

# Säker primärvård och vård av våra äldre – ett patientperspektiv

## EN FALLBESKRIVNING TYDLIGGÖR RISKER OCH MÖJLIGA ÅTGÄRDER

**Rita Fernholm**,  
med dr, distriktsläkare,  
Boo vårdcentral,  
SLSO, Nacka  
● rita.fernholm@ki.se

**Sofia Carheden-Eriksson**, överläkare,  
palliativ vård, Stockholms sjukhem

**Säker vård** innebär vård utan vårdskador. Typerna av vårdskador varierar beroende på specialitet och kontext. I en översiktsartikel från 2016 framgår det att frekvensen av patientsäkerhetsproblem i primärvården varierar kraftigt, från enstaka fall upp till 24 per 100 konsultationer. Bland de skador som bedömdes som undvikbara handlade en majoritet om försenade diagnoser och läkemedelsfel [1]. De flesta förslag om förbättringar handlar om förbättrad utbildning, tydligare kommunikation mellan vårdpersonal och även mellan vårdpersonal och patient [2, 3]. Svenska resultat bekräftar samma bild [4].

Äldre patienter drabbas oftare av vårdskador än yngre, och hos den multistjuka och/eller geriatrika patienten dominerar läkemedelsorsakade skador, fallskador och skador i samband med medicinska procedurer, till exempel hjärtkateterisering [5, 6]. Den geriatrika patienten vårdas ofta i en vårdkedja eller vårdmiljö som domineras av flera aktörer och där kommunikativa missar i vårdövergångar är en risk. Patientdelaktighet och tydliga vårdplaner liksom olika former av automatiserade dosleveranser är åtgärder som kan motverka en del risker.

### Fallbeskrivning

Vi har byggt en fallbeskrivning med utgångspunkt i ett autentiskt fall som vi gjort om till viss del för att tydliggöra risker och möjliga åtgärder inom primärvård och anslutande vårdformer. Patientens familj har givit sitt tillstånd och hon hette inte Eva i verkligheten.

**Eva bodde** i en lägenhet i stan tillsammans med sin katt. Hon var en aktiv dam, 78 år gammal, som stod på simvastatin och acetylsalicylsyra efter en TIA för några år sedan. I februari hade hon insjuknat med huvudvärk, illamående och hosta, vilket krävt sjukhusvård. På sjukhuset testade hon positivt för covid-19, och DT lungor visade ett infiltrat. Läkningen gick långsamt. Hon ådrog sig perikardvätska och pleuravätska och klagade på smärta i bröstkorget. Förmaksflimmer konstaterades och apixaban sattes in. Efter ett par veckor kunde hon skrivas ut till hemmet även om hon fortfarande var medtagen.

**Problem:** Perikardvätska och pleuravätska kan bero på någon annan underliggande sjukdom, men man letade inte efter andra orsaker än covid. Äldre personer har inte sällan flera sjukdomar, kända eller ännu ej kända. Covid-19 är en extra utmaning då symtomen kan vara flera och diffusa, och under en period testade många patienter positivt för covid även om det inte var huvudanledningen till deras symtom.

**Lösningsförslag:** En bred anamnes är viktig här för att försöka utröna vad som kan tala för en annan diagnos.

**Vid uppföljning** hos husläkaren efter ytterligare någon vecka hade Evas ork förbättrats något, men hon hade fortfarande ont i bröstkorget, och smärtan strålade ibland bak mot ryggen. Hon försökte förmedla det till läkaren, som sa att det kunde ta tid att återhämta sig.

I april blev värken värre, och paracetamol hjälpte inte. Hon besvarades även av illamående och svettades på nätterna. Eva sökte sin husläkare vid flera tillfällen i april och maj. Läkaren trodde att det var gallsten eller njursten. Ett ultraljud utfördes, vilket inte visade något avvikande.

