



Proaktiv vård av sköra äldre

FÖR DIG SOM ARBETAR I PRIMÄRVÅRDEN



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Proaktiv vård av sköra äldre

FÖR DIG SOM ARBETAR I PRIMÄRVÅRDEN

Upplysningar om innehållet:
Selma Wolofsky, Kunskapsstyrning-ward@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2018

ISBN: 978-91-7585-696-4

Text: Nationella programrådet för primärvård och dess arbetsgrupp
"Sköra äldre"

Illustration omslag: Cajza Stålheim

Produktion: Advant Produktionsbyrå

Förord

Den här verktyglådan är framtagen för dig som vårdar och/eller planerar vård av sköra äldre i primärvården. Syftet är att göra det lättare att identifiera sköra äldre patienter på ett tidigt stadium och planera och utföra proaktiva insatser. Detta för att bidra till en god och jämlik vård av sköra äldre i hela landet.

Här finner du också exempel på hur verksamheter i landet arbetar för att vårda sköra äldre mer proaktivt. Arbetssättet kan också tillämpas på andra sköra patienter än just äldre. I vården av sköra äldre samarbetar ofta landsting/region med kommunen.

Materialet är framtaget av Nationella programrådet för primärvård och dess arbetsgrupp ”Sköra äldre”.

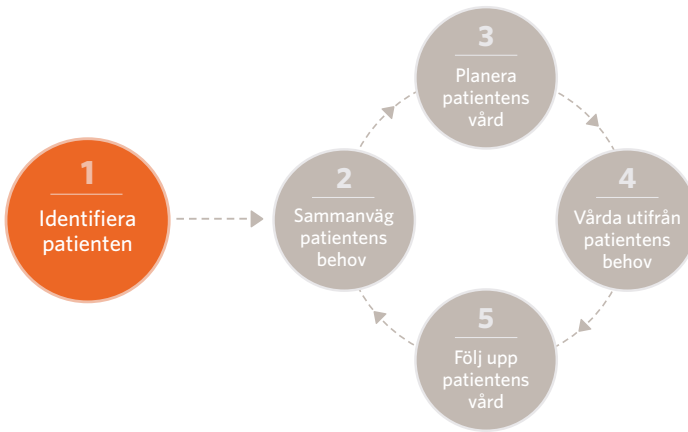
Stockholm i månad 2018

Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

- 6 **Kapitel 1. Identifiera patienten**
- 8 **Kapitel 2. Sammanväg patientens behov**
- 9 Metod för att få en helhetsbild
- 10 **Kapitel 3. Planera patientens vård**
- 11 Planering av patientens vård
- 12 **Kapitel 4. Vårda patienten**
- 12 Vikten av teamets insatser
- 12 Närstående
- 13 Förebyggande och hälsofrämjande vård
- 13 Förebyggande och hälsofrämjande arbete
- 14 Förebygga och behandla undernäring
- 15 **Kapitel 5. Följ upp patientens vård**
- 15 Löpande uppföljning och utvärdering
- 16 Årlig strukturerad uppföljning och utvärdering
- 17 **Kapitel 6. Uppföljning av enhetens verksamhet för sköra äldre**
- 18 Nationella Kvalitetsregister som underlättar uppföljning av verksamhetens vård av sköra äldre
- 18 Övriga källor och stöd som kan användas vid uppföljning
- 19 Funktioner för att säkra en vård anpassad till sköra äldre
- 19 Grundläggande förutsättningar

Identifiera patienten



Det finns flera olika sätt att identifiera just de sköra individer som bör vårdas proaktivt. Bland annat finns det skäl att vara särskilt uppmärksam på:

- › personer i särskilt boende
- › personer med hemsjukvård
- › personer som identifieras som sköra med hjälp av geriatrisk riskprofil:
Om minst tre av följande punkter stämmer in på personen föranleder det misstanke om behov av särskilt omhändertagande:
 - använder fem eller flera läkemedel
 - varit inskriven på sjukhus de senaste tre månaderna
 - svårigheter att gå, förflytta sig eller har nyligen fallit
 - bor ensam
 - har minnesproblem.

EXEMPEL!

Region Örebro län använder denna checklista för att identifiera sköra äldre utifrån en geriatrisk riskprofil.

