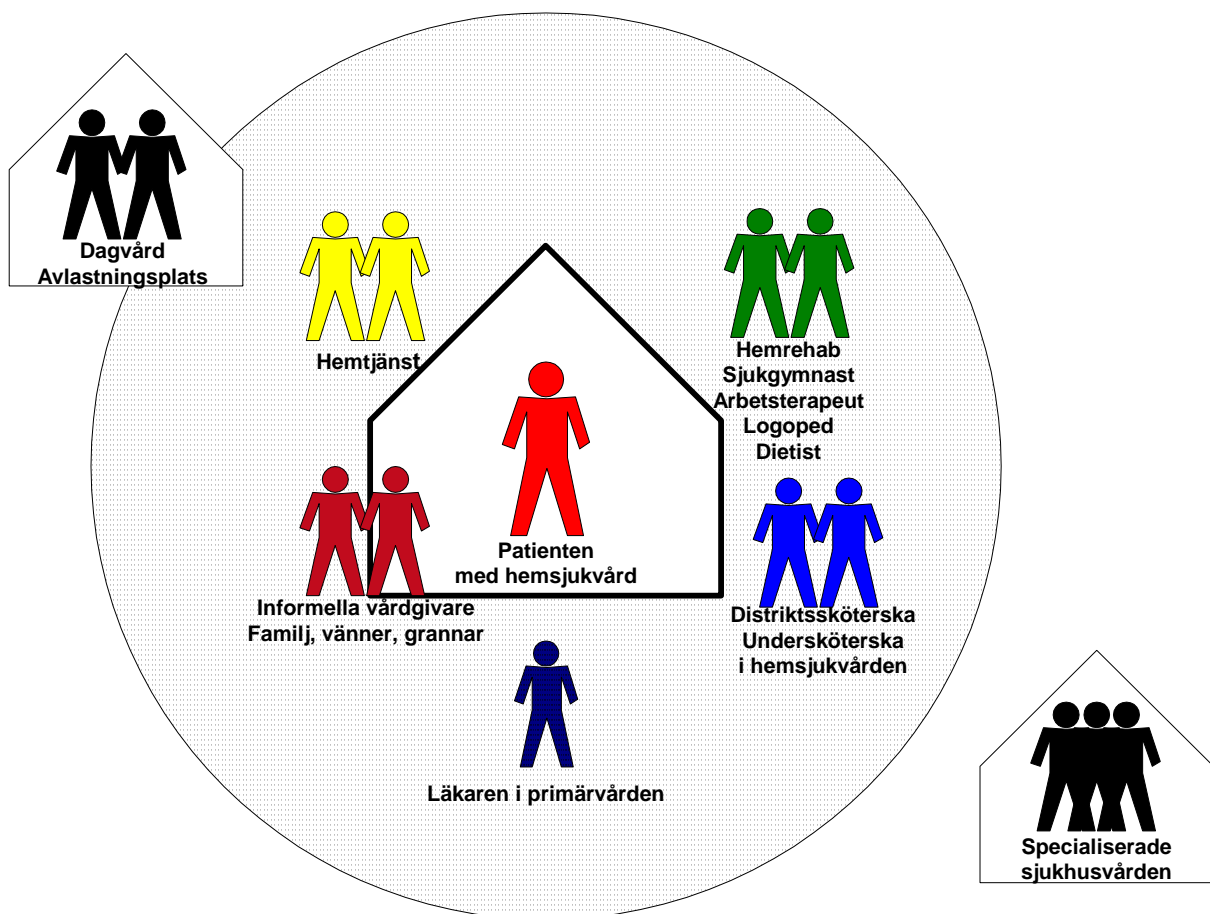


Kan doktorn komma?

STUDIEBREV OM HEMSJUKVÅRD

av
SFAM:s hemsjukvårdsråd genom Elisabeth Svensson



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNMEDICIN

Innehåll

Inledning

Syfte

Anvisningar

Definitioner

Patientfall 1-4

Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården

Gunnars kloka frågor att fundera över, när man möter en hemsjukvårdspatient

Lenas nyckelord i hemsjukvård

Om hembesök

Litteraturtips

Länktips

Bilaga

Om hembesök i hemsjukvård

Inledning

Fram till 1960-talet var det vanligt att doktorn verkligen kunde komma hem till den sjuke. Einar Wallqvists bok "Kan doktorn komma?" beskrev hur provinsialläkaren besökte patienter, som kunde bo långt bortom allfarvägen. Efter hand har hembesöken blivit något som i första hand skett genom olika typer av organisationer med jourläkarbilar. Dock har patienter i särskilda boendeformer på många håll i landet kunnat få besök i sitt eget hem. Förutsättningarna för hemsjukvård förändrades kraftigt från 1990-talet. Ädel-reformen 1992 och den kraftiga nedskärningen av sjukhusens vårdplatser gör att patienter skrivs ut med betydande behov av fortsatt utredning, behandling och rehabilitering. Idag är många av hemsjukvårdspatienterna sådana personer som tidigare låg länge på sjukhus med ständig tillsyn och dagliga ronder. Det behövs ökande läkarinsatser i hemsjukvård för att dessa patienter, som i huvudsak tillhör prioriteringsgrupp 1, ska få en trygg och säker vård. När det gäller multisyka äldre har ett policyprogram tagits fram gemensamt för SFAM, Svensk geriatrisk förening och Svensk Internmedicinsk förening 2008.

Syftet med detta studiebrief är att lyfta fram vikten av primärvårdsläkarens engagemang och ansvar för de patienter som får hemsjukvård samt betydelsen av läkarens delaktighet i teamarbetet i hemsjukvård.

Anvisningar

Studiebriefvet kan delas upp på två eller flera möten där första mötet ägnas åt diskussion av patientfall med olika problemområden. Det kan vara egna fall eller de fall som finns i studiebriefvet. För och nackdelar med hembesök diskuteras. Inför nästa möte bör deltagarna genomföra åtminstone ett eget hembesök, så att de egna upplevelserna av hembesök och hemsjukvårdsproblematik kan diskuteras.

