

# 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**

<b>SAMMANFATTNING .....</b>	<b>4</b>
<b>UPPDRAGET .....</b>	<b>7</b>
<b>BAKGRUND .....</b>	<b>7</b>
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
<b>STUDIENS UPPLÄGGNING .....</b>	<b>16</b>
SYFTE .....	16
METOD OCH TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	16
REFLEXIONER KRING INSAMLING AV DOKUMENTATION .....	18
<b>RESULTAT .....</b>	<b>20</b>
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
<b>LÄKEMEDELSANVÄNDNING OCH LÄKEMEDELSHANTERING .....</b>	<b>37</b>
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
<b>SAMMANFATTANDE DISKUSSION, SLUTSATSER OCH FÖRSLAG .....</b>	<b>42</b>
VÅRD OCH OMSORG .....	42
LÄKEMEDEL .....	44
<i>Förslag till åtgärder</i> .....	47
<b>BILAGA 1 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN ENSKEDE-ÅRSTA .....</b>	<b>49</b>

<b>BILAGA 2 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN NORRTÄLJE.....</b>	<b>69</b>
<b>BILAGA 3 MED FALLBESKRIVNINGAR FRÅN HUDDINGE .....</b>	<b>92</b>

## 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 multisjuka<sup>1</sup> 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 hemsjukvård<sup>2</sup> 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.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> 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"<sup>3</sup> 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

<sup>3</sup> 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 kommunicerande 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 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.

## 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 "storkonsumenterna". De som har omfattande och sammansatta behov av både vård och omsorg.<sup>4</sup>

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.<sup>5</sup>

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 slutna sjukhusvård 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

<sup>4</sup> 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

<sup>5</sup> Äldreuppdraget, Slutrapport, Socialstyrelsen följer upp och utvärderar, Rapport nr 2000:4

samhet behöver formuleras 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 fallstudier<sup>6,7,8,9</sup> 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, styckvis och delat, utan gemensam planering, uppdelat på olika verksamheter och till låg kvalitet för den äldre genererar kostnader utan nytta. De vinster 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.<sup>10</sup> 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

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

<sup>7</sup> 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

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

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

<sup>10</sup> 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.<sup>11</sup> 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.<sup>12</sup> 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 slut- 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

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

<sup>12</sup> Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka?, Beräkning av kostnader för slut- 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 multisjuka. 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 undersökningspersonerna fått läkemedel utskrivna av många olika läkare utan att någon av dessa tagit helhetsansvaret.

### ***Nya studier om samverkan i undersökningsområdena***

Äldrecentrum genomförde 2004/2005<sup>13</sup> 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 Vård<sup>14</sup> beskrivs att Stockholms läns landsting och Stockholms stad under 2003 etablerat en tydlig struktur för samverkan. Införandet av WebCare<sup>15</sup> 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.

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

<sup>14</sup> Gun Ivergård, 2004-02-24, Beställare Vård, SLL

<sup>15</sup> 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.<sup>16</sup> 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 formeras 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.<sup>17</sup>

## **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 stödsatser, vård och behandling skall dokumenteras. Dokumentation skall

<sup>16</sup> Se fotnot 1 sid 3. I Stockholms län ca 5.000 personer

<sup>17</sup> 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 **föreskrivning och uppföljning av läkemedel** är knapphändig. Inget finns reglerat kring vilka ställningstaganden som bör föregå en läkemedelsföreskrivning. Saknas gör också regelverk kring hur en läkemedelsordination ska följas upp. Föreskrivning 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 äldre<sup>18</sup>. 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

<sup>18</sup> 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 studie<sup>19</sup> som tidigare genomförts ur ett producentperspektiv valdes samma **undersökningsområden**. Enskede-Årsta som utvärderats i två tidigare studier<sup>20</sup>. 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 multisjuka<sup>21</sup> 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.

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

<sup>20</sup> 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 Gurner Äldrecentrum 2001:6

<sup>21</sup> 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 sjukdomsgrupper<sup>22</sup>.

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

---

<sup>22</sup> 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 indikatorer<sup>23</sup>. 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.

<sup>23</sup> 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 un-dersökningsspersonerna något äldre än i de övriga områdena.

#### Diagnoser och symptom

Undersökningsspersonerna har under hela periodens slutenvårdsvistelser i genomsnitt behand-lats 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
<b>Totalt</b>	<b>171</b>

\* 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 Klassifi-kation 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 andfäddhet 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	Andfäddhet	17
7	Muntorrhet	16
8	Själslig oro	14
9	Förstopning	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
	<b>Totalt</b>	<b>275/29=9.5</b>

### Sluten- och öppenvårdsutnyttjande

Som tabell 3 visar har undersökningspersonerna i genomsnitt vårdats inom sluten sjukhusvård fem gånger under den senaste 1,5 års perioden. Som mest har en person varit inom sluten 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
	vårddygn	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		1512	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 vård dagar 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 vårdbiträderna 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 städhjälp 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 uppmärad 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 *"jäktade 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 multijuka 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 hemsjukvård<sup>24</sup> 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

<sup>24</sup> 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 grät 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 om-  
pysslad och får äta god mat. En annan person åker gärna till sjukhuset. *"Obeskrivligt omhän-  
dertagande. Jag blir frisk av att vara där."*

Många anser dock att de skrivs ut från sjukhuset för tidigt. I skört skick och utan trygg upp-  
följning 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 reha-  
bilitering 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 berätt-  
ade 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 kostnads-  
fria 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 lands-  
tinget.