**Problem:** Det differentialdiagnostiska tänkandet var bristfälligt. Diagnosen omprövades inte, trots att patienten sökte flera gånger. Naturliga svettningar förelåg, vilket inte överensstämmer med diagnosen njursten.

**Lösningsförslag:** Här är »Tre-regeln« bra, det vill säga att aktivt som läkare tänka: Vilka tre möjliga diagnoser skulle kunna förklara de här symtomen? Även arbetsättet »Tredje gången gillt« är bra, det vill säga att läkaren, i de fall patienten söker upprepade gånger, tar en diagnostisk paus, försöker tänka nytt och aktivt omprövar diagnosen.

**I maj beställdes** och utfördes DT torax och buk. En vecka efter undersökningen fick hon ett brev där det stod att röntgenundersökningarna såg bra ut. Brevet var undertecknat av en läkare som inte var hennes husläkare.

**Problem:** Bristande kontinuitet kan leda till att man från sjukvårdens sida inte ser behovet av ytterligare utredning. Besked kanske ges via brev utan att stämma av om besvären kvarstår.

**Lösningsförslag:** Här krävs att man aktivt arbetar med att stärka kontinuiteten. En extra utmaning är hur

### HUVUDBUDSKAP

- Primärvård och vård av våra äldre innehåller många risker, eftersom vården ofta inkluderar flera olika vårdgivare där det kan föreligga brist på kommunikation och samordning.
- Med ökad kontinuitet och patientcentrering i kombination med förstärkt samordning kan vården bli säkrare.
- Alla parter behöver måna mer om både steget före och steget efter, där man själv verkar, för att förbättra och säkra vården vid vårdövergångar.



Foto: Yuri Arcurs/Mosphotos

## »Vården är uppbyggd på ett fragmenterat sätt, med en svag primärvård jämfört med andra länder.«

man gör det under semesterperioder. När man som distriktsläkare tar hand om en kollegas patient kan det vara bra att ringa patienten i stället för att skicka brev/digitalt meddelande som det inte går att svara på.

**Eva kände att** något ändå var fel i kroppen. Hon undrade vad som skulle hända nu. Det framgick inte av brevet. Smärtan var jobbig trots att hon förskrivits starkare smärtlindring i form av opiater vid det senaste besöket.

**Problem:** Vid denna typ av envägskommunikation hamnar patienten i ett utsatt läge där hon behöver försöka få tag på sin läkare via telefon, vilket kan vara väldigt svårt. Vården noterar inte alltid att detta innebär en maktobalans, där vården lätt kan höra av sig till patienten, medan patienten inte lätt kan höra av sig till vården.

**Lösningsförslag:** Här behöver vården underlätta för att patienten ska kunna höra av sig tillbaka.

**Eva ringde** sin vårdcentral för att fråga vad som skulle ske nu. En automatisk röst uppmanade henne att ringa igen nästa dag, då telefonkön var fylld för dagen.

**Problem:** Bristande tillgänglighet inom primärvården utgör i sig en risk. När patienten inte når sin vårdcentral kanske hon inte hör av sig igen, eller hör av sig till en annan vårdinstans eller annan vårdnivå, vilket leder till ökade risker på grund av fragmenteringen av informationen. Ingen besitter då hela bilden. Vården är uppbyggd på ett fragmenterat sätt, med en svag primärvård jämfört med andra länder.

**Lösningsförslag:** Primärvården behöver stärkas med fler allmänläkare som tilldelas tillräckligt med resurser för att ta hand om sina patienter.

**Nästa dag** kom hon fram på telefon och fick beskedet att hennes husläkare var på semester, men att han kunde ringa henne nästa vecka. Dagen efter sökte hon narakuten på grund av smärtan. De ordinerade mer smärtlindring, men hänvisade utredningen till vård-

centralen. Förutom illamåendet var det nu även svårt att äta. Vid något tillfälle hade hon kräcks, och hon hade gått ned ett par kilo i vikt.

