



Äldresatsningen:

# Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre



REGERINGSKANSLIET

**Tryck:** Elanders, november 2014

**Artikelnr:** S2014.026

**Foto:** sid 5 Pawel Flato,

Bildbyrån Folio: omslag Maskot, sid 2 Maskot, sid 12 Stefan Berg,

sid 17 Maskot, sid 22 Bo Jansson, sid 24 Stefan Berg,

sid 32 Andreas Graube, sid 36 Peter Melander,

sid 41 Tina Axelsson, sid 43 Thyra Brandt.

**Illustrationer/diagram:** [www.kvalitetsportal.se](http://www.kvalitetsportal.se)

**Form:** Blomquist

# Innehåll

De mest sjuka äldre – Bakgrund och Inledning	3
Ett preventivt arbetssätt	7
God vård vid demenssjukdom	14
God vård i livets slutskede	19
God läkemedelsbehandling för äldre	23
Sammanhållen vård och omsorg	27
Några nedslag i landet	33
Tankar och slutord	38
Bilaga 1 – Medel avsatta utanför överenskommelsen	42



# De mest sjuka äldre

## – bakgrund och inledning

Målet för den fyraåriga satsningen på de mest sjuka äldre har varit att alla ska kunna åldras med trygghet och självbestämmande, med tillgång till en god vård och omsorg. För att uppnå detta satsade regeringen 4,3 miljarder kronor under perioden 2011–2014, med syfte att stärka och intensiviera samverkansarbetet mellan landets landsting och kommuner. Detta så att vården och omsorgen i större utsträckning ska kunna utgå från de mest sjuka äldres behov.

### Målgrupp för satsningen

I dagens Sverige lever vi och är friska allt längre upp i åren, vilket naturligtvis är mycket positivt. Det innebär samtidigt att vi har en växande grupp äldre i vårt samhälle. Målgruppen för satsningen på de mest sjuka äldre är definierad av Socialstyrelsen och inbegriper personer som är 65 år eller äldre och som har en omfattande funktionsnedsättning till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Dessa äldre beräknas utgöra cirka 19 procent av befolkningen över 65 år – det vill säga cirka 320 000 individer.

Utmärkande för de mest sjuka äldre är att de har ett stort behov av en individanpassad, samordnad vård och omsorg. Något som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan mellan alla vård- och omsorgsaktörer – hemtjänst, hemsjukvård, särskilda boenden, primärvård och sjukhus. Det är framför allt detta som satsningen handlat om – att lyckas uppnå att alla aktörer som är involverade i vård- och omsorgsprocessen runt den äldre ska samverka över specialitets-, professions- och organisationsgränser.

### Överenskomna nationella mål

I regeringens årliga överenskommelser med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) (åren 2012–2014) kring vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har statsbidrag använts för att uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Detta så att de arbeten som bedrivits inom ramen för satsningen ska implementeras i kommunernas och landstingens ordinarie verksamhet. I överenskommelsen har medel även avsatts för ledningsstöd, utvecklingsledare, kvalitetsregister, analysarbete, försöksverksamheter, kvalitetssäkrad välfärd och psykisk ohälsa samt nationell samordning.

Under hela satsningen har Socialstyrelsen bidragit med flertalet utredningar och kunskapsunderlag.

Utanför överenskommelsen har dessutom medel avsatts till bland annat Stiftelsen Leading Health Care, LHC, Swedish Standards Institute, SIS, och Vinnova (se bilaga).

De statliga medlen har inriktats till att stödja kommuner och landsting samt andra aktörer att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. Genom att på nationell nivå besluta om vilka insatser och mål som ska uppfyllas har de ekonomiska medlen kunnat kopplas till resultat- och prestationsbaserade mål. Det vill säga att om vård- och omsorgsverksamheterna når de överenskomna nationella målen har respektive kommun och landsting fått ta del av pengarna.

Förutom de nationella målen har det funnits några grundläggande krav för att kommuner och landsting överhuvudtaget kunnat få ta del av prestationsersättningen. Dessa krav har varit att de har en länsgemensam struktur för styrning och ledning som tar fram årliga gemensamma handlingsplaner samt att huvudmännen har implementerat ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete enligt SOSFS 2011:9. Som ett stöd för chefer har Ledningskraft inrättats – där nationella sammankomster anordnats för att stärka chefers kompetens i förbättringsarbeten, med fokus på att omsätta den länsgemensamma handlingsplanen till praktisk vardag.

## De fem områden som följts

För att kunna använda sig av prestationsersättning krävs att det går att mäta förändringar. Det finns många områden inom vård och omsorg som är önskvärda att kunna följa, men där det är svårt att hitta mätbara mål. Därför har vissa områden fått utgå. De fem prioriterade områden som beslutades ingå i satsningen var:

- Preventivt arbetssätt.
- God vård vid demenssjukdom.
- God vård i livets slutskede.
- God läkemedelsbehandling för äldre.
- Sammanhållen vård och omsorg.

Resultaten från dessa fem områden finns tillgängliga på [www.kvalitetsportal.se](http://www.kvalitetsportal.se)



## Kort om äldresamordnaren och hennes uppdrag

I januari år 2011 utsåg regeringen Eva Nilsson Bågenholm till nationell äldresamordnare för satsningen på de mest sjuka äldre. Uppdraget har löpt under den fyraåriga mandatperioden och avslutas den sista december 2014.

