild. Av såväl samhällsekonomiska som kvalitetsmässiga skäl måste resurserna knytas samman och fokusera på de multisjukas samtliga behov. Vårdkedjan behöver förvandlas till något som kan liknas vid två kommunicerande kärl med primärvård och äldreomsorg i en sammanhållen verksamhet "på hemmaplan", och akutvård och övrig slutenvård då den verkligen behövs. Äldrecentrum lyfter även fram flera förslag vad gäller läkemedelshanteringen för äldre multisjuka.

Jämförelse mellan undersökningsområdena

Äldrecentrums granskning visar vissa skillnader mellan de tre kommunerna. Med hänsyn till att fallstudierna är förhållandevis få i varje kommun, är det emellertid inte möjligt att uttala sig om eventuella skillnader mellan kommunerna. I alla områden finns fall där vården verkar fungera bra och fall där den inte fungerar alls. Multisjuka äldre boende i Enskede-Årsta och Huddinge kommuner har t.ex. fler akutbesök. När det gäller dokumentation urskiljer sig Norrtälje. Slutenvården dokumenterar sällan eftervårdsbehov och primärvårdens dokumentation är vanligen sparsam. Dokumentationen från biståndshandläggarna bedöms som bristfällig.

4 Revisionskontorens kommentarer och slutsatser

Den nu genomförda granskningen ger en mörk bild av vården kring multisjuka äldre i ordinärt boende. Den problembild som år 1999 redovisades i revisionsrapporten "Tänk om någon såg helheten" – kvarstår fortfarande. Ett flertal rapporter från olika granskare har också bekräftat dessa brister. Kunskapen och medvetenheten om problemen finns således sedan många år – trots det finns problemen kvar. Situationen har till och med förvärrats enligt Äldrecentrum, bl.a. är det nu fler i undersökningsgruppen som har en demensdiagnos som en del av sin multisjuklighet.

Färre platser i särskilt boende och kortare vårdtider i slutenvården

I hela riket minskar antalet platser i särskilt boende. Antalet äldre i särskilda boendeformer har under perioden oktober 2000 t.o.m. oktober 2004 minskat med ca 11 %⁵. Samma period ökade antalet beviljade hemtjänststimmar med ca 12 %. Utvecklingen är likartad inom Stockholms län. Inom landstingen har vårdtiderna i slutenvården blivit allt kortare.

Denna utveckling innebär sammantaget att flera mycket vårdkrävande äldre bor kvar i ordinärt boende, vilket i sin tur innebär en ökad vårdtyngd och en mer påfrestande vårdssituation för såväl primärvården/hemsjukvården som kommunernas hemtjänst.

I *särskilt boende* ansvarar kommunen för sjukvården till och med sjuksköterskenivå och landstinget för läkarinsatserna. För personer i *ordinärt boende* har landstinget hela vårdansvaret. När kommunerna minskar antalet platser i det särskilda boendet blir det fler äldre i ordinärt boende, vilket gör att landstingets vårdansvar utökas. Att landstinget dessutom har kortat vårdtiderna i slutenvården ökar vårdtyngden i hemmet.

De multisjuka äldre har ofta stora kvarstående behov av vård, rehabilitering och omsorg. Det är i första hand personalen i "frontlinjen" som förutsätts tillgodose dessa behov. Den ökade vårdtyngden i gruppen multisjuka äldre med ordinärt boende, får givetvis konsekvenser för arbetsbelastning och resursbehov inom primärvården och hemsjukvården. Det innebär också att ökade krav ställs på kommunernas hemtjänst vad gäller såväl kompetens och resurser som organisering.

Insatserna är splittrade och helhetsansvar saknas

Granskningen visar att insatserna efter slutenvård är splittrade och att ett helhetsansvar saknas. Vårdplaneringen vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och husläkaren så gott som aldrig. Informationsöverföring sker via WebCare. Biståndshandläggarna delar långt ifrån alltid den bedömning av eftervårdsbehoven som slutenvårdspersonalen gör. Besluten om insatser från äldreomsorgen verkar enligt Äldrecentrums rapport snarare styras av tillgängliga resurser än av de multisjukas behov och önskemål. Många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och vårdkedjeadministratörer.

Husläkare och distriktssköterskor

Husläkarverksamheten/primärvården ska samverka med alla berörda aktörer för att tillgodose patientens vård- och omvårdnadsbehov och verka för att insatserna samordnas. Av basuppdraget framgår också att patient och närstående ska erbjudas möjlighet att delta i vårdplanering.

⁵ Socialstyrelsens årsstatistik

Verksamheten ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till gemensam vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Ovanstående gäller även för hemsjukvården. Husläkarverksamheten/primärvården har således ett mycket omfattande uppdrag.

Den nu genomförda granskningen visar stora brister i måluppfyllelsen avseende ovan refererade punkter i basuppdraget. *Husläkaren* deltar inte i vårdplaneringen kring de äldre, är svår att nå, och har i princip inte genomfört några hembesök hos målgruppen, enligt vad som framgår av fallbeskrivningarna. De äldre väljer i stället ofta att ta sig till sjukhusens akutmottagningar. Härigenom försämras möjligheterna till kontinuitet i läkarkontakterna, vilket påverkar vården, inte minst förskrivningen och uppföljningen av läkemedel.

Distriktssköterskorna är en annan viktig grupp för de multisjuka äldre som bor kvar hemma. Inte heller distriktssköterskorna hinner alltid medverka vid vårdplaneringen efter slutenvård, som ofta sker med kort varsel. I Äldrecentrums rapport ger de uttryck för att det är svårt att hinna med alla uppgifter och att det är svårt att klara de multisjuka i hemmet. Några av de intervjuade äldre och deras anhöriga uppfattar distriktssköterskorna i första hand som förmedlare av recept och läkemedel. För de flesta är distriktssköterskan ändå en trygghet och tillgänglig även med kort varsel. Man ser henne dock som en solitär och önskar att hon var tätare sammankopplad med den "onåbare" husläkaren.

Biståndshandläggare och hemtjänstpersonal

Biståndshandläggare har att hantera en komplicerad verklighet med förväntningar och krav ifrån olika håll. Äldrecentrum har nyligen i rapporten 2005:4⁶ gjort en översikt av aktuell forskning av biståndshandläggarnas yrkesroll och organisering. Av rapporten framgår bl.a. att det är biståndshandläggarna som står för myndighetsutövningen inom den kommunala äldreomsorgen. Yrkesbeteckning och utbildningsbakgrunden varierar. Biståndshandläggarnas arbete regleras av flera lagar. Kommunerna har vanligen någon form av riktlinjer för prövning av bistånd m.m. i äldreomsorgen.

Gapet mellan de äldres behov av omsorg och tillgängliga ekonomiska resurser har ökat sedan början av 1980-talet. Det innebär också ett ökande gap mellan de politiskt formulerade målen och den verklighet som många äldre, anhöriga och personal befinner sig i. Samtidigt har prioriteringarna inom äldreomsorgen, som borde ligga på ledningsnivå, pressats långt ned i organisationen. Biståndshandläggarna ställs hela tiden inför svåra avvägningar mellan lagstiftning, politiska mål, kommunala riktlinjer, resursbrist, individuella behov, anhörigas förväntningar och personalens krav. Biståndshandläggarnas yrkesroll är således mycket komplex.

Biståndshandläggarna har som regel en stor arbetsbelastning med ett stort antal omsorgstagare. Samverkan med andra aktörer och uppföljning av biståndsbeslut är ofta svårt att hinna med.

⁶ *Biståndshandläggare – ett (o)möjligt uppdrag*

Tyngdpunkten i arbetet har alltmer hamnat på kunskap kring de formella regelverken och en administrativ skicklighet. Forskningen visar att den ökade formaliseringen av handlägningsprocessen är särskilt tydlig i kommuner som tillämpar en s.k. beställar- utförarmodell. Där svarar biståndshandläggaren enbart för myndighetsutövningen – dvs. utredning, bedömning, beslut och beställning – medan utföraren står för arbetsledning av hemtjänstpersonalen.

En väl fungerande *hemtjänst* är grunden för att de äldre ska känna sig trygga med den vård och omsorg som ges i hemmet. Person-, tids- och omsorgskontinuitet är viktigt för kvaliteten i de insatser som ges. För att vården och omsorgen i hemmet ska fungera för gruppen multisjuka äldre måste hemtjänstens organisation, arbetsformer och kompetens utvecklas, liksom även samarbetet mellan primärvården och hemtjänsten.

Hanteringen av de äldres läkemedel har stora brister

Sedan slutet av åttiotalet har läkemedelsanvändningen hos äldre ökat med i genomsnitt två preparat per person. Under de senaste åren har komplikationer med äldres läkemedelsanvändning uppmärksamats i olika sammanhang. Socialstyrelsen fick år 2004 i uppdrag av regeringen att följa området och publicerade i december samma år en uppföljningsrapport. Rapporten pekade på stora kvalitetsbrister i läkemedelsanvändningen och på bristen av rutiner för uppföljning av ordinationer. Inom ramen för det medicinska programarbetet har Stockholms läns landsting publicerat en Fokusrapport, "Äldres läkemedel" (år 2005), där orsakerna till bristerna analyseras och åtgärder till förbättringar föreslås.

Fallstudierna som ingår i den nu genomförda granskningen framhäver tydligt nödvändigheten av att systematiskt gå igenom, och i så stor utsträckning som möjligt åtgärda de läkemedelsrelaterade problem som den undersökta målgruppen har.

Granskningen pekar också på ett systemfel. Andra studier ger samma bild. Olika läkare ordinerar läkemedel utan kännedom om vilka andra läkemedel patienten tar och/eller utan kunskap om hur läkemedlen fungerar tillsammans. Varje läkare har ansvar för sin läkemedelsordination, men ingen läkare har utifrån lagar och föreskrifter något samlat ansvar för en persons totala läkemedelsordination.

Det ligger närmast till hands att husläkaren skulle ha ett sådant ansvar, med hänsyn till uppdraget att se till helheten och fungera som "lots" i hälso- och sjukvårdssystemet. Fallbeskrivningarna i granskningen visar dock att husläkarna inte tar detta helhetsansvar. Av den senaste rapporten från Socialstyrelsen om äldres läkemedel⁷ framgår att styrelsen, i samband med en översyn av föreskrifterna för hantering av läkemedel, avser att tydliggöra husläkarens samordnade ansvar för patientens läkemedelsanvändning.

⁷ Uppföljning av äldres läkemedel (2004)

I avvaktan på dessa föreskrifter är det nödvändigt att landstinget ser över hur ansvaret praktiskt ska hanteras i uppdragsbeskrivningar, rutiner och i sjukvårdens organisation – för att säkerställa läkemedelshanteringen.

Rutinerna för uppdatering av läkemedelslistor måste ses över. Genomgången av läkemedelslistorna i granskningen visar att vårdcentralens lista endast i ett fall hade uppdaterats med mediciner insatta av andra läkare. Orsakerna är flera och tekniska lösningar kan i en framtid komma att avhjälpa delar av problemen, men det räcker inte. Kvaliteten på läkemedelslistan för denna grupp äldre multisjuka är inte acceptabel. Även rutiner för uppföljning av insatta läkemedel måste ses över. Det gäller såväl effekt som biverkningar av läkemedlen.

En orsak till bristerna vid hantering av läkemedel för denna målgrupp är troligen brister i kunskapen om hur äldre reagerar på olika läkemedel. En konsekvens av detta blir att fel läkemedel sätts in, att doserna blir för höga och/eller att kombinationerna av läkemedel utgör en risk för patienten. Detta leder till nya komplikationer och nya vård- och omvårdnadsbehov. Det blir en rundgång där medicineringen för ett problem leder till nya vårdbehov osv. Enligt en nyutkommen rapport⁸ bedöms 10-15% av alla inläggningar på sjukhus bero på felaktig läkemedelsanvändning. Det är därför nödvändigt att öka läkarnas kunskaper i äldrefarmakologi, att se över rutinerna för läkemedelsgenomgångar samt att utveckla det administrativa stödet till läkarna. Exempelvis genom en "äldreknapp" i det datoriserade förskrivarstödet Janus, vilket föreslås i Äldrecentrums rapport.

Vård och omsorg fungerar dåligt för multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet

Av den gemensamma policyförklaringen från 1998 framgår: "De båda huvudmännen har ett sammanlänkat ansvar som innebär att få beslut inom vård- och omsorgssektorn kan fattas av endera parterna utan att återverkningar skapas hos den andre huvudmannen.Den medicinska utvecklingen och tillkomsten av nya vårdformer medför krav på helhetssyn, nytänkande, gemensam planering och ett välutvecklat, strukturerat samarbete på alla nivåer i organisationen."

Minskningen av antalet platser i kommunernas särskilda boenden liksom de allt kortare vårdtiderna inom landstingets slutenvård ökar belastningen och ställer större krav på både primärvården/husläkarverksamheten (hemsjukvården) och kommunernas hemtjänst. Granskningen visar att detta drabbar gruppen äldre multisjuka i ordinärt boende. Granskningen väcker också frågor om hur stora vård- och omsorgsbehov den äldre kan ha och ändå bo kvar hemma, och hur behovet av en nära samverkan kring den äldre ska kunna tillgodoses. Inom såväl slutenvård och primärvård som hemtjänst ifrågasätts möjligheterna att ge en god vård i hemmet till flera av de äldre som ingår i granskningen.

⁸ Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus, Fokusrapport SLL 2005

Studiens väl definierade undersökningsgrupp, slumpmässigt uttagen ger, tillsammans med resultatet från andra studier, en generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system. Samtidigt ger studier av gruppen – med den metod som används (fallstudier) – också förståelse för hur vård- och omsorgsverksamhet behöver utformas för att uppnå kvalitet för de äldre och samtidigt vara försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Enligt Äldrecentrums bedömning finns ca 5 000 multisjuka i länet, de flesta i ordinärt boende. Denna grupp står för en betydande del av vårdens och omsorgens kostnader. Gruppen äldre med sammansatta behov är dock större än den väldefinierade undersökningsgruppen "multisjuka äldre". En vidare definition som bättre anger gruppens storlek omfattar också "multisviktande äldre"⁹, dvs. äldre personer med en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatserna. Enligt Äldrecentrum kan denna grupp uppskattas till ca 25 000 personer i Stockholms län.

Sammanfattningsvis konstateras i denna rapport, liksom i tidigare revisionsrapporter och i andra studier, att situationen mycket ofta är oacceptabel för äldre multisjuka som bor i eget hem. Situationen förefaller också ha försämrats sedan tidigare studier. Kunskap om problemen finns. För att åstadkomma en god och kostnadseffektiv vård och omsorg, måste dock ansvariga på alla nivåer samverka utifrån den äldres behov och utveckla verksamheter som stöder och kompletterar varandra. Detta arbete måste efterfrågas och drivas från politisk nivå hos huvudmännen. Dagens generella "lösningar" på multisjukas individuella problem fungerar inte!

Projektets styrgrupp

Anders Olsson
Landstingsrevisorerna

Britt-Marie Erlandsson
Landstingsrevisorerna

Elisabeth Englund
Stockholms stad

Maria Löfgren
Stockholms stad

Gunnar Uhlin
Ernst & Young (Huddinge)

Roger Burström
Komrev (Norrtälje)

⁹ Personer över 75 år med någon komplicerad diagnos och flera problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid.

Styckevis och delat

Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering
för utskrivningsklara multisjuka i
Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge

Ulla Gurner, Johan Fastbom, Lisbeth Hagman, och Zahra Shah-Shahid

SAMMANFATTNING	4
UPPDRAGET	7
BAKGRUND	7
INLEDNING	7
TIDIGARE STUDIER OM MULTISJUKA OCH SAMVERKAN	8
<i>Multisjuka i Enskede-Årsta</i>	8
NYA STUDIER OM SAMVERKAN I UNDERSÖKNINGSOMRÅDEN	10
HUR MÅNGA ÄLDRE HAR SAMMANSATTA BEHOV	11
GÄLLANDE LAGAR OCH REGELVERK	11
SAMVERKANSAVTAL	13
STUDIENS UPPLÄGGNING	16
SYFTE	16
METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT	16
REFLEXIONER KRING INSAMLING AV DOKUMENTATION	18
RESULTAT	20
UNDERSÖKNINGSGRUPPEN	20
<i>Ålder, kön och samboende/ensamboende</i>	20
<i>Diagnoser och symptom</i>	20
<i>Sluten- och öppenvårdsutnyttjande</i>	21
<i>Hjälp hemmet - äldreomsorg, hemsjukvård, anhörig/närstående och färdtjänst</i>	23
<i>Sammanfattning av undersökningsgruppen</i>	23
INTERVJUER MED MULTISJUKA OCH DERAS ANHÖRIGA OM BEHOV OCH PROBLEM	24
<i>Hemtjänsten</i>	24
<i>Vårdcentralen/Husläkarmottagningen</i>	26
<i>Sjukhusets akutmottagning</i>	27
<i>Slutenvården</i>	27
<i>Rehabilitering</i>	28
<i>Övrigt</i>	28
<i>Sammanfattning av synpunkter från multisjuka och deras anhöriga</i>	28
INTERVJUER MED VÅRD- OCH OMSORGSIVARE	29
<i>Rutinerna för informationsöverföring och vårdplanering</i>	29
<i>Samarbete mellan vård- och omsorgsgivare</i>	30
<i>Problem och möjligheter till lösningar</i>	31
<i>Sammanfattning av vård- och omsorgsgivarnas synpunkter</i>	32
INFORMATIONÖVERFÖRING OCH DOKUMENTATION - SLUTENVÅRD, ÖPPENVÅRD OCH ÄLDREOMSORG SAMT SAMVERKAN MELLAN PARTERNA	32
<i>Informationsöverföring</i>	32
<i>Dokumentation</i>	33
<i>Sammanfattning av iakttagelser om informationsöverföring och dokumentation</i>	35
LÄKEMEDELSANVÄNDNING OCH LÄKEMEDELSHANTERING	37
OMFATTNING OCH MÖNSTER	37
KVALITETSANALYS AV LÄKEMEDELSANVÄNDNINGEN	37
<i>Antal läkemedelsrelaterade problem (LRP)</i>	38
<i>Överensstämmelse mellan läkemedelslistor</i>	40
<i>Sammanfattning av läkemedelsanvändning och läkemedelshantering</i>	41
SAMMANFATTANDE DISKUSSION, SLUTSATSER OCH FÖRSLAG	42
VÅRD OCH OMSORG	42
LÄKEMEDEL	44
<i>Förslag till åtgärder</i>	47
BILAGA 1 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN ENSKEDE-ÅRSTA	49

BILAGA 2 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN NORRTÄLJE.....	69
BILAGA 3 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN HUDDINGE	92

Sammanfattning

Stiftelsen Äldrecentrum fick i februari 2005 i uppdrag att genomföra en studie vars huvudsakliga syfte var att ur ordinärt boende äldre multisjukas perspektiv studera informationsöverföring, läkemedelshantering och samarbete mellan slutenvård, öppenvård och kommunens hemtjänst. Uppdragsgivare var landstingsrevisionen och kommunrevisionen i Stockholm, Huddinge och Norrtälje. Undersökningen har till största del bedrivits under perioden juni – dec 2005.

Studiens resultat baseras på intervjuer (med multisjuka, deras anhöriga/närstående och personal involverade i vårdplanering), register- och journaldata samt specialinformation om läkemedel och läkemedelshantering kring 29 multisjuka¹ äldre i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge.

De 29 multisjuka som ingått i studien har en medelålder på 84 år. Drygt hälften är kvinnor och omkring 2/3 har varit ensamboende. De multisjuka äldre har vårdats inom slutet sjukhusvård fem gånger inom undersökningsperiodens 1.5 år. Den genomsnittliga vårdtiden har varit 32 dygn. I genomsnitt har de haft sex olika sjukdomsdiagnoser och i övrigt stora problem med trötthet, smärta, yrsel och sömn. Antalet läkemedel har i genomsnitt varit tio.

Hälften har varit inskrivna i hemsjukvård² med många distriktssköterske-/undersköterske-kontakter. Över hälften av undersökningspersonerna har haft hemtjänstinsatser. Drygt en tredjedel har varit både inskrivna i hemsjukvård och haft hemtjänststöd. Merparten har även fått hjälp av anhörig/närstående. I flera fall har detta stöd varit omfattande.

Studien visar liksom tidigare genomförda studier att vård- och omsorgsinsatserna inte hänger ihop. De äldre multisjuka har sällan varit medvetna om att de deltagit i någon vårdplanering på sjukhuset. Väl hemma från sjukhuset har husläkaren varit svår att nå. Även om distriktssköterskan inneburit en trygghet för de personer som varit inskrivna i hemsjukvården så har undersökningspersonerna och deras anhöriga saknat ett fungerande och nära samarbete mellan distriktssköterskan och husläkaren.

Akutmottagningen visar sig vara alternativet då vårdbehov tränger på och primärvårdens läkare inte varit tillgänglig. Antalet akutbesök har i genomsnitt varit sju och ökat i förhållande till tidigare studier av multisjuka. Flest akutbesök har de multisjuka boende i Huddinge och i Enskede-Årsta haft.

De äldre och deras anhöriga anser att de saknar inflytande över hemtjänstens utformning. Biståndet i form av regelstyrda insatser utfört av olika vårdbiträden har inte motsvarat det man önskat eller behövt. De finns också i flertalet fall missnöje med hur hjälpen utförts. Särskilt har detta gällt städning. I flera fall också bistånd kring mat och matdistribution. Biståndshandläggarna har av få upplevts som stödjande personer. Mera som "grindvakter" som styrt bistånd och insatser i förhållande till kommunens tillgängliga resurser.

¹ Personer som varit 75 år och äldre och som under en tolv månaders period vårdats inom slutet sjukhusvård minst tre eller fler gånger för minst tre eller fler olika sjukdomar

² Inskrivna inom primärvårdens s k basala hemsjukvård blir den äldre som har behov av sjuksköterskeinsatser med viss regelbundenhet och svårigheter att själv förflytta sig till vårdcentralen. Det kan gälla delning och förmedling av läkemedel, insulingivning, sårömläggningar, div provtagningar osv.

Ur den dokumentation som ingår i studien kan utläsas att slutenvården dokumenterar eftervårdsbehov inom både vård- och omsorgsområdet. I biståndshandläggarnas utredningar läggs ofta tyngdpunkten på den medicinska bild som slutenvården förmedlat. I utredningarna saknas däremot beskrivningar av de behov som det medicinska tillståndet medför och som ligger till grund för de biståndsbedömda insatserna inom socialtjänstlagen.

Behovet av samverkan för att klara det vårdbehov som dokumenteras tas sällan upp i biståndshandläggarnas utredningar. Inte heller i husläkar- eller distriktssköterskedokumentation tas behovet av samverkan med kommunens hemtjänst upp.

Biståndshandläggarna saknar primärvården vid vårdplaneringarna ut från sjukhuset. Kommunen klarar inte sitt uppdrag kring de äldre multisjuka utan primärvårdens distriktssköterskor och husläkare. Hemtjänstens biståndsbedömda regelstyrda insatser rimmar illa med de multisjukas behov av individanpassat och sammanhållet stöd.

Studien visar på omfattande problem med multisjuka äldres läkemedelsanvändning. Inte en enda av de studerade patienterna var utan läkemedelsrelaterade problem av något slag. Inte ens den person som endast hade två läkemedel. Orsakerna till dessa problem är många, men handlar främst om brister i ordination av läkemedel och uppföljning av behandlingen. Det handlar också om bristande kommunikation mellan den slutna sjukvården, specialister i öppenvård, husläkare och den äldre patienten.

Även om arbetssätt och lösningar måste se olika ut beroende av lokal struktur så behövs särskilda lösningar för multisjuka äldre och för äldre med multivikt. Det går inte att bedriva verksamhet med värdighet, kvalitet och ekonomi utan ett kontinuerligt och mångprofessionellt samarbete. Samarbetet måste vara stabilt över tid och med för varandra nåbara och definierade vårdbiträden, undersköterskor, distriktssköterskor, husläkare och anhöriga/närstående. Det måste finnas en husläkare med ett definierat ansvar för patienten. Det krävs speciellt avdelade distriktssköterskor som har som uppgift att arbeta med äldre i det ordinära boendet och fungera som länk mellan husläkaren och hemtjänstens vårdbiträden.

Närmast den äldre finns hemtjänstens vårdbiträden som istället för att genomföra dagens regelstyrda hemtjänstinsatser ska kunna anpassa stödet till de multisjukas behov. De skulle därigenom bli en resurs för distriktssköterskor och primärvårdsläkare. Ett sådant arbetssätt skulle kunna utveckla den kompetens som redan idag finns inom hemtjänsten. Hemtjänstinsatserna måste organiseras utifrån behoven hos de multisjuka och de regelstyrda insatserna rensas ut. En sådan organisering av hemtjänsten har möjlighet att fungera komplementärt till primärvården.

För att klara det som i denna studie visat sig vara en tydlig indikator på hur väl vården och omsorgen löser sin uppgift – läkemedelshanteringen – så behövs ytterligare professioner till teamet – apotekaren och farmakologen.

Rapportens titel ”Styckevis och delt”³ är ett citat från en av undersökningspersonerna som hellre ville se ett ”helt”. Den mängd insatser studiens äldre multisjuka fått ta del av i form av slutenvårdsvistelser, kontakter med specialistvård, akutvård, primärvård och kommunens äldreomsorg hänger inte ihop. Det är dags att omformulera tankekonstruktionen vårdkedjan för gruppen multisjuka och multiviktande äldre. Flera studier före denna har visat att vårdkedjan

³ Uttrycket kan härledas till Henrik Ibsens versdrama *Brand* från 1866 där en strof lyder ”*var det du är och var det helt och icke styckevis och delt*” och har blivit ett bevingat uttryck för helhet, äkthet och viljans ansträngning.

inte fungerat för äldre med sammansatt behovsbild. Resurserna måste knytas samman och fokusera på samhällsekonomi utifrån de multisjukas samtliga behov. Vårdkedjan behöver rensas ut och förvandlas till något som kan liknas vid två kommuniserande kärl med

- primärvård och äldreomsorg i gemensam verksamhet "på hemmaplan" och
- akutvård och övrig slutenvård då den verkligen behövs

Och vad gäller läkemedel och läkemedelshantering så behöver

- varje äldre patient ha tillgång till en läkare med helhetsansvar för den medicinska behandlingen
- varje läkare som vårdar äldre patienter regelbundet utvärdera och ompröva deras läkemedelsanvändning - på egen hand eller med stöd av expert (apotekare, klinisk farmakolog)
- riktlinjer skapas för hur läkemedelsbehandling ska följas upp vad gäller effekt, biverkningar, andra problem samt patientens följsamhet
- varje läkare som vårdar äldre patienter ha tillgång till förskrivarstöd
- varje slutanteckning från slutenvården (epikrisen) innehålla ett utförligt avsnitt om patientens läkemedelsordinationer att införas i vårdcentralens journal
- alla äldre patienter ha ett kort med uppgifter om aktuell läkemedelsbehandling
- varje läkare som vårdar äldre patienter ha goda kunskaper i äldrefarmakologi och om riktlinjer inom området

Uppdraget

Stiftelsen Äldrecentrum fick i februari 2005 i uppdrag att genomföra en studie vars huvudsakliga syfte var att ur ordinarie boende äldre multisjukas perspektiv studera informationsöverföring, läkemedelshantering och samarbete mellan slutenvård, öppenvård och kommunens hemtjänst. Uppdragsgivare var landstingsrevisionen och kommunrevisionen i Stockholm, Huddinge och Norrtälje. Undersökningen har till största del bedrivits under perioden juni – dec 2005.

Bakgrund

Inledning

Vård och omsorg kan fungera relativt väl för äldre med minnet i behåll, begränsade medicinska problem eller någon väldefinierad diagnos. Finns även starka anhöriga/närstående klarar man sig långt. För multisjuka/multisviktande äldre och för äldre på väg in i skröplighet framträder däremot en annan bild.

Sättet att tillgodose de äldres behov av vård och omsorg har förändrats under senaste dryga 10-årsperiod. Omstrukturering av sjukhusvården har inneburit både en minskning av antalet vårdplatser och kortare vårdtider. Antalet vårdtillfällen har ökat samtidigt som vårdtiden på sjukhus har minskat. Primärvården som förväntas klara hela befolkningens behov av vård utanför sjukhuset är idag inte organiserad att klara de äldre "storkonsumenter". De som har omfattande och sammansatta behov av både vård och omsorg.⁴

Äldreomsorgens utveckling under 1990-talet har inneburit en mer restriktiv hjälptilldelning. Detta har inneburit att den totala volymen äldreomsorg legat konstant samtidigt som antalet personer som får hjälp har minskat. De mest hjälpbehövande får stora insatser framför grupper med mindre hjälpbehov. Det särskilda boendet minskar till förmån för kvarboende. En ökad andel vård- och omsorgsuppgifter sköts av anhöriga och andra närstående.⁵

För att förstå den situation äldre med sammansatta behov och problem befinner sig i krävs verklighetsbeskrivningar som kan kasta ljus över den samlade effekten av alla insatser genom sluten- och öppenvård, husläkare, distriktssköterskor, äldreomsorgspersonal och närstående som "drabbar" äldre multisjuka. En rad olika studier har under senare år försökt att beskriva denna verklighet. Studierna har utgått från personer som varit 75 år och äldre och som under ett år vårdats inom slutenvård minst tre eller fler gånger för minst tre eller fler olika sjukdomar. Med denna "stränga" definition har det varit möjligt att få fatt på personer med ordentligt komplexa behov. Personer som "sätter press" på vård- och omsorgssystemet utanför sjukhuset.

Studiens väl definierade undersökningsgrupp, slumpmässigt uttagen, är intressant därför att den så väl ger generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system. Samtidigt som studium av gruppen med den metod som används också ger förståelse för hur vård- och omsorgsverk

⁴ Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur 2003
Helhetssyn behövs i vården av multisjuka äldre, U Gurner och M Thorslund, Läkartidningen, 2001(21): s 2596 –2602

⁵ Äldreuppdraget, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Rapport nr 2000:4

samhet behöver formeras för att uppnå kvalitet för de äldre och samtidigt vara försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Tidigare studier om multisjuka och samverkan

Många äldre har då de lämnar sluten sjukhusvård stora kvarstående behov av vård, rehabilitering och omsorg. På hemmaplan ska multisjuka/multisviktande äldres behov tas om hand av primärvård och äldreomsorg.

Insatserna efter slutenvård är splittrade och helhetsansvar saknas. Vårdplanering vid utskrivning från slutenvård fungerar bristfälligt. Distriktssköterskan är sällan med och distriktsläkaren så gott som aldrig. De rehabiliteringsinsatser som ges är för vissa patienter omfattande, men punktvisa och splittrade. Anhöriga görs sällan delaktiga i den vård och omsorg som beslutas. De mest utmärkande problemen har varit knutna till bristen på helhetssyn och samverkan mellan vård- och omsorgsgivare.

De fallstudier⁶⁷⁸⁹ som genomförts i Stockholms län under senare år tyder inte på att samverkan mellan vård- och omsorgsgivare har ökat eller att äldre med sammansatta behov kan garanteras en trygg vård och omsorg. De i studierna ingående multisjuka/multisviktande äldre är högkonsumenter av vård och omsorg. Ansvar för dem är ytterligt splittrat mellan vård- och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. De får massiva insatser utan sammantagen planering.

Den mängd insatser som ges, styckevis och delat, utan gemensam planering, uppdelat på olika verksamheter och till låg kvalitet för den äldre genererar kostnader utan nytta. De vinster som eventuellt skulle kunna göras, samhällsekonomiskt och mänskligt, förutsätter samordning.

Idag utvärderas fortfarande ofta verksamheter ur *producent-/verksamhetsperspektiv* akut-sjukvård, geriatrik, primärvård, hemrehabilitering, dagverksamhet, öppen hemtjänst, särskilda boenden o s v. Verksamheterna bedöms som bra eller mindre väl fungerande utan att resultatet kopplas till vad insatserna har för sammantagen effekt i den äldre multisjuka/multisviktandes *konsumentens* helhetsperspektiv. De brister som existerat mellan vård- och omsorgsnivåer framträder särskilt tydligt för de äldre med sammansatta behov som bott i ordinärt boende.

Multisjuka i Enskede-Årsta

År 1999 genomfördes en studie som rörde Enskede-Årsta. Undersökningspersonerna var 75 år eller äldre och hade skrivits ut från geriatrisk klinik med dokumenterade behov av både basal hemsjukvård och hemtjänstinsatser.¹⁰ Förutom dessa äldre intervjuades deras anhöriga, husläkare, distriktssköterska, biståndsbedömare och vårdbiträden. Resultatet var dystert för de ordinärt boende multisviktande äldre. Låg grad av samverkan och låg kvalitet i primärvårdens och hemtjänstens insatser. Genomgående saknades en helhetssyn på de äldres behov av medi

⁶ Tänk om någon såg helheten, Stockholms stads revisionskontor och Landstingsrevisorerna, DNR420/90-99

⁷ Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+boende i Enskede-Årsta - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser, U Gurner Äldrecentrum 2001:6

⁸ Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, 22 fallstudier av multisjuka 75+, Gurner & Fastbom, ÄldrecentrumC 2002:2

⁹ Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka i Sigtuna, Gurner, Fastbom & Österman, ÄldrecentrumC 2004:1

¹⁰ Tänk om någon såg helheten, Stockholms stads revisionskontor och Landstingsrevisorerna, DNR420/90-99

cinsk behandling, rehabilitering och omsorg. Detta visade sig tydligt i intervjuerna med de äldre och deras anhöriga och bekräftades i intervjuerna med ansvarig personal inom primärvård och hemtjänst.

År 2000 genomfördes återigen en fallstudie inom Enskede-Årsta.¹¹ Studien byggde på intervjuer med 26 multisjuka, 75 år eller äldre, och med deras anhöriga. Förutom dessa intervjuer ingick även all registrering av slutenvårds-, öppenvårds- och äldreomsorgsdata för den 18 månaders period som föregick intervjuerna. För samma tidsperiod ingick också primärvårdens journaler och kommunens biståndsbedömningar, biståndsbeslut och övriga journalhandlingar. Även aktuell läkemedelsförskrivning analyserades.

Det fanns i den studerade stadsdelen ett avtal om samverkan med landstinget för att garantera en trygg och värdig vård och omsorg genom väl fungerande vårdkedjor och vårdplanering. Studiens resultat visade att det inte räckte med avtal om samverkan. Det var en mörk bild som tonade fram och som exemplifierades i fallbeskrivningarna. De äldre med sammansatta behov kunde inte garanteras en trygg och värdig vård och omsorg.

Undersökningspersonerna hade under det dryga halvår som föregick intervjun haft kontakt med ett stort antal olika läkare inom specialistvård, akutvård samt med flera olika läkare inom primärvården. Vid flera av områdets vårdcentraler var läkarkontinuiteten mycket låg. Den medicinska vård som givits genom den sjukhusanslutna hemsjukvården (SAH) var en ljusglimt i mörkret för ett par av undersökningspersonerna som varit inskrivna där. Hemtjänstinsatserna som låg utanför SAH:s verksamhet fungerade däremot inte i samverkan med SAH insatserna vilket drabbade de multisjuka och deras anhöriga.

