

RESULTATRAPPORT 2012

Bättre liv för sjuka äldre

Innehåll

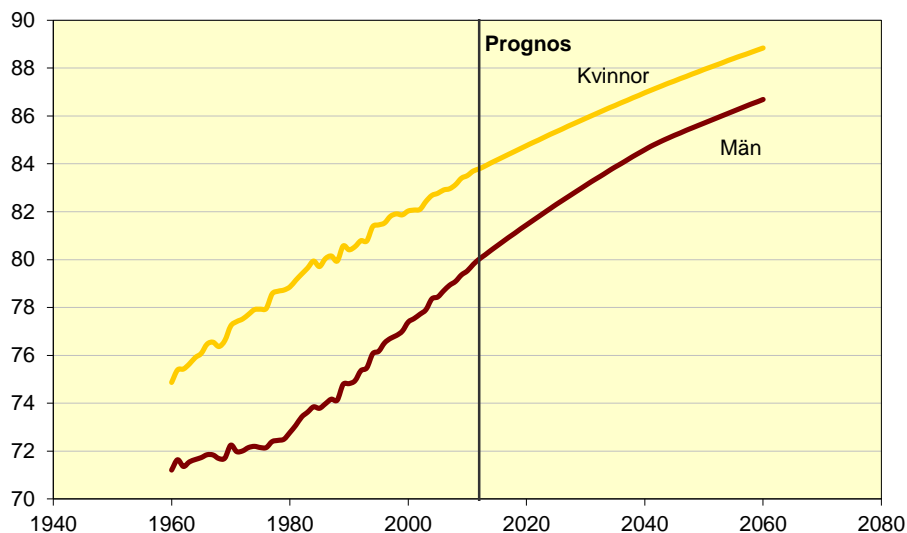
God vård i livets slutskede.....	5
Ju grönare desto bättre i palliativ vård	5
Palliativ vård på Hallen i Solna.....	6
Vad är ett brytpunktssamtal och varför är det viktigt?	6
Värdet av utbildning	6
Överenskommelse 2012	7
Jämförelser med tidigare år	7
Preventivt arbetssätt.....	8
Varför ska man registrera i Senior alert?	8
Små förändringar kan göra stor skillnad	9
Glömska var inte demens	9
Nattmacka i stället för sömnmedel	9
Överenskommelse 2012	10
Jämförelser med tidigare år	10
God vård vid demenssjukdom.....	11
Entusiasm och stor efterfrågan	11
Alla talar samma språk.....	11
Livskvalitet på Silverängen i Trelleborg	12
Omvårdnad som medicin	12
Överenskommelse 2012	13
Jämförelser med tidigare år	13
God läkemedels-behandling för äldre.....	14
Medvetenhet om förskrivningsmönster	14
Koll på läget ger handlingsutrymme.....	14
LÄR UT.....	14
Färre sömnmedel - färre fallskador	15
Överenskommelse 2012	15
Jämförelser med utgångsläge	15
Sammanhållen vård och omsorg.....	16
Två viktiga mönster	16
Säker utskrivning.....	17
Förbättringar i Kronoberg	17
Vårdcoacher som lotsar och stöttar	17
Överenskommelse 2012	18
Jämförelse med tidigare år.....	18
Arbete pågår	19

Inledning

En av samhällets största utmaningar är att säkra vård och omsorg för mest sjuka äldre. Idag handlar det om cirka 300 000 kvinnor och män som får omfattande insatser. Om 20 år kan det handla om det dubbla.

Med denna rapport vill vi visa på den stora rörelse som drar över landet. Läkemedelsbehandling till äldre förbättras, få är ensamma i dödsögonblicket, demensvården utvecklas med stormsteg. Det finns en ny beslutsamhet och en enighet kring att samordna vården och omsorgen för individens bästa.

Sveriges Kommuner och Landsting och regeringen har träffat en överenskommelse som sträcker sig fram till år 2014. Överenskommelsen handlar om att förbättra och förlänga det friska livet för sjuka äldre. Det behövs för att klara den demografiska utvecklingen. Bilden nedan visar att 2011 var medellivslängden knappt 84 år för kvinnor och nästan 80 år för män. Den beräknas till närmare 89 år för kvinnor och knappt 87 år för män år 2060.



Målen är höga men ändå möjliga att nå. Prestationsersättningen från staten för 2012 omfattar 860 miljoner kronor. Fem områden har prioriterats för förbättringar:

- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demenssjukdom
- God läkemedelsbehandling för äldre
- God vård i livets slut
- Sammanhållen vård och omsorg – undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar.

Den här satsningen skiljer sig från tidigare satsningar, dels genom storskaligheten, dels genom ersättning för utförd prestation istället för genom riktade bidrag.

