VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Multisjuka/sviktande äldres behov av insatser utifrån det geriatriska teamets perspektiv och förhållningssätt

Ett projekt med inriktning öppna prioriteringar vid Geriatriskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus

Sofie Tängman, Projektledare/avdelningschef
Helen Abrahamsson, verksamhetschef

FÖRFATTARNAS FÖRORD **2**

1. BAKGRUND **3**

1.1 GERIATRISKT CENTRUM, NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS, VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING ... 3
1.2 SYFTE/INTENTION MED ARBETET ... 4

2. ARBETSPROCESSEN – SÅ HÄR GJORDE VI **5**

2.1 FÖRBEREDELSE OCH PLANERINGSARBETE ... 5
2.2 PROJEKTORGANISATION OCH DELTAGARE ... 5
2.3 PROJEKTSTART OCH IMPLEMENTERING AV DEN ETISKA PLATTFORMEN ... 5
2.4 PRIORITERINGSARBETET I PROJEKTGRUPP OCH REFERENSGRUPPER ... 5
2.5 PRIORITERINGSARBETET PÅ ENHETERNA ... 6
2.6 KLINIKÖVERGRIPANDE PRIORITERINGSARBETE ... 6
2.7 KOMMUNIKATION OCH DIALOG ... 7

3. PROJEKTARBETETS RESULTAT **7**

Värdegrundsarbete ... *7*
Remisshantering ... *7*
Enkät till medarbetarna ... *7*
Redovisning ... *8*
3.1 VANLIGT FÖREKOMMANDE TILLSTÅND I KOMBINATION MED INSATTA ÅTGÄRDER/INSATSER INOM GERIATRISK VERKSAMHET. ... 8
Definitioner ... *8*
Behovsbedömning ... *8*
Vanligt förekommande tillstånd ... *9*
Vanligt förekommande åtgärder ... *9*
Den nationella modellen ... *9*
Team och vårdprocessen ... *14*
3.2 FÖRÄNDRINGAR I VÅRDPLANEN ... 14
3.3 SAMORDNAD VÅRDPLANERING ... 16

4. AVSLUTANDE REFLEKTION **17**

4. 1 PATIENTINFORMATION ... 17
4. 2 PRIORITERINGSARBETE ... 17
4.3 VÅRDPLANEN ... 18
4.4 BEPRÖVAD ERFARENHET ... 18
4.5 NATIONELLA RIKTLINJER ... 19
4.6 VÅRA ERFARENHETER ... 19

REFERENSER **20**

BILAGA 1. RESULTAT ENKÄTUNDERSÖKNING ”GRUNDER FÖR OCH DIN SYN PÅ PRIORITERINGAR” ... 1
BILAGA 2. BILD PROJEKTGRUPP – RESURSER ... 1
BILAGA 3. RIKTLINJER FÖR PRIORITERINGAR TILL SLUTEN- OCH ÖPPENVÅRD VID GERIATRISKT CENTRUM, NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS ... 1
BILAGA 4. MODOFIERAD CHECKLISTA, PROBLEMINVENTERING (GERIATRIC ASSESSMENT) ... 1
BILAGA 5. EXEMPEL ... 1
BILAGA 6. STRUKTUR FÖR JOURNALDOKUMENTATION GERIATRISK CENTRUM NUS ... 1

Författarnas förord

I detta PM presenterar vi resultatet av ett projektarbete som pågått åren 2006-2008 vid Geriatriskt centrum, Norrlands universitetssjukhus. Projektet handlar om att med hjälp av prioriteringsarbete beskriva innehållet i verksamheten samt hur resurserna fördelas efter behov. Ytterligare syften beskrivs längre fram.

Projektansvarig har varit Helen Abrahamsson, verksamhetschef vid Geriatriskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Undis Englund, medicinsk chef/överläkare och projektledare Sofie Tängman f d Strandberg, avdelningschef och ansvarig för samordning, rapportering och dokumentation. Projektgrupp, resursgrupper, referensgrupper och externa resurser redovisas i texten.

Projektet har haft ekonomiskt stöd från Prioriteringscentrum, Linköpings universitet.

1. Bakgrund

Att andelen äldre i befolkningen blir allt större innebär en ökning av åldersrelaterade hälsoproblem, sjukdomar, funktionshinder och sammansatta vårdbehov (Statens folkhälsoinstitut 2011, Fratiglioni m fl 2010). Dessa problem kan komma att begränsa många av dessa äldre personers livskvalitet och ge ökad risk för långvarig sjukhusvistelse, behov av vård- och omsorgsboende och för tidig död. Redan idag är en stor andel av de patienter som vårdas på akutsjukhusen i landet 65 år och äldre (Ekerstad m fl 2008). Därmed blir tillgången till en ändamålsenlig och meningsfull vård samt med upplevd god hälsa utifrån individens behov, en viktig folkhälsofråga framöver (Statens folkhälsoinstitut 2007, Fratiglioni m fl 2010).

En övergripande vision måste därmed vara att uppnå ökad kunskap, samsyn och gemensam värdegrund i samhället och inom professionen så att individuella behov kan ses och mötas i verksamheter där äldre personer finns.

1.1 Geriatriskt centrum, Norrlands universitetssjukhus, Västerbottens läns landsting

Geriatriskt centrum är en av de större klinikerna vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) och har delvis som sitt uppdrag att vara en bas för utveckling och utbildning inom kunskapsområdet geriatrik, samt att samverka och vara en del i vårdflödet för de äldre sköra patienterna mellan övrig sjukhusvård, primärvård och kommunal hälso- och sjukvård. Ett mål med verksamheten är att vården ska bedrivas vid rätt vårdnivå.

Vården och insatserna vid kliniken omfattar diagnostik, behandling, omvårdnad och rehabilitering i slutenvård på totalt 76 vårdplatser vid fyra vårdavdelningar samt i öppenvård genom hemsjukvård-/rehabiliteringsteam, dagrehabilitering, mottagningsverksamhet och ett läkaransvar i Umeå kommuns äldreboenden. Arbetssättet är i huvudsak teambaserat med patientens individuella behov i fokus med ett uttalat syfte att patientens autonomi maximeras.

Vid kliniken arbetar cirka 260 medarbetare, alltifrån läkare, sjuksköterska, undersköterska, skötare, psykolog, kurator, sekreterare, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, patientvärdinna till chefer på olika nivåer.

I ett lokalt-, läns- och ett regionalt perspektiv bedriver kliniken undervisning och handledning till studerande, ger konsultationer och bidrar till kunskapsutbyten. Forskning och utveckling sker huvudsakligen tillsammans med Umeå Universitet och rör t ex äldres sjuklighet, risker, behov, rehabilitering och hälsa.

Klinikens målgrupp är:

- Personer över 65 år från Umeå och närliggande kommuner med resttillstånd från nya eller tidigare sjukdomar och åldrandets konsekvenser
  - ofta med flera samtidiga sjukdomar, behandlas med flertal läkemedel och har stora risker för komplikationer s.k. multisjuklighet.
  - ofta med ett stort behov av rehabiliterande insatser samt lång tids återhämtning.

- Personer över och under 65 år från Umeå samt södra och västra Västerbotten för utredning och behandling *vid misstanke* om samt vid *utvidgad* utredning och behandling av demenssjukdom.
- Personer över och under 65 år från hela Västerbotten och norra regionen för utredning och konsultation av svåra beteendemässiga och psykiska symtom på grund av demenssjukdom.
- På uppdrag för hela Västerbotten utförs på remiss mätningar av bentäthet.
- Ansvar över patienter boende i Umeå kommuns äldreboenden.

De största medicinska huvuddiagnoserna är sjukdomar i rörelseapparaten (frakturer, osteoporos), hjärtsvikt, infektioner, kronisk obstruktiv lungsjukdom, konfusion, kognitiv svikt, demens och stroke.

Tabell 1. Exemplifierad vårdstatistik totalt år 2006-2010 vid Geriatriskt centrum.

	2010	2009	2008	2007	2006
Läkarbesök	3740	1998	1996	2316	2806
Vårdtillfällen	910	1020	989	946	952
Vårddagar	26211	30668	32504	33475	34531
Medelvårdtid, dagar	27,9	29,2	32	34,6	35,4
Medelvårdtid exkl utskrivningsklara dagar	22,2	23,9	26,8	29,4	27,7
Beläggning, %	96	92	95	98	99
Snittålder	82,1	82,2	81,3	82	82
Andel kvinnor/män	62/38	58/42	61/39	59/41	59/41
Andel utskrivningar till eget boende/omsorgsboende	57/33	52/37	56/33	50/39	50/39

1.2 Syfte/intention med arbetet

Både lagar och patienter samt närstående idag och än mer i framtiden ställer/kommer att ställa krav på insyn och delaktighet. Samtidigt är det en viktig arbetsmiljöfråga för den enskilde medarbetaren i vården att kunna definiera och avgränsa sitt uppdrag. Utgångspunkten för vårt arbete var en vilja att uppnå ökad medvetenhet och insyn i hur behov kopplat till olika typer av insatser hos den sköra äldre personen tillgodoses och prioriteras vid kliniken som helhet. . Patienter med nedsatt autonomi ska också kunna känna trygghet i att deras behov av insatser kan beskrivas och därmed förhoppningsvis tillgodoses.

Vi avser att med hjälp av öppna prioriteringar beskriva insatser för den geriatriska patienten inom olika yrkesgrupper och det egna arbetslaget/teamet i klinikens olika verksamhetsdelar. Detta förväntas belysa komplexiteten kring den geriatriska patientens behov i hela vårdförloppet och ge ökad medvetenhet hos medarbetarna vid kliniken om geriatrisk kompetens, samt att väga dess samband mellan behandling, kostnader och effekter.

Projektet ska bidra till och resultera i en tydlig beskrivning av verksamheten i ett dokument som:

- ger indikation för remiss till kliniken
- ger ett stöd och samstämmighet vid remissbedömningar inom kliniken
- ger en bredare kunskap om nyttan av ett geriatriskt arbetssätt och kompetens
- ger tillit, förtroende och kan ge svar på frågorna;
  - vilka patienter/tillstånd tar vi oss an i första hand?

  - vilka insatser gör vi i första hand och vilka gör vi i andra hand?
  - varför gör vi det vi gör och på vilka grunder?
  - vart slutar vårt uppdrag?
- är öppet och tillgängligt för pensionärsförbund, patientorganisationer och anhöriggrupper.

2. Arbetsprocessen – så här gjorde vi

2.1 Förberedelse och planeringsarbete

Hösten 2005 påbörjades förberedelserna inför projektstarten med stöd bl.a. från det egna landstingets stab för verksamhetsledning och Memeologen samt från Prioriteringscentrum. En projektorganisation sammansattes, deltagare till projektgrupp och referensgrupper rekryterades och en kommunikationsplan utarbetades. Med stöd av ledningsgrupp och representanter från Prioriteringscentrum utformades även en enkät om synen på prioriteringar i allmänhet och de som görs inom den geriatriska verksamheten vid NUS, riktad till samtliga klinikens medarbetare i synnerhet, se Bilaga 1.

2.2 Projektorganisation och deltagare

Projektgruppen har bestått av minst en representant från respektive profession på kliniken, se Bilaga 2 Deltagare i projektgruppen och referensgrupper blev rekryterade med utgångspunkt i att samtliga klinikens avdelningar/enheter skulle vara representerade. Varje profession har haft en egen referensgrupp men antal deltagare och mötesfrekvens har varierat utifrån varje professions förutsättningar och uppdrag.

