

Vägledning för att organisera mottagande för äldre personer i primärvården



Förord

Detta dokument avser att stödja dig som arbetar i primärvården att ge en proaktiv, god, säker och tillgänglig vård för äldre personer i Region Stockholm.

Dokumentet är framtaget av Akademiskt primärvårdscentrum och kunskapsteamet "Äldre personers hälsa". Arbetsgruppen har utgått från Region Stockholms förfrågningsunderlag för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård och för primärvårdsrehabilitering, fokusområden definierade av Regionalt programområde primärvård, skriften "Proaktiv vård av sköra äldre", Sveriges Kommuner och Regioner och i dialog med medarbetare i vården. Dokumentet lyfter även fram goda exempel från enheter i regionen som inspiration i arbetet med att organisera mottagandet av äldre på din arbetsplats.

Stockholm, juni 2022

Kunskapsteamet Äldre personers hälsa, Akademiskt primärvårdscentrum, Region Stockholm

Upplysningar om innehållet:

Christina Sandlund

christina.sandlund@regionstockholm.se



1. Identifiera personer med särskilda behov

I primärvårdens uppdrag ingår att kontinuerligt identifiera de personer som har störst behov av ett särskilt mottagande, såsom äldre personer med stora och sammansatta vårdbehov och risk för sviktande hälsa. Det finns skäl att särskilt uppmärksamma de som har:

- Skörhet (progredierande tillstånd som ökar risken för sårbarhet vid fysisk, psykisk och social påfrestning), kronisk sjukdom, långvarig psykisk ohälsa och/eller samsjuklighet.
- Omfattande funktionsnedsättning såsom kognitiv svikt och minnesproblem och/eller svårigheter att gå eller förflytta sig.
- Skrivits ut från slutenvård.
- Behov av insatser från flera vård- och omsorgsgivare.
- Hemsjukvård.

Förslag på proaktiva insatser för att identifiera personer som har behov av ett särskilt mottagande:

- Identifiera personer med särskilda behov med hjälp av kvalitetsregister, till exempel Primärvårdskvalitet (Medrave 4), Senior alert eller Nationella diabetesregistret (NDR).
- Årliga utskick med information till listade patienter som är 75 år och 85 år med beskrivning av mottagningens mål, syfte och arbetssätt när det gäller mottagandet för äldre samt med information om telefontider och telefonnummer direkt till mottagningen. Denna information och kan underlätta för patienten att ta kontakt med vårdcentralen.
- Fånga upp och vidare utreda oro som uttrycks av någon i personens omgivning. Det kan exempelvis vara en närstående, granne, hemtjänst eller biståndshandläggare som uttrycker oro för en person.
- Fånga upp patienter som ofta söker vård på mottagningen och de som ofta uteblir från årliga besök och vidare utforska orsaker till detta.

Personer som identifieras vara i behov av ett särskilt omhändertagande kan bjudas in till ett orienterande besök/hembesök, till exempel ett hälsosamtal eller läkarbesök. Även närstående kan bjudas in till besöket.



2. Lyssna in och bedöm behov

Normala förändringar i samband med att åldras är att fysiska och kognitiva funktioner försämras. För många äldre personer inträffar också viktiga sociala förändringar, exempelvis i samband med pension från arbete och om nära vänner eller partners blir sjuka eller dör. Det kan innebära många nya situationer att förhålla sig till under åldrandet, både praktiska och existentiella. För att skapa en helhetsbild av patientens behov behöver du höra patientens (och närståendes) beskrivning av situationen och förväntningar på vården. Du som vårdgivare behöver ha ett generalistperspektiv i mötet för att kunna bedöma patientens resurser, samlade sjukdomsbild och unika behov. Många gånger krävs lite längre besök och även uppföljande besök för att kunna göra en bedömning. Identifiera vilka kompetenser och professioner som behövs i teamet för patienten. Uppmärksamma även närståendes behov av stöd.

Förslag på hjälpmedel vid medicinsk undersökning och bedömning av funktionsförmåga och omvårdnadsbehov:

Hälsosamtal.