Prestationsersättningen för 2012 bygger på resultat från september 2011 till september 2012. Överenskommelsen slöts i december 2011. Kommunerna och landstingen har i teorin haft åtta månader på sig att uppfylla målen. I praktiken snarare cirka sex månader, med tanke på den startsträcka som krävs för att komma igång med förändringsarbetet.

Medvetet sattes höga mål. Ändå har alla lyckats med mycket, även om ingen lyckats med allt. 450 av de 860 miljonerna delas därför inte ut. Det betyder inte att satsningen är misslyckad. 325 av miljonerna var avsatta för målet att sänka undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar med 10 procent, något som ingen lyckades med. Arbetet som satts igång kommer att ge resultat nästa år.



I Sverige ska man kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Utmaningen för oss är nu att hålla i och hålla ut, att fokusera på att göra skillnad som är mätbar nationellt och meningsfull i praktiken för sjuka äldre.

Stockholm december 2012

Göran Stiernstedt

Direktör, avdelningen för vård och omsorg
Sveriges Kommuner och Landsting

Maj Rom

Projektchef, Bättre liv för sjuka äldre
Sveriges Kommuner och Landsting

God vård i livets slutskede

Det finns en enighet bland experter, vårdpersonal, patienter och närstående om vilka mål som är viktiga att nå för vård och omsorg i livets slutskede ur ett individperspektiv.

Jag...

- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd.

Genom att registrera människors sista vecka i livet i Svenska Palliativregistret blir det tydligt vad som är bra och var förbättringsområdena finns.

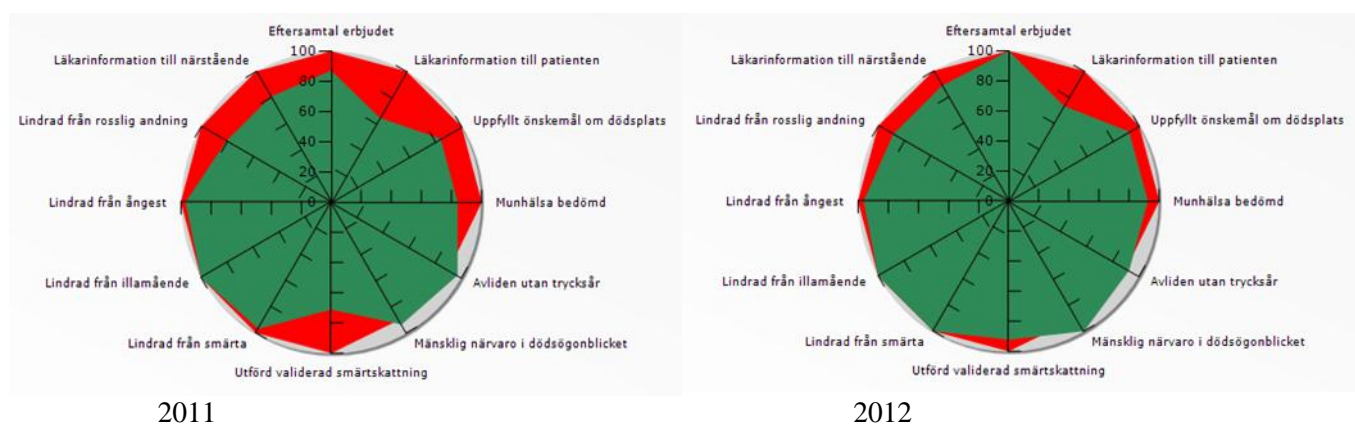
Kvaliteten på vården i livets slut varierar. Palliativa enheter, avancerad hemsjukvård och många särskilda boenden har goda resultat. Sjukhus lyckas inte lika väl.

Ju grönare desto bättre i palliativ vård

Resultaten för den palliativa vården presenteras i spindeldiagram där tolv olika parametrar visas samtidigt. Ju grönare spindel desto bättre. Redovisningen finns tillgänglig på www.skf.se/battreliv med möjlighet att se resultat på kommunnivå även uppdelat på kön, ålder, diagnos och vårdform.

På Hallens vård- och omsorgsboende i Solna finns det svart på vitt, eller snarare grönt, hur man förbättrat sina resultat med hjälp av palliativregistret.

Palliativ vård på Hallen i Solna



Spindeldiagrammen ovan visar skillnaderna mellan 2011 och 2012. Ser man nationellt är rörelsen knappt märkbar. Men på kommunnivå och enhetsnivå är den mycket tydligare.

Vad är ett brytpunktssamtal och varför är det viktigt?