2.3 Projektstart och implementering av den etiska plattformen

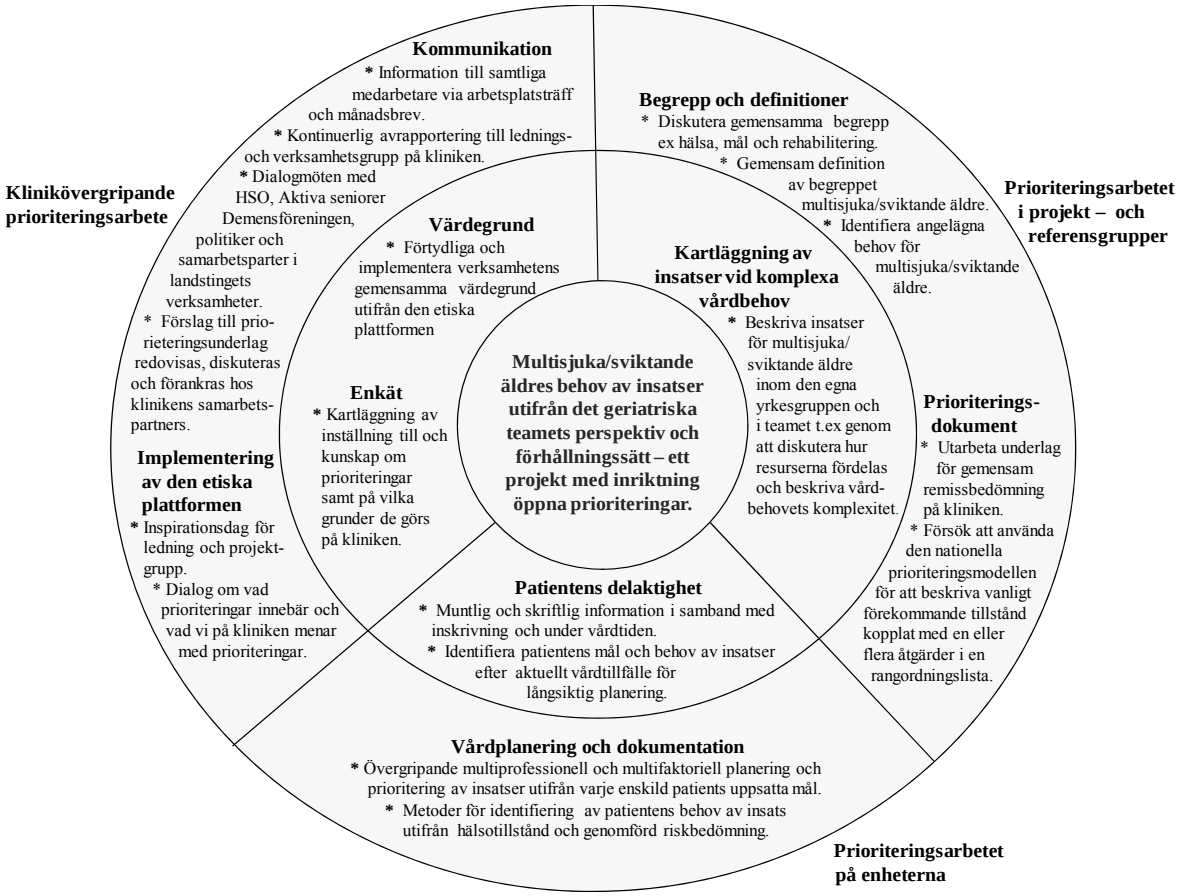
I januari 2006 startade projektet med en inspirationsdag för klinikledning, etikgrupp, facklig samverkansgrupp samt projektgrupp. Programmet innehöll en presentation av Socialstyrelsens nationella riktlinjer, grundläggande lagstiftning samt begrepp och etik när det gäller prioriteringsarbete. Deltagarna fick även möjlighet att utifrån patientfall diskutera den etiska plattformens tillämpning i mindre grupper. Föreläsningarna videofilmades för att all personal skulle ha möjlighet att ta del av presentationerna vid lämpligt tillfälle. I samband med projektstarten delades även den framtagna enkäten ut till samtliga medarbetare vid Geriatriskt centrum, se Bilaga 1

2.4 Prioriteringsarbetet i projektgrupp och referensgrupper

Projektgruppens arbete inleddes med två upptaktsdagar för att tydliggöra syftet och att kartlägga deltagarnas förväntningar, farhågor, frågeställningar och behov. Gruppens medlemmar var representanter och kontaktpersoner för sina respektive yrkesgrupper och de hade även ett övergripande perspektiv på klinikens verksamheter. Därefter inleddes även referensgruppernas arbete med en introduktion, upptakt och planering. Projektgruppen har vid behov kunnat ta stöd av en representant från Prioriteringscentrum och en resursperson från landstinget. Referensgrupperna har bl.a. haft stöd av yrkesutvecklare i landstinget och från Prioriteringscentrum.

2.5 Prioriteringsarbetet på enheterna

Arbetet vid respektive avdelning/enhet förbereddes inför enheternas temadagar hösten 2006. Avdelningscheferna diskuterade gemensamt vilka frågor som var mest angelägna att jobba vidare med. Prioriteringsarbetet kopplades därmed samman som en naturlig del i andra aktiviteter och utvecklingsarbeten på enheten. Det var angeläget att frågeställningarna skulle vara så konkreta att även den enskilde medarbetaren skulle kunna få svar på frågor hur och på vilka grunder som prioriteringsbeslut fattas i det vardagliga arbetet. I detta steg av projektet fick respektive enhet en specifik introduktion, därefter identifierades viktiga frågeställningar för det fortsatta tvärprofessionella arbetet. De områden som enheterna valde att jobbade vidare med finns beskrivna i Figur 1.



Figur 1. Arbetsprocessens områden.

2.6 Klinikövergripande prioriteringsarbete

Ett dokument med indikationer för remissbedömning vid Geriatriskt centrum utarbetades och förankrades på kliniken. Förslaget kommunicerades därefter tillsammans med verksamhetens olika samarbetsparter i landstinget. Prioriteringsgruppen och etikgruppen påbörjade våren 2007 arbetet med uppdatering av klinikens gemensamma värdegrund. En ny uppföljande enkät delades också ut till samtliga medarbetare vid Geriatriskt centrum 2008, se Bilaga 1.

2.7 Kommunikation och dialog

Kontinuerlig information har givits till klinikens medarbetare i samband med enheternas arbetsplatsträffar och via informationsbrev från verksamhetschefen. Avrapportering och uppföljning av arbetet i projektgrupp och referensgrupper har kontinuerligt skett till klinikens ledningsgrupp. Information angående svarsresultaten från enkäten har diskuterats på arbetsplatsträffar, i ledningsgrupp och projektgrupp. Dialog och information har skett till Hälso- och sjukvårdens omsorgsnämnd, Demensföreningen, Föreningen Aktiva seniorer, politiker och samarbetsparter i landstinget.

Klinikens underlag för remissbedömning har redovisats och förankrats i en rad dialogmöten med de största remitterande enheterna inom slutenvård och primärvård. Rapportering av arbetet har skett vid seminarium om prioriteringar vid den nationella prioriteringskonferensen i Örebro 2007.

3. PROJEKTARBETETS RESULTAT

En samstämmig syn fanns (och finns delvis även idag) vid den egna kliniken om att de prioriteringar som politiker gjort i landstingets övergripande prioriteringsarbete inte överensstämmer med de vårdbehov som representeras av äldre patienter med komplexa behov och att detta bör tydliggöras. Vårt arbete har bidragit till en enhetlig bild vid den egna kliniken av vilka insatser och vilket arbetssätt den geriatriska patienten är i behov av. Något som därmed har bidragit till en tydligare kommunikation utåt till remittenter, samarbetspartners, politik- och tjänstemannaledning.

Värdegrundsarbete

Det fanns en bild hos oss själva av att vi hade ett väl fungerande teamarbete och i det en enig syn på vilka värderingar som låg till grund i samarbetet runt patienten. Vi konstaterade snabbt i de gemensamma diskussionerna att denna bild inte alltid var överensstämmande, vare sig om varandras arbete eller mellan olika yrkesgrupper. Ett viktigt led i processen blev därför att lyfta fram arbetet med den gemensamma värdegrunden. Något som varit betydelsefullt att diskutera är framför allt etiska värderingar, ställningstaganden i vardagsarbetet och att aktivt använda den etiska plattformen som stöd. Detta märks idag genom en ökad medveten hos medarbetarna.

Remisshantering

Ett dokument med riktlinjer för prioriteringar till sluten- och öppenvård vid Geriatriskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus har tagits fram, vilket utifrån patientgruppens tillstånd ger samstämmighet i remissbedömning vid och till kliniken. Detta har använts i kommunikationen med remittenter samt andra samarbetspartners och intressenter. Se Bilaga 3.

Enkät till medarbetarna

Via en enkät (se Bilaga 1) och genom dialog har det framkommit att det finns ett behov hos klinikens medarbetare av att diskutera prioriteringsbeslut runt varje enskild patient och vi har ökat medvetenheten om att man nu också förväntas göra det. Detta ledde till att ett förbättringsarbete påbörjades samt skapade förutsättningar så att det idag kan ske, både i den egna yrkesgruppen och i teamet, genom ett tydligare vårdplaneringsarbete och med ökad delaktighet från patienten.

Redovisning

Vi har i vår redovisning valt att fokusera på erfarenheterna av vårt angreppssätt med behov/resursbedömning utifrån det multiprofessionella teamets samlade kompetens och att detta tydligt lägger fokus på vårdprocessen som helhet, samt betydelsen av att patientens delaktighet i valet av insatser/åtgärder finns med.

3.1 Vanligt förekommande tillstånd i kombination med insatta åtgärder/insatser inom geriatrisk verksamhet.

Definitioner

För att komma fram till vad som är vanligt förekommande tillstånd och åtgärder diskuterades först definitioner.
Det finns idag inte någon generellt accepterad definition av begreppet *multisjuka äldre* varesig i Sverige eller internationellt (Ekerstad 2008, Fratiglioni m fl 2010). Projektgruppens och referensgruppernas arbete inleddes därför med att utarbeta en klinikgemensam definition av begreppet multisjuklighet, se Bilaga 3.

Därefter definierades *behovsbegreppet*. För att kunna göra en prioritering i det enskilda fallet har alla patienter enligt Hälso- och sjukvårdslagen rätt till en medicinsk bedömning om det inte är uppenbart obehövligt. Först efter denna bedömning är det möjligt att avgöra om och i så fall vilket hälso- och sjukvårdsbehov en patient har. Målet är en god hälsa och vård på lika villkor för hela befolkningen med intentionen att de som har störst behov erbjuds insatser i första hand. I projektgruppen och referensgrupperna definierades behov som ”något patienten behöver oavsett om han/hon har ork/förmåga att efterfrågar det”. Men det skulle också finnas en nyttoaspekt som innebar att insatsen som var kopplad till behovet skulle vara ändamålsenlig och meningsfull. Kliniken har arbetat med prioriteringar utifrån en bedömning av patienternas individuella behov som komplement till diagnoser och symtom.

Gemensamt har diskuterats den *hälsosyn* som skall vara rådande vid Geriatriskt centrum och vi har kommit fram till att strävan efter patientens välbefinnande samt en aktiv inställning och insats till att börja med är av vikt för att se hur långt patienten kan nå med sin vård och behandling. Hälsa är inte detsamma som att vara fri från sjukdom utan kan vara att behålla livskvalitet, trygghet trots behov av stöd, att man kan förlika sig med sin situation och vara en del av sitt sammanhang.

Behovsbedömning

En multiprofessionell bedömning av personens behov såväl fysiskt, psykiskt som socialt genomförs när patienten kommer till kliniken. Till grund för en övergripande samlad bedömning av patientens behov ligger kunskapen om ”Comprehensive geriatric assessment” (Sletvold O m fl) som syftar till att identifiera vanligt förekommande geriatriska hälsoproblem samt kapacitet/förmåga med stöd av en lokalt utarbetad checklista, se bilaga 4. Resultatet från kartläggningen är ett underlag för att sätta individuella kort- och långsiktiga mål för komplexa behandlingar och interventioner. Checklistan kompletteras utifrån behov med övriga vetenskapliga skalor och bedömningsinstrument t ex MMT (Folstein m fl), MNA (Guigoz m fl), Norton, GDS-15 (Sheikh JI, Yesavage JA), AMPS (Ficher A), Katz ADL-index (Brorsson B, Hulter Åsberg K)., S-COVS (Hasselgren-Nyberg L m fl), Bergs balansskala (Berg KO m fl) VAS (Huskisson, EC.) och en checklista för fallriskbedömning (Rosendahl E m fl). Exempel på insatser/åtgärder som kan bli aktuella är läkemedelsbehandling, nutrition, fysisk träning, träning i dagliga aktiviteter och hjälpmedel.

Vanligt förekommande tillstånd

Projektgruppen och referensgrupperna har identifierat och diskuterat vanligt förekommande tillstånd av ohälsa som de geriatriska patienterna vid kliniken har. Samstämmigheten var stor mellan grupperna, se Figur 2.

Oro/ängslan	Rädsla
Ångest	Nedstämdhet
Nedsatt motivation	Aggressivitet
Nedsatt minne	Känsla av meningslöshet/uppgivenhet
Konfusion	Misstänksamhet t.ex. medicin, anhöriga
Nedsatt initiativförmåga	Brist på sjukdomsinsikt
Motorisk oro	Nedsatt aktivitet
Nedsatt nutrition	Smärta
Fallrisk	Besvär med tarm och blåsfunktion
Sömnsvårigheter	Yrsel
Nedsatt ork	Trötthet
Nedsatt syn	Nedsatt hörsel
Nedsatt känsel	Muskelsvaghet
”Förlångsamhet”	Hjälpberoende
Svårighet att uttrycka sina behov/önskemål	Otrygghet Inte medveten om sina behov

Figur 2. Vanliga hälsotillstånd hos de mest sjuka/sköra äldre.

