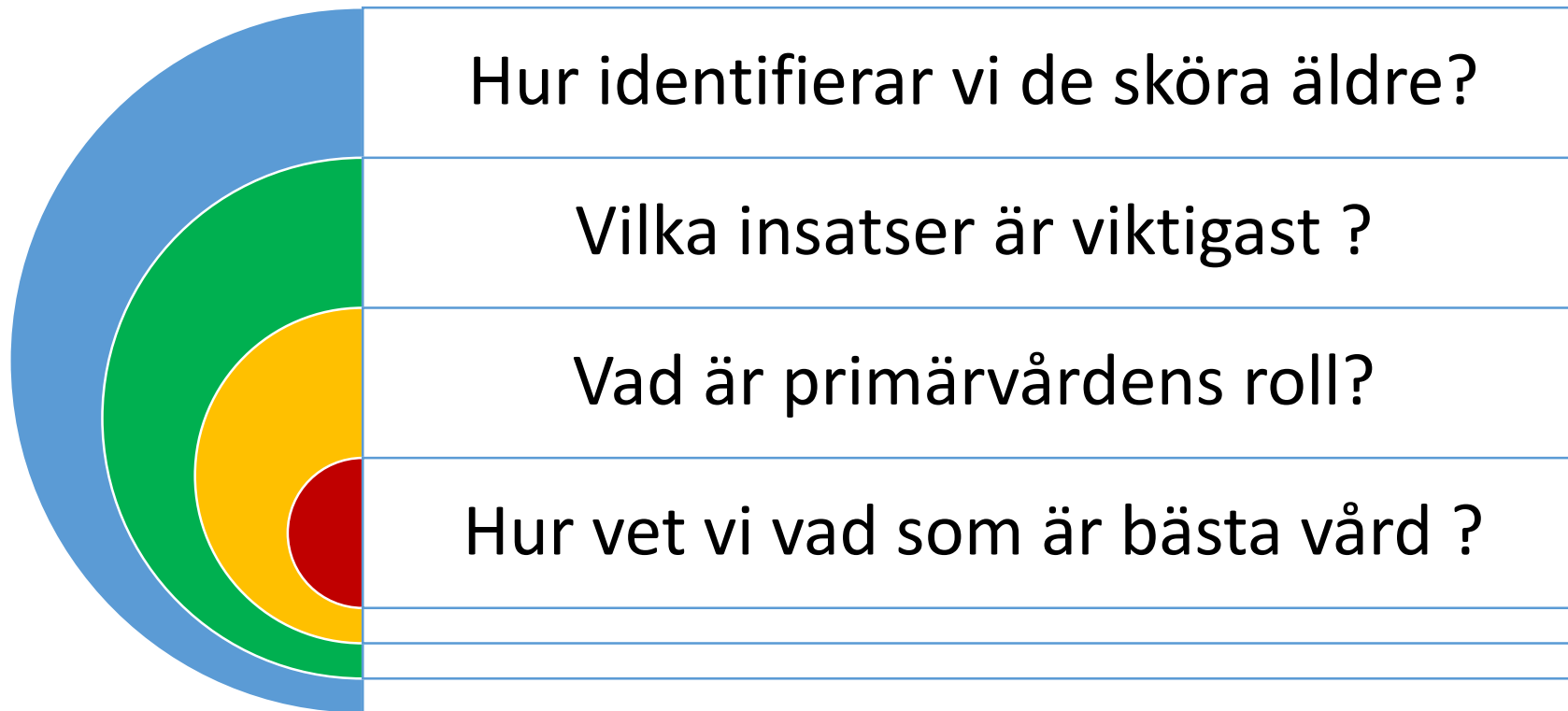