Att bidra till en värdig sista tid i livet är en viktig uppgift för vård och omsorg. När den tiden kommer ändrar vården inriktning från att bota till att lindra smärta och andra svåra symtom. Läkarens samtal med patient och kanske även anhöriga om att livet nu närmar sig sitt slut är en viktig och svår uppgift. Under 2012 har över 1 000 läkare fått utbildning i att föra brytpunktssamtal, till skillnad mot tidigare år då utbildning skett i betydligt blygsammare omfattning.

Välinformerade patienter och närstående har mycket större möjligheter att planera för och ta vara på den sista tiden i livet. Informationen har också ett värde för teamet runt patienten. Teamet kan fokusera på patientens symtomlindring och livskvalitet och avstå från vårdåtgärder som i denna del av livet inte gagnar patienten.

Värdet av utbildning

Läkarna fick klart för sig hur viktigt det är för oss som jobbar i den kommunala omsorgen att brytpunktssamtal genomförs och dokumenteras. De tänkte kanske att det var mer för patienternas skull, men vi behöver också veta så vi inte plågar döende med dramatiska ambulansfärder mitt i natten.

Sala kommun, som samlat alla läkare och sjuksköterskor i Västmanland för gemensam utbildning.

Överenskommelse 2012

Mål: 70 procent eller fler av förväntade dödsfall registreras i Svenska Palliativregistret. Dagens mål är 70 procent av samtliga dödsfall. 80 procent av samtliga dödsfall anses vara möjliga att förutse av vårdpersonal.

Resultat: 59 procent av totala antalet dödsfall i landet är registrerade. 164 kommuner och 15 landsting/regiondelar klarar att registrera 70 procent.

Mål: Kommuner och landsting vars utförare, oavsett driftform, har uppnått 70 procent täckningsgrad får dela på ersättning om minst 60 procent av de avlidna fått ett brytpunktssamtal

Resultat: 13 kommuner har uppnått målet med brytpunktssamtal.

Jämförelser med tidigare år

2011 var det 84 kommuner och 5 landsting som nådde 70 procent.

Preventivt arbetsätt

Att förebygga att människor skadas och se till att hälsan behålls är på väg att bli vardag i äldreomsorgen. Genom kvalitetsregistret Senior alert tillhandahålls stöd för ett nytt, teambaserat arbetsätt.

I Senior alert kan personer, 65 år eller äldre som får vård eller omsorg, erbjudas riskbedömning för:

- fall
- undernäring
- trycksår
- munhälsa.

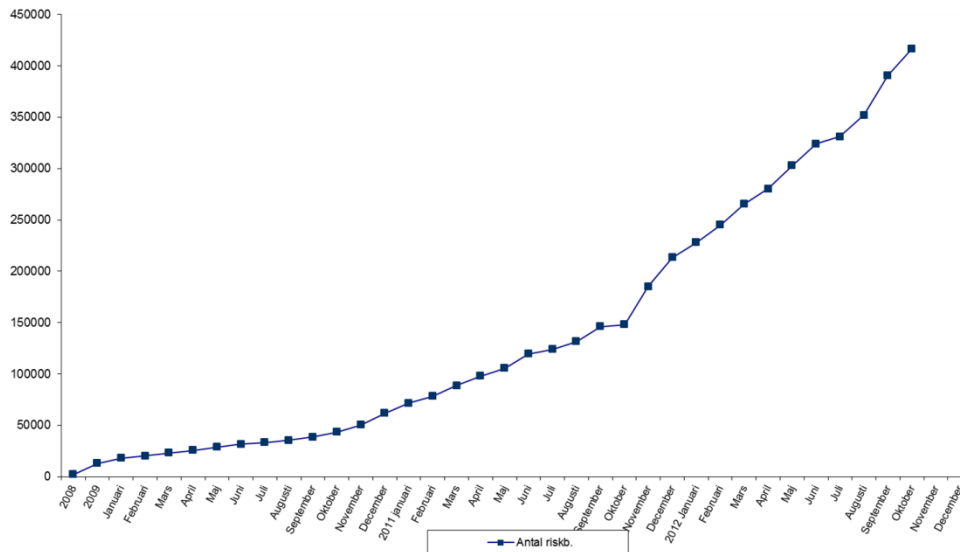
Vid konstaterad risk sätts minst en åtgärd in direkt, vid uppföljning kan åtgärderna ytterligare förfinas.

Varför ska man registrera i Senior alert?

Att sätta in åtgärder kan handla om många olika förändringar från stort till smått, som att justera läkemedelsbehandlingen, öka den fysiska aktiviteten, föreslå halksockor, sätta in energirika smoothies, använda tryckavlastande madrasser och att smörja in läppar och mun.

