

Förbättrad hemsjukvård för primärvårdens mest sjuka äldre

Ett projektarbete i två delar på HC Ankaret i Örnsköldsvik 2013
Del två i projektet

Kristina Lundgren familjeläkare, specialist i allmän medicin

Ingela Danielsson FoU-handledare Landstinget Västernorrland



Förbättrad hemsjukvård för primärvårdens mest sjuka äldre

Andra delen av projektet

- vilka primärvårdsinsatser behöver våra mest sjuka äldre från hälsocentralens läkarmottagning?

BAKGRUND

I början av första delen av projektet, i mars/april 2013, rapporterade distriktssköterskorna in 99 patienter som var 75 år eller äldre 2013, listade för hc Ankaret, hade behov av läkarkontakt i primärvården, hade aktuellt hemsjukvårdsuppdrag för distriktssköterskan och stora vårdbehov. Vi kallade denna grupp för grupp C i projektets första del.

Undertecknad gjorde en journalgenomgång av dessa patienter och vi drog i projektet slutsatsen att denna grupp är primärvårdens mest sjuka äldre.

I andra delen av projektet, hösten 2013, beslutade vi att dessa patienter skulle erbjudas en läkartid till mig för allmän genomgång, enkel läkemedelsgenomgång samt bedömning av om vi skulle kunna tillskapa någon typ av hemsjukvårdsenhet på hälsocentralen utan extra externa medel. Jag har kallat dessa patienter grupp D.

Av de 99 personer som ingick i grupp C hade i februari 2014 18 personer avlidit och 21 personer flyttat till permanent plats på SÄBO, 56 personer var hemsjukvårdspatienter i eget boende. Några patienter som ingick i grupp D flyttade till SÄBO eller avled efter att de inkluderats i grupp D.

44 patienter ingår i grupp D. 42 av dessa ingick också i grupp C. Två patienter som inte ingick i grupp C inkluderades. I ett fall behövdes det en halv akut demensbedömning, i det andra fallet handlade det om en äldre person boende inom handikappomsorgen som var i behov av läkarbedömning.

METOD

En erfaren distriktssköterska knöts till projektet. Hon gick igenom listan på patienter och kallade dem till läkarbesök samt informerade närstående om läkarbesöket vid behov. I de flesta fallen var det nödvändigt att patientansvarig distriktssköterska, hemtjänsten och/eller närstående också fick meddelande om att patienten erbjöds läkartid.

Läkarbesöken gjordes i september 2013 – januari 2014.

Det blev 44 kontakttillfällen, tre hembesök och 41 mottagningsbesök. Ansvarig distriktssköterska var med på två av de tre hembesöken.

Vid mottagningstillfället gjordes en enkel läkemedelsgenomgång enligt den nya rutin som nu finns i landstinget. Det gjordes även en mer utförlig journalanteckning med en genomgång av

social situation, tidigare sjukdomar och nuvarande sjukdom. Efter varje mottagningstillfälle träffades läkare och distriktssköterska vid ett eller flera tillfällen för överrapporteringar och hemsjukvårdsrund.

RESULTAT

Resultaten presenteras i tabell D. (bilaga 1)

43 patienter i grupp D hade behov av omfattande omsorg. 43 patienter hade sin huvudsakliga läkarkontakt i primärvården, en patient hade sina huvudsakliga läkarkontakter på två specialistkliniker på sjukhuset, inget aktuellt behov av läkarkontakt i primärvården.

Alla patienterna utom en hörde till grupp 2 enligt socialstyrelsens avgränsning av mest sjuka äldre från 2011 (Bilaga 2).

Huvuddiagnoser införda

29 patienter hade merparten av sina huvuddiagnoser i primärvården införda i journalen de senaste 18 månaderna. Detta behövs för korrekt viktning i ACG-systemet.

15 patienter, 34%, var dementa.

Adekvat bakgrundsinformation

Under knappen **Bakgrund** i System Cross journalen på hc Ankaret kan man se information som sorterats under termerna **tidigare sjukdom**, **socialt** och **ärfthlighet**. Här kan man göra kortfattade sammanfattningar av viktiga delar av patientens anamnes. Det underlättar mycket, särskilt när många läkare är inblandade, om adekvat information hittas under knappen bakgrund. Här finns ett stort förbättringsutrymme. Endast i 13 fall fanns sådan information i journalen.