- **patienter som skrivs ut från sjukhus.** Planeringen ska starta vid inskrivningen och den öppna vården har ett stort ansvar för planering och genomförande av den fortsatta vården och omsorgen i hemmet. Vårdcentralen har en dirigentroll med ansvar för att ange fast vårdkontakt och att sammankalla till samordnad individuell planering, SIP. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård reglerar hur utskrivningen från sjukhus ska gå till.
- **vid oro för patientens vård.** När någon i eller utanför vården hör av sig och är orolig för hur en persons pågående vård, eller avsaknad av vård, fungerar föranleder det en utredning. Under utredningen ges extra stöd vid behov.

EXEMPEL!

Boo vårdcentral arbetar på följande sätt med utredning vid oro för patientens vård.

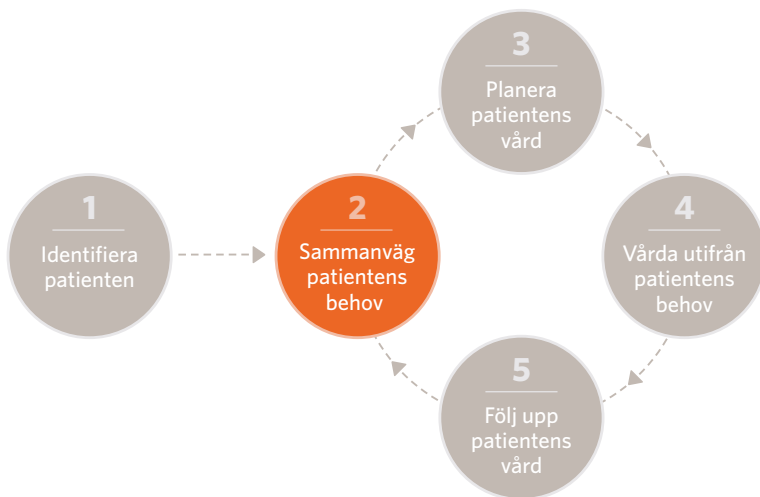
- **vid behov av palliativ vård.** En annan grupp av sköra äldre är gruppen ”äldre i tidig eller sen palliativ fas”. För att de ska ha en möjlighet att i så hög grad som möjligt kunna vårdas och avsluta sina liv i det egna hemmet behöver behovet av palliativ vård uppmärksammas.
- **personer med kognitiv svikt/demens.** Är en grupp som alltid behöver extra tillsyn och anpassad vård, inte minst om de samtidigt också har andra hälsoproblem.
- **personer med psykiatrisk diagnos.**

Verktyg för att identifiera sköra äldre

Verktyget Primärvårdskvalitet gör det möjligt att utläsa kvalitetsdata i realtid och tillbaka i tiden. I verktyget går det att identifiera sköra äldre på den egna enheten genom att studera enskilda indikatorer. Det är bland annat möjligt att rikta sin sökning och välja ut önskat åldersintervall. Sköra äldre i den egna verksamheten identifieras förslagsvis med hjälp av följande indikatorer:

- antal patienter med SIP
- återbesök för patienter med 2, 3 eller ≥ 4 kroniska sjukdomar och ålder ≥ 70 eller 80 år
- andel av listad befolkning över 65 år med demensdiagnos
- andel patienter med olämpliga läkemedel
- prevalens av bensår
- prevalens av diabetes
- prevalens av hjärtsvikt
- prevalens av KOL
- många besök på jour- och/eller akutmottagning.

Sammanväg patientens behov



När en person identifierats som sköra äldre bör den erbjuds en fast vårdkontakt eller samordnare.

Identifiera vilka kompetenser som behövs i teamet runt patienten. Gör en helhetsbedömning utifrån individens önskemål och behov. Inled bedömningen med att träffa patienten och eventuellt närstående för att få deras bild av situationen och vad de önskar. Starta med frågan: *Vad är viktigt för dig/er?* Tänk på att allt som är möjligt att göra inte alltid är lämpligt att göra.

Metod för att få en helhetsbild

Mål

Skapa en helhetsbild av vad patienten och närstående önskar samt hur situationen ser ut ur ett omsorgs-, omvårdnads-, medicinskt-, rehabiliterings- och hälsofrämjande perspektiv.