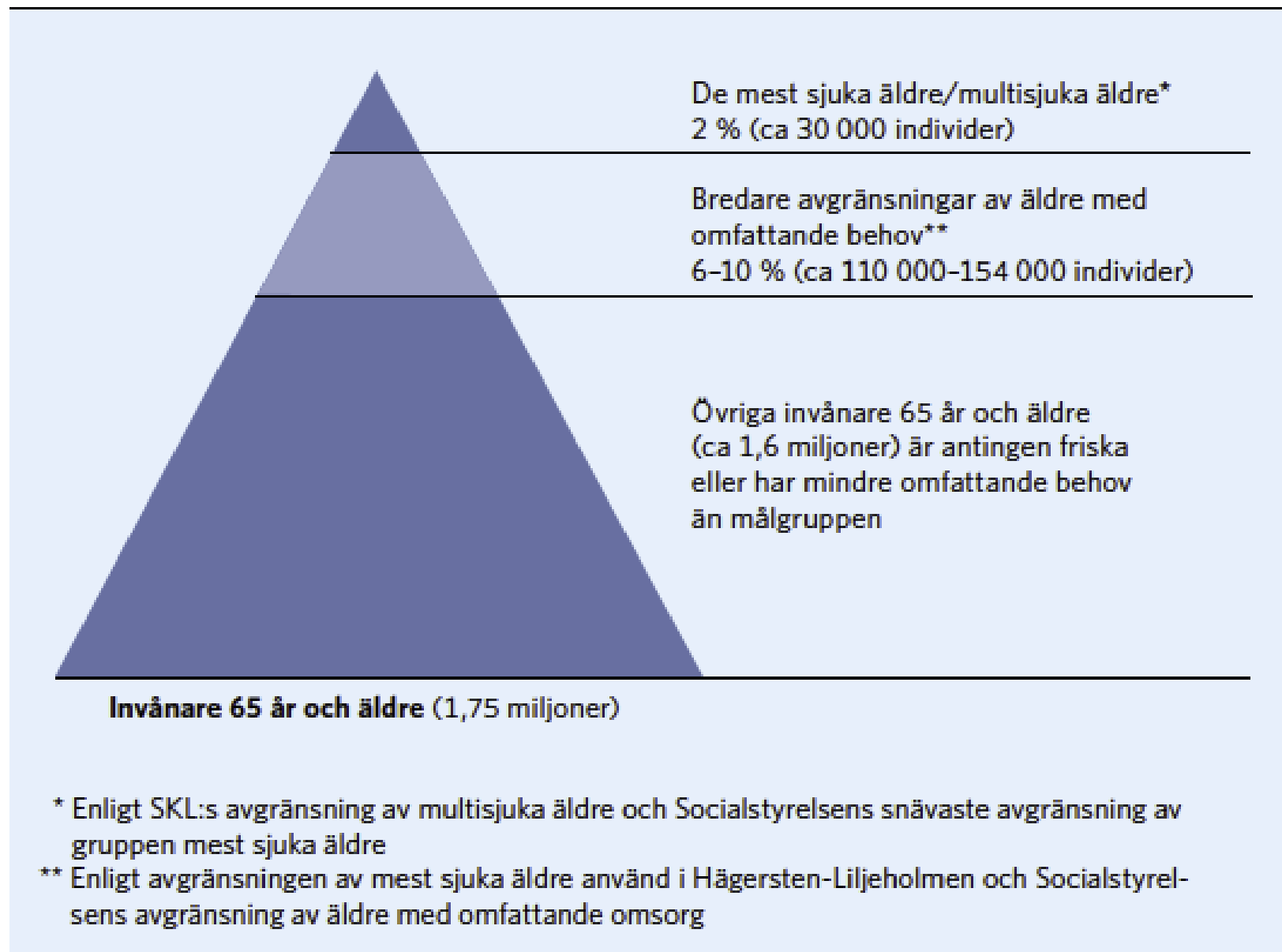


