

*RESULTATRAPPORT 2013*

# Bättre liv för sjuka äldre

## Innehåll

<b>God vård i livets slutskede</b> .....	<b>5</b>
Ju grönare desto bättre i palliativ vård .....	5
Vad är ett brytpunktssamtal och varför är det viktigt? .....	6
Jag vill förmedla hopp .....	6
Överenskommelse 2013 .....	7
Jämförelser med tidigare år .....	7
<b>Preventivt arbetssätt</b> .....	<b>8</b>
Varför ska man jobba med Senior alert? .....	8
Munnen en del av kroppen.....	9
Det nya blir vardag .....	10
Minskad nattfasta läkte bensår .....	10
Överenskommelse 2013 .....	11
<b>God vård vid demenssjukdom</b> .....	<b>12</b>
Entusiasm och stor efterfrågan .....	12
Bättre för personal och patienter .....	13
Närhet istället för medicin.....	13
Systematik och kreativa idéer .....	13
Överenskommelse 2013 .....	14
Jämförelser med tidigare år .....	14
<b>God läkemedels-behandling för äldre</b> .....	<b>15</b>
Medvetenhet om förskrivningsmönster .....	15
Färre sömnmedel - färre fallskador .....	16
Bättre och mer meningsfulla läkarbesök .....	16
Överenskommelse 2013 .....	17
<b>Sammanhållen vård och omsorg</b> .....	<b>18</b>
Ett telefonsamtal ger röst åt patienten .....	18
Vård utanför sjukhuset .....	19
Hjärtsvikt och palliativa programmet - HOPP.....	19
Alla blir glada när jag ringer .....	19
Överenskommelse 2013 .....	20
Jämförelse med tidigare år.....	20
<b>Arbete pågår</b> .....	<b>21</b>
Det gör skillnad för sjuka äldre.....	21
Från några till alla.....	21
Få leva livet hela livet.....	21
Fyra faktorer har betydelse: .....	22
Ledningskraft genom samverkan över yrkes- och organisationsgränser .....	22
Nya arbetssätt .....	22

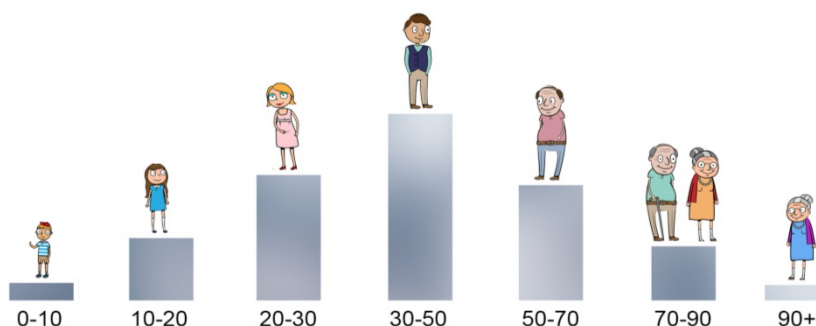
## Inledning

*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 450 000.*

Med denna rapport vill vi visa på vad kommunerna och landstingen/regionerna i Sverige arbetar med för att klara utmaningen. Arbetet utförs med stöd i den överenskommelse som SKL och regeringen inledde 2010 och som sträcker sig till 2014. Det handlar om att förbättra och förlänga det friska livet för de äldsta medborgarna.

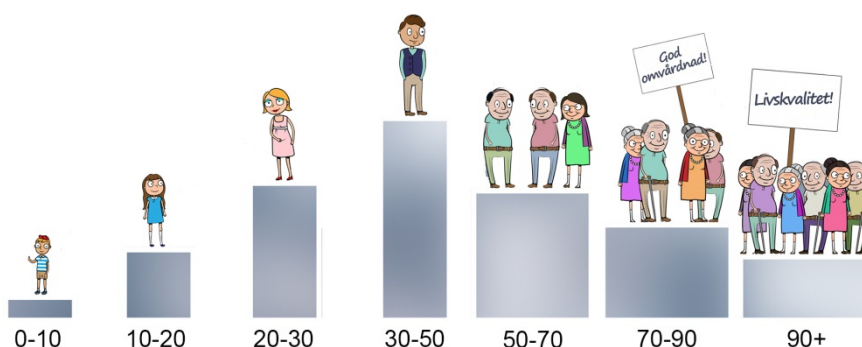
Ett meningsfullt liv på det sätt individen själv vill leva det hela livet ställer krav på kommuner och landsting, liksom på anhöriga, ideella och frivilligorganisationer och även den enskilde äldre. Överenskommelsen bidrar till att möjliggöra ett bättre liv för sjuka äldre.