När husläkaren ringde Eva frågade hon om man kunde gå vidare med en gastroskopi, för det hade en väninna undrat över. Läkaren trodde inte att tillståndet var malignt eftersom DT torax och buk hade varit normala, men beställde en gastroskopi då symtomen var svåra att tolka.

Två veckor senare utfördes gastroskopin, och den visade en tumör på 6 centimeter i nedre delen av esofagus. Eva fick en snar tid på sjukhuset och operation planerades. Vid operationen upptäcktes dock spridning, och regimen övergick till palliativ vård.

Cytostatika var en del av den palliativa behandlingen och hon fick en perifert inlagd central venkateter (PICC-line) för att kunna erhålla behandlingar.

**Problem:** Förekomst av infarter, stentar och kvarliggande katetrar är en risk. Ansvaret för centralvenösa infarter, drän och stentar kan hamna mellan kliniker. En urinvägskateter kan ansvarsmässigt falla mellan yrkeskategorier då den hanteras av sköterskor men ordinerar av läkare.

**Lösningsförslag:** Det behöver vara tydligt vem som har ansvar för dessa och vem som ska ta hand om eventuella komplikationer. Det behöver vara tydligt när de sätts, när de ska avvecklas och vilka komplikationer som kan uppstå. Det behöver finnas en tydlighet kring indikation och en plan kring eventuell avveckling av dessa.

**Eva fick de första** kurer enligt plan, men drabbades av en infektion och blev allt tröttare, varför flera kurer ställdes in. En stentning av esofagus genomfördes för bättre passage på grund av uttalade sväljsvårigheter.

Med tiden försämrades hennes funktionsnivå, och hon behövde stöd med både läkemedelshantering och omvårdnad. Hemtjänst kopplades in för stöd med det praktiska. Evas egen önskan var att få vårdas i hemmet och bo med sin katt så långt det var möjligt.

**Problem:** Hemtjänst och hemsjukvård har i Region Stockholm, där vi verkar, olika huvudmän eftersom hemsjukvården har regionen som huvudman. Detta är inte nödvändigtvis en nackdel, men utmanande när de som sköter omvårdnad och de som hanterar medicinsk vård har olika system och rutiner.

**Lösningsförslag:** För att följa ett sjukdomsförlopp och vara uppmärksam på förändringar måste de som deltar i den nära vården, oavsett om de är anhörgivare eller hemtjänst, veta och förstå vilka tecken som är varningssignaler eller tecken till försämring. De behöver då kunna återkoppla detta till vården på ett enkelt sätt. Tillräcklig tid hos brukare/patient och god kontinuitet i en hemtjänstorganisation gör det lättare att se förändringar.

**Problem:** Hantering av läkemedel i hemmet är en risk och står för de flesta avvikelserna i hemsjukvård. Det är en lång kedja innan ordinerat läkemedel är konsumerat av patienten. Läkare ordinerar i journalsystem, tabletter levereras ofta via olika dosdispenseringsystem, alternativt via delad dosett. Systemen för dosdispensering är inte alltid kopplade till journalsystemet, varför ordinationen kan finnas i olika system.

»En äldre, multisjuk patient med mindre tydliga brytpunkter ... hade kunnat få en ännu längre och trassligare väg ...«

Olika vårdgivare kan också ha olika journalsystem. Den multisjuka patient som har flera vårdgivare och dosdispensering kan därmed ha en läkemedelslista som behöver uppdateras i flera olika system vid förändring. Generikaförskrivning leder också till att patienten får svårt att själv hålla reda på sina tabletter. De tabletter som delas kan variera i både namn, form och utseende över tid. Stora tabletter kan utgöra ett påtagligt problem för följsamheten, såsom för Eva som hade svårt att svälja.

**Lösningsförslag:** Enkelt åtkomliga dosdispenseringssystem är av stor vikt. Det är viktigt att värden stämmer av möjliga hinder för följsamhet till medicinering med patienten och hur dessa kan mötas.

