

Når äldrevårdsmottagningarna de sköraste äldre? -en explorativ studie

Elisabeth Persson, Ulf Jakobsson, Alexandra Schönherr

Elisabeth Persson, sjuksköterska/MSc, Vårdcentralen Bokskogen, Region Skåne.

E-post: elisaper90@gmail.com

Ulf Jakobsson, distriktssköterska/PhD, Professor, Centrum för Primärvårdsforskning, Lund universitet. E-post: Ulf.Jakobsson@med.lu.se

Alexandra Schönherr, distriktsläkare/PhD, Vårdcentralen Bokskogen, Region Skåne.

E-post: Alexandra.Schonherr@skane.se

I primärvården har sedan ett antal år tillbaka äldrevårdsmottagningar inrättats. Målet är att skapa bättre kontinuitet och tillgänglighet i vården för sköra äldre personer. Dock finns mycket sparsamt med forskning som utvärderat dessa satsningar vilket gör att det är oklart vilka effekter en äldrevårdsmottagning egentligen har. Syftet med studien var att undersöka i vilken utsträckning primärvårdens äldrevårdsmottagningar når korrekt målgrupp, dvs. sköra äldre med stort vårdbehov. Studien genomfördes som en tvärsnittsstudie och omfattade en vårdcentralens äldrevårdsmottagning (n=126 patienter), och datainsamlingen pågick under 12 månader. Studiens resultat indikerade att även om majoriteten av patienterna vid besöken på vårdcentralens s äldrevårdsmottagning uppfyller kriterierna för att räknas som riskpatienter, finns en tydlig förbättringspotential för att fler sköra äldre ska få del av denna verksamhet.

In primary care, geriatric care clinics have been established for a number of years. The goal is to create better continuity and accessibility within care for frail elderly people. However, there exists very little research that has evaluated these initiatives, which means that it is unclear what effects a geriatric care clinic actually has. The purpose of the study was to investigate the extent to which primary care's geriatric care clinics reach the correct target group, i.e. frail elderly individuals with a great need for care. The study was conducted as a cross-sectional study and included a healthcare centre's geriatric care clinic (n = 126 patients), and the data collection lasted for 12 months. The results of the study indicated that even though the majority of patients during the visits to the healthcare centre's geriatric care clinic fulfilled the criteria for being considered at-risk patients, there is a clear potential for improvement for more frail elderly people to take part in this initiative.

Introduktion

Enligt statens offentliga utredningar beräknas personer 85 år och äldre öka med 130 procent 2015-2050.¹ I takt med att den äldre patientgruppen ökar, ökar också vårdbehovet. En vårdform, som tillämpas i Skåne för att möta det ökande behovet av vård, är äldrevårdsmottagning för patienter som är 75 år och äldre. Syftet med denna verksamhet är att ”skapa trygghet för äldre och närstående samt att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för mest sjuka äldre och kroniskt sjuka”.²

Redan för 15-20 år sedan fanns uttalade problem med samordningen av äldres hälso- och sjukvård, såväl mellan slutenvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Problemen handlade främst om bristande uppföljning av insatta åtgärder och behandlingar samt fragmenterad dokumentation, vilket i förlängningen har lett till sämre vårdkvalitet och dålig överblick av de äldres vårdbehov.^{3,4} Även bristen på vetenskapligt underlag gällande vård- och behandling av de allra äldsta och multisjuka äldre var stort³, vilket skulle kunna vara en förklaring till bristerna i vårdkvalitet. Utifrån förslagen i SENIOR 20054 började behovet och införandet av äldrevårdscentraler diskuteras,⁵ men fick vid denna tidpunkt begränsad framgång. Endast några få äldrevårdcentraler infördes på prov vid detta tillfälle.

I primärvården har sedan ett antal år tillbaka äldrevårdsmottagningar inrättats, då med inriktning på personer över 75 år. Dessa är specialmottagningar som inrättas på redan befintliga vårdcentraler och spås ge stora hälsovinster. Målet är att skapa bättre kontinuitet och tillgänglighet i vården för dessa äldre. Nyligen gjordes bl.a. en stor satsning i Region Skåne på att inrätta 20 nya äldrevårdcentraler (fler är på väg att etableras), där regionen ger extra bidrag till de vårdcentraler som inrättar äldrevårdsmottagningar.