Gruppen kan utgå ifrån egna patientfall. Övergripande frågeställningar inför egna eller studiebriefvets patientfall kan vara:

Hur fungerade samverkan mellan olika vårdgivare och närstående för den aktuella patienten?

Kunde en trygg vårdssituation skapas för patienten och ev. närstående?

Vilka fördelar respektive svårigheter upplevde du i samband med hembesöket?

Vad gav hembesöket för information som inte kommit fram på mottagningen?

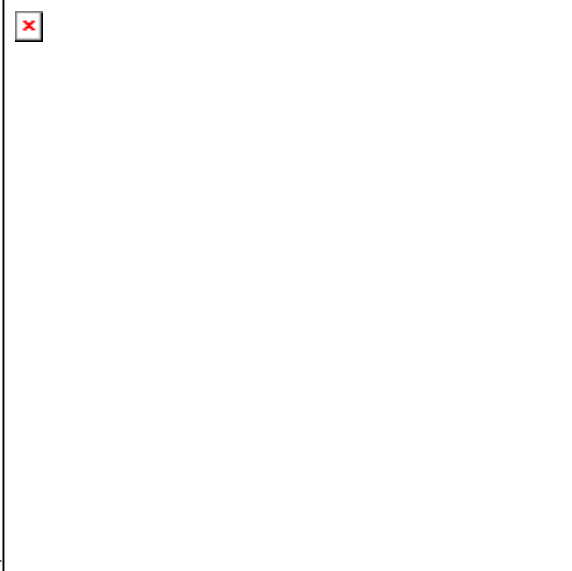
Vad behöver du för att själv vara trygg med vårdssituationen i hemmet?

Gruppledaren kan presentera studiebriefvets patientfall, så att deltagarna får informationen successivt med möjlighet att diskutera utifrån de samtalsfrågor, som känns aktuella. När ytterligare material presenterats kan man gå vidare med nya frågeställningar. Gruppledaren kan utifrån de lokala förhållandena välja de frågor, som är relevanta.

Mötena kan också fokusera olika aspekter av hemsjukvård t.ex. organisation – tillgänglighet, etiska frågor, läkemedel. Dessa områden belyses lämpligen utifrån fallbeskrivningar i det egna området.

Definitioner:

Definitioner 2005 enligt InfoVU Begrepp och termer inom vård och omsorg (Socialstyrelsen och Sveriges kommuner och



landsting

Hemsjukvård

- Hälso- och sjukvård som ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.
- Åtgärder/insatser ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering.
- Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Hemtjänst

Bistånd i form av service och personlig omvårdnad i den enskildes bostad eller motsvarande. I hemtjänstbegreppet ingår också avlösning av anhörigvårdare.

Basal hemsjukvård ska rymmas inom ramen för det normala primärvårdsuppdraget och gäller hela dygnet. *Avancerad hemsjukvård* ska vara mångprofessionell, teambaserad och ges dygnet runt av en speciell organisation. Den ersätter sjukhusvård (sjukhussäng i patientens hem).

Patientfall 1.

Primärvårdsläkaren kommer i kontakt med patienten eftersom man från specialistkliniken bett primärvården bedöma om patienten behöver hemsjukvård. Hemsjukvården och primärvårdsläkaren gjorde därför ett hembesök för bedömning av om patienten behövde skrivas in i hemsjukvården.

Raino är en 77-årig i huvudsak finsktalande krigsveteran som bor tillsammans med en svårt somatiskt sjuk hustru. Vid hembesöket klagar han över alla mediciner som han har och vill att hemsjukvården ska gå igenom dem. Han sköter medicineringen själv men har olika listor att gå efter. Han är orolig då han "känner sig full" och får synförändringar en stund efter att han tagit sina "tre piller mitt på dan" (Levaxin, Trombyl och Glibenklamid). Han tar inte tablettorna när han ska köra bil till affären. Han har inte fått diagnosen diabetes, men han hade högt blodsocker vid ett vårdtillfälle på sjukhuset. Lungläkaren har bett honom kolla blodsocker "lite då och då" eftersom han behandlas med stora doser kortison. Han kan inte kontrollera blodsocker själv. Han har inte kontakt med distriktssköterska.

Patienten har substitutionsbehandlad hypothyreos, grav KOL med kontroller på lungklinik. Han är inskriven som beredskapspatient SAH (sjukhusansluten hemsjukvård) för att få hjälp vid behov med akuta adrenalininjektioner vid svåra andningsbesvär. Han var ett "svårbehandlat terapieresistent fall" på specialistkliniken. Han hade inte haft kontakt med primärvården tidigare.

Vad gör du? Hur mycket kan man gå in i patientens hem för att klara ut medicineringsproblem? Kan man leta i skåpen? Hur gör du med kontakten med patientens övriga läkare?

Vid hembesöket hjälpte läkaren och distriktssköterskan patienten att plocka fram alla medicinburkar, förpackningar och inhalatorer och lägga dem på köksbordet. Vilka mediciner tog patienten egentligen? Turbohaler hade utgångsdatum för två år sedan och doserna var givetvis slut.

Åtgärd som vidtogs: Glibenklamid sätts ut omedelbart. Information om hur Turbohaler fungerar. Recept på nya inhalatorer. Patienten fick en ny medicinlista och tid hos finsktalande distriktssköterska samma vecka. Remiss skrevs för information till PAL på lungkliniken.

Resultat av åtgärderna: Patienten blev piggare. Peroral kortisondos kunde sänkas. Han hade inte akuta andningsbesvär lika ofta. B-glukosvärdena var normala. Han var inte ett "svårbehandlat terapieresistent fall", när han fått hjälp med sin medicinering. Han behövde inte skrivas in i hemsjukvården.

Kommentar:

Denna fallbeskrivning lyfter fram vikten av att följa upp hur patientens medicinering fungerar. Det är en basal förutsättning att patientens medicinering fungerar i praktiken för att sjukvård i hemmet ska kunna bedrivas. Det gäller att patienten fått och förstått information om medicinändringar och hur man t.ex. vet att turbohaler är slut. Det är lättare att informera så att patienten förstår, när man ser hur patienten har det omkring sig hemma. Det är lättare att anpassa språket.