Information från sjukhuset i samband med utskrivningen därifrån via fax, behandlingsmeddelanden och epikriser verkade i de flesta fall komma fram till kommun och vårdcentralen. Detta visade inte minst läsningen av primärvårdens och kommunens journalhandlingar. Det saknades däremot fungerande samarbete och kontakter mellan de olika professionerna – läkare, distriktssköterskor, biståndsbedömare och vårdbiträden.

Inom ramen för studien utvecklades även en modell för kostnadsberäkning av multisjukas vård och omsorg.¹² Med denna modell kunde de specifika kostnaderna för varje undersökningsperson beräknas. De hade genomsnittligt mer än tre gånger så höga sammanlagda kostnader för vård och omsorg som genomsnittet äldre i samma åldersgrupp. Enbart kostnaderna för slutenvård och öppenvård var i genomsnitt tio gånger så höga. Landstingets kostnader för den öppna vården var mindre än en fjärdedel av slutenvårdskostnaderna. Både på individnivå och för gruppen som helhet utgjorde kommunens kostnader den smärre andelen.

Undersökningsresultatet tydde inte på någon överkonsumtion av slutenvård. Flera äldre blev hemskickade från ett akut sjukhusbesök med uppenbart kvarstående akuta medicinska problem. Den bästa lösningen hade dock för det stora flertalet multisjuka varit en fungerande organisation som kunnat tackla de kvarstående medicinska behoven utanför sjukhuset. Den primärvård som erbjöds var dessvärre illa fungerande i förhållande till de behov de äldre multisjuka hade av läkarkontinuitet och en sammanhållen vård och omsorg. En omfördelning av resurser från sjukhusets öppenvård till vård på hemmaplan genom primärvården hade varit

¹¹ Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+boende i Enskede-Årsta - behov och konsumtion av slutenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser, U Gurner Äldrecentrum 2001:6

¹² Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka?, Beräkning av kostnader för slutenvård och öppenvård, kommunens äldreomsorg samt informella insatser för 26 multisjuka 75+, L Jönsson & U Gurner, Äldrecentrum 2001:7

önskvärt. Ett sådant arbetssätt skulle också ha bidragit till att förebygga många onödiga sjukhusinläggningar och besök på akutklinik.

Hemtjänsten i den skepnad den gavs fungerade i de allra flesta fall med låg kvalitet för de äldre multistjuka. Detta hade att göra med den hårda regel- och uppgiftsstyrning som präglade insatserna och med de många olika inblandade vårdbiträden som utfört uppgifterna. Insatser för att hålla igång ett vardagsliv med hjälp av promenader eller sociala aktiviteter var i det närmaste obefintliga. Det egna inflytandet över den hjälp som gavs var så ringa att flera äldre med andra möjligheter avsåg sig hjälp.

De många läkemedlen, i genomsnitt 11, var en källa till stark oro för de flesta i undersökningsgruppen. Flera personer hade också vårdats på sjukhus för läkemedelsrelaterade problem. Riskerna var uppenbara eftersom undersökningsspersonerna fått läkemedel utskrivna av många olika läkare utan att någon av dessa tagit helhetsansvaret.

Nya studier om samverkan i undersökningsområdena

Äldrecentrum genomförde 2004/2005¹³ en studie vars syfte var att undersöka möjligheter och hinder för samverkan mellan vård- och omsorgsaktörer. Intervjuer genomfördes med biståndshandläggare och enhetschefer inom äldreomsorgen, ansvariga för samordning mellan vård och omsorg på landstingets beställarkontor, primärvårdschefer, distriktssköterskor, paramedicinare samt klinikchefer på resp geriatrik- och medicinklinik. Undersökningsområden var **Enskede-Årsta** inom Stockholms kommun samt **Huddinge** och **Norrtälje** kommuner. Omkring 10 intervjuer genomfördes inom resp område.

Sammanfattningsvis visade studien att samarbetet var svårast kring äldre med sammansatta behov. Enligt intervjuerna fick denna grupp äldre personer inte alltid en god vård och omsorg. Gråzoner existerade mellan huvudmännen - främst inom rehabiliteringsområdet. Många äldre skrevs ut från sjukhuset utan att ha hunnit med att återhämta sig. Vid vårdplaneringarna ut från sjukhuset saknades ofta någon representant från primärvården. Trots den äldres stora kvarstående vårdbehov blev hemtjänsten huvudansvarig vid hemgången.

I en lägesrapport från Stockholms läns landstings Beställare Vård¹⁴ beskrivs att Stockholms läns landsting och Stockholms stad under 2003 etablerat en tydlig struktur för samverkan. Införandet av WebCare¹⁵ förväntas lösa en del av de problemen som tidigare funnits vid informationsöverföringen. Av lägesrapporten framgår även att Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning samarbetat med Södersjukhuset för att förbättra situationen så att äldre inte ska behöva åka in till akutmottagningen utan att först ha varit i kontakt med hemtjänst eller vårdcentral.

¹³ Samverkan enkelt i teorin – svårare att praktisera, I Hjalmarsson & E Norman, Äldrecentrum 2005:3

¹⁴ Gun Ivergård, 2004-02-24, Beställare Vård, SLL

¹⁵ Databaserat informationsöverföringssystem mellan akutsjukvården och primärvård/kommun

Hur många äldre har sammansatta behov

De multisjukas andel av befolkningen har beräknats till omkring fyra procent av dem som varit 75 år och äldre.¹⁶ Denna väl definierade grupp är intressant därför att den så väl kan ge kunskap om brister i nuvarande system och samtidigt förståelse för hur vård- och omsorgs-verksamhet behöver formuleras för att uppnå kvalitet för de äldre och samtidigt vara försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

Omfattningen av den grupp som behöver en samlad vård- och omsorgsverksamhet är större än den intressanta och väldefinierade undersökningsgruppen multisjuka. En vidare definition som bättre anger behovsgruppens storlek omfattar också "multisviktande". Definierade som personer 75 år och äldre och med någon komplicerad diagnos eller flera olika, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Sammantaget innebärande en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård-, omsorgs- och rehabiliteringsinsatser. På basis av svenska epidemiologiska studier kan denna grupp antas utgöra ungefär en femtedel av befolkningen 75 år och äldre.¹⁷

Gällande lagar och regelverk

Många olika lagar och regelverk styr den vård och omsorgsverksamhet som multisjuka är beroende av och kommer i kontakt med. De för undersökningsgruppen mest relevanta är i korthet

Förvaltningslagen (1986:223) som reglerar förvaltningsmyndigheters handläggning av ärenden och som bl a slår fast varje myndighets skyldighet att lämna upplysningar, vägledning och råd med hänsyn taget till den enskildes behov.

Socialtjänstlagen (2001:453) som reglerar kommunernas ansvar och den enskildes rätt till bistånd och vars portalparagraf anger att verksamheten ska bygga på respekt för människors självbestämmande och integritet. Socialtjänstlagen anger i 2 kap. 2§ att kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp som de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Med det yttersta ansvaret följer uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att ansvarig huvudman kan ge den enskilde behövlig vård. Vidare anges i Socialtjänstlagen att om socialnämnden i ett enskilt fall finner att behov av hälso- och sjukvård föreligger utöver vård för vilken nämnden ansvarar, skall den i första hand hänvisa den hjälpsökande till sådan vård och vid behov förmedla kontakt mellan den hjälpsökande och vårdinrättningen.

Socialtjänstlagen innehåller inte några detaljerade regler för ansvarsfördelningen mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Eventuella tveksamheter och oklarheter får lösas genom överenskommelser mellan huvudmännen. Så kan också lokala behov och särskilda önskemål tillgodoses.

I 11 Kap. 5 och 6 §§ anges att handläggning av ärenden som rör enskilda samt genomförande av beslut om stödinsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentation skall

¹⁶ Se fotnot 1 sid 3. I Stockholms län ca 5.000 personer

¹⁷ Se fotnot 2 sid 3. I Stockholms län ca 25.000 personer

utvisa beslut och åtgärder som vidtas i ärendet samt faktiska omständigheter och händelser av betydelse.

Hälso- och sjukvårdens dokumentationsskyldighet regleras i **Patientjournalagen (1985:562)** i de inledande bestämmelserna anges att en patientjournal skall föras för varje patient vid vård inom hälso- och sjukvården. Med vård avses även undersökning och behandling.

I 3§ anges att en patientjournal skall innehålla de uppgifter som behövs för en god och säker vård av patienten. Uppgifterna skall föras in i journalen så snart det kan ske.

Socialstyrelsens allmänna råd om kvalitetssystem inom omsorgerna om äldre och funktionshindrade (1998:8) där det framhålls att kommunerna bör fastställa system för kvalitetsmål. Med hjälp av detta mål ska man planera, utföra, följa upp och utveckla verksamheten. Det framhålls att kvalitetssystemet bör säkerställa den enskildes möjlighet att leva och bo självständigt och under trygga förhållanden. Också skyldigheten att informera om omsorgens innehåll så att den enskilde och dennes ställföreträdare kan hävda sina rättigheter framhålls.

Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) fastslår att hälso- och sjukvård skall vara av god kvalitet och tillgodose patientens behov av trygghet i vård och behandling. Sjukvården ska vara lättillgänglig och bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet. Även delegering av vårduppgifter tas upp och här föreskrivs att delegering ska ske på ett sådant sätt att det går att förena med patientsäkerheten. I hälso- och sjukvårdslagen 6§ anges att somatisk och psykiatrisk vård som meddelas av läkare ett särskilt ansvar för landstinget medan det ligger på kommunernas ansvar att se till att den som är i behov av vård verkligen får den.

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om informationsöverföring och samordnad vårdplanering (SOSFS 1996:32) syftar till att skapa en struktur för informationsöverföring och samverkan mellan olika vårdgivare när det gäller patienter som är medicinskt färdigbehandlade och som efter utskrivning från sjukhuset bedöms ha särskilt behov av sociala omsorgsinsatser. Föreskrifterna kan även tjäna som vägledning i andra fall där förändrade behov av stöd/insatser kan föranleda vårdplanering och informationsöverföring mellan olika vårdgivare eller vårdnivåer. Samordnad vårdplanering skall ses som en process där berörda aktörer tillsammans med patienten samordnar planeringen av dennes fortsatta vård och omsorg, i första hand vid överföring från en vårdform/nivå till en annan.

Vid slutenvård består processen av följande moment:

- *intagningsmeddelande* till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- *bekräftelse* på mottagen information och överföring av aktuell information till slutenvården
- *ställningstagande* huruvida företrädarna för de olika vårdnivåerna ska mötas för planering
- *genomförande* av planeringen
- *utskrivningsmeddelande* till socialtjänsten och den öppna hälso- och sjukvården
- *epikris* (sammanfattande bedömning)

En väl genomförd vårdplanering förutsätter kontakt mellan aktuella vårdgivare och överföring av den information och kunskap om patientens tillstånd och situation som respektive vårdgivare besitter. För detta krävs dock patientens medgivande.

Ny författning ersätter ovanstående fr. o m dec. 2005 (SOSFS 2005:27)

En mer detaljerad skrivning kring frågor om delegering finns i **SOSFS Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (1997:14)**. Förutsättningen för en delegering mellan landstingsanställd och kommunanställd personal är enligt författningen att mottagaren av uppgiften har sin arbetslednings tillåtelse att utföra den. Den som delegerar över verksamhets- eller vårdgivargräns måste därför alltid först samråda med mottagarens arbetsledning.

I **lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)** anges att all legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal ska utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. Lagen säger också att en patient skall ges sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård.

Lagstiftningen kring **förskrivning och uppföljning av läkemedel** är knapphändig. Inget finns reglerat kring vilka ställningstaganden som bör föregå en läkemedelsförskrivning. Saknas gör också regelverk kring hur en läkemedelsordination ska följas upp. Förskrivning och ordination förutsätts ingå i förskrivarens yrkesansvar precis som uppföljning av övriga insatta behandlingsåtgärder. Läkemedelsverket har utfärdat föreskrifter om säkerhetsbevakning och här regleras hur **läkemedelsbiverkningar** ska rapporteras till verket eller till verkets regionala biverkningscentra. Rapporteringsskyldigheten rör alla allvarliga och oförutsedda biverkningar. Föreskriften omfattar däremot inte de biverkningar som utgör merparten av dem som drabbar äldre d v s kända och/eller mindre "allvarliga" biverkningar.

I **lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (SFS 2003:193)** regleras informationsöverföring från somatisk akutsjukvård, geriatrisk och psykiatrisk vård till kommunens socialtjänst eller till landstingets primärvård och övriga öppenvård. Enligt betalningsansvarslagen ska en vårdplan upprättas i samarbete med berörda vård- och omsorgsgivare för den patient som den behandlande läkaren inom den slutna sjukhusvården bedömer behöver fortsatta insatser efter utskrivningen från sjukhuset. Enligt lagen bör patienten själv och närstående delta i upprättandet av denna vårdplan. I lagen regleras även ett betalningsansvar för kommunen dagen efter det att läkaren bedömt patienten som utskrivningsklar och efter det att en vårdplan upprättats. Motsvarande betalningsansvar finns inte mellan den slutna och den öppna vården.

Samverkansavtal

Samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget har sedan åttiotalet ofta, med några undantag, reglerats i olika samverkansavtal. 1998 formulerade politikerna från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre¹⁸. Syftet med samverkan är att

- tillförsäkra den enskilde en god vård, omsorg och rehabilitering
- klargöra det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor, omsorg och rehabilitering
- verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna.

Det finns samverkansavtal på två nivåer; grundavtal och lokala överenskommelser. Kommunerna och landstingets beställarorganisation ingår i grundavtal vars huvudsakliga syften är

¹⁸ Samverkan enkelt i teorin – svårare att praktisera, I Hjalmarsson & E Norman, Äldrecentrum 2005:3

att tydliggöra ansvarsgränser och klargöra vad som är gemensamt ansvar. De nuvarande grundavtalen förutsätter att samverkansöverenskommelser också görs på lokal nivå inom varje kommun.

Grundavtalen om samverkan i de tre undersökta kommunerna/stadsdelen har olika utformning men innehåller motsvarande punkter som finns i den ovan redovisade policyn för Stockholms län från 1998. Särskilda överenskommelser finns dessutom bland annat om läkarinsatser i särskilda boenden, samordnad vårdplanering m m.

Stockholms läns landsting och **Stockholm stad** slöt i slutet av 2004 ett samverkansavtal med samtliga stadsdelar i staden. I avtalen beskrivs organisationen för samverkan och hur informationsutbyte ska gå till. Hanteringen av avvikelser och överenskommelser om gemensamma utbildningar tas också upp. Enskede- Årsta har tillsammans med landstinget arbetat vidare med frågor som rör samverkan mellan stadsdelen och vårdcentralerna. Detta rör utskrivningsklara patienter och frågor om rehabilitering. Inom följande områden pågår/ska påbörjas utvecklingsinsatser

- rehabilitering - där kommunen ansvarar för den rehabilitering som omfattar de särskilda boendena och landstinget för kvarboendet.
- hälso- och sjukvård inom de särskilda boendeformerna.
- hjälp i det ordinära boende - där landstinget ansvarar för hälso- och sjukvården
- gemensamma utbildningar

Huddinge kommun och Stockholms läns landsting har grundavtal om samverkan undertecknat 2004. Syftet med grundavtalet om samverkan är att lyfta fram betydelsen av samverkan och reglera formerna för denna.

Grundavtalet om samverkan med Huddinge kommun ska:

- ge parterna möjlighet att utifrån gemensamma prioriteringar tillskapa bästa möjliga förutsättningar för en god hälsa samt erbjuda bästa möjliga vård och omsorg för befolkningen
- syfta till att utifrån de resurser och prioriterade områden som finns från både SLL och Huddinge kommun, få till stånd bästa möjliga verksamhet för befolkningen i Huddinge kommun.
- bidra till en helhetssyn på befolkningens hälsa i Huddinge kommun
- bidra till att parterna ska ha kännedom om varandras verksamhet för de områden som avtalet reglerar
- klargöra det gemensamma ansvaret, initiera tillkomsten av lokala samverkansöverenskommelser/-avtal samt följa upp dessa
- verka för ett samarbete byggt på en strukturerad och reglerad regelbunden samverkan på basis av gemensamt ansvarstagande och långsiktighet
- tillskapa former för samråd kring respektive huvudmans budgetprocess

Förutom grundavtalet finns även överenskommelse om Äldreteam med hemrehabiliterings- och stroke-team.

En ny överenskommelse som ska gälla för perioden 2006 – 2007 har arbetats fram.

Norrtälje kommun har sedan början av 2004 haft ett gemensamt grundavtal för samverkan med Stockholms läns landsting. I avtalet framgår syftet med samverkan samt hur fasta samverkansformer på politisk respektive tjänstemannanivå skall utövas. Medborgarens, patientens och klientens situation tydliggörs liksom regler kring verksamhets- och strukturförändringar. Det finns även en skrivning kring hur uppföljning av grundavtalet ska fungera. Samverkansområden finns specificerade liksom innebörden av begreppet kontaktperson. I Norrtälje bildar landsting och kommun en gemensam Vård- och omsorgsnämnd fr o m början av 2006.

Studiens uppläggning

Syfte

Syfte är att *utifrån de äldres perspektiv följa* hur multisjuka/multisviktande ordinärt boende multisjuka "hanteras" av slutenvård, närsjukvård och kommunens äldreomsorg.

- Vilka är behoven hos de äldre?
- Hur fungerar rutiner för informationsöverföring och vårdplanering när patienterna är utskrivningsklara?
- Hur fungerar samarbete mellan vård och omsorgsgivarna?
- Hur ser läkemedelslistan ut vid utskrivningstillfället, hur överförs information om nya ordinationer och vad blir resultatet?
- Var ligger problem och möjligheter till utveckling?

Metod och tillvägagångssätt

För att ge möjligheter att utnyttja kunskapen i den studie¹⁹ som tidigare genomförts ur ett producentperspektiv valdes samma **undersökningsområden**. Enskede-Årsta som utvärderats i två tidigare studier²⁰. Huddinge kommun valdes som exempel på ett område med väl utvecklade samverkansdokument och Norrtälje kommun som representerar glesbyggd och som tillsammans med landstinget inlett diskussioner om gemensam vård- och omsorgsnämnd.

Undersökningspersoner är äldre multisjuka²¹ i en följd utskrivna till ordinärt boende efter vård på medicin- eller geriatrisk klinik under perioden feb - mars 2005. I Enskede-Årsta stadsdel inom Stockholms kommun (Södra Stockholms geriatriska klinik och Södersjukhuset), i Huddinge kommun (Karolinska universitetssjukhuset, Huddinge) och i Norrtälje kommun (Norrtälje sjukhus.)

Undersökningsmaterialet består av

- Intervjuer med **multisjuka** i deras hem under de två första veckorna i juli 2005. (Sammanlagt 29 personer. Nio i Enskede-Årsta, tio i Huddinge och tio i Norrtälje).
- Telefonintervjuer med 20 **anhöriga/närstående** under sensommar/höst 2005.
- 20 telefonintervjuer med **sjuksköterskor** inom slutenvård, **distriktssköterskor** och **biståndshandläggare** nov 2005.
- **Sluten- och öppenvårdsregisterdata** för perioden jan 2004 - juni 2005.

¹⁹ Samverkan enkelt i teorin – svårare att praktisera, I Hjalmarsson & E Norman, Äldrecentrum 2005:3

²⁰ Enskede-Årsta har tidigare studerats:

Tänk om någon såg helheten, Stockholms stads revisionskontor och Landstingsrevisorerna, DNR420/90-99

Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+boende i Enskede-Årsta - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser, U Gerner Äldrecentrum 2001:6

²¹ ska under en tolv månadersperiod före aktuell utskrivning ha vårdats tre eller fler gånger inom sluten sjukhusvård samt under denna tidsperiod haft diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper

- Journaler från **medicin- och geriatrikklirikerna** vid utskrivningstillfället feb - mars 2005.
- Journaler (för feb - juni 2005) från **primärvården**: Enskede-Årsta (Årsta, Dalens och Stureby vårdcentraler), Huddinge (Flemingsberg, Huddinge, Stuvsta, Segeltorp och Trångsunds vårdcentraler) Norrtälje (Norrtälje Norra, Hallstaviks och Rimbo/Edsbro husläkarmottagningar).
- Från **kommunerna** granskades biståndsbedömningar, -beslut, -beställningar samt dokumentation mellan den slutna vården, öppna vården och kommunen för feb - juni 2005.

Undersökningspersonerna följdes retroaktivt genom intervjuer med dem, deras anhöriga/närstående samt genom vissa kompletterande intervjuer med sjuksköterskor inom slutenvården, distriktssköterskor och biståndshandläggare. Sluten- och öppenvårdsdata rör perioden jan 2004 – juni 2005. Journaldata rör feb - juni 2005.

För att ringa in de personer som skulle komma att ingå i studien genomfördes en analys av slutenvårdsdata för perioden feb - mars 2004 – feb - mars 2005. De personer vi var intresserade av att få med i undersökningen skulle under denna tolv månadersperiod ha varit inskrivna inom sluten sjukhusvård tre eller fler gånger och under denna tid behandlats för tre eller fler diagnoser från olika sjukdomsgrupper²².

Äldrecentrum fick tillgång till namn och adressuppgifter för de personer som enligt definitionen var möjliga undersökningspersoner. Till dessa sändes brev med information om undersökningen. Telefonkontakt med undersökningspersonerna togs några dagar efter det att brevet nått dem. Vid denna telefonkontakt gavs de äldre ytterligare information om projektet och tid för intervju i undersökningspersonernas hem bokades.

Undersökningspersonerna gav före intervjun sitt skriftliga godkännande till medverkan i studien samt tillstånd att ta del av registeruppgifter och övriga handlingar som rörde dem inom sluten- och öppenvård samt inom kommunens äldreomsorg. Tillståndet gällde även kontakter med anhöriga och personal. Efter intervjun med den multisjuka togs kontakt med den anhöriga som undersökningspersonen valt och själv tillfrågat om medverkan. Dessa intervjuer liksom de med personal genomfördes till största del per telefon.

Vid intervjuerna har en frågeguide, med en kombination av öppna och mer strukturerade frågor, använts. De 50-tal frågor som ställdes till de multisjuka omfattar, förutom uppgifter om hälsa och funktionsförmåga, den egna uppfattningen och bedömningen av problem och behov samt hur dessa behov har hanterats och tillgodosetts inom slutenvård, primärvård samt kommunens äldreomsorg. Intervjuerna har gjorts i de multisjukas hem och tagit ca två timmar i anspråk. De 30-tal frågor som ställdes till anhöriga/närstående har koncentrerats till hur dessa sett på den multisjukas behov och hur behoven, enligt deras mening, har tillgodosetts. Intervjuerna med de anhöriga/närstående har i de flesta fall skett per telefon och tagit mellan en halv till en timme.

Telefonintervjuer har genomförts med ett 20-tal sjuksköterskor, distriktssköterskor samt biståndshandläggare inom landstingens slutenvård, primärvård samt kommunernas äldreomsorg. Dessa professioner har intervjuats eftersom de är de aktiva parterna vid informations

²² Beskrivning av gruppering utgår från Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD 10), Socialstyrelsen.

överföring och vårdplanering kring de äldre multisjuka. De tre frågor som ställts är: Hur fungerar rutiner för informationsöverföring och vårdplanering när patienterna är utskrivningsklara? Hur fungerar samarbetet mellan vård och omsorgsgivarna? Var ligger problem och möjligheter till utveckling?

Information om patientens läkemedelsordinationer har samlats in från olika källor:

- aktuella läkemedelsordinationer som patienten fått vid utskrivningen från sjukhuset,
- patientens recept och läkemedelsförpackningar,
- läkemedelskort i dosett
- epikris från aktuellt slutenvårdstillfälle samt
- patientens journal på vårdcentralen.

Därtill har de äldres "faktiska" läkemedelsanvändning kartlagts genom intervju i hemmet. D v s vad de verkligen haft och tagit av ordinerade läkemedel, egeninförskaffade receptfria läkemedel, naturmedel etc. Vid intervjun ställdes också frågor om läkemedelshantering, om problem, samt patientens syn på läkemedel och ordinationer.

Läkemedelsuppgifterna granskades och värderades av en apotekare samt matades in i ett specialgjort datorprogram (Monitor) som analyserar läkemedelsanvändningen med avseende på såväl kvantitet som kvalitet, bl a utifrån Socialstyrelsens indikatorer²³. Allt tillgängligt material (patientens journal från sluten- och öppenvård samt aktuell läkemedelslista) analyserades av en apotekare och slutbedömningen gjordes i samråd med en klinisk farmakolog.

Reflexioner kring insamling av dokumentation

I slutet av augusti skickade Äldrecentrum ut ett brev till de berörda slutenvårdsenheterna, öppenvården och till de kommuner som varit i kontakt med de multisjuka personer som ingick i revisionsstudien. Efterfrågat var all den dokumentation som berörde informationsöverföring och läkemedelshantering för undersökningspersonerna vid in- och utskrivning från slutenvård, journalhandlingar och samtliga kontakter med öppenvård och kommun. Från kommunerna efterfrågades också biståndsbedömningar, biståndsbeslut och beställningar inom kommunens äldreomsorg. Detta gällde all information som fanns dokumenterad under perioden 1 februari t o m 31 juni 2005. Verksamheterna fick drygt två veckor till förfogande för att inkomma med den efterfrågade dokumentationen.

Av totalt 20 verksamheter i de olika områdena omfattande sluten- och öppenvård samt kommunerna så använde endast sex rekommenderat brev för att skicka den sekretessbelagda dokumentationen. Endast hälften av materialet kom till oss inom efterfrågad tid. Resterande inkom efter påstötning per telefon, mail och/eller brev. I flera fall blev påminnelserna många och väntetiden lång.

Från Enskede-Årsta inkom journaler både från sluten- och öppenvård, undantaget ett fall, i tid. Dokumentation från kommunen inkom per rekommenderat brev och före utsatt datum.

²³ Socialstyrelsens indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvalitet hos äldre – Socialstyrelsens förslag, Artikelnummer 2003-110-20

Från Norrtälje inkom journalhandlingar från slutenvården med rekommenderat brev men efter senast utsatta datum. Endast en av tre husläkarmottagningar skickade sina journaler i tid och per rekommenderat brev. Kommunen i Norrtälje bad om uppskov med 10 dagar men inkom ändå mer än en vecka efter överenskommet datum och skickade sekretessbelagd information med ordinär postgång. Den efterfrågade dokumentationen var inte komplett.

I Huddinge skickades hälften av dokumentationen från slutenvården per rekommenderat brev och inom utsatt tid. Öppenvården skickade samtliga journalhandlingar med vanlig postgång och endast två av fem vårdcentraler inkom med sina handlingar i tid. Huddinge kommun inkom med dokumentation i tid men med vanlig postgång.

Resultat

Undersökningsgruppen

Ålder, kön och samboende/ensamboende

Undersökningsgruppen består av 29 multisjuka personer. Nio i Enskede-Årsta och tio i var-dera Norrtälje och Huddinge. Deras medelålder var 84 - den yngsta 75 år och den äldsta 97. 15 personer är kvinnor och 14 män. 19 är ensamboende och 10 bor tillsammans med make/maka. I Enskede-Årsta är samtliga utom en undersökningssperson ensamboende. I Norrtälje sju och i Huddinge fyra. I Huddinge finns de flesta männen (7). I Huddinge är undersökningsspersonerna något äldre än i de övriga områdena.

Diagnoser och symptom

Undersökningsspersonerna har under hela periodens slutenvårdsvistelser i genomsnitt behandlats för sex olika diagnoser från någon av de diagnosgrupper som redovisas i tabell 1.

Tabell 1 Diagnoser inom slutenvård from jan 2004 t o m juni 2005

Diagnoser	Totalt (n 29)
Hjärta	26
Övriga kärl	12
Stroke	4
Faktorer av betydelse*	18
Symptomdiagnos**	17
Andningsorganens sjukdomar	11
Muskuloskeletala sjukdomar	11
Urinvägsinfektioner	10
Endokrina sjukdomar (utom diabetes)	8
Diabetes	7
Matsmältningsorganens sjukdomar	7
Blodbildande organ & immunförsvar	6
Infektionssjukdomar	6
Övrigt (ögon, öron, hud)	6
Demens	5
Frakturer	4
Nervsystem	4
Psykiska sjukdomar (utom demens)	3
Tumörer	3
Övriga skador (utom frakturer)	2
Bristande kost och vätsketillförsel	1
Totalt	171

* Faktorer av betydelse för hälsotillståndet finns under kap 21 i ICD-10, **Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem**, Socialstyrelsen, 1997

** Symptom, sjukdomstecken och onormala kliniska fynd och laboratoriefynd som ej klassificerats annorstädes. Kap 18 i ICD-10 **Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem**, Socialstyrelsen

Av tabell 1 framgår att det varit vanligast att ha vårdats för en diagnos inom cirkulationsorganens sjukdomar – främst hjärtsjukdom, sedan övriga kärl och sist stroke. Näst mest vanligt har varit att vårdas för någon symptomdiagnos, faktorer av betydelse hälsotillståndet eller för kontakter med hälso- och sjukvården.

En tredjedel av undersökningspersonerna har någon gång under perioden blivit behandlade inom den slutna sjukhusvården för sjukdom i andningsorgan eller för sjukdomar i muskler och skelett. Urinvägsinfektioner har varit ett problem för lika många. Diabetes och sjukdomar i matsmältningsorganen har varit relativt vanliga. Inga större skillnader finns mellan undersökningsområdena.

Tabell 2 visar att de 29 undersökningspersonerna i medeltal uppgav sig ha tio av de 20 efterfrågade symptomen/problemen. Det vanligaste problemet var förknippat med trötthet, smärta, yrsel, svullna ben och fötter samt problem med sömnen. Över hälften av gruppen hade också problem med andfåddhet och muntorrhet.

Tabell 2 Antal symptom/problem angivna av de multisjuka

	Symptom	Har problem
1	Trötthet	25
2	Smärta	23
3	Yrsel	20
4	Svullna underben/fötter	20
5	Sömnbesvär	18
6	Andfåddhet	17
7	Muntorrhet	16
8	Själslig oro	14
9	Förstoppning	14
10	Är ofta ledsen	13
11	Dålig aptit	11
12	Ont i magen	11
13	Svårt att kissa	11
14	Hosta	11
15	Huvudvärk	10
16	Kroppslig oro	11
17	Klåda	9
18	Diarré	8
19	Mardrömmar	7
20	Illamående	6
	Totalt	275/29=9.5

Sluten- och öppenvårdsutnyttjande

Som tabell 3 visar har undersökningspersonerna i genomsnitt vårdats inom slutna sjukhusvård fem gånger under den senaste 1,5 års perioden. Som mest har en person varit inom slutna sjukhusvård 16 gånger, som minst tre. Det genomsnittliga antal dagar personerna legat på sjukhuset har varit 32. Som mest har en person vårdats i 124 dagar och som minst endast nio.

Undersökningspersonerna har träffat specialistläkare inom den öppna sjukhusvården i genomsnitt sju gånger. Sjukhusets akutmottagning har personerna i medeltal besökt nära sju gånger. En person har besökt akuten så många som 27 gånger.

Med husläkaren har kontakterna i genomsnitt varit 14, som mest 43 och som minst en kontakt. I de allra flesta fall har kontakterna varit indirekta i form av administration kring dokumentation från slutenvård, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter. Med distriktsköterskan eller undersköterska har kontakterna varit flera. I genomsnitt dryga 70. 14 undersökningspersoner har varit inskrivna i hemsjukvård för dessa är det genomsnittliga antalet kontakter 52. Även många av kontakterna med distriktssköterska och undersköterska är av administrativ karaktär. För närmare beskrivning av sluten- och öppenvårdskontakterna hänvisas till fallbeskrivningarna.

Tabell 3 Sluten- och öppenvårdskonsumtion from jan 2004 t o m juni 2005

		Totalt	Medelvärde N=29
Slutenvårdskonsumtion	Antal vårdepisoder	147	5.1
	vårddygna	935	32.2
Träffat läkare inom öppen- vård	Antal Specialistläkare	208	7.2
	Akutläkare*	195	6.7
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	34	1.2
	Sjukgymnast	66	2.3
	Arbetsterapeut	28	1
	Undersköterska	7	0.2-
	Medicinsk service	61	2.1
	Övrig personal ***	34	1.2
Kontakter med VC/HL läkare	Husläkare**	400	13.8
Kontakter med övrig vårdper- sonal VC/HL	Distriktssköterska	1353	46.7
	Undersköterska	736	25.4
	Sjuksköterska	2	-
	Sjukgymnast	18	0.6
	Dietist	1	-
	Arbetsterapeut	12	0.4
	Ortopist	7	0.2
	Annan vårdgivare	2	-
Hemsjukvård av VC/HL kon- takterna****	Summa	1514	52.2

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

*** Ortopist/fotvård, psykolog, hörselvårdsassistent, oftalmologassistent, hypertonsköterska & annan vårdgivare

**** Utöver besök i hemmet inkluderas även administration kring läkemedelshantering samt telefonkontakter

Det går inte att dra några tydliga slutsatser om skillnader mellan de olika undersökningsområdena. För detta är urvalet i resp område för litet. Den enda skillnad som är värd att notera är att det i Norrtälje är något färre vårdepisoder och vårddagar än i de övriga områdena. Detta gäller även antalet akutbesök på sjukhuset liksom specialistvård i öppen form. Vad gäller kontakter med vårdcentralens läkare så är dessa högre både i Norrtälje och i Huddinge i förhållande till Enskede-Årsta.

Hjälp hemmet - äldreomsorg, hemsjukvård, anhörig/närstående och färdtjänst

Av dokumentation kring undersökningspersonerna och genom intervjuerna med de multisjuka och deras anhöriga framkom att 18 personer hade **hemtjänst**. Av dessa fick 15 mera omfattande och dagliga insatser. De flesta av dem fick hjälp flera gånger per dag. Övriga tre personer hade endast larm.

För åtta multisjuka har **särskilt boende** varit under diskussion. Två äldre har fått bistånd till sådant. I det ena fallet önskade den äldre att få komma till samma boende som maka/make. Detta kunde inte lösas. I det andra fallet tackade den äldre nej till den erbjudna platsen. Två äldre har fått avslag på sina skriftliga ansökningar. Den ena personen var 97 år och orkade inte överklaga. I det andra fallet har närstående ansökt om särskilt boende två gånger. Den sista gången blev det avslag med motivering att det sökta serviceboendet inte passade för dementa multisjuka. I fyra fall har någon skriftlig ansökan aldrig formulerats. Den äldre har, genom samtal med biståndshandläggaren, lyssnat till dennes tveksamhet och förstått att det inte varit någon ide att gå vidare.

Hälften av undersökningspersonerna var vid tiden för intervju inskrivna i **hemsjukvård**. För de flesta innebar detta att de fick besök i hemmet av vårdcentralens distriktssköterska någon gång per vecka för vidarebefodran av recept och för delning av dosett. I några fall kom distriktssköterskan eller undersköterskan mer ofta hem för omläggning av sår, för att ge spruta eller ta olika prover. Elva multisjuka hade **insatser genom både hemtjänst och hemsjukvård**.

Tjugo multisjuka hade **anhörig/närståendestöd**. I nära hälften av fallen var stödet mer omfattande. I åtminstone fem fall är anhörigstödet mycket omfattande. I åtta fall fungerar anhöriga som ett viktigt komplement till hemtjänstinsatserna. Femton personer hade **färdtjänst**.