Om pengarna ska räcka, behöver vi säkra att de används rätt. Redan i dag går cirka 25 procent av kommunernas och landstingens totala kostnader till personer som är 65 år och äldre, totalt 200 miljarder kronor varje år.



**1,9 miljoner äldre idag**

Den kraftiga ökningen av de riktigt gamla dröjer dock till efter år 2020, men då gäller det att vara väl förberedd. Idag är vi 9,7 miljoner invånare i Sverige. 1,9 miljoner eller 19 procent är 65 år och äldre. De mest sjuka äldre uppskattar vi till 300 000.



**...och det blir många fler med högre krav**

De närmaste 20 åren förväntas antalet personer 80+ att öka med 350 000, eller med 70 procent. Om man skriver fram dagens kostnadsnivå med demografin innebär det att kostnaderna för slutenvård, hemtjänst, särskilt boende, läkemedel etc. kommer att öka med drygt 50 procent. Om vi antar att kostnaderna därutöver ökar med 1 procent per år på grund av kvalitetsförbättringar och ökade krav från invånarna får vi lägga till ytterligare drygt 20 procentenheter. Det är svårt att säga några exakta siffror. Det är kombinationen av demografi och standardförbättringar som blir en utmaning.

### **Vad ska förbättras?**

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 återinskrivning inom 30 dagar.

Prestationsersättningen för 2013 bygger på resultat från oktober 2012 till september 2013. Totalt avsattes 915 miljoner kronor i prestationsbaserade ersättningar, precis som förra året. Målen är höga och dessutom skarpare än förra årets krav, då kommunerna och landstingen inte förmådde nå alla mål. I år har däremot målen uppnåtts och alla pengar kommer att betalas ut.

I Sverige ska man kunna åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Vi vet att vi är på väg och att arbetet gör skillnad för den sjuka äldre. Men vi är inte framme än. 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 2013

*Hans Karlsson*

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...

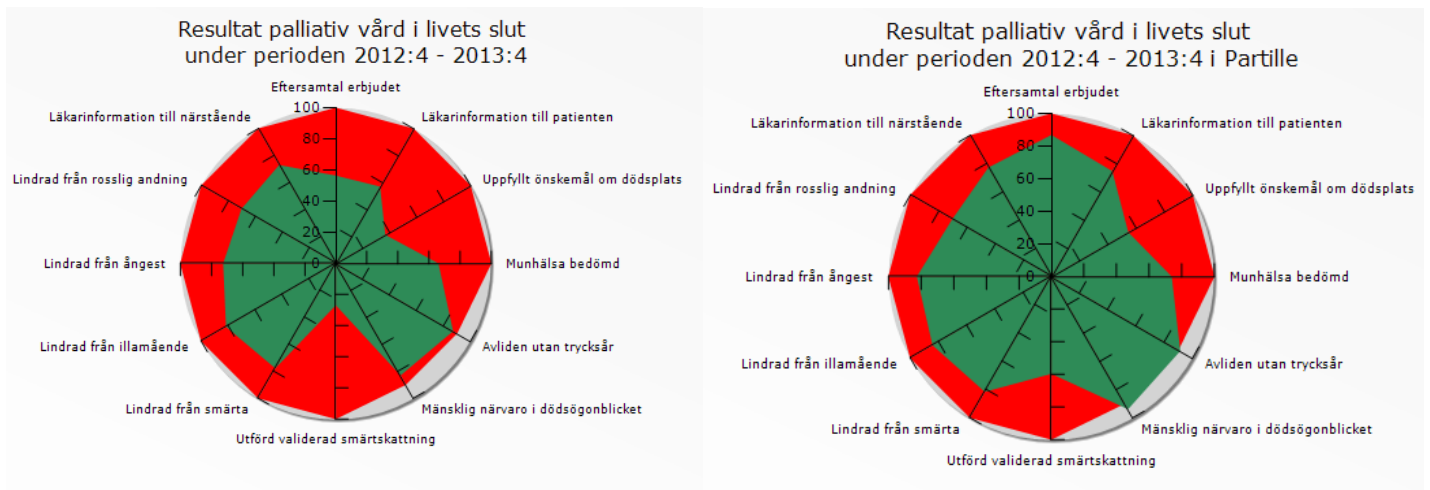
- och mina närstående är informerade om min situation
- är lindrad från smärta och andra besvärande symtom
- är ordinerad läkemedel vid behov
- får god omvårdnad utifrån mina behov
- vårdas där jag vill dö
- behöver inte dö ensam
- vet att mina närstående får stöd.