Insats

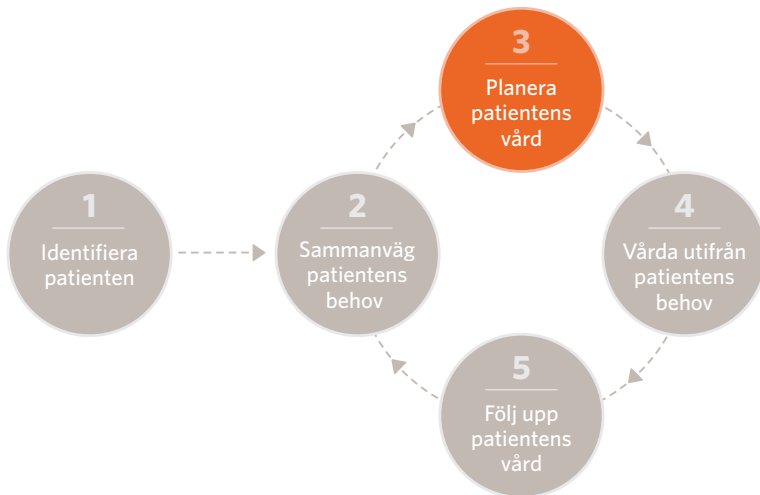
Alla som vårdar patienten eller teamet som helhet har samtal med patienten och dess närstående för att gemensamt identifiera viktiga perspektiv och behov.

För att identifiera behov genomförs en journalgenomgång, samtal och undersökning. Det kan handla om till exempel hälsofrämjande, medicinska, omvårdnads-, psykologiska-, rehabiliterings- och sociala behov.

Arbetsverktyg

- › Läkemedelsgenomgång.
- › Bedöm patientens risker med hjälp av Senior alert (fall, undernäring, munhälsa, trycksår, blåsfunktion och rehabiliteringsbehov).
- › Skattningsinstrument för att identifiera depression hos äldre: GDS-20.
- › Psykisk hälsa (tidigare psykisk sjukdom, anhörigvård, sociala kontakter, försämrad fysisk hälsa, sorg och förlust).
- › Bedömning av kognitiv förmåga (Svenskt Demenscentrum).
- › Bedömning av smärta hos patienter med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal: Abbey pain scale.
- › Tillgänglighet i boendemiljön (användning av hjälpmedel, möjlighet att komma ut, finns hiss, avstånd till viktiga samhällsfunktioner som affär).
- › Social situation och aktiviteter (ensamboende, anhöriga, sociala kontakter viktiga att upprätthålla, vardagliga aktiviteter i relation till miljö och digital teknik, intressen, medverkan i föreningsliv).
- › Levnadsvanor, så som fysisk aktivitet, matvanor, användning av tobak och/eller alkohol. Se ”Ohälsosamma levnadsvanor – Framgångsfaktorer för prevention och behandling”.

Planera patientens vård



För att planera vården kan det finnas behov av till exempel en medicinsk vårdplan, omvårdnadsplan och/eller rehabiliteringsplan. Personer som har stöd från kommunens socialtjänst har dessutom en genomförandeplan som beskriver de sociala insatserna. Planerna ska arbetas fram i samverkan med patienten och eventuellt närstående. När patienten är medskapare av vården av sin hälsa leder det ofta till bättre resultat, för både yngre och äldre patienter. När det finns mer än en plan för individens vård och behov av samordning föreligger tas initiativ till en samordnad individuell plan (SIP). Den som upptäcker behoven av samordning kan ta initiativ till en SIP. Ett bra sätt att inleda en planering tillsammans med patienten är frågan: *Vad är viktigt för dig?*

EXEMPEL!

Västra Götalandsregionen arbetar på följande sätt med "Samverkan över gränserna – för god och säker vård".

På Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) webbplats läser du mer om utformningen av en SIP, här finner du flera bra exempel och en liten skrift som heter SIP för äldre. SKL har också tagit fram en grundutbildning på området med tillhörande utbildningsmaterial. Utbildningen är webbaserad.

Planering av patientens vård

Mål

- › Trygghet för patienten.
- › Tydlighet i vad som planeras.
- › Patienten och eventuella närstående är delaktiga i planeringen och vården.