Det går inte att på basis materialet se några större skillnader mellan de olika områdena. Huddinges tio undersökningspersoner hade en något högre medelålder och där fanns även något fler äldre med hemtjänst. Norrtälje hade fler anhöriginsatser. Enskede-Årsta hade flest multisjuka med demensdiagnos (4 personer) och där fanns även de flesta ensamboende. I Enskede-Årsta var det några fler personer med hemsjukvård samt några fler med insatser genom både hemtjänst och hemsjukvård.

Sammanfattning av undersökningsgruppen

- 15 kvinnor och 14 män
- medelålder 84 år
- 19 ensamboende och 10 samboende
- 6 diagnoser i snitt (3 min – 10 max)
- i snitt 10 symptom/problem (2 min – 19 max)
- i snitt 5 slutenvårdsepisoder (2 min – 16 max)
- i snitt 32 vårddygn inom sluten sjukhusvård (9 min – 124 max)
- träffat läkare på sjukhusets akutmottagning i snitt 7 gånger (2 min – 27 max)
- träffat läkare inom specialistvård i snitt 7 gånger (0 min – 30 max)

- kontakter med husläkare på vårdcentral i snitt 14 gånger (1 min – 43 max)
- kontakter med distriktssköterska/undersköterska inom vårdcentral/husläkarmottagning i snitt 75 gånger (0 min -287 max)
- 14 personer var inskrivna i hemsjukvård
- 18 personer hade hemtjänst
- 11 personer hade insatser från både hemtjänst och hemsjukvård
- 20 multisjuka fick hjälp av anhöriga/närstående (7 fick omfattande stöd)

Intervjuer med multisjuka och deras anhöriga om behov och problem

Studiens huvudsakliga syfte har varit att utgå ifrån de multisjuka äldre personernas perspektiv. Uppgifterna under detta avsnitt bygger på intervjuerna med de multisjuka undersökningspersonerna samt deras anhöriga. Här framförs deras uppfattning om behov och problem samt deras uppfattning om den vård och omsorg som de kommit i kontakt med.

Varje undersökningspersons uppfattning finns även samlat redovisade i bilagda fallbeskrivningar. I fallbeskrivningarna redovisas även läkemedelskonsumtion och hantering, konsumtion av vård och omsorg, dokumentation inom slutenvård och öppenvård samt inom kommunens äldreomsorg.

Hemtjänsten

De flesta som inte har stöd genom make/maka eller närstående är tacksamma för att de överhuvudtaget får hjälp av kommunens hemtjänst. Insatserna motsvarar dock, som även framgår av fallstudierna, för de flesta långtifrån det man önskar och behöver. Enligt de intervjuade arbetar hemtjänsten efter *"sina regler"* och man önskar att *"hemtjänsten hade hemtjänst som kunde göra det hemtjänsten inte själva gör."* Många aktar sig för att lägga sig i eller ha synpunkter på de utförda hemtjänstinsatserna. *"Dom gör som dom tycker är bäst."* En man *"ligger lågt"* när det gäller att anmärka på hemtjänstens arbete.

Även om vårdbiträdena upplevs som vänliga så är de, enligt de intervjuade, för många och ofta syns nya ansikten. Man önskar färre vårdbiträden och vårdbiträden man hade möjlighet att lära känna. De som bor på egen hand känner ensamhet och önskar sällskap och att få komma ut i friska luften tillsammans med ett känt vårdbiträde. Endast i något fall hjälper hemtjänsten ut på promenad. Men det kan ändå bli tokigt då det enligt en intervjuad inte *"går att prata med en del eftersom vi inte talar samma språk"*.

En kvinna i Enskede-Årsta saknar och längtar efter sällskap. Hon har tagit upp detta med biståndshandläggaren och frågat om möjligheten att flytta till servicehus men blivit upplyst om att kommunen inte har råd. I Norrtälje berättade en kvinna att hemtjänstpersonalen *"var snälla men jag behövde mer hjälp och social kontakt och hjälp för ensamheten men fick bara små snuttar."* Till slut blev hennes situation ohållbar och anhöriga lät henne flytta hem till dem i avvaktan på särskilt boende.

Hjälp med dusch får man enligt samstämmiga uttalanden alltför sällan. Att behöva få hjälp att bli duschad av någon man inte har kontakt med eller känner är ingen rolig tillställning. Även

om duschhjälpen bara ges en gång per vecka så avstår man. Ett par som båda har duschhjälp tackar nej och försöker att hjälpa varandra så gott det går då något nytt och okänt vårdbiträde dyker upp.

Städningen inträffar för de flesta alltför sällan och när den inträffar tycker man att den är illa utförd. *"Hemtjänsten städar bara på ytan, de säger att de inte får göra mer men jag trivs inte med damm."* En person önskar storstädning emellanåt. En annan önskar detsamma och betalar privat för detta liksom för rengöring av frys och kyl. Någon annan betalar för fönsterputs. För flera kommer anhöriga hem och kompletteringsstädar. Detta eftersom hemtjänstens städning *"inte sköts professionellt"*. Flera har av sagt sig städhjälpen då den inte ger valuta för pengarna. *"Dom svepte bara runt lite och var bara här en av tre timmar."*

Maten är för dem som inte längre orkar laga ett tråkigt kapitel. Många har problem med de egna tänderna eller med glappande och slitna proteser. Många står på läkemedel som framkallar muntorrhet och påverkar aptiten. Någon får fryst mat från Samhall som sedan värms av hemtjänsten. Enligt anhörig är denna *"tråkig mat i tråkiga förpackningar och aldrig tillsammans med grönsaker"*. Några drömmer om att äta tillsammans med andra. Någon önskar att servicehusets restaurant skulle öppna igen. I Huddinge har två undersökningspersoner blivit erbjudna hjälp med matleverans. I det ena fallet i form av sju lådor mat levererade en gång i veckan. *"Usch det var för jävligt."* Det andra fallet rörde två makar som omedelbart tackade nej till 14 matlådor levererade en dag per vecka. *"Låter otäckt och var ska alla lådorna få plats?"*

Biståndshandläggarna har av få upplevts som stödjande personer. I Enskede-Årsta blev en äldre som var missnöjd med hemtjänstens utförande uppmanad att byta utförare. En annan i samma område fick, då hon klagade på städningen, av biståndshandläggaren veta att kommunen endast ger mer städning till dem som har astma. En dement kvinna har två gånger fått avslag på ansökan om särskilt boende. Den andra gången med hänvisning till att hon ansökt om servicehus och att detta inte är anpassat till dementa. I samtliga områden har multisjuka tackat nej till hemtjänst så som den erbjudits av biståndshandläggaren. De har inte känt att de haft möjlighet till eget inflytande och påverkan. Samtliga dessa personer har haft närstående som trätt till istället.

I Huddinge har flera äldre önskat flytta till särskilt boende. En man tycker att han är för gammal för seniorboende och funderar mycket på vem som ska ta hand om de riktigt sjuka då han förstått att kommunen lägger ner omvårdnadsboenden. En annan man önskar särskilt boende men har av biståndshandläggaren förstått att han inte kommer att garanteras eget rum om han skulle få sin ansökan beviljad. Han avstår därför. I ett tredje fall är ensamheten svår för en 97-årig kvinna som längtar efter sällskap. *"Utan andra människor är livet slut"*. Hon drömmer om servicehus. Hon har försökt att ta kontakt med grannarna i hyreshuset men det har inte lyckats och hon sörjer avslaget på sin ansökan om särskilt boende.

De närstående som har dementa anhöriga beskriver sitt ansvar som – tungt. En av de multisjuka som ingår i studien ringer sin dotter/son åtskilliga gånger per dag och även nattetid. Sonen/dottern känner sig hjälplöst utelämnad till en biståndshandläggare som *"nog är till för att undanhålla hjälp"*. Det har blivit avslag på särskilt boende. Hemtjänstens personal är enligt sonen/dottern alltför *"jåktade för att hinna ge den oroliga och kontaktsökande föräldern det lugn och det sällskap som behövs"*.

En utschasad maka får erbjudande om 14 dagars avlastningshjälp. *"Under de 14 dagarna gick hans funktioner ner ordentligt. Det handlade bara om förvaring."* Hustrun fasar inför framtiden och tycker att stödet tunnas ut alltmer. *"Hur ska jag orka?"* En av undersökningens multistjuka har själv fått bistånd till dagvård. Han vill dit men vågar inte lämna sin hustru av rädsla för att hon ska ramla när han är på dagvården.

Vårdcentralen/Husläkarmottagningen

Med få undantag så längtar både undersökningsgrupp och anhöriga efter intresserade, kontinuerliga och lugna husläkare som *"hänger ihop"* med distriktssköterskorna. Man önskar aktiv kontakt för uppföljning efter sjukhusvistelserna. De flesta längtar dock förgäves. Personliga kontakter med husläkaren uppfattas som sällsynta. Det är svårt att komma fram på telefon, svårt att få akut hjälp och husläkaren gör mycket sällan hembesök. Kommer man väl till mottagningen *"är de för jäktade och man ska snabbt ut ur besöksrummet eftersom det står fem till på kö."* *"När jag går därifrån kommer jag på allt jag skulle ha sagt."*

För många undersökningspersoner blir sjukhuset och sjukhusets akutmottagning tryggheten när de behöver vård snabbt. En man i Huddinge misstänker att *"vårdcentralen inte vill ha patienter. De gör allt för att man inte ska komma dit."*

Aktiva och starka anhöriga kan uträtta storverk. En sådan maka har tagit kontakt med sin makes husläkare för att diskutera lämpligheten i de läkemedel han ordinerats. Stödet har blivit starkt. Med gemensamma krafter har husläkare, distriktssköterska och hustru provat och följt utsättning av några av makens läkemedel. Mannen somnar inte längre titt som tätt. Han går t o m ut och går själv.

Flera personer, några mycket aktivt, har utan framgång försökt att få en "egen" husläkare eller att få byta ut den husläkare man är listad hos. Många har haft flera olika husläkarkontakter på samma husläkarmottagning.

14 personer har hemsjukvård²⁴ och kontinuerlig kontakt med distrikts- eller undersköterska. Distriktssköterskan kommer för omläggningar, injektioner, sockervärden, PK-prover och delar dosett någon gång per vecka. För de allra som har hemsjukvård är distriktssköterskan en trygghet då hon kommer. De flesta upplever också att hon är tillgänglig - även med kort varsel. Man ser henne dock som en solitär och önskar att hon var tätare sammankopplad med den *"onåbara"* husläkaren.

Några av de intervjuade hemsjukvårdspatienterna ser distriktssköterskans huvudsakliga funktion som förmedlare av recept och läkemedel. En undersökningsperson som av sagt sig hemsjukvård var förtvivlad över de många läkemedlen och tog saken i egna händer. *"Förut hade jag 16 olika mediciner som distriktssköterskan kom hem och delade i dosett. Vid alla tillfällen jag kom in på sjukhuset och hade ont någonstans så fick jag ett nytt läkemedel. Jag blev bara sämre och sämre. Till slut kunde jag inte äta. Hållde till slut ut alla läkemedel och sa upp bekantskapen med distriktssköterskan."*

Flera personer i varje undersökningsområde har problem med minne. Av dessa har några

²⁴ Inskrivnen inom primärvårdens s k basala hemsjukvård blir den äldre som har behov av sjuksköterskeinsatser med viss regelbundenhet och svårigheter att själv förflytta sig till vårdcentralen. Det kan gälla delning och förmedling av läkemedel, insulingivning, såromläggningar, div provtagningar osv.

t o m en demensdiagnos. Deras livssituation i det ordinära boendet är mycket skör. Av intervjuerna framgår att distriktssköterskan skulle behöva arbeta mycket tätt samman med både husläkare och hemtjänst för att undvika otrygghet och det som blivit istället - akutintagningar och onödig slutenvård.

Flera anhöriga oroar sig för vad de ser som en felaktig läkemedelsbehandling. *"Hon tar lugnande och sömnmedel på ett sätt som sänker hela henne."* En annan anhörig misstänker att mycket av den oro och ångest den äldre multisjuka har är framkallad av de läkemedel han står på.

Sjukhusets akutmottagning

De intervjuade ger starkt uttryck för att vetskapen om att sjukhusets akutmottagning finns känns som en stor trygghet. Eftersom det är svårt att få tag på husläkaren uppskattar man att akuten alltid står öppen. *"Det blir akuten in för mig när jag behöver läkarkontakt."* Man åker in till akuten med hjälp av anhöriga, genom hemtjänstens eller distriktssköterskans försorg. Blir man sedan inlagd på avdelning efter akuten upplevs detta, enligt de flesta intervjuade, som en vinstlott. *"Dom är snälla på sjukhuset"*.

Urinvägsinfektioner har givit upphov till många akutmottagningsbesök bland de intervjuade. I Huddinge tar sig en av undersökningspersonerna dit medels rollator - t o m nattetid. Detta trots att husläkarmottagningen ligger lika nära som akutsjukhuset och trots att personen är inskriven i hemsjukvård.

Slutenvården

Få kommer ihåg eller tycker att de varit med om vårdplanering på sjukhuset. Enligt intervjuerna tycker man sig ändå, i de flesta fall, förstå att kontakter knyts mellan sjukhuset, hemtjänsten och husläkarmottagningen. Det är dock inte i alla fall som det har fungerat. En kvinna blev utskriven till hemmet. Hemtjänsten kom först efter tre dagar. Grannar och tillresande barn fick vårda. I flera fall har personer skickats hem med nya och illa fungerande läkemedel. Enligt en anhörig *"pytsade de på sjukhuset in så mycket läkemedel att han inte stod att känna igen. Han somnade över gröttallriken på morgonen."* En son/dotter beskriver hur pappan blev hemskickad från vård på sjukhuset med sprutor. *"På sjukhuset tyckte dom att han skulle spruta själv men det gick ju inte. Jag ger honom sprutorna. Det konstiga är att ingen hört av sig med frågor om och hur det fungerar."*

I flertalet fall har sjukhusvården upplevts som trygg och positiv. Undantag är några personer som vårdats på Dalens och Huddinges geriatriska kliniker. En man tyckte att den avdelning han låg på var *"otroligt stökig med mycket oroliga medpatienter."* En kvinna trodde att geriatriken erbjöd rehabilitering men möttes istället av en miljö där medpatienterna *"klättrade på väggarna"*. Den ansvarige läkaren ringde hem till hennes make och sa att det bästa vore om han kunde ta hem henne. Läkaren skulle inte själv vilja ligga på den avdelningen. En tredje undersökningsperson har blivit så ledsen att hon gråtit då hon känt sig som *"ett nummer"* för personalen. En fjärde har tyckt att vården *"varit kränkande"* och att personalen *"tar makt över en"*. En femte talar om den stora blandningen av mycket sjuka och förvirrade patienter som avdelningspersonalen har haft svårt att hinna med.

Förutom dessa fem personer som vårdats på geriatriken så klagar få på sjukhusvården. Det är tryggt men "alldeles för kort". En person trivs aldrig så bra som på sjukhuset där han blir ompysslad och får äta god mat. En annan person åker gärna till sjukhuset. *"Obeskrivligt omhändertagande. Jag blir frisk av att vara där."*

Många anser dock att de skrivs ut från sjukhuset för tidigt. I skört skick och utan trygg uppföljning i hemmet. En man anser sig bli hemskickad med *"vändande post"* och hustrun är väldigt orolig när hon *"får träda in som vårdpersonal de första dygnet i hemmet"*. Mannen är stor, lång och tung. Flera personer återvänder också efter kort tid i hemmet till akuten och till sjukhuset. *"Det kom upp en läkare med medicinlista och sedan var det ut. Jag kom in med ambulans strax igen för hjärtat."*

Rehabilitering

Flera personer drömmer om hjälp med rehabilitering, träning och sjukgymnastik - både på sjukhuset och efter hemkomsten därifrån. Några äldre har också, enligt intervjuerna, fått detta genom primärvården. Insatserna har varit till glädje den korta tid man fått dem. Man ser rehabilitering och träning av funktioner som en bristvara och misstänker besparingsskäl. I ett fall har ett hemrehabteam från primärvården i Norrtälje varit ett stort stöd för en vårdande anhörig med tungt ansvar. *"Vi är mycket ledsna över att de inte kommer längre."* Rehabteamet berättade för makarna att de inte längre kunde komma eftersom vårdcentralen måste spara pengar.

En besparingsåtgärd väckte stor förvåning hos en av de intervjuade. Personen kom hem från sjukhuset med rollator – fast utan korg till den. Han fick veta att rollatorns tidigare kostnadsfria korg av besparingsskäl tagits bort. Han fick även veta att han kunde skicka efter korgen per postorder eller alternativt ta färdtjänsten de 12 milen tur och retur Norrtälje/Danderyds sjukhus för att inhandla en korg. Det hela till en kostnad av 220 kr. Han funderade mycket på vem som sparade eftersom den utnyttjade färdtjänsten ju även den blev en kostnad för landstinget.

Övrigt

Många beskriver i intervjuerna att man har problem med de egna tänderna eller glappande, skeva och utslitna proteser - men man orkar inte ta sig till tandläkaren. Dessutom skulle ett tandläkarbesök medföra en kostnad man värjer sig för. På frågan om de äldre avstår från vård eller omsorg därför att det kostar för mycket så är det just tandläkarbesöket som får stå tillbaka. Man behöver byta glasögon - men orkar inte. Man oroar sig för viktnedgång och äter dåligt. Man står på läkemedel som påverkar aptiten. Man önskar kontakt för sin inkontinens men orkar inte själv söka upp distriktssköterskan. Man önskar hjälp till träning men orkar inte strida för detta. Hörapparaten strejkar – vem fixar?

Sammanfattning av synpunkter från multisjuka och deras anhöriga

- akutmottagningen och slutenvården är tryggheten när man behöver vård snabbt
- undersökningens multisjuka har sällan varit medvetna om någon vårdplanering på sjukhuset
- man saknar intresserade, kontinuerliga och aktiva husläkare som kan göra hembesök och som arbetar tätt samman med distriktssköterskorna

- mängden läkemedel utskrivna av olika läkare är ett bekymmer
- otillfredsställelse kring biståndshandläggning, ansökningsförfarande och utförande av hemtjänstinsatserna
- hemtjänstens insatser är inte anpassade efter det egna behovet av stöd
- rehabilitering uppfattas som en bristvara
- vård- och omsorgsinsatserna hänger inte ihop
- avstår från tandläkarkontakt därför att man inte orkar och p g a kostnaden
- många anhöriga gör stora insatser som omsorgsgivare och som vårdkedjeadministratörer

Intervjuer med vård- och omsorgsgivare

Telefonintervjuer har genomförts med ett 20-tal sjuksköterskor, distriktssköterskor samt biståndshandläggare inom landstingens slutenvård, primärvård samt kommunernas äldreomsorg. Dessa professioner har intervjuats eftersom de är de aktiva parterna vid informationsöverföring och vårdplanering kring de multistjuka. Intervjuerna visar på en gemensam syn på problem och behov av utveckling. De frågor som ställts är: Hur fungerar rutiner för informationsöverföring och vårdplanering när patienterna är utskrivningsklara? Hur fungerar samarbetet mellan vård och omsorgsgivarna? Var ligger problem och möjligheter till utveckling?

Biståndshandläggarna inom **Norrtälje** har, på grund av tidsbrist, inte haft möjlighet att besvara frågeställningen.

Rutinerna för informationsöverföring och vårdplanering

Sjuksköterskorna inom slutenvården tycker att WebCare²⁵ har underlättat för slutenvården i kontakterna med primärvården och kommunen. Primärvården öppnar däremot inte alltid tillräckligt snabbt meddelandena vilket, enligt slutenvårdens sjuksköterskor, innebär att det blir problem med tider för vårdplaneringarna. Då vårdtiderna är korta blir det stressigt om slutenvården inte får kontakt men man anser ändå att det blivit bättre efter det att Webcare införts. Ibland är det, enligt de intervjuade, svårt att få ihop tider t o m med kommunen då slutenvårdens mottagningstider och krockar med kommunens telefontider. Slutenvårdens personal anser i många fall att den äldre har större behov av hemtjänst eller av särskilda boendeformer än vad biståndshandläggarna bedömer behoven till.

Distriktssköterskorna är samstämmiga om att det är svårt att hinna med att delta i vårdplaneringarna på sjukhuset. Ibland skickar sjukhuset mycket snabbt hem de äldre och det är inte alltid distriktssköterskorna tycker sig ha fått kännedom om detta. De intervjuade distriktssköterskorna tror att det beror på inkörningsproblem för sjuksköterskorna inom slutenvården. Att WebCare ännu inte blivit rutin. När WebCares information kommer fram är det ofta så kort före vårdplaneringen att det är omöjligt att delta för distriktssköterskorna. Ofta vårdplanerar man istället per telefon.

²⁵ Databaserat informationsöverföringssystem mellan akutsjukvården och primärvård/kommun

Inom **Enskede-Årsta** anser distriktssköterskorna att WebCare är ett bra system. Man kommunicerar både i WebCare och via fax. Fax fortfarande främst från Dalens geriatriska klinik. Distriktssköterskorna i Enskede-Årsta framhåller dock att de ibland nås av meddelanden i WebCare alldeles för sent.

Inom **Norrtälje kommun** berättar en distriktssköterska att de ofta glöms bort och inte blir inbjudna till vårdplanering. Det händer inte alltför sällan att det är den anhöriga som ringer till distriktssköterskan och berättar att den äldre är hemma. Distriktssköterskorna tycker annars att WebCare kan bli ett bra system när alla lärt sig att använda det. *"Då kan vi själva hålla mer kontroll och behöver inte förlita oss på sjukhuset. Alltihop bygger ju till sist på att den äldre verkligen skrivs in i WebCare."*

Inom **Huddinge** har distriktssköterskorna svårt att vara med på vårdplaneringarna särskilt om de hålls på Nacka geriatriken dit det är långt att åka. När det gäller WebCare anser man att framförhållningen är för kort. Systemet kanske fungerar för kommunen i o m att de har ett betalningsansvar. *"Vi försöker åka på vårdplaneringar bara när det blir kamp med kommunen."*

Biståndshandläggarna tycker att WebCare, generellt sett, är ett bra system som ökar biståndshandläggarnas kontroll över var och när de äldre befinner sig på sjukhus. *"Det blir tryggare för oss eftersom vi har en del äldre som åker in och ut på sjukhusen med korta vårdtider."* Man ser att WebCare behöver utvecklas men att det redan nu bidragit till bättre kommunikation. *"Ännu har inte alla lärt sig systemet och alla läser inte sina meddelanden."*

Biståndshandläggarna har ofta vårdplaneringsmöten på sjukhusen men de saknar primärvårdens distriktssköterskor. *"Slutenvården vill att vi ska vara budbärare till distriktssköterskorna."* Man framhåller att distriktssköterskorna är en mycket viktig yrkesgrupp för att klara kvarboendet.

I **Huddinge** anser biståndshandläggarna att WebCare fungerar bra eftersom systemet ger en ökad tydlighet när det gäller betalningsansvaret. Ibland anser man dock att slutenvården kallar till vårdplanering alldeles för tidigt. *"Vårdtiderna blir allt kortare. Vi har betalningsansvaret och någon måste betala."* Enligt Huddinges intervjuade biståndshandläggare är primärvårdens distriktssköterskor nästan aldrig med vid vårdplaneringarna.

Samarbete mellan vård- och omsorgsgivare

För **sjuksköterskorna inom slutenvården** är det största problemet att få tag på distriktssköterskorna inom primärvården. Även biståndshandläggarna anser man svåra att nå ibland. Biståndshandläggarna uppfattas dock vara mera aktiva att svara upp på WebCare. Så är inte fallet för hur man på generell bas uppfattar att distriktssköterskorna agerar.

För **distriktssköterskorna** är problemställningarna i stort sett lika över undersökningsområdena. Det kan vara både bra och illa fungerande inom en och samma kommun. Allt beroende av hur väl man lyckats upparbeta kontakterna med den äldres hemtjänstutförare. *"Det är tungt när den äldre byter utförare. Då får vi börja om på nytt och det tar tid att lära känna ny människa."* På en vårdcentral tycker distriktssköterskan att samarbetet blivit bättre sedan de inlett regelbundna träffar med biståndshandläggarna. Från en annan vårdcentral framförs irritation

över att biståndshandläggarna sällan lyssnar på distriktssköterskorna när de anser att den äldre behöver särskilt boende. *"De har sin egen uppfattning och lyssnar inte till vår kompetens."*

Biståndshandläggarna tycker att samarbetet i stort sett fungerar bra men att det kan bli kollision mellan olika synsätt. *"Den medicinska personalen är ibland onödigt orolig över att det inte ska fungera hemma. Oftast klarar sig den äldre bättre än vad man kan tro."* *"Det är inte bra när slutenvården sitter och lovar insatser som vi sedan bedömer inte ska verkställas."* Några handläggare framhåller vikten av regelbundna kontakter och möten med primärvården för att bygga upp relationer.

Problem och möjligheter till lösningar

Sjuksköterskor inom slutenvård önskar mer strukturerade vårdplaneringsmöten. Man ser att hemtjänsten behöver mer av kunskap och stöd i hantering av både läkemedel och omvårdnad. *"Många gånger står det och faller med vad hemtjänstens personal har för kompetens."* Ofta ser slutenvårdens sjuksköterskor att patienterna snabbt kommer in till sjukhuset på nytt - med samma problem som tidigare. Det kan gälla undernäring, uttorkning, oro eller urinvägsinfektion.

Distriktssköterskorna upplever ofta kontakten med sjuksköterskorna inom slutenvården som stressad. De anser att de själva har för lite resurser för att hinna allt de skulle behöva uträtta. *"Vi hinner sällan åka på vårdplaneringar. Det känns som om vi hela tiden får mer och mer att ansvara för."* Distriktssköterskorna önskar att de hade möjligheter att hinna arbeta förebyggande. De är oroliga för de multisjuka som, enligt deras uppfattning, har det mycket svårt. Inte bara med sina sjukdomar och funktionsnedsättningar utan också med stor ensamhet och med depressioner. De är, enligt distriktssköterskorna, svårt att klara allt detta ute i hemmen. Man ser hemtjänsten som kommer och går. *"Vårdbiträderna skulle behöva mer kunskap om näring, dryck och vissa sjukdomstillstånd."* En av distriktssköterskorna värjer sig mot insatsen "tillsyn" och undrar vad insatsen egentligen innebär. Distriktssköterskorna anser att det kan fungera för äldre multisjuka om de har aktiva anhöriga. De tycker att kommunerna har blivit alltför restriktiva med att bevilja särskilt boende. Detta innebär, enligt de intervjuade, ofta en svårhanterlig situation för primärvårdens distriktssköterskor hemma hos den äldre.

Biståndshandläggarna önskar bättre struktur på vårdplaneringarna och att distriktssköterskorna hade möjlighet att delta. Ibland tycker de att slutenvården är för snabba att skicka hem de äldre. *"Slutenvården motiverar detta ofta med att det är den äldre som önskar bli utskrivna. Ibland händer det att den äldre får åka in på nytt på grund av det."*

Man framhåller att det är viktigt med samarbete mellan distriktssköterskorna och hemtjänsten. Eftersom rehabiliteringen är en gråzonsfråga blir den, enligt de intervjuade, eftersatt om samarbetet mellan sjukhus, kommun och primärvård inte fungerar. Undantag från detta synsätt finns dock. En handläggare ger uttryck för att det är bra att distriktssköterskorna inte är med *"eftersom de har ett annat synsätt på behoven"*.

Biståndshandläggarna efterlyser möten mellan primärvård och hemtjänst för diskussion om roller och ansvar. Man saknar helhetsansvar och det tycker man blir till den äldres nackdel. *"Hemtjänsten har inte alltid kompetens att klara de svårast sjuka."* Man saknar diskussionen om för vems skull man arbetar och tycker att etiken blir eftersatt. *"Vi måste samordna oss för den äldres skull."*

Sammanfattning av vård- och omsorgsgivarnas synpunkter

- webcare ger ökad säkerhet i kommunikationen mellan sjukhus och kommun
- biståndshandläggarna anser att sjukhusets personal bedömer att de äldre har mer omfattande eftervårdsbehov än vad de själva gör
- distriktssköterskan deltar sällan vid vårdplaneringar – husläkaren gör det aldrig
- biståndshandläggarna saknar distriktssköterskan vid vårdplaneringarna efter sjukhusvård
- kommunen behöver primärvårdens distriktssköterskor och läkare för att klara sitt uppdrag kring äldre multisjuka

Informationsöverföring och dokumentation - slutenvård, öppenvård och äldreomsorg samt samverkan mellan parterna

I detta avsnitt redovisas den dokumentation som inhämtats inom ramen för studien. Utskrivningshandlingar från de medicin- och geriatrikkliner som undersökningspersonerna skrivits ut från under perioden feb – mars 2005, journaler från husläkar-/vårdcentraler samt från kommunens äldreomsorg för perioden feb – juni 2005. Det som framkommer under detta avsnitt stäms av med det som framkommer i intervjuerna med de multisjuka och deras anhöriga. I bilagda fallbeskrivningar finns också för varje individ en samlad bild av allt som dokumenterats kring undersökningspersonen under perioden.

Informationsöverföring

Mellan Stockholms Läns landsting och kommunerna i länet har ett särskilt IT-system tagits fram för informationsöverföring. De i revisionsprojektet undersökta kommunerna använder sig med något undantag av systemet WebCare. Systemet har tagits i bruk under våren 2005 och ersatt den tidigare hanteringen med information via fax.

Vi har i undersökningen utgått från gällande författning Lag om ändring i lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård SFS 2003:193, och konstaterar att slutenvården oftast meddelar kommunen och primärvården om inskrivning. Det är däremot inte lika vanligt att kallelse skickas om vårdplanering, trots att vi i dokumentationen kan se att den äldre är aktuell både inom kommunens hemtjänst och inom landstingets öppenvård. Utskrivningsmeddelanden är, vad vi kan utläsa ur dokumentationen, sällsynta.

I **Enskede-Årsta** har vi undersökt nio fall. I tre av de nio undersökta fallen har det inte varit aktuellt med informationsöverföring eftersom den enskilde inte haft eller har behov av insatser från hemtjänsten vid hemgång från sjukhuset.

I sex fall har intagningsmeddelande skickats från slutenvården. Kallelse till vårdplanering har sänts till stadsdelsförvaltningen i tre av dessa fall och till primärvården i två av dem. Vårdplanering har skett med kommunen i samtliga tre fall. Primärvården deltog vid ett. Då träffades parterna på sjukhuset tillsammans med den äldre och dennes anhöriga. I de två övriga skedde vårdplanering med kommunens biståndshandläggare på telefon eller via WebCare. I fem av fallen har utskrivningsmeddelande skickats dagen före utskrivningen. För den sjätte har inte någon dokumentation inkommit om att utskrivningsmeddelande har skickats.

Biståndsenhetens chef anser att informationsöverföringen blivit bättre sedan WebCare införts. *"Handläggarna har bättre koll på vilka som är inskrivna i slutenvården, och när de beräknas komma hem. Vi kan nu lätt gå in och titta i WebCare och följa förloppet runt den äldre."*

Samarbetet med primärvården anser man också har förbättrats. Detta eftersom enhetschefer och biståndshandläggare sedan början av året har haft avstämningsmöten med distriktssköterskorna. Chefen för biståndshandläggarna har även en känsla av att det fungerar bättre för hemtjänsten eftersom primärvården nu ger mer stöd än tidigare. På frågan om de äldre åker in till akutvården mer sällan nu svarar biståndsenhetens chef att detta inte särskilt studerats.

Vi har inte fått tillgång till sådan dokumentation från **Norrtälje** att vi kunnat dra slutsatser om hur informationsöverföringen fungerat där. I dokumentationen från landstinget kan vi däremot se att tre av tio äldre varit inskrivna i WebCare. För fyra av de tio har det inte varit aktuellt med informationsöverföring till kommunen men samtliga har efter slutenvårdsvistelsen haft kontakt med öppenvården.

Av de tio undersökta fallen inom **Huddinge** kommun har fem personer varit aktuella för inskrivning i WebCare. I samtliga fall har inskrivningsmeddelande skickats till kommunen och öppenvården. I två av fallen har vårdplanering skett på sjukhuset. I ett av dessa fall har primärvården deltagit. I samtliga fem fall har slutenvården meddelat utskrivning senast dagen före utskrivning skett.

Vid telefonsamtal med chefen för biståndshandläggarna får vi veta att WebCare används. Innehållet anses däremot inte alltid vara av intresse för handläggarna. Mycket information om sjukdomar och diagnoser *"inte är relevant information som grund för biståndshandläggarnas utredningar och beslut"*.

Dokumentation

Kommunens skyldighet att dokumentera regleras i socialtjänstlagen och sjukvårdens i patientjournalagen.

Enligt socialtjänstlagen har kommunerna det yttersta ansvaret för de som vistas i kommunen och att de får det stöd och den hjälp de behöver. Detta ansvar innebär ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän. Med det yttersta ansvaret följer uppgiften för kommunen att vidta åtgärder i väntan på att ansvarig huvudman kan ge den enskilde behövlig vård.

Slutenvården har ett omfattande vårdplanerings- och informationsansvar när en patient skrivs in och ut från sjukhuset. Den öppna hälso- och sjukvården och socialtjänsten är skyldiga att svara upp på information från slutenvården och att medverka till vårdplanering. Likaså, om patienten medger ta emot information och kunskap om patientens tillstånd och situation som respektive vårdgivare besitter.

Den dokumentation från sluten- och öppenvården samt från kommunens biståndshandläggare som ingått i undersökningen har granskats utifrån det ansvar som de olika vård- och omsorgsgivarna har.

Slutenvården tar i sin dokumentation ofta ställning till eftervårdsbehov inom både vård- och omsorgsområdet. Slutenvården dokumenterar i många fall på ett informativt sätt. Kommunens biståndshandläggare förhåller sig avvaktande till slutenvårdens dokumentation och slutsatser

om föreslagna behov av äldreomsorg. De vill bilda sig sin egen uppfattning om behovet av omsorgsinsatser.

Slutenvårdens dokumentation vid utskrivning noteras i vårdcentralens journal. Det finns dock sällan uppgifter om hur primärvården avser att följa upp slutenvårdens beskrivna eftervårdsbehov. Få dokumenterade fall befäster att samarbete skett mellan primärvård och hemtjänst.

I biståndshandläggarnas utredningar läggs ofta tyngdpunkten på den medicinska bild som slutenvården förmedlat. I utredningarna saknas dock beskrivningar av de behov som det medicinska tillståndet medför och som ligger till grund för de biståndsbedömda insatserna inom socialtjänstlagen. Omfattande hjälpbehov ur både socialt och medicinskt perspektiv kan inte tillgodoses genom de insatser som biståndshandläggarna tillåts besluta. Sällan finns i biståndshandläggarnas utredningar information om kontakter tagits med primärvården för att säkerställa de medicinska behov som tas upp i utredningarna.

Vad som förstås i flera fall är att den beslutade insatsen inte alltid har verkställts av utförarna. Biståndshandläggarna ska vid utebliven insats eller då den äldre plötsligt avsäger sig en insats följa upp anledningen till detta. Trots att det i flera fall framgår av biståndshandläggarnas dokumentation att insatser inte verkställts eller att insatser sagts upp så går det inte att på basis av den dokumentation som ingår i studien se att uppföljning skett.