Bästa vård för våra sköra äldre!

Lena Pomerleau Gun Lindgren Marianne Rudelius Magnus Nord



Äldre med stora vårdbehov



Boo vårdcentral

- En stor vårdcentral som ligger i Nacka utanför Stockholm
- Omkring 80 medarbetare
- 25700 listade patienter
- 1350 patienter är över 75 år
- 210-220 patienter är inskrivna i hemsjukvården

Bakgrund

- Vi uppmärksammade att flera äldre patienter bollades runt och sökte ofta vård på akutmottagningar, även vår egen
- Sjukvården inte organiserad för att möta äldre och sköra personers behov
- Tog initiativ till en organisationsförändring på vårdcentralen.

Vad skulle uppnås?

- Etablera en organisation för ett bättre omhändertagande av sköra patienter – oberoende av ålder
- Ökat välmående hos patienterna
- Minskat behov av slutenvård
- Bättre fördelning av arbetet på vårdcentralen

Hur skulle vi göra?

- En idé fanns – oklart hur det skulle fungera
- Starta och låta tillströmningen av patienter forma arbetet
- Nestor FoU processtödjare från starten hösten 2014 till dec. 2015
- Arbetsgruppen träffades 1 gång/månad under projekttiden.

Kriterier för "SVEA-patient"...

- Personer som inte hör av sig själva, uteblir från besök
- Personer som har många besök på vårdcentralen av oklar anledning
- "Något är fel"-känsla, personal känner att något inte riktigt fungerar hemma
- Osäker hemsituation, socialt, psykiskt
- Personer med fallrisk
- Osäker läkemedelshantering, problem med medicinering
- Patienter som får behandling men det fungerar inte som tänkt
- Patienter med misstänkt demens
- Patienter i behov av tillfälligt utökad omvårdnad så som omläggning av sår efter operation, KAD-skötsel
- Patienter i alla åldrar som skrivits ut från sjukhus men fortfarande behöver vård
-

Ingång till SVEA

- Direkt från mottagningen, alla yrkesgrupper
- Via hemtjänst
- Via biståndsbedömare
- Via rehabiliteringen
- Utslussning från hemsjukvård
- Via Webcare
- Via närstående eller grannar
- Egenanmälan

Signaler

Svårt ta sig till
vårdcentralen

Stroke

Kognitiv svikt

Trött/Orkeslös/Svag

Uppföljning nutrition

Allvarlig sjukdom

Omläggning

Minnesutredning

Mår inte bra

Dålig aptit

Vanföreställningar

Yrsel

"Skör äldre"

Behov av hjälp i
hemmet(?)

Många besök mottagning

Ledsen

Linda ben/hjälp med
stödstrumpor

Injektion

Osäker medicinering

Oro hos anhörig

Hör dåligt

Sömnbesvär

Provtagning
blodtryck

Uteblivit från
bokat besök

Tveksam följsamhet

Ser dåligt

KAD

Gasteroenterit
Anemi

Suturtagning/
agraffer

Viktnedgång

Oro
Trycksår/sår

Ramlat

Make/maka
orkar inte

Läkemedel svårt
för patienten (?)

Glömsk

Hemsjukvård?

Hjälp med insulin

Stöttnings/
planering

Livsleda

Årsbesök

Alkohol

Smärtor

Många
besvär/sjukdomar

Etyl

inför op

Kontroll

Provtagning

Andfådd

Dosett

Förvirrad

Inkontinenshjälpmedel

hemsituation

Feber

Andra hjälpmedel

Urvätskning

Blod i urinen

Demensdiagnos

Allmän känsla
hos ssk/usk

Läkemedel nyinsatt

Anhörig slutkörd

För att underlätta kontakt

Två olika telefonnummer för äldre ("Äldremottagning")

- 75-84 år 1 timmes öppet för direkt inringning på morgonen, därefter telefonsvarare fram till kl 17. Åttringning samma dag.
- Över 85 år öppen telefonlinje kl 8-17. Samma nummer till hemsjukvård och SVEA-patienter

Initial bedömning av distriktssköterskorna på SVEA.

