

UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD FÖR SKÖRA ÄLDRE

Från SFAMs Råd för sköra äldre i primärvården

SAMMANFATTNING

För att primärvården ska fungera som första linjens sjukvård för patienterna krävs generalistkompetens, kontinuitet och tillgänglighet hos ansvariga läkare och sjuksköterskor.

För *sköra äldre* räcker inte det. De behöver en *utvidgad primärvård* utvecklad för att tillgodose deras behov. De individer som är i behov av utvidgad primärvård behöver *identifieras och registreras i journalen* samtidigt som deras behov av vård behöver beskrivas tydligt. I dokumentet beskriver vi vad vi bedömer att den utvidgade primärvården behöver innehålla.

Individer som erbjuds en utvidgad primärvård blir tryggare och får bättre vård. Kostnader i primärvården ökar sannolikt men ger besparingar och mindre belastning på sjukhusvården, (ref 1).

I utvidgad primärvård finns behov av *stödstrukturer* som registrering av behovet av utvidgad primärvård, journalanpassning, kontaktsjuksköterska på vård-/hälsocentralen, välfungerande jourorganisation, tillgång till rehabpersonal och omsorgspersonal, vårdplanering samt överenskommelse om direktinläggning på sjukhus vid behov. Det finns också behov av *anpassat arbetssätt* med strukturerade bedömningar av skörhet, upprättande av medicinsk vårdplan och samordning med övriga som deltar i de sköra äldres vård, ronder i hemsjukvård och särskilt boende, hembesök, kompetens och rutiner för att kunna bedriva palliativ vård samt preventiva insatser.

Med en utvidgad primärvård där individerna identifieras och stödstrukturer och arbetssätt utvecklas kommer en särskilt anpassad vård att kunna erbjudas patientgruppen. Parallellt krävs ett tydligt fokus på uppföljning av kvalitet och kompetensförsörjning.

INLEDNING

Varför togs dokumentet fram?

Rådets medlemmar, allmänläkare med erfarenhet av arbete med sköra äldre, anser att vården av sköra individer behöver utvecklas och att tillräckliga resurser behöver säkras så att det går att bedriva en tillräckligt bra vård. Enkla siffror på resursbehov som timmar/vecka/individ är svårt att ange eftersom resursbehovet varierar beroende på flera olika faktorer. Vi har därför istället i det här dokumentet lyft fram hur vi inom ramen för primärvården, och med primärvårdens arbetssätt som bas, med hjälp av identifiering av individerna utvecklade stödstrukturer och ett anpassat arbetssätt kan skapa den utvidgade primärvård som behövs för att kunna erbjuda en tillräckligt bra vård för sköra äldre. Det visar samtidigt på resursbehovet. Utvidgad primärvård kan dessutom vara ett arbetssätt som kan användas även för andra sköra grupper med särskilda behov.

Vad krävs för god primärvård?

För att primärvården ska kunna fungera som första linjens sjukvård krävs att invånarna känner sig trygga med att de kan få hjälp när det behövs. För att kunna garantera det måste en del förutsättningar vara uppfyllda:

- **Generalistkompetens:** Läkaren och sjuksköterskan behöver vara generalister för att kunna hantera individens samlade sjukdomsbild och se individen med sina sammansatta behov. Generalisten ser kopplingar mellan medicinska/omvårdnadsproblem och sociala/kulturella/ekonomiska förhållanden på individnivå. Arbetet som generalist innebär att samordna olika insatser i ett aktivt nätverk och att formulera helhetslösningar som behandlar eller åtgärdar flera problem samtidigt.
- **Kontinuitet:** Den enskilda patienten har en namngiven ansvarig läkare och sjuksköterska som känner till individens samlade situation och känner och samarbetar med övriga som behöver delta i vården. Ibland behöver en samordnande läkare eller sjuksköterska utses. Med ett helhetsperspektiv kan vården anpassas utifrån individens önskemål och behov, dvs. se till att den blir personcentrerad.
- **Tillgänglighet:** För att individerna ska känna sig trygga med att de kan få medicinsk hjälp när behov uppstår måste tillgängligheten i primärvården svara mot behoven. Det ska vara möjligt att få både akut och planerad hjälp via rådgivning och hjälp på distans, mottagningsbesök och vid behov hembesök dygnet runt hela veckan. Det måste finnas en jourorganisation som kan ta vid när de ansvariga inte är i tjänst.

