

Äldrevårdsmottagningar i Region Östergötland – forskning och praktisk vardag

Magnus Nord Distriktsläkare, Med Dr



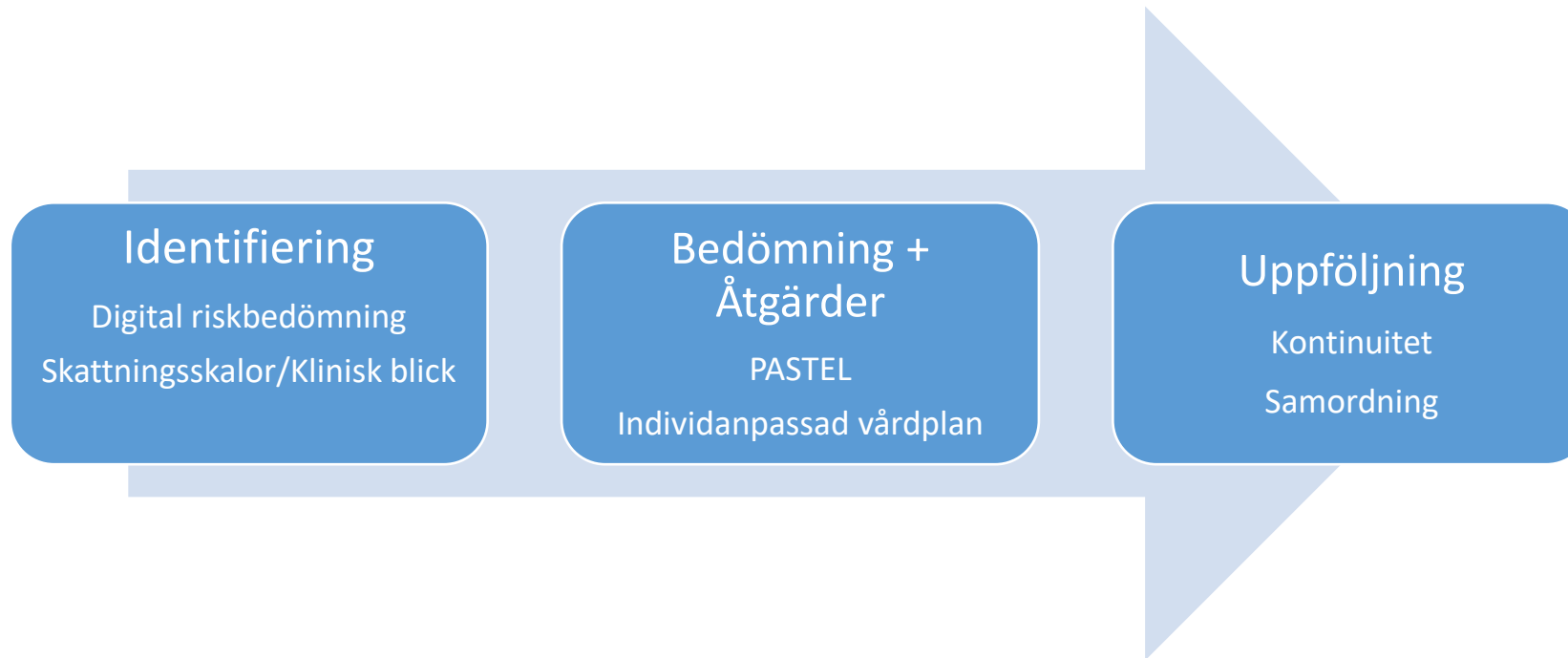
Innehåll

- Varför äldrevårdsmottagningar?
- Interventionsstudien Riktad Primärvård
- Praktiskt arbete på äldrevårdsmottagningar
- Att använda Clinical Frailty Scale
- Fortsatt utveckling i SAFE-studien

Anpassa vården efter hälsa och behov



Vägen mot proaktiv vård för sköra äldre



Riktad Primärvård 2017-2020

- 9 aktiva vårdcentraler + 10 kontrollvårdcentraler
- 800 + 800 patienter över 75 år varav ca 500 fick interventionen
- Deltagare valdes ut med sökning i vårddata : äldre personer med risk för sjukhusinläggning
- Fördjupad hälsobedömning och uppföljning efter behov till riskgrupp
- 17% färre inläggningar och 22% färre dagar på sjukhus och oförändrat behov av primärvård
- Ingen signifikant skillnad i livskvalitet - enkät
- Kostnadseffektivt
- Djupintervjuer med patienter och fokusgrupper med medarbetare