Eva Nilsson Bågenholm har ett långt och brett förflutet inom svensk hälso- och sjukvård. Hon utbildade sig tidigt till undersköterska, därefter till sjuksköterska och sedan till läkare och specialist inom internmedicin. Mellan åren 2004 och 2010 axlade hon rollen som ordförande för Sveriges läkarförbund och var i den rollen också engagerad i flera internationella uppdrag. Eva är även hedersdoktor vid Umeå Universitet, Medicinska fakulteten.

I Evas uppdrag som äldresamordnare har det ingått att ge kommuner och lands-ting stöd för att uppnå strukturer för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Eva har lett projektgruppen på Socialdepartementet som bestått av representanter från Socialdepartementet, SKL, Socialstyrelsen och Inspektionen för Vård och Omsorg (IVO). Projektgruppen har ansvarat för det löpande arbetet, samordnat aktiviteter och bedrivit diskussions- och förankringsarbetet bland målgrupperna.

Eva har under satsningen, som Socialdepartementets första bloggare, kontinuerligt informerat via bloggen "de-mest-sjuka-aldre.se". I bloggen har hon delgett läsarna om de olika arbeten som pågått i landet, om ny forskning och utveckling med mera samt gett sammanfattningar från nationella och internationella konferenser. Bloggen har haft cirka 3000 läsare i månaden.

I denna rapport ger Eva Nilsson Bågenholm en sammanfattning av det fyraåriga arbetet samt vilka reflektioner hon personligen gjort under resans gång.



Eva Nilsson Bågenholm  
*Nationell äldresamordnare*

### **Projektgruppens sammansättning**

Från Socialdepartementet: Gert Knutsson, Maria Nilsson, Monica Malmqvist och Martin Färnsten.

Från SKL: Maj Rom, Kristina Jennbert och Greger Bengtsson.

Från Socialstyrelsen: Gert Alaby.

Från IVO: Anna-Karin Nyqvist.

### **Med "omfattande funktionsnedsättning till följd av åldrande, skada eller sjukdom" menas något eller några av följande kriterier:**

- Multisjuklighet, minst tre diagnoser de senaste tolv månaderna.
- Fler än 19 vård dagar eller tre inskrivningar i slutenvården de senaste tolv månaderna.
- Fler än sju läkarbesök i öppen specialistvård de senaste tolv månaderna.
- Äldre som bor permanent i särskilt boende.
- Har 25 timmar eller mer i hemtjänst per månad.
- De som bor i korttidsboende eller har assistans enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS).



# Ett preventivt arbetssätt

Ett av de fem prioriterade områdena i Äldresatsningen har varit att vård- och omsorgsverksamheterna i kommuner och landsting ska premiera ett preventivt arbetssätt för att förebygga fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen hos de mest sjuka äldre. Att förebygga sådana skador och tillstånd är viktigt, inte bara för den äldres totala välbefinnande. Det är även avgörande för att förhindra ökade samhällskostnader.

För att kunna sprida och implementera ett förebyggande arbete bland alla de olika verksamheter som är inblandade i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre krävs att det genomförs systematiska riskbedömningar. Äldresatsningen har premierat att kvalitetsregistret Senior alert ska användas som stöd för det förebyggande arbetet.

Senior alert är ett verktyg för personalen att kunna göra riskbedömningar, sätta in åtgärder och följa upp. Riskbedömningar görs för fallolyckor, trycksår, undernäring, munhälsa och – från och med år 2014 – även för inkontinens.

## Fallolyckor

Den vanligaste skadan hos äldre uppstår på grund av fallolyckor. Fallolyckor orsakar flest antal dödsolyckor hos äldre och det finns ingen åldersgrupp i samhället som förlorar så många återstående levnadsår till följd av fallolyckor som de äldre. Inte för att var och en förlorar så många år utan för att det är så många äldre som drabbas. Förutom det enskilda traumat hos individen beräknas fallskador bland äldre, enligt Myndigheten för samhällsskydd och beredskap, MSB, kosta samhället cirka 25 miljarder kronor årligen.

Olika studier visar att äldre som råkat ut för en fallolycka blir otrygga och tenderar att isolera sig i hemmet av rädsla för att ramla utomhus. Detta påskyndar i sin tur behovet av att flytta till ett särskilt boende.

Det är därför viktigt att tidigt kunna identifiera, och i möjligaste mån eliminera, risken för fallolyckor – till exempel genom att riskanpassa bostaden och genom fysisk träning. Fysisk träning och balansträning kan, enligt vetenskapliga studier, minska risken för fall med 40 procent.

De verksamheter som använt sig av Senior alert kan visa en närmare 30-procentig minskning av antalet fallolyckor de senaste två åren. Det är ett stort framsteg. Under år 2014 har steget tagits till att sprida arbetet även till hemtjänst och hemsjukvård. Det är viktigt, inte minst eftersom personer som drabbas av en allvarlig fallolycka ofta har insatser från kommunen.

## Undernäring

Många äldre och sköra personer lider, eller har risk att drabbas, av undernäring. Orsakerna kan handla om åldrandet i sig, sjukdomar, läkemedelsbehandling, dålig munhälsa, lång nattfasta, med mera. Att vården/omsorgen lyckas identifiera de personer som är drabbade, utreda bakomliggande orsak samt att sätta in rätt åtgärd är avgörande för dessa personer.

För att lyckas med detta behövs bra verktyg och det har visat sig att i de verksamheter där man använder sig av Senior alert har tydliga förbättringar också uppnåtts. Det blev uppenbart på många äldreboenden när de började riskbedöma för undernäring att det fanns personer som kunde ha upp till 17 timmars nattfasta. På dessa verksamheter minskade man därför på nattfastan, förbättrade matens kvalitet samt serverade näringsdrycker och mellanmål vilket medfört att viktnedgången minskat.