**Remiss skrevs** till den avancerade hemsjukvården (ASIH) för stöd under fortsatt vård.

Evas tillstånd fortsatte att försämrats, och efter brytpunktsamtal avslutades den palliativa cytostatikbehandlingen. Hon fick feber igen och orkade knappt lämna sängen. Hemtjänstens nattpatrull larmade ambulans, då de tyckte att hon var sämre. Eva hamnade på sjukhusets akutmottagning och fick ligga några dagar på en sjukhusavdelning innan hon hamnade på den specialiserade palliativa vårdavdelningen.

**Problem:** Även en patient i palliativt skede kan ha behov av akutvård, men det finns risker vid samverkan med akutkliniker. Det är viktigt att det finns tillgång till gemensamma journalsystem och vårdplaner. Ambulansvården har inte alltid tillgång till journaler eller HLR-beslut, och i en akut situation är det inte alltid möjligt för patient eller anhöriga att förmedla sin önskan. I ett system som ändå bygger, och behöver bygga, på att hitta svår behandlingsbar sjukdom så finns förstås en risk att en patient med icke längre behandlingsbart eller botbart tillstånd utsätts för övervård och onödiga förflyttningar i livets slut då allmäntillstånd och/eller parametrar försämrats.

**Lösningsförslag:** Information om brytpunktsamtal behöver dokumenteras i journalen och gärna även finnas skriftligt hos patienten, till exempel tillsammans med patientens mediciner.

**Efter en veckas vård** gick Eva bort. ASIH tog hand om hennes katt och såg till att den hamnade på ett katterhem, där den skulle bli väl omhändertagen.

## Reflektioner – hur kan vi arbeta mer patientsäkert?

Vi som skrivit detta är verksamma i Stockholm med en något annan vårdorganisation än övriga landet. Den basala hemsjukvården är kvar i regionens regi. Det finns en hög tillgång till specialistkliniker och ett stort antal aktörer inom både primärvård och avancerad hemsjukvård. Vi har försökt förenkla och göra vårt fall relevant för fler. Vi vill inte debattera vårdens organisation, utan peka på var patientsäkerhetsrisker kan uppstå i en vårdkedja och hur dessa risker kan förebyggas.

En äldre, multisjuk patient med mindre tydliga brytpunkter än Eva och ännu fler vårdkontakter hade kunnat få en ännu längre och trassligare väg i vården.

Om en allvarlig diagnos blir försenad kan det få stora konsekvenser för patienten. Början av berättelsen visar på vikten av god differentialdiagnostik och

en involverad patient. Här kan det göra skillnad att patientens (och eventuella närståendes) tankar, oro och önskemål får ta plats. Läkaren kan vidare använda »Tre-regeln« (ha tre möjliga differentialdiagnoser till varje patient) och »Tredje gången gillt« (patienten söker flera gånger = ompröva diagnosen). Läkaren kan förmedla Trygga råd (safety-netting) det vill säga huruvida en diagnos är behäftad med viss osäkerhet, hur det förväntade förloppet ser ut (»gröna flaggor«: kan stanna hemma) och vilka varningssymtom man bör vara uppmärksam på (»röda flaggor«: bör söka vård igen) [7, 8]. Kommunikationstekniken »safety-netting« kan även öka i användning och effekt om journaltermer för detta används. På vissa håll i landet avslutas journalen med termen »Information till patienten« och underrubrikerna »Förväntat förlopp« och »Kontakta vården om«, så att patienten kan gå in och läsa detta i journalen via 1177. Om dessa termer inte finns kan man skriva den informationen under någon liknande term som »Plan«. För en ökad patientinvolvering och för att säkerställa att patienten förstår information är »teach-back«, att patienten återberättar bedömningen och planen framåt, en bra teknik [9].