Grundtanken med denna långsiktiga satsning att spara både resurser och pengar genom att bl.a. minska antalet akuta öppenvårdsbesök och sjukhusinläggningar, samt bättre kontinuitet i vården. Denna vårdform skulle framförallt gagna sköra äldre som har mer komplexa behov och kräver mer tid vid varje besök. Äldrevårdsmottagningarna antas ge stora vinster för samhället i form av förutom mindre vårdkostnader, mer anpassad vård, ökad tillgänglighet men också högre livskvalitet för den enskilde. Dock finns mycket sparsamt med forskning som utvärderar denna typ av satsning vilket gör att det är oklart vilka effekter den egentligen har och hur patienterna upplever den.

Sveriges kommuner och landsting har gett ut ett material för att underlätta proaktiv vård av sköra äldre i primärvården.⁶ Det ger exempel på en geriatrisk riskprofil som kan användas vid identifiering av de mest sköra äldre patienterna. Alla äldre har en individuell komplex problematik kring själva åldrandet, olika

sjukdomar, olika läkemedelsbehandlingar, minnesproblematik och sociala sköra marginaler. Begreppet ”frail elderly” (”sköra äldre”) har länge använts för att ange en persons biologiska ålder utifrån bedömning av hur nära hen är sin funktionella sviktgräns och av beräknad prognos, framför allt vad gäller ”kognitiv funktion, fysisk funktionsnedsättning, fallrisk, institutionalisering och mortalitet” (s.2707).⁷

I en intervjustudie med fokus på Region Skånes äldrevårdsmottagningar framkom att äldre patienter upplevde att de via Äldrevårdsmottagningarna fick en ökad tillgänglighet och trygghet.⁸ I samma studie uppmärksammades även att upplägget för Äldrevårdsmottagningarna var mycket olika ut på olika vårdcentraler. Detta betyder att Äldrevårdsmottagningarna som koncept bedömts framgångsrikt avseende patienternas trygghet och hälsa, men det visar också att det inte finns ett standardiserat arbetssätt, som möjliggör lika vård till alla. Objektiva siffror och fakta behöver tas fram för att ligga till grund för en sådan standardisering. Dock verkar det finnas mycket sparsamt med studier kring äldrevårdsmottagningar och deras sätt att arbeta. En sådan undersökning är en förutsättning för att hälso- och sjukvården ska kunna en jämlik och optimal vård till äldre samt att förbättra möjligheterna att möta framtidens behov. Centrala frågor som behöver undersökas är bland annat definitionen av sköra äldre och bedömningen av vem som har största vårdbehov.

Syfte

Syftet med studien är att undersöka i vilken utsträckning en Äldrevårdsmottagning inom Region Skånes primärvård når de sköra äldre, som har störst behov av vård

Metod

Studien är en explorativ tvärsnittsstudie av inbokade patienter hos sjuksköterska på Äldrevårdsmottagningen på en vårdcentral under år 2019. Vald vårdcentral för datainsamlingen kan ses representera en genomsnittlig storlek på vårdcentral inom regionens primärvård. Studien omfattar datainsamling under en tolv månadersperiod. Patienternas riskfaktorer samt åtgärder vid respektive besök registreras utifrån en speciellt framtagen mall för att identifiera sköra äldre (Bilaga 1). Mallen är en lokal variant av den geriatriska riskprofil, som Sveriges kommuner och landsting (SKL) rekommenderar.⁶ SKL's riskprofil är något modifierad, bland annat genom att en riskfaktor lagts till, nämligen ”närstående till multisjuk/demenssjuk person”. Således består bedömningsmallen i studien av följande kriterier:

- Fem eller fler läkemedel (1 poäng)
- Bor ensam eller har behov av hjälp av annan person vid personlig omvårdnad (1 poäng)
- Svårigheter att gå/förflytta sig alternativt har fallit det senaste halvåret (1 poäng)
- Tåta kontakter med vården (1 poäng oavsett alternativ nedan)
 - Sökt vård på akuten/blivit inskriven på sjukhus inom de tre senaste månaderna
 - > 5 läkarbesök på vårdcentral/mottagning senaste året
 - Kontaktat vårdcentralen för rådgivning > 3 gånger senaste månaden
- Kognitiv svikt eller psykisk sjukdom (2 poäng)
- Oro, krissituation (1 poäng)
- Närstående till multisjuk/demenssjuk (1 poäng)

Vid 3 poäng eller mer bedöms patienten som skör. I mallen finns även förslag till åtgärder för att underlätta för de vårdgivare, som skickar patienten till Äldrevårdsmottagningen för vidare hantering.

Mallen används i samband med besök hos olika vårdgivare på vårdcentralen och sjuksköterska på Äldrevårdsmottagningen meddelas vid behov av insatser via Äldrevårdsmottagningen. Dock gäller detta endast patienter, som inte har insatser av hemsjukvården.

Även om äldrevårdsmottagningen primärt är till för personer som är 75 år och äldre är vissa patienter yngre än så. Detta beror dels på att minnesutredningar (oavsett ålder) ingår i Äldrevårdsmottagningens verksamhet, dels på att yngre multisjuka patienter med stort vårdbehov också ingår i verksamheten.

Sjuksköterska på aktuell Äldrevårdsmottagning har 7,5 timmar avsatt per vecka för patientbesök förutom under sommarmånaderna. Till detta tillkommer 30 minuter/vecka för avstämningsmöte mellan sjuksköterska och läkare. Äldrevårdsmottagningens telefon är öppen 15 timmar/vecka.

Insamlad data har analyserats med deskriptiv statistik och presenteras som såväl frekvenser som procent. Alla dataanalyser har gjorts med SPSS version 26.0.

Resultat

Under 2019 hade totalt 500 patienter som var 75 år eller äldre varit i kontakt med aktuell vårdcentral. Av dessa hade cirka 100 fått hjälp via hemsjukvården och ingick därför inte i Äldrevårdsmottagningens upptagningsområde. 126 patienter var hos sjuksköterska på Äldrevårdsmottagningen vid ett eller flera tillfällen under året, och ingår således i denna studie.

Äldrevårdsmottagningens patienter hade oftast flera olika riskfaktorer. För att räknas som en riskpatient (dvs. tillhöra målgruppen för mottagningen) ska

patienten ha minst 3 poäng enligt den framtagna mallen för att identifiera ”sköra äldre” (Bilaga 1). Flertalet patienter har kommit på fler än ett besök under året. Riskfaktorerna för en och samma patient varierade ibland över tid på grund av förändringar i livssituation eller hälsa, men var oftast ganska konstant. Uträkningen av riskfaktorer i tabell 1 gjordes dels per besök, dels per patient. För att räkna ut riskfaktorer per patient har ett besök för respektive patient slumpvis valts ut (om patienten hade flera besök under året).

Tabell 1. Patients riskfaktorer och åtgärder vid respektive besök samt för varje patient.

Riskfaktor	% av antal besök N=270	% av antal patienter N=126
Står på fem eller fler läkemedel	72	68
Bor ensam/behov av annan vid personlig omvårdnad	43	37
Svårigheter att gå/förflytta sig/fallit senaste halvåret	40	29
Täta kontakter med vården	68	57
Kognitiv svikt/psykisk sjukdom	44	37
Oro/krissituation	13	11
Närstående till multisjuk/demenssjuk	14	11
Åtgärder (ibland flera åtgärder/besök eller patient)		
Läkemedel	24	24
Kognition	29	36
Cirkulation	22	19
Funktion/ADL	3	3
Balans	4	6
Samtal kring SHT, HSJV	21	18
Inkontinens	13	11
Stödsamtal	13	8
Närstående	4	5
Smärta	7	6
Totalpoäng riskpatient		
Nej, ej behov av Äldrevårdsmottagning utifrån riskfaktorer	30	45
Ja, behov av Äldrevårdsmottagning utifrån riskfaktorer	70	55
0 poäng på riskfaktorer	6	10
1 poäng på riskfaktorer	6	13
2 poäng på riskfaktorer	18	22
3 poäng på riskfaktorer	37	33
4 poäng på riskfaktorer	22	17
5 poäng på riskfaktorer	11	6