## Trycksår

Trycksår förorsakar svårt lidande hos många sköra äldre. Idag vet man dock att detta till stora delar går att undvika via förebyggande åtgärder. Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har under några år utfört punktprevalensmätning (PPM) på trycksår inom hälso- och sjukvården. PPM ger en ögonblicksbild av trycksåren och under de senaste åren är det tydligt att trycksåren totalt sett minskat.

De trycksår som nu observeras är lindrigare eftersom de upptäckts tidigare – och på så sätt kan de djupa trycksåren förhindras. Detta tack vare den ökade riskbedömningen. Variationen mellan kommunerna är dock stor. Intressant att notera är att de kommuner som använder sig av Senior alert för att genomföra en PPM avseende trycksår har ett bättre resultat jämfört med dem som inte använder sig av verktyget.

## Munhälsa

Att på ålderns höst få behålla en god munhälsa kan minska risken för att drabbas av olika oönskade följdtilstånd, inte minst risken att drabbas av undernäring. Idag är mun- och tandhälsan i Sverige god så länge den äldre kan behålla en regelbunden tandvårdskontakt. Problemet är att andelen äldre som förlorar sin tandvårdskontakt ökar med åldern och då de flyttat in i ett särskilt boende är andelen som saknar tandvårdskontakt cirka 60 procent. Därför finns sedan år 2012 munhälsa med som en indikator i Senior alert.

Det preventiva arbetet när det gäller munhälsa har utvecklats snabbt. Riskbedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide, ROAG, som finns i Senior alert, används av omvårdnadspersonalen för att göra munhälsobedömningar. Syftet är att identifiera problem i munhålan och tydliggöra behov av munvårdsåtgärder. Tillståndet i munnen graderas och vid svårare förändringar och avvikelser konsulteras tandvårdspersonal.

## Inkontinens

Urininkontinens är en åkomma som påverkar livskvaliteten negativt och inskränker det dagliga sociala livet för så många som cirka 30 procent av alla över 65 år, det vill säga drygt 530 000 personer. Inkontinensproblem kan dock i många fall åtgärdas, men för att lyckas med det måste problemet identifieras. Därför beslutades att en ny modul för riskidentifiering av blåsdysfunktion/inkontinens skulle sättas i skarp drift i registret Senior alert år 2014. Det är en valbar tilläggsmodul och det femte området som lagts in i registret.

Området är inte prestationsmedelsgrundande i äldreöverenskommelsen för år 2014, men det är i högsta grad ett angeläget område inom vården av de mest sjuka äldre. Därför är det mycket positivt att nätverket Nikola (nätverk inom blås- och tarmfunktionsstörning), i samarbete med Socialstyrelsen och Hjälpmedelsinstitutet, tagit fram ett kunskapsunderlag samt kvalitetsindikatorer kring blåsfunktionsstörning. Något som sedan hösten år 2012 även används nationellt i Öppna jämförelser.

## Fakta & resultat Preventivt arbetssätt

### Senior alert

I kvalitetsregistret registreras personer som är 65 år eller äldre utifrån de olika risker som individen har för att drabbas av fallolycka, få trycksår, bli undernärd eller drabbas av ohälsa i munnen. Vård- och omsorgspersonalen har tillgång till registret via webben.

Kommuner och landsting som är anslutna till Senior Alert arbetar även med att förbättra övrig kvalitet i vård och omsorg med hjälp av registret. Det som registreras i registret är de gjorda riskbedömningarna samt de bakomliggande orsakerna till riskerna och de förebyggande åtgärder som vidtagits.

Anslutna kommuner: 288, plus två kommuner där endast privata utförare är anslutna.

Anslutna landsting: 20.

Anslutna privata utförare: 128.

Antal enheter: 10 000.

Antal registrerade unika individer: 423 000, 58 procent kvinnor, 42 procent män.

- Cirka 1 022 000 riskbedömningar finns registrerade i registret (2011: 11 000).
- Cirka 25 000 riskbedömningar görs varje månad.
- 153 kommuner klarar målet år 2014 om att mer än 90 procent av alla äldre på särskilt boende ska ha erhållit en riskbedömning.
- Av de personer som riskbedöms har 65 procent risk för fall, 59 procent risk för undernäring, 45 procent risk för ohälsa i munnen samt 23 procent risk för trycksår. 18 procent visar sig inte ha någon risk alls.

### Fallolyckor:

I de verksamheter som registrerar fall i Senior alert har fallolyckorna minskat med 30 procent från år 2011 till 2014.

### Undernäring:

Ett sätt att följa resultat vid risker för undernäring är att mäta viktnedgång. Enligt Senior alert har andelen som har mer än en fem-procentig viktnedgång minskat från 14,3 procent till 12,5 procent i kommunerna och från 5,1 procent till 4,6 procent i landstingen mellan åren 2011 och 2014.

### **Trycksår:**

Trycksår indelas i fyra kategorier:

Kategori 1: Rodnad eller missfärgning av huden.

Kategori 2: Ytligt sår, blåsa eller avskavning av huden.

Kategori 3: Fullhudsskada, som kan nå ner till underliggande vävnad.

Kategori 4: Omfattande vävnadsskada, nekros eller skada på muskel-, ben- eller stödjevävnad med sårhål.