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.palliativ.se](http://www.palliativ.se) med möjlighet att se resultat på kommunnivå även uppdelat på kön, ålder, diagnos och vårdform. Knappt 55 000 individer registrerades under mätperioden, vilket är närmare 70 procent av alla förväntade dödsfall. 2 500 kvinnor och män fick bättre förutsättningar i slutet av livet 2013.



**Spindeldiagrammen visar dels nationella resultat, dels resultaten i Partille. Kvaliteten varierar, såväl mellan som inom kommunerna. Det röda är målvärde och det gröna resultat.**

### 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. Vården ändrar inriktning från att bota till att lindra smärta och andra svåra symtom. Läkarens samtal med patient och kanske även närstående om att livet nu närmar sig sitt slut är en viktig och svår uppgift. 2012 fick över 1 000 läkare utbildning i att föra brytpunktssamtal, i år har ytterligare omkring 1 500 fått utbildning.

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.

### Jag vill förmedla hopp

*"För mig är brytpunktssamtalet en dialog där jag vill förmedla en ökad medvetenhet, förståelse och hopp till min patient. En medvetenhet om situationens allvar, förståelse för att vårdens innehåll och mål ändras. Allt förmedlat i en anda där hopp finns med som ledstjärna. Ett hopp som anpassas till rådande förutsättningar"*

*Läkare, Västra Götaland*

## Överenskommelse 2013

**Grundkrav:** Minst 70 procent av dödsfallen i en kommun ska vara registrerade i Svenska Palliativregistret. 181 kommuner klarade detta.

**Mål:** Kommuner och landsting och landsting som, oavsett driftsform, klarat grundkravet ska förbättra vården med i genomsnitt minst fem procent för brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest.

**Resultat:** 108 kommuner klarade målet.

**Mål:** Kommuner och landsting och landsting som, oavsett driftsform, klarat grundkravet ska förbättra vården med i genomsnitt minst 10 procent för brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och ordination av injektionsmedel mot ångest.

**Resultat:** 44 kommuner klarade målet.

### Jämförelser med tidigare år

**2011:** 84 kommuner och 5 landsting nådde 70 procents täckningsgrad.

**2012:** 164 kommuner och 15 landsting nådde 70 procents täckningsgrad.

## Preventivt arbetssätt

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 arbetssätt.

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 jobba med Senior alert?

Undernäring, fall, trycksår och dålig munhälsa är vanligt förekommande hos äldre

personer inom slutenvård, primärvård, hemsjukvård och äldreomsorg.

Det orsakar stort lidande för personen samt betydande kostnader för hälso- och sjukvård och omsorgsverksamhet. Genom att jobba med Senior alert går det att förebygga riskerna på ett systematiskt och standardiserat sätt. Den äldres perspektiv är i fokus och patientsäkerheten förbättras avsevärt.

De fyra områden som Senior alert innefattar har en stark koppling till varandra. Dålig munhälsa kan leda till undernäring. En undernärd person har lättare för att falla och att utveckla sår. Ramlar man och blir sängliggande ökar risken att utveckla trycksår. Dessutom är risken för vårdrelaterade infektioner stor för en människa som är undernärd eller har trycksår.

Medarbetare inom olika yrkesgrupper arbetar dagligen förebyggande med de fyra områdena. Dessa griper över gränserna mellan medicinska specialiteter oavsett huvudman. Genom Senior alert finns en nationell och gemensam databas. Den ger ett underlag för att utvärdera och jämföra olika enheters arbete med att förebygga skador.