Slutsatser

- Det går att minska behovet av slutenvård genom en relativt liten insats i primärvården
- Att söka ut riskpatienter med en prediktionsmodell fångar en grupp med stora vårdbehov
- Det viktigaste för patienterna är kontinuitet och trygghet

Tolkning:

- Primärvården bör vara navet i vården av sköra äldre
 - Äldrevårdsmottagning en möjlig arbetsmodell
- Resultaten motiverar resursöverföring från slutenvård till primärvård

Internationell jämförelse

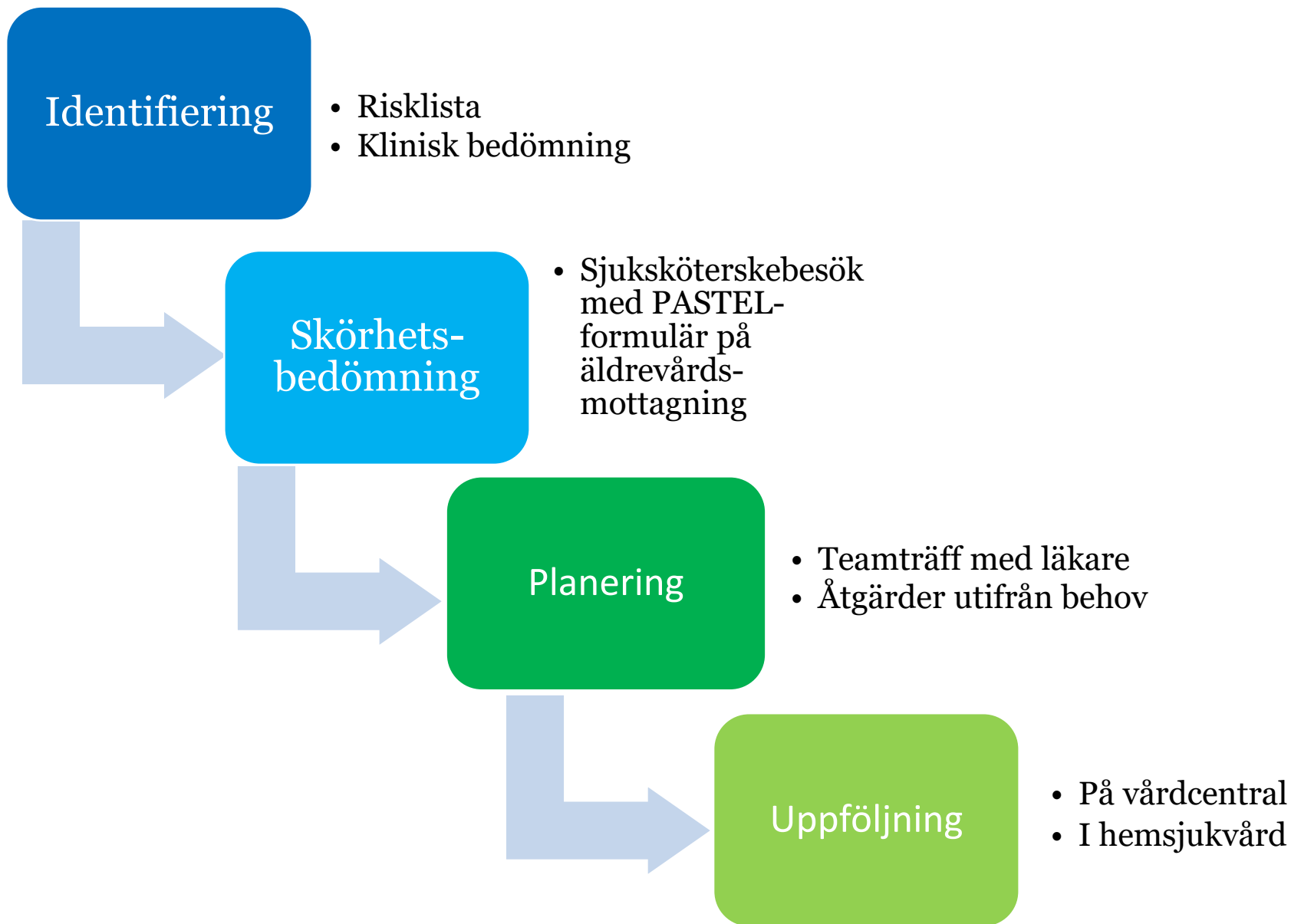
- Motstridiga resultat både nationellt och internationellt
- Svårt att göra jämförelser mellan komplexa interventioner
 - Olika interventioner
 - Olika uppföljningsmått
 - Olika sjukvårdssystem
- Hypotes: Ju bättre primärvården fungerar- desto mindre tilläggseffekt av särskilda satsningar på sköra äldre (Nederländerna)
- Ändå finns tydlig rekommendation : identifiera, kartlägg - individanpassad vård

Vad säger sköra äldre personer om delaktighet?