Andel trycksår i kategori 3 och 4 minskar medan kategori 1 och 2 ökar:

- Kategori 1 har ökat från 34 till 39 procent mellan 2011 och 2014.
- Kategori 2 har ökat från 26 procent till 36 procent mellan 2011 och 2014.
- Kategori 3 har minskat från 28 procent till 14 procent mellan 2011 och 2014.
- Kategori 4 har minskat från 11,3 till 10,4 procent mellan 2011 och 2014.

Enligt SKL:s punktprevalensmätningar av trycksår har dessa minskat från 14,3 till 8,9 procent i kommunerna, mellan mätningarna år 2011 och 2014. I landstingen har trycksåren minskat från 16,6 till 14,1 procent under samma period. Det är numera möjligt att göra punktprevalensmätning av trycksår i kommunerna via Senior alert.

### **Munhälsa:**

Munhälsa bedöms enligt en tre-gradig skala, ROAG.

- 251 kommuner och 20 landsting är anslutna till Munhälsa/ROAG i Senior alert.
- 174 350 bedömningar har utförts sedan år 2011. Cirka 11 000 munhälso-bedömningar görs varje månad.
- Av de som har ohälsa i munnen har 74 procent fått någon form av åtgärd.

### **Inkontinens:**

- 105 kommuner gör bedömningar av blåsdysfunktion.
- 24 kommuner har gjort fler än 40 bedömningar av blåsdysfunktion i Särskilda boenden.
- 4 226 bedömningar av blåsdysfunktion är gjorda sedan införandet av området i Senior alert i januari 2014.

## Några reflektioner

Resultaten när det gäller det preventiva arbetet och Senior alert är mycket bra. Inom detta prioriterade område har det generellt uppnåtts relativt snabba positiva förändringar. Personalen på vård- och omsorgsverksamheterna upptäckte tidigt, när de började registrera i Senior alert, fördelarna med att arbeta proaktivt.

Samtidigt har det inneburit en ökad administrativ börda för personalen och därför har det funnits ett visst motstånd mot att arbeta med registreringar i registret. I vissa regioner har det dessutom funnits andra liknande verktyg, vilket inneburit dubbelarbete för personalen. Ett annat problem uppstod år 2012, när Datainspektionen genomförde en granskning av tre kommuners registreringar i kvalitetsregister av personer som varaktigt saknar beslutsförmåga. Denna granskning ledde till att Datainspektionen i mars 2013 förelade de tre kommunerna, via ett tillsynsbeslut, att sluta registrera uppgifter i Senior alert för de personer som varaktigt saknar beslutsförmåga.

Datainspektionen ansåg att dessa kommuners hantering av beslutsförmögna uppgifter i Senior alert inte rymdes inom dåvarande lagstiftning. Därför är det mycket bra att lagstiftningen ändrats per den 1 oktober 2014, så att det går att tillgodose både patienternas rätt till personlig integritet och behovet att utveckla och säkra vårdens kvalitet.



Trots dessa hinder, och den relativt korta tiden, har det förebyggande arbetssättet ändå spridits över hela landet.

För att inte tappa fart eller riskera bakslag tror jag att det kommer att vara nödvändigt att fortsätta med statliga stimulanser för att kommuner och landsting ska kunna fortsätta intensifiera detta arbete och sprida det till alla verksamheter.

Angeläget är också att det preventiva arbetssättet kommer de sjuka äldre, som bor kvar i sitt eget hem, till del. Att till exempel kunna behålla en god munhälsa innebär mindre risk att drabbas av undernäring som i sin tur minskar risken att drabbas av en fallolycka. Detta innebär betydligt större möjligheter att kunna klara sig självständigt i sitt eget boende med en god livskvalitet under en längre tid.



# God vård vid demenssjukdom

Det går inte nog att understryka hur viktigt det är att en minnesstörning utreds tidigt så att rätt diagnos kan säkerställas så fort som möjligt. En tidig demensdiagnos möjliggör att behandlingsinsatser, till exempel bromsmediciner, får bättre effekt och att sjukdomen kan lindras. Genom att använda nationella kvalitetsregister kan vården och omsorgen både utvecklas och säkras – samt tidig diagnos och genomförandeplan påskyndas.

Idag beräknas att cirka 24 000 personer årligen insjuknar i en demenssjukdom och totalt beräknas det finnas upp emot 150 000 personer som är drabbade. Sjukdomsförloppet är ofta långsamt och smygande och hittills har det dröjt allt för lång tid att få genomgå en demensutredning och få en genomförandeplan utförd. Det är en av anledningarna till att "God vård vid demenssjukdom" valts ut som ett prioriterat område i Äldresatsningen.

Med rätt omvårdnadsinsatser, stöd i hemmet och dagverksamhet – detta i kombination med stöd och information till anhöriga/närstående – kan personer med en demenssjukdom ofta klara sig själva i det egna boendet längre och på det hela taget få ett bättre välbefinnande.

Användandet av nationella kvalitetsregister säkrar kvaliteten på vården och omsorgen av personer med demens, samtidigt som det hjälper personalen att kunna arbeta strukturerat. För att påskynda utvecklingen, stimulera förbättringsarbeten och uppföljning har prestationsmedel fördelats inom Äldresatsningen till de kommuner och landsting som använder sig av kvalitetsregistren Svenska Demensregistret, SveDem och registret för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens, BPSD.