Eva drabbades vidare av bristfällig kontinuitet. Symtom kvarstod, en annan läkare som inte var insatt fick ett normalt röntgensvar och skickade ett brev om det utan att stämma av med patienten hur hon mädde. Patienten i sin tur hade svårt att nå fram till vården. Asymmetrin i den här relationen är tydlig. Vi behöver verka för en ökad tillgänglighet och en ökad kontinuitet i primärvården, eftersom låg kontinuitet är associerad med såväl ökad morbiditet som ökad mortalitet [10, 11].

Vidare är vårdövergångar förknippade med patientsäkerhetsrisker. Studier beskriver framför allt risker vid övergång till högre vårdnivå [12], men även vid övergång till lägre vårdnivå är risken stor för att läkemedelslistan innehåller fel, vilket är associerat med ökad förekomst av vårdskador [13]. Även annan viktig information kan gå förlorad i övergång till lägre vårdnivå, som behov av uppföljning och utredning. Att kunna följa information med enkla och lättöverskådliga journalsystem, helst åtkomliga för alla vårdgivare i vårdkedjan, är ett grundläggande krav. Digitala kontaktvägar och möjligheter för patienten att själv följa sin planerade vård ökar säkerheten. Detta ger också patienten kontroll och möjlighet att larma om planen inte följs.

Att vårdplanen är förankrad med patient och anhöriga och finns digitalt tillgänglig – gärna även utskriven på papper hos patienten – gör också att eventuella brister i journalsystemen kan överbryggas, då informationen alltid finns tillgänglig hos patienten, där den ska vara. Den kognitivt sviktande patienten innebär speciella utmaningar, men även där kan en vårdplan förankras med patienten, gärna med stöd av anhöriga, och sedan finnas tillgänglig att ta med till annan vårdgivare.

En vårdövergång behöver inte ske kronologiskt utan kan innebära att flera vårdgivare vårdar samma patient parallellt. Sjukdomsspecifik och symtomlindrande behandling kan ges samtidigt i den palliativa vården. Utredning av nya, botbara eller behandlingskrävande tillstånd kan behövas. Tydlighet kring vem som då har utrednings- och uppföljningsansvar, både administrativt och ekonomiskt, behövs. Att de

**FIGUR 1.** Lyft blicken vid vårdövergångar



vårdaktörer som delar patientansvar har regelbundna samverkansmöten underlättar ofta förståelsen för varandras arbete och kan ge en möjlighet att se över gemensamma avvikelser och finna nya rutiner.

Att dela med sig av de avvikelser som sker, både inom den egna kliniken och gentemot andra kliniker, för att stimulera lärande minskar sannolikheten att risker och tillbud upprepas [14].

Läkemedel och deras hantering är en annan patientsäkerhetsrisk. Maskinell dosdispensering är inte väl studerad i hemsjukvårdssituationen, men viss information talar för ökad säkerhet och att eventuella fel upptäcks tidigare, det vill säga i riskstadierna snarare än när de gett negativt utfall [15]. Dosdispensering innebär dock egna risker som när ordinationen förfaller och inte förnyas. Detta sker oftast i fall där det föreligger en kognitiv svikt hos patienten. Vidare är justeringar omständliga att genomföra, och det kan uppstå situationer där patienten behöver hålla reda på både dospåsar och dosetter parallellt. Det borde vara en självklarhet att digitalt kunna koppla ett dossystem till det system som används för ordination och administration av läkemedel.