Skörhet, hur påverkar det vårdbehovet.

Kliniska symptom som fallolyckor, viktförlust, nedsatt ork och rörelseförmåga samt kognitiv nedsättning bör leda till misstankar om skörhet. Olika metoder kan användas för att se om misstanken om skörhet är befogad (ref 2,3,4,). Sköra individer är mer känsliga för stressfaktorer som ex. infektioner, psykisk påfrestning, läkemedel, fall och miljöbyte. Många har kognitiv svikt och kan ha svårt att förstå och berätta om sina besvär och hantera sin egen vård. Det är viktigt att utredningar och behandlingar anpassas utifrån detta. Det är viktigt att sköra individer i så stor omfattning som möjligt kan erbjudas tillräckliga vårdinsatser i sin hemmiljö och inte i onödan hamnar på sjukhus då flytten till sjukhusets okända miljö utgör en stressfaktor.

Inför framtiden

Bättre vård av sköra äldre på vård- och hälsocentraler och i hemsjukvården är nödvändig för framtidens sjukvård där andelen äldre förväntas öka. Det behövs bland annat bättre framförhållning med tydligare vårdplaner och förebyggande insatser, ökad tillgång till bedömning och behandling dygnet runt, inklusive läkarbedömning, samt bättre samverkan och samordning mellan olika vårdgivare. Om vi är framgångsrika kommer detta att avspeglas i bättre livskvalitet, färre besök på sjukhusens akutmottagningar, färre vård dagar i akutsjukvården och en värdigare vård vid livets slut (ref 1,5,6).

UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD FÖR SKÖRA ÄLDRE

För sköra äldre utgör vård på akuten och sjukhuset således ofta en ökad risk (ref 7,8,9). För att den här gruppen ska kunna erbjudas en tillräckligt trygg och säker vård, så att de kan vistas hemma och slippa åka in till sjukhus i onödan behövs en *utvecklad primärvård*.

Den utvidgade primärvården behöver innehålla *olika stödstrukturer* och ett *anpassat arbetssätt* (ref 1,10,11,12). Strukturer som både patienter, anhöriga och olika samarbetspartners i de sköra äldres vård känner till och kan använda sig av. För att få tillgång till den utvidgade primärvården behöver de individer som behöver den *identifieras och deras behov av utvidgad primärvård behöver registreras i all dokumentation*.

Exempel finns bland annat i Borgholm. Viktiga faktorer i Borgolmsmodellen är ökad läkarbemanning, listning på fast läkare, nära samverkan vårdcentral-hemsjukvård-ambulans, akut hembesök av läkare (vardagar ordinarie läkare) inom ett dygn vid behov till patienter i hemsjukvården. "Hypotesen är att tryggheten på alla nivåer ska öka och att ej nödvändig slutenvård därmed successivt kan börja undvikas."

Uppföljning av vårdutvecklingen mellan 2014 och 2018 för individer > 75 år i Kalmar regionen visar (ref 13)

Hemsjukvårdspatienter: ökade med 70% i Borgholm / minskade med 2% i resten av Kalmar regionen.

Totala vårdkonsumtionen: minskade med 4% i Borgholm / ökade med 10% i resten av Kalmar regionen

Besök till akutmottagningen: minskade med 19% i Borgholm / minskade med 9% i resten av Kalmar regionen

Slutenvård: Minskade med 7% i Borgholm / ökade med 13% i resten av Kalmar regionen

Öppenvårdsbesök på sjukhus: Minskade med 8% i Bornholm / ökade med 21% i resten av Kalmar-regionen

ATT IDENTIFIERA OCH REGISTRERA BEHOV AV UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD

Vi behöver kunna identifiera de som behöver utvidgad primärvård. Försök har gjorts med att erbjuda utvidgad vård till alla över en viss ålder. En studie på Boo vårdcentral i Nacka visar att långt ifrån alla äldre behöver denna hjälp. Samtidigt finns yngre patienter som också behöver denna utvidgade vård (ref 14,15).

