



Projektplan Sköra Äldre
24-08-22 reviderat 26-01-07

Projektplan God vård för sköra äldre personer: ökad samverkan och proaktivt arbete i nära vård

Förslag

Temagrupp Äldre ansöker om medel för att initiera ett pilotprojekt för att skapa ett effektivt och robust arbetssätt kring sköra äldre personer genom förbättrad samverkan. Syftet är förbättrad personcentrerad vård genom att tidigt uppmärksamma sköra individer och deras behov för att tidigt kunna sätta in insatser från olika professioner och verksamheter, i avsikt att förebygga komplikationer, ökat beroende och försämring av skörhet.

Projektet skall skapa och utvärdera ett arbetssätt för samarbete kring skörhet och skörhetsskattning med skattningsskalan Clinical Frailty Scale (CFS). Eftersom bland annat depression är underdiagnostiserat hos äldre finns ett särskilt fokus också på att identifiera psykisk ohälsa hos patientgruppen.

Bakgrund

Skörhet är ett begrepp som är bättre än kronologisk ålder för att t.ex. beskriva och identifiera äldre personer med ökad risk för negativa händelser och risk för stora behov av vård och omsorg. Skörhet innebär ofta varierande och snabbt föränderliga vård-, omsorgs- och rehabiliteringsbehov. Skörhet är ett tillstånd där kroppen med ökande biologisk ålder i olika grad har minskad reservkapacitet på grund av nedsatt funktion i många fysiologiska system, och därmed en minskad motståndskraft mot olika påfrestningar. Det kan uttrycka sig som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, undervikt och låg fysisk aktivitet, där vissa aktiviteter tar längre tid att göra och man inte känner sig lika stark som tidigare. Detta leder till att sårbarheten hos personen ökar.

Clinical Frailty Scale (CFS) är ett exempel på en 9-gradig skattningsskala som används för att identifiera och gradera skörhet. Det är viktigt att gradera skörheten eftersom det är stor skillnad mellan att vara till exempel lindrigt skör och allvarligt skör.

Ett viktigt mål för den nära vården är att arbeta proaktivt, och genom att tidigt upptäcka redan lindrig skörhet och att sätta in förebyggande åtgärder kan utvecklingen av skörheten till del bromsas och minska risken för komplikationer och beroende av andra för att klara vardagsaktiviteter. (1)

Vid högre grader av skörhet ges insatser för att förebygga försämring och komplikationer, och vid svår skörhet är det även viktigt att identifiera palliativa vårdbehov. Skörhetsbedömning kan också ingå som en del av beslutsunderlaget vid medicinsk riskstratifiering.

Sköra äldre har ofta kognitiv svikt och skörhetsgraden motsvarar i allmänhet graden av kognitiv svikt. Det är också vanligt med depression hos äldre och detta tillstånd är ofta underdiagnostiserat vilket leder till stort lidande och ökad sjuklighet (2)

I Socialstyrelsens rapport "Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre, uppföljning av vård och omsorg (2018)" [Psykisk ohälsa hos personer 65 år och äldre \(socialstyrelsen.se\)](https://www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/rapporter-och-utredningar/2018/psykisk-ohalsa-hos-personer-65-ar-och-aldre) konstateras att "de flesta äldre med psykisk ohälsa inte tar kontakt med sjukvården och får därför ingen behandling. Det är vanligt att äldre söker vård för sina fysiska besvär i stället för sina depressionsrelaterade problem. Det kan vara svårt att uppmärksamma symtom på psykisk ohälsa hos äldre patienter som ofta har flera andra sjukdomar samtidigt" (s 11). Man skriver vidare att "sammantaget framstår situationen för äldre som problematisk med hög förekomst av psykisk ohälsa, svårigheter beträffande upptäckt och diagnos, omfattande användning av läkemedel och ökad risk för biverkningar samt bristande tillgång till vård och behandling. Detta medför en ökad risk för lidande och ytterst självmord som följd. En del av bristerna i vård och omsorg kan vara en konsekvens av dåliga kunskaper om åldrande och om psykisk ohälsa hos äldre inom primärvård, geriatrisk vård, äldreomsorg och psykiatrisk specialistvård." (s 12). Nedsatt funktionsförmåga kan öka risken för depression och ångest särskilt hos kognitivt sviktande personer. Sköra äldre har ofta kroniska sjukdomar och funktionsnedsättningar och detta ökar även risk för suicid. Det är känt att äldre män har de högsta självmordssiffrorna i hela befolkningen. ([Riskfaktorer och förebyggande insatser för suicidförsök och suicid bland äldre \(folkalsmyndigheten.se\)](https://www.folkhalsomyndigheten.se/rapporter-och-utredningar/2018/riskfaktorer-och-forebyggande-insatser-for-suicidforsok-och-suicid-bland-aldre))