Pascal

29 patienter i grupp D hade sina recept i Pascal.

330 personer på Ankaret har Pascalordinationer. 175 av dessa 330 personer bor ej på SÄBO. De bor i eget boende, omsorgsboende eller annat boende.

Läkemedelsgenomgångar

En patient hade sin huvudsakliga läkarkontakt på två specialistkliniker på sjukhuset. Denna patient hade inget behov av läkemedelsgenomgång i primärvården. För övriga 43 patienter gjordes enkla läkemedelsgenomgångar. Patienten eller den som har ansvar för patientens mediciner fick den reviderade medicinlistan.

Före läkemedelsgenomgången hade patienterna i medeltal 8,6 läkemedel, efter genomgången var det i medeltal 7,4 stående läkemedel. Vid behovsläkemedlen är inte medräknade.

Personliga läkarkontakter i primärvården

Antalet personliga läkarkontakter de senaste 12 månaderna varierade mycket, spridningen var 0-10. Medelantalet läkarbesök var 1,8.

16 patienter hade inte träffat läkare de senaste 12 månaderna. Kontakterna med hälsocentralen sköttes då via ansvariga distriktssköterskor och mottagningssköterskorna. En anledning till att patienten inte fick läkarkontakt kan vara att man egentligen behövde få ett hembesök och detta finns det inte läkartid till.

Vårdtillfällen på sjukhus i länet

24 patienter hade inget vårdtillfälle på sjukhus det senaste året. Medeltalet vårdtillfällen är 0,95 spridningen 0 – 6.

Vårdplanerade, korttidsvårdade

Tio patienter (23%) var vårdplanerade det senaste året. Det var endast två vårdplaneringar som gjordes i hemmet. De övriga åtta gjordes på sjukhuset när patienten ansökte om korttidsvård på SÄBO efter sjukhusvistelsen.

Social situation

34 patienter (77%) var ensamboende.
42 patienter hade hemtjänst mer än 25 timmar per månad. En patient hade omfattande omsorgsinsatser av närstående. En patient hade haft hemtjänst men av sagt sig den.

43 patienter av 44 var i behov av omfattande omsorg.

DISKUSSION

Hemsjukvårdspatienterna som har behov av omfattande omsorg och har sin huvudsakliga läkarkontakt i primärvården är en stor och växande grupp. Denna grupp har sänkt autonomi och har prioritet 1 enligt de etiska riktlinjerna. De har stort behov av strukturerat omhändertagande av läkarna i primärvården.

När vi hade gjort de första studierna i del ett av projektet och jämfört grupp C, de patienter som bedömdes ha stora vårdbehov av distriktssköterskorna i hemsjukvård med grupp B, patienterna på SÄBO, bedömde vi att hemsjukvårdspatienter med behov av omfattande omsorg har minst lika stora behov av läkarinsatser som de boende inom äldreomsorgens SÄBO. Denna bedömning menar jag bekräftas av del två i projektet. 98% av patienterna i grupp D hade behov av omfattande omsorg. Här har vi identifierat primärvårdens allra mest sjuka äldre

Det finns ett behov av förbättring av omhändertagandet av patienterna på SÄBO och även patienterna i hemsjukvården som har omfattande behov av omsorg.

Vi kan börja med att förbättra strukturerna för omhändertagandet på hälsocentralen. Detta kommer i så fall att innebära en del omprioriteringar som behöver förankras på olika nivåer i landstinget och kanske också i befolkningen.

De mest sjuka äldre finns både på sjukhusen och i primärvården. Alla vårdnivåer behöver förbättra omhändertagandet av denna sköra patientgrupp.

Hemsjukvårdspatienter med behov av omfattande omsorg har sänkt autonomi. De har behov av att sjukvården kallar till regelbundna läkarbesök på hälsocentral eller erbjuder hembesök av läkare. Enbart bra mottagningskonceptet, det vill säga att man hör av sig till hälsocentralen vid behov, passar inte för denna patientgrupp, de har också behov av ett strukturerat omhändertagande via planerade återbesök.