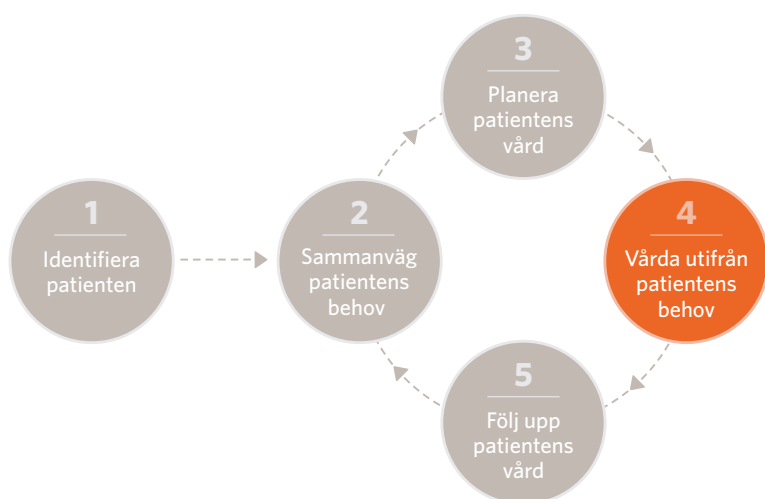
Arbetsverktyg

- › Alla patienter ska ha plan/planer som beskriver hälso- och sjukvårdsinsatserna, till exempel medicinsk vårdplan, omvårdnadsplan, rehabiliteringsplan.
- › Genomförandeplan: Vid behov av kommunala insatser enligt SOL (Socialtjänstlagen) gör kommunen en genomförandeplan.
- › SIP: Vid behov av samordning ska patienten erbjudas en Samordnad individuell plan (SIP).

Här dokumenteras:

- › målsättning
- › planerade insatser
- › vilka kompetenser behöver ingå
- › ansvarsfördelning
- › vilka som är ansvariga och hur de kan nås
- › vad som ska hända om personen försämras
- › hur och när uppföljning ska ske.

Vårda patienten



Vikten av teamets insatser

Patientens behov avgör teamets sammansättning. Teamet träffas, diskuterar och utbyter information löpande och vid behov.

Närstående

Det är viktigt att uppmärksamma närstående som vårdar och stödjer patienten. Kommunen ansvarar för att erbjuda stöd för att underlätta för närstående. Utformningen kan se olika ut men det är viktigt att fråga om och ta del av närståendes situation samt att informera om var de kan vända sig vid frågor eller för att lyfta behov. En del är själva i riskzonen för att bli sjuka. Under vården av den närstående låter de ofta egna behov stå tillbaka. Det kan medföra störd

sömn, stress och innebära mindre utrymme att sköta om sin egen hälsa. Dessutom ökar risken att förlora sitt sociala nätverk när omvårdnaden av en närstående tar allt mer tid och resurser i anspråk.

I samband med att patienten dör uppstår också en risksituation. Det är därför viktigt att anhöriga har stödkontakt och tillgång till medicinsk vård, samt den avlastning de behöver.

TIPS!

Socialstyrelsen har information om [stöd till närstående](#). Information om [Försäkringskassans närståendepenning](#).

Förebyggande och hälsofrämjande vård

Hälsofrämjande strategier för äldre bygger på tre grundläggande mål: att upprätthålla och öka funktionsförmågan, bibehålla eller förbättra egenvården samt stimulera till ett bibehållt eller utökat socialt nätverk.

Levnadsvanor påverkar både sjukdomstillstånd och upplevelsen av hälsa. Många äldre har flera sjukdomstillstånd och det är angeläget att fråga om levnadsvanor och erbjuda möjligheten att få stöd från hälso- och sjukvården att förändra ohälsosamma levnadsvanor. Som för all annan diagnostik och behandling bör det ske på ett sätt som upplevs relevant för patienten.

TIPS!

Stöd finns i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder, samt i skriften "[Ohälsosamma levnadsvanor – Framgångsfaktorer för prevention och behandling](#)".

Förebyggande och hälsofrämjande arbete

Hos sköra personer behöver man utesluta eller behandla orsaker till ökande svaghet, vikt förlust, minskad fysisk ork, att man blir mer långsam eller har en sjunkande aktivitetsnivå.