Utifrån antal besök, har patienterna uppfyllt kriterierna för ”sköra äldre” vid 70% av besöken. Beräknat utifrån andelen av patienter, oavsett hur många besök de gjort, visar däremot att endast 55% av patienterna uppfyllt kriterierna. Sammanställningen av besök visar att det är de mest sköra patienterna som har återkommande besök på Äldrevårdsmottagningen.

Den enskilt mest förekommande riskfaktorn vid besöken är att patienten står på minst fem läkemedel. Mer än hälften av patienterna hade vid tiden för besöket också haft täta kontakter med vården enligt definition (se definition i Bilaga 1). Bland åtgärderna vid besöken är kognitiva tester den vanligaste och läkemedelsgenomgång den näst vanligaste insatsen.

Ålder har inte tagits med som en riskfaktor vid identifiering av sköra äldre, men varje patients ålder har registrerats i samband med besöken. I tabell 2 visas åldersgrupper utifrån enskilda patienters data, det vill säga en observation är en individ oavsett hur många besök de gjort under året. Patienternas ålder varierar mellan 40 och 91 år. Medelåldern är 78,6 år, medianåldern 81 år. 23% av patienterna på Äldrevårdsmottagningen är yngre än 75 år. Oftast har besöken av yngre patienter gällt minnestester.

Tabell 2. Patientens ålder vid besöken

	% av antal patienter	Kumulativ %
<65 år	6	6
65-74 år	17	23
75-84 år	55	78
85-94 år	22	100
Total	100	

I tabell 3 visas det övergripande resultatet avseende hur många poäng patienterna uppfyller enligt kriterierna för sköra äldre. Resultatet baseras på enskilda patienters data (en observation är en individ). Den patient, som haft lägst antal risker av fem möjliga har fått 0 risk, det vill säga 0 poäng, och den som haft flest risker, har fått 5 risker, det vill säga 5 poäng.

Tabell 3. Patienternas ålder och riskpoäng

		Ålder	Totalpoäng
N	126		
Medel		78,6	2,5
Standardavvikelse		9,2	1,3
Minimum		40	0
Maximum		91	5

Enligt tabellen ovan är medel 2,5 poäng, vilket är 0,5 mindre än gränsen enligt kriterierna för att en patient ska identifieras som skör patient.

Diskussion

En tredjedel av besöken på Äldrevårdsmottagningarna omfattade patienter som inte uppfyllde kriterierna för sköra äldre. Detta kan delvis förklaras av att minnesmottagningen är inkluderad i äldrevårdsmottagningen. Dessutom har ålder inte tagits med som riskfaktor. Tjugotvå procent av besöken gjordes av patienter, som är 85 år eller äldre. Trots deras relativt höga ålder klassificerade inte en del av dessa som sköra äldre enligt kriterierna. Enligt Socialstyrelsen⁹ var år 2017 männens medellivslängd 80,7 år och kvinnornas 84,1 år. Vid det så kallade Kungsholmsprojektet på 1990-talet, såg man att 85% av befolkningen över 77 år hade någon kronisk sjukdom jämfört med 90% av dem, som var 85 år eller äldre.¹⁰ Detta indikerar således att kriterierna för sköra äldre troligen behöver justeras så att t.ex. ålder som riskfaktor läggs till.