Hembesöket med läkemedelsgenomgång vände situationen. Betydelsen av information på patientens modersmål får inte underskattas. Likaså är det viktigt med information tillbaka till specialistläkaren.

Patientfall 2

Göran var 66 år gammal. Han orkade inte med alla sina sjukdomar och inte sig själv (>150 kg). Sina c:a 25 mediciner tog han lite som han tyckte och mediciner ”försvann”. Han var ensam, rädd och hade ångest. Han hade problem med sömnen. Samtidigt var han skojfrisk på ett ibland stötande sätt. Hemmiljön var mycket speciell. Han körde sin bil till badhuset för tvagning en gång varje vecka. Sökte ofta akut på akutmottagningar och larmade ASIH (avancerad sjukvård i hemmet) kvällar och helger.

Primärvårdsläkaren har haft kontakt med honom i många år då han har hjärtsvikt, förmaksflimmer, angina pectoris, astma, kostbehandlad diabetes, gikt, status efter höftfrakturer, övervikt. Han hade KAD som ofta krånglade. Det var svårt att få grepp om patientens situation och compliance var dålig. Mottagningsbesöken blev frustrerande för både patient och doktor. Primärvårdsläkaren kontaktades av socialkontoret då han störde sina grannar. Grannar hade talat med läkaren om att det inte såg bra ut när patienten kör bil. Skulle han verkligen ha körkort?

Vad gör Du åt denne multisjuka mans situation? Går det att skapa trygghet för honom med alla dessa sjukdomar? Kan han bo kvar hemma? Vad gör du åt hans körkort? Vilken ambitionsnivå ska man ha som läkare för denna patient?

Åtgärder som vidtogs:

Det ordnades vårdplanering i hemmet. KAD var nödvändigt då han inte hann till toaletten, p.g.a. att han rörde sig långsamt. Genomgång av hans kost med kostrådgivning gjordes och målsättningen blev att badkaret inte skulle vara fyllt av Coca Cola burkar, som det var när man kom på besök, utan av Cola Light i fortsättningen. Färdtjänst ordnades, så att han slapp köra bil själv. Det beslutades att det alltid skulle vara två personer vid hembesök. Läkaren gick igenom hans medicinlista och satte över hans medicinering till APO-dos där de flesta medicinerna var fasta och endast enstaka vid behov. Han fick information även skriftligt om telefontillgänglighet till distriktssköterska och primärvårdsläkare. Planerad uppringning skulle ske. Samlad utredning med planerad inläggning på geriatrisk klinik skulle göras vid behov.

Resultat av åtgärderna:

Patienten sökte inte längre akut, men han ringde ibland på distriktssköterskans telefonsvarare på natten och lämnade meddelande. Han blev inte friskare men mårde mycket bättre. Distriktssköterskan gjorde regelbundna hembesök och det var en del telefonkontakter med primärvårdsläkaren. Han var mycket tillfreds med hemsjukvården och primärvårdsläkaren.

I vilka situationer bör man vara två personer vid hembesök? Är det när patienten är så tung att två personer behövs för den praktiska omvårdnaden? Var hans skämtsamma sätt sexuellt färgat, så att kvinnlig personal inte borde besöka honom ensamma? Finns det risk för övergrepp mot patienten eller från patienten?

Två månader senare ringde distriktssköterskan. Hon hade hittat patienten i sängen. Han var förlamad i vänster sida och han ville absolut inte till sjukhus. Han var psykiskt klar. Han tyckte att det blivit så bra när primärvårdsläkaren och hemsjukvården hjälpte honom, att han ville ha deras hjälp i fortsättningen också.

Vad gör du som hemsjukvårdsjour?

Sex timmar senare hade han inte kunnat dricka något. KAD hade han redan och den fungerade. Symtomen var oförändrade.

Vad gör du i denna situation? Vad behövs för att du ska kunna erbjuda fortsatt vård i hemmet? Ska du tillgodose patientens önskan att vara kvar hemma eller hans behov av specialistvård på sjukhuset?

Åtgärder som vidtogs:

Han fick glukos 5 % 1000 ml under första natten och ytterligare 1000 ml under nästa dygn. Han fick mycket tät tillsyn. Efter detta förbättrades han så att han kunde svälja mat och dryck. Han var mycket nöjd med att få vara hemma.

Kommentar

Detta fall belyser återigen svårigheterna med medicinhantering för en multisjuk person. Vidare framkommer hur viktigt det är att alla läkarkontakter samlas ihop, så att patienten har ett ställe dit han alltid kan vända sig. När man som personal möter det annorlunda, bör man tänka igenom om man behöver vara två personer vid hembesök.

Sedan fick han en stroke, men kunde få vård i hemmet. Hans bestämda önskan att han inte skulle till sjukhuset kunde respekteras. I hemsjukvård aktualiseras ofta etiska frågeställningar.

Detta fall visar också hur betydelsefullt det är med god samverkan mellan primärvårdsläkaren och distriktssköterskan. Läkaren kunde lita på att sjuksköterskan gjorde adekvata bedömningar av patientens situation.

Patientfall 3

Kurt var 75 år, när han flyttades från rehabiliteringskliniken till en vårdplats i särskilt boende i mars. Han hade vårdats för en stor hjärninfarkt med afasi, högersidig paralyt och sväljningssvårigheter, som gjorde att han fått PEG. Under vårdtiden fann man att han hade lungcancer. Sedan tidigare hade han KOL, epilepsi sek. till alkoholism, prostatacancer. Anhöriga var mycket angelägna om att han skulle tränas så mycket som möjligt.

Vilken rehabilitering är adekvat i detta läge? Kontrakturprofylax?

I maj skickades han till medicinkliniken för bronkit, var initialt syrgaskrävande och skickades tillbaka hem efter fem dagar. I juni vårdades han tre dagar på lungavdelning för djup ventrombos. Anhöriga fortsatte att önska maximala insatser för Kurt.

Hur långt kan man gå med på anhörigas krav att patienten skickas till sjukhus?