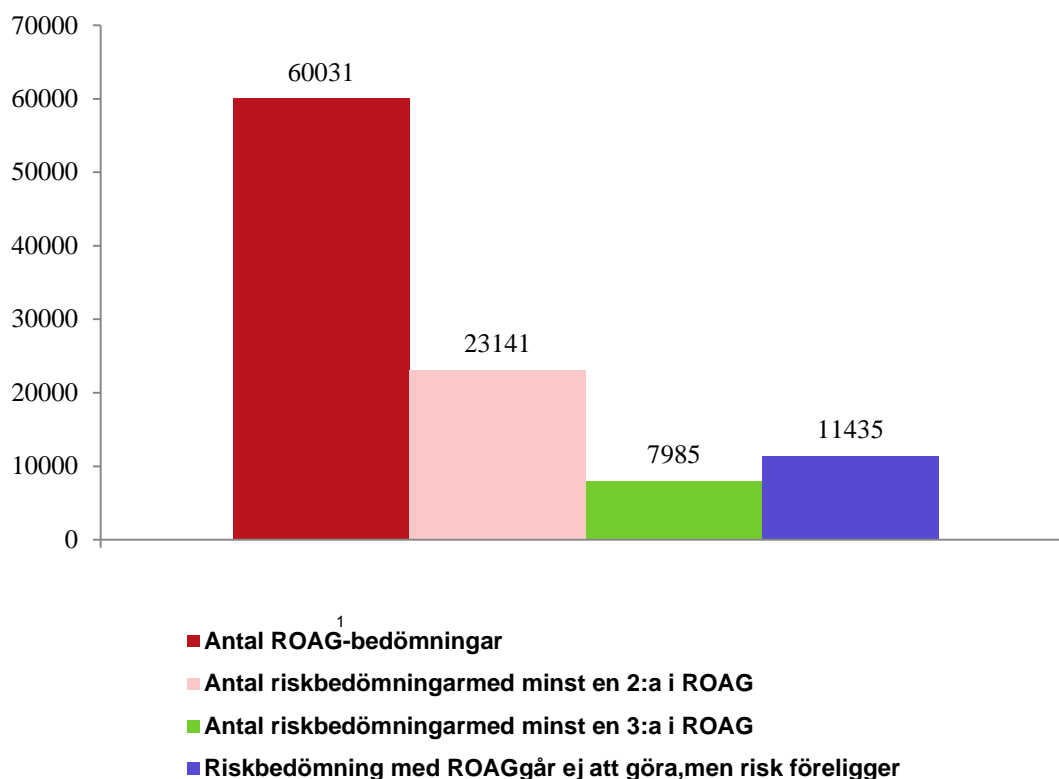
Med hjälp av Senior alert utvecklas nya förebyggande arbetssätt som ökar möjligheten till bästa möjliga vård och omsorg oavsett vem som tillhandahåller den eller var i landet man befinner sig. Registreringen är bara en del. Varje registrerad risk ska också leda till utredning och åtgärder som sedan följs upp.

I dag registrerar samtliga landsting och 285 kommuner i registret. I fyra kommuner registrerar endast privata vårdgivare. En enda kommun står utanför. Totalt 120 privata vårdgivare är anslutna. Sedan starten 2008 har 714 627 riskbedömningar gjorts.

### Munnen en del av kroppen

Årets raket är munhälsobedömning där redan 65 600 munhälsobedömningar utförts i 209 kommuner och 19 landsting.

Diagrammet visar samtliga bedömningar under året. Den rosa stapeln visar antal personer som fått sin risk åtgärdad av omvårdnadspersonal. Grön stapel visar personer med behov av mer omfattande tandvårdsinsatser.



<sup>1</sup> Revised Oral Assessment Guide, ROAG, är ett bedömningsinstrument för munhälsa. 1 betyder frisk eller normalt tillstånd, 2 måttliga förändringar/avvikelser, 3 svårare förändringar/avvikelser.

## Det nya blir vardag

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.