Vanligt förekommande åtgärder

Projektgrupp och referensgrupper diskuterade också vanligt förekommande åtgärder och insatser som bör vidtas vid identifierade tillstånd. Som stöd i diskussionen användes bl a två för verksamheten representativa patienfall, se Bilaga 5.
Från diskussionen konstaterades bl.a. att;

- Det kan vara svårt att veta hur man (som vårdpersonal) ska agera och vilka insatser som är optimala eftersom patienternas tillstånd varierar från person till person men också för varje individ över tid. En förändring kan ske snabbt. Här ska en individuell bedömning ske utifrån varje patients tillstånd för att bedöma vilka metoder och insatser som kan ha optimal effekt.
- Patientgruppen multisjuka/sköra äldre har små marginaler när något inträffar t ex i samband med akut sjukdom, infektion, diarré, en natts dålig sömn, minskat intag av mat och dryck. Detta kan leda till ytterligare nedsatt hälsotillstånd, nedsatt funktionsförmåga och förlängd vårdtid. Förebyggande arbete är viktigt samt ett snabbt upptäckande av komplikationer för insättande av adekvat åtgärd och/eller behandling.

Den nationella modellen

Ett sätt att arbeta med att definiera tillstånd och åtgärder var att pröva att använda den nationella arbetsmodellen för vertikala prioriteringar framtagen av Socialstyrelsen och Prioriteringscentrum tillsammans med att antal landsting/regioner (Carlsson P m fl 2007).

Modellen är uppbyggd efter följande delkomponenter:

Sjukdomstillstånd/diagnos	Tillståndets svårighetsgrad	Åtgärd	Patientnytta	Kostnadseffektivitet	Rangordning

Syftet var också att se om den var tillämpbar som modell utifrån de multisjuka äldres behov av insats. Arbetsmodellen provades genom att beskriva vanligt förekommande prioriteringsobjekt vid kliniken kopplat till behov, tillståndets svårighetsgrad, patientnytta och kostnadseffektivitet. Arbetet resulterade i en komprimerad lista innehållande flera åtgärder/insatser beskrivna för varje hälsotillstånd.

Listan saknade kompletterande beskrivningar av diagnoser och symtom (t ex hjärtsvikt, demenssjukdom, höftfraktur) kopplad till hälsotillståndet och listan saknade även inbördes rangordning. Åtgärder utöver behandling, som har med bemötande, miljöfaktorer etc, har även tagits upp. Tabell 2 visar några av de vanligast förekommande prioriteringsobjekten.

Erfarenheterna efter att ha prövat modellen var att det var svårt att med hjälp av modellen ta fram ett underlag som var ett praktiskt stöd i det vardagliga arbetet utifrån ett teamperspektiv. Bland annat eftersom modellen och de nationella riktlinjer som finns idag för bedömning av prioriterade insatser utgår från sjukdomstillstånd och diagnoser. De geriatriska patienternas hälsotillstånd är ofta komplicerade och består av en mängd olika faktorer att beakta. För att möjliggöra en beskrivning av aktuellt tillstånd behövde sjukdomstillstånd och diagnoser kompletteras med ett tillägg om vanligt förekommande hälsotillstånd. Först när tillståndet inte var så specifikt utvalt kunde olika behov identifieras, viktas och prioriteras på en mer hanterbar nivå. Grupperna hade svårighet att hitta en hanterbar avgränsning när det gällde detaljnivå på tillstånd i kombination med identifierade behov av insats. En ytterligare utmaning var att val av insats även varierar under vårdtiden beroende på vilken fas i rehabiliteringen patienten befinner sig i. Det var ändå viktigt och lärorikt att prova modellen.

Tabell 2. Vanligt förekommande prioriteringsobjekt med hög rangordning inom geriatrisk verksamhet.
* Aktuellt kunskapsunderlag för bedömning, se referenslistan.

Aktuellt hälsotillstånd	**Insats/åtgärd**	**Tillståndets Svårighets-grad**	**Patientnytta/ effekt av insats**	**Stöd för effekt**	**Uppskat-tad kost-nadsef-fektivitet**	**Rang ord-ning**
Multisjuk/sviktande äldre med nedsatt ork och malnutrition.	Utred orsak. Åtgärda identifierade basala behov.	Stor Risk för lidande och förtida död. Nedsatt akti-vitetsförmåga & kognition.	Stor Förutsättning för att tillfriskna och förbättra sina förmågor och funktioner**.**	*	Stor	1
Multisjuk/sviktande äldre med nedsatt motivation och initiativförmåga. Ökad risk för immobilisering.	Utreda orsak. Behandla identifierade bakom-liggande orsaker. Motivera patienten till ökad aktivitet.	Stor Risk för lidande och förtida död. Nedsatt akti-vitetsförmåga & kognition.	Stor Förebygga försämrad balans och gångförmåga samt övriga vitala funktioner som påverkas negativt av långvarigt sängläge.	*****	Stor	1

Aktuellt hälsotillstånd	Insats/åtgärd	Tillståndets Svårighets-grad	Patientnytta/ effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskattad kostnadseffektivitet	Rangordning
Multisjuk/sviktande äldre med förvirringstillstånd.	Identifiera, utreda och behandla bakomliggande orsaker och tillstånd som kan vara utlösande. Ge patienten individuellt anpassade insatser. Lugn miljö, minskad stimuli.	Stor Risk för lidande och förtida död om bakomliggande orsaker inte uppmärksammas och behandlas. Nedsatt förmåga och kognition.	Stor Förebygga försämringar i hälsotillstånd och förmågor. Förebygga negativa konsekvenser som kan uppstå ex ångest, nattlig oro och fall.	*	Stor	1
Multisjuk/sviktande äldre med smärta.	Uppmärksamma tecken på smärta och obehag. Individuell bedömning av bakomliggande orsaker till smärta för att bedöma vilka metoder och insatser som kan ha optimal smärtlindrande effekt.	Stor Risk för lidande och förtida död. Nedsatt aktivitetsförmåga & kognition.	Stor Smärta kan förutom de besvär den ger även leda till bl.a. oro, obehag, ängslan och ångest samt förvirringstillstånd	*	Stor	1

Aktuellt hälsotillstånd	Insats/åtgärd	Tillståndets Svårighets-grad	Patientnytta/ effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskattad kostnadseffektivitet	Rangordning
Multisjuk/sviktande äldre med ängslan och/eller oro	Identifiera, utreda och behandla bakomliggande orsaker och tillstånd som kan vara utlösande. Ge individuellt anpassade insatser som lindrar oro och ängslan. Begränsa stimuli. Stort behov av närhet, trygghet och anpassat förhållningssätt.	Stor Risk för lidande och förtida död. Kan leda till ytterligare försämring av hälsotillstånd, livskvalitet och förlängd vårdtid.	Stor Förebygga försämringar i hälsotillstånd och förmågor. Förebygga negativa konsekvenser som kan uppstå ex fall, ångest, sömn, svårigheter.	*	Stor	1
Multisjuk/sviktande äldre med nedstämdhet.	Identifiera bakomliggande orsaker och eventuell depression. Behandla tillståndet på ett optimalt sätt.	Stor Risk för lidande och förtida död. Nedsatt aktivitetsförmåga & kognition.	Stor Detta tillstånd kan bl.a. påverka motivation och matlusten på ett negativt sätt vilket i sin tur leder till ytterligare nedsatt ork.	*	Stor	1
Multisjuk/sviktande äldre med polyfarmaci	Kontinuerlig utvärdering/ uppföljning av läkemedelsbehandlingens effekter och eventuella biverkningar.	Stor Risk för lidande och förtida död. Problem med läkemedelsinteraktioner och biverkningar som kan resultera i förlängd vårdtid och/eller försämrad livskvalitet.	Stor Förebygga Individualiserande skador, symtom och sjukdomar med ett ökat behov av sjukvårdsinsatser Har ökad känslighet för läkemedel på grund av multisjukdom och nedsatt kapacitet i olika organ.	*	Stor	1

Aktuellt hälsotillstånd	Insats/åtgärd	Tillståndets Svårighets-grad	Patientnytta/ effekt av insats	Stöd för effekt	Uppskat-tad kost-nadsef-fektivitet	Rang ord-ning
Multisjuk/sviktande äldre med identifierad hög fallbenägenhet	Multifaktoriell och multiprofes-sionell fallriskbedöm-ning och intervention med riktade insatser samt uppföljning utifrån identifierade behov.	Stor Risk för lidande och förtida död. Nedsatt akti-vitetsförmåga & kognition.	Stor Detta tillstånd kan leda en fallolycka med frakturer och andra negativa konsekvenser som följd t.ex rädsla för att falla, inaktivitet och dödsfall som en direkt eller indirekt orsak.	*	Stor	1

Team och vårdprocessen

Vidare har erfarenheterna av att arbeta med öppna prioriteringar vid Geriatriskt centrum visat att när det gäller att beskriva åtgärder inom geriatrik måste de omfatta hela vårdprocessen även efter utskrivning. Angreppssättet med behov/resursbedömning utifrån det multiprofessionella teamets samlade kompetens lägger tydligt fokus på vårdprocessen som helhet exempelvis;

- *Insatser innan eller vid första kontakt med patienten*: Information, anamnes och riskbedömning samt dokumentation.
- *Inledande insatser*: Identifiera behov och resurser genom tvärprofessionell utredning och kartläggning av fysiskt och psykiskt tillstånd. Bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, social utredning samt planering och individuell målformulering beskriven i en vårdplan. Information och dokumentation.
- *Insatser under vårdtillfället/kontaktperioden*: Multifaktoriella åtgärder av identifierade och prioriterade tillstånd och behov utifrån vårdplan. Multiprofessionell utvärdering, samordning och planering av åtgärder utifrån uppsatta mål. Information och dokumentation.
- *Insatser i slutet av vårdtillfället:* Information, samordning, planering samt dokumentation. Samordnad vårplanering. Överrapportering och epikris.

3.2 Förändringar i vårdplanen

Tidigt insatta hälso- och sjukvårdande insatser, inklusive rehabiliteringsinsatser, kan vara avgörande för att på sikt minska behovet av vård och omsorg för gruppen multisjuka/sviktande äldre. Syftet med vårdplanen vid Geriatriskt centrum är att skapa tydlighet och struktur för planerade insatser under patientens vårdtid och det är viktigt att alla i teamet engageras i vårdplaneringen. Vårdplanen ska beskriva patientens behov, resurser och problem samt målsättning med vårdtiden. Vem som ska genomföra insatsen samt tidpunkt för utvärdering skall också finnas beskrivet i planen.

I prioriteringsarbetet på enheterna framkom vikten av att information från remitterande enhet behöver uppdateras när patienten kommer till kliniken. En ny bedömning av patientens förmågor och hälsotillstånd samt en riskbedömning behöver genomföras så snart som möjligt efter ankomst, då en ny miljö och nya förutsättningar kan påverka patientens hälsotillstånd och förutsättningar.

Vårdplanen är ett viktigt verktyg inom geriatrisk vård och skapar en helhetsbild av individens situation och behov av insats. Behov som ställs i relation till både väntande och redan inskrivna patienters behov av insatser samt vilken i fas de befinner sig i planeringen. Målen sätts utifrån en sammantagen uppskattad kostnadseffektivitet både på individ- och gruppnivå.

Vårdplanen påbörjas vanligen vid kliniken samma dag som patienten skrivs in; senast inom 24 timmar skall den vara upprättad och den behöver sedan uppdateras kontinuerligt.

Teamet förbereder vårdplaneringen genom att tillsammans med patienten/närstående diskutera förväntningar och mål. Varje patients insats är individuell och måste bedömas utifrån behov, förutsättningar och aktuell situation. I samband med prioriteringsarbetet på kliniken har ett antal frågeställningar identifierats för att strukturera mål och åtgärder:

- Vad vill patienten?
- Tidigare funktionsförmåga och hjälpbehov? Hur har det sett ut? Hur mycket?
- Hur ser patienten på framtiden?
- Hur ser patientens vardag ut om ett år?
- Potential och förutsättningar?
- Motivation?
- Vad kan vara framgångsrika insatser?
- Anhörigas delaktighet och behov av stöd?

Ett lärande exempel från kliniken när det gäller samordning och vårdplanering handlar om en patient bedömd som utskrivningsklar:

I samråd med patienten och hennes döttrar gjorde personalen bedömningen att hon hade mycket stort behov av hjälpinsatser. Personalen drog då slutsatsen att hon inte önskade bo hemma. Det visade sig vara ett missförstånd så snart den ena dottern frågade när patienten kunde komma hem. Patienten fick efter utredning komma hem med maximal hemtjänst.