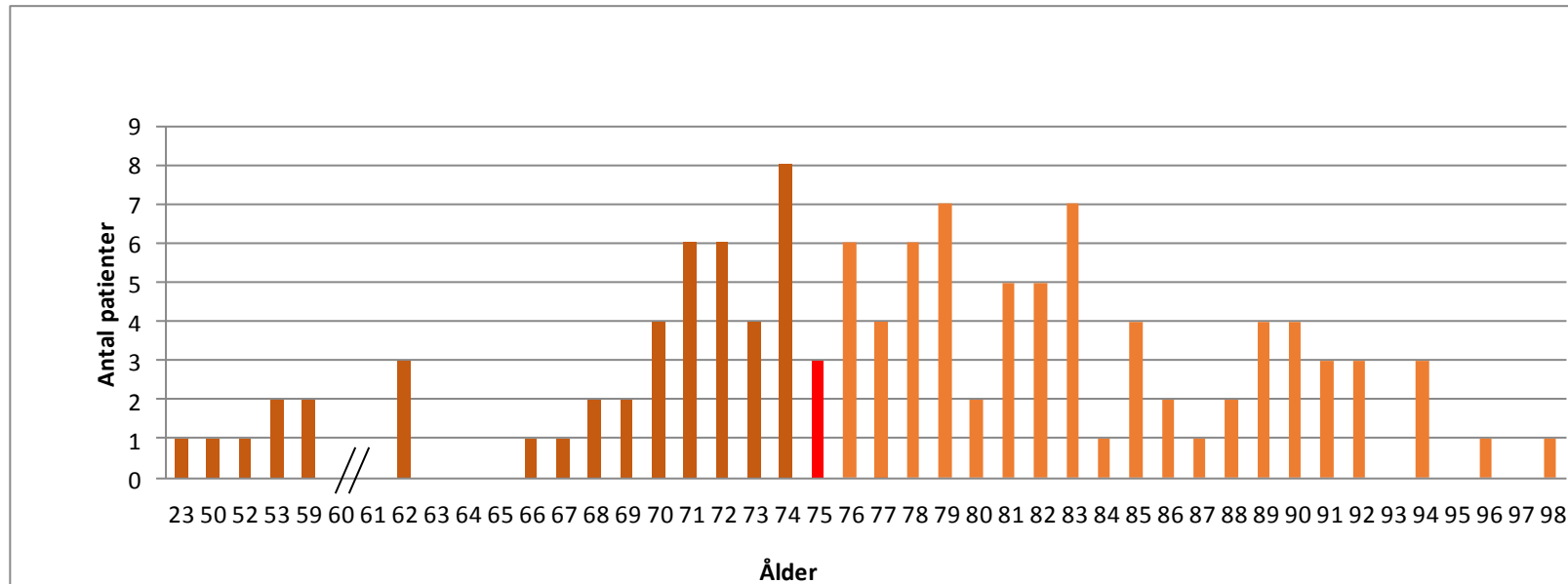
- Hemsituation
- Prata med anhöriga
- Senior alert: fall, nutrition, trycksår
- Basal demensutredning vid behov
- Läkemedelsinventering, v b PHASE 20 – läkemedelsbiverkningar
- mm