Kontinuiteten för den äldre patientgruppen är viktig, då hälsotillståndet kan ändras på kort tid. Syftet med verksamheten på Äldrevårdsmottagningarna är som tidigare nämnts att ”skapa trygghet för äldre och närstående samt att säkerställa en sammanhållen vård och omsorg för mest sjuka äldre och kroniskt sjuka². Vid 21% av besöken har samtal förts kring kommunal hemtjänst och hemsjukvård. Statistiken i studien visar inte hur många patienter, som under året kopplats över från Äldrevårdsmottagningen till kommunal hemsjukvård. Insatser, som görs utanför själva patientbesöket, syns inte heller. Exempel på insatser kan vara möten med demenssjuksköterska, samordnade individuella planer med kommunen eller samverkan i samband med utskrivning från sjukhusen. Inte heller insatser av andra yrkeskategorier som läkare, sjukgymnast eller kurator finns med i denna studie.

Även om kognitiv svikt endast kommit på tredje plats bland riskfaktorer i den studerade patientgruppen, har kognitiv testning varit den vanligaste åtgärden vid besöken. Det kan antas att fler patienter skulle bedömas ha kognitiv svikt, om subjektiv kognitiv svikt tagits med som en riskfaktor. I studien har endast

objektiv kognitiv svikt varit poänggivande som riskfaktor, det vill säga att läkare bedömt att patienten har kognitiv svikt. Patientens egen upplevelse av kognitiv svikt har inte setts som en riskfaktor, om det inte bekräftats av utredningen. På aktuell vårdcentral ingår minnesutredningar i Äldrevårdsmottagningen, vilket inte är fallet på alla vårdcentraler. En fördel med detta är kontinuitet för patienter med demenssjukdom. En nackdel med detta är att patienter, som endast har subjektiv kognitiv svikt utan andra riskfaktorer, tar tid från sköra äldre patienter med större vårdbehov. Dessa patienter behöver också utredning men frågan är om det ska tas från den tid som ska gå till sköra äldre patienter.

Vid 13% av besöken har utredning eller åtgärder kring inkontinensbesvär varit en åtgärd. Det kan möjligen ifrågasättas om denna insats ska ligga på Äldrevårdsmottagningen, då det inte identifieras som en riskfaktor att ha inkontinensbesvär. Verksamheten på Äldrevårdsmottagningen fokuserar specifikt på utrednings- och planeringsinriktade insatser för sköra äldre. Därför finns inte såromläggningar, benlindningar och andra fortlöpande insatser med utan detta sköts via ordinarie sköterskemottagning. Frågan är om inte inkontinensbesvär också skulle kopplas bort från Äldrevårdsmottagningen. Å andra sidan ökar kontinuiteten för patienten, om hen får kontakt med Äldrevårdsmottagningen varje gång inkontinenshjälpmedel ska förnyas eller ändras.

Mörkertalet är stort vad gäller sköra äldre patienter. 270 besök gjordes under året fördelat på 126 patienter. Antal patienter 75 år eller äldre, som varit i kontakt med vårdcentralen men inte med Äldrevårdsmottagningen eller hemsjukvården är cirka 274. Det är oklart hur många av dessa patienter, som fått en bedömning utifrån identifieringsmallen för sköra äldre.

Metoddiskussion

I pilotstudien syns inte vårdcentralens sammantagna insatser för sköra äldre patienter, som inte har hemsjukvård. Endast Äldrevårdsmottagningens verksamhet hos sjuksköterska har studerats. Detta innebär att övriga yrkeskategoriers verksamhet inte finns med, exempelvis balans- och artrosskola hos fysioterapeut. Telefonuppföljningar med patienter och närstående samt samordnande insatser med andra vårdinstanser belyses inte heller i resultatet. På Vårdcentralen behandlas dessutom många av de sköra äldre på den allmänna distriktsköterskemottagningen (t.ex. såromläggningar, benlindningar och blodtryckskontroller) och/eller på specialmottagningar (t.ex. diabetersköterska), och pga av detta omfattar inte studiens resultat dessa insatser. Detta faktum ger en viss bias i resultatet, då alla insatser för sköra äldre inte syns i sammanställningen. Men å andra sidan var syftet dock att utvärdera specifikt Äldrevårdsmottagningens verksamhet, och inte primärvårdens omhändertagande om sköra äldre i ett större perspektiv.