PLANERAD FÖRÄNDRING PÅ HC ANKARET

Den tredje februari 2014 gick hemsjukvården förutom läkarna över till kommunen.

Det blev då nödvändigt att förändra rutinerna på hälsocentralen.

Ny rutin för registrering av hemsjukvårdspatienter i journalen har införts.

Till att börja med registrerades alla patienter med aktuellt hemsjukvårdsuppdrag i januari 2014. 228 patienter i eget ordinärt boende hade hemsjukvårdsuppdrag via distriktssköterskan. 16 patienter hade enbart kontakt med distriktssjukgymnast. 28 patienter på gruppboendena hade aktuellt hemsjukvårdsuppdrag.

Målsättningen är nu att alla patienter listade för hc Ankaret som tillhör socialstyrelsens avgränsningsgrupp 1 och 2 enligt beskrivning i bilaga 2 (Grupp 1: omfattande sjukvård **och** omfattande omsorg. Grupp 2: omfattande omsorg) ska få en strukturerad uppföljning på läkarmottagningen. Detta ska gälla de patienter som har sin huvudsakliga läkarkontakt i primärvården och där det finns ett hemsjukvårdsuppdrag i kommunen. (se bilaga 4)

I dagsläget har vi ambitionen att de patienter som är nya på SÄBO ska få en läkarbedömning och en läkemedelsgenomgång i anslutning till att de flyttat till permanent plats på SÄBO.

Vi vill nu flytta fram denna mer omfattande läkarbedömning till det tillfälle när patienten blir inskriven i kommunens hemsjukvård och har behov av omfattande omsorg enl bilaga 2. Detta handlar om fler patienter än de som så småningom får plats på SÄBO, därför behövs resurstillskott eller omfördelning av resurser. Detta ska enbart gälla de patienter som har basal hemsjukvård, specialiserad sjukvård i hemmet, SSIH (nytt namn, hette tidigare ASIH), sköts nu av sjukhusanslutna läkare.

Patienter som har permanent plats på särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, är korttidsboende eller har insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS) ska därefter erbjudas planerad läkartid med läkemedelsgenomgång minst en gång årligen. Vi har planerat att detta ska gälla hemsjukvårdspatienter när primärvårdens läkare är ansvariga, ingen åldersgräns.

Hc Ankaret har läkaransvaret för 293 vårdplatser på SÄBO. Dessutom har vi 256 hemsjukvårdspatienter där det finns HSL-uppdrag (jan 2014). Innan årets slut kommer vi att veta hur många av våra hemsjukvårdspatienter som har behov av omfattande omsorg. I Örnsköldsviks kommun fanns det hösten 2013 vid ett observationstillfälle 547 personer i eget ordinärt boende med hemtjänst mer än 25 timmar/mån . Ca 160 av dessa personer borde höra

till hc Ankaret. Litet mindre än en tredjedel av befolkningen i Örnsköldsviks kommun är listade hos oss.

Ansvar för att hälsocentralens läkare får meddelande om att det är dags för patientens årskontroll och läkemedelsgenomgång läggs på ansvarig distriktssköterska. Vi ska ha samma rutin för hemsjukvården som för patienterna som har permanent plats på SÄBO. Vid årskontrollen hos läkare måste oftast, förutom patienten, ansvarig distriktssköterska, närstående och hemtjänsten meddelas.

Förslag när det gäller att styra resurser till primärvårdens mest sjuka äldre

De patienter över 65 år som är i behov av omfattande omsorg är enligt socialstyrelsen (bil 2)

Permanent boende i SÄBO

Korttidsboende i SÄBO

De som har hemtjänstbehov mer än 25 timmar per månad

De som har insatser enligt LSS

Vissa av psykiatrins och omsorgens patienter borde också höra till denna grupp. Dessutom finns en grupp sköra äldre som enbart är anhörigvårdade.