De som behöver utvidgad primärvård behöver identifieras och registreras

- För att kunna erbjuda den enskilda patienten den utvidgade primärvård som de behöver.
- Så att det i all dokumentation framgår för alla vårdgivare att patienten ska ha tillgång till utvidgad primärvård
- För att ledningen av vårdcentralen/primärvården ska kunna se hur många individer det rör sig om och fördela resurserna rätt, samt se till att rutiner och avtal som behövs finns på plats.
- För att möjliggöra uppföljning, forskning och kvalitetsarbete

FAKTORER SOM INDIKERAR BEHOV AV UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD

(stora delar av nedanstående förslag är hämtat direkt från Proaktiv vård för sköra äldre från SKL (ref 12))

- *Omfattande omsorgsbehov (>25 tim htj/vecka) och individer som beviljats särskilt boende*
- *Patienter med hemsjukvård*
- *Patienter som skrivs ut från sjukhus enligt lagen om samverkan*
- *Patienter där det uppkommit oro över vårdsituationen. När någon i eller utanför vården hör av sig och är orolig över pågående vård, eller avsaknad av vård. Ett exempel från Boo vårdcentral i Nacka är hur distriktssköterskor får ansvar att utreda vårdsituationen, i samarbete med ansvarig läkare. Under tiden erbjuds patienten extra stöd till exempel via direkttelefon till distriktssköterskorna (ref 14,15).*
- *Patienter med behov av palliativ vård. För att de ska ha en möjlighet att i så hög grad som möjligt kunna vårdas och avsluta sina liv i det egna hemmet behöver behovet av palliativ vård uppmärksammas.*
- *Personer med kognitiv svikt/demens, särskilt om de samtidigt har andra hälsoproblem*
- *Personer med psykiatrisk diagnos särskilt om de samtidigt har andra hälsoproblem.*
- *Individer kan identifieras via riskskalor som Geriatrisk riskprofil (ref 1) eller Klinisk skörhetsskala (ref 2,3). (se faktaruta 1 och 2)*

Faktaruta 1

Geriatrisk riskprofil: Individerna kan identifieras via Geriatrisk riskprofil (ref 2). Om minst tre av följande punkter stämmer in på personen föranleder det misstanke om behov av utvidgad primärvård

- använder fem eller flera läkemedel
- ensamboende, ingen tillgänglig anhörigvårdare, eller har hemtjänst för omvårdnadsbehov
- svårigheter att gå, förflytta sig eller har nyligen fallit
- varit inlagd på sjukhus inom de senaste 3 månaderna, eller har 5 eller fler läkarbesök på mottagningen senaste året, högfrekvent kontaktsökande
- kognitiv svikt (desorienterad, dement, konfusion/förvirring) eller psykisk oro

Faktaruta 2

Klinisk skörhetsskala (ref 3,4)

En patient som placeras på steg 5 (lindrigt skör) eller mer på skalan behöver utvidgad primärvård.

1. Mycket vital – är stark, aktiv, energisk, motiverad och i gott skick; dessa individer tränar ofta regelbundet och tillhör den grupp som är bäst skick för sin ålder.
2. Vital – har ingen aktiv sjukdom, men är i sämre skick än individer i kategori 1. Tränar inte regelbundet.
3. Mindre vital, med välkontrollerade kroniska sjukdomar. Tränar inte regelbundet utöver promenader.
4. Sårbar – är inte direkt beroende av andra, men klagar ofta över att de begränsas ("saktas ner") på grund av sitt tillstånd eller sjukdomssymtom.
5. Lindrigt skör – är till viss grad beroende av andra för att klara av krävande aktiviteter i det dagliga livet, som tungt hushållsarbete, medicinering eller bankärenden. Typiskt slutar denna grupp att handla, laga mat och gå utsjälvt.
6. Måttligt skör – behöver hjälp med alla utomhusaktiviteter. Har ofta svårt för trappor och kan behöva hjälp med dusch. Kan behöva stöttning med exempelvis påklädning.
7. Allvarligt skör – är fullständigt beroende av andra för att klara av personlig vård pga. fysisk eller kognitiv orsak. Verkar dock stabila och utan hög risk att dö (inom 6 mån).
8. Mycket allvarligt skör. Fullständigt beroende och närmar sig livets slut. Klarar typiskt inte att återhämta sig från en förkylning eller annan lindrig åkomma.
9. Terminalt sjuka. Förväntat återstående livstid mindre än 6 månader oberoende av behov av hjälp.