Vårdcentraler som gör basala demensutredningar och använder sig av SveDem, ett register som bygger på de nationella riktlinjerna för demens, har premierats. SveDem är ett stöd i utrednings- och uppföljningsprocessen för personer med demens och innebär att fler personer får rätt diagnos i tidigare skede och därmed också får rätt insatser. Registret leder till bättre samlad kunskap om dessa personer och följsamheten till de nationella riktlinjerna kan utvärderas.

## Beteendemässiga och psykiska symtom

I senare skeenden av en demenssjukdom kan påtagliga beteendesymtom, till exempel aggressivitet, oro och hallucinationer, uppträda. Man räknar med att cirka 90 procent av dem som har en demenssjukdom någon gång drabbas av beteendemässiga och psykiska symtom, BPSD. Symtomen orsakar stort lidande för personen som är drabbad, men svårigheter uppstår även för de anhöriga/närstående och för vård- och omsorgspersonalen. Av tradition har många av dessa symtom behandlats med neuroleptika trots att läkemedlen har svåra biverkningar. Det är här BPSD-registret kommer in.

Det finns gedigen forskning som visar att personcentrerad omvårdnad, inte läkemedel, är den bästa behandlingen för dessa symtom. Detta finns även beskrivet i de nationella riktlinjerna för demens. Förutom en god omsorg och bemötande krävs även en uttalad struktur i omvårdnaden och kunskaper om demenssjukdomar.

Sedan några år tillbaka finns BPSD-registret, som ger stöd och förutsättningar för att kunna arbeta med en personcentrerad vård och som är ett utmärkt verktyg för personalen på demensboenden. Metodiken bakom arbetssättet med registret bygger på en skattning av olika symtom som sedan åtgärdas på olika sätt, till exempel framtagande av individuell bemötandeplan och fysisk- och psykisk aktivering. Därefter görs en ny skattning av patientens symtom. De demensboenden som använder sig av registret har premierats i Äldresatsningen.

## Fakta & resultat God vård vid demenssjukdom

### SveDem

Svenska Demensregistret, SveDem, är ett nationellt kvalitetsregister med syfte att förbättra kvaliteten i demensvården med målet om en likvärdig och optimerad behandling. För att stimulera primärvården till tidig utredning, diagnos och uppföljning av demenssjukdom fördelas prestationsmedel till dem som registrerar i registret.

	2011	2014
• Antal anslutna vårdcentraler:	82	880
• Antal patienter i primärvård med ny-diagnosticerad demenssjukdom:	523	18 929
• Antal patienter som följts upp en gång per år:	enstaka	14 801
• Andel patienter med demenssjukdom som genomgått basal utredning i primärvården:	46%	66%
• Andel av patienter med demensdiagnos som erhållit en ospecificerad diagnos (Demens UNS):	50%	36%
• Personer med demenssjukdom som behandlas med antipsykotiska läkemedel:	7%	4%

### BPSD-registret

Svenska BPSD-registret är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens. Registret syftar till att kvalitetssäkra vården av personer med demenssjukdom som har BPSD-symtom och till att uppnå ett likvärdigt omhändertagande av dessa patienter över hela landet.

- 280 kommuner har någon enhet som registrerar i registret.
- 21 175 personer är registrerade.
- 48 917 registreringar är gjorda.
- Förekomsten av individuell bemötandeplan vid BPSD är 82 procent.
- Cirka 12 000 anställda har deltagit i en två-dagars-utbildning i BPSD-registret, varav cirka 50 procent är undersköterskor.
- Cirka 200 certifierade utbildare i BPSD finns, majoriteten är distriktssköterskor.



## Några reflektioner

Det är oerhört viktigt att primärvården tidigt fångar upp personer med minnesstörning. Alltför många saknar diagnos eller har en ospecificerad diagnos, ”demens UNS”. Kunskapen om olika typer av demens är idag stor och det finns olika behandlingsmetoder att erbjuda beroende på diagnos.

För personer som får en demensdiagnos och för dennes anhöriga/närstående innebär det en möjlighet att hantera sjukdomen och att de kan erbjudas rätt form av stöd och behandling. Många rapporter visar att personer med odiagnostiserad demenssjukdom missförstås av vården och får insatser som inte hjälper dem. En brist som noterats är att det är få kommuner som kan erbjuda dagverksamhet för personer med demens, trots att det finns mycket positiva erfarenheter av denna form av verksamhet.

Anslutningen till SveDem har ökat successivt. Många vårdcentraler har anställt särskilda demenssköterskor och utbildat arbetsterapeuter för demensutredningar, vilket lett till att betydligt fler diagnostiserats i ett tidigt skede och därmed fått rätt insatser. Med stöd av SveDem blir det också tydligt när primärvården ska remittera patienter för vidare utredning och behandling till specialistenheter. Som ett exempel, kan Värmland, som startade arbetet med SveDem tidigt, visa på hur andelen av de patienter som får rätt diagnos ökar.

För att vården och omsorgen om de patienter som har en demenssjukdom ska förbättras krävs utbildning. Svenskt Demenscentrum, som är ett kunskapscentra för demens, har bland annat skapat flera webbutbildningar för de flesta professioner som arbetar inom vård och omsorg. En mycket populär utbildning är "Demens-ABC", som tar upp de viktigaste delarna i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom. Utbildningen är avgiftsfri och öppen för alla, men riktar sig främst till vårdpersonal. Det finns också "Demens-ABC plus" som specifikt riktar sig till primärvård, biståndshandläggare, hemtjänst och personal på särskilda boenden.