Gruppen mest sjuka äldre med behov av omfattande omsorg som socialstyrelsen definierat enligt ovan registreras **inte** av hälsocentralerna. Det är andra aktörer, framförallt i kommunen som identifierar och registrerar denna grupp.

Äldreomsorgsindex?

Care need index (CNI) styr en del av ersättningen till hälsocentralen enligt regelboken.

CNI innefattar de sju faktorerna arbetslöshet, född utanför EU, ensamstående över 65 år, låg utbildning, flera barn under fem år, ensamstående med barn under 17 år, flyttat senaste året.

Tänk om man på något sätt kunde göra ett tillägg till CNI? Till att börja med kunde man kanske göra ett tillägg i regelboken i Västernorrland. Åldrade patienter med omfattande omsorgsbehov har som grupp helt klart stora behov av insatser från hälsocentralerna. Ett äldreomsorgsindex skulle kunna vara ett sätt att styra resurser till de mest sjuka äldre med omfattande behov av omsorg och till de palliativa patienterna som vårdas i livets slutskede. Båda dessa grupper är ju prioritet 1 enligt de etiska riktlinjerna.

I dagsläget har inte kommunens hemsjukvård någon automatisk information om vilken hälsocentral patienten listad till. Hälsocentralen har inte någon automatisk information om vilka patienter som är listade hos oss och har omfattande omsorgsinsatser från kommunen. Denna information får man i dagsläget av patienten eller vid sittronder med familjeläkare och ansvarig distriktssköterska. Det borde gå att hitta en datoriserad lösning för att förmedla informationen mellan kommunens hemsjukvård och hälsocentralerna. Denna information borde även kunna vara av intresse för beslutsfattarna högre upp inom kommunerna och landstinget.

Förslag när det gäller att beräkna behov av läkarinsatser på SÄBO

Det är när en patient flyttar in på SÄBO och dagarna/veckorna innan patienten avlider på boendet som det behövs mest läkarinsatser. Därför vore det bra om man tar hänsyn till antalet individer som vårdats på boendet under ett år, inte enbart antalet vårdplatser när man bedömer behovet av läkarinsatser.

Hc Ankaret har ansvar för läkarinsatserna på 293 vårdplatser inom äldreomsorgen. 2013 avled 104 av våra patienter på SÄBO (bilaga 3). Läkarinsatser gjordes alltså för minst 397 patienter på SÄBO 2013. Alla patienter som vårdades på korttidsplatser och sen skrevs ut till hemmet är inte med i denna beräkning.

Nästa gång man skriver avtal för läkarmedverkan vid SÄBO mellan landstinget Västernorrland och länets sju kommuner kunde man överväga att förutom att ta med antalet vårdplatser på de enskilda boendena även ta hänsyn till antalet olika individer som vårdas under ett år eller kanske medelvårdtiderna på boendena.

Planerad rutin för hemsjukvården på hc Ankaret fr o m 14 02 02

Ankaret kommer att ha gemensamma hemsjukvårdspatienter med sex distriktssköterskor i kommunen som arbetar tillsammans med sex hemtjänstgrupper. Sex läkare (en geriatriker och fem allmänläkare, en del allmänläkare hör till staffettkedjor) knutna till sex olika distrikt på hälsocentralen är avdelade till att arbeta med en distriktssköterska var.

Onsdag eftermiddag kl 13-14.30 har alla läkarna avsatt tid för rond. Sköterskan kommer då till läkarens expedition. Rondärendena anmäls på särskild rondlista dagen innan rond. Sköterskan har med ifylld checklista enligt landstingets och kommunens rutin, finns i avtalet om läkarmedverkan 2014. Läkarbesök på mottagningen och hembesök planeras gemensamt på rond. Ny hemsjukvårdspatient med omfattande omsorgsbehov (prio 1 patienterna) får läkartider enligt rutinen i bilaga 4.

Det kommer att bli svårt att avsätta läkartider enligt detta förslag. Det angeläget med en snar utvärdering av hur det blev i praktiken, förslagsvis en första utvärdering efter 6 månader.

SLUTORD

De mest sjuka och sköra äldre är en heterogen grupp. Sjukhusvården, kommunens äldreomsorg och primärvården har ett gemensamt ansvar för att ge denna grupp en så bra vård och omsorg som möjligt.