För varje steg i skalan ökar risken för både död och behov att flytta till institution med ca 20%: The Canadian Study of Health and Ageing (CSHA) Clinical Frailty Scale.
Översättning Ekerstad et al, justerad av Magnus Nord.

STÖDSTRUKTURER NÖDVÄNDIGA FÖR UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD

Dokumentation där det tydligt ska framgå att individen identifierats vara i behov av och ska få utvidgad primärvård (se föregående stycke).

- För en fungerande utvidgad primärvård för de patienter som har primärvård över organisationsgränser krävs att regelverk och system anpassas så att en gemensam dokumentation är möjlig. Exempel finns där NPÖ använts för gemensam dokumentation av SIP.

Kommentar: Om regionernas och kommunernas olika journalsystem inte kommunicerar med varandra innebär detta stora samverkansproblem och brister i patientsäkerhet.

Kontaktsjuksköterska på vårdcentralen och/eller i hemsjukvården

Ska ha ansvar för samverkan mellan patient och närstående, samt landstingets och kommunens sjukvård och omvårdnad. Ett ansvar som kräver mycket hög tillgänglighet.

Jourorganisation 24/7

En jourorganisation som kan fungera med rådgivning och hjälp på distans, mottagningsbesök och hembesök efter behov, 24 timmar/dygn 7 dagar i veckan. Det är ett krav om man ska kunna ge svårt sjuka vård hemma när detta är patientens uttryckliga önskemål. Det kräver också att alla som deltar i vården lätt kan få kontakt med och hjälp av varandra om behov uppstår och också har tillgång varandras dokumentation.

Tillgång till rehab-personal

Fysioterapeuter och arbetsterapeuter som kan göra bedömning och ge behandling i hemmet vid behov. Även dietist och i vissa fall psykolog/kurator behövs.

Vårdplanering vid inskrivning, efter sjukhusvård och vid försämring

Tydliga rutiner och strukturer för samverkan som gör det möjligt att kunna kalla till och genomföra vårdplanering

En överenskommelse om direktinläggning på sjukhus vid behov

En rutin som möjliggör direktinläggning kan spara både resurser och ge högre vårdkvalitet i och med att en skör patient som redan är utredd och har en vårdplan slipper väntan och ytterligare undersökningar på akutmottagning. Det ökar också trygghet för patient och anhöriga.

ARBETSSÄTT SOM BEHÖVER ANVÄNDAS I DEN UTVIDGADE PRIMÄRVÅRDEN

<i>Arbetsätt som behövs, och där tid behöver avsättas och rutiner skapas</i>
Besök för orienterande bedömning
Upprätta medicinsk vårdplan
Indirekta kontakter och samordning
Ronder
Hembesök
Årskontroller
Läkemedelsgenomgångar
Kunna bedriva Palliativ vård, kompetens och arbetsätt
Preventiva insatser

Besök för orienterande bedömning

När man konstaterat att en patient är i behov av utvidgad primärvård behöver de som ska delta i vården träffa patienten för orienterande bedömning så att den sköra individens och eventuellt även närståendes behov och önskemål kan identifieras. Det behöver finnas tid och rutiner för detta. Det gäller inte minst läkaren som behöver avsätta extra tid (60 minuter är ett riktmärke) för att verkligen kunna sätta sig in i den sköra individens sjukhistoria och planera den fortsatta vården. Ett verktyg som kan användas för bedömning är CGA (Comprehensive Geriatric Assessment), där finns en kortversion Brief CGA (<https://www.cgakit.com/cga>) som skulle kunna användas i Sverige i väntan på att vi får en svensk primärvårdsversion. Det pågår ett arbete i Linköping för att ta fram en sådan version. x

Upprätta medicinsk vårdplan.