Exempel på underliggande sjukdomar som kan leda till skörhet är depression, hjärtsvikt, nedsatt sköldkörtelfunktion och tumörer. Behandlingen bör innehålla åtgärder som minimerar fortsatt förlust av vikt, muskelmassa och styrka, vilka alla är tecken på skörhet och innebär risk för framtida funktionsnedsättning.

Exempel på åtgärder som har förutsättningar att förebygga skörhet bland äldre är fysisk träning, proteinrika kosttillskott, D-vitaminskott och att minska antalet läkemedel.

TIPS!

Läs mer om rehabilitering av äldre i en skrift framtagen av Fysioterapeuter och Sveriges Arbetsterapeuter: [Vägen till en jämlik rehabilitering för äldre personer.](#)

Patienter med skörhet har ökad känslighet för sådant som kan leda till stress som till exempel att hamna på sjukhus eller utsättas för olika medicinska åtgärder. Vården behöver minimera risken för fall, funktionsnedsättning, sjukhusvård och dödsfall. Progressiva sjukdomar där primär och sekundär prevention är möjlig behöver behandlas och i behandlingen behöver man ta hänsyn till personens samlade sjukdomsbild. Sjukhusvård och omfattande utredningar och behandlingar bör undvikas om det är möjligt. Miljön i hemmet behöver anpassas. Olika sjukdomars och läkemedels negativa påverkan behöver minimeras. Fysisk träning behöver introduceras/ökas och patientens kost och eventuella behov av kosttillskott behöver bedömas.

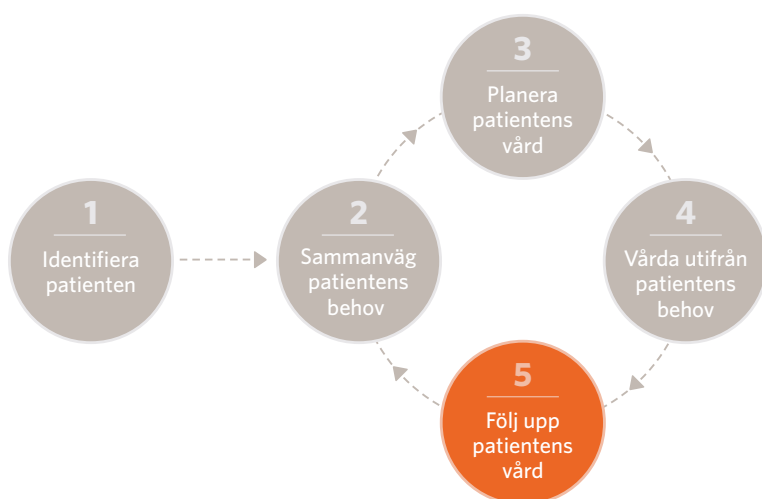
Förebygga och behandla undernäring

Flera studier visar att andelen med undernäring är förhöjd bland äldre t ex bland personer i behov av hemsjukvård. Var frikostig med att göra en nutritionsbedömning vid undervikt, ofrivillig viktförlust eller ätsvårigheter. MNA (Mini Nutritional Assessment) ingår i Senior Alert och är ett verktyg för att kunna bedöma detta. VISS är ett kunskapsstöd framtaget för Stockholms läns landsting som ger stöd i handläggning vid undernäring hos äldre.

Exempel på problem då man bör vara extra uppmärksam är tugg- och sväljsvårigheter, svårigheter i matsituationen, nedsatt munhälsa, nedsatt aptit, bristande matvanor, problem med mag-tarmfunktionen och kognitiv svikt. Exempel på sjukdomar där man bör vara extra uppmärksam är demenssjukdomar, kronisk obstruktiv lungsjukdom, hjärtsvikt, Parkinsons sjukdom samt resttillstånd efter stroke.

KAPITEL 5

Följ upp patientens vård



Löpande uppföljning och utvärdering

Patientens vård och fortsatta behov behöver följas upp och utvärderas. Hur ofta avgörs både av patientens hälsa och den sociala situationen. I samband med att en SIP skrivs, planeras också när och hur uppföljning ska ske. Om patientens hälsa eller situation förändras behöver ny uppföljning och planering ske.