Efter första bedömningen

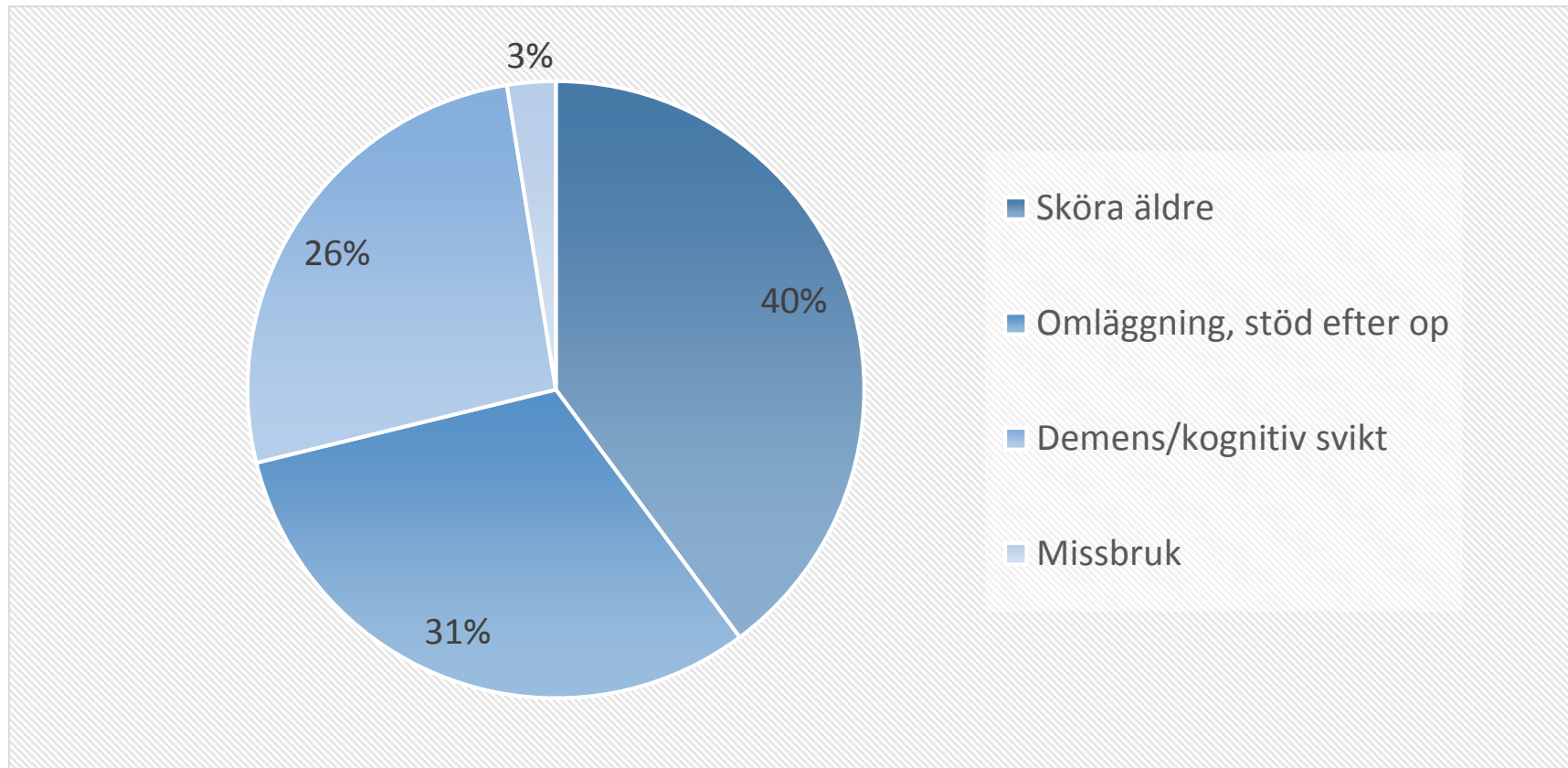
- Behov av hemsjukvård?
- Läkarbedömning och läkemedelsgenomgång?
- Åter till mottagningen med stöd från SVEA?
- Kontakt med kommunen? Biståndsbedömare?
Hemtjänst?
- Hemrehab?
- Ny kontakt med anhöriga
- SVEA-besök
- SVEA-rond 1gång/vecka med läkare

”SVEA-patienter”

- Totalt 16 månader = 260 patienter
- Gemensam dokumentation = 118 patienter. 37% < 75 år!