- Stark önskan att vara delaktig
- Svårt att förstå sjukvårdssystemet
- Upplevelse att sjukvården inte samarbetar bra
- Viktigt med relationer, att känna sin läkare och sin sjuksköterska
- Önskan att ha "en spindel i nätet"

Uppföljningsintervjuer riktad primärvård

- Viktigt med kontaktsköterska som känner en och fixar och tar ansvar för helheten
- Önskar mer kontinuitet hos läkare
- Egen telefonlinje uppskattas väldigt mycket
- Tar en dag i taget och accepterar det som sker – planerar inte framåt
- Önskan att ej bli beroende av hjälp, slippa smärta och ångest



Syfte med bedömningsstöd -PASTEL

- Helhetsbedömning
 - Identifiera behov av utredning, stöd och andra åtgärder
 - Utforska patientens önskemål – viktiga samtal
 - Bedöma grad av skörhet – Klinisk skörhetsskala
-
- Understödja teamarbete
 - Ca 1 tim samtal + 20 min teamträff



PASTEL 2.0

Primary care **AS**essment Tool for **EL**derly - Bedömningsstöd för äldre i primärvård

Personnummer Datum för besök

Patientens Vårdcentral

namn..... Intervjuare/SSK.....

Pastel 2.0 får reproduceras för kliniskt bruk. Manual och annan info finns på <http://liu.se/forskning/pastel>
Kontakt: magnus.nord@liu.se

1. Vilka är de hälsoproblem som påverkar dig mest?

.....
.....

2. Upplevd hälsa

- ☐ Utmärkt
- ☐ Mycket god
- ☐ God
- ☐ Någorlunda
- ☐ Dålig

3. Upplevd hälsa i dag jämfört med för 1 år sedan

- ☐ Mycket bättre
- ☐ Något bättre
- ☐ Ungefär detsamma
- ☐ Något sämre
- ☐ Mycket sämre

4. Symtom under de senaste 6 månaderna

Nedsatt kraft i armar/ben

Ökad yrsel och/eller ostadighet

Ramlat/fallit någon gång

Ökad andfåddhet

Ökad trötthet/nedsatt ork

Ja

Nej

Kommentar:

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

5. Läkemedel a) Antal olika läkemedel per dag? b) Notera avvikelser mellan vad patient tar och läkemedelslista i Cosmic/Pascal ☐ Ja, överensstämmer ☐ Nej, överensstämmer inte Om nej, vad:.....	c) Läkemedelshjälp ☐ Ingen hjälp ☐ Dosett ☐ Delar själv ☐ Har hjälp att dela ☐ ApoDos		d) Svårigheter att inta läkemedel/inhalation/ ☐ Nej ☐ Ja, vilka:..... e) Biverkningar ☐ Nej..... ☐ Ja, vilka	
6a. Boendeform ☐ Ensam ☐ Med make/maka/sambo ☐ Med barn/annan person	6b. Typ av boende ☐ Ordinärt boende ☐ Serviceboende ☐ Särskilt boende		7. Anhöriga/vänner ☐ Har anhöriga/vänner på nära håll ☐ Har anhöriga/vänner endast på annan ort ☐ Nej, inga anhöriga/vänner	
8. ADL (Aktiviteter i dagliga livet)	Klarar själv	Delvis beroende av hjälp	Helt beroende av hjälp	
På-/avklädning	☐	☐	☐	
Intag av föda	☐	☐	☐	
Toalettbesök	☐	☐	☐	

PASTEL 2.0

21. Status

Blodtryck (sittande).....
(stående efter 3 min).....
Puls.....
Längd.....
Vikt.....
BMI.....
Saturation

22. Labbscreening

Hb.....
Kreatinin.....
(Ytterligare prover: skriv nedan)
.....
.....
.....

23. Munhälsa (inspektion)

Har patienten problem i munnen/svalget

- ☐ Nej
☐ Ja, typ av problem:.....