Med hjälp av Senior alert utvecklas nya förebyggande arbetsätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den. Registreringen är bara en del. Varje registrerad risk ska också leda till en åtgärd samt uppföljning.

I dag registrerar 280 kommuner och samtliga landsting i registret. 108 privata vårdgivare är anslutna till registret. Omkring 19 000 riskbedömningar genomförs varje månad, vilket är en fördubbling mot året innan. Cirka 40 procent av registreringarna avser män och cirka 60 procent kvinnor.



Antal gjorda riskbedömningar i Senior alert från 2008 till november 2012

Små förändringar kan göra stor skillnad

Kvalitetsregistrens intåg i kommunerna har gått med rekordfart. Riskbedömningarna totalt sett ligger ännu inte på en tillräckligt hög nivå och många fler åtgärder och uppföljningar behövs.

En halv miljon medarbetare framför allt inom den kommunala vården och omsorgen är på väg att förändra arbetssätt. Genom att arbeta med Senior alert krävs att hela teamet runt den enskilde senioren – sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, övrig omsorgspersonal – arbetar tillsammans på ett annat sätt än tidigare.

Resultat på enhetsnivå visar att det arbetssättet leder till bättre livskvalitet för sjuka äldre. Genom att sprida och visa på dessa förbättrade resultat kan förändringstakten öka. God omvårdnad kan ersätta läkemedel och förhindra sjukdom och skador. Mycket som sker kan tyckas enkelt och självklart men ofta kan det enkla vara det svåra. Små förändringar kan göra stor skillnad för sjuka seniorer, medan stora förändringar inte behöver innebära någon skillnad alls.

Glömska var inte demens

En äldre kvinna i Mälardalen sökte gång på gång läkare för yrsel och orkeslöshet. Läkaren märkte en tilltagande förvirring och misstänkte begynnande demens. Genom en riskbedömning i Senior alert upptäcktes stor risk för undernäring. Åtgärder sattes in och i dag äter kvinnan bättre. Hon är inte längre vare sig förvirrad, yr eller orkeslös.

Nattmacka i stället för sömnmedel

På ett äldreboende i Växjö införde man sen kvällsmacka och näringsrika smoothies på natten för seniorer med risk för undernäring. Det ledde bland annat till att en kvinna som tidigare inte orkat äta själv nu kan göra det. En annan kvinna behövde inte längre det sömnmedel hon ätit de senaste 30 åren.

Överenskommelse 2012

Mål: Samtliga relevanta verksamheter, oavsett driftsform, börjar registrera i Senior alert.

Resultat: 274 kommuner och 21 landsting uppnådde målet.

Mål: Minst 90 procent av äldre i särskilt boende, SÄBO, har fått en riskbedömning i Senior alert.

Resultat: 73 kommuner uppnådde målet.

Jämförelser med tidigare år

Under 2011 utfördes i snitt 12 350 riskbedömningar/månad i Senior alert och 252 kommuner och 19 landsting fick del av prestationsersättningen.

God vård vid demenssjukdom

Tidig upptäckt, utredning och diagnos är viktig vid demenssjukdom. Sjukdomsförloppet vid denna obotliga sjukdom kan lindras och ge fler år med bibehållen självständighet.

I dag finns omkring 150 000 män och kvinnor med demenssjukdom i Sverige. År 2030 beräknas den siffran ha stigit till det dubbla. Den läkemedelsbehandling som finns ger i allmänhet bäst effekt om den sätts in tidigt. Med kommunens stöd kan sjuka personer få en fungerande vardag.

Anhöriga och närstående till personer med demenssjukdom bär ofta en tung börda. När det inte längre är möjligt för den sjuke att vara kvar hemma, ska även anhöriga och närstående vara trygga i att deras partner, släkting eller vän får bästa möjliga vård och omsorg.

Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens (BPSD) är de två kvalitetsregister som används för att säkerställa och utveckla demensvården för män och kvinnor.

Entusiasm och stor efterfrågan

På mindre än ett år har antalet vårdcentraler som registrerar i SveDem ökat från 90 till 622. Det visar att den riktade insatsen till primärvården, där majoriten av personer med demensproblematik finns, gav resultat. Det ger ett gott underlag för att även kunna utvärdera kvaliteten framöver. Entusiasmen och suget efter att börja arbeta med BPSD-registret är starkt i alla Sveriges kommuner. Den stora efterfrågan på utbildare har gjort att en viss fördröjning med att sätta igång med arbetet uppstått. Registret arbetar mycket hårt för att få fram certifierade utbildare för att möta trycket och har i år genomfört över 130 utbildningar.