Patientgrupper hos SVEA



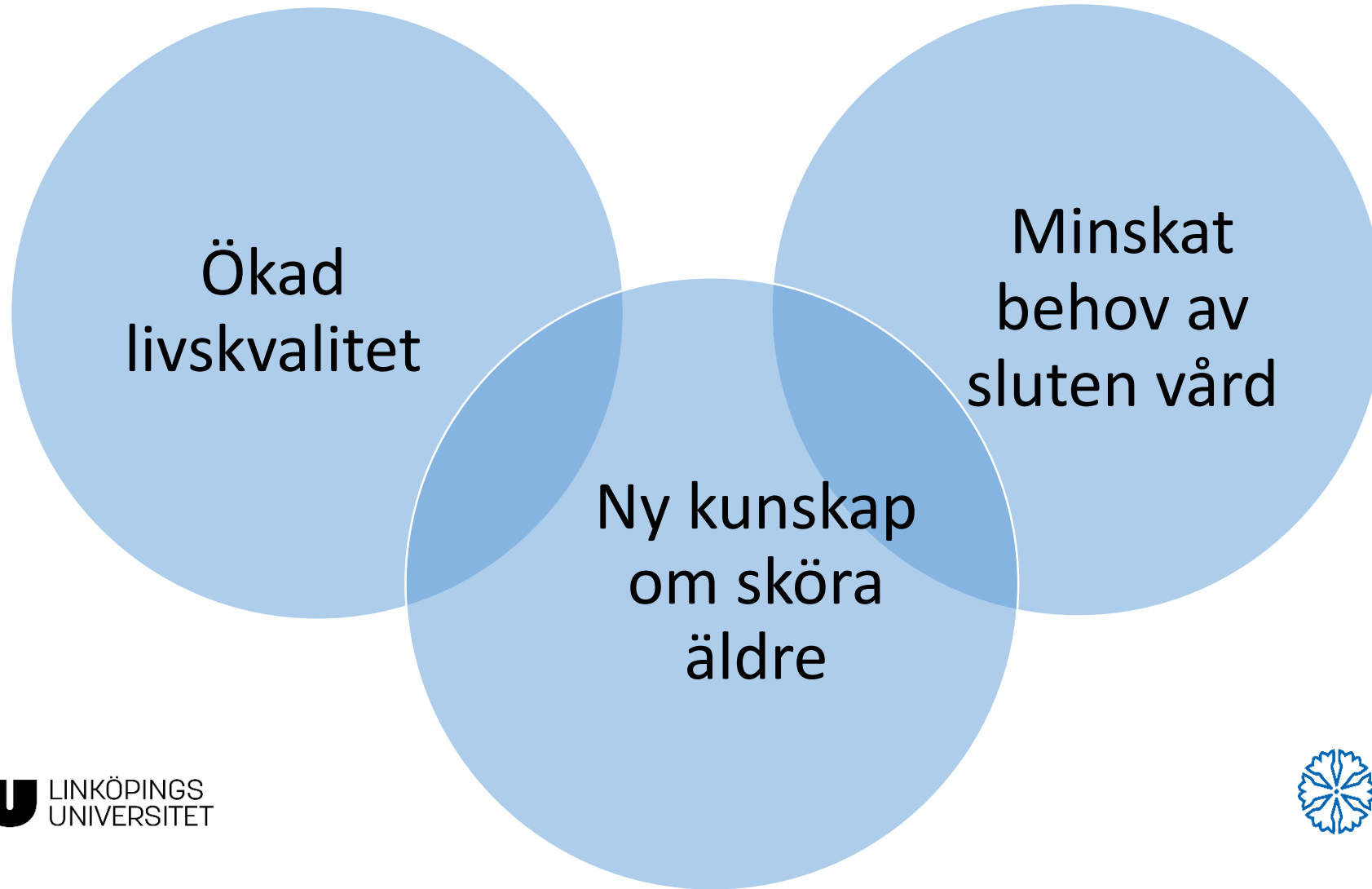
Erfarenheter från SVEA

- 20-25 nya bedömningar per månad
- Avlastning för mottagningens läkare och sjuksköterskor – proaktivt förhållningssätt
- Kognitiv svikt/demens hittas tidigt
- Vårdplaner blir verklighet och med patientens agenda i fokus
- DSK och läkare i SVEA-teamet träffas regelbundet, bra samverkan
- Statistik på individnivå är svårt att få fram för att kunna se vårdens övergångar
- Samarbetet med kommun och vårdgrannar har ökat
- God telefontillgänglighet för patienter och vårdgrannar kontorstid
- En skör patient är inte alltid gammal
- Ersättningsystemet stödjer inte alls detta arbetssätt