Så som ansökan om bistånd formulerats i utredningarna så verkar det snarare vara biståndshandläggarna som styrt den äldres önskemål och behov om hjälp än att den äldre själv formulerat sina behov. Det är inte troligt att den äldre ansöker om vare sig påputtning, uppsnyggning eller städning var tredje vecka.

Biståndshandläggaren har det delegerade ansvaret att ge stöd, råd och information till de äldre och deras anhöriga. Flera av de undersökta fallen visar på basis av dokumentationen felaktigheter och underlåtenhet att utföra detta delegerade ansvar enligt gällande lagstiftning.

Det framgår också av kommunens dokumentation att många av de äldre har omfattande omvårdnadsbehov som kräver samordning och samarbete mellan hemtjänst och primärvård. Flera av de äldre i undersökningen är kanske egentligen för sjuka för att bo kvar hemma då eftersom detta samarbete inte fungerar.

I flera fall framgår av dokumentationen att den äldres uttalade önskemål och behov inte varit det som anges i biståndshandläggarens mål för beslutet av insatser. I flera fall har den äldre tydligt uttalat behov av särskilt boende - direkt till biståndshandläggaren eller via anhörig, slutenvård eller primärvård. Trots detta anger ändå biståndshandläggaren att målet med insatserna är att möjliggöra kvarboende.

Från **Enskede-Årsta** framgår av den samlade dokumentationen att äldre ofta åker in till sjukhusets akutmottagning. Det framgår inte av vårdcentralens dokumentation om åtgärder vidtagits för att undvika dessa täta akutbesök. Både slutenvården och primärvården dokumenterar behov av särskilt boende och i några fall har biståndshandläggaren gjort en annan bedömning. I ett av dessa fall har handläggaren inte givit stöd och information till den dementa äldre och dennes anhöriga. I en första skriftlig ansökan om annat boende fick den sökande inte information om olika boendeformers innehåll. Ansökan avslogs med hänvisning till att den sökandes tillsynsbehov, p g a demens, inte kunde tillgodoses inom den sökta boendeformen.

Kommunens biståndshandläggare dokumenterar i ansökan, utredning och beslut vilka åtgärder som vidtagits liksom faktiska händelser av betydelse. I utredningarna beskrivs vad ansökan avser. Ibland med en beskrivning som förmodligen inte är den äldres. Exempel är ansökan om "påputtning vid påklädning" eller "uppsnygning".

I undersökningen finns två personer som fått hjälp av hemtjänsten att ta sina läkemedel. I det ena fallet delar en anhörig medicin i dosett en gång per vecka men det är sedan hemtjänstens personal som dagligen ger den äldre medicinen. Ansvarsfrågan blir oklar då delegation på läkemedelshantering till hemtjänstens personal inte kan gå från landstingets distriktssköterska via anhörig.

I **Norrtälje** dokumenterar slutenvården sällan eftervårdsbehov. Primärvårdens dokumentation är ofta sparsam. Här finns ingenting som beskriver situationer där samverkan med hemtjänsten har skett eller sker.

Av de tio undersökta personerna i Norrtälje har sex insatser från hemtjänsten. Endast i tre av de sex fallen uppfyller dokumentationen gällande lagstiftning. I övrigt finns för en person en handling som benämns "händelselista". Där dokumenteras verkställighet för de beviljade insatserna under undersökningsperioden. Det finns dock ingen utredning, beslut eller beställning. I ett annat fall finns en beställningsblankett med överstrykningar av insatser. Ändringen är datummärkt men saknar signatur. I ett tredje fall har ingen dokumentation inkommit. Dokumentationen från Norrtäljes biståndshandläggare är bristfällig.

I **Huddinge** har slutenvården fört tydlig dokumentation om eftervårdsbehov av de patienter som anmälts för vårdplanering. Slutenvården har dessutom i flera fall tagit initiativ till långtgående kontakter med primärvård och kommun.

Kommunens biståndshandläggare har i **Huddinge** haft svårt att verkställa några beslut om korttidsboende resp särskilt boende. Det framgår av dokumentationen att många av de äldre haft omfattande omvårdnadsbehov som krävt samordning och samarbete mellan hemtjänst och primärvård. Flera av de äldre har varit för sjuka för att kunna bo kvar hemma. Det framgår i några fall att hemtjänstens personal inte klarat av att verkställa de beslutade insatserna. På dessa grunder finns i ett av de tio studerade fallen en anmälan från biståndsenheten om missförhållanden enligt socialtjänstlagen 14 kap. 2§ (Lex Sara).

Vid utebliven insats eller då den äldre avsäger sig insats behöver detta följas upp av biståndshandläggare. Det går inte av dokumentationen att se om utredning, uppföljning eller åtgärder har skett i sådana fall trots att det av dokumentationen går att utläsa att beslutade insatser inte har verkställts.

Sammanfattning av iakttagelser om informationsöverföring och dokumentation

- i två områden dokumenteras eftervårdsbehov från slutenvård väl - men följs sällan upp av primärvården och/eller äldreomsorgen
- primärvården saknas i vårdplanering och uppföljning (även om undantag finns)
- det medicinska tillståndet beskrivs ofta i biståndshandläggarnas utredningar däremot saknas ofta de behov som uppkommit till följd av dessa och som ligger till grund för de biståndsbeslutade insatserna

- sällan dokumenteras, vare sig inom primärvården eller på biståndshandläggarsidan, om behov av samarbete dem emellan eller om samarbete skett
- kommunens biståndsbeslut utgår från vilka ”insatser som kan erbjudas” och inte från den äldres uttalade behov
- verkställighet av biståndsbeslutade insatser måste följas upp

Läkemedelsanvändning och läkemedelshantering

Omfattning och mönster

I genomsnitt använde studiens 29 patienter 10,4 läkemedel, regelbundet eller vid behov, med en variation mellan 2 och 20 preparat. Sexton personer hade mellan 10 - 20 läkemedel, elva hade mellan 7 - 9, en hade fem och en två preparat. Antal vid behovsläkemedel var 2,4.

Tabell 4 visar att de vanligaste läkemedlen var blodförtunnande medel (framför allt acetylsalicylsyra i lågdosberedning), olika hjärt-kärl-läkemedel som medel mot kärlkramp, högt blodtryck och hjärtsvikt, lätta smärtstillande medel samt urindrivande medel.

Tabell 4. De vanligaste läkemedlen och deras användning

ATC	Läkemedelsgrupp	Antal pers	Andel pers, %
B01A	Blodförtunnande medel	22	76
C01D	Nitrater (medel mot kärlkramp)	19	66
N02B	Lätta smärtstillande medel	19	66
C03C	Urindrivande medel av loop-typ	18	62
C07A	Beta-receptorblockerande medel	16	55
A06A	Laxermedel	13	45
C10A	Blodfettsänkande medel	13	45
N05C	Sömnmedel	11	38
C03D	Kaliumsparande urindrivande medel	9	31
C09A	ACE-hämmare (mot hjärtsvikt)	9	31
A02B	Medel vid magsår och matstrupskatarr	8	28
N02A	Smärtstillande medel av opioidtyp (morfinlika)	7	24
C08C	Kalciumantagonister med effekter på blodkärlen (mot högt blodtryck)	6	21
A12A	Kalcium	5	17
B03B	Vitamin B12 och folinsyra	5	17

Kvalitetsanalys av läkemedelsanvändningen

Kvaliteten i läkemedelsanvändningen analyserades med avseende på ett urval av Socialstyrelsens indikatorer²⁶, se tabell 5.

Läkemedel som bör undvikas till äldre

Drygt var sjätte patient hade ett eller flera preparat som enligt Socialstyrelsens indikatorer "bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger". Till denna grupp hör bl.a. långverkande bensodiazepiner (det lugnande medlet diazepam och sömnmedlen nitrazepam och flunitrazepam), som bl.a. kan orsaka dagtrötthet, förvirringstillstånd och fall; och läkemedel med antikolinerga effekter, (t.ex. medel mot inkontinens och tricykliska antidepressiva), som kan ge förvirring och i vissa fall t o m demensliknande tillstånd.

Indikatorer på polyfarmaci

Samtidig användning av två eller flera likartade läkemedel (dubbelanvändning), liksom samtidig behandling med tre eller fler olika psykofarmaka, är ett tecken på bristande ordination

²⁶ Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av läkemedelsanvändningens kvaliteten hos äldre – Socialstyrelsens förslag. 2003-110-20.

och uppföljning och innebär dessutom en risk för biverkningar. Dessa båda indikatorer förekom hos 7 procent av patienterna.

Läkemedelsinteraktioner

Ju fler läkemedel patienter använder desto större risk för interaktioner som kan leda till biverkningar eller minskad/utebliven effekt. Kombinationer som enligt FASS kan ge upphov till interaktioner av klinisk betydelse (Klass C: *kombinationen kan bemästras med dosanpassning* och Klass D: *kombinationen bör undvikas*) var vanliga i undersökningsgruppen. C-interaktioner förekom hos varannan och D-interaktioner hos nära var sjunde patient.

Tabell 5. Läkemedelsanvändning och kvalitet enligt Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer. (Kvalitetsbrister uttrycks som andel personer, inom parentes antal personer)

Antal läkemedel	
Medelvärde	10,4
Min - max	2-20
Indikator 1.1: Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger	
Totalt, % (n)	17 (5)
Indikator 1.5: Polyfarmaci	
Samtidig regelbunden användning av två eller flera läkemedel inom samma terapeutiska ATC-grupp eller inom/mellan ATC-grupper där kombinationen är onödig eller förenad med ökad risk för biverkningar, % (n)	6,9 (2)
Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, % (n)	6,9 (2)
Indikator 1.6: Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse	
C-interaktioner, % (n)	52 (15)
D-interaktioner, % (n)	14 (4)
Antal Läkemedelsrelaterade problem (LRP)	
Medelvärde	3,1
Min - max	1-9

Antal läkemedelsrelaterade problem (LRP)

Tabell 5 visar antalet läkemedelsrelaterade problem (LRP) som identifierats. I medeltal hade varje patient drygt tre LRP. Tabell 6 visar en sammanställning av studiens olika typer och förekomst av LRP. Tabell 7 visar sannolika huvudorsaker till att dessa problem har uppstått. Nedan följer en beskrivning av några av de vanligaste LRP i undersökningsgruppen.

Biverkningar

Tabell 6 visar att det mest frekventa problemet har varit biverkningar av läkemedel. I några fall ligger orsaken i ordinationsprocessen. Läkaren har ordinerat ett riskläkemedel, ex vis ett antikolinergt preparat, eller så har läkaren inte anpassat dosen till den äldres njurfunktion.

I flertalet fall är orsaken bristande uppföljning av de ordinerade läkemedlens effekter och biverkningar, och bristande kommunikation mellan patient och läkare om de effekter patienten upplevt av medicineringen. Det går sällan att genom en klok förskrivning helt gardera sig mot biverkningar hos äldre. Biverkningar är vanliga i denna åldersgrupp. I synnerhet vid polyfarmaci. Användning av många läkemedel är inte bara den största riskfaktorn för biverkningar

utan medför också en risk för läkemedelsinteraktioner och summaeffekter. Det är därför oerhört viktigt att all läkemedelsbehandling följs upp med avseende på effekter och biverkningar. Om detta ska fungera måste läkaren redan vid ordinationen bestämma sig för hur och när uppföljningen ska ske. Det krävs också kunskap om viktiga biverkningar av olika läkemedel, liksom lyhördhet inför symtom av olika slag. Tyvärr är det relativt vanligt att en biverkan misstolkas som symtom på sjukdom. Detta kan i värsta fall leda till ytterligare läkemedelsordinationer.

Tabell 6. Läkemedelsrelaterade problem (LRP) och deras förekomst.

Problem	Antal personer
Biverkningar	24
Riskläkemedel	17
För hög dos	10
Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig	8
Annat	6
Läkemedelsinteraktion, summaeffekt	5
Läkemedlet används inte	3
Läkemedlet används inte enligt ordination	3
Underbehandling	3
Kontraindikation	3
För låg dos	3
Ineffektivt läkemedel	2
Läkemedlet behövs inte	2
Olämplig beredningsform eller regim	2

Riskläkemedel

Det näst vanligaste läkemedelsrelaterade problemet var användning av riskläkemedel, d v s läkemedel som på grund av stor risk för biverkningar bör undvikas till äldre, (se avsnitt ovan), eller vid vissa tillstånd som ex vis nedsatt njurfunktion. Problemet bottnar sannolikt oftast i okunnighet om vilka preparat som är riskläkemedel. Sådan kunskap är för de flesta relativt ny; genom Socialstyrelsens kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi har denna kunskap presenterats på ett strukturerat sätt.

I flera fall (8) användes läkemedel som utgör en risk vid nedsatt njurfunktion. Ett stort problem är att det vanliga måttet på njurfunktionen, där man mäter nivån av en kroppsegen substans i blodet (kreatinin), inte är tillförlitligt hos äldre. Detta beror på att kreatininvärdet ofta ligger inom normalgräns för äldre även då de har en påtagligt nedsatt njurfunktion. Med hjälp av formler som tar hänsyn till ålder, kön och kroppsvikt går det att ta fram ett bra mått på njurfunktionen. Idag är emellertid kunskapen om detta inte tillräckligt utbredd bland läkare.

I flertalet fall (tio) borde det förskrivna preparatet aldrig skrivits ut. I sex andra fall borde behandlingen ha avslutats när njurfunktionen blivit alltför låg. I två fall har patienten själv köpt ett "riskläkemedel" receptfritt (Ipren och Treo). Här rör det sig alltså både om brister i ordination och uppföljning.

För hög dos

Vi fann i tio fall att patienten var ordinerad en för hög dos av ett läkemedel. Ibland var dosen för hög i förhållande till njurfunktionen. I flertalet fall hade dock läkaren helt enkelt ordinerat en dos som generellt sett är alltför hög för äldre.

Kontroll av njurfunktionen är viktig men det finns också många andra faktorer som bidrar till ökad känslighet hos äldre, och flertalet av dessa går inte att mäta. Skillnaderna i känslighet är också stora mellan olika individer. Det är därför svårt att ordinera rätt dos från början, och ofta saknas doseringsrekommendationer för äldre i FASS. Utgångspunkten bör därför vara att tillämpa lägre doser än vad som rekommenderas till yngre och att individanpassa genom uppföljning av effekter och bieffekter.

Aktuell indikation saknas, är oklar eller felaktig

Åtta fall av läkemedelsanvändning identifierades där det inte gick att finna någon rimlig orsak till behandlingen (indikation). Detta kan bero på bristande tillgång till samtliga journalanteckningar. I flertalet finns dock goda skäl att anta att indikation faktiskt saknades. Antingen genom att ordinationen redan från början skett på felaktiga grunder eller att den ursprungliga indikationen inte längre var aktuell. Något som starkt bidrar till detta är att läkarna i alltför liten utsträckning omprövar läkemedelsordinationer eller försöker avsluta behandlingar som saknar indikation.

Att avsluta läkemedelsbehandling kräver kunskap och rutiner. I ett fall hade läkaren på sjukhuset försökt att avsluta behandling med ett läkemedel mot magbesvär (protonpumpshämmare). Läkemedlet utsattes helt abrupt utan försök till utfasning (successiv nedtrappning) av behandlingen. Patienten fick tillbaka sina besvär och läkaren satte återigen in läkemedlet. I ett annat fall hade läkaren på vårdcentralen planerat att fasa ut behandling med antidepressiva läkemedel. Det misslyckades dock då läkaren gick på ledighet utan att genomföra utfasningen.

Receptförnyelse via telefonkontakt har varit vanligt förekommande, enligt undersökningen. All slentrianmässig receptförnyelse måste ifrågasättas, och all läkemedelsbehandling måste omprövas regelbundet på vårdcentralen. Journalerna visar att läkemedelsordinationer kvarstår i husläkarens läkemedelslista trots avsaknad av indikation. Läkarna inom slutenvården dokumenterar inte alltid eller informerar husläkaren om indikationen för en ny behandling. Inget finns heller dokumenterat om hur länge läkemedelsbehandlingen ska pågå eller när den ska utvärderas och omprövas.

Tabell 7. Sannolika orsaker till läkemedelsrelaterade problem, och deras förekomst

Orsak i bristande	Antal
Uppföljning	44
Ordination	33
Kommunikation, patient och läkare på vårdcentralen	6
Kommunikation mellan sjukhus och vårdcentral	6
Kommunikation mellan sjukhus och patient	2
Kontroll av, och hjälp med, medicinering	1

Överensstämmelse mellan läkemedelslistor

Ett övergripande problem är att den läkemedelslista som ansvarig läkare på vårdcentralen har tillgång till inte på långt när återspeglar den lista patienten har i hemmet. Den motsvarar i än lägre grad de läkemedel patienten verkligen använder. I denna studie stämde de två listorna överens endast i ett fall. I många fall var olikheterna mycket stora. Det finns flera tänkbara orsaker till detta:

- Patienten söker vård på akutmottagningen snarare än på vårdcentralen, och får nya läkemedelsordinationer som inte förmedlas till vårdcentralens läkare. För många patienter i denna studie har det varit lättare att komma till akuten än att få tid på vårdcentralen.
- Läkaren har inte uppdaterat läkemedelslistan, på grund av: att information om ändringar i läkemedelsförskrivningen i samband med slutenvårdsvistelse ännu inte nått vårdcentralen, att patienten inte besökt vårdcentralen under en period, eller helt enkelt husläkarens tidsbrist.
- Patienten har en privat läkare som inte har kontakt med övriga vårdgivare.
- Bristande följsamhet. I några fall uppgav patienten vid intervjun att han/hon inte tar alla de läkemedel läkaren ordinerat.
- Patienten egenvårdar sig, med receptfria läkemedel och ev naturläkemedel.

Sammanfattning av läkemedelsanvändning och läkemedelshantering

- Studiens patienter har i medeltal haft tre läkemedelsrelaterade problem per person.
- De flesta läkemedelsproblem har haft sin grund i brister i ordination och uppföljning av läkemedelsbehandling.
- Bristerna rör kunskap om äldrefarmakologi, dokumentation och kommunikation av nya ordinationer, rutiner för uppföljning, uppmärksamhet på biverkningar, kommunikation och samsyn mellan läkare och patient, samt rutiner för genomgång och omprövning av äldres läkemedelsbehandling.
- Ett övergripande problem har varit bristen på överensstämmelse mellan läkemedelslistan på vårdcentralen och patientens "faktiska" läkemedelsanvändning.

Sammanfattande diskussion, slutsatser och förslag

Vård och omsorg

De svårigheter som framkommer i denna studie har tidigare redovisats i ett flertal studier som bedrivits inom Stockholms län.²⁷ De strukturproblem som existerar i länet kring äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork samt med ett socialt nätverk som börjat svikta finns även i andra delar av landet.²⁸

Studiens väl definierade undersökningsgrupp, slumpmässigt uttagen, är intressant därför att den så väl ger generaliserbar kunskap om brister i nuvarande system. Samtidigt som studium av gruppen med den metod som används också ger förståelse för hur vård- och omsorgsverk-samhet behöver formeras för att uppnå kvalitet för de äldre och samtidigt vara försvarbar ur ett samhällsekonomiskt perspektiv.

De 29 multisjuka som ingått i denna studie har en medelålder på 84 år. Drygt hälften är kvin-nor och omkring 2/3 är ensamboende. Personerna har vårdats inom slutna sjukhusvård fem gånger inom undersökningsperiodens 1.5 år. Den genomsnittliga vårdtiden har varit 32 dygn. I genomsnitt har de haft sex olika sjukdomsdiagnoser och i övrigt stora problem med bl a trötthet, smärta, yrsel och sömn. Antalet läkemedel har i genomsnitt varit tio. Gruppen har varit föremål för husläkares insatser genomsnittligt 14 gånger. I de allra flesta fall har dessa kontakter varit indirekta och i form av husläkarens arbete med administration kring doku-mentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter. Nära hälften har varit inskrivna i hemsjukvård och haft många kontakter med distriktsskö-terska/undersköterska.

Istället för inom primärvården har de direkta mötena med en läkare ofta skett på sjukhusets akutmottagning där undersökningspersonerna i genomsnitt varit på besök sju gånger. Över hälften har haft hemtjänstinsatser och merparten även hjälp från anhörig/närstående. I sju fall har detta stöd varit omfattande.

Studiens multisjuka har på grund av sin komplexa situation haft stora behov av kontinuitet i vård- och omsorgskontakterna. De har behövt sammanhang mellan olika vård- och omsorgs-givare. Eget inflytande över hur vård- och omsorg givits och utformats. Det regelverk som rapporten redovisar stämmer i sina allmänna formuleringar väl överens med vad de multisjuka äldre givit uttryck för att de behöver. Rapporten visar dock att verkligheten inte stämmer med kartan.

De lagar och samverkansöverenskommelser som är tillämpliga för området är tydliga i frågan om samhällets skyldigheter att tillgodose den enskildes behov. Det råder däremot tolkningsut-rymme om vad ett behov är. Det råder också oklarhet om hur behov ska tillgodoses på bästa sätt och vem som har ansvar för "helheten". Ingenting hindrar egentligen samarbete mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. Det saknas däremot stöd för olika professioners helhetsage-rande kring gruppen multisjuka.

²⁷ **Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre.** Om nödvändigheten av samordning, U Gurner och M Thorslund, Natur och Kultur 2003.

²⁸ Sammanhållna hemvård, Socialdepartementet, SOU 2004:83

De avtal som finns om samverkan i undersökningsområdena beskriver samverkansområden. I avtalen saknas däremot tydlighet om konkret innehåll och utformning av ett gemensamt agerande mellan vård- och omsorgsgivare som skulle möjliggöra den i avtalen beskrivna samverkan.

De äldre och deras anhöriga anser att de saknar inflytande över hemtjänstens utformning. Biståndet i form av regelstyrda insatser utfört av olika vårdbiträden har inte motsvarat det man önskat eller behövt. De finns också i flertalet fall missnöje med hur hjälpen utförts. Särskilt har detta gällt städning. I flera fall också bistånd kring mat och matdistribution. Biståndshandläggarna har av få upplevts som stödjande personer. Mera som "grindvakter" som styrt bistånd och insatser i förhållande till kommunens tillgängliga resurser. Husläkarna saknas i vården på hemmaplan.

De flesta av undersökningspersonerna är inskrivna i hemsjukvård. Även om distriktssköterskan inneburit en trygghet för de personer som varit inskrivna i hemsjukvården så har undersökningspersonerna och deras anhöriga saknat ett fungerande och nära samarbete mellan distriktssköterskan och husläkaren.

De äldre är sällan medvetna om att de deltagit i någon vårdplanering. I biståndshandläggarnas utredningar läggs ofta tyngdpunkten på den medicinska bild som slutenvården förmedlat. I utredningarna saknas däremot beskrivningar av de behov som det medicinska tillståndet medför och som ligger till grund för de biståndsbedömda insatserna inom socialtjänstlagen. Omfattande hjälpbehov ur både socialt och medicinskt perspektiv kan inte tillgodoses genom de insatser som biståndshandläggarna tillåts besluta. Sällan syns något dokumenterat om behov av samverkan - vare sig från primärvårdens eller från kommunens sida.

Akutmottagningen visar sig återigen bli det återstående alternativet då vårdbehovet tränger på. Antalet akutbesök har t o m ökat i förhållande till tidigare studier av multisjuka. Som mest för boende i Huddinge och i Enskede-Årsta. Vad gäller Enskede-Årsta så har multisjukas situation kartlagts vid två tidigare tillfällen, år 1999 och år 2000. Situationen för gruppen multisjuka verkar ha hårdnat. Mer akutsjukvård, fler med demens som en diagnos i multisjukligheten samt fler med behov av särskilt boende.²⁹

I siffror från Socialstyrelsen³⁰ framgår att antalet särskilt boende i landet har minskat med omkring ca 11 procent åren mellan 2000 och 2004. I denna studie finns flera personer som önskar särskilt boende. De känner sig ensamma och otrygga i den situation de befinner sig. Tre har fått muntliga avslag med motiv som "kommunen har inte råd". Två har fått avslag, en flera gånger. I det ena fallet en ensam 97-åring i det andra en dement multisjuk som fått avslag därför att närstående enligt biståndshandläggare sökt fel boende.

Intervjuerna med vård- och omsorgsgivarna, studium av dokumentation från sluten- och öppenvård samt från kommunens äldreomsorg understryker det som framkommer i intervjuerna med de multisjuka och deras anhöriga. Biståndshandläggarna saknar primärvården vid vårdplaneringarna ut från sjukhuset. Kommunen klarar inte sitt uppdrag kring de äldre multisjuka utan primärvårdens distriktssköterskor och husläkare. Hemtjänsten missar målet med ett biståndsbeslut grundat på förutbestämda och reglerade insatser. Denna verksamhet rimmar illa med de multisjukas behov av individanpassat och sammanhållet stöd.

²⁹ Se sid 7-9

³⁰ Socialstyrelsen, Statistik socialtjänst 2005:2

Studien visar att multisjuka boende i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge idag har samma grundproblem som tidigare studier visat. Den mängd insatser studiens äldre multisjuka fått ta del av i form av slutenvårdsvistelser, kontakter med specialistvård, akutvård, primärvård och kommunens äldreomsorg hänger inte ihop och utförs utan gemensam planering. Det regelverk och de avtal om samverkan som finns mellan de olika vård- och omsorgsgivarna har inte haft någon inverkan på strukturens grundläggande problem. Det saknas gemensamt agerande mellan de professioner som måste arbeta tillsammans för att klara de multisjuka äldres problem. Det behövs helhetslösningar med gemensam styrning, prioritering och finansiering.

I den struktur som råder kan det ifrågasättas om de multisjuka får den vård och omsorg de lagligen har rätt till. Det finns rikliga exempel i de 29 fallbeskrivningarna i bil³¹ på att så inte är fallet. Många olika professioner och verksamheter jobbar för högtryck – det syns i register, journaler och i dokumentation. Utan sammanhang och samarbete blir deras möda låg kvalitet för den äldre och anhöriga och kostsam ur samhällsekonomisk synvinkel. Det spelar ingen roll hur väl det kan fungera i en del av denna struktur. För den äldre med sammansatta behov och problem måste parterna hänga ihop och samarbeta.

Utveckling mot samarbete mellan primärvård och kommunens hemtjänst finns på både politikernas och verksamhetsansvarigas dagordning. Till stora delar finns samsyn om problem och behov. På olika håll inom Stockholms län drivs och planeras sedan några år verksamheter som samfinansieras av landsting och kommun. En Närvårdscentral för 65+ i Hökarängen startades i mitten av år 2004. En Äldrevårdscentral för boende i Solna ska starta i början av år 2006 och vara de multisjukas lösning på hemmaplan. Båda verksamheterna ska utvärderas. Positiva resultat av en utvärdering är ingen garanti för verksamheternas fortbestånd.

Läkemedel

Denna studie visar på omfattande problem med multisjuka äldres läkemedelsanvändning. Inte en enda av de studerade patienterna var utan läkemedelsrelaterade problem av något slag. Inte ens den person som endast hade två läkemedel. Orsakerna till dessa problem är många, men handlar främst om brister i ordination av läkemedel och uppföljning av behandlingen. Det handlar också om bristande kommunikation kring läkemedlen.

Ett av studiens mest påtagliga fynd var det faktum att läkemedelslistan på vårdcentralen inte var uppdaterad utifrån patientens aktuella läkemedelsanvändning. Denna situation omöjliggör det för läkaren att *"utföra sitt arbete i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet"* och att ge patienten *"sakkunnig och omsorgsfull hälso- och sjukvård som uppfyller dessa krav"*.³²

Idag finns ett stort antal olika journalsystem, i slutet och öppen vård, som inte alls kommunicerar med varandra, och många väntar på den "gemensamma läkemedelslistan". Vägen till ett system som möjliggör en sammanlänkning av olika journaler är dock lång och ännu längre till ett gemensamt journalsystem för alla typer av vård. Den läkemedelsförteckning som får föras av Apoteket sedan 1 juli 2005 är ett steg i rätt riktning.

³¹ Bil 1 Enskede-Årsta, bil 2 Norrtälje och bil 3 Huddinge

³² Lag (1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, LYHS

I väntan på en gemensam läkemedelslista kan emellertid mycket göras redan nu för att underlätta dokumentation och överföring av information om läkemedelsordinationer. Den sammanfattning av vårdtillfället som skrivs i samband med utskrivningen av en patient från slutenvården – epikrisen – kan, rätt skriven och utnyttjad, bli en utmärkt källa till information om patientens aktuella läkemedelsanvändning och om de ordinationer och läkemedelsändringar som gjorts under vårdtiden. Flertalet av de epikriser som ingått i studien har inte varit utförade för detta ändamål. Centralt utarbetade riktlinjer skulle vara värdefulla för att underlätta en sådan strukturerad beskrivning av läkemedelsordinationerna i epikrisen.

Studien visar att de flesta problem hade sin grund i brister vid ordinationen. Det viktigaste sättet att undvika läkemedelsproblem hos äldre patienter är självklart att förebygga dem genom en klok förskrivning av läkemedel. Denna studie visar dock att läkarna inte alltid verkar ha haft klart för sig vilka läkemedel, vilka doser och läkemedelskombinationer som utgör en risk för äldre patienter.

En förutsättning för en klok förskrivning till äldre är kunskaper i äldrefarmakologi. En nyligen utgiven rapport om äldres läkemedel³³ slår bl a fast att läkarutbildningen i Stockholm idag innehåller totalt högst fem undervisningstimmar i ämnet. En nyligen genomförd nationell verksamhetstillsyn i det särskilda boendet³⁴ visar att nära hälften av de tillfrågade läkarna, under den senaste tvåårsperioden, inte hade genomgått utbildning om äldres sjukdomar eller läkemedelsbehandling. Äldre är en växande grupp i samhället. I synnerhet de allra äldsta. Med tanke på detta och på att läkemedel är den i särklass vanligaste behandlingsformen, är det nödvändigt med en översyn av läkarutbildningarna. Utbildningen i farmakologi behöver omfatta mer av äldrefarmakologi och aspekter på äldres läkemedelsbehandling.

De kvalitetsindikatorer för äldres läkemedelsterapi som utarbetats av Socialstyrelsen, är tänkta att fungera som ett stöd vid läkemedelsförskrivningen. För att göra indikatorerna lättillgängliga och därmed använda, har många landsting tagit fram plastkort med de viktigaste indikatorerna. I Stockholm innehåller listan över rekommenderade läkemedel (Kloka listan) sedan ett par år tillbaka ett avsnitt om äldre och läkemedel, som till stor del baseras på Socialstyrelsens indikatorer. Ett förskrivarstöd för äldre skulle också kunna göras tillgängligt genom datorn, till exempel genom en "äldreknapp" i det omtalade "Janusfönster" som utvecklats inom Stockholms läns landsting.

Läkemedelsordinationer behöver följas upp. Stora interindividuella variationer hos äldre i läkemedelsomsättning och känslighet, gör att effekterna blir svårförutsägbara. Ett annat skäl för uppföljning är bristen på följsamhet. En rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning³⁵ visar att följsamheten vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50 procent. De äldre i denna studie hade i genomsnitt 10 läkemedel, och det är ett väl känt faktum att följsamheten sjunker dramatiskt med antalet läkemedel.

Riktlinjer för hur läkemedelsbehandling ska följas upp saknas idag. En central del av sådana riktlinjer borde handla om dokumentation. En förutsättning för att uppföljningen ska fungera är att läkaren redan i ordinationsögonblicket beslutar sig för vad uppföljningen ska bestå av och på vilket sätt den ska genomföras. Man skulle kunna säga att läkaren bör planera för ut

³³ Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting. 2005.

³⁴ Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldreboenden. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen 2004-109-16.

³⁵ ABLA. Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordination. Förslag till gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Landstingsförbundet 1999.

sättning av läkemedel redan vid insättningen³⁶. Uppgifter kring detta förfarande måste dokumenteras tydligt i journalen, inte minst för att underlätta när en annan läkare tar över vården. Undersökningsgruppen i denna studie har haft många olika läkarkontakter.

En viktig del i uppföljningen av äldres läkemedelsbehandling är övervakningen med fokus på biverkningar och andra läkemedelsproblem. Här måste läkaren kunna lita till samarbetet med andra yrkesgrupper. Bäst skickade att notera läkemedelsproblem är de som finns närmast de äldre, d v s vårdbiträden, undersköterskor, hemtjänstpersonal samt anhöriga. Distriktssköterskorna skulle här kunna fylla en central funktion som arbetsledare. Det skulle i sin tur kräva en annan organisering av arbetet än idag. Ett närmande av primärvård och kommunens hemtjänst, med fasta rutiner och upparbetade informationskanaler. Om läkaren ska kunna få vetenskap om biverkningar och andra läkemedelsproblem så är det nödvändigt med ett nära samarbete med patient/anhörig, vård- och omsorgspersonal.

För att minimera risken för läkemedelsrelaterade problem, ska ansvarig läkare regelbundet och systematiskt utvärdera och ompröva äldre patienters läkemedelsbehandling. De flesta läkemedelsgenomgångar som genomförts hittills, har gjorts i det särskilda boendet. Regelbunden genomgång av läkemedelsanvändningen är dock minst lika viktig för äldre som bor hemma; kanske ännu viktigare eftersom det i hemmet inte finns samma kontroll över läkemedelsanvändningen som på ett särskilt boende. I projektet "Apotekare på vårdcentral" har man prövat en modell för läkemedelsgenomgångar för äldre i öppen vård³⁷. När en patient kallas till läkarbesök får de som uppfyller vissa kriterier också en förfrågan om intresse av att träffa en apotekare för genomgång av läkemedel. Apotekaren och patienten upprättar gemensamt en aktuell läkemedelslista och förslag på förändringar i läkemedelsanvändningen. Detta delges ansvarig läkare. Resultaten visar att läkarna i hög grad följt apotekarens råd och att de har haft stor nytta av samarbetet.

För närvarande drivs i projektform ett försök med Närvårdscentral för äldre (65+) boende i Hökarängen. Inom ramen för detta projekt arbetar en apotekare tillsammans med vårdpersonal med uppföljning och genomgångar av patienternas läkemedelsanvändning. Projektet kommer att utvärderas under 2006. Inom landstinget prövas också f n en modell där vårdcentralens läkare har möjlighet att vid läkemedelsgenomgång få expertstöd på distans i form av en klinisk farmakolog och annan expertis.³⁸

ApoDos är ett system som Apoteket AB tillhandahåller sedan länge som stöd för läkemedelshanteringen. Istället för separata läkemedelsförpackningar får patienten genom ApoDos sina läkemedel i förslutna påsar – en för varje medicineringstillfälle. Inom ramen för detta system kan inga receptförskrivna läkemedel komma till patienten utan den ansvarige läkarens godkännande. Systemet kontrollerar idag för läkemedelsinteraktioner, men det finns en utvecklingspotential, till exempel att läkemedelsinformationen i framtiden kopplas till individdata som kroppsvikt, journaler och labprover.

Den mest centrala och övergripande orsaken till problemen med de äldres läkemedelsanvändning är knutet till frågan om ansvar. Ansvar för ordination och uppföljning av behandlingen är otydlig. I en rapport från Stockholms läns landsting³⁹ anges som ett viktigt kvalitetsmått att

³⁶ Claes Lundgren, Fas ut. Råd vid avslutande av läkemedelsbehandling, Västerbottens läns landsting, 2005

³⁷ Nordling S, Anell A. Apotekare på vårdcentral. Uvärdering av vårdorienterad apotekarservice i Gislaved. IHE Rapport 2003:3

³⁸ DAKS-projektet. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting.

