



En fullständig version av detta dokument finns att läsa på SFAM:s hemsida.

<https://sfam.se/foreningen/radet-for-skora-aldre-i-primarvarden/>

Där hittar du också kontaktuppgifter till rådet.

I den fullständiga versionen finns också beskrivning av instrument för att identifiera sköra individer med behov av utvidgad primärvård, och vad en utvidgad primärvård behöver innehålla.

**SFAM:s Råd för sköra äldre**

# SFAM

Svensk förening för allmänmedicin



## Utvidgad primärvård för sköra äldre – en introduktion

Om primärvården skall fungera som basen i sjukvården måste alla människor känna sig trygga med att de har en egen läkare, där relationen präglas av kontinuitet, tillgänglighet och tillit. För sköra äldre räcker inte detta; när människors autonomi minskar blir det tydligt att primärvårdens arbetssätt behöver utvidgas. Nya arbetssätt och nya strukturer behöver komplettera dagens primärvård.

Skörhet är ett tillstånd som innebär ökad risk för försämrad hälsa, otillfredsställda behov, oplanerad sjukhusvård och tidig död. Eftersom andelen äldre i befolkningen ökar snabbt under kommande år ökar antalet sköra äldre, vilket ställer krav på utveckling och prioritering i sjukvården.

Sköra äldre återfinns i den vanliga mottagningsverksamheten på vårdcentralen, i sjuksköterskornas telefonkö, i hemsjukvården och i särskilda boenden. De syns inte minst i arbetet med att erbjuda trygg hemgång efter vård på sjukhus. Det är av stor vikt att gruppen *identifieras* och *görs synlig* i all journaldokumentation, så att de verkligen får ta del av de nya rutinerna och *arbetsätten*. Särskilda *stödstrukturer* och möjlighet till *uppföljning* är nödvändigt.

När en individ identifierats som skör erbjuds ett samtal med läkare och/eller en sjuksköterska för kartläggning av helhetsbehovet och planering, helst med medverkan av närstående. Planeringen kan handla om vem patienten i första hand kan vända sig till och på ett enkelt sätt komma i kontakt med, vilka ytterligare professioner som kan behövas i teamet, vilka utredningsinsatser som behöver genomföras, och vilka önskemål och preferenser som patienten ger uttryck för inför framtiden. Tanken på att ansöka hos kommunen om omsorgsinsatser kan behöva introduceras och diskuteras. För hemsjukvårdspatienten och närstående är SIP (samordnad individuell plan) ett sätt att klargöra ansvarsfördelning mellan olika parter i teamet.

För att öka tryggheten för såväl patient som omvårdnadspersonal och sjuksköterskor är en *medicinsk vårdplan* central. Den tydliggör vårdens inriktning, om överenskommelse finns om vårdbegränsningar, och konkreta planer för medicinska insatser vid försämring av patientens kroniska sjukdomar.

Minst årligen måste dessa vårdplaner revideras, och även läkemedelsgenomgångar genomföras. Vid en teambaserad rond diskuteras målen, där också plats ges för planering av preventiva insatser. Patientgruppen som helhet har kort överlevnad, och det är av största vikt att fånga upp försämringar som föranleder planering av palliativ vård och därmed behov av samtal med patient och närstående om förändrad inriktning av vårdens innehåll.

Allmänläkarens roll i vården av sköra äldre är att ta på sig det fulla medicinska ansvaret som innebär att med en patientcentrerad ansats leda teamet och skapa en trygghet för patient och närstående. Det innebär att allmänläkaren måste ha tillräcklig tid avsatt i schema för att göra hembesök, både planerade och akuta oplanerade, ha tid för upprättande av vårdplaner och för att delta i teamronder med övriga aktörer i vården.

Uppföljning av vården av sköra äldre kan ske på olika sätt, men förutsätter att patientgruppen är identifierad i vårdens journalsystem.