Riktad primärvård för äldre



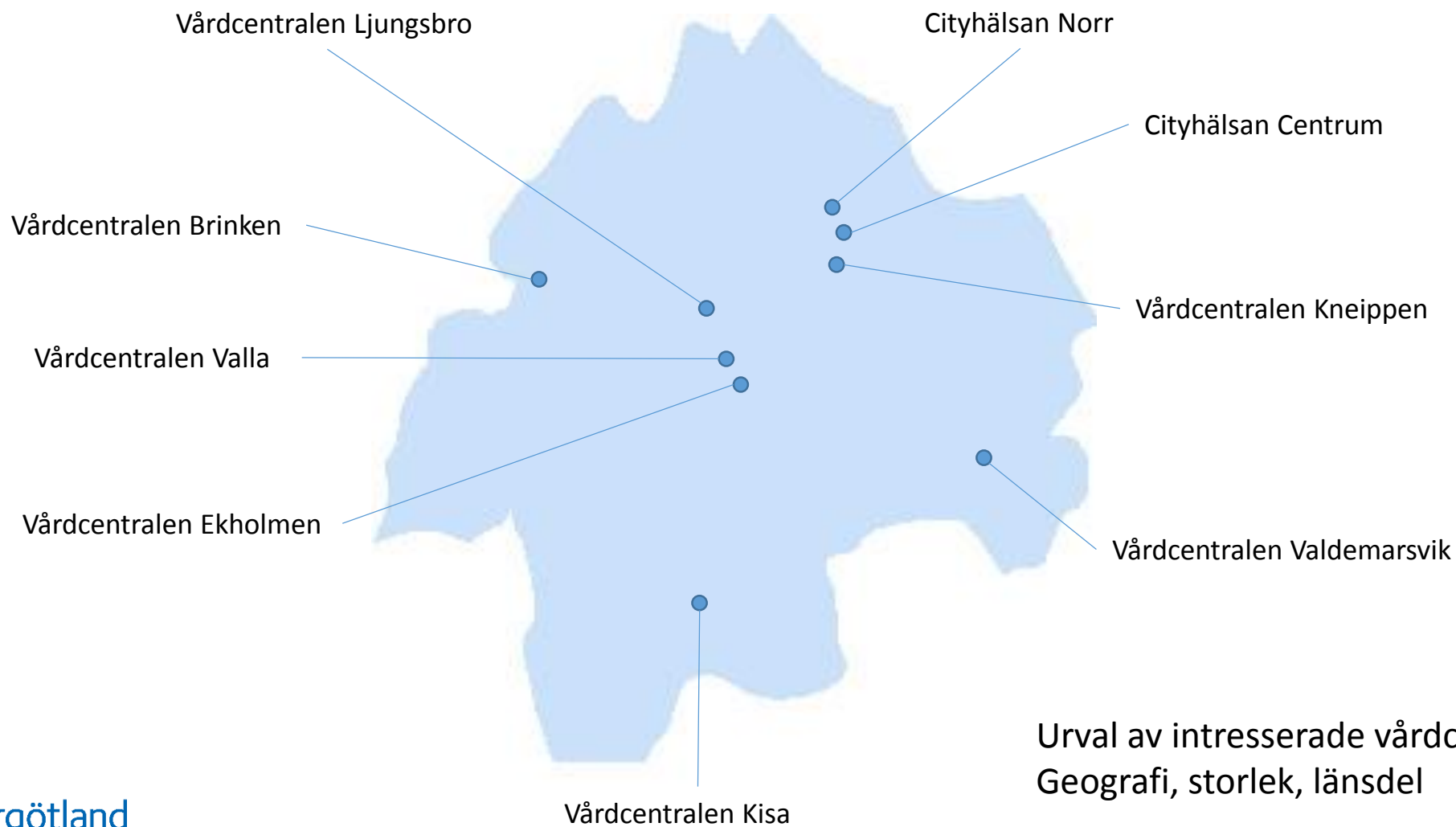
Mål för projektet



Observationsstudie

- 800 patienter ur riskgrupp för att behöva slutenvård på 9 vårdcentraler i Östergötland jämförs med 800 patienter på kontrollvårdcentraler.
- Gemensamt arbetssätt med bedömningsstöd, vårdplaner, ronder, ökat samarbete med kommunal vård och omsorg.
- Uppstart våren 2017, uppföljning efter 2 år
- Uppföljning av vårdkontakter (VDL) och livskvalitet (enkät)
- 8 parallella forskningsprojekt