Det behöver finnas tid och rutiner för att läkaren ska kunna upprätta en medicinsk vårdplan. Syftet med den medicinska vårdplanen är att i samråd med patienten bestämma den fortsatta vårdens inriktning och ta ställning till eventuella vårdbegränsningar. Planen är särskilt viktig för jourorganisationen vid akuta händelser.

Om patienten samtycker är det en stor fördel att ha närstående med på mötet för att skapa förståelse och acceptans för besluten (se faktaruta 3)

Exempel på ett medicinskt vårdplaneringsdokument som kan användas finns på SFAMs hemsida (används i Västra Götalandsregionen)

(<http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/56375f959bba9a03007061a3/Sköra%20äldre%20MEDICINSK-VÅRDPLANERING-2.pdf>).

Faktaruta 3

Vad behöver en medicinsk vårdplan innehålla:

- Bedömning av den sköra individens tillstånd, önskemål och vårdbehov.
- Beslut om vårdens inriktning
- Vilka åtgärder som ska vidtas i den dagliga vården med anledning av detta
- Vilka åtgärder som ska genomföras när det finns behov av akut omhändertagande i hemmet. Planen ska innefatta ordinationer för förutsägbara akuta tillstånd och uppgifter om beslut fattats om vårdbegränsningar.

Indirekta kontakter och samordning

De sköra äldre har stort behov av samordning av vårdinsatser från olika yrkesgrupper och organisationer. Därför behövs tid och rutiner för:

- Planeringsmöten.
- Samordnad individuell plan (SIP) där de olika insatserna från olika vårdgivare framgår liksom ansvarsfördelningen.
- Kontakter med kollegor från andra specialiteter
- Att vara tillgänglig för övriga som deltar i patientens vård med allt från råd och hjälp på distans till hembesök.
- Tid för omhändertagande och administration av inkommande information kring patienten.

Ronder

Rutiner för ronder med sjuksköterskor på både särskilt boende, i hemsjukvård och på mottagningen.

Hembesök

Besök i hemmet ger en helt annan möjlighet att förstå den sköra äldre patientens situation. Hembesök ska kunna genomföras både planerat, halv akut och akut. Ju mer man planerar och förbereder i patientens vård, desto mindre behov av akuta hembesök. Vårdcentralen måste skapa förutsättningar för att hembesök ska kunna genomföras när behov uppstår. Det innefattar schemalagging av tid för hembesök samt tid för administration före och efter hembesöket.

Årskontroller av teamet kring patienten

Det behöver finnas tid och rutiner för kontroller. Detta är en patientgrupp med komplicerad problematik samtidigt som deras tillstånd leder till att de själva ofta inte klarar av att kontakta läkaren. Patienterna behöver garanteras minst en läkarbedömning varje år som med fördel kan genomföras som hembesök.

Läkemedelsgenomgångar

Det är många olika faktorer att ta hänsyn till när det gäller läkemedelsbehandling av äldre. En sammanställning finns i dokumentet [Rekommenderade läkemedel för äldre](#) (ref 16) (<http://www.lul.se/lakemedel> och äldre)

- Förberedande genomgång av läkemedelsanvändningen inklusive symtomskattning med exempelvis symtomskattningsformulär [Phase 20](#) (<http://www.lul.se/Phase-20>) av sjuksköterska eller apotekare ger ett bra underlag för bedömningen
- Provtagning inklusive njurfunktion.
- Patienten själv får lista samtliga läkemedel som används och varför de tas.
- Läkarbesök på mottagningen eller i hemmet för värdering av all pågående medicinering.

Palliativ vård

Ledningen för vårdcentralen och kommunens sjukvård ansvarar för kompetensen hos de som bedriver den palliativa vården och tillser att tillräcklig tid finns avsatt.