Under år 2014 kommer Svensk Demenscentrum även att lansera Demens-ABC plus för anhöriga/närstående och sjukhus. Dessa kurser bidrar till att allt fler får en ökad kunskap om demenssjukdomar, vilket är mycket viktigt i vården och omsorgen, men den ökade kunskapen kan också bidra till att minska det stigma som finns kring sjukdomen i samhället.

När det gäller BPSD-registret har spridningen av registret gått oerhört snabbt och finns idag över hela landet. Det har skett fantastiska förbättringar för dem som lider av svåra BPSD-symtom, även för deras anhöriga, och dessutom kan personalen intyga att de fått en betydligt bättre arbetsmiljö. Detta kvalitetsregister har haft en otrolig utveckling och den enda begränsningen har varit att lyckas hinna utbilda all personal i arbetssättet.

Syftet med utbildningen är dels att alla ska ha minst samma kunskapsgrund att utgå ifrån, dels att lära sig att använda och förstå hur BPSD-registret ska användas i praktiken.

Farhågorna om att det nya arbetssättet skulle innebära högre kostnader och ökade personalinsatser har inte bekräftats. Snarare vittnar många enhetschefer på demensboenden om att arbetssituationen förbättrats radikalt efter införande av personcentrerad omvårdnad.

För att det positiva arbetet som påbörjats inom demensvården ska fortsätta krävs det dock att samverkan mellan primärvård och äldreomsorg blir bättre. Med det menar jag att primärvården, läkare och distriktsköterskor, måste stötta hemtjänstens personal och anhöriga/närstående när den äldre börjar svikta. Det är viktigt att utredningar görs i tid och att kommunikationen fungerar mellan alla involverade. Detta gäller också kommunens verksamhet, till exempel att anhöriga vet att vart de ska vända sig för att få avlastning.

Det är också viktigt att primärvårdens läkare tar ett tydligt medicinskt ansvar för vården på demensboendena.

# God vård i livets slutskede

Målet för all vård som ges i livets slut, så kallad palliativ vård, är att försöka lindra smärta och oro samt att ge psykologiskt, socialt och existentiellt stöd till patienten och dennes anhöriga/närstående. Att kunna ha ett starkt etiskt och högkvalitativt arbetssätt ställer höga krav på personalen. Ett av de nationella målen i satsningen har därför varit att stärka och utveckla den palliativa vården.

Begreppet palliativ vård användes tidigare främst om vård av personer med cancer, men har nu breddats till att omfatta alla diagnoser. En god och högkvalitativ vård och omsorg den sista tiden i livet – det vill säga att kunna få ett värdigt slut – är något som alla har rätt till, oavsett diagnos och vårdgivare.

Sedan några år tillbaka finns ett nationellt vårdprogram och ett nationellt kunskapsstöd för palliativ vård. Dessutom finns Svenska Palliativregistret som är ett nationellt kvalitetsregister, vilket fungerar som ett stöd till personalen att kunna arbeta evidensbaserat – helt enkelt ett stöd som hjälper personalen att göra rätt. För några år sedan användes registret främst vid specialistenheter, men i och med att Äldresatsningens prestationsmedel fokuserat på en utveckling och breddning av den palliativa vården används registret nu även i särskilda boenden, i demensboenden och i hemsjukvård. Närmare 70 procent av landets samtliga dödsfall (av personer > 65 år) registreras nu i registret och många verksamheter bedriver en mycket bra palliativ vård.

I Palliativregistret rapporteras bland annat förekomst av så kallade brytpunktsamtal, möjlighet att välja vårdform den sista tiden i livet, skattning av smärta och andra symtom samt ensamhet i dödsögonblicket och efterlevandesamtal. Det är ett 30-tal frågor som vårdpersonalen besvarar, som rör vården den sista veckan i livet. De registrerade svaren används sedan för att bedöma vilken kvalitet vården hållit och vad som bedöms behöva förbättras.

## Tio-procentig förbättring

Registreringen innebär att vårdpersonalen får en bred och djup källa till kunskap och de kan därför arbeta mer strukturerat med stöd av Palliativregistret. Äldresatsningen har premierat de som använder registret och förbättrat eller upprätthållit en hög nivå på den palliativa vården och omsorgen.

Det har skett stora förbättringar tack vara detta. Flera kommuner har förbättrat sig med mer än tio procent årligen. Några exempel på förbättringar är att den validerade smärtskattningen har ökat i hela landet och risken att dö i ensamhet har minskat avsevärt. Men fortfarande är ändå vård i livets slut en vanlig orsak till akuta inläggningar på sjukhus – inte mindre än nio av tio vårdtillfällen den sista månaden är oplanerade.

Satsningen har premierat de så kallade brytpunktsamtalen, med målet att alla patienter ska få ett samtal med ansvarig läkare om att vården byter inriktning från botande till lindrande. Dessa samtal har länge varit en brist, trots att de är så oerhört viktiga. Under åren med äldresatsningen har ett flertal utbildningar hållits för läkare över hela landet och även webbaserade utbildningar har tillskapats för hur ett brytpunktsamtal kan genomföras.



## Fakta & resultat God vård i livets slutskede

### Svenska Palliativregistret

Svenska Palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister där vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slutskede oberoende av diagnos och vem som utför vården. Vårdpersonal besvarar en enkät med cirka 30 frågor som handlar om hur vården varit sista veckan i livet. Sedan använder personalen resultatet för att se vilken kvalitet som vården håller och vad som behöver förbättras. När förbättringar görs kan man använda resultat från Svenska palliativregistret för uppföljning.