Äldre personer med högre grad av skörhet och som ofta har fysisk och psykisk samsjuklighet och ibland även kognitiv svikt, är särskilt beroende av en fungerande samverkan och nära vård. De är ofta i behov av en samordnad individuell planering SIP, och det finns uttalade mål för regionen att antalet SIP skall öka. Att identifiera sköra individer och att gradera skörheten med CFS är även ett sätt att finna dem som kan vara i behov av en SIP. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys skriver i en aktuell rapport att "det finns utmaningar med kontinuiteten inom primärvården, eftersom det fortfarande är få patienter som har en fast vårdkontakt, och utmaningar i vårdens samordning". Man konstaterar vidare att "Många patienter som har långvariga vårdbehov, samsjuklighet eller kroniska sjukdomar, eller som behöver rehabilitering eller habilitering, vårdas och behandlas av flera olika aktörer – till exempel specialiserad vård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård och omsorg. För dessa grupper är det viktigt att flytta vården närmare patienten, stärka samordningen och arbeta mer förebyggande samt öka möjligheterna till egenvård" och påpekar också att "samtidigt som svensk hälso- och sjukvård presterar goda resultat när det gäller personcentrering för sjukhusvård i internationella jämförelser, har Sverige sämre resultat än jämförbara länder när det gäller

personcentrering och samordning i primärvården (VOA 2021a) ([Analysplan 2023 | Vård- och omsorgsanalys \(vardanalys.se\)](#)) (3.1.2).

Vikten av att upptäcka och skatta skörhet uppmärksammas internationellt och nationellt, och den Nationella arbetsgruppen Skörhet kommer att rekommendera att äldre personer bedöms avseende skörhet och man rekommenderar CFS för gradering av skörheten. Samordningsråd Geriatrik i Västra Götalandsregionen arbetar för att hela Västra Götalandsregionen skall skatta skörhet med CFS och öka kompetensen inom området, vilket även påpekas i Västra Götalandsregionens Behovsrapport inom Hälso- och sjukvård 2024-2025. Sahlgrenska Universitetssjukhuset påbörjar implementering av CFS på hela sjukhuset för patienter över 75 år, liksom flera andra sjukhus i regionen.

Teamarbete är ett bra och effektivt arbetssätt för arbete med sköra äldre personer (3) Detta lyfts även fram i SKR:s kunskapsstöd [Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR](#) man skriver "utredningar, rapporter och erfarenheter från professionen pekar på vikten av att hälso- och sjukvården i hemmet är teambaserad med hög kontinuitet. Personer med långvarigt behov av hälso- och sjukvård i hemmet bör ha tillgång till teambaserad vård" (sid 14).

Förväntad effekt och resultat:

Genom att tidigt uppmärksamma sköra individer, skatta deras grad av skörhet och kartlägga deras behov, fås ökad personcentrering av vården och möjlighet att tidigt planera insatser från olika professioner och därigenom öka chanserna att påverka utvecklingen av ytterligare skörhet samt minska riskerna för komplikationer och ökat beroende.

Ett effektivt arbetssätt som också stärker teamarbetet skall utvecklas, och planen är att detta sedan kan spridas till hela samverkansområdet. Projektet behöver identifiera vinster både på lång och kort sikt, samt vilka förändringar i arbetssätt som leder till ökad effektivitet och teamarbete.

Planering:

- 1) Tillsätta projektledare
- 2) Identifiera tre olika vårdcentraler för projektet
- 3) Tillsätta arbetsgrupp bestående av projektledare, chefsrepresentant regional och kommunal PV, representanter för de olika Vårdcentralerna (VC), rehab samt samverkansparterna.
 - Förslagsvis: läkare, äldresjuksköterska, fysioterapeut, arbetsterapeut från VC samt sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut från kommunal primärvård (KPV), socialsekreterare, geriatriker.
 - Uppdragsbeskrivning:
 - a) **skapa arbetsrutin*** se nedan utkast för arbetet

- 4) Fortbildning om skörhet hos äldre och skörhetsskattning med CFS: all personal som deltar i arbetet. Senare: all personal som möter äldre patienter (pga fortbildning om skörhet också = kompetensökning generellt). Utbildning dels digitalt via Lärportalen, dels via workshops.
- 5) Workshops på respektive VC tillsammans med KPV samt socialekreterare/förebyggande enheten med övningar och diskussion gemensamt
- 6) Löpande återrapportering sker till Temagrupp Äldre
- 7) Utvärdering och eventuellt revidering av arbetsätt och rutin med fokus att kunna implementera arbetsättet i ordinarie arbete.
- 8) Lämna implementeringsförslag på breddinförande efter utvärdering till LGS för ställningstagande.