Detta exempel har använts i arbetslagen där man har diskuterat kommunikation och kvalitetssäkring kopplat till patientens trygghetsbehov samt livskvalité. Grupperna har också diskuterat språkbruk, samsyn och vilken profession som ska göra vad i kommunikationen med patient och anhöriga. Utifrån det här exemplet har en ytterligare punkt lagts in på arbetslagens checklista (se Bilaga 4) som handlar om att tydliggöra vilka framtidsvisioner patienten och deras närstående har, samt om att utse vem i teamet som ska ha huvudansvar för planeringen.

När patientens behov, resurser, risker och problem är identifierade görs en sammantagen bedömning i teamet av tillstånd, svårighetsgrad och förväntad nytta av planerad åtgärd eller behandling. En kontinuerlig utvärdering sker och uppdraget på denna vårdnivå slutar när det bedömda behovet av insatser kan utföras och tillgodoses av en annan vårdnivå/vårdgivare.

I detta vårdplanearbete har fokus främst varit på strukturen vad gäller dokumentationen i journalen med syftet att säkerställa att den är både effektiv och kvalitetssäkrad, se Bilaga 6.

Här har journalstrukturen och mötesrutinerna under arbetet utvecklats för att möjliggöra en behovsbedömning utifrån teamets hela samlade kompetens och att den ska kunna ske inom angiven tid.

3.3 Samordnad vårdplanering

Målet med samordnad vårdplanering är att uppnå förbättrat samarbete mellan berörda vårdgivare så att patienten får en god och säker vård efter utskrivning från sluten vård. Planeringen inför utskrivning från sjukhuset är en viktig process för att samordna och planera patientens fortsatta vård, omsorg och rehabilitering. Det är ett tillfälle där trygghet och motivation kan skapas trots att patienten endast till viss del har tillfrisknat vid utskrivningen.

Klinikens rutiner för samordnad vårdplanering beskrivs här genom ett exempel på skriftlig information till inneliggande patienter på en av klinikens rehabiliteringsavdelningar.

När det närmar sig utskrivning från avdelningen anordnas vid behov en samordnad vårdplanering. Dessa planeringar sker på avdelningen eller via telefonkontakt. Om det är långt mellan sjukhuset och hemorten finns möjlighet att använda videoteknik.

Vid vårdplaneringsmötet deltar du själv, anhöriga, biståndshandläggare från din kommun, avdelningssköterska och eventuellt distriktssköterska. Ibland kan även andra yrkeskategorier som sjukgymnast, arbetsterapeut, hemtjänstpersonal eller läkare medverka.

Under vårdplaneringsmötet diskuteras dina behov av insatser och stöd efter utskrivning från oss. Till exempel hemtjänstbehov, insatser från distriktssköterska och eventuella hjälpmedel i bostaden.

Att bli utskriven från oss innebär inte att rehabiliteringen avslutas, utan bara att den inte längre behöver bedrivas på sjukhuset.

För en multisjuk/sviktande patient tar det tid att återhämta sig efter ett akut sjukdomstillstånd. Det återstår ofta fortsatta hälso- och sjukvårdande insatser för att patienten ska kunna återvinna, bibehålla eller fördröja försämring av sitt hälsotillstånd, självständighet och livskvalitet. För att möta fortsatta behov av t ex hemtjänstinsatser, bostadsanpassning, hjälpmedel samt vård, omsorg och rehabilitering måste dessa vara kända för mottagande verksamhet inför utskrivning. Denna övergång mellan olika faser i vården och omsorgen kan vara speciellt känslig för en geriatrisk patient eftersom det innebär en risk att information och samarbete mellan sjukhusvård, primärvård och kommunal verksamhet brister. Det utgör så att säga ett kritiskt tillfälle att ”falla mellan stolarna” och ställer därför höga krav på en fungerande informationsöverföring och samverkan.

Det genomförda projektarbetet har haft effekter på den samlade vårdplaneringen så till vida att den sedan tidigare vid kliniken redan inarbetade rutinen har förtydligats och anpassats till en mera effektiv vårdplanering. Exempelvis viss tid för kallelse, ett utvecklat gemensamt underlag från alla inblandade professioner samt vilka som ska delta.

4. Avslutande reflektion

Som helhet har vi uppnått intentionerna med det projektarbete som bedrivits vid Geriatrisk centrum under åren 2006-2008. En framgångsfaktor har varit ett tydligt stöd från alla chefer och att dessa synliggjort och möjliggjort arbetet. Av betydelse har också varit god kommunikation, tålamod och ett målmedvetet arbete. Detta har gällt både inom och mellan professioner, inom den egna kliniken och inom landstinget som helhet.

På senare år har svårigheterna i vården runt den multisjuka äldre kommit att diskuteras alltmer både inom politiken, Sveriges Kommuner och Landsting, Socialstyrelsen och inte minst inom professionen. Det som tidigare varit en svaghet för patientgruppen har nu enligt vår mening blivit en möjlighet och belyser framför allt behovet av att forma arbetssätt som stödjer samverkan, kontinuitet, överblick och minimerar de organisatoriska hindren samt lyfter behovet av geriatrisk kompetens på alla nivåer och att detta ska ske utifrån patientens behov.

4. 1 Patientinformation

Vård på sjukhus innebär en kritisk händelse för patient och närstående och kan innebära både oro och ovisshet inför framtiden. Då den multisjuka/sviktande äldres beredskap och förutsättningar inför utskrivning varierar, är individanpassad information under vårdtiden en angelägen insats för att skapa bästa förutsättningar vid hemkomsten och för att förebygga återinläggning. Många frågor kan finnas; t ex tidpunkt för utskrivning, möjlighet till fortsatta insatser, vem som beslutar om bistånd och vad man kan ställa för krav. För patienten kan det vara svårt att känna sig förberedd inför ett samordnande vårdplaneringsmöte och det är viktigt att utse vem som ska göra vad i kommunikationen med patient och/eller närstående och även tillse att de sker på ett för dem begripligt sätt. Ur ett samhällsekonomiskt perspektiv har planeringen betydelse för att säkra att vården ges på rätt vårdnivå och att resurser används optimalt.

4. 2 Prioriteringsarbete

När den geriatriske patienten kommer till kliniken framkommer ofta en komplex problembild med en lång rad olika sjukdomar, symtom och undersökningsfynd. Dessa påverkar varandra och kan innebära att en optimal behandling för varje enskild del kan medföra en medicinsk risk totalt sett. Detta begränsar möjligheten att i geriatrisk vård och behandling för multisjuka/sviktande äldre ta stöd av Socialstyrelsens diagnosinriktade nationella riktlinjer.

Erfarenheterna av projektarbetet belyser ett behov av att öka kunskapen om riktlinjerna för prioriteringar och den etiska plattformen. Parallellt under klinikens projektarbete 2008 och även senare under 2010 har Västerbottens läns landsting arbetat med ett övergripande prioriteringsarbete. Här har vi sett vinsterna av det egna projektarbetet genom den kunskap och medvetenhen som medarbetarna vid kliniken har visat i val av bortprioriteringar i det landstingsövergripande prioriteringsarbetet. Medarbetarna har belyst att det varit svårt att identifiera isolerade insatser och åtgärder. Det är istället det samlade teamets bedömning som bör vara avgörande i de val som skall göras för individ och grupp.

Yrkeskategorierna värderar faktorer olika betydelsefulla vid prioritering av insatser och påverkas i sina bedömningar av sina respektive yrkesgruppers kunskaper, erfarenheter och värderingar.

Rehabiliteringspersonal kan uppleva att kortare vårdtider på klinik/i slutenvård innebär en risk för patienten och att utskrivning inte sker säkert då behov av intensiv rehabilitering fortfarande kan kvarstå.

Läkare å andra sidan kan uppleva att utskrivningsflödet är trögt och att vissa patienter blockerar en sängplats för någon annan patient som väntar och har ett större behov. Bedömning av optimal vårdtid, behov av fortsatt vård, omsorg och rehabilitering för den multisjuka/sviktande äldre behöver ske multiprofessionellt på individ och gruppnivå samt i dialog med patient och/eller närstående för att få en nyanserad bild.

4.3 Vårdplanen

Att teamet arbetar med gemensamma vårdplaner i det dagliga arbetet innebär enligt vår erfarenhet att patienten upplever ökad delaktighet, att vården blir mer individanpassad samt att vårdtiden kan förkortas. En tydlig systematisk dokumentation är en förutsättning för att kunna mäta nyttan av vidtagna åtgärder och ökar möjligheterna till öppna prioriteringar mellan individer samt att avgöra när en patient utifrån uppsatta mål kan bedömas vara färdigbehandlad. Vi upplever också att arbetet med gemensam vårdplan gett tidsvinster med färre möten, minskat dubbelarbete, färre tidskrävande missförstånd och lett till ett gott samarbete. Vården upplevs bli mer effektiv.

4.4 Beprövad erfarenhet

Det råder brist på vetenskapliga underlag när det gäller effekt av behandlingsmetoder vid olika sjukdomar hos äldre (Fratiglioni m fl 2010). Framför allt gäller detta studier som belyser effekt av att ge flera olika behandlingsmetoder samtidigt och mycket få studier är genomförda på personer 80 år och äldre.

Vi fann i våra diskussioner att den kliniska praxis och beprövade erfarenhet som finns är viktig att lyfta fram, särskilt i de fall där vetenskaplig evidens saknas. Professionellt bemötande och respekt är speciellt viktigt mot den grupp patienter som ofta har svårigheter att sortera händelser, t ex de som också har en demenssjukdom. Att ”bara” sitta hos patienten kan ge dåligt samvete p g a att denna insats inte är tydligt definierad och även svår att genomföra vid låg personalbemanning. Dock är känslan av att vara lyhörd inför små förändringar i patientens tillstånd ett sätt att arbeta med prioriteringar i vardagen och förebyggande för att patienten ska kunna känna sig väl till mods. Ett exempel:

”Sven” tar upp potatis och sliter upp varje krukväxt ur sin kruka, några damer sitter i dagrummets soffa och ser detta, de blir upprörda. ”Ture” sitter stilla i en fåtölj och ser kaoset och känner att han måste göra något. Det första jag måste göra, tänker han, är att få tyst på de skrikande kärringarna i soffan och knyter näven…”.

I en situation som denna krävs att personalen är på plats, har ett kunnande om respektive patients bakgrund och historia samt erfarenhet av att notera förändringar i patientens sinnesstämning. För att vara steget före och därigenom kunna avleda och förebygga en eventuell konflikt behöver personalen vara öppen för en mängd olika aspekter som kan ha avgörande betydelse för hur en situation kommer att utvecklas.

4.5 Nationella riktlinjer

Att utarbeta ett avgränsat prioriteringsdokument på en hanterbar nivå som stöd i vård och behandling av multisjuka/sviktande äldre på olika vårdnivåer är ett framtida viktigt nationellt arbete. Kanske kan det utmynna i nationella riktlinjer för mulitsjuka äldre som kan bidra till ett adekvat och förbättrat omhändertagande i hela vårdprocessen.

4.6 Våra erfarenheter

Sammanfattningsvis bidrar erfarenheterna av detta projektarbete till att öka medvetenheten om öppna prioriteringar inom Geriatriskt centrum, att dessa sker i ett multiprofessionellt sammanhang och till ett effektivare arbetssätt med ständiga uppslag till förbättringar. Det vi fann kom att ha stor betydelse för arbetet var avsaknad av en tydlig gemensam värdegrund. Vår bedömning är att det är av vikt att vid upprepade tillfällen gå igenom värdegrunden vid Geriatriskt centrum oavsett om arbetet rör prioriteringar, rationaliseringar, effektiviseringar, kvalitet eller förbättringar. Detta är en process som aldrig blir helt färdig och kan komma att förändras utifrån omgivning, ny kunskap och inte minst förändrade patientbehov. Det är viktigt att vi kan hålla denna process vid liv och att en ständig uppföljning sker.

Att arbeta med en stor verksamhet i ett helhetsperspektiv på det sätt som Geriatrisk centrum valde, innehöll vissa farhågor; att arbetet skulle rinna ut i sanden, att tiden inte skulle räcka till, brist på uthållighet, delaktighet eller att man någonsin blir klar. Så blev det delvis, men mestadels har det varit nyttigt, lärorikt, roligt och gett energi i syfte att förbättra för patienterna vid Geriatriskt centrum.

De erfarenheter medarbetarna lyft är viktiga och ger en bild av betydelsen: ökad förståelse, stärkt värdegrund, teamarbete, gemensamma begrepp, dialog, helhetssyn, tydligare bild av patienten och dess behov, skapad arbetsro, att alla vet vad man skall göra och att man ser vad andra gjort och gör.