Den 2 augusti ringde hustrun till vårdcentralen. Hon tyckte att Kurt hade det jobbigt med andningen. Var det ångest eller ny lunginflammation? Hon litade inte på sommarvikarierna i vårdpersonalen.

Vad gör du? Hur prioriterar du ett besök hos patienten? Hur kan du få hustrun att förstå att patienten är i terminalt skede? Vad innebär det att stödja närstående i detta skede?

Åtgärder som vidtogs:

Läkaren ringde upp hustrun och lovade att undersöka Kurt samma dag. Hustrun var med vid undersökningen. Han var lugnare men hostade upp en del som verkade vara sondvälling mer än purulent sputum. Vid samtal med hustrun visade det sig att de anhöriga börjat ta till sig att patienten skulle avlida. De var nu beredda att acceptera att Kurt var kvar i sitt rum. Han måste inte till sjukhus. Två dagar senare fick han akut hjärtsvikt och Impugan-injektioner. Ett dygn senare avled han lugnt utan att ha skickats till sjukhus igen.

**Finns rutiner för närståendestöd och utfärdande av intyg för närståendepenning?
Hade man kunnat identifiera brytpunkten tidigare (se kommentar nedan)?
Finns rutiner för och dokumentation av brytpunktsbedömning på din arbetsplats?**

Kommentar

Brytpunkt kallas den tidpunkt bortom vilken alla vårdinsatser är inriktade på bästa möjliga livskvalitet fram till döden och inga insatser görs i avsikt att försöka återställa hälsa. Brytpunkten kan ibland vara distinkt, men andra gånger utdragen och svår att skönja. Det krävs helhetssyn och erfarenhet att se när brytpunkten inträder och låta den insikten vägleda vården. Olika personalgrupper upplever inte patientens situation likadant. Därför behöver läkaren lyssna in de olika vårdgivarnas synpunkter. Alla inblandade behöver ha en gemensam bild av situationen och en insikt om den aktuella planeringen. Patientens och ev. närståendes inställning är central. Upprepade samtal kan behövas med närstående.

Alltför ofta händer det, framförallt inom sjukhusvården, att brytpunkten aldrig ses och patient och närstående undanhålls det som en palliativt inriktad vård kunnat ge.

Detta fall visar hur svårt det är när anhöriga inte kunnat ta till sig, att patienten var allvarligt sjuk.

Brytpunkten var ju egentligen passerad innan han skrevs ut från rehab.kliniken. Det är viktigt att kunna diskutera sådana fall i läkargruppen på vårdcentralen eller något liknande forum. Etisk reflektion behövs.

Patientfall 4

Dora var 91 år gammal och bodde i ett särskilt boende. Hon hade reumatoid artrit, artros och ett kroniskt svårt värktillstånd i höger sida av bäckenet efter en olycka. Hon var kognitivt bevarad. Dock blev hon förvirrad av morfin, men hon hade så god nytta av TENS att hon inte behövde morfin. Morfin kunde utsättas i april. Årskontroll med uppföljning av smärtlindringen planerades en månad senare.

I oktober vid en genomgång av de boende i den aktuella vårdenheten tillsammans med läkaren, sjuksköterskan och omvårdnadspersonal visade det sig att sjuksköterskan inte aktualiserat patienten för årskontroll i maj. När det gällde TENS, sade omvårdnadspersonalen att Dora inte fick det varje dag därför att alla i personalen inte hade delegation att hjälpa henne med apparaten. Läkaren frågade när det kunde ordnas så att alla kunde få delegation. Sjuksköterskan menade att det kunde ske först i december. Hon hade själv inte kontrollerat att Dora fått smärtlindring och hade inte förstått att Dora var helt utan smärtlindring vissa dagar.

Vad gör du i denna situation?

Åtgärder som vidtogs:

Årskontroll genomfördes nästa rondtillfälle. Dora klagade över värk vissa dagar, men omvårdnadspersonalen hade inte kopplat detta till bristande smärtlindring. Samtal genomfördes med sjuksköterskan för att få henne att förstå att Dora inte fick någon smärtlindring alls vissa dagar och att detta inte kunde vänta på en lösning 1-2 månader senare. Avvikelse skrevs enligt gällande rutin efter att sjuksköterskan informerats om detta.

Resultat av åtgärderna:

Dora fick åter TENS dagligen. Sjuksköterskan hjälpte till när det inte fanns delegerad personal. Avvikelsen ledde till en diskussion om rutinerna för rehabiliteringsenhetens delegering till omvårdnadspersonal. Detta skulle omvårdnadspersonalens chef följa upp, så att det alltid fanns delegerad personal för Doras behov. Sjuksköterskan hade svårt att inse sin roll i sammanhanget. För läkaren innebar det ett merarbete med att själv kontrollera att alla ordinationer följdes i fortsättningen.

Kommentar

Detta fall illustrerar en situation där samverkan med sjuksköterskan inte fungerade. Det hade stora konsekvenser framför allt för patienten som inte fick avsedd uppföljning och tillräcklig smärtlindring. Läkaren fick ett merarbete, som vanligen inte brukar behövas.

Den medicinska behandlingen av patienter med basal hemsjukvård – sett ur ett distriktsläkarperspektiv.

Enbart konsultationen räcker inte, samarbete med distriktssköterskan krävs för att vi som distriktsläkare ska kunna behålla kontrollen över den medicinska behandlingen av patienter med hemsjukvård.

Därför behöver vi skapa rätt arbetsförutsättningar för att distriktsläkaren ska kunna behålla kontrollen

Som medicinsk ledare i den medicinska behandlingen, upptäcker distriktsläkaren när förutsättningarna för medicinsk hemsjukvårdsbehandling är problematisk på grund av att det inte är adekvat att förlita sig på distriktssköterskan. Som medicinska konsulter kan de inte upptäcka det eftersom de inte får den information de behöver av distriktssköterskan. För att behålla kontrollen över den medicinska hemsjukvårdsbehandlingen som konsulter, måste deras arbetsförutsättningar vara sådana att de vet om det är adekvat att förlita sig på distriktssköterskan eller inte. Arbetsförutsättningarna måste också vara sådana att de tillåter dem att ta rollen som medicinsk ledare när det krävs.