- Hälsosamtalens syfte är att utifrån personens individuella behov främja hälsa och förebygga sjukdom. Genom hälsosamtal kan behov, hälsoresurser och egenvårdsmotivation identifieras och social situation och boendemiljö utforskas. Meny/Agenda kan vara ett hjälpmedel när du och patienten tillsammans prioriterar vad som är viktigast att tala om.

Instrument för symtomskattning och riskbedömning, exempel:

- Safe Medication Assessment (SMA) och Phase-20, säker läkemedelsanvändning.
- Clinical Frailty Scale (CFS), bedömning av skörhet.
- Mini Nutritional Assessment (MNA), risk för undernäring.
- Geriatric Depression Scale (GDS), screening av depression.
- Insomnia Severity Index (ISI), symtomskattning av sömnbesvär.
- Mini Mental State Examination (MMSE-SR), bedömning av kognitiva funktioner.
- Downton Fall Risk Index (DFRI), risk för fall.

Erbjud patienten listning på namngiven läkare och en fast vårdkontakt (till exempel distriktssköterska med samordningsansvar). Ge skriftlig information om kontaktuppgifter till fast vårdkontakt och läkare och hur, var och när de kan söka eller kontakta vårdcentralen och jourverksamhet kvällar/helger. Informera gärna närstående om Stockholms stads anhörigstöd.



3. Planera vård i dialog

Syftet med vårdplaner är att i samråd med patienten bestämma vårdens fortsatta inriktning. Det behöver finnas tid och rutin för att dokumentera diagnoser, mål och planerade åtgärder utifrån ett medicinskt perspektiv, rehabiliteringsperspektiv och omvårdnadsperspektiv. Det är också viktigt att närstående som vårdar och/eller stödjer patienten bjuds in att vara delaktiga i frågor som rör planering av vården och att deras behov av stöd tillgodoses.

Patientkontrakt är en överenskommelse som vårdgivaren och patienten utformar tillsammans och kan vara ett sätt att säkerställa delaktighet, samordning, tillgänglighet och samverkan, med patientens perspektiv som utgångspunkt.

Planera uppföljning utifrån överenskomna vårdplaner och anpassas efter patientens behov och möjligheter. Beslut tas med patienten och närstående om vem som tar initiativ för uppföljningen. Om patienten själv inte kan ta ansvar för sin uppföljning kan väntelista vara ett verktyg. Vårdenheten behöver skapa möjlighet för teambesök och/eller ronder om det finns behov av detta.

Anpassa bemötande, kommunikation och insatser utifrån patientens funktionsförmåga. Det kan behövas avsättas extra tid för besök, hembesök, samverkan och involvering av patientens närstående och nätverk.

Har patienten behov av både kommunal omsorg och sjukvård från regionen behöver en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. En SIP kan också behöva upprättas när ansvarsfördelning behöver tydliggöras, vid upprepade besök i vården, vid utskrivning från sjukhus eller vid återinskrivning på sjukhus, när patienten är tillfälligt eller kroniskt sjuk och försvagad och vid kognitiv svikt.

SIP upprättas tillsammans med patienten, eventuell närstående och samtliga vård- och omsorgsgivare och ska utgå från patientens mål med vården och omsorgen. Skapa överenskommelser och rutiner för samverkan med lokala vård- och omsorgsgivare.

SIP samordnar och tydliggör ansvaret mellan olika huvudmän, vem som gör vad och när, och synliggör planeringen så att rätt insatser ges i rätt tid och ordning. SIP ger också patienten inflytande och en möjlighet att få vara delaktig i planeringen av sin vård och omsorg.



4. Vårda utifrån behov

Samordning, teamarbete, tydliga roller och ansvarsfördelning samt delaktig patient och närstående är en förutsättning för att främja ett hälsosamt åldrande, vilket innebär att stödja personen att utveckla och bibehålla en funktionsförmåga som möjliggör en känsla av välbefinnande. Hälsoproblem och sjukdomar behöver utredas och behandlas utifrån personens situation och samlade sjukdomsbild. Genom att begränsa besvärande sjukdomssymtom och minimera biverkningar av läkemedelsbehandling kan hälsa och välbefinnande optimeras. Orsaker till ökande svaghet, viktförlust, minskad fysisk ork och aktivitetsnivå behöver identifieras, utredas och behandlas.