*Utkast arbetsrutinteamarbetet

Detta utkast får arbetsgruppen under punkt 3 ovan vidareutveckla för att sedan enas kring gemensam arbetsrutin som ska utvärderas efter pilotprojektet genomförande. Utkastet består av två spår, beroende av om kommunal primärvård är inkopplad eller inte.

Spår A) Teamrutin som utgår från skattning av vårdcentralens fasta vårdkontakt:

Äldresjuksköterska eller motsvarande (senior-sjuksköterska etc) med särskilt ansvar för samordning av arbetet på vårdcentralen träffar patient innan och gör strukturerad genomgång av [Blankett för Pastel 2.0 \(skr.se\)](#). Underlaget tas med till teamet för att koppla in insatser, även förebyggande, utifrån den enskildes behov.

Teamdeltagare:

Äldresjuksköterska, läkare allmänmedicin (patientansvarig), socialtjänst (förebyggandeenhet och biståndshandläggare), vid behov konsulterande geriatrisk läkare från SU, regional fysioterapeut, & arbetsterapeut i de fall de är inkopplade.

Teamet skall ha tillgång till dietist, psykolog vid behov.

Om behov av kommunal hälsosjukvård identifierade behov efter teamrond så remitteras patienten enligt ordinarie rutin med hjälp av underlaget.

Teamet träffas (på plats eller digitalt) ca 2 timmar 2 gånger per vecka (beroende på antalet äldre patienter) och målet är att bedöma 8–10 patienter per vecka.

Nya patienter/ förslag på underlag till teamrond:

- Stämna av CFS-skattningen (denna är en del av Pastel 2.0)
- Pastel 2.0 går igenom, dvs upplevd hälsa, symtom, ADL, hjälp och stöd, aktivitetsbedömning, nutrition, alkohol, psykologiska faktorer, riskbedömningar, läkemedelshantering, skattning av kommunikation och kognition och **planering** efter underlaget. Checklista 1 [Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR](#) kan gärna komplettera.

- Läkemedelsgenomgång
- Psykisk ohälsa?
- Behov av demensutredning?
- Behov av utökad geriatrisk bedömning?
- Behov av läkarbesök VC?
- Skapa plan för åtgärder (se Pastel 2.0)
- Identifiera behov av SIP

Spår B) Teamrutin som utgår från skattning av kommunal primärvårds fasta vårdkontakt:

Patientansvarig sjuksköterska i kommunal primärvård träffar patient och gör strukturerad genomgång av [Blankett för Pastel 2.0 \(skr.se\)](#). Underlaget tas med till teamet för att koppla in insatser, även förebyggande, utifrån den enskildes behov.

Teamdeltagare:

Patientansvarig sjuksköterska, arbetsterapeut och fysioterapeut i kommunal primärvård. Patientansvarig läkare, socialtjänst (socialsekreterare), vid behov konsulterande geriatrisk läkare från SU. Teamet skall ha tillgång till dietist, psykolog vid behov.

Teamet träffas (på plats eller digitalt) ca 2 timmar 2 gånger per vecka (beroende på antalet äldre patienter) och målet är att bedöma 8-10 patienter per vecka.

Nya patienter/ förslag på underlag till teamrund:

- CFS skattning på alla nya patienter, riskbedömningar, planering, brytpunktssamtal
- Stämna av CFS-skattningen (denna är en del av Pastel 2.0)
- Pastel 2.0 går igenom, dvs upplevd hälsa, symtom, ADL, hjälp och stöd, aktivitetsbedömning, nutrition, alkohol, psykologiska faktorer, riskbedömningar, läkemedelshantering, skattning av kommunikation och kognition och **planering** efter underlaget. Checklista 1 [Samverkande hälso- och sjukvård i hemmet | Kunskapsstyrning vård | SKR](#) kan gärna komplettera.
- Läkemedelsgenomgång
- Psykisk ohälsa?
- Behov av demensutredning?
- Behov av utökad geriatrisk bedömning?
- Behov av läkarbesök VC?
- Skapa plan för åtgärder (se Pastel 2.0)
- Identifiera behov av SIP