Ur Avhandlingen Den medicinska behandlingen av patienter med basal hemsjukvård – sett ur ett distriktsläkarperspektiv, Modin 2010 (se under litteraturtips)

Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården

är ett dokument som finns på SFAMs hemsida, antaget av SFAM och Riksföreningen för distriktssköterskor. I dokumentet lyfts det fram nyckelord för en god hemsjukvård. Trygghet är det övergripande ordet. För att patienter och närstående ska uppleva trygghet behövs tillgänglighet, kontinuitet, teamsamverkan, samverkan mellan vårdgrannar och samordnande koordinator, vårdplan med individualiserad målsättning, tillgänglig journalinformation, palliativ vård inklusive brytpunktsbedömning, kompetens och lämplig organisation. Inom varje område finns det frågor som är avsedda att lyfta fram kvalitetsaspekter i hemsjukvård. Här är några av frågorna. Ytterligare frågor finns i dokumentet.

Kan organisationen uppfylla kravet på akut och planerad tillgänglighet för bedömning i hemmet av såväl distriktssköterska som primärvårdsläkare?

Finns strategi för att upprätthålla största möjliga kontinuitet vid vakanssituation?

Tillämpas vårdplaner för hemsjukvårdspatienterna?

(Se litteraturtips)

Gunnars kloka frågor att fundera över, när man möter en hemsjukvårdspatient:

- Är diagnosen rimligt klar, eller behövs mer stöd i den processen?
- Skall vården vara kurativ (livsförlängande) eller palliativ?
- Vilka mediciner har patienten? Motsvarar de patientens behov idag?
- Vilka resurser finns att ta hand om problemet och vad krävs för att patienten skall erhålla god vård?
- Om resurser inte finns i kommunsjukvård/primärvård – finns organisation för medicinskt omfattande hemsjukvård?
- Om du inte bedömer att patienten måste läggas in akut, men att hon är i behov av sjukhusvård - kan en kontakt med geriatrisk klinik vara ett alternativ?
- Vad önskar patienten och/eller de anhöriga? Finns konflikt mellan dessa?

Gunnar Carlgren, Linköping

Lenas nyckelord i hemsjukvård:

Trygghet - grunden för hemsjukvårdspatientens välbefinnande.

Respekt - för fler perspektiv på vården framförallt från patient och anhörig.

Ödmjukhet - lyssna först på människan bakom diagnosen, tala sedan.

Mod - våga gå utanför de vanliga ramarna för att sedan kunna fatta kloka medicinska beslut.

Arbeta tillsammans – teamet kring patienten har ofta mycket praktiska kunskaper. Detta är kunskaper som är guld värda för att kunna fatta klokare beslut.

Läkemedel - förvissa dig om att du vet vilka mediciner patienten och vilka mediciner patienten faktiskt tar.

Tid - man behöver inte snabbt komma på "lösningen". Kom ihåg att en extra stund eller en liten förändring kan göra den stora skillnaden för hemsjukvårdspatienten.

Hembesöket - kan vara nyckeln till att förstå patientens situation och kunna ge bästa möjliga hjälp.

Lena Pomerleau, Nacka

Hembesöket

Under många år har patienter tyckt att tryggheten finns på det stora sjukhuset med alla resurser. Det har varit naturligt att åka till akutmottagningen, när man insjuknat. Idag är det en falsk trygghet eftersom sjukhusen inte har resurser att ta emot alla som känner sig oroliga för sin hälsa. Snabba beslut utan tillräcklig bakgrundsinformation och med olika aktörer vid varje akutbesök gör att denna trygghet måste skapas i patientens närmiljö. Den kontinuitet som primärvårdsläkaren kan ge och den förståelse för patientens hela livssituation som ett hembesök kan ge, är av stor betydelse för att patient, anhöriga och vårdpersonal ska känna trygghet. Mer finns att läsa i SFAMs dokument "Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården".

Det är ganska vanligt att läkare känner motstånd mot att göra hembesök. Det känns obekvämt att inte ha sin vanliga utrustning tillgänglig. Läkare har inte lika stor vana vid hembesök som distriktssköterskor.

Hur ser du på att göra hembesök? Vad kan du vinna på ett hembesök? Vad är problematiskt? Vad betydde hembesöket för dig själv? Hur upplevde du ett andra besök hos en patient?

Att undersöka patienten i hemmet innebär att s.k. bedside medicine blir mer betydelsefullt. Laboratorieprover kan tas i hemmet, men det blir viktigare att utifrån den kliniska situationen kunna bedöma hur den fortsatta handläggningen bör vara. Precis som i mottagningsarbete kan det dröja innan en diagnos fastställs. En planering behöver dock ske utifrån den information som går att samla ihop i hemmet.

Gamle medicinprofessor Erik Ask-Upmarks ord får ny aktualitet: "The art of medicine consists in a human and understanding approach to the patient, in a detailed history, in a thorough bedside examination and, eventually, in the integration of the data hence obtained with the laboratory record."

Erik Ask-Upmark (1963) Bedside Medicine

Hemsjukvårdsrådet har samtalat mycket om hembesökets roll i hemsjukvård. En sammanfattning finns som bilaga.

Litteraturtips

Arentz J. (2008) Våld i vårdarbete – Ett utbildningsmaterial om hot och våld för personer som arbetar inom vården. E-bok Studentlitteratur

Fastbom J. (2006) Äldre och läkemedel Andra upplagan Liber

Gurner U., Thorslund M. (2003) Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre natur och Kultur.

Kragh A. (red.) (2005) Äldres läkemedelsbehandling – orsaker och risker vid multimedcinering Studentlitteratur

Lundgren C. (2007) FAS UT 2 Att utvärdera, ifrågasätta och skonsamt avsluta läkemedelsbehandling Läkemedelskommittén i Västerbotten. Ditt landstingsområde kan ha access till en digital version.