### **Minskad nattfasta läkte bensår**

*På Slottebo demensboende i Ljusdal visade mätningar under ett år att nattfastan bara marginellt minskade, den låg kring 12,5 timmar. Teamet tyckte inte det var acceptabelt och beslöt sig, på dietistens förslag, att ta tag i detta på ett nytt sätt, eftersom gamla sättet inte verkade ge något vidare resultat. En arbetsgrupp - nattpersonal, kostombud, dietist, sjuksköterska och enhetschef – formulerade mål, mått och förändring att pröva. Redan samma kväll satte arbetet igång. På mindre än en månad sjönk nattfastan med i snitt nästan två timmar. En person med långvariga bensår där personalen fått höra ”att det verkar svårt att få bukt med de här såren, de blir nog tyvärr kvar” har nu läkta sår. På Slottebo äldreboende tänker personalen nu mat och näring närhelst på dygnet.*



## Överenskommelse 2013

**Mål:** 90 procent av de som bor i särskilt boende eller korttidsboende oavsett driftsform ska ha fått riskbedömning och planerat förebyggande åtgärd registrerat i Senior alert.

**Resultat:** 130 kommuner klarade målet. Nationella siffran ligger på 66 procent.

**Mål:** Kommuner och landsting vars utförare oavsett driftsform ska förutom riskbedömning även planera förebyggande åtgärder samt följa upp dessa.

**Resultat:** Förebyggande åtgärder och uppföljning har ökat från 70 till 76 procent.

**Mål:** Bedömning av munhälsa med registrering i Senior alert

**Resultat:** 65 600 munhälsobedömningar har utförts i 209 kommuner och 19 landsting

Under året gjordes i medeltal 25 0000 riskbedömningar per månad

### Jämförelse med tidigare år:

**2011:** 12 350 riskbedömningar i medeltal per månad genomfördes

**2012:** 19 000 riskbedömningar i medeltal per månad genomfördes

## God vård vid demenssjukdom

Tidig upptäckt, utredning och diagnos är viktigt vid demenssjukdom. Sjukdomsförloppet vid denna obotliga sjukdom kan lindras och god vård kan 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 strax under 200 000. 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.

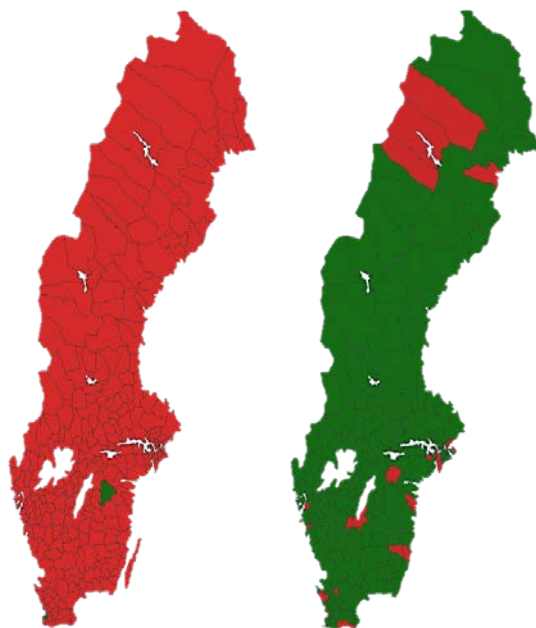
Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens (BPSD) är de två kvalitetsregister som används för att säkerställa och utveckla demensvården för män och kvinnor.

### Entusiasm och stor efterfrågan

På mindre än två år har antalet vårdcentraler som registrerar i SveDem ökat från 90 till 814. Det visar att den riktade insatsen till primärvården, där majoriten av personer med demensproblematik finns, ger resultat. Det ger ett gott underlag för att även kunna utvärdera kvaliteten framöver. Entusiasmen och suget efter att börja arbeta med BPSD-registret är fortsatt starkt i alla Sveriges kommuner. Under året har drygt 7 500 personer gått den tvådagarsutbildning som krävs för att kunna arbeta med registret på hemmaplan.

## Bättre för personal och patienter

Idag har 11 465 äldre med BPSD-problematik fått ta del av ett arbetssätt som gör skillnad. Omvårdnad ersätter läkemedel, fallskador minskar och användningen av neuroleptika kan halveras. Personalen trivs bättre på jobbet och boende och anhöriga har fått ökad livskvalitet. Kartorna visar hur användningen har spritt sig över Sverige från november 2010 – november 2013.