Årlig strukturerad uppföljning och utvärdering

Alla sköra patienter behöver få en strukturerad genomgång minst en gång per år. Denna innefattar att alla ansvariga genomför aktuella undersökningar och har samtal. Det innebär också att arbeta strukturerat med:

- › läkemedelsgenomgång
- › genomgång med Senior alert
- › värdering av demensutveckling, dels för ställningstagande till pågående medicinering, dels med hjälp av indikatorerna i SveDem och vid behov från BPSD-registret
- › indikatorerna i Svenska Palliativregistret, vid palliativ vård.

Resultatet av ovan klagör individens behov och kan användas som underlag för ny planering tillsammans med patienten och eventuella närstående. Den kan också användas som underlag när det finns behov av att revidera den individuella planen.

Uppföljning av enhetens verksamhet för sköra äldre

För att värdera verksamhetens förmåga att ge god vård till sköra äldre behövs en uppföljning av vården på verksamhetsnivå. Det är många faktorer som påverkar vilken vård den enskilda patienten får och vad som, utifrån denna vård, behöver följas.

TABELL 1. Nedan följer ett urval av indikatorer som man kan följa via Primärvårdskvalitet

| Indikator | Källa | Indikatornamn i Primärvårdskvalitet |
|---|---------------------|-------------------------------------|
| Antal genomförda SIP | Primärvårdskvalitet | Sa4 |
| Andel SIP som följts upp | -" | Sa5 |
| Kontinuitet för patienter med SIP | -" | Ko |
| Återbesök för patienter med 2, 3 eller \geq 4 sjukdomar och ålder \geq 70 och 80 år | -" | S/P2 |
| Kontinuitet för patienter med samsjuklighet | -" | Ko3 |
| Andel patienter med Alzheimer demens eller ospecificerad demens, som förskrivits demensläkemedel | -" | De4 |
| Andel patienter med demens och antipsykotiska läkemedel | -" | De2 |
| Återbesök för patienter med demensdiagnos | -" | De3 |
| Samsjuklighet vid demens | -" | De5 |
| Andel personer \geq 75 år med läkemedel som bör undvikas till äldre | -" | Ä1 |
| Andel personer \geq 75 år med läkemedel som påverkas av njurfunktion som har uppmätt njurfunktion | -" | Ä2 |
| Prevalens av bensår | -" | Be1 |
| Andel patienter med bensår och etiologisk diagnos | -" | Be2 |
| Uppföljning efter exacerbation av KOL | -" | Sa3 |

Några exempel på uppföljningsområden är patientens och närståendes upplevelser av vården (känsla av delaktighet, trygghet och god information), personalens upplevelse av arbetet och hälsoekonomiska aspekter till exempel patientens vårdkonsumtion och om man utnyttjar verksamhetens resurser på bästa och mest effektiva sätt för att gagna patienten.

TIPS!

Läs mer på [Primärvårdskvalitet](#).

Nationella Kvalitetsregister som underlättar uppföljning av verksamhetens vård av sköra äldre

Medverkan i följande Kvalitetsregister erbjuder god möjlighet att följa upp vården av sköra äldre och ger även stöd till förbättringsarbete.

Senior alert

Stöd till en vårdpreventiv process avseende fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion och rehabilitering. Riskbedömning, orsaksanalys, åtgärder och uppföljning.

SveDem

Stöd i utredning vid kognitiv svikt. Innehåller kvalitetsindikatorer för demensvård.

BPSD-registret

Stöd för bedömning och åtgärder vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD).

Svenska Palliativregistret

Stöd och kvalitetsindikatorer för vård i livets slut.

Rikssår

Stöd för bedömning och åtgärder vid svårläkta sår.

Övriga källor och stöd som kan användas vid uppföljning

Webbkollen

Webbkollen är en IT-baserad, strukturerad intervjumetod där frågorna anpassats till olika patientgrupper: återinskrivna på sjukhus, sjuksköterskesamtal inom 72 timmar från utskrivning från sjukhus eller uppföljning av vård i ordinärt boende.