³⁹ Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting, 2005.

"Äldre ska ha tillgång till en läkare med ett helhetsansvar för och överblick över den medicinska behandlingen". I den senaste rapporten om äldres läkemedel från Socialstyrelsen⁴⁰, skriver man i sina slutsatser och förslag: "Socialstyrelsen vill framhålla vikten av att landstingen lever upp till sin lagstadgade skyldighet att erbjuda alla som så önskar att välja en fast läkarkontakt i primärvården. Detta är särskilt viktigt i de fall den enskilde har flera olika medicinska diagnoser och en omfattande läkemedelsbehandling." "Socialstyrelsen avser att i samband med en översyn av läkemedelshanteringsföreskriften tydliggöra att den fasta läkarkontakt som alla, som så önskar, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763, 5§) skall kunna ha tillgång till i primärvården, har ett samordnande ansvar för patientens läkemedelsanvändning."

Förslag till åtgärder

Även om arbetssätt och lösningar måste se olika ut beroende av lokal struktur så behövs särlösningar för multisjuka äldre och för äldre med multivikt. Det går inte att bedriva verksamhet med värdighet, kvalitet och ekonomi utan ett kontinuerligt och mångprofessionellt samarbete. Samarbetet måste vara stabilt över tid och med för varandra nåbara och definierade vårdbiträden, undersköterskor, distriktssköterskor, husläkare och anhöriga/närstående. Det måste finnas en husläkare med ett definierat ansvar för patienten. Det krävs speciellt avdelade distriktssköterskor som har som uppgift att arbeta med äldre i det ordinära boendet och fungera som länk mellan husläkaren och hemtjänstens vårdbiträden.

Närmast den äldre finns hemtjänstens vårdbiträden som istället för att genomföra dagens regelstyrda hemtjänstinsatser ska kunna anpassa stödet till de multisjukas behov. De skulle därigenom bli en resurs för distriktssköterskor och primärvårdsläkare. Ett sådant arbetssätt skulle kunna utveckla den kompetens som redan idag finns inom hemtjänsten. Hemtjänstinsatserna måste organiseras utifrån behoven hos de multisjuka och de regelstyrda insatserna rensas ut. En sådan organisering av hemtjänsten har möjlighet att fungera komplementärt till primärvården.

För att klara det som i denna studie visat sig vara en tydlig indikator på hur väl vården och omsorgen löser sin uppgift – läkemedelshanteringen – så behövs ytterligare professioner till teamet – apotekaren och farmakologen.

Rapportens titel "Styckevis och delt" är ett citat från en av undersökningspersonerna som hellre ville se ett "helt"⁴¹. Den mängd insatser studiens äldre multisjuka fått ta del av i form av slutenvårdsvistelser, kontakter med specialistvård, akutvård, primärvård och kommunens äldreomsorg hänger inte ihop. Det är dags att omformulera tankekonstruktionen vårdkedjan för gruppen multisjuka och multiviktande äldre. Flera studier före denna har visat att vårdkedjan inte fungerat för äldre med sammansatt behovsbild. Resurserna måste knytas samman och fokusera på samhällsekonomi utifrån de multisjukas samtliga behov. Vårdkedjan behöver rensas ut och förvandlas till något som kan liknas vid två kommuniserande kärn med

- primärvård och äldreomsorg i gemensam verksamhet "på hemmaplan"
- akutvård och övrig slutenvård då den verkligen behövs

⁴⁰ Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning⁴⁰ (2004),

⁴¹ Uttrycket kan härledas till Henrik Ibsens versdrama Brand från 1866 där en strof lyder "var det du är och var det helt och icke styckevis och delt" och har blivit ett bevingat uttryck för helhet, äkthet och viljans ansträngning.

Och vad gäller läkemedel och läkemedelshantering så behöver

- varje äldre patient ha tillgång till en läkare med helhetsansvar för den medicinska behandlingen
- varje läkare som vårdar äldre patienter regelbundet utvärdera och ompröva deras läkemedelsanvändning - på egen hand eller med stöd av expert (apotekare, klinisk farmakolog)
- riktlinjer skapas för hur läkemedelsbehandling ska följas upp vad gäller effekt, biverkningar, andra problem samt patientens följsamhet
- varje läkare som vårdar äldre patienter ha tillgång till forskrivarstöd
- varje slutanteckning från slutenvården (epikrisen) ska innehålla ett utförligt avsnitt om patientens läkemedelsordinationer att införas i vårdcentralens journal
- alla äldre patienter ha ett kort med uppgifter om aktuell läkemedelsbehandling
- varje läkare som vårdar äldre patienter ha goda kunskaper i äldrefarmakologi och om riktlinjer inom området

Bilaga 1 med fallbeskrivningar från Enskede-Årsta

Nedan följer fallbeskrivningar från området. Fallbeskrivningarna utgår från de problem och behov som framkommit i intervjuerna med de äldre multisjuka och deras anhöriga/närstående. Beskrivningarna baseras dessutom på sluten- och öppenvårdsregistreringar under perioden jan 2004 - juni 2005, dokumentation från utskrivningar från slutenvård under feb/mars 2005 samt på dokumentation från husläkarmottagningar och kommunens äldreomsorg under samma period.

För att undersökningspersonerna inte ska kunna identifieras kallas de multisjuka äldre genomgående för kvinna/man, hon/han eller den äldre och deras partner för maka/make. Barn, anhöriga/närstående kallas för anhöriga eller närstående. Undersökningspersonernas ålder anges i femårsintervall. (Se i övrigt metodbeskrivningen på sid 11.)

1. Ensamboende 90-94 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar eget inflytande över hur hemtjänstinsatserna utformas och färre och för den äldre kända vårdbiträden. Den äldre uppfattar inte att biståndshandläggaren har någon betydelsefull funktion att fylla för att lösa de problem som finns i vardagen. Önskar mer kontakt med husläkaren och att slippa akutbesök på sjukhuset.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl a beaktande av varningar. Bättre rutiner för uppföljning av bl a biverkningar. Bättre kommunikation mellan patient och läkare på vårdcentralen. Bättre instruktioner om och uppföljning av patientens medicinhantering.

Diagnoser inom slutenvård	5, bl a hjärta, diabetes, andningsorgan
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, trötthet, minskad aptit, muntorrhet, ont i magen, illamående, diarré, förstoppning, ödem, klåda
Hemtjänst	Tre gånger dagligen alla veckans dagar: matlagning, inköp, kvällshjälp, dusch, tvätt, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Promenad en gång per vecka genom väntjänst. Har färdtjänst
Antal läkemedel och brister	11, varav 4 vid behov

Patienten är enligt journalen överkänslig mot antibiotika husläkaren har trots det förskrivit penicillin. Patienten har fått diarré som biverkning av blodtrycksänkande medicin. Har ordinerats Bricanyl utan att ha fått instruktioner om inhalationsteknik. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	3	5
	Antal vårddygn	11	10	21
Träffat läkare inom öppenvård på sjukhus	Specialistläkare	4	4	8
	Akut läkare*	5	4	9
Övrig personal inom öppen vård på sjukhus	Sjukgymnast	-	1	1
	Arbeterapeut	-	1	1
	Medicinsk service	2	-	2
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	5	4	9
	Jourmottagning	1	-	1
	Hemsjukvård	-	1	1
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	9	70	79
	Undersköterska	-	164	164

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Hemtjänst tre gånger per dag. Har genom Väntjänsten hjälp att komma ut någon gång per vecka. Missnöjd med att så många olika vårdbiträden kommer, och att hjälp med dusch endast ges en gång per vecka. Försöker att själv klara dusch veckans övriga dagar. Städningen har den äldre anlitat privat hjälp med då hon/han inte ansåg att hemtjänsten skulle klara att städa ordentligt. Det var flera år sedan hon/han träffade biståndshandläggaren. Då hon/han ringt och klagat på hemtjänstinsatserna har biståndshandläggaren uppmanat henne/honom att byta utförare. Hon/han har då bytt till annan utförare. Tycker att de nya utförarna är snälla men att de inte gör som hon/han vill. Har vid två tillfällen fått inkassokrav på hemtjänsträkningar som hon/han redan betalat och av kommunen blivit upplyst om att "dom hade det rörigt med ekonomisystemet".

På Dalens geriatrik kände hon/han sig som "ett nummer". "Personalen talade över mitt huvud. Jag grinade och sedan blev det något bättre." Verksamhetschefen för den nya hemtjänstutföraren kontaktade henne/honom under den senaste sjukhusvistelsen och gjorde hembesök då hon/han kommit hem. Sjukhuset hade faxat men faxet hade inte nått fram till husläkaren. "Läkaren är lite si och så." Genom hemsjukvården har hon/han daglig kontakt med distriktssköterskan och hade vid tiden för intervjun fått bokad tid för kontroll på Vårdcentralen.

Närstående har telefonkontakt med den äldre en gång per vecka och besöker henne/honom en gång per månad. Enligt närstående är det största bekymret att pensionen är så låg och att den äldre därför oroar sig för kostnaderna för hemtjänst, läkare och läkemedel.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdens dokumentation anges noggrann utskrivningsplanering inför utskrivningen. Från vårdcentralen finns omfattande journalföring av distriktssköterskans hemsjukvårdsinsatser. Dock framgår ingenting om råd givits för den äldres magproblem eller svårigheterna att inhalera astmamedicinen. Personen har vid ett tillfälle haft hembesök av husläkaren. Övriga läkarkontakter har skett indirekt via distriktssköterskan.

Under våren framgår det av biståndshandläggarens dokumentation att den äldre bytt utförare av hemtjänsten. Den äldre har sedan tidigare anlitat privat städhjälp. Det framgår inte av dokumentationen om biståndshandläggaren uppfattat/fått information om den enskildes ansträngda ekonomiska situation.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 2 st C-interaktioner.

Enalapril (ACE-hämmare) insatt (det framgår inte av vem) i samband med kärlkrampsbesvär och misstänkt instabil angina (kärlkramp gränsande till hjärtinfarkt). I samband med doshöjning konstaterar man att "kreatinin är normalt". Beräknat kreatininclearance, utifrån journal- och intervjuuppgifter, visar dock nedsatt njurfunktion (måttlig grad). Kan förstärka effekten av Enalapril.

Kontroll av elektrolyter (natrium och kalium i blodet) planerades efter 3 veckor – dock ingen uppgift i journalen som tyder på att det har blivit gjort.

Läkaren ordinerar Heracillin i samband med infektion i fingret, utan att träffa patienten. Patienten uppger sig vara överkänslig mot penicillin och sulfa.

Har ordinerats Bricanyl utan att ha fått instruktioner om inhalationsteknik.

Följsamhet

Använder inte Felodipin p.g.a. diarré

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Två av de läkemedel patienten anger (Alvedon Viscotears) saknas på vårdcentralens lista.

Två av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Felodipin, Suscard) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Ordination av penicillin trots varning, samt ordination av Bricanyl utan instruktioner, talar för bristande kommunikation mellan läkare och patient.

2. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Hemtjänst utförd så som den äldre själv önskar. Särskilt boende för att slippa otrygghet och nattliga larm resulterande i ambulansfärder till sjukhus. I behov av ett samlat medicinskt omhändertagande. Den äldre anger att frågan om särskilt boende diskuterats vid flera tillfällen med handläggaren, en ansökan skulle därför ha tagits upp.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av riskläkemedel. Bättre kommunikation mellan olika vårdenheter. Uppdatering av patientens läkemedelslista på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	8, bl a hjärta, magsår, reumatism, fraktur, infektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, minskad aptit, ont i magen, illamående, diarré, ödem, klåda
Hemtjänst	Hemtjänst fyra gånger per dag alla dagar i veckan: Frukost, städning, tvätt, inköp, tillsyn, kvällshjälp, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, fönsterputs och annat som hemtjänsten inte gör. Har färdtjänst
Antal läkemedel och brister	10, varav 2 vid behov

Trots lågt blodtryck behandlas patienten med blodtrycksänkande mediciner. Är ordinerad läkemedel som ökar risken för att på nytt drabbas av magsår. Patienten är oklar om vilka mediciner som är aktuella och har svårt att hantera dem. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation mellan sjukhusets och vårdcentralens läkare. Otillräcklig hjälp med medicineringen.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	9	7	16
	Antal vårddygn	96	28	124
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	9	7	16
	Akut läkare*	10	9	19
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	6	1	7
	Jourmottagning	1	-	1
	Hemsjukvård	-	1	1
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	1	-	1
	Sjuksköterska	-	2	2
	Undersköterska	1	-	1
	Medicinsk service	3	2	5
	Annan vårdgivare	-	1	1
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	Sjukgymnast	10	5	15
	Sjuksköterska	-	2	2
	Distriktssköterska	1	26	27
	Undersköterska	-	8	8
	Utprovning av tekniska hjälpmedel	5	2	7

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende kvinna/man. Änka/änkling sedan många år. Hon/han är kraftigt rörelsehindrad och förflyttar sig mellan höj/sänkbar stol, rollator, höj/sänkbar säng samt genom att ta stöd i möbler. Uppger själv att hon/han har hemtjänst fyra gånger per dag. Den äldre är nöjd med hemtjänsten men önskar att de gjorde det hon/han vill ha hjälp med. Saknar sällskap och längtar efter att få komma ut. Närstående

putsar fönstren eftersom hemtjänsten inte gör det. *"Känner samvete eftersom ju hon/han arbetar hel-tid."* Den äldre larmar ofta nattetid och får ofta genom den larmade personalen hjälp att med ambulans ta sig till akuten där hon/han känner sig trygg. Behöver byta glasögon men orkar inte. Har problem med tänderna men orkar inte ta sig till tandläkare. Har pratat med biståndshandläggaren om att hon/han önskar flytta till servicehus men blivit upplyst om att kommunen inte har råd.

"Eftersom ett av mina barn har varit med och ställt krav har det fungerat bra vid planeringarna ut från sjukhuset." Den äldre tycker dock att hon/han blir utskriven från sjukhuset alldeles för tidigt utan efterföljande träning i hemmet. *"Det jag behöver – servicehus – finns inte för mig."*

Distriktssköterska gör hembesök en gång per vecka för delning i dosett. Har i övrigt sparsam kontakt med vårdcentralens läkare och skulle önska att hon/han slapp den kontakten överhuvudtaget.

Anhörig, som sköter hennes/hans ekonomi, tycker att hemtjänsten hjälper henne/honom med det som hon/han klarar själv och inte med det hon/han själv vill ha. *"Dom rättar sig efter sina rutiner inte efter hennes/hans behov"*. Anhörig anser att den städning hemtjänsten utför är urusel. Anhörig är också orolig över de läkemedel som distriktssköterskan delar i dosetten. Tycker att den äldre skulle behöva stöd med att ta sina läkemedel. Biståndshandläggaren har även upplyst anhörig om att det inte går att få servicelägenhet.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Det framgår ingenstans av kommunens dokumentation att den äldre vid flera tillfällen tagit upp behovet av att flytta till ett särskilt boende. Det framgår istället av dokumentationen att handläggaren i beslutet angivit att målet är att den enskilde ska kunna bo kvar i sin nuvarande bostad.

I dokumentationen från slutenvården framkommer att personen själv ska ta kontakt med hemtjänsten vid hemkomst. Sjukhuset har dock informerat distriktssköterskan och biståndshandläggaren via Web-Care.

Från vårdcentralen finns regelbunden dokumentation om sårvård, medicindelning och provtagningar. Husläkaren har personen haft telefonkontakt med vid ett tillfälle under våren 2005. I övrigt har kontakterna skötts via distriktssköterska och undersköterskor.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Har lågt blodtryck (95/65). Behandlas enligt vårdcentralen med Atenolol och Imdur, som båda kan sänka blodtrycket.

Anamnes på återkommande magsår. Behandlas med Fosamax och Prednisolon, som båda ökar risken för sår i övre magtarmkanalen.

Ingen indikation återfinns för Pancrease.

Följsamhet

Patienten uppger att hon/han glömmer ta sin medicin. Är orolig för att ta guldpreparat (Myocrisin).

Patienten tar extra sömntabletter.

Många av de läkemedel som finns på vårdcentralens lista, saknas bland dem som uppges av patienten (se nedan).

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Fem av de läkemedel patienten anger (Pancrease, Hirudoid, Myocrisin, Fosamax, Acura) saknas på vårdcentralens lista.

13 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (bl.a. Salazopyrin, Plavix, Atenolol och Ketogan) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Patienten tycker inte att kommunikationen fungerar mellan reumatologen på Huddinge sjukhus och vårdcentralen/distriktssköterskan. Uppger att de läkemedel som delas till henne/honom inte stämmer med ordinationerna från reumatologen. Hon/han försöker dela själv i dosett, tappar då tabletter på golvet.

3. Ensamboende 90-94 år

Brister, önskemål och förslag

Behov av ett tryggare omhändertagande, eventuellt särskilt boende, och samarbete mellan hemtjänst, vårdcentral och anhörig. Primärvården borde reagera på de många akutbesöken och tillsammans med hemtjänsten diskutera vad som skulle kunna åtgärdas för att öka den äldres trygghet. Biståndshandläggaren dokumenterar den tilltagande glömskan. Förslag till åtgärder saknas.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl.a. beaktande av njurfunktion. Bättre kontroll och uppföljning på vårdcentralen. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	5, bl a demens, psyk sjukdom, hjärta, hypotyreos (underfunktion av sköldkörteln)
Övriga problem/symptom	Sömnbesvär, trötthet, nedstämdhet, svårt att kissa
Hemtjänst	Hjälp tre gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, inköp, tvätt, matlåda, enklare matlagning, tillsyn, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, socialt stöd. Har färdtjänst
Antal läkemedel och brister	7, varav 1 vid behov

Överskattning av njurfunktion (gravt nedsatt) och förskrivning av läkemedel som bör användas med försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Trots höga kaliumvärden har patienten kaliumsparande vätskedrivande läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	-	3	3
	Antal vård dygn	-	12	12
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	1	-	1
	Akut läkare*	3	7	10
Övriga kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	1	3
	Hemsjukvård	2	3	5
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	1	-	1
	Annan vårdgivare	2	1	3
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	48	16	64
	Undersköterska	80	37	117

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Skild och ensamboende kvinna/man som klarar sin personliga ADL men som i övrigt har hjälp genom hemtjänsten. Sköter själv sin stomi som är en källa till ständig oro och hinder i livet. Läger sig inte i hemtjänstens arbete. "Dom gör som dom tycker är bäst." Får fryst mat från Samhall som hemtjänsten värmer. Önskar att hon/han kunde få storstädning emellanåt. Är ändå nöjd med den hemtjänst hon/han får.

Upplever inte att hon/han varit med om någon vårdplanering från sjukhuset. *"Där var dom vänliga men jäktade. Allt ska ju gå så fort. Skulle vilja prata lite mer."* Säger sig inte ha haft någon kontakt med husläkare efter sjukhusvården.

Inte heller enligt anhörig har den äldre kontakt med husläkaren. *"Åker till akuten istället."* Anhörig ser behovet av kontinuerlig läkar-/distriktssköterskekontakt på hemmaplan. Hon/han tycker att hemtjänstens personal är hygglig men *"de serverar tråkig mat i tråkiga förpackningar och aldrig tillsammans med grönsaker"*. Den äldre saknar enligt anhörig social stimulans. Hon/han har behov av ett annat boende och av måltider tillsammans med andra. Anhörig har flera gånger blivit uppringd av hemtjänsten som velat få klarhet i var den äldre befunnit sig. Detta har hänt både då den äldre åkt in på sjukhuset och då hon/han skrivits ut därifrån. Detta oroar anhörig eftersom hon/han upplever den äldre som *"ordentligt förvirrad"*.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Det framgår av dokumentationen att den äldre ofta åker in till akutmottagningen och därefter snabbt hem igen. Från vårdcentralens dokumentation kan inte utläsas att åtgärder vidtagits för att undvika alla akutbesök. Den äldre har träffat husläkaren vid ett tillfälle under första halvåret 2005.

Kommunens handläggare dokumenterar i utredning att den äldre har tilltagande glömska och svaghet och att det blir allt svårare att klara sig hemma. Det framgår inte om handläggaren informerat om möjligheterna att ansöka om särskilt boende.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister. Dock visar beräknat kreatininclearance en gravt nedsatt njurfunktion (19 ml/min, patienten har bara en njure), då man bör ta ställning till om behandlingen med Trombyl och Spironolakton ska fortgå som tidigare. Njurfunktionsnedsättningen kanske inte har uppmärksammats, eftersom kreatininvärdet (rutinprovet) endast har varit lätt stegrad. Patientens har haft höga kaliumvärden. Trolig orsak Spironolakton behandling i kombination med dålig njurfunktion. Detta läkemedel borde avslutas. Även Probecid bör undvikas vid "svår njurskada". Dessutom är indikation för denna behandling oklar.

Följsamhet

Många av de läkemedel som finns på vårdcentralens lista, saknas bland dem som uppges av patienten.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Samtliga läkemedel patienten anger finns på vårdcentralens lista.

9 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (bl.a. Movicol, Stilnoct och Artelac) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Patienten har inte haft kontakt med läkaren på vårdcentralen. Har åkt direkt till sjukhusakuten. Har ApoDos, men har trots detta fått recept på samtliga mediciner från sjukhuset.

4. Ensamboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Tryggare medicinskt omhändertagande från vårdcentralens sida i samarbete med hemtjänst och anhörig. Oklarheter råder mellan vård- och omsorgsgivarna kring hjälp och stöd i hemmet. Slutenvården drar slutsatser om stöd som inte existerar. Det saknas i kommunens dokumentation uppgifter om kontakter från slutenvården.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl.a. beaktande av dosering. Bättre uppföljning av bl.a. biverkningar. Bättre kommunikation mellan vårdcentralens läkare å ena sidan och patient och sjukhusets läkare å andra sidan.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a diabetes, hjärta, infektion, lunginflammation, demens
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, illamående, andfåddhet, hosta
Hemtjänst	Neje
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, ekonomi och stöd i hushållssysslor var tredje dag
Antal läkemedel och brister	9, varav 3 vid behov

För låg dos (Insulin). Höjningen av insulindosen på sjukhuset, inte kommunicerad till patient och vårdcentral. För hög dos smärtstillande medel. Patienten har sömnbesvär och mardrömmar som kan vara biverkningar av den blodtrycksänkande medicinen. Patienten har hosta som sannolikt är biverkning av hjärtkärlläkemedel.

Orsaker: Bristande ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation mellan sjukhuset, vårdcentralen och patienten.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	2	3
	Antal vård dygn	2	16	18
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	6	11	17
	Akut läkare*	1	1	2
Kontakter med VC/HL läkare	Hemsjukvård	7	4	11
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	1	-	1
	Annan vårdgivare	3	-	3
	Ortopist/fotvård	-	6	6
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	130	113	243
	Undersköterska	91	24	115

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Skild och ensamboende kvinna/man utan hemtjänst. Närstående kommer var tredje dag för att sköta ekonomi och tvätt. Den äldre har själv ingen uppfattning om just någonting. Hennes/hans största problem är att hon/han *"inte äter fisk"*. Kommer inte ihåg om hon/han deltagit i någon vårdplanering. Trivs bäst på sjukhuset där hon/han tycker sig bli ompysslad och får äta god mat. Enligt närstående behöver den äldre stöd från hemtjänsten - speciellt med städningen - men *"kan inte få det eftersom det saknas pengar att betala för insatserna"*.

Enligt närstående har den äldre stora problem med glömska. Distriktssköterskan kommer en gång per vecka för att dela dosett. Man har från vårdcentralens sida försökt med Apodos men det fungerade

inte. "Hon/han åt flera dagar i förväg". Dosetten hade den äldre bättre förståelse för. Distriktssköterskan ringer varje morgon för att få de sockervärden den äldre själv tar. Närstående oroar sig för om den äldre klarar detta. Tycker att det sviktat.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Från kommunen finns endast en gammal ansökan, utredning och beslut från 2004. Insatserna gällde främst mathållningen på grund av insulinbehandlad diabetes, samt serviceinsatser i form av städning och handling. Samtliga insatser avslutades december 2004. Ingen orsak finns angiven.

I dokumentation från slutenvården finns anteckning från februari 2005 om att biståndshandläggare är informerad om hemgång och att den äldre är i behov av hemtjänst. Vidare finns i slutanteckningar dokumenterat att hemtjänst och distriktssköterskan skall utöka insatserna. I kommunens dokumentation finns inget dokumenterat om att slutenvården varit i kontakt med biståndshandläggaren om insatser. Inte heller om att handläggaren sökt den äldre för att förhöra sig om behovet av en eventuell ny ansökan.

Det är främst distriktssköterskan som dokumenterat sina hemsjukvårdsinsatser efter hemkomsten från vården på sjukhuset. I husläkarjournalen finns dokumenterat att läkaren uppmärksammat att patienten är smärtfri och därför inte tar sina värkmediciner. Notering finns också om att distriktssköterskan informerats. Personen har träffat husläkaren vid ett tillfälle under våren. Övriga kontakter har skett med distriktssköterskan och undersköterskor.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 2 st C-interaktioner.

Hög dos dexofen – 200 mg per dygn, anges i FASS som maxdos för äldre och andra "riskpatienter".

Patienten har inte ont.

Man har enligt daganteckningar höjt dosen insulin på sjukhuset. Dock enligt senare anteckningar samt patientens läkemedelslista, samma dos som förut.

Patienten har hosta, en vanlig biverkan av Triatec.

Följsamhet

Patienten tar inte alvedon och dexofen. Har inte ont. Använder heller inte Nitromex.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Patientens lista och vårdcentralens lista överensstämmer till fullo.

Kommunikation

Höjningen av insulindosen på sjukhuset, inte kommunicerad till patient och vårdcentral.

5. Samboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Orolig då tidigare läkarkontakt upphört behöver därför trygg kontakt med ny läkare på vårdcentral.

Kommunikation mellan patienten och vårdcentralens läkare. Bättre information om vikten av läkemedelsbehandling. Bättre rutiner för uppföljning med kontroll av patientens njurfunktion.

Diagnoser inom slutenvård	4, infektion, diabetes, mag- och tarmsjukdom, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, muntorrhet, förstoppning, andfäddhet, ödem
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, hushållssysslor
Antal läkemedel och brister	7, samtliga för regelbundet bruk

För låg dos kolesterolsänkande medicin. Läkemedel mot diabetes används inte av patienten enligt ordination. Bristande information om patientens njurfunktion trots förskrivning av läkemedel som är beroende av njurfunktionen. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	-	3	3
	Antal vårddygn	-	9	9
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	-	-	-
	Akut läkare*	-	2	2
Övriga kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	1	-	1
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	-	1	1
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	-	-	-	-

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Gift samboende självgående kvinna/man. Upplever inte själv att hon/han har några större problem. Maka/make sköter hushållet.

Ingen vårdplanering har skett från sjukhuset. Blev utskriven i så dåligt skick att hon/han återvände till sjukhuset efter kort tid hemma. Upplevde det akuta omhändertagandet före intag på avdelning som ytterst plågsamt. Fick ligga i en korridor, skickades hit och dit och mötte ständigt nya människor som alla hade bråttom. Läkarna tvekade om vilken medicin hon/han skulle ha och ändrade den dosering hon/han var van vid. Detta oroade ytterligt eftersom hon/han har diabetes. Saknar kontakt med vårdcentralen. Har under många år haft privatläkare. Denne har slutat och den äldre är undrande inför vad som väntar eftersom "alla säger att vårdcentralen fungerar så dåligt".

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Journaldokumentation finns från slutenvårdstillfället. Vårdcentralen har mottagit kopia på dessa handlingar. Personen har tidigare haft regelbunden kontakt med privat läkare. Har därför ännu inte haft

behov av vårdcentralens husläkare. Kommunal dokumentation saknas då personen inte varit aktuell för hemtjänstinsatser.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Använder Metformin för sin diabetes. Olämpligt vid nedsatt njurfunktion. Dock återfinns inga uppgifter om njurfunktionen i journalen.

Patienten använder Simvastatin i låg dos, 10 mg som brukar vara startdos. Har man glömt höja dosen?

Följsamhet

Patienten använder diabetesmedlena Daonil och Metformin i andra doser än han är ordinerad.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Inget av de läkemedel patienten anger finns på vårdcentralens lista.

Ett enda läkemedel finns angivet på vårdcentralens lista (Cocillana-Etyfin). Uppges inte av patienten.

Kommunikation

Patienten har en privat läkare. Har ingen kontakt med vårdcentralen. Den enda dokumentation som erhållits från vårdcentralen är slutanteckningen från sjukhuset.

6. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Färdtjänst och förtroendefull kontakt med husläkare

Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bättre patientinformation och uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	6, bl a hjärta och övriga kärl, lunginflammation, ljumskbrock, kollaps
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, ont i magen, förstopning, klåda
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Nej
Antal läkemedel och brister	9, varav 2 vid behov

Många läkemedel som patienten borde ha, används inte av patienten. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bristande kommunikation patient-läkare på sjukhus?

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	5	2	7
	Antal vårddygn	8	4	12
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	2	5	7
	Akut läkare*	7	2	9
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	5	-	5
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	3	2	5
Kontakter med övrig vårdpersonal VC/HL	Inga	-	-	-

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptföreskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ogift ensamboende relativt självgående kvinna/man. Har stora problem med utslitna ryggkotor. Har mycket smärta ex vis då hon/han bär kassar från affären. Ibland hjälper en snäll granne till att få hem varor. "Ibland får jag kosta på taxi." Är besviken efter att ha fått avslag på ansökan om färdtjänst. Tror att hon/han skulle klara sig längre på egen hand med hjälp av färdtjänst. "Färdtjänst skulle ha förgyllt min tillvaro och fått mig att känna mig friare."

Saknar förtroende för den läkare som hon/han är listad hos och vill byta vårdcentral. Är mycket besviken på ett, enligt henne/honom, felaktigt läkarintyg som husläkaren utfärdat inför ansökan om färdtjänst. "Tycker att dom ska lyssna på patienterna."

Förutom det akuta omhändertagandet på sjukhuset har den äldre trivts bra de gånger hon/han blivit intagen på avdelning.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Ansökan om färdtjänst framgår inte i den dokumentationen som förts från vårdcentralen. Personen har inte besökt husläkaren under första halvåret 2005.

Läkemedel***Kvalitetsbrister/problem***

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Följsamhet

Många av de läkemedel som finns på vårdcentralens lista, saknas bland dem som uppges av patienten (se nedan). Saknar bl.a. Seloken Zoc som kan behövas för hennes förmaksflimmer.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Vitakalk, Toilax, Nitromex, Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

6 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Behepan, Folacin, Xyloproct, Seloken Zoc, Detrusitol, Distalgesic) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

7. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Hemtjänstinsatser borde utformas efter kvinnan/mannens behov. Den skriftliga ansökan om hemtjänst ska självklart formuleras utifrån den äldres ordval och önskemål. Rättssäkerheten blir annars satt ur spel.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av riskläkemedel. Bättre rutiner för uppföljning av bl.a. biverkningar. Bättre kommunikation mellan sjukhuset och vårdcentralen. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång,

Diagnoser inom slutenvård	9, bl a diabetes, demens, cystit (inflammation i urinblåsan), cirkulations-sjukdom i hjärta och kärl, lårbensfraktur
Övriga problem/symptom	Smärta, sömnbesvär, trötthet, ödem
Hemtjänst	Hjälp dagligen alla dagar i veckan med; städning, tvätt, inköp, kvällshjälp, ledsagning, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, promenader, transporter och klädinköp. Har färdtjänst
Antal läkemedel och brister	12, varav 3 vid behov

Besväras av trötthet som kan vara biverkning av en för äldre mindre lämplig sömntablett, liksom av en stark smärtstillande medicin. Det framgår inte av journalen att läkare är medveten om patientens måttlig nedsatta njurfunktion, vid ny insättning av ett läkemedel som är beroende av patientens njurfunktion. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation mellan olika vårdenheter.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	3	5
	Antal vård dygn	13	28	41
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	3	-	3
	Akut läkare*	1	2	3
Övriga kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	14	-	14
	Hemsjukvård	22	2	24
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	2	1	3
	Sjuksköterska	1	1	2
	Medicinsk service	1	1	2
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktsköterska	283	4	287
	Undersköterska	223	4	227

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Skild och ensamboende kvinna/man som har svårt med ensamhet. Är p g a knä orörlig. Den enda gång den äldre anser att hon/han deltagit i vårdplanering från sjukhuset var när hon/han första gången fick hemtjänst. "Då var det många på sjukhuset." Har inget minne av att hon/han träffat någon biståndshandläggare annat än denna gång. Den äldre tror inte att vare sig hemtjänst eller vårdcentralen haft kontakt med sjukhuset de gånger hon/han skrivits ut därifrån efter detta tillfälle.

Tycker att "hemtjänsten borde ha hemtjänst som kunde göra det hemtjänsten inte själva gör."

Hon/han önskar att vårdbiträdena var färre till antal. En annan önskan är oftare och bättre städning.

"Hemtjänsten städar bara på ytan, de säger att de inte får göra mer och jag trivs inte med damm." Av

biståndshandläggaren har hon/han fått klart för sig att kommunen endast ger mer städning till dem som har astma. Anhörig önskar att hemtjänsten hade mer tid till att låta den äldre följa med till affären för inköp eller att följa med på en promenad.

Den äldre tycker att hon/han flera gånger skrivits ut från sjukhuset alltför snabbt. Hon/han har också några gånger varit tillbaka på sjukhuset igen redan efter ett par dagar. Önskar att det funnits rehabilitering - både på sjukhuset och därefter i hemmet. Anhörig tror att hon/han kanske skulle ha fått slippa många sjukhusvistelser om rehabilitering och funktionsträning satts in i ett tidigt skede.

Distriktssköterskan kommer hem en gång i veckan för att ge injektioner. Kontakterna med distriktssköterska och husläkare fungerar enligt den äldre bra.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Vid hemkomsten från slutenvårdsvistelsen kontakter distriktssköterskan biståndshandläggaren för att tala om den äldres behov av utökad hemtjänst. I journalen från vårdcentralen finns regelbunden och utförlig dokumentation. Distriktssköterskan har dokumenterat att hemtjänsten fungerar bra. Personens husläkare har dokumenterat läkemedelsändringar samt utfärdat en remiss.

I dokumentation från kommunen framgår att personen bl a ansökt om "*städning var tredje vecka*". Den äldre är missnöjd med städningen och det verkar därför inte troligt att hon själv önskat städning utförd bara var tredje vecka. Ansökan är dock undertecknad av henne, beviljad och därför svår att överklaga.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar en C-interaktion.

Behandlas, sedan en magblödning orsakad av Trombyl i december 2004, med Losec. Behandlingen borde avslutas efter 8 veckor men har pågått i minst 9 månader.

Önskar för sömnen Stilnoct som hon fick på sjukhuset. Medicinerar dock fortfarande med Propavan, som är mindre lämpligt för äldre p.g.a. lång verkan och risk för neuroleptika biverkningar.

Besväras av trötthet, vilket kan vara en effekt av propavan, men även t.ex. dexofen.

Patienten har enligt beräknat kreatininclearance (36 ml/min) en måttlig (30-60 ml/min) nedsatt njurfunktion. Detta bör läkaren vara medveten om vid dosering av Triatec. Det framgår dock inte av journalanteckningarna att så är fallet.