24. Sår (inspektion)

- ☐ Nej
☐ Ja, typ av sår:.....

25. Avslutande frågor till patienten

a) Vad är viktigast för dig att få hjälp med nu?

.....
.....

b) Vad kan du själv påverka/göra?

.....
.....

c) Har du några farhågor eller känner oro inför framtiden? (om ja, på vilket sätt?)

.....
.....

d) Hur ser du på ditt behov av stöd och hjälp i hemmet närmaste året?

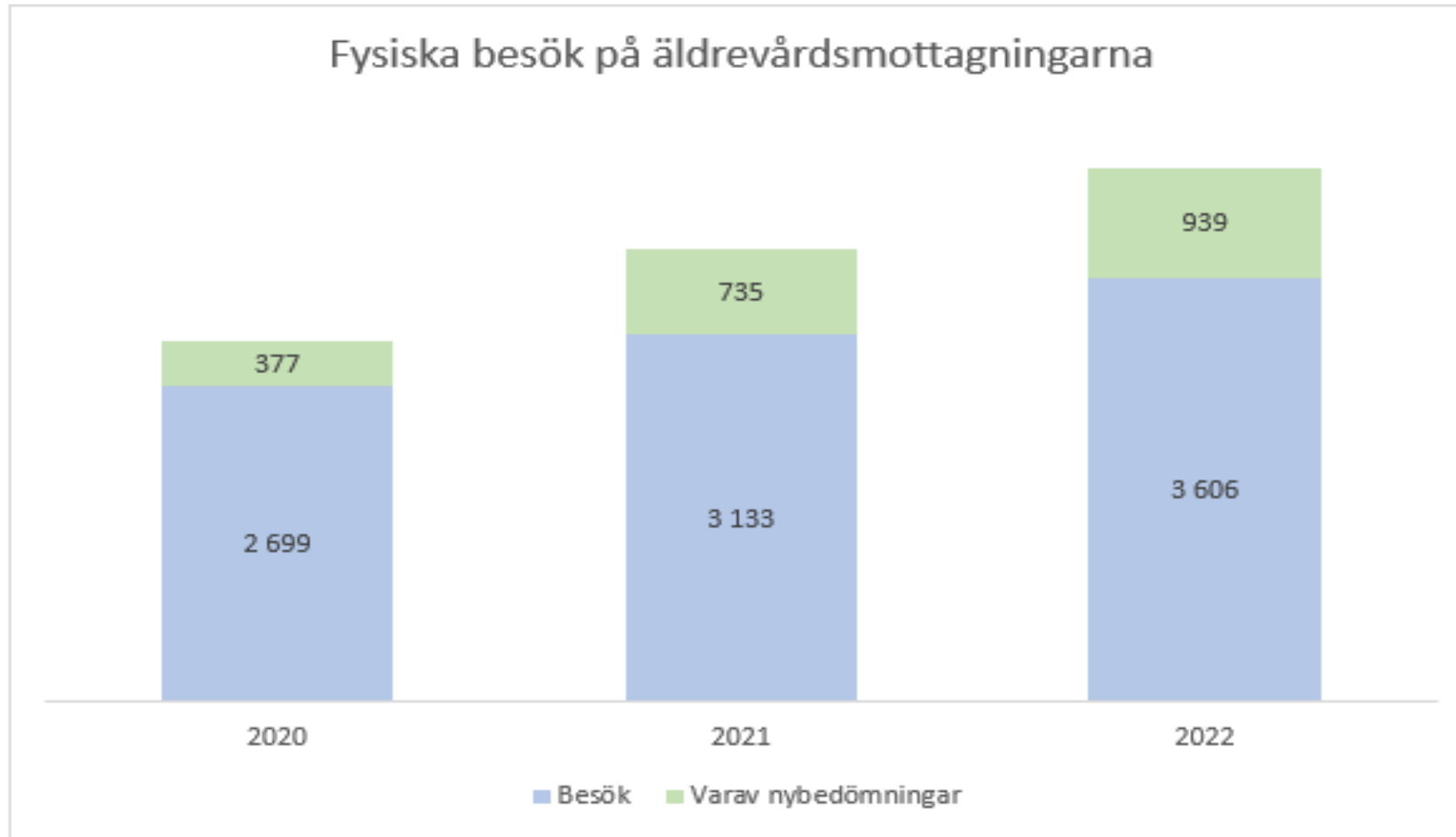
.....
.....