Funktioner för att säkra en vård anpassad till sköra äldre

För att vården i hemmet ska fungera för sköra äldre med deras komplexa problematik som ofta kombineras med nedsatt autonomi och förhöjd risk vid till exempel besök på akuten krävs att vården skapar speciella funktioner.

Överordnade målsättningar är trygghet för patienten och mesta möjliga tid hemma.

Grundläggande förutsättningar

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt kan erbjuda kontinuitet, känner till patientens situation och historia och ansvarar även för samordning. Då slipper patienten upprepa sin historia vid varje nytt besök. Detta kan och till exempel vara en samordningssjuksköterska.

Skapa tillgänglighet och trygghet

- › Direktnummer som patient, närstående och de som deltar i vården kan använda.
- › Kontaktuppgifter till ansvariga. Denna information måste vara tillgänglig för patienten, närstående och all personal som deltar i vården.
- › Jourorganisationen erbjuder akut och planerad tillgänglighet för bedömning per telefon och vid behov, via akut eller planerat hembesök av sjuksköterska eller läkare, alla dagar dygnet runt.

Teamarbete

Det är viktigt att bedriva en trygg och sömlös vård i hemmet där alla som deltar känner varandra, känner till målsättningen med vården, vad som ska ske och vilka som är ansvariga samt vet hur man får kontakt med varandra.

Alla som deltar är uppdaterade angående vad som sker och har gemensam information.

Förutom patienten och eventuellt närstående bör idealt alla professioner som behövs i patientens vård och rehabilitering vara representerade i teamet. Om kompetens eller resurs saknas för detta får man hitta olika sätt att kompensera för det, till exempel samverkan över vårdgränser.

Målsättning vid hemsjukvård

Målsättningarna är mesta möjliga tid hemma, undvika akuten/sluten vård, att kunna intensifiera insatserna i hemmet runt patienten, akut eller planerat då behov uppstår.

För att detta ska bli möjligt krävs att:

- › tid avsätts för akut och planerad läkarmedverkan
- › det finns tillräcklig med tid och rätt kompetens för att vården ska kunna vara trygg och säker
- › det finns en fungerande jourorganisation, se ovan under tillgänglighet
- › det finns en överenskommelse med vårdgrannar, sjukhus/särskilt boende/hemsjukvård/hemtjänst/vårdcentral om samarbete för att lösa situationen på bästa sätt då pågående vård i hemmet inte räcker för att klara situationen.

Trygg och sömlös medicinsk vård för patienten utanför primärvården

Läkarna och sjuksköterskorna i primärvården bör ha ett samordningsansvar. Gäller samordningen rehabilitering bör arbetsterapeut eller fysioterapeut vara samordnare. Genom att arbetet sker med helhetssyn och generalistperspektiv går det att påta sig ansvaret att samordna olika insatser och anpassa dem till patientens behov.

Ledningens och systemets ansvar

För att ovanstående funktioner ska kunna finnas i vården av de sköra äldre, krävs att ledningen skapar förutsättningar för det. Nedan listas exempel på sådana förutsättningar.

Avtal/överenskommelser mellan ingående enheter

Överenskommelser mellan landsting och kommun och mellan sjukhus och primärvård – vem ansvarar för vad och hur ska samarbetet ske.

Resurser, rutiner, tekniskt stöd, schemaläggning för att skapa:

- › tillgänglighet
- › fast vårdkontakt
- › tid i schemat
- › skriftlig informationsdelning och gemensam planering.

Skapa en anpassad jourorganisation

- › Identifiera och åtgärda eventuella brister i den befintliga jourorganisationen.
- › Jourorganisationen ska kunna erbjuda tillgänglighet 24 timmar om dygnet, 7 dagar i veckan.

Proaktiv vård av sköra äldre

FÖR DIG SOM ARBETAR I PRIMÄRVÅRDEN

Primärvården är viktig för att sköra äldre ska kunna leva ett tryggt och självständigt liv utan att behöva vistas på sjukhus i onödan. Kunskap och erfarenhet finns om hur skörhet kan förebyggas. Detta material innehåller stöd för att identifiera, bedöma, planera och följa upp patienter som risker att utveckla skörhet.

ISBN 978-91-7585-696-4

Beställ eller ladda ner på webbutik.skl.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skl.se



Sveriges
Kommuner
och Landsting