Alla talar samma språk

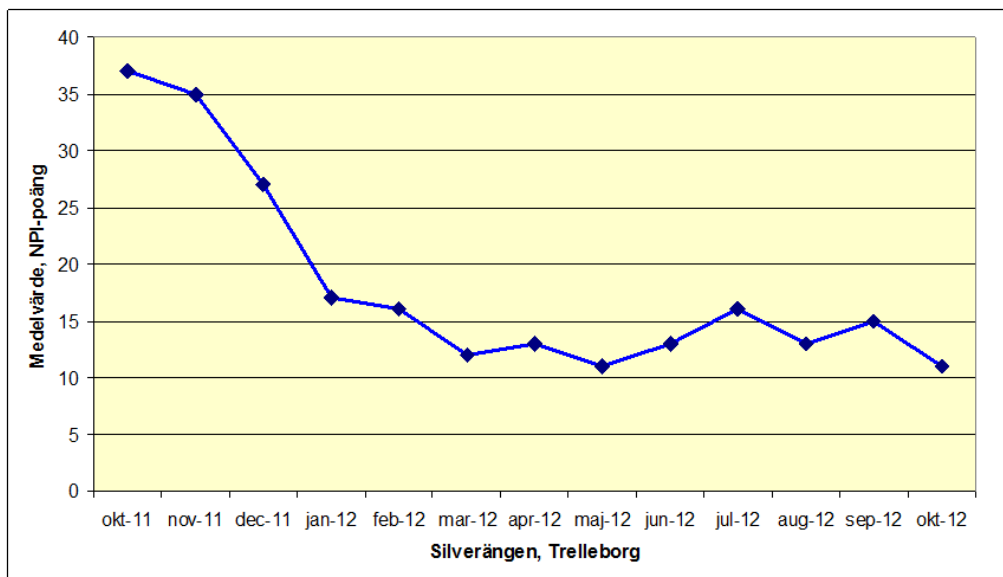
Det blir så tydligt. Man kan mäta istället för att någon kommer och säger att nu är Agda så där jobbig igen eller Kalle är jätteirriterande. Vi använder inte de orden utan vi går in och ser över skattningen och ser att det här är bekymret. Alla i gruppen pratar samma språk och vi pratar om samma saker så att vi kan jobba på samma sätt.

Ett exempel på BPSD från ett demensboende i Skåne

Livskvalitet på Silverängen i Trelleborg

Silverängens boende har sedan arbetet med kvalitetsregistret BPSD började förbättrat livskvaliteten för alla sina boende. Samtidigt har användningen av neuroleptika halverats och antalet fall minskat.

Observation av beteendemässiga och psykiska symptom vid demens görs med hjälp av en skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI. Efter skattningen analyseras eventuella orsaker med hjälp av en checklista. En vårdplan utformas och när man provat åtgärderna under en bestämd tidsperiod gör man en utvärdering med hjälp av en ny NPI-skattning.



Diagrammet ovan visar hur NPI-poängen minskat kraftigt sedan arbetet med BPSD-registret startade.

Omvårdnad som medicin

En man med demenssjukdom, boende på Silverängen, hade 90 NPI-poäng vid första registreringen. Han var aggressiv, hade vanföreställningar, ångest och sömnproblem. Det var svårt för både honom, andra boende och personalen. Efter riskbedömning, analys och flera förändringar i omvårdnaden, som till exempel massage, lugn musik och utevistelse, sjönk poängen dramatiskt. Tre månader senare återstod bara måttliga problem med aggressivitet och hämningslöshet, två poäng per symptom. Mannen mår mycket bättre och personalens arbetssituation är helt förändrad.

Överenskommelse 2012

Mål: Personer som nyinsjuknat i demenssjukdom ska få en utredning med registrering i SveDem via primärvården, oavsett driftsform. 50 miljoner fördelas till landsting i relation till antalet personer som fått detta.

Resultat: 6 643 demensutredningar har genomförts och registrerats. I tre län, Värmland, Örebro och Södermanland, är mer än 90 procent av primärvårdsenheterna nu anslutna. Flest registreringar har gjorts i Västra Götaland, 3 053 stycken. Av samtliga patienter registrerade i SveDem är 59 procent kvinnor och 41 procent män.

Mål: Införa ett standardiserat arbetssätt och en behandlingsmetodik vid beteendeproblematik hos personer med demenssjukdom för att minska eller undvika tvång och/eller läkemedel.

Resultat: 3322 kompletta bedömningar har gjorts. Av dessa är 34,4 procent män och 65,6 procent kvinnor. Flest bedömningar gjordes i Trelleborgs kommun.

Jämförelser med tidigare år

Under 2011 genomfördes 523 demensutredningar i primärvården. I BPSD-registret gjordes samma år 411 bedömningar.