Referenser

Berg KO, Wood-Dauphinee SL, Williams JI, Maki B. 1992. Measuring balance in the elderly: validation of an instrument. Canadian Journal of Public Health 83:S7-S11.

Brorsson B, Hulter Åsberg K. 1984. Katz index of independence in ADL. Reliability and validity in short-term care. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine. 16: p. 125-132.

Carlsson P, Kärvinge C, Broqvist M, Eklund K, Hallin B, Jacobsson C, Jacobsson Ekman G, Källgren Peterson C, Lindh M, Nordlander B, Rosén P, Sjöblom U, Sohlberg A. 2007. Nationell modell för öppna vertikala prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Linköping, PrioriteringsCentrum, Rapport 2007:1.

EkerstadN, Carlsson P, Edberg A . 2008. Prioritering av multisjuka inom kardiologi – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk utmaning. Rapport 2008:4. Linköping: PrioriteringsCentrum.

Fisher, A. 2003. Assessment of Motor and Process Skills. Development, Standardization, and Administration Manual. (5th ed. Vol. 1). Colorado: Three Star Press Inc.

Folstein M, Folstein S, McHugh PR. 1975. "Mini mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research. Nov;12(3):189-98.

Fratiglioni L,Marengoni A, Meinow B, Karp A. 2010. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år En systematisk litteraturöversikt om förekomst,konsekvenser och vård SOU 2010:48.

Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts and Research in Gerontology; (suppl 2):15-59.

Hasselgren-Nyberg L, Omgren M, Nyberg L, Gustafson Y. 1997. S-COVS. Den svenska versionen av Physiotherapy Clinical Outcome Variables. Nordisk Fysioterapi 1:109-13.

Huskisson, EC. 1974. Measuement of pain. The Lancet. 9: 1127-1131.

Rosendahl E, Åberg AC, Lundin-Olsson L, 2007. Förebygg fall och fallskador i samband med vård. Sveriges kommuner och landsting. http://www.lj.se/info_files/infosida35548/fall.pdf.

Schultz-Larsen K och Gustafson Y. 1996. Geriatric work-up in the Nordic countries. The Nordic approach to comprehensive geriatric assessment. Danish Medical Bulletin 43:350-9.

Sheikh JI, Yesavage JA, 1986, Geriatric Depression Scale (GDS), Clinical Gerontologist 5:164-172

Statens folkälsoinstitut 2011. Äldres hälsa Kunskapsunderlag för Folkhälsopolitisk rapport 2010. http://www.fhi.se/PageFiles/12188/R2011-12-Aldres-halsa.pdf.

Statens folkhälsoinstitut S 2007:02. Äldres hälsa En utmaning för Europa kortversion. http://www.fhi.se/PageFiles/3174/Healthy_ageing_kort_svensk.pdf
Sletvold O, Tilvis R, Jonsson A, Schroll M, Snaedal J, Engedal K,

Aktuellt kunskapsunderlag för bedömning av tillstånd och val av insatt åtgärd

Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C et al. 2000. Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients: a randomized comparison of outcomes and use of resources. J Am Geriatr Soc;48(11):1381-8.

Berggren M, Stenvall M, Olofsson B, Gustafson Y. 2008. Evaluation of a fall-prevention program in older people after femoral neck fracture: a one-year follow-up. Osteoporos Int;19:801-809.

Juan J Baztán et al. 2009. Effectiveness of acute geriatric units of functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: Metaanalysis, BMJ;338:b50

Littbrand H, Rosendahl E, Lindelöf N, Lundin-Olsson L, Gustafson Y, Nyberg L. 2006. A highintensity functional weight-bearing exercise program for older people dependent in activities of daily living and living in residential care facilities: evaluation of the applicability with focus on cognitive function. Phys Ther.;86:489-498.

Lundström M, Olofsson B, Stenvall M, Karlsson S, Nyberg L, Englund U, Borssén B, Svensson O, Gustafson Y. 2007.Postoperative Delirium in Old Patients with Femoral neck fracture – a Randomized Intervention Study. Ageing Clincial and Exp Research;19:178-186.

Olofsson B, Stenvall M, Lundström M, Svensson O, Gustafson Y. 2007. Malnutrition in hip fracture patients – an intervention study. J Clinical Nursing;16:2027-2038.

Rosendahl E, Lindelöf N, Littbrand H, Yifter-Lindgren E, Lundin-Olsson L, Håglin L, Gustafson Y, Nyberg L. 2006. High-intensity functional exercise program and protein-enriched energy supplement for older persons dependent in activities of daily living; a randomised controlled trial. Aust J Physiother.;52:105-113.

Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, Englund U, Borssén B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson Y. 2007. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture – a randomized controlled trial. Osteoporos Int;18:167-175.

Stenvall M; Olofsson B; Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. 2007. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative intervention program in older people with femoral neck fracture: a randomised controlled trial with one-year follow up. J Rehab Med;39:232-238.

Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, Svensson O, Nyberg L, Gustafson Y. 2006. Inpatients falls and injuries in older patients treated for femoral neck fracture. Arch Gerontol Geriatr;43:389-399.

Översiktsartiklar:

Gustafson Y. 1999. Akuta förvirringstillstånd hos människor med demenssjukdom har ofta en behandlingsbar orsak. Demensförbundets tidskrift 1, 1999.

Gustafson Y, Jarnlo GB, Nordell E. 2006. Fallolyckor och höftfrakturer hos äldre kan förebyggas. Läkartidningen;103:2997-2999.

Olofsson B, Stenvall M, Lundström M, Carlsson M, Englund U, Berggren M, Svensson O, Gustafson Y. 2007. Vårdprogram för patienter med höftfraktur. Norrlands universitetssjukhus, Umeå. Äldrecentrum Västerbotten. Rapport 2007;1:1-27.

Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Carlsson M, Gustafson Y. 2007. Bättre resultat med ett multidiciplinärt vårdprogram för äldre med höftfraktur. Äldrecentrum Västerbotten. Rapport 2007;2:1-11.

Övrigt underlag:

Socialstyrelsens nationella riktlinjer demens, depression och ångest, diabetes, hjärtsjukvård och stroke. http://www.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationellariktlinjer

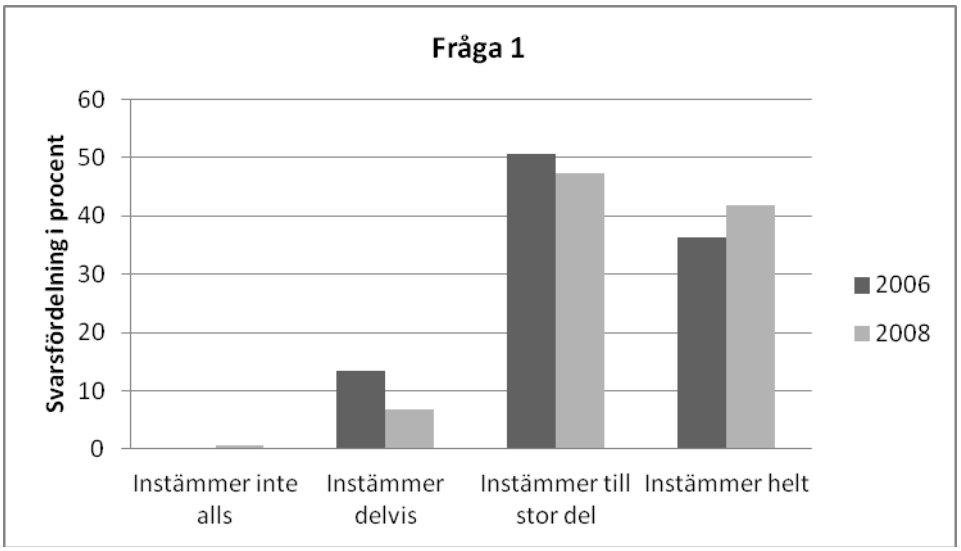
Klinisk praxis

Bilaga 1. Resultat enkätundersökning "Grunder för och din Syn på prioriteringar"

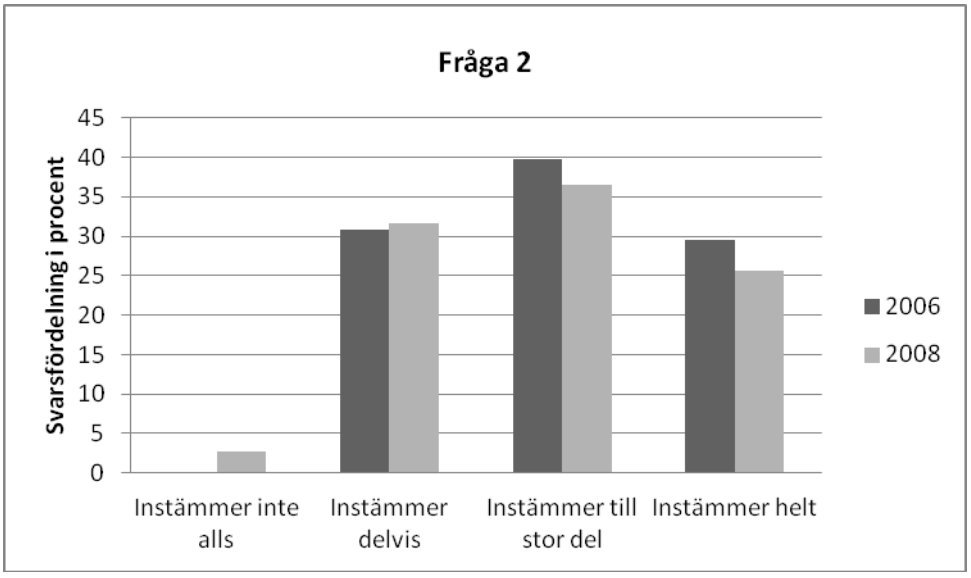
I samband med projektstarten gjordes en enkätundersökning till samtliga medarbetare vid Geriatriskt centrum. Innehöll 20 frågor syftade till att få ökad kunskap om medarbetarnas syn på prioriteringar i allmänhet, de prioriteringar som görs och på vilka grunder de sker inom den geriatriska verksamheten vid Norrlands universitetssjukhus/Västerbottens läns landsting. Svarsfrekvensen var totalt 52,5 %, den högsta svarsfrekvensen var bland administrativ personal och läkare. Av de svarande hade 79,7 % ≥5 års erfarenhet av geriatrisk vård.

2 år efter projektstart delades en ny uppföljande enkät ut till samtliga medarbetare vid Geriatriskt centrum. Denna omgång valdes 6 av tidigare 20 frågor specifikt ut att följas. Dessa berörde behovet av stöd för att skapa förutsättningar för behovsstyrd vård på lika villkor i det vardagliga arbetet. Svarsfrekvensen var totalt 54,5 % och den högsta svarsfrekvensen var även denna gång bland administrativ personal och läkare. Av de svarande hade 75,2 % ≥5 års erfarenhet av geriatrisk vård.

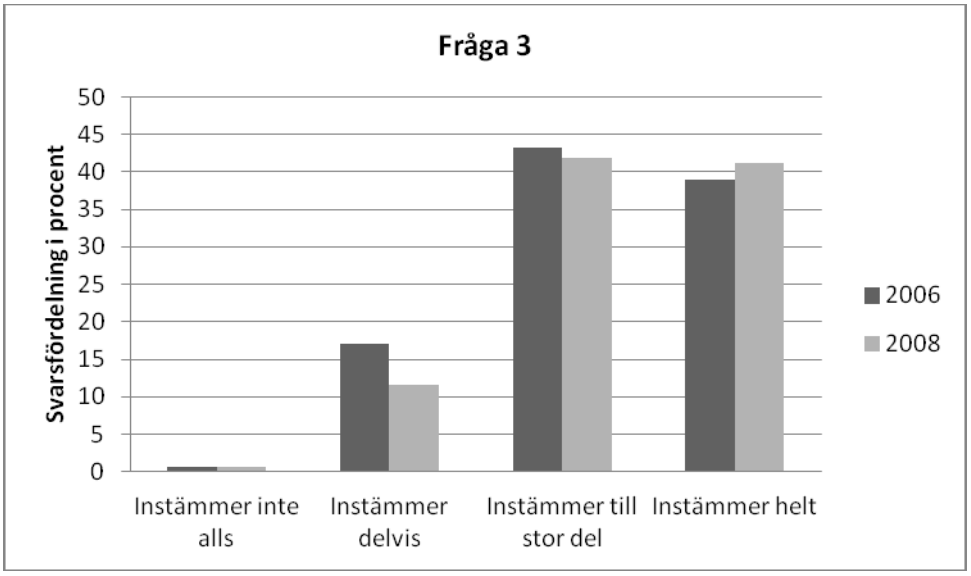
Sammanfattningsvis skall resultaten ses som en temperaturmätning vid de båda olika svarstillfällena och att det gått två år emellan. Medarbetarna vid Geriatriskt centrum har lång erfarenhet inom geriatriskt vård och tycks även i ingången av projektet haft en hög medvetenhet om på vilka grunder man gör beslut kring patienten i det dagliga arbetet. En ytterligare förskjutning till högre medvetenhet hade ändock skett efter 2 år. Behovet att diskutera prioriteringar med teamet rörande beslut kring patienten tycks ha minskat och skulle kunna tolkas som att en ökad medvetenhet hos sig själv ger mindre behov av diskussion med teamet på avdelning/enhet. Det kvarstår en stor upplevelse av öppenhet att diskutera på varje avdelning/enhet och frågan om det finns en gemensam värdegrund vid Geriatriskt centrum har efter arbetet blivit flera som instämmer till, men fortfarande finns många som inte har kännedom om denna. Ett liknande svar kan ses i frågan om de etiska principerna fungerar som vägledning för vilka prioriteringar av vårdbehov som görs. Många känner fortfarande inte till dessa och instämmer inte till att de är vägledande. På vilka grunder patienter remitteras till Geriatriskt centrum har blivit mera känt, dock fortfarande en del som inte instämmer.