Följsamhet

Använder inte Nitromex, tar Nitrolingual istället.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Losec, Neorecormon, Dexofen, Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

3 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Pantoloc, Waran, Distalgesic) uppges inte av patienten. Behandlas med blodförtunnande pga lungemboli. Enligt senaste ordinationer från sjukhuset (hematologen) ska Waran ha bytts ut mot Fragmin, vilket också är det som patienten tar. Medicinlistan på vårdcentralen anger dock fortfarande att hon har Waran.

Kommunikation

Skilnaderna i läkemedelslistorna hos patienten och på vårdcentralen, talar för problem i kommunikationen av nya ordinationer mellan slutenvården (bl.a. hematologen) och öppenvården. Särskilt anmärkningsvärt att inte behandlingen med blodförtunnande och Neorecormon överensstämmer.

8. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Den äldre behöver bistånd till särskilt boende. Dokumentationen kring ärendet visar stora brister i handläggningen. Anhörig skulle ha fått stöd, råd och information för att kunna formulera en ansökan om boende anpassat till sin dementa förälder. Den rättsligt tveksamma handläggningen har förorsakat den äldre och anhörig onödigt lidande.

Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bättre kontroll av patientens faktiska läkemedelsanvändning. Bättre rutiner för uppföljning med provtagning. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	7, tumör, demens, sjukdom i nervsystemet (epilepsi), cirkulationssjukdom i hjärnan, benskörhet, fraktur, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, muntorrhet, förstoppning, ödem
Hemttjänst	Hjälpt tre gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, tvätt, inköp, matlaga, enklare matlagning, dusch, kvällshjälpt, dagverksamhet, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälpt av närstående/Annat	Ja, socialt stöd, hushållssysslor, fönsterputs och klädinköp. Har färdttjänst
Antal läkemedel och analys	8, varav 2 vid behov

Patienten egenvårdar sig med ett för äldre olämpligt smärtstillande läkemedel, med risk för bl.a. magsår. Utebliven provtagning trots behandling med läkemedel mot epilepsi. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	1	4
	Antal vårdtygn	24	8	32
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	5	-	5
	Akut läkare*	7	2	9
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	1	3
	Hemsjukvård	-	1	1
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	1	-	1
	Psykolog	1	-	1
	Arbetssterapeut	6	1	7
	Medicinsk service	1	1	2
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	29	3	32
	Undersköterska	1	64	65

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende änka/änkling med stora minnesproblem. Hon/han känner tilltagande oro. Ringer anhörig flera gånger dagligen med diverse olika frågor. Särskilt ofta ringer den äldre när natten börjar närma sig. Anhörig hjälper sin förälder omkring tio timmar per vecka. Den äldre har två gånger fått avslag på skriftlig ansökan om särskilt boende. Har under senaste året gått ner fem kg i vikt. Har bl a legat på sjukhus med diagnos undernärd och uttorkad. Den äldre ramlar ofta och gör sig då ibland ordentligt illa. När hon/han behöver vård blir det sjukhusets akutmottagning. "Det känns lättare och dom är snälla på sjukhuset". Hon/han har inte haft många kontakter med vårdcentralens läkare. Distriktssköterska är sedan en tid inkopplad för att bistå med läkemedel.

Anhörig känner sig hjälplöst utelämnad. Upplever biståndshandläggaren som någon som är till för att undanhålla hjälp. Föräldern skulle inte klara sig utan stödet från anhörig. Hemtjänstpersonalen är enligt anhörig *"jättade och har bråttom. Mamma/pappa skulle vilja prata och är väldigt orolig."*

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I kommunens dokumentation framgår att patientens specialistläkare per telefon påtalat behov av annat boende redan i november 2004. En månad efter samtalet skickar biståndshandläggaren en ansökan till anhörig för ifyllande. Avslag på ansökan delges muntligen per telefon drygt två veckor senare. Därefter även skriftligt med blankett hur den enskilde kan överklaga.

I februari 2005 finns i vårdcentralen dokumentation nedtecknat att annat boende varit aktuellt men att personen enligt biståndshandläggaren inte ansetts tillräckligt dålig för sådant boende. I vårdcentralens dokumentation uppges att den äldre faller så gott som dagligen. Personen har besökt husläkaren vid ett tillfälle under våren. Personens kontakter med vårdcentralen sker genom distrikts- och undersköterskor.

Från slutenvården dokumenteras en demensdiagnos i mars 2005. Här framgår även att den äldre hittats förvirrad utomhus vid minusgrader och i tunna kläder. Vid detta vårdtillfälle dokumenteras även att den äldre fått avslag på ansökan om särskilt boende.

I samband med den vårdplanering som sker på sjukhuset utökas hemtjänsten. Ny ansökan görs om servicehus. Även denna ansökan avslås med motivering att servicehusboende inte anses vara lämpligt "då den sökande går ut". Utan den äldres ansökan beslutas istället även om dagvård tre dagar i veckan. Anhörig frågar biståndshandläggaren om avslaget på serviceboende ska överklagas. Handläggaren föreslår den anhörige att avvakta då en uppföljning av ärendet ska göras inom en månad.

I maj 2005 görs en nyprövning av de beviljade insatserna. Anhöriga informerar handläggaren om att hemtjänsten inte alltid fungerar så bra. Handläggaren lämnar information om möjlighet att byta utförare. En månad senare byts hemtjänstutförare. Den utlovade uppföljningen kring boendesituationen finns inte dokumenterad.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 3 st C-interaktioner.

Medicinerar på eget bevåg med Ipren (ett NSAID). NSAID är olämpligt för äldre p g a risk för magblödningar, särskilt tillsammans med Trombyl som patienten också tar, samt njurpåverkan.

Behandlas med Absenor, men det framgår inte av journalanteckningar på vårdcentralen att man kontrollerar hennes leverprover.

Följsamhet

Inga problem framkommer.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

1 av de läkemedel patienten anger (Trombyl) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Imovane) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

9. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Kontakt med distriktssköterska bl a för utprovning av anpassade inkontinenshjälpmedel. Kontinuerlig kontakt med husläkare. Behöver akut hjälp med ögonproblem samt kontakt med tandläkare. Den äldre önskar hemtjänstinsatser.

Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bättre patientinformation. Bättre rutiner vid ordination bla med beaktande av riskläkemedel. Bättre rutiner för uppföljning av bl.a. biverkningar. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	4, bl a blodbrist, cirkulationssjukdom i hjärta, stressinkontinens
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, minskad aptit, muntorrhet, förstoppning, svårt att kissa, ödem, klåda
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Nej
Antal läkemedel och brister	16, varav 7 vid behov, 1 naturläkemedel (Balderian Dispert)

Förskrivning av läkemedel som är olämpliga för äldre, som dessutom kan ha orsakat patientens muntorrhet. Patienten behandlas med 4 olika blodtrycksänkande läkemedel trots lågt blodtryck och yrsel. Läkemedelsinteraktion, kan ha bidragit till alltför kraftig effekt av blodförtunnande medel, vilket krävde akutbesök på sjukhus. Flera läkemedel används inte enligt ordination. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	-	3	3
	Antal vårddygn	-	23	23
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	8	4	12
	Akut läkare*	-	2	2
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	-	5	5
	Hemsjukvård	-	4	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	-	4	4
	Arbetssterapeut	-	2	2
	Kurator	2	-	2
	Medicinsk service	1	9	10
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	2	3	5
	Undersköterska	-	4	4
	Annan vårdgivare	-	1	1

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Skild ensamboende kvinna/man utan kontakt med anhöriga. Har problem med varande ögon men orkar inte ta kontakt för att utröna varför. Har stora problem med tänder. En protes i överkäken och fem tänder kvar i underkäken. Saknar tandläkare och orkar inte söka rätt på någon. Har gått ner 18 kg under senaste åren. Har, efter en misslyckad operation, stora problem med inkontinens. Har rollator och vill gärna gå ut men oroar sig för urinläckage. När den äldre går ut tar hon/han på två blöjor, handdukar samt tre par underbyxor. "Det hjälper inte." Den äldre orkar inte ta upp detta med distriktssköterskan på vårdcentralen.

Har inte själv upplevt någon vårdplanering från sjukhuset. Tycker att personalen på sjukhuset får allt mindre tid för patienterna. Har varit på akuten några gånger. Fått Varan med besked om att *"det inte var så farligt"*. Går på kontroll på sjukhusets hjärtmottagning. *"Det blir akuten in för mig när jag behöver läkarkontakt. På sjukhuset är de arga över att vårdcentralen inte genomför de kontroller sjukhuset vill."* Hon/han önskar att det fanns en husläkare på vårdcentralen som intresserade sig för henne/honom som person. *"På vårdcentralen tar man blodprov – inget mer."*

Biståndshandläggaren har frågat den äldre om hon/han vill ha hjälp men det blir nej. *"Eftersom jag inte har inflytande över den hjälp jag får vill jag hellre klara mig själv."*

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I dokumentationen från slutenvården konstateras kvarstående problem med urininkontinens. Detta noteras i journalen på vårdcentralen. Inget finns dock dokumenterat kring uppföljning eller åtgärder. Personen har inte besökt husläkaren under första halvåret 2005. Från slutenvården dokumenteras under februari månad att behov av hemtjänstinsatser diskuterats med patienten. Från kommunen finns ingen dokumentation.

Läkemedel

Kvalitetsanalys av patientens lista visar ett läkemedel som bör undvikas till äldre (Detrusitol, antikolinergt), samt två C-interaktioner.

Har haft svängande INR-värden (mått på Waranets blodförtunnande effekt). Även sökt akut p.g.a. detta. Interaktion med paracetamol (Alvedon) kan bidra till detta. Dock oklart om läkaren är medveten om det.

Har opererats för inkontinensbesvär, men medicinerar trots detta fortfarande med Detrusitol som hon inte tycker hjälper särskilt mycket.

Muntorrhet, kan orsakas av Detrusitol.

Patienten har yrsel och lågt blodtryck, och har inalles fyra läkemedel med blodtryckssänkande effekter som kan bidra till detta: Spironolakton, Sotalol, Lasix retard och Nitromex.

Följsamhet

Patienten har skapat en egen läkemedelslista. Tar de läkemedel hon tycker är nödvändiga. Vill inte att distriktssköterskan ska dela medicinen i dosett, eftersom det blir för många tabletter där hon inte vet vilken som är vilken.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Xerodent, Lasix retard, Alvedon, Baldrian-Dispert) saknas på vårdcentralens lista.

3 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Furosemid, Duroferon, Emconcor chf) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

Bilaga 2 med fallbeskrivningar från Norrtälje

Nedan följer fallbeskrivningar från området. Fallbeskrivningarna utgår från de problem och behov som framkommit i intervjuerna med de äldre multisjuka och deras anhöriga/närstående. Beskrivningarna baseras dessutom på slutenvårds- och öppenvårdsregistreringar under perioden jan 2004 - juni 2005, dokumentation från utskrivningar från slutenvård under feb/mars 2005 samt på dokumentation från husläkarmottagningar och kommunens äldreomsorg under samma period.

För att undersökningspersonerna inte ska kunna identifieras kallas de multisjuka äldre genomgående för kvinna/man, hon/han eller den äldre och deras partner för maka/make. Barn, anhöriga/närstående kallas för anhöriga eller närstående. Undersökningspersonernas ålder anges i femårsintervall. (Se i övrigt metodbeskrivningen på sid 11.)

1. Ensamboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Fungerar ännu så länge som sin egen vårdkedjeadministratör. Går för det mesta bra. Har regelbundna och kontinuerliga kontakter både inom den slutna- och öppna vården samt med kommunens hemtjänst. Brist att rollatorns korg, av besparingsskäl, inte längre är en del av rollatorn utan måste betalas och beställas av den äldre. Önskar sjukgymnastinsatser i hemmet.

Bättre rutiner vid ordination och uppföljning av läkemedel med bl.a. justering av doser i förhållande till njurfunktion.

Diagnoser inom slutenvård	8 bl a endokrin sjukdom, cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, sjukdom i nervsystemet, lunginflammation, sjukdom i urinorganen, kollaps
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudverk, smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, nedstämdhet, minskad aptit, muntorrhet, diarré, andfäddhet, hosta, ödem, klåda
Hemtjänst	Uppgift från kommunen saknas. Uppger själv att hjälp ges med städning, tvätt, inköp och trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Nej. Har färdtjänst
Antal läkemedel och brister	16, varav 3 vid behov. Ett naturmedel (Vitlökskapslar)

Mindre lämplig sömntablett med tanke på patientens ålder. För hög dos av hjärt-kärlläkemedel i förhållande till njurfunktionen. Alltför omfattande behandling med psykofarmaka. Avsaknad av aktuell indikation av antidepressiva enligt läkarens anteckningar. Läkaren har planerat nedtrappning av antidepressiva läkemedel men den har inte blivit av ännu. Patienten lider av muntorrhet som är en biverkning av antidepressiva. Biverkning i form av yrsel som kan framkallas av 4 olika läkemedel i patientens läkemedelslista. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister i ordination och uppföljning med bl.a. ställningstagande till aktuell indikation.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	5	3	8
	Antal vårddygn	15	13	28
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	17	7	24
	Akut läkare*	6	3	9
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	38	16	54
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	-	3	3
	Annan vårdgivare	-	2	2
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	2	2	4
	Arbetssterapeut	1	2	3

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende änka/änkling som fortfarande är aktiv i olika föreningar. Mycket nöjd med den hemtjänst som ges. *"Dom gör verkligen det jag vill. T o m packar min väska om jag ska åka bort."* Betalar privat för storstädning och rengöring av frys osv. Kommunens anhörigkonsulent kontakter den äldre en gång per vecka sedan maka/makes död för ett antal år sedan.

Har skrivits ut från sjukhuset åtta gånger sedan början av 2004. Trivs utmärkt varje gång. Har för det mesta själv skött kontakterna med hemtjänsten både vid inläggningar och utskrivningar från sjukhuset.

"Den sista gången var jag i uselt skick och då blev det urusel planering." Hemtjänsten var inte förvarnad vilket innebar att den äldre fick ligga tre extra dagar på sjukhuset. Kom hem med rollator - fast utan korg. Blev upplyst om att rollatorns tidigare kostnadsfria korg av besparingsskäl tagits bort. Kunde skicka efter korgen per postorder eller ta färdtjänsten in till Danderyds sjukhus för att inhandla en korg där. Kostnaden för korgen skulle uppgå till 220 kr. "Sedan var det ju kostnaden för färdtjänsten tur och retur 12 mil också."

Biståndshandläggaren hade efter sjukhusvården av egen kraft lagt till insatsen *"tillsyn"* utan att tala om att det skulle kosta den äldre 1500 kr per månad istället för de 800 kr hemtjänstinsatserna kostade före sjukhusvården. Efter samtal med biståndshandläggaren slapp den äldre både insatsen och att betala för den.

Den äldre har stora problem med smärtor i tunga och med muntorrhet *"så det är lite si och så med aptiten"*. Har haft samma läkare på vårdcentralen under många år och är nöjd med både läkare och distriktssköterska.

Har tidigare orkat ta sig till sjukgymnast en gång per vecka men orkar inte det längre. Skulle behöva detta stöd hemma för att klara sin rygg bättre. *"Tycker att de slösas på en nivå för att sedan sparas in på skitsaker på nästa."*

Har låg pension och de kronor som blir över går till tandläkarräkningen vilket ses som en tung post. Tycker annars att det mesta fungerar bra genom etablerade kontakter och egen förmåga att vara sin egen vårdkedjeadministratör.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Genom husläkarmottagningens dokumentation kan utläsas att personen besökt husläkare åtta gånger under våren och vid dessa tillfällen träffat fem olika läkare. Övriga kontakter med husläkare har skett via telefon eller brev.

Någon dokumentation har inte inkommit från kommunen trots att insatserna, enligt den äldre, ändrats inom undersökningsperioden.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar ett långverkande sömnmedel av bensodiazepintyp (Nitrazepam), behandling med tre olika psykofarmaka samt 3 C-interaktioner.

Beräknat kreatininclearance visar måttligt till gravt nedsatt njurfunktion (31 ml/min), samtidigt som patienten har tre läkemedel för vilka behandlingen bör omprövas vid njurfunktionsnedsättning (Simvastatin, Bisoprolol och Lanacrist). Särskilt anmärkningsvärt att patienten har Lanacrist (digoxin) i en för äldre hög dosering (0.25 mg). Hon medicinerar dessutom med två läkemedel som innehåller kalcium som ytterligare förstärker effekten av digoxin. Risk för digitalisförgiftning.

Ingen indikation för Efexor. Dessutom muntorr vilket kan vara en biverkan av denna medicin. Läkaren har planerat nedtrappning av behandlingen, men den har inte blivit av ännu.

Anger besvär med yrsel; kan orsakas av Nitrazepam, men fr.a. Lasix retard, Bisoprolol och Efexor som alla kan sänka blodtrycket.

Patienten har också sömnbesvär, där såväl Efexor som Koffein kan bidra.

Oklar indikation för Magnesium och Pancrease.

Följsamhet

Inga problem framkommer.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

3 av de läkemedel patienten anger (B-kombin forte, Kalcipos-d mite, Magnesium) saknas på vårdcentralens lista.

3 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Celebra, Lexinor, Kåvepenin) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

2. Ensamboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar ytterligare kontakt för sin synnedsättning.

Bättre rutiner vid ordination och uppföljning av läkemedel med bl a justering av doser i förhållande till njurfunktion. Läkemedelsgenomgång. Hjälpt med läkemedelsintag.

Diagnoser inom slutenvård	4, cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, fraktur, kollaps
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, kroppslig oro, förstoppning, hosta
Hemtjänst	Hjälpt tre gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, tvätt, inköp, matlåda, enklare matlagning, kvällshjälp och trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälpt av närstående/Annat	Nej. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	10, samtliga för regelbundet bruk

Patienten behandlas med 3 olika läkemedel som bör undvikas/användas med försiktighet vid nedsatt njurfunktion, vilket patienten har (gravt nedsatt njurfunktion). Patientens behandling med smärtstillande läkemedel som inte behövs enligt patienten. Problem med läkemedelshandling med dosett på grund av dålig syn. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande uppföljning. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bristande kontroll av och hjälp med patientens läkemedelshandling.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	1	3
	Antal vård dygn	24	2	26
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	1	1	2
	Akut läkare*	3	3	6
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	3	1	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	1	1	2
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktsköterska	225	20	245
	Arbetssterapeut	1	3	4
	Undersköterska	-	12	12

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende änka/änkling med mycket dålig syn. Skulle behöva nya glasögon men orkar inte ta itu med detta nu. Fått hjälp av anhörig som skänkt sitt förstoringsglas och sin läskula. Den nedsatta synen är en stor begränsning. Hemtjänsten tycker den äldre fungerar "när dom ordinarie kommer men under sommaren är det inte roligt med alla vikarier".

Anser inte att hon/han varit med på någon vårdplanering ut från sjukhuset. Önskar att sjukhusets personal skulle bry sig lite mer. Husläkarkontakten tycker den äldre fungerar bra. Eftersom husläkaren alltid tar kontakt efter sjukhusbesöken förstår den äldre att det skett kontakt mellan sjukhus och vårdcentral. Hade under 2004 många hemsjukvårdskontakter men nu endast en gång per vecka genom undersköterska som delar dosett.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Dokumentation från kommunen saknas. Enligt uppgift har inget hänt i ärendet under senaste halvår som krävt dokumentation. Från sjukhuset finns patientens synnedsättning dokumenterad.

Det framgår av dokumentation från vårdcentralen att patienten, i början av 2005, blivit remitterad till ögonmottagning och därefter insatt på ögondroppar. Patienten har besökt husläkare vid ett tillfälle under våren samt haft brevkontakt med densamma vid ytterligare två tillfällen.

Läkemedel***Kvalitetsbrister/problem***

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Enligt beräknat kreatininclearance på gränsen till gravt nedsatt njurfunktion (30 ml/min). Trots detta medicinering med Trombyl, Spironolakton och Metformin. I synnerhet anmärkningsvärt att hon använder Metformin, som inte får användas vid nedsatt njurfunktion.

Har inga problem med smärta. Använder ändå Alvedon och Dexofen.

Följsamhet

Hon har dosett. Är nästan blind. Ska få hjälp av hemtjänsten med medicinintag, men hon tycker att hon inte får hjälp vid rätt tidpunkter. Vid besökstillfället stämmer inte innehållet i dosetten helt med det som borde finnas där enligt patientens läkemedelslista.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

5 av de läkemedel patienten anger (Ideos, Trombyl, Dexofen, Alvedon, Xalatan) saknas på vårdcentralens lista.

3 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Chloromycetin, Opnol, Nitromex) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

3. Ensamboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar kontinuerlig kontakt med vårdcentralen samt utökad hemtjänst och att hemtjänstpersonalen kommer när den äldre larmar. Från biståndshandläggaren saknas dokumentation kring förändring av beslutad insats.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av dosering och riskläkemedel. Bättre kommunikation, i första hand mellan patient och läkare från sjukhuset. Bättre rutiner för uppföljning med provtagning. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, gallsten, blodbrist, endokrin sjukdom (hyperkolesterolemi)
Övriga problem/symptom	Smärta, trötthet, oro, nedstämdhet, minskad aptitillamående, diarré, andfåddhet
Hemtjänst	Trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Nej
Antal läkemedel och analys	7, varav 1 vid behov

För hög dos antiinflammatorisk medicin som kan orsaka magsår. Även för hög dos av läkemedel mot kärlkramp, på grund av bristande kommunikation mellan patient och läkare på sjukhuset. Behandling med kolesterolsänkande läkemedel utan hänsyn till patientens dåliga leverprover. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Dålig kommunikation mellan patient och läkare från sjukhuset.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	4	3	7
	Antal vård dygn	21	10	31
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	3	1	4
	Akut läkare*	5	3	8
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	1	3	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	1	2	3
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	1	1	2
	Ortopist	1	-	1

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptföreskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Gift ensamboende äldre med maka/make som nyligen flyttat till näraliggande demensboende. Den äldre går dit varje dag. Har larm men är annars, sedan maka/make flyttat, utan hemtjänst. Var mycket nöjd med den hjälp till avlastning som hemtjänsten gav när maka/make fortfarande bodde hemma. "De gjorde precis vad jag ville." Önskar nu hjälp med att handla men har ännu inte riktigt orkat ta kontakt med biståndshandläggare om detta.

Åker gärna till sjukhuset. "Obeskrivligt omhändertagande. Jag blir frisk av att vara där. På vårdcentralen är de för jäktade. Kommer man på besök ska man snabbt ut ur besöksrummet eftersom det står fem till på kö." Den äldre längtar efter en fungerande och lugn kontakt med vårdcentralen. "Senast jag larmade för att jag låg och kräktes hemma kunde ingen komma vare sig från hemtjänsten eller vård-

centralen. De uppmanade mig att ta till vårdcentralen i taxi. Väl där fick jag stolpiller och sedan ligga på en brits i några timmar." Den äldre fick av en vikarierande läkare rådet att åka till akuten. "Tog en taxi tillbaka hem istället."

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Patienten har besökt husläkaren vid ett tillfälle under våren. Telefonkontakt har skett vid ytterligare två tillfällen.

I kommunens dokumentation finns ingen ansökan, utredning eller beslut från undersökningsperioden. Inkommit har endast en beställning från början av 2005 som gäller trygghetslarm och uppvärmning av mat. Insatsen uppvärmning av mat är i slutet av mars överstruken i beställningen med en datumangivelse men utan signatur.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar En C-interaktion. Behandling med NSAID (Diklofenak) i hög dos (dygnsdosen bör inte överstiga 50% av maxdosen enligt FASS, d.v.s. 75 mg/dygn, medan patienten får 150 mg/dygn). Hon har dessutom haft magsår för flera år sedan, vilket påkallar extra försiktighet med NSAID.

Smärtor i övre delen av buken. Medicinerar med Lanzo p.g.a. detta Tanken bakom detta (misstanke magsår?) framgår inte av journalen. Fick Diklofenak på misstanke gallstenssmärta. Uppenbarligen funderade man då inte på att detta preparat kunde förvärra ett ev magsår. Buksmärtorna visade sig dock senare, betingas av en tumör i magsäcken.

Efter ballongsprängning har patienten inga kärlkrampsbesvär. Ändå behandlas hon med Fem-mono retard. Läkaren på sjukhuset har sänkt dosen men hon fortsätter med den högre dosen, som dessutom är alltför hög (50% högre än normaldos), hemma.

Behandlas, trots höga levervärden, med Simvastatin. Ingen anteckning i journalen om ställningstagande till detta.

Följsamhet

Inga problem framkommer.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Samtliga läkemedel patienten anger finns med på vårdcentralens lista.

2 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Fem-mono retard 30mg, Paraflex) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga anteckningar på vårdcentralen angående patientens sjukhusvistelse. Missförstånd angående dosering av Fem-mono retard (se ovan).

4. Ensamboende 90-94 år

Brister, önskemål och förslag

Önskade hemtjänst efter behov då den äldre bodde i ordinärt boende. Sällskap och aktiviteter på det särskilda boendet den äldre flyttat till. Vård- och omsorgsgivare har inte lyckats lösa problemen med oro och ångest i det ordinarie boendet. Kommunen uppfyllde inte den äldres önskemål om att få sluta sin sista tid tillsammans med maka/make i samma särskilda boende.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av läkemedelsinteraktion och njurfunktion. Bättre rutiner för uppföljning med kontroll av njurfunktion och kaliumvärde. Bättre kommunikation mellan sjukhuset och vårdcentralen samt mellan patient och läkare på vårdcentral. Uppdatering av läkemedelslista på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	3, bl a cirkulationssjukdom i hjärta, dyspné, sjukdom i muskler och skelett (gonartros)
Övriga problem/symptom	Sömnbesvär, trötthet, kroppslig oro, nedstämdhet, muntorrhet, förstoppning, andfåddhet, hosta
Hemtjänst	Hjälp flera gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, tvätt, inköp, matlåda, enklare matlagning, dusch, kvällshjälp, nattillsyn och trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Nej. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	7, samtliga för regelbundet bruk.

Läkemedelsinteraktion mellan 2 hjärt-kärlläkemedel. Har gravt nedsatt njurfunktion (25 ml/min), men medicinerar trots detta med två läkemedel som bör användas med försiktighet vid nedsatt njurfunktion. För hög dos vätskedrivande och blodtrycksänkande läkemedel, läkare har halverat dosen men patienten har inte uppfattat den rätt utan tar medicinen enligt tidigare ordination. Patienten har svårt att svälja kapslar men har 4 kapslar om dagen. Dessutom saknas behandlingslängden för dessa läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsak: Brister vid ordination. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral, och mellan vårdcentralen och sjukhuset.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	4	6
	Antal vårddygn	8	11	19
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	-	-	-
	Akut läkare*	4	5	9
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	-	2
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	-	1	1
	Medicinsk service	-	1	1
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	4	1	5

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Gift ensamboende äldre med maka/make i särskilt boende. Har till sin stora sorg själv blivit tvungen att flytta till ett annat särskilt boende än makens strax före intervjun. Anser inte att hon/han fick tillräckligt hjälp från hemtjänsten i sitt hem. "Det var snälla men jag behövde mer hjälp och sällskap för ensamheten. Fick bara små snuttar." Till slut bedömde närstående att det fungerade så illa i hemmet att den äldre flyttades till närståendes hem. Det var en temporär lösning och den äldre tyckte inte att hon/han sedan kunde stå emot närståendes krav om flytt till särskilt boende. Är själv aktivt intresserad

och värdesätter sällskap. Ser i nuvarande boende alldeles för lite personal och tycker inte att det finns någon att prata med eftersom "*alla är så senila här*".

Minns inte mycket från vårdplaneringarna. Har varit i så skört tillstånd och uppskattat att närstående hanterat vårdplaneringarna. Har vid ett tillfälle blivit hemskickad från sjukhuset i mycket dåligt skick. Har aldrig haft inbokade kontakter med husläkaren mellan sjukhusvistelserna. "*Jag åker till akuten då jag behöver sjukvård.*" Detta har hänt många gånger under kort tid. Har haft svårt att få tag på husläkaren.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdsdokumentationen finns antecknat att patienten har stora besvär med andningssvårigheter. Det dokumenteras också att patienten besvärar mycket av oro och ångest. Enligt slutenvårdens läkare kan patienten inte få medicinsk hjälp för dessa problem.

I distriktssköterskans omvårdnadsjournal dokumenteras under våren om andfäddhet, oro och depression. En månad senare dokumenteras att andningsbesvären antagligen är psykologiskt betingade. Enligt journalen känner sig den äldre otrygg och ensam, speciellt nattetid, trots insatser av nattpatrull.

Efter telefonsamtal från anhörig i början av året skriver husläkaren ett läkarintyg om behov av särskilt boende. En ansökan om äldreboende inkom till kommunen redan i slutet av 2004. Detta beviljades i början av 2005. Här finns den äldres önskemål om att få flytta till samma boende som maka/make dokumenterat. I avvaktan på annat boende beviljades en utökning av hemtjänstinsatserna med nattillsyn. Den äldre flyttar till särskilt boende i maj 2005 dock inte till samma äldreboende som maka/make. I äldreboendet träffar den äldre sjukhemmets konsultläkare fyra gånger under loppet av de första månaderna.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar en D-interaktion (Kalium och Spironolakton, risk för hyperkalemi).

Beräknat kreatininclearance visar att patienten har gravt nedsatt njurfunktion (25 ml/min). Trots detta medicinerar patienten med både Spironolakton och Kalium. Risken för hyperkalemi torde vara betydande.

Följsamhet

Svårt att svälja vissa kapslar, främst Natriumklorid. Behandlingslängden för Natriumklorid kapslar saknas i journalen. Fortsätter använda Furix och Seloken Zoc enligt tidigare ordination trots att doserna halverats.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

2 av de läkemedel patienten anger (Kalium retard, Spironolakton) saknas på vårdcentralens lista. Patienten använder högre doser (dubbelt så höga) av Furix och Seloken Zoc än vad som är angivet på vårdcentralens lista.

2 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Alvedon, Enalapril) uppges inte av patienten.

Kommunikation

ACE-hämmare (Enalapril) utsatt på sjukhus p.g.a. lågt blodtryck, men detta har inte kommunicerats till vårdcentralen.

5. Ensamboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar hemtjänst efter behov samt kontinuerlig kontakt med husläkare. Biståndshandläggaren har uppenbarligen varit i kontakt med den äldre men dokumentation har inte inkommit.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av läkemedelsinteraktion och riskläkemedel. Bättre kommunikation mellan sjukhus och vårdcentral. Bättre kommunikation mellan patient och läkare (!), med bl a diskussion kring patientens smärtbehandling. Uppdatering av läkemedelslista på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	8, bl a infektion (rosfeber), malign tumör, sjukdom i urinorgan, cirkulations-sjukdom i hjärta och kärl
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, trötthet, kroppslig oro muntorrhet, ont i magen, svårt att kissa, andfäddhet, ödem
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, städning, handling och tvätt
Antal läkemedel och analys	7, varav 2 vid behov

Patienten har måttlig nedsatt njurfunktion, men behandlas med 2 läkemedel som kräver försiktighet vid nedsatt njurfunktion. Läkemedelsinteraktion mellan 2 läkemedel, som kan öka risken för blödning. Patienten har blod i urinen som kräver extra kontroll av blodförtunnande läkemedel. Detta har dock under en månads tid inte kontrollerats på vårdcentralen. Olämplig behandlingsregim med antiinflammatoriska läkemedel. Otillräcklig effekt av smärtbehandling, samtidigt som flera smärtstillande medel inte används. Patienten har svårt att sova på grund av smärtan, använder extra sömntablett för detta. Besvärar av vätska i benen som kan vara en biverkning av antiinflammatorisk läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande kommunikation sjukhus-vårdcentral och patient-läkarkommunikation via distriktssköterskan.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	2	3
	Antal vårddyg	3	9	12
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	5	4	9
	Akut läkare*	3	2	5
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	26	4	30
	Hemsjukvård	-	9	9
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Undersköterska	2	-	2
	Medicinsk service	-	1	1
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	36	13	49
	Arbetssterapeut	-	2	2
	Undersköterska	-	23	23

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Änka/änkling ensamboende sedan många år. Har ingen hemtjänst men behöver hjälp med städning, handling och tvätt. "Det kom någon från hemtjänsten och intervjuade - men det blev inget". Tror att detta kanske berodde på att hon/han ville bestämma om hjälpen själv. Ville inte ha det som erbjöds från biståndshandläggarens sida. Antog att biståndshandläggaren kom hem till henne/honom som en följd av den sista sjukhusvistelsen.

Den äldre får nu den hjälp som behövs av närstående. Skulle behöva byta glasögon men orkar inte just nu. Har problem med tänder. Har tappat en brygga men orkar inte ta itu med detta just nu. Det största problemet för den äldre är att det inte existerar någon ordentlig kontakt med husläkare. *"Dom är så många olika och har alla dåligt med tid."*

Har de gånger hon/han vårdats på sjukhus alltid velat stanna längre än vad som varit möjligt. Vid ett tillfälle blev den äldre utskriven mycket skör och med en penicillinkur på fickan. Vid det tillfället kändes det särskilt otryggt hemma i ensamhet.

Den äldre har ansökt om att få en egen husläkare som det går att *"prata om allt med"* och som hade möjlighet till hembesök. Blivit upplyst om att det finns tre läkare på vårdcentralen och att den äldre inte får välja ut någon av dessa tre. Distriktssköterska kommer två gånger per vecka för omläggning av bensår och för PK-prov. Den äldre delar själv sina mediciner i dosett. Känner sig trygg med att distriktssköterskan *"alltid går att få tag på och hon kommer omedelbart om jag behöver"*.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Finns antecknat i journal från slutenvården om behov av hemtjänst. Kontakt tas också med kommunen från slutenvården och enligt anteckning från slutenvården skall biståndshandläggare göra hembesök efter utskrivningen från sjukhuset. Handlingar som rör undersökningsperioden har dock inte inkommit från kommunen.

Det finns omfattande journalföring från vårdcentralen om hemsjukvårdsinsatser under första halvåret 2005. Patienten har haft telefonkontakt med husläkaren vid ett tillfälle. I övrigt har kontakterna skötts via distriktssköterskan.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 3 C-interaktioner och 1 D-interaktion. Den sistnämnda utgörs av kombinationen Waran-NSAID, med risk för blödning. Har mycket riktigt enligt anamnesen haft hematuri (blod i urinen). Vidare kontinuerlig behandling med NSAID (risk för magsår/blödning samt njurpåverkan, dessutom risk för blödning i kombination med Waran – se ovan).

Man har efter hematurin strävat efter att hålla ett lägre INR-värde (mindre blodförtunning). Detta har dock under en månads tid inte kontrollerats på vårdcentralen.

Måttligt nedsatt njurfunktion enligt beräknat kreatininclearance (50 ml/min). Påkallar försiktighet med Lanacrist och Diklofenak (NSAID).

Otillräcklig effekt av smärtstillande. Medicinerar endast Diklofenak, medan han enligt vårdcentralens lista har fem (!) olika smärtstillande preparat (Diklofenak, Ketogan, Durogesic, Tradolan, Alvedon).

Har svårt att sova p g a smärtan, använder sömntabletter för detta.

Besväras av vätska i benen. Vill söka läkare för det. Rimligt att anta att användningen av Diklofenak i kombination med nedsatt njurfunktion åtminstone är en bidragande orsak till detta.