Sköra äldre, som har hemsjukvård, är inte inkluderade i studien förutom när de kommer till Äldrevårdsmottagningen för minnesutredning. De har redan ett ökat omhändertagande via kommunen och tillhör därför inte Äldrevårdsmottagningen. Däremot lägger sjuksköterska på Äldrevårdsmottagningen mycket administrativ tid på denna patientgrupp i samband med samverkan vid utskrivning, planering av möten i hemmet eller på sjukhuset samt som en mellanhand mellan kommunen och läkare på vårdcentralen.

Studien omfattar utvärdering av enbart en vårdcentral Äldrevårdsmottagning vilket begränsar generaliserbarheten, och i uppföljande studier behöver datainsamlingen utökas så att kartläggningen omfattar samtliga Äldrevårdsmottagningar i en Region. Först därefter är det rimligt att dra slutsatser kring Äldrevårdsmottagningarnas förmåga att nå de mest sköra äldre.

I en framtida större studie bör ålder läggas till som riskfaktor. Ställningstagande behöver också göras kring hur kognitiv svikt ska bedömas. Ska subjektiv kognitiv svikt bedömas som en riskfaktor eller ska det vara som idag, att det krävs en utredning för att svikten ska räknas som en riskfaktor?

Referenser

1. Statens Offentliga utredningar (SOU) *Effektiv Vård* [SOU 2016:2], 2016.
2. Hälso- och sjukvårdsnämnden, Region Skåne. *Ackreditering och Avtal för Vårdcentral i hälsoval Skåne 2018*, 2017
3. SBU-rapport. *Evidensbaserad äldrevård – En inventering av det vetenskapliga underlaget [nr 163]*. Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU), Stockholm, 2003.
4. SOU 2003:91 *Äldrepolitik för framtiden. 100 steg till trygghet och utveckling med en åldrande befolkning*. Stockholm, 2003.
5. Akner, G. *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om äldrevårdcentral*. Stockholm, Liber, 2004.
6. Sveriges kommuner och landsting (SKL). *Proaktiv vård av sköra äldre. För dig som arbetar i Primärvården*, 2018.
7. Akner G. Bräckligt åldrande och multisjuklighet drabbar allt fler. *Läkartidningen*, 2010; 44: 2707-2711.
8. Berghell L & Nylén S: *Äldrevårdsmottagningar – mot en ökad trygghet för den äldre i vården* [Magisteruppsats], Lunds universitet, 2015.
9. Socialstyrelsen. *Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2019*.
10. Fratigklioni L & Von Strauss E. *Multisjuklighet och demens, vad kan förebyggas?* Statens folkhälsoinstitut, 2006.

Bilaga 1

Identifiering av äldre sköra patienter

Bedömning av patienter som är 75 år eller äldre och inte har hemsjukvård sedan tidigare

Risk	Poäng	Bedömningspoäng
Fem eller fler läkemedel (inklusive vid behovs-mediciner)	1	
Bor ensam alternativt har behov av hjälp av annan person vid personlig omvårdnad	1	
Svårigheter att gå/förflytta sig alternativt har fallit det senaste halvåret	1	
Kontakter med vården (1 poäng oavsett alternativ) <ul style="list-style-type: none"> • Sökt vård på akuten/blivit inskriven på sjukhus inom de tre senaste månaderna • > 5 läkarbesök på vårdcentral/mottagning senaste året • Kontaktat vårdcentralen för rådgivning > 3 gånger senaste månaden 	1	
Kognitiv svikt eller psykisk sjukdom	2	
Oro, krissituation (t.ex. förlorat närstående)	1	
Närstående till multisjuk/demenssjuk	1	
	Summa	

Resultat: Vid 3 poäng eller mer – ställningstagande till återbesök på Äldre-vårdsmottagningen.

Exempel på åtgärder utifrån behov:

- Tvärprofessionell läkemedelsgenomgång/enkel läkemedelsgenomgång
- Ortostatiskt blodtryck
- Kognitiv utredning
- Funktions- /ADL-bedömning
- Balansskola
- Ställningstagande till remiss till hemsjukvården/SIP
- Allmän hälsokontroll
- Inkontinensutredning
- Stödjande samtal