Åtgärder	Redan utförda (Senaste 3 månaderna)	Planerade efter rond	Ansvarig	Klart datum
Medicinsk utredning	☐	☐		
Medicinsk behandling	☐	☐		
Läkemedelsgenomgång (fördjupad)	☐	☐		
Hjälp/stöd med läkemedelshantering	☐	☐		
Kontaktsjuksköterska	☐	☐		
Medicinsk vårdplan (bör övervägas från nivå 6: Måttligt skör)	☐	☐		
Samordnad vårdplan (SIP)	☐	☐		
Senior alert (Fall, trycksår, nutrition, munhälsa, inkontinens)	☐	☐		
Funktionsbedömning/rörlighet, balans, smärta (Fysioterapeut)	☐	☐		
Aktivitetsbedömning/hjälpmiddelsutprovning/anpassning av hemmiljön (Arbetssterapeut)	☐	☐		
Kommunikationsstöd (Logoped)	☐	☐		
Kognitiv utredning	☐	☐		
Biståndsbedömning	☐	☐		
Kommunal hemsjukvård	☐	☐		
Palliativ vård/LAH-konsult	☐	☐		
Geriatrisk konsult	☐	☐		
Psykosocialt stöd (från ex. föreningar, kommunen, kyrkan)	☐	☐		
Samtalsbehandling (Kurator, Psykolog)	☐	☐		

Vad är viktigaste åtgärderna?

- Kontaktsjuksköterska och direkttelefon
- Att förbereda för kommunal omsorg
- Läkemedelsgenomgång
- Fysisk aktivitet, balans, fallrisk – ev rehabstöd - träning
- Depression, ensamhet, kognitiv svikt
- Kost och nutrition – råd + ev dietist
- ..

Implementering av äldrevårdsmottagningar



Utmaningar och framgångsfaktorer

- Lång uppstartssträcka
- Brist på läkare och sjuksköterskor
- Nytt proaktivt arbetssätt + teamarbete
- Förmåga att prioritera och coacha – ledningsfunktionen
- Stort engagemang och tro på arbetssättet
- Märkbara positiva effekter
- De sjukaste patienterna är svåra att fånga upp
- Samarbetet med kommunsjukvård och kommunal omsorg är en nyckelfaktor



Framgångsfaktorer

- Tydligt politiskt intresse för äldreomsorgsmottagningar
- Nära samarbete forskning/utveckling och klinisk vardag
- Arbetssätt som är flexibelt och ger utrymme för anpassning
- Långsiktigt engagemang för implementering och förvaltning

Framtida utveckling

Skapa nätverk kring sköra äldre

- Rehaborganisationer, Kommunsjukvård, Tandhälsa, Dietist, Socialt stöd, Geriatrik, Akutmottagningar mm

Förvaltning av äldrevårdsmottagningar

- Hur säkerställer vi att arbetssättet bibehålls och utvecklas – vad är rätt nivå?

Distriktssköterskor – generalistsjuksköterskor

- Att värna om den breda kompetensen

Stöd för uppföljning och vårdplanering

- SAFE-projektet : utvärdering av en förstärkt äldrevårdsmottagning

SAFE – Secure And Focused primary
care for older pEople
Trygg nära vård för äldre

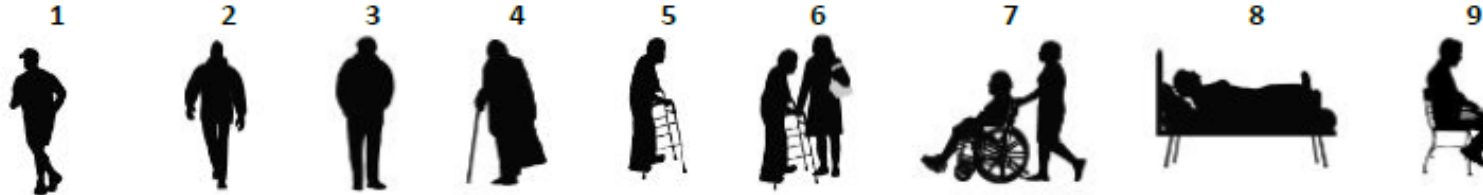
SAFE – Trygg nära vård för äldre

- 24 vårdcentraler fördelade på Östergötland och Jönköpings län
- 6 kommuner i Östergötland och 7 kommuner i Jönköping
- Studien pågår januari 2023 till våren 2025
- Ökat fokus på patientens delaktighet i vårdplanering
- Ökad samverkan med kommunala aktörer och rehabilitering
- Mer strukturerad uppföljning än ordinär äldrevårdsmottagning