Primärvårdens läkare har ett särskilt ansvar för att erbjuda de patienter som har sänkt autonomi och ett omfattande behov av omsorg ett bra omhändertagande, en bra basal hemsjukvård. Det måste bli lättare att få hemsjukvårdsbesök av läkare i det egna hemmet vid behov.

Patienterna med behov av omfattande omsorg 2013 gick inte att identifiera via landstingets datorsystem. Landstinget är mer inriktat på diagnoser, vårdtillfällen och andra kontakter med sjukvården.

Det är distriktssköterskorna i hemsjukvården och sköterskorna på SÄBO som informerar primärvårdens läkare när patienterna med omfattande omsorgsbehov även har behov av läkarinsatser från hälsocentralen.

I ett första steg behöver primärvården kartlägga inte bara de patienter som har hemsjukvårdsinsatser utan även de som har behov av omfattande omsorg enligt socialstyrelsens definition. I ett andra steg bör man sträva efter att vidareutveckla ambitionen att styra över primärvårdsresurser till de patienter som är primärvårdens prioritet 1 enligt de etiska riktlinjerna, palliativa patienter och patienter med sänkt autonomi.

Örnsköldsvik 14 02 18

Kristina Lundgren

Ansvariga för andra delen av projektet:

Kristina Lundgren familjeläkare, specialist i allmän medicin
Anna-Lena Lundberg, verksamhetschef

Handledare: Ingela Danielsson, FoU i Sundsvall

Illustrationer: Rickard Fornstedt

Mailadress till hc Ankaret: hc.ankaret@lvn.se

Bilaga 1: Tabell D

Bilaga 2: Socialstyrelsens definition på mest sjuka äldre från 2011.
Sidan 7 i dokumentet **De mest sjuka äldre, avgränsning av gruppen**,
Socialstyrelsen oktober 2011

Bilaga 3: Dödsfallsstatistik hc Ankaret 2013

Bilaga 4: Ny rutin på hc Ankaret för läkarbesök för hemsjukvårdspatienter med behov av omfattande omsorg.

Bilaga 1**Tabell D**

Resultat från data registrerade efter 44 mottagningsbesök på hc Ankaret sept 2013 – jan 2014. denna grupp kallas grupp D i projektet. Observationstid 1 år, räknat från mottagningstillfället.

42 av de 44 patienterna ingick även i projektets grupp C.

(Distriktssköterskorna rapporterade i mars/april 2013 in patienter som var 75 år eller äldre 2013, listade för hc Ankaret, hade behov av läkarkontakt i primärvården, hade aktuellt hemsjukvårdsuppdrag för distriktssköterskan och stora vårdbehov.)

Resultaten presenteras som medeltal eller som antal individer. Observationen gjordes vid ett läkarbesök (41) eller hembesök (3) sept 2013 – jan 2014. N = 44 (36 kvinnor, 8 män)

Karakteristik	Antal	Medeltal	Spridning
Huvuddiagnoser införda	29		
Dementa	15		
Adekvat bakgrundsinformation	13		
Pascal/apodos	29		
Antal stående läkemedel			
Före läkemedelsgenomgång		8,6	2 - 18
Efter läkemedelsgenomgång		7,4	2 - 16
Personlig läkarkontakt PV		1,8	0-10
Ingen läkarkontakt PV	16		
VTF (vårdtillfälle)		0,95	0-6
Inget VTF	24		
Ensamboende	34		
Vårdplanerade	10		
SÄBO (korttidsvård)	8		
Hemtjänst mer än 25t/mån	42		
Omfattande omsorg	43		

Förklaringar:

Apodos/Pascal = har dos-dispenserade läkemedel

SÄBO = har vistats på korttidsplats på särskilt boende inom äldreomsorgen senaste 12 mån

VTF = vårdats inneliggande på sjukhus i länet det senaste året.