November 2010

November 2013

Personer med BPSD-problematik skattas utifrån 12 olika symptom, där allvarlighetsgrad och förekomst som mest kan ge 144 poäng. Förra året var snittpoängen 24, i år har den sjunkit till 22. Männen har jämfört med kvinnorna något högre poäng på agitation, hämningslöshet, motorisk rastlöshet och sömnstörningar. Kvinnorna har däremot högre poäng på ångest och depression. Könsfördelning i registret: Kvinnor 65 procent, män 35 procent.

### Närhet istället för medicin

*Roger berättar om sin demenssjuka mor, som han vårdade hemma så länge det gick. Han berättar: ”Hon fick flytta till ett särskilt boende, och där fick hon mycket god omvårdnad. Men när demensen blev värre med massor av ångest och oro behövdes något mer än mängder av mediciner. Hon bara satt... Så fick hon flytta till vårt fina demensboende Ängen. Det första som hände vara att alla mediciner – och det var MÅNGA – togs bort. Det enda hon behöll var värktabletten och den mot magsyra. Istället för mediciner fick hon närhet. Var hon orolig kunde personalen lägga sig i sängen jämte henne. Hon blev så trygg”.*

### Systematik och kreativa idéer

*Laszlo bor på ett demensboende. Varje förmiddag gick han in i de andras rum, tog deras sängar och samlade ihop dem i dagrummet. Det blev störikt, personalen sprang och försökte köra tillbaka sängarna. Genom att jobba med BPSD-registret kopplas levnadsberättelsen med beteendet. Laszlo hade hela sitt yrkesliv jobbat som vaktmästare på ett sjukhus. Aha, han flyttar sängar för att han tror att han är på jobbet. Men vad ska man göra åt det? Det är ju inte så trevligt för de andra boende. Då får man hitta andra saker åt Laszlo. Något konkret som går att koppla till hans roll. Gå ut med soporna eller köra tvättsäckar. Sagt och gjort, Laszlo är nöjd med att ha fått en uppgift och nu är det lugnt.*

## Överenskommelse 2013

**Mål:** Personer som nyinsjuknat i demenssjukdom ska få en utredning med registrering i SveDem via primärvården, oavsett driftsform. Medel fördelas till landsting i relation till antalet personer som fått detta. Ytterligare medel fördelas till de landsting som även gjort uppföljning.

**Resultat:** 3 962 personer har fått en utredning, 4 106 en uppföljning.

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

**Resultat:** 11 465 kompletta bedömningar har gjorts.

### Jämförelser med tidigare år

**2011:** 523 demensutredningar gjordes i primärvården. I BPSD-registret gjordes samma år 411 bedömningar.

**2012:** 6 643 demensutredningar registrerades i primärvården. Även tidigare genomförda utredningar fick föras in i registret. I BPSD-registret gjordes 3 332 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. Förra året minskade för första gången olämpliga läkemedel över hela landet. Och minskningen fortsätter även i år.

### 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. Initiativ till samarbeten från både kommun- och landstingssidan finns, ökar och utvecklas.

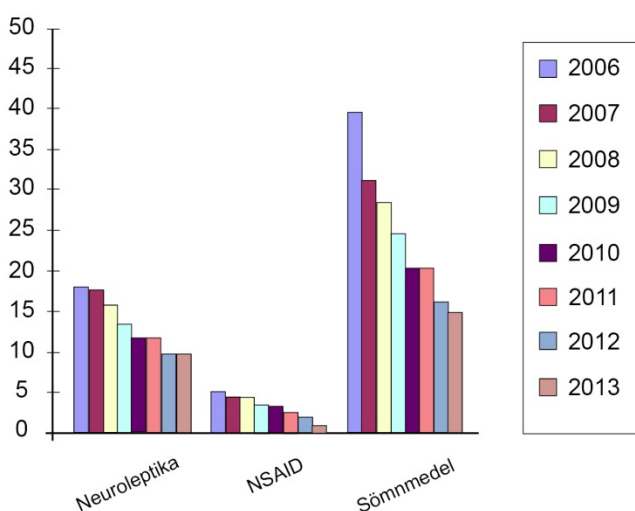
Många län har informerat och utbildat sin personal inom vården och omsorgen. Att låta läkare se och diskutera sitt eget faktiska förskrivningsmönster har visat sig vara ett lärorikt och effektivt sätt att förbättra detsamma.