Mycket av det vi nämnt handlar om vårdövergång-

ar och/eller informationsöverföring. Avslutningsvis vill vi därför betona vikten av att lyfta blicken: vi är alla en del av samma sjukvårdssystem och vi verkar för samma mål: att patienter som Eva ska må så bra som möjligt och få sina behov tillgodosedda. För att det ska bli verklighet behöver vi, oavsett var vi arbetar, underlätta både steget före och steget efter vårt (Figur 1). Genom att kommunicera med ledet före om vad som är viktigt när de skickar en patient ökar deras chanser för att bidra till en bra vårdövergång. Genom att fundera kring vad nästa led behöver när en patient skickas in till sjukhus eller skrivs ut från sjukhus hjälper vi vår gemensamma patient. Att hemsjukvård och primärvård ser till att läkemedelslistan är uppdaterad när en patient behöver åka in till sjukhus är ett sådant exempel. Att ortopederna efter en fraktur skickar med mobiliseringsrestriktioner med en patient som går över till ett särskilt boende (Säbo) är ett annat. Med en lyft blick och en gemensam ansvarskänsla stärker vi hela vårt system. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen. 2024;121:24058*

## REFERENSER

- Panesar SS, deSilva D, Carson-Stevens A, et al. How safe is primary care? A systematic review. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):544-53.
- Tudor Car L, Papachristou N, Bull A, et al. Clinician-identified problems and solutions for delayed diagnosis in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):131.
- Tudor Car L, Papachristou N, Gallagher J, et al. Identification of priorities for improvement of medication safety in primary care: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract.* 2016;17(1):160.
- Fernholm R, Holzmänn MJ, Malm-Willadsen K, et al. Patient and provider perspectives on reducing risk of harm in primary health care: a qualitative questionnaire study in Sweden. *Scand J Prim Health Care.* 2020;38(1):66-74.
- Hodkinson A, Tyler N, Ashcroft DM, et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2020;18(1):313.
- Thomas EJ, Brennan TA. Incidence and types of preventable adverse events in elderly patients: population based review of medical records. *BMJ.* 2000;320(7237):741-4.
- Fernholm R, Wannheden C, Trygg Lycke S, et al. Patients' and clinicians' views on the appropriate use of safety-netting advice in consultations - an interview study from Sweden. *BMJ Open.* 2023;13(10):e077938.
- Wannheden C, Hagman J, Riggare S, et al. Safety-netting strategies for primary and emergency care: a codesign study with patients, carers and clinicians in Sweden. *BMJ Open.* 2024;14:e089224.
- Peter D, Robinson P, Jordan M, et al. Reducing readmissions using teach-back enhancing patient and family education. *J Nurs Admin.* 2015;45(1):35-42.
- Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract.* 2022;72(715):e84-90.
- Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, et al. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2020;70(698):e600-11.
- Marquet K, Claes N, De Troy E, et al. One fourth of unplanned transfers to a higher level of care are associated with a highly preventable adverse event: a patient record review in six Belgian hospitals. *Crit Care Med.* 2015;43(5):1053-61.
- Desai R, Williams CE, Greene SB, et al. Medication errors during patient transitions into nursing homes: characteristics and association with patient harm. *Am J Geriatr Pharmacother.* 2011;9(6):413-22.
- Rafter N, Hickey A, Condell S, et al. Adverse events in healthcare: learning from mistakes. *QJM.* 2015;108(4):273-7.
- Bergman O, Valtonen O. Maskinellt dosdispenserade läkemedels inverkan på medicinerings säkerheten [examensarbete]. Helsingfors: Arcada; 2021.

## SUMMARY

### **Patient safety in primary care and for elderly patients – a case illustrates risks and possible measures**

Safe healthcare means care without preventable harm. Different parts of healthcare face various challenges, with types of harm varying by specialty and context. In primary care, delayed diagnoses dominate serious harm, while in home care settings, challenges often arise from the transfer of information among different caregivers or assistants, thereby increasing the risk of harm from for example medications or complications from catheters, stents, and urinary catheters. Poor continuity of care contributed to the suffering of the patient in this article, showcasing systemic vulnerabilities. To improve patient safety, patient engagement, continuity of care, and information exchange across care transitions are vital. Collaboration among healthcare providers towards shared patient-centred goals is essential for effective and safe care delivery.