Utöver detta behövs rutiner som underlättar arbetet, exempelvis:

- Receptmallar för palliativ vård.
- Lista över rekommenderade läkemedel för olika tillstånd i palliativ vård.
- Palliativa läkemedel ska finnas tillgängliga på den enskilda vårdcentralen och i kommunsjukvården. Dessa bör vara enhetliga för alla enheter i området vilket måste förhandlas fram.
- Rutiner för närståendestöd
- Rutiner för utökat omsorgsstöd

Preventiva insatser

Insatser för att förhindra undvikbar försämring är av stor vikt för patientgruppen. Fysisk aktivering, sociala kontakter och åtgärder för att minska risken för undernäring är exempel på viktiga områden. Tillräckligt bra och flexibla omsorgsinsatser i hemmet är också av stor vikt. Sjukhusvård kan utgöra en risk att den sköra äldre patienten försämras och behöver förebyggas.

ALLMÄNLÄKARENS UPPGIFTER I UTVIDGAD PRIMÄRVÅRD

Att vara patientansvarig läkare med samordningsansvar för patientens vård och medicinering

- Att bedriva en personcentrerad vård som utvecklas i nära samverkan med patienten, närstående och övriga vårdgivare som deltar i den sköra äldre patientensvård.
- Upprätta och ansvara för den medicinska vårdplanen samt även delta i arbetet vid en samordnad individuell plan (SIP)
- Göra hembesök
- Leda teamarbetet runt patienten inklusive att vara medicinskt stöd till övriga vårdgivare
- Att bedriva preventiva, planerade och akuta vårdinsatser riktade för speciella och komplexa vårdbehov
- Att identifiera brytpunkten för vård i livets slutskede och ansvara för den palliativa vården.

Vad styr behovet av läkarresurser?

Antalet patienter med behov av utvidgad primärvård är avgörande.

Faktorer som dessutom påverkar är:

- Omsättningen i patientgruppen. Om det blir ett stort inflöde av nya patienter krävs många nybesök, många nya medicinska vårdplaner liksom ny gemensamplanering med övriga som deltar i vården.
- Patientens behov av hembesök och restider i området.
- Hur stort behovet av samverkan med teamet runt patienten är, t.ex. behovet av att finnas tillgänglig per telefon eller för akuta hembesök.
- Behovet av samordning med den specialiserade vården. Exempelvis kan patienter med maligna sjukdomar och dialys ha ökat samordningsbehov.

UPPFÖLJNING

Om patienternas behov av utvidgad primärvård registreras i all dokumentation på ett sökbart sätt, inklusive vårdcentralens journal, finns möjlighet att identifiera dessa patienter vid en uppföljning, något som annars är svårt eftersom gruppen inte låter sig fånga varken via diagnoskoder eller ålder (ref 2,3,12,14)

Om individerna är identifierade kan olika parametrar fås fram via t.ex. PV-Kvalitet (17). Andra

parametrar som bör följas eller som vi kan ställa krav på vårdgivaren att följa upp är:

- Antal patienter som varit på återbesök de senaste 12 månaderna
- Antal akuta vårdtillfällen för gruppen
- Återinläggningar inom 30 dagar efter akut vårdtillfälle
- Andel äldre som dör i hemmet (ordinärt och särskilt boende)
- Strukturmått: förekomst av team för samverkan med kommunen, tillgänglighet till läkarbedömning och vård i hemmet dygnet runt, gemensam HSV-journal, jourorganisation för sömlös vård.
- Antal akuta respektive planerade hembesök,
- Antal upprättade Medicinska vårdplaner
- Registrering av dödsfall i Svenska Palliativregistret

Faktaruta 4

Kvalitetsregister som underlättar uppföljning av verksamhetens vård av sköra äldre (från dokumentet Proaktiv vård av sköra äldre, ref 12)

Medverkan i följande Kvalitetsregister erbjuder god möjlighet att följa upp vården av sköra äldre och ger även stöd till förbättringsarbete

Senior alert

Stöd till en vårdpreventiv process avseende fall, undernäring, trycksår, ohälsa i munnen och blåsdysfunktion och rehabilitering. Riskbedömning, orsaksanalys, åtgärder och uppföljning. Läs mer på [Senior alert](#).

Svedem

Stöd i utredning vid kognitiv svikt. Innehåller kvalitetsindikatorer för demensvård. Läs mer på [Svedem](#).