Prestationsbaserat stöd har utgått till de verksamheter som använder och registrerar i Svenska Palliativregistret för minst 70 procent av dödsfallen som inträffar i kommunen. Medlen som delats ut har fördelats till dem som förbättrar eller uppmäter en redan hög nivå på vård och omsorg i livets slut, mätt i de fyra indikatorerna: brytpunktsamtal, smärtskattning, munhälsa och behandling mot ångest.

	2012	2014
• Täckningsgrad för palliativregistret:	63,4%	69,8%
• Andel patienter som fått brytpunktssamtal:	47,7%	55%
• Andel patienter som fått läkemedel mot ångest ordinerat:	78%	85,4%
• Andel patienter som erhållit en validerad smärtskattning:	18,1%	32,8%
• Andel patienter som blivit munhälsobedömda:	36,2%	43,6%
• Antal kommuner som klarar mål om fem procents ökning: 140.		
• Antal kommuner som klarar mål om tio procent eller redan har minst 60 procent genomsnittlig måluppfyllelse för de fyra indikatorerna: 68.		

## Några reflektioner

Jag gläder mig över den utveckling som skett när det gäller den palliativa vården som bedrivs på särskilda boenden, SÄBO. Den har blivit så mycket bättre på många boenden och jag har mött flera stolta undersköterskor på olika SÄBO som presenterat sig som specialister på palliativ vård.

Min bedömning är att detta har blivit möjligt tack vare att det finns så mycket kunskap och stöd – Nationellt kunskapsstöd, Nationellt vårdprogram, Palliativregistret med mera. Men framförallt för att det funnits ett sug från personalen att få förkovra sig och verkligen vilja förbättra och förändra.

Svårare har det varit på akutsjukhusen, som inte kommit lika långt när det gäller förbättringar av den palliativa vården. Naturligtvis är det så att akutsjukhusen ska ha sitt fokus på att bota, men de måste också förbättra resultaten när det gäller att lindra. Det vill säga att satsa aktivt på att förbättra vården för patienter i livets slutskede.

Den palliativa vården är ett område där det verkligen blir tydligt hur patienterna tvingas åka fram och tillbaka mellan hemmet och sjukhus på grund av att samarbetet mellan landsting och kommuner inte fungerar, det vill säga mellan primärvård, hemsjukvård och sjukhus. Detta är inte värdigt och även inom detta område krävs ett fortsatt nationellt stöd och samordning för att förbättringen ska fortsätta!



# God läkemedelsbehandling för äldre

Olämplig och omfattande läkemedelsförskrivning till äldre har länge varit ett stort problem eftersom det bland annat innebär en stor risk för oönskade läkemedelsinteraktioner och är en starkt bidragande orsak till att äldre läggs in akut på sjukhus för biverkningar. Genom ekonomiska incitament till de kommuner och landsting som lyckats minska olämplig läkemedelsanvändning har stora förbättringar uppnåtts de senaste åren.

Det är inte ovanligt att de mest sjuka äldre kan ha mer än tio olika läkemedel ordinerade. Orsakerna till detta är flera, framförallt att vi lever längre idag vilket innebär att vi har större risk att drabbas av fler sjukdomar. För dessa sjukdomar kan läkemedel vara en behandling som är helt adekvat, sett ur ett diagnostiskt perspektiv, men om personen är gammal och skör bör nya ställningstaganden göras kontinuerligt. Om personen dessutom har flera sjukdomar samtidigt måste en bedömning göras av potentiella interaktioner mellan läkemedlen.