Projektets vårdcentraler



Urval av intresserade vårdcentraler utifrån:
Geografi, storlek, länsdel

Digital metod att hitta sköra äldre- prediktion

Riskscore för att behöva slutenvård

Datasökning i vårddatalagret : Läkarbesök i öppenvård, ålder, utvalda diagnoser

Lista på patienter med högst riskscore till VC för genomgång och prioritering

Patienterna kontaktas och erbjuds besök på vårdcentralens äldremottagning

Bedömningsstöd

screening, överblick, åtgärder



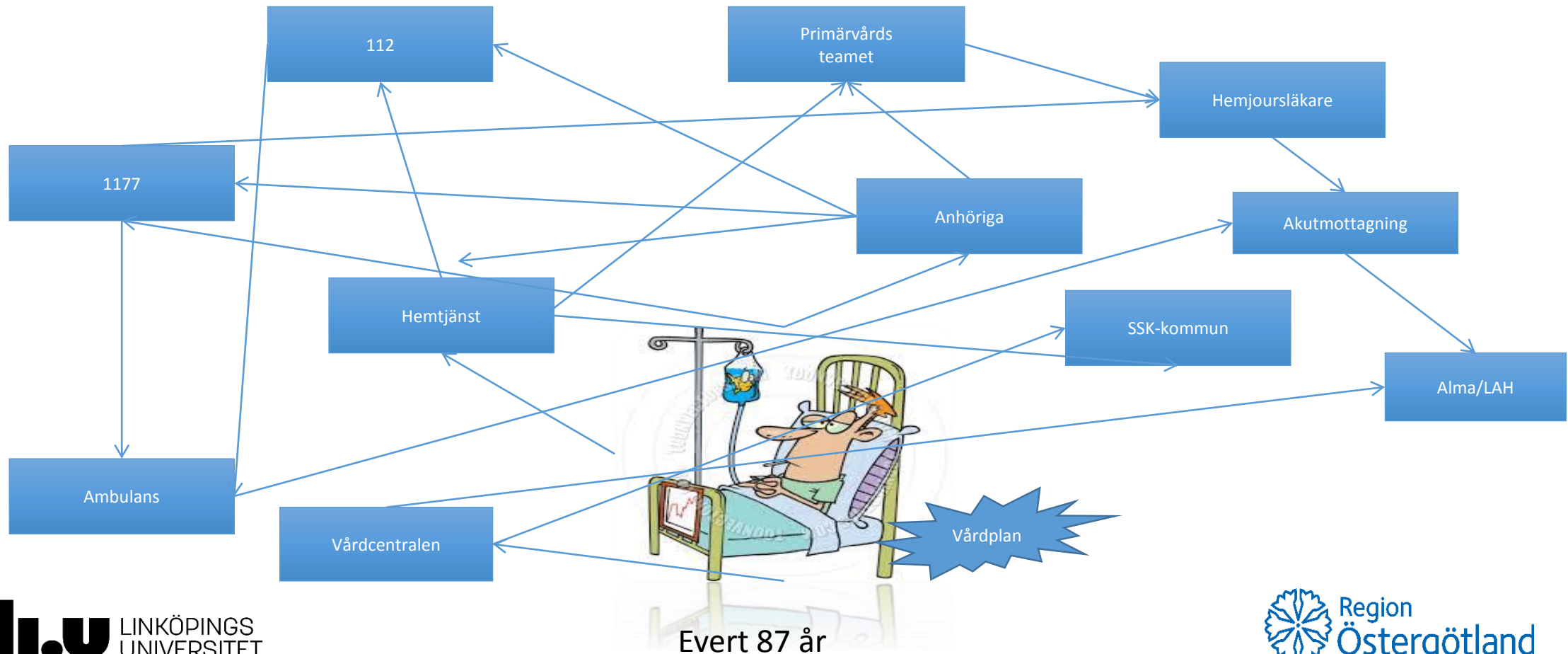
Vad ingår i arbetssättet för vårdcentralerna?

- Samordnande sjuksköterska – ansvarar för bedömning och uppföljning av patienter i projektet.
- Kontaktsköterska och vårdplan till alla patienter
- Regelbundna ronder för uppföljning
- Tid för hembesök akuta/planerade
- Fungerande kontaktvägar med kommunsjukvård
- Nätverk för riktad primärvård

Trappstege av insatser för riskpatienter



Hur får vi alla att arbeta koordinerat tillsammans med Evert när han blir sjuk hemma på kvällen?



Bästa vård för våra sköra äldre!