BPSD-registret

Stöd för bedömning och åtgärder vid beteendemässiga och psykiska symptom vid demens (BPSD). Läs mer på [BPSD](#).

Svenska Palliativregistret

Stöd och kvalitetsindikatorer för vård i livets slut. Läs mer på [Palliativregistret](#).

Övriga källor och stöd som kan användas vid uppföljning:

Webbkollen

Webbkollen är en IT-baserad, strukturerad intervjumetod där frågorna anpassats till olika patientgrupper: återinskrivna på sjukhus, sjuksköterskesamtal inom 72 timmar efter utskrivning från sjukhus eller uppföljning av vård i ordinärt boende <http://www.webbkollen.com/>.

REFERENSER

1. Effektivare vård, Stiernstedt G, SOU 2016:2, http://www.sou.gov.se/wp-content/uploads/2016/01/SOU-2016_2_Hela4.pdf
2. Geriatrisk riskprofil, Örebro läns landsting, http://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2014/10/GRP-med-åtgärder-Projectplace_122726.pdf
3. Går det att arbeta proaktivt med sköra äldre? Nord Magnus, Allmänmedicin 2019;1:30-31, <http://sfam.se/wp-content/uploads/2019/03/AllmänMedicin-nr-1-2019.pdf>
4. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. Canadian Medical Association Journal 2005; 173(5):489-95
5. Utanför sjukhuset. Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende, SKL, 2012, <http://www.aldrecentrum.se/publikationer/utanför-sjukhuset-kvalitativ-uppföljning-av-multisjuka-äldre-i-ordinärt-boende>
6. Contribution of Primary Care to Health Systems and Health, Starfield B, Shi L, Macinko J. Milbank Q 2005 Sep; 83(3): 457–502
7. Best practice guidelines for management of frailty: a British Geriatrics Society, Age UK and Royal College of General Practitioners report. Turner G, Clegg A. Age and ageing 2014;43(6):744-7
8. Older patients in transition – from home towards emergency care. Annika Kihlgren 2005, Stockholm, Avhandling

9. Frailty consensus: a call to action, Morley JE, Vellas B, van Kan GA et al, 2013, JAMDA 14 (2013) 392-7
10. Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram, Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk Internmedicinsk förening, 2008, <http://sfamportal.s3.amazonaws.com/files/56307ecfce899a0300b24a68/Policydokument%202009%20Bästa%20vård%20för%20multisjuka%20äldre.pdf>
11. Kan Borgholm-modellen bli lösningen för framtidens sjukvård?, Läkartidningen, 03/2018
12. Proaktiv vård för sköra äldre, SKL 2018, <https://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-696-4.pdf?issuusl=ignore>
13. Geriatric community care for the future – the Borgholm model, Thulesius, H., Åkesson Å., Abstract/Programme Book of the 89th EGPRN meeting, Vigo – Spain, 17-20 October
14. Proaktiv hemsjukvård, Stockholms läns landsting, <http://ringla.nu/goda-exempel/proaktiv-hemsjukvard>
15. Utveckling av SVEA-teamet på Boo vårdcentral, http://www.nestorfor.se/nestor_publicationer/att-etablera-en-resurs-for-aldre-svea-teamet-vid-boo-varldcentral/
16. Rekommenderade läkemedel för äldre, http://www.lul.se/lakemedel_och_aldre
17. PrimärvårdsKvalitet - ett stöd för kvalitetsarbete i primärvården. SKL, <https://skl.se/halsasjukvard/kunskapsstodvardochbehandling/primarvardnaravard/pri-marvardskvalitetuppfoljning.5977.html>

Version 2019-12-17

Dokumentet är framtaget av SFAM:s rådgivare för sköra äldre i primärvården:
Gunnar Carlgren, Eva-Pia Darsbo, Sara Hallander, Madelene Hyttring, Christina Ledin, Kristina Lundgren, Sonja Modin, Christina Mörk, Magnus Nord, Eva Oskarsson, Lena Pomerleau, Anne Sauer, Solveig Wanland, Anders Wimo.