Hälsofrämjande insatser är angelägna, som att erbjuda stöd till egenvård och/eller beteendeförändring för att bibehålla eller förbättra hälsosamma levnadsvanor, psykisk hälsa, funktionsförmåga, livskvalitet och egenvårdsförmåga samt insatser för att stimulera till ett bibehållt eller utökat socialt nätverk. Inom kommun och civilsamhälle finns ett stort utbud av verksamheter samt möjligheter att engagera sig som volontär för de som själva vill bidra med något meningsfullt för andra. Som vårdcentral kan det vara värdefullt att samarbeta med till exempel äldrelots, äldreкурator, anhörigkonsulent, socialbibliotekarie, volontärsamordnare, med flera, sin lokala kommun för att kunna erbjuda ett lämpligt socialt stöd utifrån den äldre personens behov och resurser.

Patienten erbjuds vård i hemmet om behov föreligger. Patienter med ett sådant behov har ofta insatser från flera vårdgivare. Rutiner för god samverkan är därför extra viktigt. Hur det samverkansarbetet organiseras beror på lokala förutsättningar

En förutsättning för att kunna tillfredsställa komplexa behov är en flexibel verksamhet. Samverkan behöver ske mellan vårdnivåer och över huvudmannagränser. Flera funktioner, arbetsgrupper och specialiserade mottagningar inom samma vårdenhet behöver kunna samarbeta och främja aktiva övergångar av ansvaret för att koordinera patientens stöd mellan sig. Till exempel kan en patient som inte längre uppfyller kriterierna för hemsjukvård fortsatt behöva följas av vårdpersonal med annan funktion på vårdcentralen. Det behövs också flexibilitet för att möta behovet av både långsiktigt planerad vård och mer akuta insatser.

Erbjud digitala tjänster (till exempel videobesök och internetbehandling) och tekniska hjälpmedel (till exempel egenmonitorering) baserat patientens behov, önskemål och förutsättningar.



5. Följ upp vård

Om patientens hälsa, situation eller mål med vården förändras behöver ny planering ske och vårdplanerna uppdateras. Patientens vård och fortsatta behov behöver därför följas upp regelbundet och utvärderas genom att utgå från uppsatta mål.

Förutom att följa upp enskilda insatser som initieras bör en strukturerad uppföljning erbjudas minst en gång per år, där närstående och de delar av teamet som är involverade i patientens vård deltar. En strukturerad uppföljning kan innefatta hälsosamtal, instrument för symtomskattning och riskbedömning och läkemedelsgenomgångar. En enkel läkemedelsgenomgång bör erbjudas vid varje läkarbesök och fördjupad läkemedelsgenomgång vid behov, men minst en gång per år.

Väntelistor kan vara ett sätt att säkerställa strukturerade uppföljningar då personer med stora och sammansatta vårdbehov kan ha svårt att själva ta kontakt och organisera sin vård. Se över hur patientens besök kan samordnas om det är vad patienten önskar.

Vården av äldre personer kan även följas upp på verksamhetsnivå genom kvalitetsregister, till exempel Primärvårdskvalitet, NDR, Svenska Demensregistret, Palliativregistret och Senior alert. Exempel på indikatorer att följa i Primärvårdskvalitet:

- Andel personer med SIP.
- Andel patienter 80 år eller äldre med undernäring.
- Andel patienter ≥ 75 år som behandlas med läkemedel som bör undvikas.
- Kontinuitetsindex för personer med kronisk sjukdom (läkare, sjuksköterska, fysioterapeut eller arbetsterapeut) och kontinuitetsindex för personer med samsjuklighet.