Att låta patienterna själva skatta symptom som eventuellt kan vara läkemedelsrelaterade - yrsel, förstoppning, muntorrhet med mera - har också visat sig framgångsrikt. Det ger den behandlande läkaren ett bra underlag för en god läkemedelsbehandling.

## Färre sömnmedel - färre fallskador

I Västernorrland har man i flera år arbetat med att minska användningen av sömnmedel och andra olämpliga läkemedel för äldre. Det har lett till att användningen av sömnmedel nu är nere på 15 procent, från att närmare 40 procent av personer på särskilt boende åt sömnmedel 2006. En minskning med 58 procent. Parallellt har fallskadorna minskat rejält.

Diagrammet nedan visar utvecklingen vid kommunala boenden i Västernorrland för personer över 75 år. Gäller neuroleptika, en minskning med 34 procent, NSAID-preparat (antiinflammatoriska), en minskning med 75 procent och sömnmedel, en minskning med 58 procent mellan 2006 och 2013.



## Bättre och mer meningsfulla läkarbesök

I Uppsala använder sig många läkare av PHASE-20, ett symptomskattningsinstrument.

*"Det är till stor hjälp att ha en strukturerad hälsoinformation till hands inför besöket. Både sjuksköterskan och patienten har i förväg tänkt igenom hur han/hon mår och vilka besvär som de vill ha hjälp med. Besöket blir fokuserat på det som behöver åtgärdas och det känns meningsfullt för alla att rätt saker diskuteras. Vi bestämmer också tillsammans hur uppföljning ska ske och vilka symtom eller tecken som särskilt ska uppmärksammas. Det handlar om att åtgärderna ska vara patientsäkra från början till slut."*

*Distriktsläkare, Gottsunda*



## Överenskommelse 2013

**Grundkrav:** Landstingen ska teckna samarbetsavtal avseende införandet av den nationella ordinationsdatabasen, NOD. Samtliga landsting och regioner uppfyller grundkravet.

**Mål:** Olämpliga läkemedel, antiinflammatoriska läkemedel och psykosläkemedel för äldre ska minska jämfört med föregående mätperiod.

**Resultat:** Samtliga län klarar målet för olämpliga läkemedel och antiinflammatoriska läkemedel. 14 län klarade målet för psykosläkemedel. Nationellt minskade olämpliga läkemedel med 11 procent, eller 16 747 recept.

Resultatet mäts på antal uthämtade recept.

### Jämförelse med tidigare år:

Det var 11 904 färre personer 75 år och äldre som hämtade ut recept på olämpliga läkemedel i juli 2013 jämfört med januari 2012 (från 86 001 till 74 097).

## 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 eller i den kommunala omsorgen leder till ökad risk att bli akut inskriven i slutenvård. Var femte sjuk äldre över 65 år som vårdats på sjukhus blir dessutom oplanerat återinskriven 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.

### Ett telefonsamtal ger röst åt patienten

För att underlätta uppföljning av oplanerad återinskrivning har SKL tillsammans med företrädare för landstingen, Blekinge Tekniska Högskola och företaget QuickSearch tagit fram ett enkelt webbaserat verktyg, *Webbkollen*. Det kan användas dels för att intervjua inskrivna patienter för att få veta varför personen är återinskriven, dels för att ringa upp utskrivna patienter inom 72 timmar. Nära 9 000 personer har fått ett sådant samtal.

Det finns 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. Genom *Webbkollen* har detta blivit tydligt och många landsting har sett till att förbättra utskrivningsprocessen.

Att minska undvikbar slutenvård<sup>2</sup> och återinskrivningar 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 förebyggande arbete och förbättringar inom läkemedelsbehandling, demensvård och vård i livets slut beräknas på sikt kunna påverka dessa två indikatorer men mer behöver göras.

## Vård utanför sjukhuset

Flera län har satsat på mobila team av olika slag - läkerteam, hjärteam, KOL-team, palliativa team- ibland kombinerade. Resultaten är goda. Tryggheten för den äldre ökar och behovet av slutenvård minskar.