Följsamhet

Inga problem framkommer.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

5 av de läkemedel patienten anger (Magnesium, Waran, Lanacrist, Lasix retard, Casodex) saknas på vårdcentralens lista.

6 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Heracillin, Enanton, Ketogan, Durogesic, Tradolan, Imovane) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Patientens enda kontakt på vårdcentralen är distriktssköterskan. Läkaren skriver bara recept utan att träffa patienten. Besöker sjukhuset istället för vårdcentralen.

6. Samboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar vårdplanering med kommun och vårdcentral vid utskrivning efter hjärtoperation samt uppföljning av rehabilitering.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel. Bättre rutiner för uppföljning av bl a biverkningar. Förbättra kommunikation och dokumentation vid byte av läkemedel. uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	6, bl a cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, sjukdom i andningsorgan (akut bronkit), diabetes,
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, oro, svårt att kissa, andfäddhet, hosta, ödem, klåda
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja
Antal läkemedel och analys	5, varav 1 vid behov

Två gånger den normala dosen kolesterolsänkande läkemedel. Patienten har besvär med hosta som kan orsakas av hjärtmedicinen. Ingen kontroll av elektrolyter (saltbalansen) trots behandling med hjärtmedicin.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Dålig kommunikation mellan sjukhus och vårdcentral. Inte dokumentation av läkemedelsändring. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	1	4
	Antal vårddygn	11	2	13
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	5	2	7
	Akut läkare*	1	1	2
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	4	6
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	13	11	24
	Medicinsk service	-	3	3
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktsköterska	3	-	3

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Aktiv sammanboende äldre som delar på hemsysslorna med maka/make. Har efter hjärtoperation varit i mycket dålig kondition. Upplever problem i samband med läkemedel bl a ett läkemedel som givit synrubbingar. Ett annat har framkallat besvärande hosta.

Deltog inte i någon vårdplanering ut från sjukhuset. Hade behövt både hjälp genom hemtjänst och distriktsköterska den första tiden efter hjärtoperation. "Kunde inte gå. Skickades hem utan att jag kom ihåg min adress. Bad om att få stanna men avdelningen skulle stängas. Tjejerna på sjukhuset har varit rara men det har inte varit rent. Kiss på golvet och strikta besökstider." Information om sin sjukdom har den äldre skaffat genom egna kontakter. Har efter operationen gått på kontroller hos hjärtspecialist på sjukhuset. "Hade jag fått hjälp på vårdcentralen med att undersöka mina kranskärl tidigare hade jag sluppit mycket av det jag står i idag."

Har sedan operationen haft kontakt med vårdcentralens läkare för att diskutera de läkemedel hon/han inte mår bra av. Det är svårt att komma fram till husläkaren på dennes telefontid 8.30- 9.00. Den äldre har klagat per brev men inte fått svar. Önskar fungerande receptionstjänst på vårdcentralen.

Blev lovad sjukgymnastik efter hjärtoperationen. Fick också detta de första sex månaderna men sedan blev det semesteruppehåll och sedan blev det istället receptordinering på egen träning med 30 minuter per dag. Önskar dock fortsatt sjukgymnast stöd.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Patienten har besökt husläkaren vid tre tillfällen under våren och haft telefonkontakt vid ytterligare fem tillfällen. Patienten har vid dessa kontakter mött tre olika läkare. Det finns inget dokumenterat kring behov av sjukgymnastik. Kommunen har inte varit inkopplad.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Osedvanligt hög dos Simvastatin (2 ggr den normala).

Ingen kontroll av elektrolyter (saltbalansen) trots behandling med Pramace.

Anger besvär med hosta, kan orsakas av Pramace.

Följsamhet

Ordinerad Citodon mot smärta men använder inte det.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

3 av de läkemedel patienten anger (Nitromex, Seloken Zoc, Pramace) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Triatec) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Läkare på sjukhuset har meddelat vårdcentralen att Seloken Zoc bör bytas ut till Metoprolol retard.

Detta har dock inte skett.

Det framgår inte när man bytt från Triatec (står på vårdcentralens lista) till Pramace (tar patienten) och vem som gjort det.

7. Samboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Mycket tungt vård- och omsorgsarbete utan stöd till anhörig. Längre vårdtid på sjukhuset innefattande uppföljning av läkemedel hade varit önskvärt liksom kontakt med vårdcentralens husläkare direkt efter sjukhusvården. Det framkommer inte i dokumentationen något om den äldres omsorgsbehov som helt tillgodoses av den anhörige.

Bättre diagnostik som grund för läkemedelsordinationer. Bättre rutiner för uppföljning med bl.a. anpassning av doser till njurfunktionen. Uppdatering av vårdcentralens läkemedelslista. Läkemedelsgenomgångar.

Diagnoser inom slutenvård	3, bl a cirkulationssjukdom i hjärta, sjukdom i andningsorgan (astma), kollaps
Övriga problem/symptom	Yrsel, trötthet, minskad aptit, andfåddhet, ödem
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, städning, matlagning samt inköp av mat och kläder
Antal läkemedel och analys	10, varav 2 vid behov

Felaktig indikation (hjärtsviktsbehandling). Patienten har nedsatt njurfunktion trots det behandlas med läkemedel som kräver dosanpassning och extra försiktighet vid detta tillstånd. När läkare på vårdcentralen hade upptäckt det halverade han dock doserna av dessa läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination och uppföljning, på sjukhuset.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	1	4
	Antal vård dygn	9	4	13
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	-	-	-
	Akut läkare*	4	1	5
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	2	5	7
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	4	3	7
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktsköterska	12	10	22

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende äldre med maka/make som sköter hemmet. Uppskattar sjukhusvården men tycker att hon/han blir hemskickad därifrån "med vändande post". Har inte deltagit i någon vårdplanering. Maka/make är väldigt orolig och "får träda in som vårdpersonal de första dygna i hemmet". Den äldre är stor, lång och tung.

Enligt maka/make "pytsade de på sjukhuset in så mycket läkemedel att den äldre inte stod att känna igen. Somnade över gröttallriken på morgonen." Maka/make tog då kontakt med husläkaren för att diskutera lämpligheten i de läkemedel som ordinerats. Det var svårt att få kontakt med husläkaren men när kontakt väl etablerats upplevdes stödet därifrån som kraftfullt. Med gemensamma krafter har hus-

läkare, distriktssköterska och maka/make provat och följt utsättning av några av den äldres läkemedel. Den äldre somnar inte längre titt som tätt och har t o m börjat gå ut och röra på sig.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdens dokumentation noteras att patienten är gift men man tar där inte upp omsorgsbehovet.

Av husläkarjournalen framgår att husläkaren saknar information om de läkemedel som den äldre står på och som satts in på sjukhuset redan i mars. Patienten har besökt husläkaren vid två tillfällen under våren. Telefonkontakt kring läkemedel har dessutom skett vid fyra olika tillfällen med Maka/make. Husläkaren dokumenterar att specialistläkare konsulterats.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 2 C-interaktioner.

Patienten har på sjukhuset behandlats för hjärtsvikt. Vårdcentralens läkare finner dock inga tecken på hjärtsvikt, utan istället nedsatt lungfunktion. Trappar därför ned hjärtsviktsbehandlingen och sätter in medel för att vidga lufrören.

Hög dos Spironolakton och Enalapril trots nedsatt njurfunktion (enl uppgift i vårdcentralens journal, kreatinin 175 µmol/l) och hyperkalemi. Vårdcentralens läkare har därför sänkt doserna av dessa läkemedel.

Följsamhet

Han har svårt att komma ihåg mediciner som skall tas på kvällen.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

2 av de läkemedel patienten anger (Nitromex, Enalapril) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Budesonid) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

8. Ensamboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Planeringen ut från sjukhuset var bristfällig. Det framgår av dokumentationen att vård- och omsorgsgivare pratat förbi varandra. Den hemtjänst som den äldre trodde sig ha blivit utlovad kom inte. Den äldre önskar hemtjänst efter behov och kontakt med husläkare som kunde göra hembesök.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl a beaktande av riskpreparat. Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Bättre rutiner för uppföljning av bl.a. biverkningar. Utfasning av läkemedel utan indikation. Bättre kommunikation mellan sjukhus och vårdcentral. Uppdatering av vårdcentralens lista. Läkemedelsgenomgångar.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a endokrin sjukdom (hyperlipedemi), cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, sjukdom i urinorgan, sjukdom i muskler och skelett (artros)
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, minskad aptit, muntorrhet, ont i magen, illamående, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet, hosta, ödem
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, socialt och med fönsterputs
Antal läkemedel och analys	14, varav 6 vid behov

Två läkemedel som är olämpliga för äldre patienter. Ingen aktuell indikation för magsårsmedicin. Har svullna ben som kan vara en biverkning av hjärtmedicinen. Biverkningar i form av blodtrycksfall, illamående, muntorrhet och förstoppning som framkallas av flera olika läkemedel som patienten står på. Ineffektivt smärtstillande läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Inte fungerade kommunikation mellan sjukhuset och vårdcentralen. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	1	2
	Antal vårddygn	13	8	21
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	6	1	7
	Akut läkare*	1	-	1
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	6	2	8
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	-	1	1
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	7	15	22

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Aktiv ensamboende änka/änkling som vid tiden för intervju inte längre hade hemtjänst. Närstående putsar fönster i övrigt klarar den äldre allt själv. Har dock börjat tappa saker och får allt svårare att röra sig.

Vårdplaneringen ut från sjukhuset vid sista vårdtillfället fungerade "inte alls". Avtalat var att hemtjänsten skulle komma samma dag som den äldre skickades hem från sjukhuset. Hemtjänsten kom

dock först när den äldre varit hemma i tre dagar. Hon/han var i ett ytterst skört skick och fick under dessa dagar mat och tillsyn genom grannar och tillresande närstående. När hemtjänstinsatserna väl kom igång fick den äldres närstående komma hem och kompletteringsstäda. Den äldre önskar fortsatt hjälp med städning men *"den sköts inte professionellt så det är bättre att avstå från den utgiften"*.

Efter sjukhusvården fick den äldre tid för återbesök både på kirurg- och medicinkliniken. *"Skulle önska ordentlig kontakt med husläkaren på vårdcentralen. På telefon är det upptaget jämt. Vill man nå läkaren akut måste man ringa på morgonen och sedan bege sig i bil de fem mil bort som husläkarmottagningen ligger. Läkarna kommer aldrig hem."* Den äldre går själv till distriktssköterskan en gång i veckan. Närstående är djupt oroade över den äldres mediciner och tror att mycket av situationen bottnar i olämpliga läkemedel. *"Hon/han tar lugnande och sömnmedel på ett sätt som sänker hela människan."*

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

På sjukhuset har patienten tagit upp frågan om behovet av hemtjänst vid utskrivningen. Av slutenvårdsdokumentation framgår att kontakt tagits med kommunen via Webcare.

Av kommunens dokumentation framgår att personen själv ansökt om bistånd tre dagar efter utskrivningen från sjukhuset. Denna kontakt resulterade i en ansökan, utredning, beslut och beställning av hemtjänstinsatser. Insatserna avslutades två månader senare efter telefonsamtal från den äldre.

Av dokumentationen från husläkarmottagningen framgår att personen inte gjort något besök hos sin husläkare under våren.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar två läkemedel som bör undvikas till äldre: en långverkande bensodiazepin (Stesolid) och ett antikolinergt läkemedel (Detrusitol).

Använder Stesolid som sömnmedel, trots att hon har Stilnoct.

Patienten säger sig då och då få behandling med Lanzo, mot "sveda i magen". Anamnes på magsår men ingen aktuell indikation. Heller ingen behandlingslängd angiven i journalen.

Behandling med Sifrol p.g.a. restless legs. Dock enligt tillgängliga journalhandlingar, är denna behandling inte känd vare sig på sjukhuset eller på vårdcentralen. Oklart vem som har ordinerat, och ansvarar för uppföljning.

Blodtrycksfall och svimningskänsla av Nitromex. Har samtidigt tre andra läkemedel som kan sänka blodtrycket: Seloken Zoc, Felodipin och Sifrol.

Illamående av Sifrol.

Muntorr, sannolikt p.g.a. Detrusitol.

Anger förstoppning, vilket kan orsakas av ett flertal av patientens mediciner, Lanzo, Felodipin, Detrusitol, Citodon, Sifrol.

Bensvullnad, kan vara biverkan av Felodipin.

Anger besvär med att kasta vatten, samtidigt som hon behandlas med ett medel mot inkontinens (Detrusitol).

Citodon hjälper inte tillräckligt mot smärtan.

Behandlas med Simvastatin, men leverprover har inte kontrollerats.

Följsamhet

Använder inte Detrusitol regelbundet, p.g.a. besvär med muntorrhet. Använder heller inte Nitromex p.g.a. svimningskänsla.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

5 av de läkemedel patienten anger (Stisal, Ginkgo biloba, Vagifem, Detrusitol, Sifrol) saknas på vårdcentralens lista.

2 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Oculac, Budesonid) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Stora skillnader mellan läkemedelslistan hemma och på vårdcentralen. Enligt journalanteckning från sjukhuset blev patienten utan sin Fragmin injektion en dag p.g.a. att man inte fått kontakt med distriktssköterskan.

9. Ensamboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

I dokumentationen framgår inget av de problem den äldre och närstående beskriver och hanterar. Den äldre och närstående behöver samarbete med vårdcentral och kommunens hemtjänst.

Bättre kommunikation mellan sjukhus och vårdcentral. Bättre kontakt med vårdcentralen, för bl a uppföljning av smärtbehandling.

Diagnoser inom slutenvård	5, bl a hjärta, lunginflammation, sjukdom i muskler och skelett (gonartros)
Övriga problem/symptom	Smärta, nedstämdhet, ödem
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja ca 10 tim per vecka
Antal läkemedel och analys	2, båda för regelbundet bruk

Patienten har knäsmärtor men ingen smärtstillande behandling. Ibland glömmar patienten att ta sin kolesterol-sänkande medicinen. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Dålig kontakt med vårdcentralen.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	2	3
	Antal vård dygn	7	12	19
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	2	1	3
	Akut läkare*	-	1	1
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	3	1	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	-	1	1
	Medicinsk service	1	-	1
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktssköterska	1	1	2

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende person med maka/make i särskilt boende. Hennes/hans stora problem är maka/makes sjuklighet. Besöker sin partner fyra timmar dagligen. Tar sig till sjukhemmet per cykel, två mil fram och tillbaka. Är helt slut efteråt. Närstående ger stöd ca tio timmar per vecka.

Den äldre har inte deltagit i vårdplanering ut från sjukhuset. Enligt närstående togs det för givet att den äldre skulle få fortsatt hjälp från närstående i hemmet. Den äldre blev hemskickad med sprutor. "På sjukhuset tyckte dom att hon/han skulle spruta själv men det gick ju inte. Jag ger henne/honom sprutor. Det konstiga är att ingen från vården hört av sig med frågor om och hur det fungerar."

Den äldre blev kallad till husläkaren efter en knäledsoperation och efter detta fick hon/han bra stöd av sjukgymnast. Det är annars svårt för den äldre att nå fram till vårdcentralen per telefon. Önskar att det gick bättre att få kontakt med husläkare. "Man får gå dit istället. När man väl är där är dom artiga och trevliga." Den äldre är orolig för att vårdcentralen inte kollar blodvärden så som de egentligen ska.

Enligt närstående gav sjukhuset den äldre stora mängder värktabletter. Efter detta fick den äldre problem med magen. Då hon/han var på vårdcentralen för kontroll efter knäoperationen vågade hon/han inte berätta om sina magproblem så närstående fick ta en till kontakt kring detta problem. Närstående undrar hur det går *"för dom som inte har sådana anhöriga som mig"*. Enligt närstående *"överlever"* den äldre men börjar svikta och är i stort behov av sällskap och sociala kontakter. Inte minst för att komma igång och äta av egen kraft..

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I dokumentationen från slutenvården noteras att den äldre klarar sig själv i hemmet och att personen har en anhörig i närheten. Sparsam dokumentation från vårdcentralen. Kontakten med husläkaren har under våren endast skett i form av receptförskrivningar. Hemtjänst har inte varit aktuell.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Lågt Hb efter knäoperation. Dock inte kontrollerat efteråt på vårdcentralen.

Känner sig ledsen. Dock inga anteckningar om att man övervägt depression.

Knäsmärtor men ingen smärtstillande behandling (hade på sjukhuset både Alvedon, Oxycontin och Voltaren).

Följsamhet

Hoppar ibland över medicinen mot höga blodfetter (Simvastatin).

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

1 av de läkemedel patienten anger (Simvastatin) saknas på vårdcentralens lista.

Samtliga läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista uppges av patienten.

Kommunikation

Säger sig ha dålig kontakt med vårdcentralen.

10. Samboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Stöd till maka/make för att klara kvarboendet. Av kommunens dokumentation framgår att målet är kvarboende däremot inte hur det ska uppnås. Om målet ska uppfyllas behöver maka/make stöd.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl a beaktande av riskpreparat. Bättre rutiner för uppföljning av bl a biverkningar. Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgångar.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a cirkulationssjukdom i hjärta och hjärna, sjukdom i nervsystem (epilepsi), skador i muskler och skelett (reumatism)
Övriga problem/symptom	Smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, svårt att kissa, ödem
Hemtjänst	Hjälp två gånger om dagen alla dagar i veckan med; På och avklädning, dusch, kvällshjälp och trygghetslarm.
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, omfattande hjälpinsatser flera gånger dagligen. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	10, varav 1 vid behov

Läkemedel som är olämpligt för äldre patienter. Patienten har besvär med trötthet samt svårighet att kasta vatten som kan vara relaterat till denna behandling. Dessutom tycker han att denna behandling är onödig!. Patienten har för lågt blodtryck ändå behandlas med flera blodtrycksänkande läkemedel. Missförstånd patient-läkare angående dosering av läkemedel. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	4	3	7
	Antal vård dygn	82	9	91
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	4	2	6
	Akut läkare*	4	4	8
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	18	7	25
	Hemsjukvård	-	6	6
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	2	-	2
	Sjukgymnast	10	9	19
	Arbeterapeut	9	7	16
	Medicinsk service	1	1	2
Kontakt med övrig personal VC/HL	Distriktsköterska	-	2	2
	Sjukgymnast	5	21	26
	Arbeterapeut	3	21	24

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Sammanboende äldre med maka/make som i princip hjälper med allt. Hemtjänsten kommer för dusch en gång per vecka och morgon/kväll för på och avklädning. Det kan komma tio olika vårdbiträden per vecka. I o m att maka/make alltid finns vid sidan av "som en arbetsledare" så fungerar det enligt anhörig ändå.

Även om paret inte minns att det skett någon särskild vårdplanering från sjukhuset så har hemtransport och hemtjänstinsatserna alltid funnits på plats. På sjukhuset har den äldre haft kontakt med många olika läkare och även varit på flera olika sjukhus. Hon/han önskar bättre diagnostisering, uppföljning

och återbesök hos hjärtspecialist på sjukhuset. Husläkaren är svår att nå och kontakten med sjukhuset har trots allt känts tryggare .

Maka/make har länge förgäves sökt logopedinsatser. I övrigt har man fått bra stöd genom hemrehabilitering från vårdcentralen. Hemrehabteamet har varit ett stort stöd för maka/make. *"Vi är mycket ledsna över att de inte kommer längre. Men de har berättat att vårdcentralen måste spara pengar."* Maka/make får nu därför själv sköta den äldres rehabilitering och det är mycket tungt.

Biståndshandläggaren erbjöd 14 dagars korttidsvård för avlastning. *"Under de 14 dagarna gick hennes/hans funktioner ner ordentligt. Det handlade bara om förvaring."* Maka/make fäskar inför framtiden och tycker att stödet tunnas ut alltmer. *"Hur ska jag orka?"*

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Det framgår av dokumentationen från sjukhuset att kontakt tagits för vårdplanering med både biståndshandläggare och distriktssköterska inför utskrivning.

Av husläkarmottagningens journaler framgår att undersköterskor gör regelbundna hembesök för provtagning. Patienten har under våren träffat husläkaren vid ett tillfälle i övrigt har husläkarens insatser bestått av recept- och remissförskrivning.

Från kommunen har endast inkommit en händelselista som visar att korttidsboende verkställts. En individuell planering har genomförts där målet är kvarboende. Inget nämns i planen om maka/makes tunga omsorgsarbete som har stor betydelse för måluppfyllelsen.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar ett preparat med betydande antikolinerga effekter (Tryptizol) samt 3 st C-interaktioner. Två av dem involverar Waran och kan ge svängningar i den blodförtunnande effekten.

Patienten har ett blodtryck på 80/60, d.v.s. mycket lågt; behandlas ändå med flera blodtryckssänkande läkemedel, Triatec, Seloken Zoc, Imdur och Tryptizol!

Anger besvär med trötthet, kan bl.a. orsakas av Tryptizol.

Har svårt att kasta vatten, kan orsakas av Tryptizol.

Följsamhet

Tycker själv Tryptizol är onödigt.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

2 av de läkemedel patienten anger (Waran, Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

Samtliga läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista uppges av patienten.

Kommunikation

Missförstånd patient-läkare angående Tegretoldosen under våren.

Bilaga 3 med fallbeskrivningar från Huddinge

Nedan följer fallbeskrivningar från området. Fallbeskrivningarna utgår från de problem och behov som framkommit i intervjuerna med de äldre multisjuka och deras anhöriga/närstående. Beskrivningarna baseras dessutom på slutenvårds- och öppenvårdsregistreringar under perioden jan 2004 - juni 2005, dokumentation från utskrivningar från slutenvård under feb/mars 2005 samt på dokumentation från husläkarmottagningar och kommunens äldreomsorg under samma period.

För att undersökningspersonerna inte ska kunna identifieras kallas de multisjuka äldre genomgående för kvinna/man, hon/han eller den äldre och deras partner för maka/make. Barn, anhöriga/närstående kallas för anhöriga eller närstående. Undersökningspersonernas ålder anges i femårsintervall. (Se i övrigt metodbeskrivningen på sid 11.)

1. Ensamboende 90-94 år

Brister, önskemål och förslag

Har behov av stöd efter behov genom hemtjänsten och samarbete mellan hemtjänst och primärvårdens läkare och distriktssköterskor. I slutenvårdens dokumentation påtalas omfattande eftervårdsbehov. Dessa behov uppfylls inte vare sig av hemtjänst eller primärvård. Hemtjänstutföraren har inte informerat biståndshandläggare om insatser som inte fullföljts.

Bättre rutiner vid ordination med bl a beaktande av dosering. Bättre uppföljning av reumatismbehandlingen på vårdcentral.

Diagnoser inom slutenvård	6, bl a blodbrist, cirkulationssjukdom i kärl, lunginflammation, sjukdom i muskler och skelett (bensår)
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, trötthet, minskad aptit, muntorrhet, ont i magen, illamående, förstoppning, hosta, ödem
Hemtjänst	Tre gånger dagligen alla dagar i veckan med; omvårdnad, påklädning, uppsnygning, matlåda, kvällstillsyn, dusch, inköp, städ, tvätt, renbäddning, ledsagning, larm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Nej
Antal läkemedel och analys	7, varav 2 vid behov

Patienten behandlas med för hög dos av medicin för sin reumatism. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande vårdkontinuitet.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	3	4
	Antal vård dygn	11	53	64
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	2	-	2
	Akut läkare*	1	2	3
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	4	-	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	-	3	3
	Undersköterska	1	3	4
	Annan vårdgivare	2	-	2
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	96	37	133
	Undersköterska	-	1	1
	Dietist	1	-	1

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende skild kvinna/man. Vill att hemtjänsten ska ge möjlighet att bo kvar i den trädgård den äldre anlagt och i det hus hon/han själv byggt. Hörapparaten fungerar inte och den äldre försöker själv att laga den. Den äldre har problem med tandproteser som sitter snett och skevt. Tycker sig inte ha råd med tandläkare. Har gått ner 20 kg i vikt under senaste åren. Har varit inne på sjukhuset en gång för undernäring och vätskebrist.

Den äldre "ligger lågt" när det gäller att lägga sig i hemtjänstens arbete. Tycker att de arbetar och pratar över hennes/hans huvud. Har hjälp av grannar med snöskottning, lite ekonomi och har fått hjälp när vattenpumpen gått sönder. Anser sig inte ha någon "varm kontakt" med biståndshandläggaren. "Dom kommer och sätter igång saker – sen sticker dom."

Upplever inte att hon/han varit med om någon planering ut från sjukhuset. Information *"går säkert med rörpost mellan sjukhus, kommun och grannar"*. Två distriktssköterskor kommer två gånger per vecka. Den äldre har ordentligt med svårläkta sår - på båda fötter. I såren har funnits fluglarver. Den äldre önskar att husläkaren någon gång skulle ta kontakt. Önskar att sjukgymnast kunde komma hem för träning. Hon/han blir bara mer och mer orörig. Anser att livet fungerar styckevis och delat men inte sammantaget. Mest av allt önskar den äldre att bli lyssnad till. *"Kanske lever jag ett eller två år till. Vill vara kvar i min stuga den tiden men de försöker fösa in mig på ett ställe."*

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Slutenvården har vid flera tillfällen dokumenterat svårigheter i hemsituationen. Redan i början av 2005 gör man därifrån en noggrann eftervårdsbedömning där flera kontakter tas med både öppenvården och kommunen. Under våren åker den äldre in och ut till sjukhuset vid tre olika tillfällen. Sista gången konstateras grava missförhållanden i den äldres omvårdnad. Slutenvården kallar till samordnad vårdplanering. Biståndshandläggaren, distriktssköterskan och hemtjänsten kallas. Vid detta möte skriver den äldre under en ansökan om plats på servicehus som sedan beviljas. Biståndshandläggaren anger den ohållbara hemsituationen som skäl för beslutet. I avvaktan på det beviljade boendet ansöks om korttidsplats.

Under mars månad hade husläkaren brevkontakt med slutenvården om läkemedelsbehandling. Husläkaren skriver också recept vid ytterligare tre tillfällen. I juni månad tar slutenvårdens läkare kontakt med husläkaren angående patientens besvärliga situation.

Trots att mannen varit inskriven i hemsjukvård sedan en längre tid så dokumenteras svårigheterna i hemmiljön i vårdcentralens journaler först efter den sista vårdplaneringen på sjukhuset.

Från kommunen är dokumentationen utförlig. I början av 2005 beviljar kommunen omfattande hemtjänstinsatser. Det framgår av biståndshandläggarens dokumentation att personal från både hemtjänst och öppenvård sedan början av året framfört att det är tungt och svårarbetat i den äldres hem. Under våren gör biståndshandläggaren en anmälan om missförhållanden enligt Socialtjänstlagen 14 kap. 2§ (Lex Sara). Anmälan handlar bl a om att hemtjänsten inte utfört de beslutade och beställda hemtjänstinsatserna. Detta har inte rapporterats till biståndshandläggaren utan framkommer först vid vårdplaneringen på sjukhuset.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Patienten behandlas med Klorokinfosfat för sin reumatism (reumatoid artrit). Årsdosen bör inte överstiga 75 g enligt FASS, men uppgår till 90 g om man räknar på den dos patienten är ordinerad. Det finns inga journalanteckningar som tyder på att man ifrågasätter detta.

Följsamhet

Svårt att svälja vissa tabletter, t.ex. Alvedon. Tar ibland extra dos av smärtstillande läkemedel.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Samtliga läkemedel patienten anger finns på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Ketogan Novum) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Ingen kontakt alls med vårdcentralens läkare. Det framgår inte av journalanteckningar huruvida hans reumatism kontrolleras på vårdcentralen.

2. Samboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Av kommunens dokumentation framgår inte varför insatser om matdistribution uteblivit. Orsaken skulle ha undersökts, utretts, dokumenterats och åtgärdats.

Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Information till patienten om vikten av behandling.

Diagnoser inom slutenvård	3, bl a cirkulationssjukdom i hjärta, kronisk lungsjukdom
Övriga problem/symptom	Yrsel, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, minskad aptit, mun- torrhet, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet, hosta, ödem, klåda
Hemtjänst	Städning, tvätt, dusch, trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, hushållssysslor och personlig omvårdnad. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	7, samtliga för regelbundet bruk

Patienten tar inga av de mediciner han ordinerats, förutom luftvägsvidgande. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	4	2	6
	Antal vårddyg	18	2	20
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	8	1	9
	Akut läkare*	4	2	6
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	-	2
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	-	1	1
	Medicinsk service	1	2	3
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	17	-	17

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende gift kvinna/man. Hon/han har stora problem att tugga med sina utslitna proteser. Skulle behöva nya men kommer sig inte för att ta kontakt med tandläkare. Har gått ner ca tio kg senaste år men tycker sig må väl av detta. Det underlättar andningen (har syrgas i hemmet). Har läkemedel som tagit bort luktsinne och smak samt stora problem med muntorrhet.

Hemtjänsten hjälper med städning, tvätt och dusch. Tycker att det fungerade tidigare men inte längre. Det kommer alltmer vårdbiträden som är okända. Den äldre tackar därför ibland nej till hjälp med dusch. Är tacksam att hon/han inte är ensam utan kan få hjälp av maka/make. (Även maka/make har biståndsbeslut på duschhjälp.) Maka/make, som själv är mycket skör, hjälper den äldre nattetid med kissflaska eftersom hon/han inte själv orkar gå upp.

Skulle kännas tryggt om den personal som jobbar inom hemtjänsten kunde legitimera sig eftersom det så ofta är vikarier och extrafolk. Den äldre har kontakt med biståndshandläggare en gång per år. Fönsterputsning gör kommunen bara en gång om året så detta betalar paret själva för en andra gång.

Skulle få hjälp med matleverans i form av sju lådor mat levererade en gång i veckan. Till detta tackade den äldre nej. *"Usch det var för jävligt."*

På sjukhuset har det varit jättebra och den äldre har förståelse för den stress som finns där. Önskar uppföljning efter sjukhusvården. Det har förekommit vårdplanering från sjukhuset någon gång men den har aldrig varit bra. *"Dom skickar bara hem mig med syrgas och läkemedel. Jag vet ingenting."* En gång blev hon/han hemsänd halv fyra på morgonen.

Den äldre ser det som en total omöjlighet att komma i kontakt med vårdcentralens läkare och *"att behöva ge sig in till akuten är rena tortyren"*. Har ingen kontakt med distriktssköterska. *"Förut hade jag 16 olika mediciner som distriktssköterskan kom hem och delade i dosett. Vid alla tillfällen jag kom in på sjukhuset och hade ont någonstans så fick jag ett nytt läkemedel. Jag blev bara sämre och sämre. Till slut kunde jag inte äta. Hållde till slut ut alla läkemedel och sa upp bekantskapen med distrikts-sköterskan."* Den äldre har sedan dess gjort en egen läkemedelsgenomgång. Har inte hämtat ut alla läkemedel som förskrivits. Inte på grund av kostnaderna utan därför att hon/han inte orkat ett piller till. Skulle vilja få stöd i att hantera rollator och syrgas så att det blev tryggare att röra sig ute.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I dokumentation från slutenvården saknas uppgifter om vårdplanering. Dokumentation från vårdcentralen saknas.

Av kommunens dokumentation framgår att de beviljade insatser som beställdes hösten 2004 endast delvis har utförts. Den äldres matdistribution verkställdes först i början av 2005. Det framgår att den äldre avsäger sig insatsen. Inget finns dokumenterat om orsaken till detta.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Följsamhet

Patienten tar inga av de mediciner han ordinerats, förutom luftvägsvidgande (Combivent). Tycker de är onödiga.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

5 av de läkemedel patienten anger (Laktulos, Emconcor chf, Prednisolon, Combivent, Acetylcystein) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Kalitabs) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Har inte varit på vårdcentralen. Inga anteckningar har inkommit därifrån, endast en läkemedelslista.

3. Samboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Dokumentationen från vårdcentralen bekräftar mannens svårigheter att få kontinuitet och meningsfullhet i sina kontakter med vårdcentralens läkare. Mannen har varit missnöjd med hemtjänstinsatserna. Biståndshandläggarna har inte dokumenterat om uppföljning gjorts av orsakerna till varför mannen sagt upp insatserna.

Bättre rutiner vid ordination med bl.a. beaktande av läkemedelsinteraktion. Bättre rutiner för uppföljning med bl.a. beaktande av njurfunktion och biverkningar. Utfasning av läkemedel utan indikation. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a diabetes, demens, psyk sjukdom, hjärta, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Smärta, ödem
Hemtjänst	Trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, hushållssysslor. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	12, varav 3 vid behov

Läkemedelsinteraktion mellan 2 läkemedel, med risk för blödning. Ingen aktuell indikation för magsårsmedicin. Behandling av 2 läkemedel utan hänsyn till nedsatt njurfunktion. Har av fått recept på ett läkemedel som patienten inte borde använda. Läkare på vårdcentralen har varnat patienten men han har inte uppfattat varningen rätt. Trots lågt blodtryck, behandling med flera olika blodtrycksänkande läkemedel. Patienten känner sig orolig för de medicinändringar som gjorts av läkare. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	5	2	7
	Antal vårddygn	9	20	29
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	3	2	5
	Akut läkare*	6	2	8
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	29	10	39
	Jourmottagning	4	-	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Psykolog	-	1	1
	Medicinsk service	1	-	1
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	9	19	28
	Sjukgymnast	-	3	3

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende gift kvinna/man som skulle vilja flytta till en mer lättarbetad lägenhet. Har anmält sig till seniorboende men blivit upplyst om att hon/han har blivit för gammal. "Önskar att kommunen kunde behålla sina omvårdnadsboenden." Gått ner 12 kg senaste halvåret. Har provat städning genom hemtjänsten men sagt upp den. "De svepte bara runt lite och var här bara en av tre timmar." Makarna behövde hjälp med den tyngre städningen. Klarade själva "att svepa runt". Hjälpens bedömdes som en kostnad utan mening.

Upplevde ingen vårdplanering från sjukhuset men det kom hem en biståndsbedömare efteråt och erbjöd den städning de sedan sade upp. Har i allmänhet upplevt sjukhusvården som bra. Undantaget var

vården på geriatriken där den äldre blev inlagd på en demensavdelning. *"Otroligt stökigt med mycket oroliga medpatienter."*

Har haft bra kontakter på vårdcentralen tidigare men sedan början av 2004 har det inte fungerat. Den äldre tog vid ett tillfälle upp sitt viktproblem med den läkare som tog emot. Upplevde att denne på ett väldigt hårt sätt talade om för henne/honom att det var bra för gamla att vara tunna och smala. Den äldre får inte välja den husläkare som önskas. Har skrivit brev till vårdcentralen om detta och fått ett *"korthugget svar"* med besked att det inte går att välja. *"Vårdcentralen vill inte ha patienter. De gör allt för att man inte ska komma dit."*

Får för tillfället bra hjälp och träning av sjukgymnast. Funderar mycket på vem som ska ta hand om de riktigt sjuka då kommunen lägger ner omvårdnadsboenden och vårdcentralen inte fungerar. Makarna blir tröttare, tröttare och alltmer ledsna.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Av slutenvårdens dokumentation framgår inte att det skett någon vårdplanering. Från vårdcentralen finns regelbunden dokumentation. Den äldre har under det första halvåret 2005 haft kontakt med sju olika läkare på vårdcentralen.