God läkemedels- behandling för äldre

Under en lång rad av år har frågan om olämplig läkemedelsbehandling till äldre varit aktuell. Kunskapen har funnits, men det har varit svårt att få till en förändring. För första gången minskar nu olämpliga läkemedel över hela landet. I år är det 13 000 äldre individer som inte längre äter olämpliga läkemedel.

Medvetenhet om förskrivningsmönster

Läkemedel har traditionellt setts som ett läkaransvar. När det gäller sjuka äldre vet vi att sömnsvårigheter, oro och förstoppning oftast behandlas bättre med god omvårdnad än med läkemedel. Nu kommer initiativ till samarbeten både från kommun- och landstingssidan.

Många län har informerat och utbildat sin personal inom vården och omsorgen. Att låta läkare se och diskutera sitt eget faktiska förskrivningsmönster har visat sig vara ett lärorikt och effektivt sätt att förbättra detsamma.

Koll på läget ger handlingsutrymme

I Uppsala har man besökt alla särskilda boenden, (SÄBO), och i Västernorrland alla vårdcentraler för att gå igenom dospatienternas¹ läkemedelslistor. Bland annat har detta i Uppsala lett till en drygt tioprocentig sänkning av förskrivning från vårdcentraler av antipsykotiska läkemedel till dospatienter.

LÄR UT

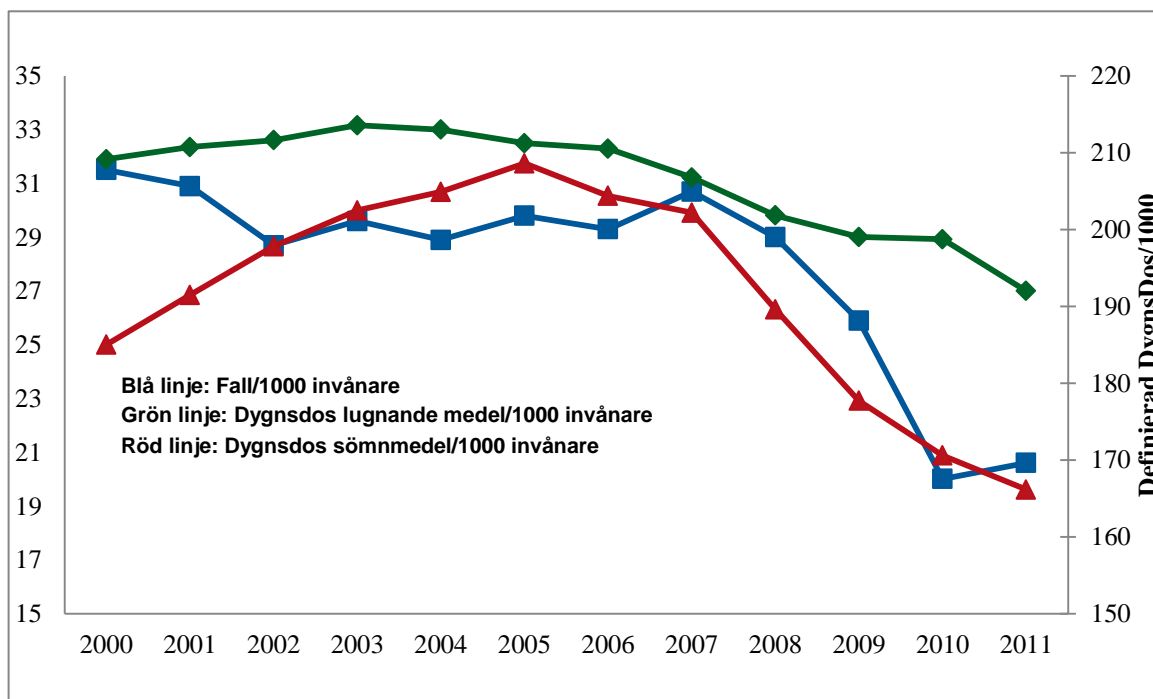
Ekekullen är ett av många äldreboenden i Västra Götaland som arbetar med att förbättra läkemedelsbehandlingen till äldre. Konceptet kallas LÄR UT och går ut på att sjuksköterskor utbildas om äldre och läkemedel. Därefter utbildar de omvårdnadspersonal. I Borås finns nu 200 utbildade sjuksköterskor som i sin tur utbildat 1 700 av 1 800 omvårdnadspersonal inom äldreomsorgen. Projektet utvärderas fortlöpande med stöd av FoU Sjuhärad Valfärd.

¹ Dosdispenseringen innebär att individens läkemedel förpackas i påsar som innehåller de läkemedel som personen ska ta vid ett och samma tillfälle.