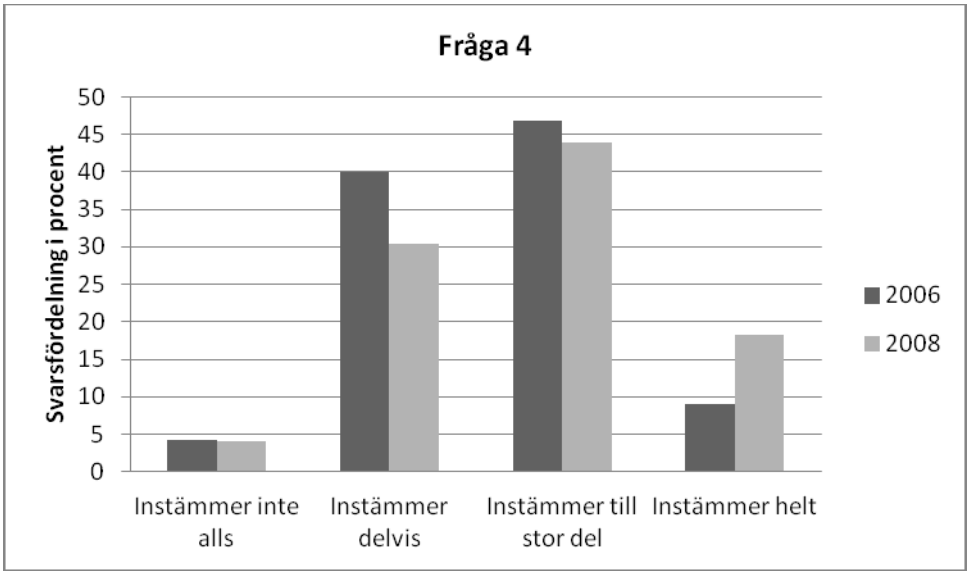
1. Jag är medveten om på vilka grunder jag gör mina beslut kring patienten i mitt dagliga arbete.



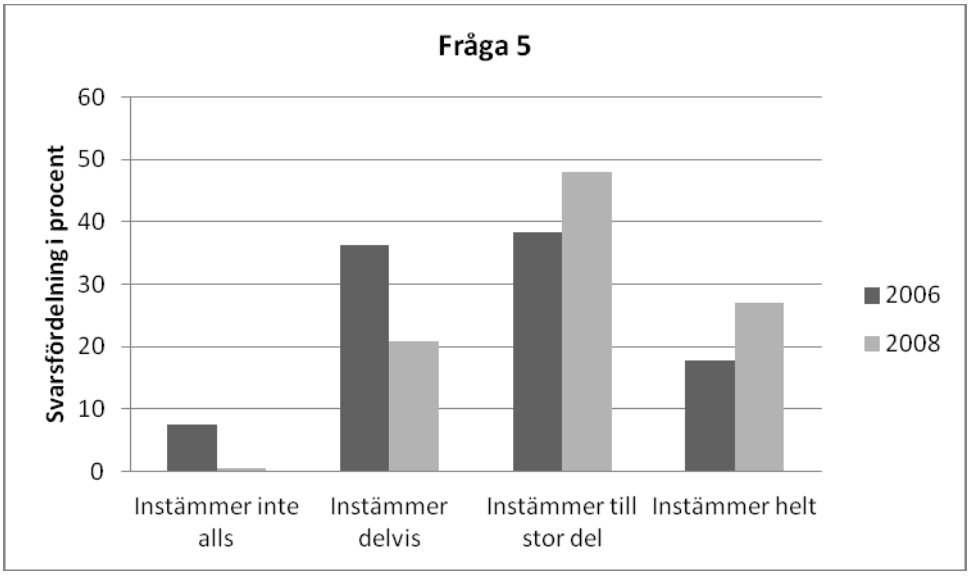
2. Jag har behov av att diskutera frågor som rör prioriteringar på min avd/enhet med teamet gällande beslut kring patienten.



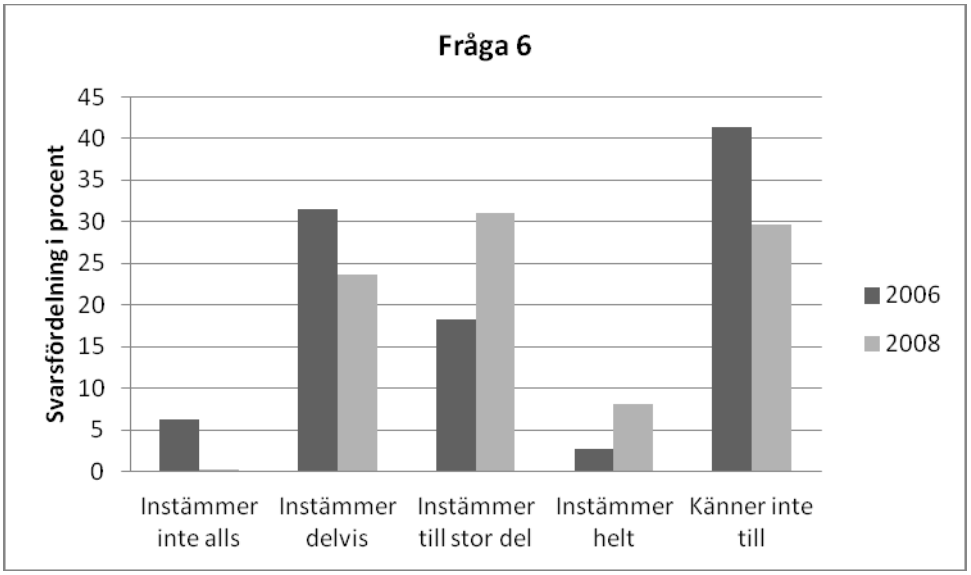
3. Jag känner att det finns en öppenhet i teamet på min enhet/avdelning för att diskutera frågor som gäller beslut kring patienten.



4. På Geriatriskt centrum finns en gemensam värdegrund.

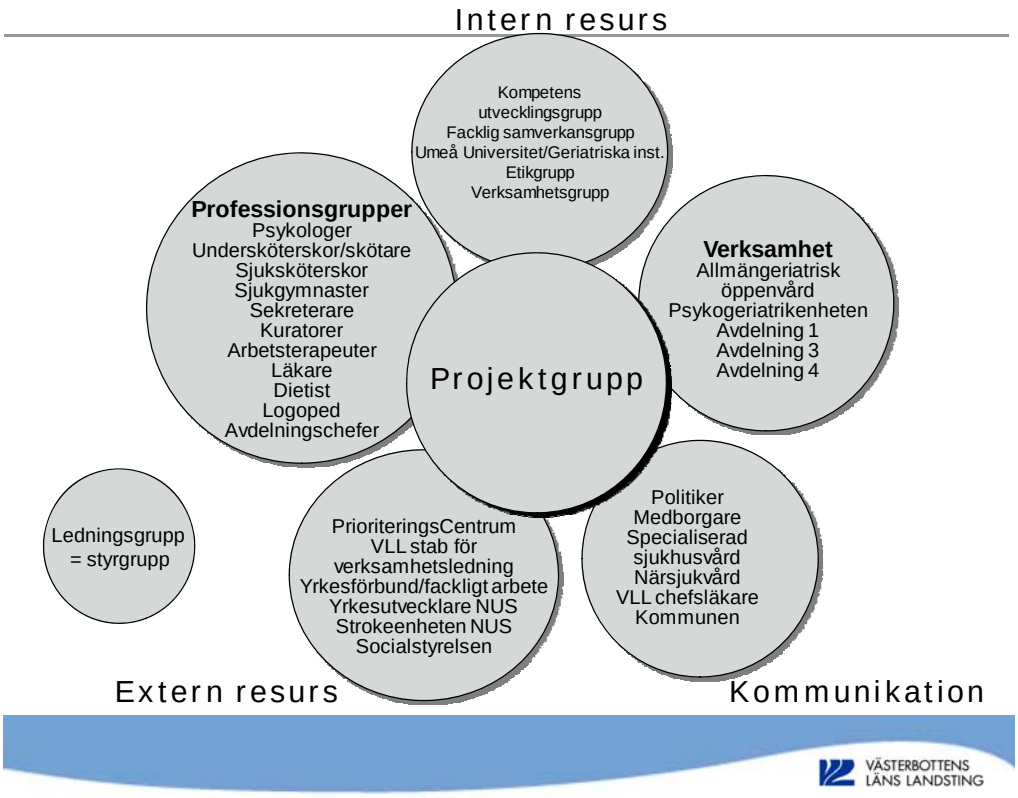


5. Jag känner till på vilka grunder patienter ska remitteras till geriatriskt centrum.



6. De etiska principer som riksdagen beslutat ska gälla vid prioriteringar inom vården fungerar som en vägledning för vilka prioriteringar av vårdbehov jag ska göra.

Bilaga 2. Bild Projektgrupp – resurser



Bilaga 3. Riktlinjer för prioriteringar till sluten- och öppenvård vid Geriatriskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus
revidering planerad 2011

VÄSTERBOTTENS LÄNS LANDSTING

Riktlinjer för prioriteringar till sluten- och öppenvård vid Geriatriskt centrum, Norrlands Universitetssjukhus

Utifrån patientgruppens tillstånd ge samstämmighet i remissbedömning vid och till Geriatriskt centrum.

Uppdrag

Specialiserad diagnostik, vård, rehabilitering och konsultation för äldre patienter i sluten och öppen vård inom Närsjukvården i Umeå. I länet och norra regionen även för patienter som på grund av demenssjukdom har svåra beteendemässiga och psykiska symtom.

I ett läns- och ett regionalt perspektiv bedrivs undervisning, handledning, konsultationer och kunskapsutbyten. Forskning och utveckling sker kring äldres sjuklighet, risker, behov, rehabilitering och hälsa.

Målgrupp

Mulitsjuka/sviktande äldre patienter[1] med funktionsnedsättning från nya eller tidigare sjukdomar samt åldrandets konsekvenser. Patienter med stort rehabiliteringsbehov, för bibehållande och förbättring av funktionsförmåga samt för att undvika risken av snabb funktionsförlust, komplikationer samt läkemedelsbiverkningar är ofta förekommande.

Patienter oavsett ålder med diagnostiserad eller misstänkt kognitiv sjukdom, samt de som på grund av demenssjukdom har svår problematik gällande beteendemässiga och/eller psykiska symtom (BPSD).

[1] **Definition Multisjuka/sviktande äldre**
Patient med komplexa vård- och omsorgsbehov, ofta på grund av flera samtidiga hälsoproblem medföljande svikt på olika nivåer och med behov av interdisciplinära insatser.

Frailty
Low physical activity
Muscle weakness
Slowed performance
Fatigue or poor endurance
Unintentional weight loss

JAMA 2006.**296** (11) p.2280

Allmänt
(För undantag, se under respektive avsnitt)

Patient över 65 år med rehabiliteringsbehov p.g.a. somatisk sjukdom

- Patienten måste vara medicinskt stabil och färdigbehandlad ur akut synpunkt.
- Patienten ska inte vara i behov av extravak eller monitorering av vitala funktioner. Speciell utrustning och/eller farmaka för aktuell behandling måste finnas tillgänglig och kunna skötas av ordinarie personal.