Modin S. (2010) The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective
<http://publications.ki.se/jspui/bitstream/10616/38984/1/thesis.pdf>

Modin S. (2010) Den medicinska behandlingen av patienter med basal hemsjukvård – sett ur ett distriktsläkarperspektiv AllmänMedicin 2010(3)12-13
http://www.sfam.se/media/documents/pdf/am%203-2010_inlaga_web.pdf

Modin S. (2010) Distriktsläkarrollen i hemsjukvården Distriktsläkaren 2010 (6) 31-33

Pomerleau L. (2005) Hembesök sparar tid och ökar kvaliteten den medicinska bedömningen AllmänMedicin 2005 (5) 15-17
http://www.sfam.se/media/documents/pdf/Allm5_05inlagawebb.pdf

SBU (2009) Äldres läkemedelsanvändning - Hur kan den förbättras? En systematisk litteraturöversikt
http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Lakemedel_Aldre_Fulltext.pdf

SFAM hemsjukvårdsråd Primärvårdens och generalistens roll i den framtida hemsjukvården
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/PV-generalist-hemsjv.pdf>

SFAM policydokument Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/policymultisjuka09sept.pdf>

SFAM studebrev

Bergman S. (2009) Långvarig smärta
<http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Studiebrev/>

Midlöv P. (2010) Läkemedel och äldre
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/studiebrevlakemedelaldre091016.pdf>

Wimo A., Modin S. Demens
<http://www.sfam.se/media/documents/pdf/studiebrev%20om%20demens%202010%2012.pdf>

Socialstyrelsen (2002) Att mötas - Samtalsunderlag för samverkan med anhöriga i särskilda boendeformer
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-124-19>

Socialstyrelsen (2010) Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre
<http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-29>

SOU 2000:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut
<http://www.regeringen.se/sb/d/108/a/2867>

Svenska Kommunförbundet och Landstingsförbundet (2007) SÄLMA 2007 Säker läkemedelsanvändning för en bättre livskvalitet hos äldre. Erfarenheter av ett nationellt utvecklingsprojekt.
http://www.ltv.se/upload/Filarkiv/Egna_filer/N%C3%A4rsjukv%C3%A5rd/Genombrott/Slutrappport%20Herrg%C3%A4rdet%202.pdf

Svenska Läkarsällskapet Delegation för medicinsk etik
Etiska riktlinjer vid ställningstagande till att avstå från och avbryta livsuppehållande behandling (2007)
<http://www.svls.se/cs-media/xyz/000012132.pdf>

Etiska riktlinjer för palliativ sedering i livets slutskede (2010)
<http://www.svls.se/cs-media/xyz/rikt10.pdf>

Riktlinjer för beslut angående Hjärt Lungräddning (HLR) (2000)
<http://www.svls.se/cs-media-old/xyz/000001299.pdf>

Länktips

BraVå – Bra vård för äldre www.bravard.nu

Detta är en förening av 18 organisationer med olika anknytning till vården av äldre. BraVås kvalitetskrav för vård, rehabilitering och omsorg om äldre omfattar 17 olika områden med syfte att tillgodose den äldres såväl psykiska, fysiska, sociala som existentiella behov.

FoU Välfärd www.fouvalfard.org

Detta är en intresseförening för FoU-miljöer inom välfärdsområdet. En karta visar var alla anslutna FoU-enheter i Sverige finns. Man når varje enhet från denna karta. Dessutom finns en sökmotor där man utifrån nyckelord eller författare kan få uppgifter om vad som t.ex. skrivits om hemsjukvård från de olika FoU-enheterna

Handikappinstitutet www.hi.se

Hjälpmiddelsinstitutets bibliotek har Nordens största samling av litteratur om funktionshinder, hjälpmedel och tillgänglighet. De bevakar nyutgivning och köper in böcker, rapporter och filmer om rehabilitering, arbetsliv, barn, historia m.m. Bibliotekskatalogen heter Hicat. Där återfinns referenser till böcker, rapporter, filmer, tidskrifter m.m. i institutets samlingar.

Libris - nationella bibliotekssystem www.kb.se/libris/

LIBRIS nationella bibliotekssystem består av den nationella samkatalogen (forskningsbibliotekens gemensamma katalog), fjärrlån (lån mellan bibliotek), publika söksystem och andra kringliggande tjänster. LIBRIS webbsök innehåller referenser till mer än fem miljoner böcker och tidskrifter hos cirka 300 svenska forskningsbibliotek. Så gott som alla svenska titlar från 1866 och framåt finns med. Referenser finns även till tidskriftsartiklar, musikalier, kartor och elektroniska dokument.

Nationellt kompetenscentrum Anhöriga www.anhoriga.se

Detta kompetenscentrum är en samarbetsresurs för att utveckla framtidens anhörigstöd. På hemsidan finns information om anhörigstöd, aktuella händelser, forskning och utveckling inom anhörigområdet.

Palliativt kompetenscentrum www.lio.se >>A-Ö >>Palliativt kompetenscentrum

Här finns informationsmaterial bl.a. Brytpunkt – start för processen vård i livets slutskede

Socialstyrelsen www.socialstyrelsen.se

På denna hemsida kan man gå till avdelningen ”**Jag arbetar med - ÄLDRE**” och se underavdelningarna Lagar och regler, Metoder, Fakta och statistik samt Tillsyn och uppföljning.

Under rubriken ”**Jag vill söka/anmäla**” finns **Publikationer**. Samtliga publikationer från Socialstyrelsen kan sökas här och senare års rapporter finns som PDF-filer. Hemsjukvård är ett användbart sökord.

Svenskt Demenscentrum www.demenscentrum.se

Demenscentrum är ett statligt kompetenscentrum för demensområdet. På hemsidan finns följande avdelningar: Fakta om demens, Leva med demens, Arbeta med demens, Forskning, Utbildning, Publicerat.