En rapport därifrån visar att man på arbetsplatserna bättre följer upp läkemedelsförändringar, att nyttan med läkemedlen diskuteras på ett annat sätt och att medvetenheten om att hantera läkemedel på rätt sätt har ökat.

Färre sömnmedel - färre fallskador

I Västernorrland har man i flera år arbetat med att minska användningen av sömnmedel. Det har lett till att användningen nästan halverats för personer på länets äldreboenden. Parallellt har fallskadorna minskat rejält.



Överenskommelse 2012

Mål: Olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och psykosläkemedel i särskilda boenden (mätt på dospatienter) för äldre ska sammanlagt minska med minst 10 procent.

Resultat: Samtliga län har förbättrat sin läkemedelsförskrivning mätt som ett index av de tre indikatorerna. Två län, Blekinge och Västmanland, klarade målet och ytterligare sex stycken ligger strax under gränsen.

Resultatet mäts på antal uthämtade recept.

Jämförelser med utgångsläge

Antal personer med olämpliga läkemedel i februari 2012 var 165 696 och i september hade det minskat till 152 235. En skillnad på 13 461 personer.

Sammanhållen vård och omsorg

Svårigheterna att erbjuda sjuka äldre en samordnad vård och omsorg är väl kända och beskrivna. Problemet är inte unikt för Sverige utan finns över hela världen oavsett sjukvårdssystem.

Brister i den öppna vården leder till ökad risk att bli akut inskriven i slutenvård. Var femte sjuk äldre över 65 år blir dessutom oplanerat återinlagd på sjukhus inom 30 dagar.

Det finns många orsaker till detta. Problem med läkemedel, bristande uppföljning, inga eller fel hjälpmedel i hemmet, dålig kontakt mellan primärvård, sjukhus och kommunens omsorg är några.

Två viktiga mönster

För att underlätta uppföljning av oplanerad återinläggning har SKL tillsammans med Blekinge Tekniska Högskola och företaget QuickSearch tagit fram ett enkelt webbaserat verktyg, *Webbkollen återinlagda*. Genom verktyget har över 900 intervjuer med äldre kvinnor och män som återinlagts på sjukhus har utförts i 17 län under hösten 2012.

Resultatet visar att det är oftast den äldre själv eller närstående som fattar beslutet att åka in till akuten, och transporten sker med ambulans. Personerna själva säger att hembesök av läkare eller distriktssköterska, mer hemtjänst eller hjälpmedel ibland kunde ha förhindrat ambulansfärd och återinläggning.

Det finns också tydliga tecken i intervjuerna på att äldre människor inte förstår den information de får i vården. Många är osäkra på vilka läkemedel de ska ta och upplever inte att de deltagit i någon vårdplanering. Det är avgörande att förstå sin sjukdom och behandling för att kunna behålla hälsa och livskvalitet.

Att minska undvikbar slutenvård² och återinläggningar inom 30 dagar är det svåraste och mest komplexa i denna satsning. I alla län pågår nu ett intensivt arbete med att analysera vårdprocesserna för sjuka äldre personer. Systematiskt

² Med undvikbar slutenvård menas inläggningar på sjukhus på grund av ett antal utvalda diagnoser som man genom öppenvård på sjukhus, primärvård och övriga folkhälsoinsatser kan påverka och därmed minska behovet av slutenvård. Bland de diagnoser som valts ut finns anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) och kärlkramp. Med återinläggningar inom 30 dagar menas både planerade och akuta vårdtillfällen på sjukhus för en person oavsett klinik och diagnos.

förebyggande arbete och förbättringar inom läkemedelsbehandling, demensvård och vård i livets slut beräknas på sikt kunna påverka dessa två indikatorer men mer behöver göras.

Säker utskrivning

För att försäkra sig om att den som skrivits ut från sjukhus mår bra och har förstått hur den fortsatta behandlingen ska genomföras arbetar de flesta län med att förbättra utskrivningsrutinerna. Läkemedelsberättelser, uppföljande telefonsamtal och hembesök från distriktssköterska eller hemtjänst direkt efter utskrivning är några exempel på nya arbetssätt som nu testas runt om i landet.

Tiden att åstadkomma förändring har varit knapp. Därför är resultaten i de flesta län ännu inte synliga på indikatornivå. Kronoberg utgör ett av undantagen.