Patient med misstänkt eller diagnostiserad demenssjukdom oavsett ålder

- Sluten vård: Utredning, bedömning och behandling av patient med svåra beteendemässiga störningar och/eller psykiska symtom (BPSD) där patientens behov ej kan tillgodoses av annan vårdgivare. Patient med misstänkt demenssjukdom med aktuell psykisk/somatisk sjukdom där optimering av behandling måste göras innan kognitiv bedömning är möjlig.
- Öppenvård: Utredning, bedömning och behandling av patienter med misstänkt kognitiv sjukdom. Patienter med atypiska kognitiva symtom.

Följande patienter skall ej remitteras till geriatrisk slutenvård

- Sedan tidigare sjukhemsboende
- Sedan tidigare sängbunden patient
- Sedan tidigare rullstolsburen som överflyttas med lyft
- Patient med demenssjukdom som bor i särskilt boende mår oftast bäst av rehabilitering i sin vardagliga miljö.
- Redan mobiliserad till självständig gångare med rollator, klarar i och ur säng, klarar toalettbesök självständigt. Kan i regel skrivas ut till hemmet med eventuell fortsatt rehabilitering i öppen vård.
- Patient som enbart behöver boendebedömning skall inte remitteras till Geriatriskt centrum.
- Patient som är utskrivningsklar och som väntar på kommunala insatser skall inte remitteras till Geriatriskt centrum.
- Patient som kan skrivas ut utan medicinsk risk, men har behov av ytterligare medicinsk översyn och/eller rehabiliteringsinsatser för att förebygga återinläggning kan remitteras till geriatrisk öppenvård.

Remiss för förnyad bedömning skall skrivas om patientens tillstånd förändras i väntan på plats vid Geriatriskt centrum.

Remiss kan med fördel även skrivas för rådgivande konsultation utan övertagning.

Sluten vård

	Prioriteras	Ej prioriteras
Hjärnskador	• Patient > 60 år som ej är i behov av yrkesinriktad rehabilitering. • Patient med hjärnskada i subakut skede. Ej slutförd strokeutredning är inte ett absolut hinder för övertagning. • Patient med annan sjukdom men med tidigare hjärnskada som kan påverka rehabiliteringsbehovet.	• Om patienten har annan akut åkomma samtidigt med aktuell stroke bör utredning och/eller behandling slutföras innan patienten remitteras.
Ortopedi	• Patient med ortopediska problem i subakut skede. • Patient från ortopedkliniken ≥80 år med collum femoris fraktur övertas direkt postoperativt enligt särskild överenskommelse (remisslöst förfarande).	• Patient som inte kan rehabiliteras under frakturläkningstiden p.g.a. icke belastningsstabil fraktur.
Medicin/Geriatrik	• Geriatrisk patient från medicin 1 som har behov av kortare tids fortsatt medicinsk behandling och/eller rehabilitering (remisslöst förfarande).	
Allmän Geriatrik	• Patient från ett flertal diagnosgrupper, med behov av specifik geriatrisk rehabilitering.	• Patient som inte är färdig-utredd/behandlad för det aktuella tillståndet.

	Prioriteras	Ej prioriteras
Psykogeriatrik	• Svår BPSD problematik, där annan vårdgivare ej kan tillgodose behov under tiden för utredning, bedömning och behandling. • Somatisk/psykiatrisk sjukdom där behandlingen måste optimeras för att en rättvisande diagnostik av kognitiv svikt ska kunna göras. • Konfusionella tillstånd där inledande bedömning/behandling utförts via akutklinik.	• Lätt till medelsvår BPSD problematik, som kan skötas i öppenvård • Kognitiv svikt och långt gången kronisk psykiatrisk sjukdom (ex. schizofreni). • Kognitiv svikt och pågående missbruk. • Konfusionella tillstånd där inledande bedömning/behandling ej skall utföras och där de ej kan härledas till demenssjukdom.

Öppenvård

Psykogeriatrik *Mottagning Demensteam*	• Unga personer (< 65 år) med kognitiv svikt där man kan misstänka eller ska utesluta demenssjukdom • Unga personer med demens(< 65 år). • Tidiga symtom på demens hos äldre (> 65 år) där tidig diagnostik och ställningstagande till behandling ej kan utföras i primärvård p.g.a. komplicerad symtombild. • Patient med demens och mild till medelsvår BPSD problematik.	• Patient ej känd på Geriatriskt centrum, där det enbart finns ett önskemål om bedömning angående lämplighet att inneha körkort. • Äldre patienter med tecken på okomplicerad demenssjukdom utan BPSD problematik. • Färdigutredd patient med stabil medicinering.
Allmängeriatrisk öppenvård *Dagrehab*	• Geriatrisk patient från ett brett patientunderlag som t.ex. stroke, ortopedi, medicin och multisjuklighet. • Patient som kan tillgodogöra sig geriatrisk rehabilitering i öppenvård, utanför hemmet.	• Patient med demenssjukdom och nedsatt instruktionsförståelse. • Ung patient i arbetsför ålder som kräver yrkesrelaterad rehabilitering. • Gravt multisjuk patient som ej orkar med rehabilitering utanför hemmet.

	Prioriteras	**Ej prioriteras**
Hemrehab för stroke	• Patient (över och under 65 år) med aktuell Stroke. • Patient som skrivs ut till eget boende med behov av rehabiliterande och medicinska insatser i hemmet.	• Patient med sena effekter efter stroke. • Patient med behov av en enstaka insats som tex. uppföljning. • Boende utanför Umeå kommun.
Geriatriska öppenvårdsteamet (GÖT)	• Multisjuka äldre, som har behov av medicinska/rehabiliterande insatser i hemmet. • Äldre multisviktande patienter i eget boende, med flera samtidiga sjukdomar/tillstånd som riskerar försämring och ev. inläggning på akutklinik, och ej kan tillgodogöra sig annan öppenvård. • Tillfälligt och kortvarigt stöd till patient efter avslutad rehabilitering i annan verksamhet för att möjliggöra tidigare utskrivning.	• Patient med demenssjukdom och nedsatt instruktionsförståelse. • Ung patient i arbetsför ålder. • Boende utanför Umeå tätort.
Allmän geriatrisk mottagning inklusive konsult-verksamhet i kommunens särskilda boenden	• Uppföljande mottagningsbesök efter vårdtillfälle – eller p.g.a. komplicerad problematik. • Geriatrisk patient med osteoporos, för utredning och behandling. • Behandling och uppföljning av patienter i de särskilda boenden där Geriatriskt centrum har ansvar.	• Patient ej känd på Geriatriskt centrum, där det enbart finns ett önskemål om bedömning angående lämplighet att inneha körkort.

Verksamheten

Allmängeriatrisk slutenvård

Omfattar tre vårdavdelningar med totalt 64 vårdplatser.

Avdelning 1: Bedriver medicingeriatrisk vård och rehabilitering, 24 vårdplatser. Hjärtsvikt är den vanligaste diagnosen. Patienterna kommer utan remiss från allmäninternmedicinsk vårdavdelning efter bedömning av geriatrisk specialist, men även via remiss från andra vårdavdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus eller primärvård.

Avdelning 3: Bedriver allmängeriatrisk rehabilitering, 16 vårdplatser. Patienterna kommer via remiss från huvudsakligen infektion-, medicin-, neurokirurgisk- eller kirurgiska vårdavdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus eller primärvård.

Avdelning 4: Bedriver ortogeriatrisk rehabilitering, 24 vårdplatser. Patienter med höftfraktur över 70 år kommer direkt efter operationen till avdelningen, övriga patienter med behov av ortopedisk rehabilitering kommer utan remiss efter bedömning av geriatrisk specialist från akut ortopedisk vårdavdelning. Från andra vårdavdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus eller primärvård krävs remiss.

Psykogeriatrisk sluten- och öppenvård

Omfattar mottagning, demensteam samt vårdavdelning med totalt 12 vårdplatser.
Till verksamheten remitteras patienter med misstänkt eller diagnostiserad kognitiv sjukdom, oavsett ålder, från primärvården eller från andra vårdavdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus. En mindre del av patienterna remitteras från övriga länet eller regionen.

Psykogeriatrisk mottagning: Arbetar med inriktning mot diagnostik, behandling och uppföljning av patienter med kognitiv sjukdom. Initierar även anhöriggrupper för närstående till personer med demens samt bedriver kliniska läkemedelsprövningar inom demensområdet.

Demensteamet: Arbetar med inriktning mot diagnostik och behandling av misstänkt kognitiv sjukdom, samt behandling av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens. Bedömningar och behandling genomförs i patientens ordinarie boende. Bedriver en omfattande verksamhet med stöd och handledning till personal inom särskilda boenden och hemtjänst.

Avdelning 2: 12 vårdplatser. Arbetar med diagnostik, behandling och specifik omvårdnad av patienter med beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, där behoven inte kan tillgodoses inom öppenvård. Detta innefattar även patient med svår somatisk/psykiatrisk sjukdom samt konfusionella tillstånd där behandling måste optimeras för att korrekt kognitiv bedömning ska kunna genomföras.

Allmängeriatrisk öppenvård
Dagrehabilitering, geriatriskt öppenvårdteam och hemrehabiliteringsteam för ortogeriatriskapatienter. Verksamheterna vänder sig till patienter som bor hemma och har behov av specialiserade rehabiliteringsinsatser vid Geriatriskt centrum eller i hemmet, dagtid.

Dagrehabilitering: För patienter som har behov av planerade och specialiserade interdiciplinära teaminsatser. Utifrån perspektivet ”patient/empowerment” erbjuds den enskilde patienten individanpassade åtgärder, från enskild behandling/träning till självträningsgrupp eller osteoporosskola. Teamarbetet kännetecknas av ett arbetssätt med patient och anhörig som självklara medlemmar i teamet och med ett gemensamt rehabiliteringsmål.

Geriatriska Öppenvårdsteamet (GÖT): Arbetar i hemmet hos äldre personer med multisviktsproblematik och som har behov av geriatrisk specialistkompetens. Patienterna remitteras från primärvården, Geriatriskt centrums övriga verksamheter eller från andra vårdavdelningar vid Norrlands Universitetssjukhus. Ett av syftena med GÖT: s arbete är att uppskjuta/förhindra inläggning på sjukhus. Det andra syftet är att möjliggöra tidigare utskrivning från sjukhus genom att slutföra påbörjad behandling och träning i patientens hem.

Hemrehabiliteringsteamet för ortogeriatriskapatienter: Bedriver rehabilitering i hemmiljön i direkt anslutning till utskrivning från sjukhuset. Erbjuder rehabilitering i hemmet för dem som inte längre är i behov av medicinsk vård eller rehabiliteringsstödjande insatser dygnet runt, men som fortfarande behöver frekventa insatser samt medicinsk uppföljning.

Övrig öppenvård
Allmängeriatrisk mottagning: Huvudsaklig uppföljning vid utskrivning från geriatrisk sluten- eller öppenvård samt för utredning och behandling av geriatriska patienter med osteoporos. Remissinstans i Västerbotten för undersökning av bentäthet.

Läkaransvar och insatser i Umeå kommuns särskilda boenden: Bedrivs av Geriatriskt centrum och omfattar ca 950 personer. Innebär regelbundna besök och en anslutning till Geriatriskt centrums jourverksamhet. Den boende får vanligtvis sin medicinska behandling på plats och behöver sjukhusvård endast när särskilda behov föreligger.

Bilaga 4. Modofierad checklista, probleminventering (geriatric assessment)

Geriatriskt centrum NUS 2008 Namn:

Utförd av: Födelsedata:

Intagn.datum	Listan färdigställd	Insjukn.datum	Ja	Nej	Detaljer/behov av åtgärd
Kontaktperson för anhöriga					
1.Allergi/Överkänslighet					
2. **Synproblem**					
Allmänt, synfältspåverkan, perceptionsstörning					
3. **Hörselprobelm**					
4. **Kommunikationsproblem**					
Afasi. Dysartri. Larmar ej. Läs- skrivsvårigheter					
5. **Kognitiva problem**					Vad?
Kogn svikt före insjukn. Minne. Förvirring.					
Insikt					
6. **Psykiatrisk problematik**					
Depression/affektlabil. Ångest/aggressivitet					Vad?
Motorisk oro. Personlighetsförändring					
Bristande motivation. Beroendeproblem					Vad?
7. **”Social svikt” tidigare**					
Boende, soc.nätverk					
8. **Körkort/vapeninnehav**					
9. **Nutritionsproblem?**					
Dysfagi. Aptitneds. Munhälsoproblem					
Behov av specialkost					Vad?
10.**Nattliga problem**					
Sömnprobl. Nykturi/inkont. Oro.					
Tillsynsbehov. Fallrisk. Snarkning/apné					
11.**Smärtproblematik**					
Tid smärtprobl. Strokerelat. smärtprobl					
12.**Hudproblem/sår. Nortonbedömning**					
Eksem, klåda. Dålig cirkulation.					Vad?
13.**Kardiopulmonella problem**					
Nedsatt ork/uthållighet. Dyspné, ödem					Vad?
14.**Urologiska problem**					
Inkontinens. Urinretention. KAD					
15.**Mag/tarmproblem**					
Diarré, förstoppning, inkontinens. Stomi					Vad?
16.**Fallrisk;**					Vad?
Restriktioner					
17.**Osteoporosdiagnos.** Profylax					Vad?
18.**Motorisk problematik**					
Gång. Balans. Överflyttning.					
Motorisk nedsättning. Sensoriknedsättning.					
Kontrakturrisk					
19.**ADL-problematik**					Träningsbehov? Ja/Nej
Apraxi? Percept probl. Hjälp med toa-besök					
20.**Vid utskrivning:** Hemrehab, GÖT, dagrehab?					