Av kommunens dokumentation framgår att den äldre under våren per telefon avsäger sig samtliga insatser utom trygghetslarmet. I dokumentationen framgår inte om det skett någon förändring i den äldres tillstånd eller andra skäl till varför insatserna sagts upp.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 4 C-interaktioner och en D-interaktion. Den sistnämnda mellan Waran och Trombyl, med blödningsrisk.

Behandlas med Omeprazol. Dock framgår ingen indikation i journalerna (magsår 1945!).

Ingen indikation för Proscar framgår av journalanteckningarna.

Använder både Spironolakton och Triatec som båda höjer kaliumnivån i blodet (risk för en C-interaktion enligt FASS). Dessutom nedsatt njurfunktion (gravt nedsatt (26 ml/min), enligt beräknat kreatininclearance). Således stor risk för hyperkalemi. Detta har konstaterats enligt anteckningar från vårdcentralen. Patienten hade då dessutom kaliumtillskott. Kalium och Triatec sattes då ut.

Har trots lågt blodtryck, ett flertal läkemedel med blodtryckssänkande effekter: Nitromex, Imdur, Furosemid, Spironolakton samt Triatec.

Följsamhet

Glömmer ta kvällsmedicinen (Lescol 20 mg). Känner sig orolig för de medicinändringar som gjorts av läkaren.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

1 av de läkemedel patienten anger (Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

Samtliga läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista uppges av patienten.

4. Samboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Primärvården och biståndshandläggaren borde dokumenterat i journalhandlingar om den äldres låga vikt och viktnedgång samt förslag till åtgärder.

Bättre rutiner för uppföljning av läkemedel med bl a beaktande av njurfunktion och biverkningar.

Diagnoser inom slutenvård	5, bl a diabetes, cirkulationssjukdom i hjärta, sjukdom i matsmältningsorgan (ulcerös kolit)
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, nedstämdhet, muntorrhet, ont i magen, förstoppning, andfäddhet, hosta, ödem
Hemtjänst	Trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, städning, hushållssysslor och inköp
Antal läkemedel och analys	9, varav 2 vid behov

Patienten har gravt nedsatt njurfunktion. Enligt läkarens anteckning på vårdcentralen anges endast att njurfunktionsvärdet är "i överkant". Flera av patientens mediciner bör omprövas vid njurfunktionsnedsättning. Biverkning i form av yrsel och tecken på blodtrycksfall. Kan orsakas av minst fyra blodtrycksänkande läkemedel.

Orsaker: Bristande uppföljning

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	3	2	5
	Antal vård dygn	8	2	10
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	1	1	2
	Akut läkare*	3	2	5
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	6	1	7
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Infarktsköterska	1	-	1
	Medicinsk service	-	1	1
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	16	29	45

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende gift äldre som förutom larm inte har insatser från hemtjänsten. Får i övrigt hjälp av anhöriga. Har funderat på hemtjänst men skulle behöva hjälp med de mer tunga och omfattande sysslorna. *"Tror inte att hemtjänsten ställer upp med det."*

Har inte deltagit i vårdplanering från sjukhuset. Blev orolig när hon/han kommit hem från sjukhuset. Tyckte informationen på sjukhuset om hjärtfelet var bristfällig. Hade önskat rehabilitering efter vård på medicinklinik men kom till en geriatrisk avdelning där patienterna *"klättrade på väggarna"*. Ansvarig läkare ringde hem till anhörig och sa att det bästa var om den äldre kunde tas hem. *"Läkaren skulle inte själv vilja ligga på den avdelningen."*

"På vårdcentralen är de snälla." Distriktssköterska kommer hem för medicindelning. Den äldre önskar att husläkaren gjorde uppföljningar och själv tog kontakt. *"Det är jobbigt att försöka få kontakt då man är så dålig."* Skulle även önska hjälp att hämta ut mediciner. Ett barn måste nu komma dit för detta.

Har tidigare fått både massage och akupunktur - men inte längre. Önskar att det fanns rehabilitering på geriatriken och "*inte bara långvård*".

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Från slutenvården finns omfattande dokumentation. Där framgår bland annat att den äldre har gått ned sju kg under senare tid på grund av dålig matlust. Patienten har en tarmsjukdom som ger diarréer. I början av 2005 uppmanas patienten att kontakta distriktssköterskan vid hemkomsten. Det framgår att slutenvården inte lyckats nå denna. Patienten föreslås vidare att även tala med distriktssköterskan om att få kostråd från dietist.

Vårdcentralen har fört omfattande dokumentation med regelbundna hembesök av distriktssköterskan. Det framgår dock inte om dietist varit inkopplad efter utskrivningen från sjukhuset. Vid husläkarbesök i maj tas viktnedgången upp. Aptiten anges vara relativt bra. Patienten har träffat husläkaren vid två tillfällen och därutöver haft en telefonkontakt.

I kommunens dokumentation finns en ansökan om trygghetslarm. Bistånd till detta gäller från mitten av maj. I utredningen framkommer att den äldre klarar sig med hjälp av anhöriga. Inget finns dokumenterat om viktnedgång eller den äldres låga vikt - 49 kg.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar en C-interaktion.

Beräknat kreatininclearance visar gravt nedsatt njurfunktion (29 ml/min). Enligt läkarens anteckning på vårdcentralen är kreatininvärdet i överkant. Flera av patientens mediciner bör omprövas vid njurfunktionsnedsättning (Simvastatin, Enalapril och Trombyl).

Enligt anteckningar från vårdcentralen ortostatisk yrsel. Har minst 4 (!) läkemedel som kan sänka blodtrycket (Enalapril, Seloken zoc, Lasix retard, Nitromex).

Följsamhet

Patienten är rädd för att ta mediciner som är nyinsatta.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Går inte att bedöma eftersom ingen lista inkommit från vårdcentralen.

5. Samboende 90-94 år

Brister, önskemål och förslag

Behov av hjälp med mat i en annan form än den kommunen bistår med. För att nå de av bi-ståndshandläggarens uppsatta mål måste den äldre ges möjlighet att delta i den dagvård som beviljats. Önskemål om regelbunden och kontinuerlig kontakt med vårdcentralen.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med beaktande av bl a dosering. Bättre rutiner för uppföljning av bl a biverkningar. Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Information om vikten av behandling. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	3, bl a blodbrist, cirkulationssjukdom i hjärta, blödningar i tarm
Övriga problem/symptom	Huvudvärk, trötthet, nedstämdhet, muntorrhet, förstoppning, andfåddhet, ödem
Hemtjänst	Städning och trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, städning och inköp. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	12, varav 4 vid behov

För hög dos blodtrycksänkande läkemedel. Patienten har besvär med huvudvärk som kan vara relaterade till detta. Bristande följsamhet. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation patient-läkare på vårdcentral.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	3	5
	Antal vård dygn	2	15	17
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	-	1	1
	Akut läkare*	2	4	6
Kontakter med VC/HL läkare	Mottagning	4	3	7
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Inga kontakter	-	-	-
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	2	1	3

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Gift Samboende äldre med trygghetslarm och hjälp med städning var tredje vecka. "Damma får vi göra själva." Får i övrigt hjälp av barn vid behov. Har blivit erbjuden dagvård men kan inte ta emot detta stöd. Vågar inte lämna maka/make som har svårt med balans och faller. Makarna har blivit erbjudna hjälp med mat men tackat Nej då det skulle innebära 14 matlådor en dag per vecka. "Låter otäckt och var ska alla lådorna få plats?" Önskar att servicehusets restaurant som stängts skulle öppnas igen.

Uppfattar inte att någon vårdplanering skett på sjukhuset. "Det kom upp en läkare med medicinlista och sedan var det ut. Jag kom in med ambulans strax igen för hjärtat." Har inte blivit kallad för kontroll på vårdcentralen och har aldrig själv kontaktat dem. Två gånger per år är inbokade besök på hjärtklinik. Träffar olika läkare där varje gång. Önskar att vårdcentralen brydde sig.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdens dokumentation framgår inte att vårdplanering skett eller att den äldre har hemtjänst. I primärvårdens dokumentation framkommer att den äldre under våren 2005 haft kontakt med tre olika husläkare. Detta har mest bestått av telefonkontakt mellan husläkare och anhörig.

Mål för kommunens bistånd anges vara att "erbjuda träning och social gemenskap med andra och att maka/make samtidigt ska få lite egen tid". Av dokumentationen framgår inte att den äldre inte vågar lämna makan/maken och därför inte besökt dagvården.

Läkemedel***Kvalitetsbrister/problem***

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Hög dos Norvasc (dubbelt så hög som normaldos).

Patienten anger besvär med huvudvärk, kan betingas av den höga dosen Norvasc.

Följsamhet

Tar urindrivande endast 3 dagar i veckan. Glömmer ibland att ta mediciner.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Zantac, Laktulos, Impugan, Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Plavix) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Vårdad p.g.a. misstänkt "inre blödning". Dock ingen uppföljning på vårdcentralen, med provtagning för blod i avföring. Remiss från vårdcentralen för utredning av "lock för öronen". Remissen har dock inte kommit fram till öronmottagningen.

6. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar sällskap och särskilt boende. Primärvården har små möjligheter att klara den äldre i ordinärt boende. Oro och urinvägsinfektioner driver henne/honom till sjukhusets akutklinik. Kommunens biståndshandläggare har fått påstötning från både distriktssköterska, närstående och den äldre själv om behovet av särskilt boende. Av kommunens dokumentationen framgår inte att detta behov utretts.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl a beaktande av dubbelanvändning och antal psykofarmaka. Bättre rutiner för uppföljning med bl a beaktande av dubbelanvändning, antal psykofarmaka och biverkningar.

Diagnoser inom slutenvård	7, bl a demens, psykisk sjukdom, hjärta, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, minskad aptit, muntorrhet, ont i magen, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet, hosta, ödem, klåda
Hemtjänst	Daglig tillsyn *4 (har dragits in till en gång), dusch, handling, städ, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, socialt stöd och promenader. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	19, varav 4 vid behov

Oklar indikation för behandling med neuroleptika i samband med förvirring och hallucination, som patienten drabbas av på grund av urinvägsinfektion med hög feber, samt behandling med 3 olika läkemedel i hög dos som bidrar till förvirringen. Patienten är inte längre konfusorisk efter infektionsbehandling men står ändå fortfarande på neuroleptika. Ingen indikation för magsårsmedicinen. Läkaren på sjukhuset har försökt att sätta ut detta läkemedel tvärt istället för att stegvis fasa ut det, varvid utsättningen har misslyckats. Patienten besvärar av yrsel som kan vara en biverkning av 8 olika läkemedel som han medicinerar med dagligen. Summaeffekt av parkinsonläkemedel med övriga blodtryckssänkande läkemedel. Behandlas med läkemedel som motverkar effekten av varandra (neuroleptika och parkinsonmedicin). Han har ingen matlust, och behandlas med två läkemedel som har anorexi som vanlig biverkning. Han lider av förstoppning som kan orsakas av 3 olika läkemedel. Har besvär med muntorrhet som kan bero på mediciner med antidepressiva och sömnmedel. Dubbelanvändning av sömnmedicin. Läkemedelslistan på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens läkemedelslista.

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	3	5
	Antal vårddygn	5	24	29
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	6	1	7
	Akut läkare*	24	3	27
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	31	8	39
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Medicinsk service	-	3	3
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	19	27	46

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remissshantering, receptföreskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende änka/änkling med hemtjänst som kommer och städar var tredje vecka. Varje morgon kommer också ett vårdbiträde för *"social samvaro"*. Önskar ytterligare sällskap och att få hjälp att hantera rollator *"ute bland folk"*.

Ska till ögonklinik men orkar inte. Har proteser som sitter dåligt i både under och överkäke. Säger sig aldrig gå till tandläkare. Är ledsen för stor kraftlös. Har kontakt med närstående som tar ut den äldre varje söndag. *"Skulle också vilja gå ut på stan och titta ibland."*

Har vårdplanerat med närstående, distriktssköterska och biståndshandläggare. Har under senaste år vid ett tillfälle blivit för tidigt utskriven från sjukhuset. Återvände redan efter knappt 14 dagar i mycket dåligt skick. Fick antibiotika intravenöst. Upplever stor trygghet på sjukhuset. Visste efter sista vårdplaneringen att distriktssköterska skulle komma hem. *"Hon fixar alla recept."* Det är svårt för den äldre att få tag i husläkaren på telefon. Önskar att husläkaren skulle ta kontakt med henne/honom istället. Tycker att hon/han dåligt kan förklara för husläkaren vad problemen består i vid besöken på vårdcentralen. *"När jag går därifrån kommer jag på allt jag skulle ha sagt."*

Tycker att allt fungerat bra tills problemen med urinvägarna började. Enligt närstående försätter urinvägsinfektionerna den äldre i ett stort förvirringstillstånd och hon/han har många gånger nattetid tagit sig med sin rollator till akutsjukhuset för att få hjälp. Tycker själv att det är lång väntan på akuten. Vill allra helst slippa komma dit. Närstående undrar mycket över om den oro och ångest den äldre har är framkallad av läkemedlen.

Den äldre önskar särskilt boende men kan enligt kommunen inte garanteras eget rum. I stället blev det biståndsbeslut på mera sällskap i det egna boendet.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Dokumentation från slutenvården visar att den äldre varit inlagd på sjukhuset flera gånger med få dagars mellanrum. Vid ett av dessa tillfällen kallar sjukhuset till vårdplanering. Vårdplaneringen genomförs tillsammans med den äldre, närstående, distriktssköterska, biståndshandläggare samt avdelningspersonal. En tydlig beskrivning av eftervårdsbehov finns.

Primärvårdens dokumentation visar att den äldre har regelbunden kontakt med både läkare och distriktssköterska. Hemsjukvården sköter delning av medicin i dosett.

I kommunens journalföring finns uppgifter om hemtjänstinsatser sedan slutet av 2004. Här framkommer att distriktssköterskan larmat biståndshandläggare om akut behov av annat boende i början av 2005. Handläggaren gör, tillsammans med närstående, hembesök två dagar efter detta larm. Genom deras försorg kommer den äldre in till akuten. Vid vårdplanering ut från sjukhuset denna gång utökas hemtjänsten. Senare under våren meddelar den äldre att hon/han bara önskar behålla vissa insatser. Detta verkställs dagen efter. Det finns inget dokumenterat om att den äldre ansökt om särskilt boende. I utredning beskrivs däremot att den äldre önskar klara sig i eget boende med stöd från hemtjänst och dagverksamhet. Biståndshandläggaren har dokumenterat att den äldre ofta besöker akutmottagningen när ensamheten blir för svår.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar en läkemedelsdubblering – två sömnmedel (Heminevrin, Zopiklon), Fyra olika psykofarmaka (Risperdal, Zopiklon, Heminevrin, Zolof), samt 2 C-interaktioner. Ordinerades i samband med en konfusionsepisod (förvirringstillstånd) i januari 2005, Risperdal. Åter inlagd p.g.a. konfusion i februari. Klarnade vid båda tillfällena upp efter behandling av urinvägsinfek-

tion. Har dock fortfarande Risperdal, och ingen notering finns i journalhandlingarna om hur länge behandlingen ska pågå.

Innan sjukhusinläggning behandlas patienten med Distalgesic i maximal dos, Detrusitol i maximal dos samt Atarax, som samtliga kan framkalla konfusion och hallucination hos äldre. Han har svårt att kasta vatten men behandlades ändå med Detrusitol (medel mot urinläckage). Läkare på sjukhuset har satt ut Detrusitol och Atarax, halverat dosen Dexofen samt satt in neuroleptika mot hallucinationen.

Ingen indikation framgår för Omeprazol.

Patienten besväras av yrsel och har lågt blodtryck. Medicinerar med ett flertal preparat som kan orsaka detta: Lasix Retard, Spironolakton, Xatral od, Dexofen, Madopark, Risperdal, Zoloft.

Patienten har inte matlust, behandlas med två olika läkemedel som har "anorexi" som vanlig biverkning.

Vid vårdtillfället i februari klagade patienten över myrkrypningar i benen, varpå Madopark sattes in.

Dock mindre lämpligt eftersom det kan bidra till det låga blodtrycket och motverkar effekten av Risperdal. Myrkrypningarna kan i själva verket ha varit en biverkan av Risperdal.

Patienten har ramlat vid två tillfällen under sommaren. Orsak blodtrycksfall?

Han lider av förstoppning som kan bero på medicinering: Dexofen, Risperdal.

Han lider av muntorrhet och drabbas lätt av svampinfektion som kan bero på medicinering: Zoloft och Zopiklon.

Följsamhet

Han glömmmer ta sina mediciner ett par gånger per vecka.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Fungizone, Novalucol, Dimetikon, Acetylcystein) saknas på vårdcentralens lista.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

7. Samboende 85-89 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar mer kontakt med husläkaren.

Bättre rutiner vid ordination med bl a beaktande av läkemedel som ska undvikas vid vissa av patientens diagnoser, läkemedelsinteraktioner och njurfunktion. Bättre rutiner för uppföljning av bl a biverkningar. Utfasning av läkemedel utan indikation och olämpliga läkemedel. Bättre kommunikation patient-läkare på vårdcentral. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen.

Diagnoser inom slutenvård	3, hjärta, kronisk lungsjukdom, njursvikt
Övriga problem/symptom	Smärta, sömnbesvär, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, minskad aptit, muntorrhet, ont i magen, diarré, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet, hosta, ödem, klåda
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, hushållssysslor
Antal läkemedel och analys	20, varav 9 vid behov

Läkemedelsinteraktion mellan två läkemedel som kan påverka patientens saltbalans, med risk för höga kaliumvärden. Riskläkemedel vid nedsatt njurfunktion (flera preparat). Patienten egenvårdar sig med Treo brustabletter, som bör undvikas med tanke på hans tillstånd med hjärtsvikt och gravt nedsatt njurfunktion. Underbehandling med hjärtsviktsmediciner. Vätskedrivande används inte enligt ordination, patienten feltolkade läkarens ordination på sjukhuset. Ingen indikation för giktmedicinering. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista. Patienten har 6 läkemedel utöver den långa läkemedelslistan på vårdcentralen!

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation mellan patienten och vårdcentralen.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	1	3
	Antal vårddygn	12	10	22
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	2	2	4
	Akut läkare*	2	1	3
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	2	8	10
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	3	-	3
	Infarktsköterska	1	-	1
	Medicinsk service	-	2	2
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	6	5	11
	Arbetssterapeut	-	1	1

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende utan hemtjänst. Make/maka sköter allt. Har magrat mycket. Är deprimerad av bundenhet. Vill kunna röra sig och har tidigare varit mycket socialt engagerad.

Har inte deltagit i någon vårdplanering ut från sjukhuset. Vården har upplevts som uthärdbar förutom geriatriken "där personalen tar makt över en". Den äldre önskar uppriktighet och kontakt från sjukhuspersonalens sida. "Som det fungerat på sjukhuset har det ofta blivit kränkande." Hade önskat att få stöd med att lära sig andas rätt. Har själv fått läsa sig till hur detta ska gå till.

Kontakten med vårdcentralen upplevs som lika med noll. Den äldre åker istället in till akuten. Skulle önska kontakt med en husläkare men *"det är bara sjukhuset som återstår."* Distriktssköterska kommer för delning av läkemedel i dosett. Dessa tar sedan den äldre själv. Drömmer om att distriktssköterska och husläkare hängde ihop och att de var nåbara per telefon. Den äldre har flera gånger upplevt att inte ens 112 numret fungerat när ambulans behövts.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Enligt dokumentation har ingen vårdplanering skett från slutenvården. Av primärvårdens dokumentation framgår att distriktssköterska genomför hemsjukvårdsbesök. Journalerna bekräftar att den äldre aktivt söker kontakt med husläkare på vårdcentralen för hembesök. Detta sker under första halvåret 2005 endast två gånger. Den äldre är inte aktuell hos kommunen.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 2 C-interaktioner och en D-interaktion. Den sistnämnda mellan Amilorid och Kalitabs. Kombinationen bör undvikas p.g.a. risk för hyperkalemi. Enligt journalanteckning mycket riktigt ett mycket högt kaliumvärde (6,5 µmol/l) på sjukhuset.

Patienten har enligt beräknat kreatininclearance (27 ml/min) en gravt nedsatt njurfunktion. Står på ett flertal läkemedel som man bör vara försiktig med/undvika i sådana fall: Lanacrist, Trombyl, Zyloric, Amilorid, Treo. Zyloric tillhör de medel som bör undvikas vid nedsatt njurfunktion. Dessutom framgår ingen indikation för denna behandling.

Använder Treo, olämpligt vid hjärtsvikt p.g.a. risk för vätskeansamling i kroppen.

Trots grav hjärtsvikt ingen behandling med ACE-hämmare.

Tog 30 tabletter Furix istället för en, för att "korrigera kroppsvikten". Säger sig ha missuppfattat läkaren.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

6 av de läkemedel patienten anger (Nitromex, Treo, Stilnoct, Teovent, Bisolvon, Mollipect) saknas på vårdcentralens lista.

Samtliga läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista uppges av patienten.

Kommunikation

Patienten upplever en dålig kommunikation med vårdcentralens läkare (se ovan).

8. Ensamboende 95-99 år

Brister, önskemål och förslag

Önskar bistånd till trygghet och omhändertagande i särskilt boende.

Bättre rutiner för uppföljning av läkemedel med bl.a. beaktande av biverkningar och njurfunktion.

Diagnoser inom slutenvård	6, infektion, blodbrist, koloncancer, cirkulationssjukdom i hjärta, hjärna och kärl
Övriga problem/symptom	Yrsel, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, muntorrhet, diarré, förstoppning, andfäddhet
Hemtjänst	Matdistribution, städning, handling, ledsugning och trygghetslarm
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Nej. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	7, varav 1 vid behov

Patienten största besvär är yrsel och bensvullnad, vanliga biverkningar av två av de blodtrycksläkemedel patienten använder. Dessutom har patienten gravt nedsatt njurfunktion som kräver dosändring av hennes mediciner. Hon har även mardrömmar som kan vara biverkning av blodtrycksänkande läkemedel. Är inte nöjd med sömntabletter som går inte att dela. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista.

Orsaker: Bristande uppföljning.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	2	1	3
	Antal vårddygn	24	14	38
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	4	-	4
	Akut läkare*	1	1	2
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	3	1	4
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Hörselvårdsassistent	-	1	1
	Medicinsk service	-	2	2
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	8	9	17

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Ensamboende änka/änkling med stor längtan efter sällskap. Utan andra människor "är livet slut". Drömmer om servicehus. Har försökt ta kontakt med grannarna i hyreshuset men upplever det som svårt. Har ansökt om särskilt boende men fått avslag. Har hjälp med handling och matdistribution en gång per vecka. Tre matlådor levereras. Har stora problem med proteser både uppe och nere. Får riva det mesta hon/han äter. Sista gången den äldre var i kontakt med tandläkare var för 15 år sedan. Hemtjänstens vårdbiträden upplevs som snälla men gör inte det den äldre har behov av. De går inte längre på bank eller till Apoteket. Skulle önska att något känt vårdbiträde kunde gå med på promenad. Har enligt biståndsbeslut ledsagarhjälp men uppfattar inte själv att hon/han får detta. "Det är för mycket olika vårdbiträden och de har alla olika regler för vad de ska/kan göra. En del går inte att prata med eftersom vi inte talar samma språk."

Har inte enligt egen uppfattning varit med om någon vårdplanering på sjukhuset. Om det varit någon kontakt mellan sjukhuset och vårdcentralen eller kommunen är det inget den äldre är medveten om.

Blev hemskickad från sjukhuset alldeles för tidigt. *"Dom kom bara in och sa klä på dig."* I hemmet pågick reparationer och det var fullt av byggfolk där. Den äldre var så trött och fick klara sig bäst det gick. Minnena från dessa dagar är *"ett stort sudd"*.

Fick rehabilitering *"i rasande tempo"* på sjukhuset. Både genom sjukgymnast och arbetsterapeut - *"allt för att få mig på benen."* Den äldre önskar rehabilitering i sitt hem eller att få åka iväg till någon rehabiliteringsklinik.

Den äldre får byta både husläkare och distriktssköterska *"stup i ett"*. Distriktssköterska kommer hem ibland och tar blodprov. Husläkaren går inte att nå per telefon. Den äldre önskar mest av allt husläkare och distriktssköterska arbetade tillsammans och tog gemensamt ansvar för hennes/hans vård. Akuten upplevs som mycket arbetsam.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdsjournal dokumenteras i början av året eftervårdsbehov i form av utökad hemtjänst. Sjukhuset kallade till vårdplanering. Denna blev framflyttad och skedde i hemmet eftersom biståndshandläggaren inte kunde närvara på utsatt dag och tid. Anhörig var mycket orolig inför hemgången. Det framkommer att slutenvården haft kontakter med både biståndshandläggare och arbetsterapeut inför hemgången.

I dokumentationen från vårdcentralen finns inget dokumenterat om den äldres sociala situation. Patienten har träffat husläkaren vid ett tillfälle under våren.

I den kommunala dokumentationen från början av året finns angivet att ansökan initierats av slutenvården. Ansökan gäller utökad hemtjänst samt servicelägenhet. Anledning är behovet av social gemenskap. Hemtjänst beviljas men serviceboende avslås med motivering att behovet av hjälp och stöd kan tillgodoses i hemmet.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar inga uppenbara brister.

Däremot gravt nedsatt njurfunktion enligt beräknat kreatininclearance (21 ml/min), då man som läkare bör ifrågasätta behandlingen med Atenolol (de flesta andra preparat av denna typ – betablockerare – är inte beroende av njurfunktionen och borde därför väljas i första hand), men även Trombyl.

Hennes största besvär är yrsel och bensvullnad. Bensvullnad är en vanlig biverkan av Plendil. Yrseln kan vara en följd av tidigare stroke, men skulle också kunna bero på blodtrycksfall, som kan betingas av såväl Atenolol som Plendil.

Patienten har mardrömmar, kan vara biverkan av Atenolol (en beta-receptorblockerare).

Följsamhet

Använder aldrig Nitromex. Är inte nöjd med sömntabletten Imovane – vill ta lägre dos, men tabletten går inte att dela. Tycker att Alvedon är onödig.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

4 av de läkemedel patienten anger (Laktulos, Nitromex, Alvedon) saknas på vårdcentralens lista.

1 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Stilnoct) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

9. Ensamboende 80-84 år

Brister, önskemål och förslag

Behöver kontinuerlig kontakt med husläkare och distriktssköterska samt hemtjänst utformad efter behov. Biståndshandläggaren har inte tagit upp den äldres ansökan om korttidsboende så att en rättslig prövning skulle kunna ske.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med beaktande av behandlingsregim. Bättre uppföljning med bl a beaktande av effekt och biverkningar. Utfasning av läkemedel utan indikation. Uppdatering av läkemedelslistan på vårdcentralen. Läkemedelsgenomgång.

Diagnoser inom slutenvård	6, bl a cirkulationssjukdom i hjärta och kärl, kronisk lungsjukdom/ lunginflammation, reumatism, fraktur
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, trötthet, muntorrhet, ont i magen, förstoppning, svårt att kissa, andfåddhet
Hemtjänst	Ja med städning, dusch, nattpatrull och trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Nej. Har färdtjänst
Antal läkemedel och analys	17, varav 4 vid behov

Ingen aktuell indikation för magsårsmiddel. Olämpligt doseringsintervall av kärlkrampsmedicinering. Behandlas med antidepressiva men är inte nedstämd. Besvärar av yrsel och har tre olika läkemedel som kan bidra till det. Otillräckligt effekt av sömntablett. Besvärar av förstoppning och har fyra olika läkemedel som kan bidra till det. Har diagnosen förmaksflimmer men ingen behandling för den. Läkemedelslista på vårdcentralen överensstämmer inte med patientens lista

Orsaker: Brister vid ordination. Bristande uppföljning. Bristande kommunikation mellan patienten och läkaren på vårdcentralen.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	6	3	9
	Antal vårddygn	26	38	64
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	11	9	20
	Akut läkare*	7	4	11
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	15	12	27
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjukgymnast	14	-	14
	Oftalmologassistent	1	-	1
	Annan vårdgivare	2	1	3
	Medicinsk service	-	3	3
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	19	26	45
	Arbetssterapeut	2	-	2

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Skild ensamboende äldre som önskar flytta närmare släktingar som bor i annan del av landet. Har regelbunden kontakt med dessa. Både hör och ser dåligt och har kontakt med både hörselvård och ögonläkare. Har gått ner ett tiotal kg under senare år. Tröttheten besvärar mycket. Är tacksam för hemtjänstinsatserna även om hon/han inte kan få det som "skulle behövas". Hjälp av någon hon/han hade chans att lära känna och hjälp att få komma ut på promenad. "Dom är snälla men det är inte mycket till städning jag får."

Blir utskriven från sjukhuset alldeles för snabbt. Är hemma några dagar och sedan snabbt tillbaka igen. Trots att sjukhuset uppmanats att ta kontakt med anhöriga före utskrivning har detta inte skett. Utskrivningarna från sjukhuset har, enligt den äldre, inte fungerat bra *"eftersom dom vet att jag redan har hemtjänst"*. På geriatriken har det varit speciellt oroligt. Stor blandning av patienter och många har varit mycket oroliga. *"Personalen hade svårt att hinna med patienterna."*

Efter det att husläkaren inte genomfört den uppföljning sjukhuset begärt mellan två sjukhusvistelser så litar den äldre inte längre på den husläkare hon/han är listad hos. Har försökt byta läkare men fått besked om att detta inte är möjligt. Är inskriven i hemsjukvård men *"dom kommer bara för dosettdelning"*. Önskar träning och hjälp att röra sig. Känner inte att hon/han är önskvärd någonstans varken på sjukhuset eller på vårdcentralen. Närstående har tagit kontakt med vårdcentralen och bett om en läkemedelsgenomgång.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

I slutenvårdsdokumentation från våren 2005 framgår att den äldre har stor smärtpåverkan

efter en bäckenfraktur. Patienten har tidigare ansökt och fått avslag om korttidsboende. Istället

beviljades utökad hemtjänst. I slutenvårdsjournalen finns utförliga eftervårdsbehov

dokumenterade. Vårdplanering genomförs före hemgång med den äldre, biståndshandläggare

och sjukgymnast. Patienten inkommer på nytt till sjukhuset efter en månad i hemmet - med

nya frakturer efter nytt fall. Vårdplanering vid hemgång sker denna gång per telefon med

biståndshandläggare och distriktssköterska.

Dokumentationen från vårdcentralen är omfattande. Under våren har patienten fått recept förskrivet vid 14 olika tillfällen av 6 olika husläkare. Själv har patienten endast träffat en av läkarna en gång.

I kommunens dokumentation framkommer inget om att den äldre ansökt om korttidsboende. Det finns däremot dokumenterat att den äldre vill komma hem med hjälp av hemtjänst efter utskrivning från sjukhuset. Under försommaren meddelar anhörig att hjälpen kan minskas. Telefonkontakt tas med den äldre och hemtjänsten dras därefter ned efter önskemål från den äldre.

Läkemedel

Kvalitetsbrister/problem

Kvalitetsanalys av patientens lista visar en dubbelanvändning med Oxycontin och Oxynorm. Dock förmodligen genomtänkt.

Behandlas med Cozaar. Indikation framgår inte. Hjärtsvikt? Isåfall är Isoptin olämpligt – kan försämra hjärtsvikt.

Har diagnosen förmaksflimmer men ingen behandling för den.

Behandlas med Cipramil. Inte nedstämd. Behandlingstid inte fastställd.

Ingen indikation framkommer för Losec.

Imdur i två doser per dygn. Ska doseras 1 gång per dygn för att ge nitratfritt intervall (för att undvika att effekten avtar).

Besväras av yrsel; har tre läkemedel som kan sänka blodtrycket: Isoptin, Cozaar och Cipramil.

Besväras av förstoppning; har fyra läkemedel som kan ge förstoppning, Isoptin, Cipramil, Losec, Oxycontin.

Följsamhet

Patienten är inte nöjd med sömntabletterna (Zopiclone), tycker de är för svaga för henne.

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

8 av de läkemedel patienten anger (bl.a Nitromex, Cozaar, Methotrexate, Oxynorm, Symbicort forte) saknas på vårdcentralens lista.

3 av de läkemedel som finns angivna på vårdcentralens lista (Sucard, Tramadol, Rinexin) uppges inte av patienten.

Kommunikation

Inga problem framkommer förutom att patientens läkemedelslista inte överensstämmer med vårdcentralens.

10. Samboende 75-79 år

Brister, önskemål och förslag

Behov uppsökande verksamhet i förebyggande syfte.

Bättre rutiner vid ordination av läkemedel med bl a beaktande av dosering.

Diagnoser inom slutenvård	11, bl a infektion, diabetes, hjärta, hjärna och övriga kärl, sjukdom i matsmältningsorgan, frakturer, urinvägsinfektion
Övriga problem/symptom	Yrsel, huvudvärk, smärta, sömnbesvär, mardrömmar, trötthet, oro, kroppslig oro, nedstämdhet, muntorrhet, ont i magen, diarré, svårt att kissa, andfåddhet
Hemtjänst	Nej
Hemsjukvård	Nej
Hjälp av närstående/Annat	Ja, hushållssysslor
Antal läkemedel och analys	13, varav 3 vid behov

För låg dos kolesterolsänkande medicin. Patienten glömmer att ta denna. Inga journalanteckningar från vårdcentralen. Patienten har inte varit i kontakt med dem under den aktuella perioden.

Orsaker: Brister vid ordination.

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	5	1	6
	Antal vårddygn	87	11	98
Träffat läkare inom öppenvård	Specialistläkare	18	12	30
	Akut läkare*	5	1	6
Kontakter med VC/HL läkare**	Mottagning	3	-	3
Träffat övrig vårdpersonal inom Specialistvård	Sjuksköterska	6	-	6
	Hypertonisköterska	2	-	2
	Annan vårdgivare	5	1	6
	Medicinsk service	3	2	5
Kontakt med övrig vårdpersonal VC/HL	Distriktssköterska	2	-	2

* Besök på akutklinik

** I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter

Den äldres situation

Samboende fysiskt självgående äldre med maka/make som sköter hemmet. Den äldre har haft kontakt med biståndsbedömare men inte förstått vilken hjälp som kunde fås. Mår efter stroke psykiskt mycket dåligt. Kommer inte ihåg om hon/han deltagit i någon vårdplanering. Hade tid för återbesök på sjukhuset efter senaste sjukhusvistelse och besöker sjukhuset regelbundet för kontroll av hjärta och diabetes. Har f n ingen kontakt med vårdcentralen. Har funderat på att ta kontakt för sjukgymnastik men hittills inte kommit sig för.

Dokumentation från slutenvård, primärvård och kommunens äldreomsorg

Av dokumentation från slutenvården framgår att patienten tackat Nej till hemtjänst samt till distriktsköterskeinsatser. Från kommunen saknas dokumentation.

Läkemedel***Kvalitetsbrister/problem***

Kvalitetsanalys av patientens lista visar 2 C-interaktioner.
Ingen indikation framgår för Simvastatin. Dessutom låg dos.

Följsamhet

Glömmer att ta Zocord då och då (på kvällen).

Överensstämmelse med läkemedelslista på VC

Läkemedelslista från vårdcentralen har inte inkommit.

Kommunikation

Inga journalanteckningar från vårdcentralen. Patienten har inte varit i kontakt med dem under den aktuella perioden.