Förbättringar i Kronoberg

I Kronoberg var vi snabba med att ta fram statistik på vilka diagnoser som var vanliga bland återinlagda. Hjärtsvikt, KOL, lunginflammation var några sådana. De flesta lades in på sjukhus igen inom två veckor berättar verksamhetschefen vid medicinkliniken i Växjö:

Mycket var redan på plats, vi har jobbat länge med frågan. Ett axplock av vad vi gör:

- *Uppföljning hemma inom 1-2 veckor av distriktssköterska alternativt att någon på avdelningen ringer upp*
- *Säker utskrivning - utskrivningsmeddelande och medicinlista muntligt och skriftligt till patienten*
- *Skriftlig samordnad vårdplan till patient och anhöriga*
- *KOL-team som utvecklas successivt*
- *Hjärtsviktsteam har startat, i liten skala*
- *Mobil läkare i Ljungby, utökas nästa år till Växjö.*

Vi jobbar med ständig förbättring och inte minst viktigt är att sprida nyheter och kunskap. Det gör vi genom nyhetsbrev till kommuner och till avdelningar. Resultat kommuniceras också till exempelvis socialchefer, liksom till politiska presidier och till kommun- och landstingsgemensamma ledningsgrupper.

Vårdcoacher som lotsar och stöttar

I Stockholm finns i dag vårdcoacher som kan erbjuda personer med hög vårdkonsumtion hjälp och stöd med att hitta rätt i vården. Arbetet är så framgångsrikt att andra län som Västra Götaland och Östergötland nu följer efter.

Överenskommelse 2012

Mål: Undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar ska minska med 10 procent.

Resultat: Ingen klarade målet. Bäst resultat hade Kronoberg, som minskade återinläggningar med 7,4 procent.

Jämförelse med tidigare år

Indikatorerna är nya för 2012 och jämförelse saknas.

Arbete pågår

Hela målet med satsningen är att det ska bli bättre för de mest sjuka äldre. Detta styr och ska alltid styra arbetet. De brister som finns i vård och omsorg är väl kända och har så varit under en längre tid. Otaliga satsningar och projekt har avlöst varandra med svårighet att mäta någon synbar effekt. Vad är det då som säger att just denna satsning verkligen kommer att leda till resultat för alla de människor som berörs?

Tre faktorer har betydelse:

- stor skala
- tydliga mål
- tiden.

Satsningen innebär ett samlat grepp över hela landet. Målen är tydliga och höga, ingen behöver undra vad det är som ska uppnås. Det råder också stor enighet om målens relevans.

Genom chefsprogrammet Ledningskraft har för första gången chefer från hela landets primärvård, sjukhus och kommunal omsorg träffats öga mot öga vid samma bord. De har en gemensam bild och ett gemensamt mål och kan därför agera och fatta de beslut som krävs för att förändra och förbättra.

Alla län har också genom överenskommelsen tillgång till förbättringskompetens, i form av särskilda utvecklingsledare och nätverk. Nu byggs också strukturer upp så att kommuner och landsting tillsammans kan styra och leda förbättringsarbetet inom äldreområdet.

Kvalitetsregistrens genomslag innebär att det nu finns stöd för ett strukturerat och systematiskt förbättringsarbete. Det i sin tur innebär ett nytt arbetssätt, framför allt i den kommunala vården och omsorgen. Bortåt en kvarts miljon människor anställda inom vård och omsorg har redan bytt arbetssätt. Fram till 2014 är målet 500 000.

Vi kan inte springa snabbare eller jobba hårdare. Vi måste jobba smartare och mer förebyggande, med ständiga förbättringar i vardagen. Detta är avgörande för att klara utmaningen när vi lever längre.

Resultatrapport – Bättre liv för sjuka äldre 2012

Satsningen på sjuka äldre har gett resultat

Regeringen och SKL har kommit överens om konkreta mål för hur vården och omsorgen ska bli bättre för de mest sjuka äldre. Nu ser vi resultaten på en rad olika områden.

Den demografiska utvecklingen där allt fler lever längre ställer nya krav på vård och omsorg, dels omgående för att förbättra livssituationen för gamla och sjuka, dels på sikt för att våra gemensamma resurser ska räcka till. Ett systematiskt förbättringsarbete med hjälp av resultat och uppföljning gör det möjligt att åstadkomma varaktig förändring, även på kort tid.

Med denna rapport vill Sveriges Kommuner och Landsting visa på den stora rörelse som drar över landet. Läkemedelsbehandling till äldre förbättras, få behöver vara ensamma i dödsögonblicket, demensvården utvecklas med stormsteg. Det finns en ny beslutsamhet och en enighet kring att samordna vården och omsorgen för individens bästa.

I Sverige ska man kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Det är målet med hela satsningen.

Upplysningar om innehållet
Maj, Rom, maj.rom@skl.se

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2012
ISBN: 978-91-7164-889-1
Text: AnneMarie Awes, Maj Rom, Pernilla Askenbom
Illustration/foto: Lisa Thanner

Ladda ner på www.skl.se/publikationer. ISBN: 978-91-7164-889-1