Sammanfattning

Regeringen har gett Socialstyrelsen ett flertal uppdrag som en del i arbetet med att förbättra förhållandena för gruppen mest sjuka äldre. Ett av uppdragen innebär att utveckla ett indikatorsystem och göra en baslinjeundersökning av de mest sjuka äldres situation. Som en del av detta regeringsuppdrag presenterar vi här tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre. Dessa behövs för att kunna utveckla ett statligt styrsystem inom området och för att Socialstyrelsen ska kunna genomföra de uppdrag som ligger på myndigheten. I arbetet med att ta fram operationella avgränsningar för gruppen mest sjuka äldre, har vi utgått från att mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Vi belyser omsorgs- och sjukvårdsbehov som ett mått på funktionstillstånd och utgår från nationella hälsodata- och socialtjänstregister. Registrens begränsade information gör att det inte är möjligt att identifiera personer som vårdas främst av anhöriga i ordinärt boende utan samtidig kontakt med öppen specialistvård eller slutenvård.

Vi föreslår tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre:

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med omfattande sjukvård och omfattande omsorg. År 2008 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (29 000 personer).
2. Förutom kärngruppen, innefattar avgränsningen ”omfattande omsorg” ytterligare personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen. De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. Med omfattande omsorg menas: permanent särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). År 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre (154 000 personer).
3. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Denna avgränsning kan exempelvis användas när kärngruppen ger otillräckligt underlag för att kunna statistiskt säkerställa skillnader mellan grupper, såsom i jämförelser mellan mindre kommuner. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (286 000 personer).

Vilken avgränsning som är mest ändamålsenlig beror på vilken frågeställning som ska belysas. I regeringens fortsatta arbete med att utveckla ett nationellt styrnings- och uppföljningssystem kan detta material utgöra ett underlag, liksom i Socialstyrelsens arbete med mest sjuka äldre.

Hämtat fr sid 7 ”**De mest sjuka äldre**” avgränsning av gruppen, Socialstyrelsen oktober 2011

Planerade läkarbesök när hälsocentralen fått kännedom om ny hemsjukvårdspatient i kommunen.

Gäller patienter med **omfattande omsorg** (mer än 25 tim hemtjänst/mån eller motsvarande), distriktssköterskan i kommunen har **HSL-uppdrag** och patienten har sin **huvudsakliga läkarkontakt i primärvården**.

Första läkarbesöket (hembesök eller besök på läkarmottagningen)

Läkarbesöket bokas kl 15.00. Inget annat bokas i tidboken därefter den dagen. Detta betyder att läkaren disponerar 1-2 timmar för patienten. Kan bli olika tidsåtgång beroende på om hembesök behövs, om patienten är känd på Ankaret tidigare eller ej, om man måste gå in i olika journaler på sjukhuset för att få bilden klar för sig. Om patienten ska få sina läkemedel överförda till Pascal/dosdisp tar det också extra tid.

Läkemedelsgenomgång

Läkaren gör en enkel läkemedelsgenomgång och dokumenterar att detta är gjort enligt rutin. Signerad läkemedelslista lämnas till patienten eller till den som ansvarar för patientens mediciner.

Diagnoser

För in alla aktuella diagnoser. Ska göras minst en gång var 18:e månad, vid årskontrollen. Detta är viktigt för ordningen i journalen och för ACG-registreringen. ACG-registreringen styr vårdtyngdmätningarna och en stor del av kapiteringsersättningen till hälsocentralen.

Utförlig journalanteckning

Skriver en utförlig journalanteckning som innehåller socialt, tidigare sjukdomar, aktuellt och status relevant för årskontroll hos läkare. Hereditärt kan också ingå om det bedöms vara betydelsefullt, t ex åldersdiabetes eller demenssjukdom hos nära släktingar.

Under knappen **Bakgrund** i SystemCross syns rubrikerna **socialt, tidigare sjukdomar** och **ärftlighet**. Använd dessa rubriker sparsamt, skriv informationen kortfattat, i telegramstil, så att nästa kollega kan ögna texten under knappen **Bakgrund** på någon minut. Bra att här snabbt få en bild av patienten vid nästa läkarbesök. Ta endast med ny information under dessa rubriker.