Vårdalinstitutet www.vardalinstitutet.net

Vårdalinstitutet finansieras av Vårdalstiftelsen, Göteborgs och Lunds universitet, Västra Götalandsregionen och Region Skåne. Verksamheten genomförs i samarbete med Kommunförbundet Skåne, enskilda kommuner i de båda regionerna samt VästKom. Vårdalinstitutet har för närvarande nio s.k. tematiska rum öppna för allmänheten. Med utgångspunkt i de tematiska rummen har Vårdalinstitutet satt samman material som grupper kan använda för att starta och driva studiecirkel. De tematiska rummen är

- Etikrummet
- Leva med demens
- Näring och ätande
- Leva med smärta
- Strokerummet
- Palliativa rummet
- Kulturrummet
- Äldres hälsa
- Hjärtrummet

Inom varje tematiskt rum finns mångskiftande material samlat förutom material för studiecirkel.

OM HEMBESÖK I HEMSJUKVÅRD

För att hemsjukvård ska fungera på ett medicinskt säkert sätt är hembesök nödvändiga. Hemsjukvårdrådet har tillsammans delat erfarenheter och funderingar kring vilken nytta man egentligen har av hembesök, vad som gör att ett hembesök är bra och varför det ibland är dåligt.

VARFÖR ÄR HEMBESÖK BRA?

PATIENTPERSPEKTIV

För många hemsjukvårdspatienter är hembesök den enda rimliga möjligheten att få träffa sin läkare, eller en läkare överhuvudtaget. Det underlättar för patienten och dennes ev. anhöriga bland annat genom att både patienten och inte minst anhöriga vinner tid. Det minskar risken för besök på akutmottagning, när inte sjukhusets resurser är nödvändiga. Det är humant att patienten slipper långa väntetider på akuten.

Hembesöket underlättar patientens möte med läkaren. Patienten känner sig inte så utlämnad och underlägsen som vid ett mottagningsbesök. Ett hembesök kan istället leda till att patienten känner sig lyft och sedd av sin läkare istället för att känna sig bortglömd. Det är också lättare att ta upp också svåra frågor som t.ex. frågor inför livets slut. Det är patientens arena och tydligare att det är patientens agenda som gäller.

Trygghet är en grundförutsättning för bra hemsjukvård och att få hembesök av sin läkare bidrar till den tryggheten. Vid hembesök är inte läkaren en anonym person, som distriktssköterskan har kontakt med. Patienten får en egen relation till läkaren. Tryggheten ökar när patienten vet att läkaren kan komma hem igen, om det skulle behövas. Patienten vet också vem som distriktssköterskan har kontakt med i medicinska frågor. Det inger trygghet om det finns möjlighet till hembesök särskilt för patienter med funktionsnedsättningar. Patienter med funktionsnedsättning har samma rätt till direkt läkarkontakt som andra även om de har stora problem att själva ta kontakt eller ta sig till läkaren.

LÄKARPERSPEKTIV

Professionellt läkarperspektiv

Hembesök underlättar

Ett hembesök ger så mycket kunskap om patienten och vårdssituationen att man vinner tid på sikt. Det är lättare att samverka med distriktssköterskan om man har en egen bakgrundskunskap både om vårdssituationen och om distriktssköterskan.

Det är lättare att få bra kontakt med en funktionsnedsatt patient i hemmet. Hemmiljön säger mycket om patientens förmåga så att läkaren snabbare hittar rätt kommunikationsnivå.

I rollen som patientens gäst ökar läkarens lyhördhet för vad som är viktigt för patienten. Svåra frågor kommer lättare fram som t.ex. om man ska dö snart. Det underlättar också för läkaren att ta upp svåra aspekter.

I hemmet får man ärligare svar på vad patienten tar för mediciner. Man kan tillsammans se över tillgängliga läkemedel.

Ett hembesök ger snabbt en helhetsbild av patienten. Det ger möjlighet att förstå sådant som inte förmedlas i ord vid ett mottagningsbesök, t.ex. hur det är hos en ensam demenssjuk person. Det utvecklar läkarens förmåga att se den enskilda personen och hitta individuella lösningar.

Vid hembesöket är man fri från andra störande moment som finns på en mottagning.

Hembesöket ger en annan kunskap än ett mottagningsbesök.

Hembesöket gör det möjligt att snabbt förstå mycket om patientens miljö, den kognitiva förmågan, tidigare liv, hjälpbehov d.v.s. sådant som inte kommer fram i samma utsträckning vid ett vanligt mottagningsbesök utan att det tar lång tid och kräver kontakt med människor omkring patienten.

Det blir tydligt om det finns anhöriga eller andra närstående och framförallt om de har möjlighet att hjälpa och stödja patienten. Detta märks i hemmet men kan för ögonblicket döljas av anhöriga vid mottagningsbesök.

Läkaren får också möjlighet att se om patienten efter behov har och kan använda hjälpmedel i vardagslivet. En professionell bedömning av patientens funktionsförmåga i vardagen med befintliga hjälpmedel bör egentligen ske i hemmet.

Det är lättare att följa upp hur patienten använder läkemedel. Med patientens tillstånd kan man gå igenom vilka läkemedel som finns tillgängliga i hemmet och ta bort sådana som inte längre är aktuella.

Ett hembesök är grundförutsättning för att kunna göra en rimlig brytpunktsbedömning inför vård i livets slutskede.

Hembesöket ger ofta möjlighet att hinna reflektera över situationen innan nästa patientmöte. Det är något som gärna sker tillsammans med distriktssköterskan.

Läkarens individuella perspektiv

När väl osäkerheten inför att möta patienten i hemmet har lagt sig, är hembesök berikande för läkaren. Besöket kan innebära inblickar i livsöden, vilka berikar läkarens eget liv. Det kan vara kulturella aspekter både ur svenskt och ur invandrades perspektiv. Läkaren får också komma ut från mottagningen, får frisk luft och ev. motion. I hembesöket finns möjlighet att lära sig en del om sig själv och hur man reagerar på det annorlunda i tillvaron. Hur ser vardagen ut i levnadsomständigheter som skiljer sig från mina egna erfarenheter? Det finns mycket att lära.

Organisatoriskt perspektiv

Utan hembesök går det inte att sköta vissa patientgrupper. Det går inte att hela tiden förlita sig på andrahandsuppgifter genom distriktssköterska och i värsta fall är deras uppgifter från annan personal eller anhöriga och inte direkta iakttagelser.