Datum rond:

Deltagande personal:

Skörhetsbedömning – Clinical Frailty Scale



- ☐ 1. Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är i bäst form för sin ålder.
- ☐ 2. Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1. Ofta tränar de i perioder, men inte regelbundet.
- ☐ 3. Mindre vital – har välkontrollerade medicinska problem men är inte regelbundet aktiv utöver promenader.
- ☐ 4. Sårbar - är inte beroende av andras hjälp i vardagen, men har ofta symtom som begränsar deras aktiviteter. Klagar ofta över att de "saktas ner" och/eller blir trötta under dagen.
- ☐ 5. Lindrig skör – rör sig uppenbart långsammare och behöver hjälp med mera krävande dagliga aktiviteter så som tungt hushållsarbete, transporter eller bankärenden och medicinering. Typiskt slutar denna grupp successivt med att handla, laga mat eller gå ut själv. Här ingår även lindrig demens.
- ☐ 6. Måttligt skör – behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter och hushållsarbete. Inomhus har de ofta problem med trappor, behöver hjälp att tvätta sig och kan behöva stöttning vid exempelvis påklädning. Här ingår även måttlig demens.
- ☐ 7. Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för personlig egenvård oavsett orsak (fysisk eller kognitiv). Trots det framstår de som stabila och utan hög risk att dö (inom ungefär 6 mån). Här ingår även svår demens.
- ☐ 8. Mycket allvarligt sköra. Är fullständigt beroende och närmar sig livets slut. De kan i allmänhet inte tillfriskna ens från en lindrig sjukdom.
- ☐ 9. Terminalt sjuka. Förväntat återstående livstid mindre än 6 månader oberoende av skörhet och behov av hjälp.

Reproduced from: Geriatric Medicine Research, Dalhousie University, Halifax, Canada. Version 1.2. © 2007-2009. All rights reserved.

Clinical Frailty Scale

- Clinical Frailty Scale (CFS) skapades i syfte att snabbt kunna skatta resultatet av en fullständig geriatrisk bedömning.
- Ordentlig sjukhistoria väsentlig!
- CFS är ett kliniskt bedömningsverktyg, inte ett frågeformulär.
- Bedömning baseras på patientens tillstånd ca två veckor innan ett akut insjuknande, dvs patientens habitualtillstånd

Fallgropar med Clinical Frailty Scale

- Skattar baselinenivå
 - Inte funktionsnivå vid akut sjukdom
- Inte validerad på yngre individer
- Inte för isolerade handikapp
- Kräver klinisk värdering, både anamnes och status
- Samma grad av skörhet kan ha olika orsaker

Länkar till vetenskapliga artiklar

- Avhandling äldrevårdsmottagningar - Proactive Primary Care for Older Adults at High Risk of Hospital Admission
<http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:liu:diva-188233>
- Kostnader och effekter av äldrevårdsmottagningar: <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02166-1>
- Patient intervjuer 1 - Do you have a future when you are 93? : <https://doi.org/10.1080/02813432.2022.2139348>
- Patient intervjuer 2 - Maneuvering the care puzzle: Experiences of participation in care by frail older persons :
<https://doi-org.e.bibl.liu.se/10.1080/17482631.2021.1937896>
- Fokusgrupper medarbetare - Primary care staff experiences of comprehensive geriatric assessment (PASTEL)
<https://doi.org/10.1080/02813432.2020.1755786ic>
- Internationell riktlinje om att identifiera och behandla skörhet - ICFSR Guideline :
[Physical Frailty: ICFSR International Clinical Practice Guidelines for Identification and Management | SpringerLink](#)

E-post: magnus.nord@liu.se

Fokusgruppsstudie med sjuksköterskor och läkare som använt PASTEL

Slutsatser:

- Användarna uppfattade att PASTEL var ett värdefullt verktyg som gav en helhetsbild av den äldre personen
 - ”man täcker in allt viktigt” ”helikopterperspektiv”
- Patientcentrering ökar om verktyget har ett begränsat antal frågor - tid för utforskande dialog
 - ”patienterna känner sig sedda, kan ta upp viktiga frågor, som att öppna Pandoras ask”
- PASTEL var en hjälp i processen att identifiera åtgärder mot skörhet
 - Åtgärder både under samtalet och efter rondan
- Teamarbete är utmanande och behöver utforskas ytterligare
 - ”viktigt att både läkare och ssk har engagemang och vet vem som gör vad”