6. Inspirerande exempel på särskilt mottagande för äldre i Region Stockholm

Medfit primärvårdsrehabilitering Flemingsberg arbetar på flera sätt för att främja ett hälsosamt åldrande

Vi har en studiecirkel som heter "Aktiv livsstil" där äldre personer med en inaktiv livsstil eller fallrisk erbjuds att delta. Deltagarna får träffa en fysioterapeut som informerar om vikten av fysisk aktivitet för att bibehålla hälsan samt öka livskvalitén i vardagen. Utöver det får deltagarna träna med en fysioterapeut två gånger per vecka under en 10 veckors period, för att introducera den äldre personen till en mer aktiv livsstil. Träningen syftar till att öka kondition och styrka och minska fallrisk. I studiecirkeln ingår det även träffar med arbetsterapeut som bland annat informerar om insatser i hemmet för att minska risken för fall samt tips som underlättar i de dagliga livets aktiviteter. Under studiecirkeln träffar även deltagarna en dietist som pratar om kostvanor som kan påverka deras hälsa.

Vi jobbar aktivt med förskrivning av Fysiskt Aktivitet på Recept (FaR) där vi förskriver FaR till äldre som inte uppfyller rekommendationerna vad gäller fysisk aktivitet. Vi har en digital autoanamnes som patienterna fyller i inför nybesöket hos våra terapeuter. I autoanamnes får sedan patienten svara på frågor kring hur aktiv patienten är, tex genom att svara på hur många minuters aktivitet som denne når upp till per vecka. Detta underlättar för terapeuten att kunna bilda sig en uppfattning om aktivitetsnivå samt därefter bedöma om och vilken typ av FaR patienten är i behov av.

Vi även tillgång till gym där patienter introduceras till en friskvårdsmiljö med kompetent personal närvarande. Till exempel så handleder vi äldre patienterna i gymmet, guidar dessa i hur man bygger upp ett träningsprogram som passar för det enskilda och sedan visa hur man stegrar detta med tiden. På så sätt försöker vi inspirera och motivera patienten till ett liv i rörelse och att bli självständig i sin träning och aktivitet i det dagliga livet. Ett ledord för oss är att träningen ska vara rolig och utmanande så att den äldre sedan är motiverad att fortsätta sin aktivitet på egen hand, vare sig det är på gymmet, i hemmet eller i parken!

Aleris rehab Flemingsberg startade 2021 en träningsgrupp för personer över 75 år, med fokus på att förbättra muskelstyrkan

Vi startar varje tillfälle med en gemensam lättare uppvärmning för hela kroppen i cirka 10 minuter, sedan tränar patienterna 30–40 minuter med utrustning i gym, tills de känner sig klara för dagen. Samtliga patienter som deltagit nämnde redan innan träningsstart att en viktig faktor till att vilja delta var den sociala biten. Träningen erbjuds två gånger i veckan under 12 veckor och vi har nyligen haft de avslutande testerna för några av deltagarna.

Surbrunns vårdcentral arbetar aktivt för patientsäkerhet för äldre personer med diabetes

Vi gör regelbundet en sökning via Nationella diabetesregistret med sökparametrarna äldre, insulinbehandling och HbA1c <50 mmol/mol. Detta för att tidigt upptäcka överbehandling med risk för hypoglykemi.

Så här arbetar Torsviks vårdcentral i hemsjukvården

Torsviks vårdcentral har vi en fast hemsjukvårdsläkare samt en ST-läkare som ansvarar för hemsjukvården. Utöver det så är våra patienter indelade i områden där två sjuksköterskor eller undersköterskor ansvarar för ett område. På så vis får alla patienter träffa samma vårdpersonal och säkrar kontinuitet. Det gör det tydligt för patienterna vem de ska kontakta.

Äldremottagning på Skärholmens vårdcentral

På Skärholmens vårdcentral har vi en egen väntelista för sköra äldre. Personer som har CFS 5 poäng eller högre erbjuds en fast vårdkontakt hos specialistsköterska på vår äldremottagning. Utifrån patientens behov kallas patienten minst en gång per år till både sjuksköterska och läkare. Patientens behov och önskemål avgör om det blir teambesök eller inte. För patienter som har svårt att ta sig till vårdcentralen men inte har behov av hemsjukvård planeras hembesök från äldremottagning. Äldremottagning har även ansvar att följa upp personer som skrivs ut från sjukhus men inte har behov av hemsjukvård. Äldremottagning har ett nära samarbete med hemsjukvården där patienter som får ändrade behov rapporteras över från antingen hemsjukvård till äldremottagning eller tvärt om.