Tidigare patienter: diskuteras vid behov, uppföljning

Geriatrisk Sahlgrenska: Erbjuder geriatrisk konsultation. Vårdcentralen kan ringa på tel 031-3428250 kl 9.00 måndagar och kl 9.00 torsdagar för att boka geriatrisk konsultation och anger då patientens personnummer och kort vad det gäller, samt vilket telefonnummer konsulten skall ringa. Man kommer då också överens om när

konsultationen blir; antingen onsdag mellan 14-16 eller fredag mellan 14-16.
Måndag 14-16 är konsultens förberedelsetid.

Patientmålgrupp

Förslag på olika sätt att identifiera målgrupp:

Patienter med regional primärvård: alla patienter (≥ 75 år) i samband med besök på Vårdcentral eller hembesök.

Patienter inskrivna i kommunal primärvård.

Alla som får trygghetslarm?

Patienter som identifieras på förebyggandeenheten?

Patienter som söker på rehabenheter, fysioterapeut, arbetsterapeut, önskan om hjälpmedelsförskrivning?

Efter sjukhusvård: Äldresjuksköterska kontaktar patient inom en vecka efter utskrivning till hemmet, alternativt en vecka efter utskrivning från KB, alt en vecka efter att NSVT avslutat pat. (jmf Forskningsprojekt "Aktiv uppföljning")

Utvärdering

Förslag på olika utvärderingssätt. Arbetsgruppen enas kring mätbara effektmål efter enats kring gemensam arbetsrutin

- Äldresjuksköterske dokumentation: vilka insatser och åtgärder för att tillmötesgå deras behov. Följa KVÅ-koder(?)
- Antal Läkemedelsgenomgångar: olämpliga läkemedel för äldre
- Antal demensutredningar.
- Antal diagnoser och behandling av depression och ångest.
- Geriatrikkonsultens dokumentation av insatser.
- Antal akutbesök och akuta inläggningar av sköra äldre på sjukhus från VC som arbetar med det nya arbetssättet och jämföra med VC som inte arbetar enligt det nya arbetssättet och inte skattar CFS mm.
- Antal SIP?
- M.fl.

Behov (ekonomiska medel, tid för)

- 1) Framtagande av rutin: Sköra äldre och skörhetsskattning med CFS inom regional och kommunal primärvård (arbetsgrupp skapas, representanter från Geriatriskt utvecklingscentrum(GUC), VC, kommun. Ex: läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, fysioterapeut, chefer).

- 2) Fortbildning om skörhet hos äldre och skörhetsskattning med CFS: all personal som deltar i arbetet ovan primärt. Senare: all personal som möter äldre patienter (pga fortbildning om skörhet också = kompetensökning generellt). Utbildning digitalt via Lärportalen.
- 3) Workshops på respektive VC, med övningar och diskussion gemensamt med kommunal primärvård.
- 4) Eventuellt behövs ny utbildning också?
- 5) Skapa möjligheter till teamsamverkan med teamkonferenser enligt ovan.
- 6) Geriatriker på VC – specialistvården till primärvården, del av en god nära vård
- 7) Utvärdering

Relaterad information:

CFS 2.0

Källor:

- 1: (Morley JE et al. Frailty consensus: A call to action. *J Am Med Dir Ass.* 2013;14(6):392-7). Fried, Linda & Ferrucci, Luigi & Darer, Jonathan & Williamson, Jeff & Anderson, Gerard. (2004). Untangling the Concepts of Disability, Frailty, and Comorbidity: Implications for Improved Targeting and Care. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences.* 59. 255-63. 10.1093/gerona/59.3.M255.
2. (Allan CE, Valkanova V, Ebmeier KP. Depression in older people is underdiagnosed. *Practitioner.* 2014 May;258(1771):19-22, 2-3. PMID: 25065018).
3. (Dent E et al. Management of frailty: opportunities, challenges, and future directions. *Lancet* 2019; 394: 1376-86. Briggs AM et al. Elements of integrated care approaches for older people: a review of reviews. *BMJ Open* 2018;8:e021194. doi:10.1136/bmjopen-2017-021194).

Länkar:

[Blankett för Pastel 2.0 \(skr.se\)](#)