Ekonomi

Det är kostnadseffektivt om färre patienter kommer till akutmottagningar utan att behöva sjukhusets resurser. Ett hembesök tillsammans med läkaren kan bespara distriktssköterskan många besök hos patienten och läkaren. Att göra en gemensam medicinsk vårdplan är kostnadseffektivt förutom att det ökar säkerheten i vårdsituationen.

Samarbete

Hembesök är en förutsättning för att läkaren ska vara en del i hemsjukvårdsteamet. Det underlättar samarbetet med alla engagerade i en patients vårdbehov. Det tydliggör att läkaren är en del av teamet, vilket ökar tryggheten hos patient, anhöriga och distriktssköterska och ev. andra delaktiga i vården. Läkaren är beroende av andra för information och genomförande av vården. Läkaren lär känna distriktssköterskan och får en uppfattning om hennes kunskap och förståelse och bedömning av patientens situation. Det påverkar hur läkaren kan överlåta vissa bedömningar till sjuksköterskan.

Bland annat därför är hembesöken tillsammans med distriktssköterskan värdefulla. Dessutom får läkaren och distriktssköterskan möjlighet att samtala med patienten samtidigt och de får en samlad gemensam bild av situationen

Genom att involvera anhöriga i diskussionen om hur de kan hjälpa patienten och bidra till patientens vård blir också anhöriga en del i teamet kring patienten.

NÄR ÄR ELLER BLIR HEMBESÖK DÅLIGA?

När ett hembesök inte går att genomföra av praktiska skäl, kan det bero på att hembesöket inte är förberett. Läkaren är kanske inte beredd på den problematik som t.ex. distriktssköterskan aktualiserar. En utrustningsdetalj saknas, då det inte fanns känd anledning att kolla att den fanns med. Det är inte säkert att det är snällt att följa med sjuksköterskan till en patient till när man ändå är i närheten.

Kanske går det inte att komma in till patienten. En sådan situation måste utredas för att inte hända igen. Saknas det nyckel till bostaden, fastän patienten inte själv kan öppna? Om läkaren inte blir insläppt till en patient, måste man försöka få veta vad som ligger bakom. Är det patientens enda möjlighet att säga att han inte vill ha besök? Är hon mer dement än vad som framkommit hittills? Patientens är kanske inte hemma över huvud taget för att anhöriga tagit ut patienten dvs. anhöriga har inte underrättats om det planerade besöket.

Det kan också handla om att t.ex. distriktssköterskan har mycket att göra och vill vältra över ett besök på läkaren. T.ex. vill hon kanske att läkaren ska vara med när biståndshandläggaren besöker patienten och hon själv inte tycker att hon har tid. Sådan övervältring fungerar inte eftersom det tar minst dubbel tid för läkaren genom mötet i sig och sedan rapport till sjuksköterskan. Det kan också handla om anhörigkontakter som ligger inom det distriktssköterskor normalt brukar hantera. I vissa fall är kontakt mellan patient/anhöriga och läkaren självklar, men ibland frestas sjuksköterskan att använda läkaren som buffert.

En tredje situation, när hembesök inte självklart är bra, gäller besök hos t.ex. psykiskt instabil patient eller hos missbrukare. I sådana situationer bör läkaren inte frestas att göra hembesök ensam. Det kan vara farliga besök med risk för våldssituationer.

VAD KARAKTÄRISERAR ETT BRA HEMBESÖK?

RESPEKT FÖR PATIENTEN OCH HEMMET

Läkaren är medveten om att han/hon är gäst hos patienten och visar det genom att hålla den avtalade tiden, hälsa på alla närvarande, avsluta mötet med att tacka för att man fick komma och tar adjö när man går.

PATIENTPERSPEKTIVET

Det är patientens arena och patientens agenda som är mer i fokus än vid ett mottagningsbesök. Patienten ska känna sig upplyft och inte bortglömd. Man får inte tala över huvudet på patienten utan att enkelt förklara så att patienten förstår. Om enskilt samtal behövs med en anhöriga är det lämpligt att sjuksköterskan är hos patienten med läkaren talar med den anhöriga. Patienten lämnas inte ensam.

ATT VARA PROFESSIONELL

Före hembesöket

Det är väsentligt att hembesöket är förberett. Är besöket angeläget både för läkaren och för patienten? Utifrån aktuell situation ska rätt tid avsättas för besöket ibland kort, ibland lång. Kontrollera att lämplig utrustning finns i hembesöksväskan. En sådan väska ska finnas klar på mottagningen.

Under hembesöket

Det är viktigt att förklara varför man kommer, även om det primärt varit patientens önskan. Har patienten inte velat ha hembesök är det ännu viktigare att klargöra orsaken till besöket. Att tydligt fokusera på patientens agenda är då särskilt betydelsefullt. Skapa en lugn och trygg stämning. Oftast går det att få patientens medverkan. Försök att hålla direktkontakt med patienten även om anhörigas information är betydelsefull. Tala med och inte om patienten med patienten närvarande.

Arbeta med de begränsade resurser som finns tillgängliga. Det är viktigt att inte bara prata med patienten och ev. ordinera prover utan att göra en rimlig kroppsundersökning. Bedsideundersökning är den grund läkaren har för den preliminära bedömningen och handläggningen.

Avslutning, efterarbete

Sammanfatta vad undersökningen visat och hur planeringen ska vara i fortsättningen. Formulera ett mål för den fortsatta vården. Ge om relevant en tid för nästa läkarbesök. Gör upp hur vården ska följas upp. Distriktssköterskebesök? Telefonkontakt?

Dokumentation av besöket ska innehålla vanliga journaluppgifter men också en medicinsk vårdplan. Kopia ska lämnas till distriktssköterskan om hon inte har tillgång till mottagningens journal. Se till att hembesöksväskan vid behov fylls på.

Erfarenheter framtagna av SFAMs hemsjukvårdsråd och sammanfattade av Elisabeth Svensson och Sonja Modin 2011-01-04