Bilaga 5. Exempel

Två multisviktande äldres variation av hälsotillstånd och social situation att beakta i samband med identifiering av behov och individuella åtgärder.

”Karin” är 85 år och nybliven änka, har ett barn som bor i samma stad. Hon bor i lägenhet på tredje våningen, har inga hemtjänstinsatser. Hiss saknas. Hon har tidigare själv kunnat gå ut och promenera korta sträckor med rollator.

”Karin” har sedan 15 år diagnosen Polymyalgia reumatica och har under lång tid behandlats med Prednisolon (Cortison). Står fortfarande på en låg dos. Har skör hud, flera sår på underbenen som kräver omläggning. Har också artros i båda sina knän, det högra är opererat och relativt smärtfritt men hon besväras i hög grad av sitt vänstra knä. Ådrog sig en komplicerad lårbenshalsfraktur vänster 2005. Hon hade i samband med detta en lång immobiliseringstid. Återhämtade sig och tränade upp sig relativt väl efteråt. Har även hjärtsvikt och nedsatt minne.

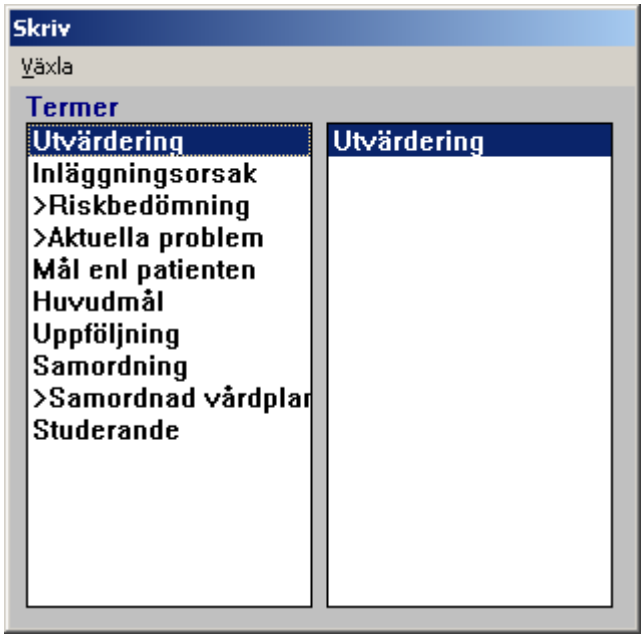
I början av januari i år ådrog sig Karin en kotkompression i ländryggen i samband med är förflyttning i sängen. Hon kom inte upp själv pga. smärta och lades akut in på sjukhus. Röntgen visade även flera kotkompressioner av äldre datum. Remitterades till Geriatrisk avdelning.

”Kalle” är 83 år och bor med sin hustru i ett radhus. Har använt rollator i flera år. Skjutsas i rullstol utomhus. Hemtjänsten bistår tre gånger dagligen.

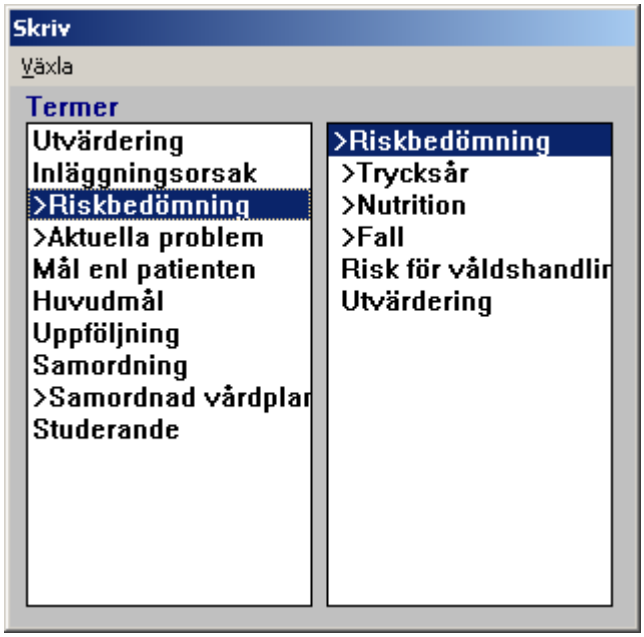
”Kalle” är kronisk KAD-bärare pga. prostatadhyperplasi. Har epilepsi, hjärtsvikt och minnesnedsättning. Nedsatt hörsel.
Under det senaste året har ”Kalle” vårdats för flera tillbud och sjukdomar. Ett falltrauma i januari ledde till subduralblödning och kindbensfraktur. Symtom i form av muskelsvaghet och förvirring gick i regress men han är blind på vänster öga efter en glaskroppsblödning som också uppstod vid fallet. ”Kalle” har haft rosfeber (erysipelas) i två omgångar under de två senaste åren. Lades akut in på sjukhus p.g.a en urinvägsinfektion med bensvaghet och förvirring som följd. Fick dessutom allergisk reaktion mot antibiotika. Remitterades till Geriatrisk avdelning.

Bilaga 6. Struktur för journaldokumentation Geriatrisk centrum NUS

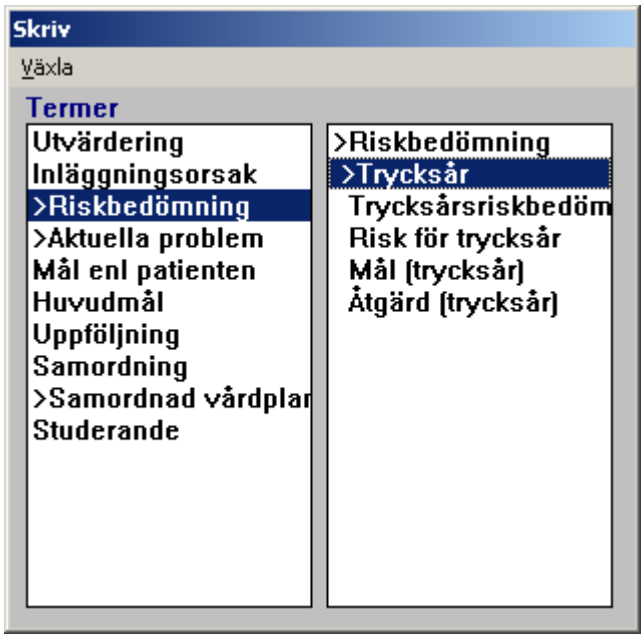
Anteckningstypen ”vårdplan” och termer på ”nivå1”



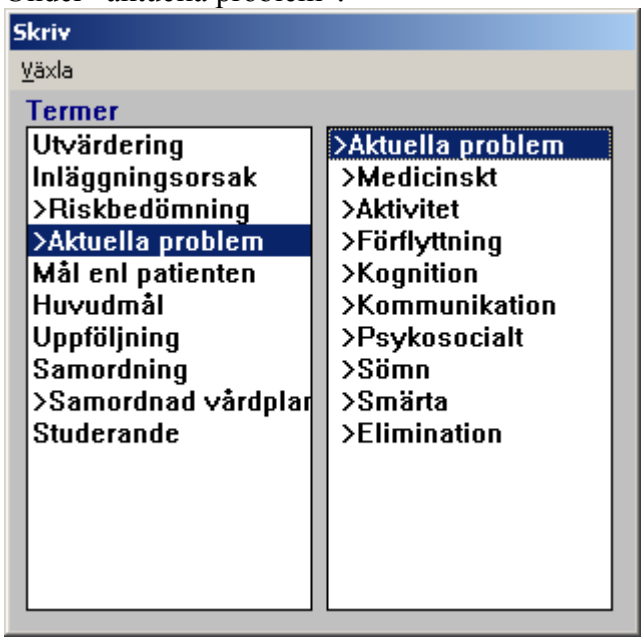
Nivån under riskbedömning…



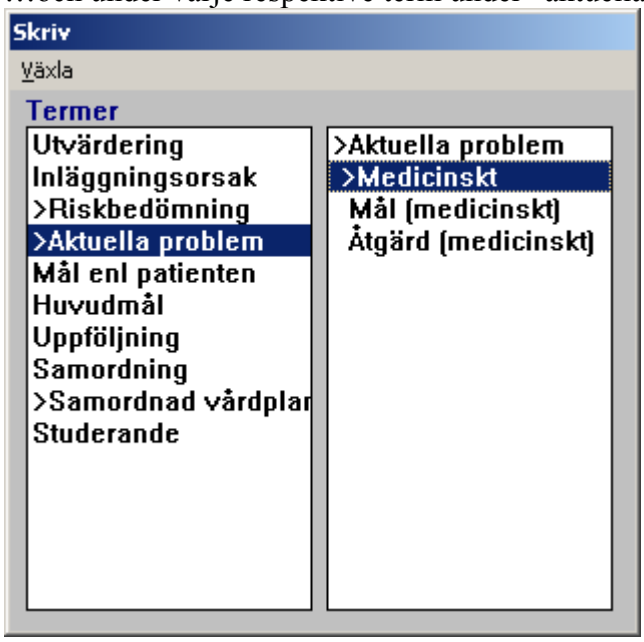
Under ”Trycksår”, ”Nutrition” och ”Fallrisk” ser det ut enligt denna princip:



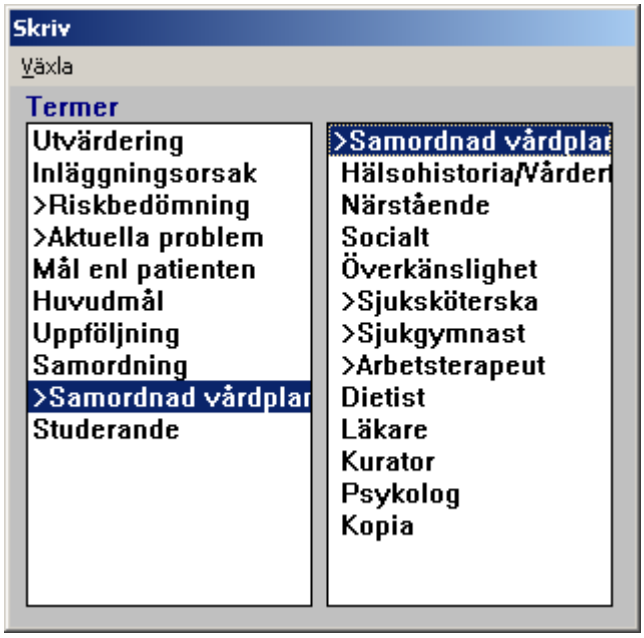
Under ”aktuella problem”:



…och under varje respektive term under ”aktuella problem” finns ”Mål” och Åtgärd”



Termerna under ”Samordnad vårdplanering” används om Prator inte kan användas



Använda frastexter:

Utvärdering:
” Informerat patienten om vårdplanen.”

” Informerat närstående om vårdplanen.”

Fallrisk:
” Bedömningen är utförd vid tidigare tillfälle.”

Risk för trycksår:
” Bedömningen är utförd vid tidigare tillfälle.”

Risk för undernäring:
” Bedömningen är utförd vid tidigare tillfälle.”

Risk för våldshandling:
”Finns tidigare våld/hot i anamnesen? Ja/nej?
Vilken typ av våld/hot?
Hur ofta?
I vilka situationer?
Mot vem eller vilka?”

Mål (fall):
”minska fallrisk”

Samordning:
” Menprövning gjord: patienten kan på grund av sin sjukdom/sitt tillstånd inte ta ställning gällande samtycke till informationsöverföring mellan landsting och kommun. Informationsöverföringen bedöms dock inte vara till men för patienten.”

” Patienten samtycker till informationsöverföring till andra vårdgivare”

” Patienten samtycker till registrering i kvalitetsregistret Senior alert.”