## 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 till-  
baka. Man behöver byta glasögon - men orkar inte. Man oroar sig för viktminskning 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 på grund av 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 multisjuka. 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 WebCare<sup>25</sup> 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 tillsammans 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.

---

<sup>25</sup> 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 svar 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 människor."* 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 hinna 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. *"Vårdbiträdena 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 gränsfråga 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 geriatrikkläniker 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 "uppsnyggning".

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 indikatorer<sup>26</sup>, 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

<sup>26</sup> 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)

<b>Antal läkemedel</b>	
Medelvärde	10,4
Min - max	2-20
<b>Indikator 1.1: Preparat som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger</b>	
Totalt, % (n)	17 (5)
<b>Indikator 1.5: Polyfarmaci</b>	
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)
<b>Indikator 1.6: Läkemedelskombinationer som kan leda till interaktioner av klinisk betydelse</b>	
C-interaktioner, % (n)	52 (15)
D-interaktioner, % (n)	14 (4)
<b>Antal Läkemedelsrelaterade problem (LRP)</b>	
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.<sup>27</sup> 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.<sup>28</sup>

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 omsorgssamhet behöver formuleras 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 kvinnor och omkring 2/3 är ensamboende. Personerna har vårdats inom slutenvård 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 husläkares arbete med administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförskrivning och telefonkontakter. Nära hälften har varit inskrivna i hemsjukvård och haft många kontakter med distriktssköterska/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 omsorgsgivare. 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 tolkningsutrymme 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 helhetsagerande kring gruppen multisjuka.

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

<sup>28</sup> Sammanhållen 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 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.<sup>29</sup>

I siffror från Socialstyrelsen<sup>30</sup> 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.

<sup>29</sup> Se sid 7-9

<sup>30</sup> 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 bil<sup>31</sup> på att så inte är fallet. Många olika professioner och verksamheter jobbar för högt tryck – 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 politikers 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"*.<sup>32</sup>

Idag finns ett stort antal olika journalsystem, i sluten 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.

<sup>31</sup> Bil 1 Enskede-Årsta, bil 2 Norrtälje och bil 3 Huddinge

<sup>32</sup> 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 utformade 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 läkemedel<sup>33</sup> slår bl a fast att läkarutbildningen i Stockholm idag innehåller totalt högst fem undervisningstimmar i ämnet. En nyligen genomförd nationell verksamhetstillsyn i det särskilda boendet<sup>34</sup> 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 läkemedelsanvändning<sup>35</sup> 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

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

<sup>34</sup> Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldreboenden Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen 2004-109-16.

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

sättning av läkemedel redan vid insättningen<sup>36</sup>. 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 vård<sup>37</sup>. 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.<sup>38</sup>

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 landsting<sup>39</sup> anges som ett viktigt kvalitetsmått att

<sup>36</sup> Claes Lundgren, *Fas ut. Råd vid avslutande av läkemedelsbehandling*, Västerbottens läns landsting, 2005

<sup>37</sup> Nordling S, Anell A. *Apotekare på vårdcentral. Utvärdering av vårdorienterad apotekarservice i Gislaved. IHE Rapport 2003:3*

<sup>38</sup> DAKS-projektet. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting.

<sup>39</sup> 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 Socialstyrelsen<sup>40</sup>, 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 särskilningsåtgärder 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 närliggande 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 ordinarie 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"<sup>41</sup>. 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 kommunicerande kärl med

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

<sup>40</sup> Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning<sup>40</sup> (2004),

<sup>41</sup> 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 förskrivarstöd
- 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
	Arbetssterapeut	-	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, remisshantering, 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	Hjälptre gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, inköp, tvätt, matlaga, 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 vårddygn	-	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	Distriktsköterska	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 uppmärksamats, eftersom kreatininvärdet (rutinprovet) endast har varit lätt stegrad. Patienten 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, andfäddhet, 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 hjärtkärlläkemedlet.

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

		2004	jan-juni 2005	Totalt
Slutenvård	Antal vårdepisoder	1	2	3
	Antal vårddyg	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, receptförförskrivning 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 klarar detta. Tycker att det sviktar.

### **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, andfåddhet, 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, ljunskbrock, 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, remisshantering, receptförskrivning 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 vårddygn	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	Distriktssköterska	283	4	287
	Undersköterska	223	4	227

\* Besök på akutklinik

\*\* I de flesta fall indirekta kontakter i form av administration kring dokumentation från slutenvården, remisshantering, receptförförskrivning 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 distriktsköterska 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.

Besvärar 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***

Skillnaderna 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, förstopning, ödem
Hemtjänst	Hjälp tre gånger om dagen alla dagar i veckan med; städning, tvätt, inköp, matlåda, enklare matlagning, dusch, kvällshjälp, dagverksamhet, trygghetslarm
Hemsjukvård	Ja
Hjälp av närstående/Annat	Ja, socialt stöd, hushållssysslor, fönsterputs och klädinköp. Har färdtjänst
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 vårddygn	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, remisshantering, 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 undernärld 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 *"jåktade 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, stressinkontenens
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 vårddyg	-	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.