Planering

Planerad uppföljning till läkare ska göras minst en gång, i regel två gånger årligen. Patienten ska kallas, ställas på väntelista, läkaren meddelar den som ansvarar för väntelistan.

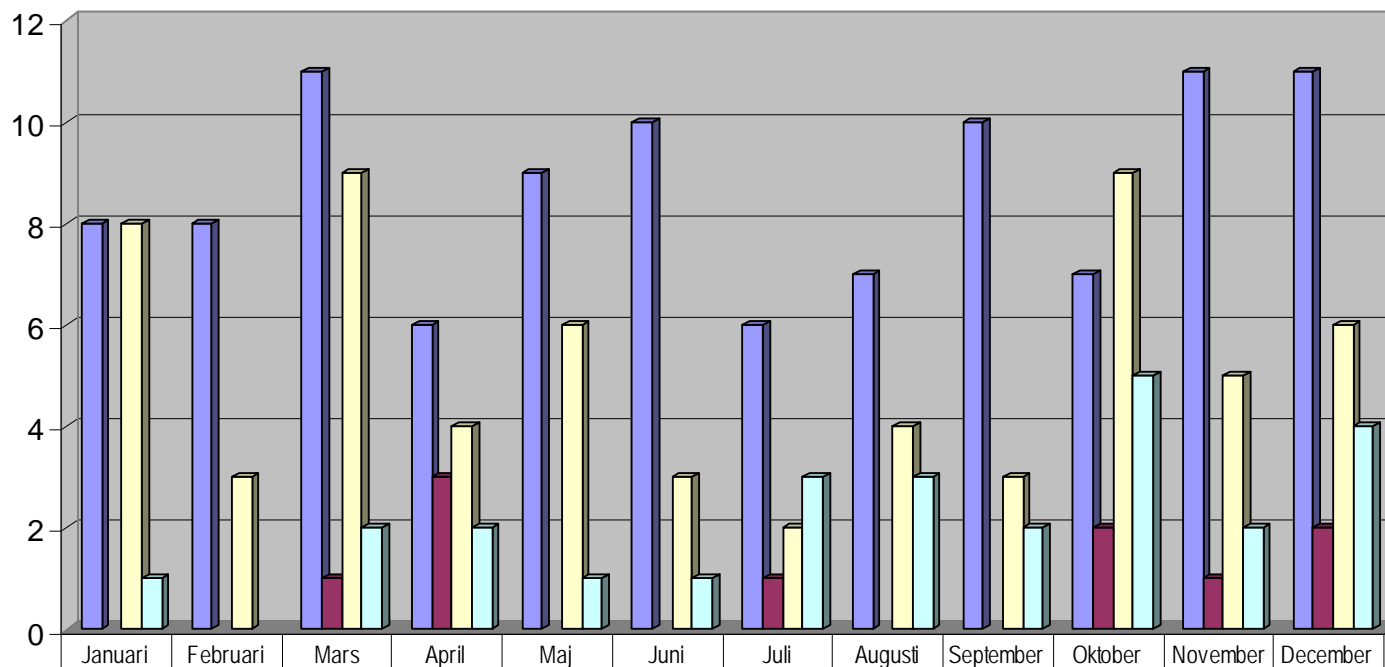
Andra läkarbesöket (hembesök eller besök på läkarmottagningen)

Medicinsk vårdplan

På sikt, t ex vid det andra läkarbesöket och när man har talat med ansvarig distriktssköterska i kommunen, ska medicinsk vårdplan upprättas årligen för patienten. Detta gör läkaren tillsammans med patienten och ansvarig distriktssköterska.

Vid det andra läkarbesöket ska man också göra fördjupad läkemedelsgenomgång enligt rutin.

Antal patienter avlidna under 2013 - HC Ankaret



	Januari	Februari	Mars	April	Maj	Juni	Juli	Augusti	September	Oktober	November	December	Summa
■ Säbo	8	8	11	6	9	10	6	7	10	7	11	11	104
■ ASIH			1	3			1			2	1	2	10
■ Sjukhus Övik	8	3	9	4	6	3	2	4	3	9	5	6	62
■ Bostad/Annan plats	1		2	2	1	1	3	3	2	5	2	4	26