### **Hjärtsvikt och palliativa programmet - HOPP**

*En kvinna med grav KOL hade inte så mycket kunskap om sin sjukdom och ingen hemsjukvård. När det blev för svårt sökte hon akut. Hon anslöts till HOPP och fick snabbt hjälpmedel därhemma. Hon fick också kunskap om sin sjukdom, ett träningsprogram och inhalationshjälpmedel. Från att ha haft svår oro och ångest blev både hon och maken mycket tryggare, inte minst för att hon visste att hon snabbt kunde få både telefonkontakt och hembesök. Akutbesöken har nästan upphört.*

*HOPP-projektet, Västerbotten*

### **Alla blir glada när jag ringer**

*Jag känner att jag gör nytta och att samtalen blir bra. Och alla blir så glada när jag ringer, att det är någon som bryr sig om. De får information och de får möjlighet att ställa frågor. En äldre sa att det bästa med sjukhusvistelsen var att jag ringde tillbaka till henne.*

*Sjuksköterska, Blekinge*

---

<sup>2</sup> 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.

## Överenskommelse 2013

**Mål:** Statistiskt säkerställd förbättring av undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 30 dagar

**Resultat:** 10 län klarar kraven för undvikbar slutenvård, 10 klarar återinskrivningsmålet. Dalarna, Stockholm och Gävleborg klarar kraven för båda indikatorerna.

### Jämförelse med tidigare år

Målet beräknas på ett annat sätt än för 2012 och jämförelse saknas.

## Arbete pågår

*Vi ser tidiga viktiga tecken på att vård och omsorg om sjuka äldre förbättras. På enhetsnivå finns många goda exempel på stora förbättringar för sjuka äldre som går hand i hand med bättre arbetsmiljö för personalen.*

### **Det gör skillnad för sjuka äldre**

Förskrivningen av olämpliga läkemedel till äldre minskar kraftigt i hela landet. Standardiserat, strukturerat förebyggande arbete ger goda resultat; exempelvis minskar förekomsten av allvarliga trycksår. Ett systematiskt arbetssätt med förbättrat bemötande vid beteendemässiga symptom vid demens gör stor skillnad för de mest sjuka äldre, tidigare och bättre demensdiagnoser förbättrar livskvalitén för drygt 3 000 personer.

### **Från några till alla**

Mycket återstår att göra innan de nya arbetssätten införts i alla verksamheter. Det saknas också fortfarande pusselbitar för att kunna minska undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus. Några kommuner förbättrar snabbt sina resultat medan det för andra tar längre tid. Vår uppfattning är att det handlar om att bestämma sig och ha modet att omsätta planer i praktisk handling.

### **Få leva livet hela livet**

Hela målet med satsningen är att det ska bli bättre för de mest sjuka äldre. Detta styr och ska alltid styra arbetet. Att det handlar om, äldre personer, ska involveras är självklart.

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?

### **Fyra faktorer har betydelse:**

- stor skala
- tydliga mål
- mått som ger koll på läget
- seniorer medverkar.

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.

### **Ledningskraft genom samverkan över yrkes- och organisationsgränser**

Genom chefsprogrammet Ledningskraft träffas chefer från hela landets primärvård, sjukhus och kommunal omsorg öga mot öga vid samma bord. De har en gemensam bild och gemensamma 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. Hållbara strukturer byggs upp så att kommuner och landsting tillsammans kan styra och leda förbättringsarbetet inom äldreområdet. Kommuner och landsting i alla län har gemensam styrning och ledning av utvecklingsarbete inom äldreområdet samt årliga handlingsplaner för det gemensamma förbättringsarbetet.

### **Nya arbetssätt**

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. Vid nästa årsskifte kan det handla om alla som arbetar med vård och omsorg av äldre.

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 blir allt fler som lever allt längre och med högre förväntningar på delaktighet och kvalitet.

## Resultatrapport – Bättre liv för sjuka äldre 2013

---

### Satsningen på sjuka äldre ger resultat

Regeringen och SKL har kommit överens om konkreta mål för hur vården och omsorgen ska bli bättre för 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 visar Sveriges Kommuner och Landsting på den tysta revolution som pågår inom svensk äldrevård och omsorg.

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, 2013  
ISBN: 978-91-7585-025-2  
Text: AnneMarie Awes, Maj Rom, Pernilla Askenbom  
Illustration/foto: Lisa Thanner och Tomas Henrikson

Ladda ner på [www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer). ISBN: 978-91-7585-025-2