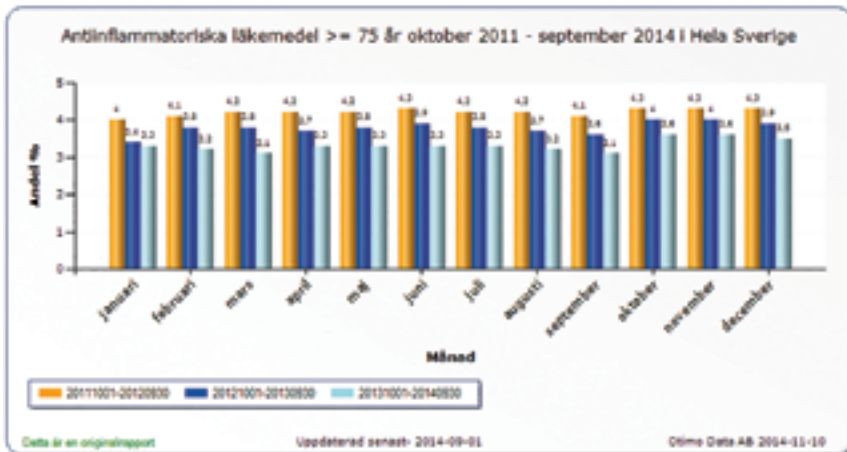
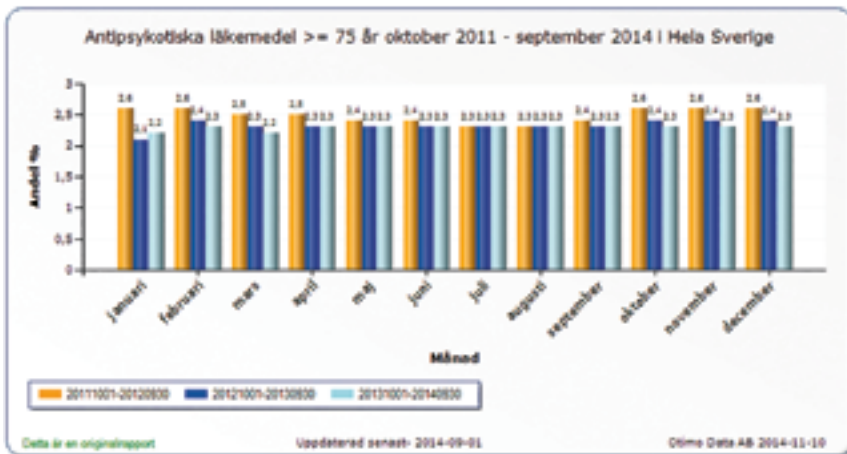
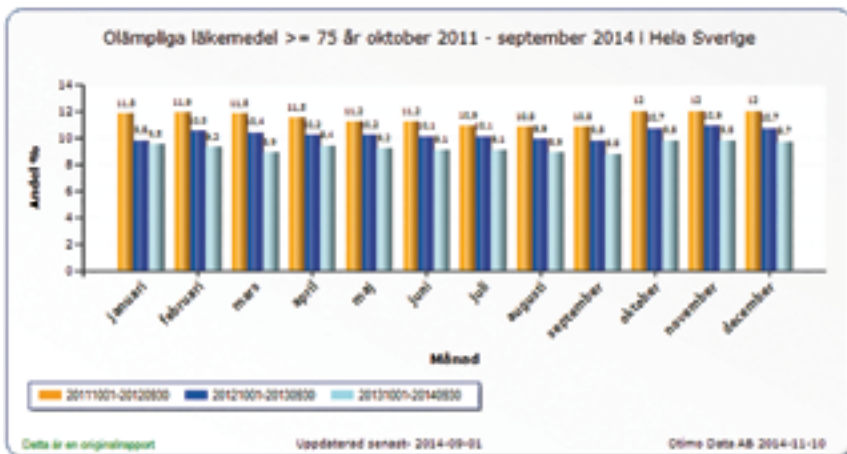
Det finns tyvärr lite kunskap om vad så kallad polyfarmaci innebär för den enskilda individen. Dessutom är en naturlig följd av åldrandet att kroppens funktioner försämras, till exempel möjligheten att utsöndra läkemedel och att hjärnan blir känsligare för vissa läkemedel. Därför har detta område varit starkt prioriterat i Äldresatsningen.

De tre läkemedelsområden, där det finns klara tecken på överbehandling och risk för biverkan, som Äldresatsningen fokuserat på är: Olämpliga läkemedel för äldre, bland annat vissa sömnmedel och smärtstillande läkemedel. Läkemedel mot psykos, när de förskrivs till personer som inte har psykos. Antiinflammatoriska läkemedel. De kommuner och landsting som lyckas minska användningen av dessa läkemedel har premierats i Äldresatsningen.

Kunskap om vad som är god läkemedelsbehandling för äldre och vilka indikatorer som kan användas har hämtats ur Socialstyrelsens rapport "Indikatorer för god läkemedelsbehandling för äldre". Alla förskrivna läkemedel registreras i det nationella Läkemedelsregistret på Socialstyrelsen i samband med uthämtning på apotek och i Äldresatsningen har läkemedelsanvändningen följts månad för månad. Siffrorna är ett bra underlag för både läkare och sjuksköterskor i arbetet med att förbättra läkemedelsanvändningen för de äldre.



## Fakta & resultat God läkemedelsbehandling för äldre



## Några reflektioner

Under dessa år har vi glädjande nog sett en rejäl minskning av samtliga tre läkemedelsindikatorer och minskningen fortsätter. De olämpliga läkemedlen och de antiinflammatoriska läkemedlen har minskat med tio procent varje år. Som positiv bieffekt har dessutom antalet av "alla personer över 75 år" som får förskrivet fler än tio läkemedel minskat sedan år 2012 – från att tidigare ha ökat varje år. Intressant att notera är att även övrig läkemedelsförskrivning har minskat generellt i landet. Det är ett trendbrott som jag verkligen tror och hoppas ska fortsätta.

För läkemedelsområdet har det inte funnits någon enhetlig modell under satsningen som sagt "hur man ska göra", inget kvalitetsregister, bara att målet är att den olämpliga läkemedelsanvändningen ska minska. De landsting som lyckats bäst är de som har starka läkemedelskommittéer, och/eller anställt särskilt ansvariga apotekare eller läkemedelskunniga läkare, och arbetat med läkemedelsgenomgångar (Socialstyrelsen presenterade år 2012 nya forskrifter som innebär att en vårdgivare ska erbjuda patienter över 75 år med minst fem läkemedel en läkemedelsgenomgång).

Arbetet med att minska olämplig läkemedelsanvändning till sköra äldre måste fortsätta. I alla län har stora förbättringar uppnåtts, men skillnaderna mellan och inom länen består. De län som låg bra till från början har minskat lika mycket som de som hade hög förskrivning. Även om vi inte vet exakt vilken nivå som är lämplig för de tre indikatorerna kan vi på grund av skillnaderna mellan länen se att det finns ett stort förbättringsutrymme kvar.

Det finns nu möjlighet att se läkemedelsdata för varje kommun i Kvalitetsportalen – data som bör användas i ett fortsatt förbättringsarbete. Det är också viktigt att primärvården tar på sig rollen som sammanhållande och ansvarig för den äldres läkemedel, att våga ifrågasätta och värdera läkemedel som ordinerats i ett akut skede från exempelvis kardiolog- och ortopediska avdelningar.

# Sammanhållen vård och omsorg

Dagens vård och omsorg är inte utformad för att kunna möta äldre och sköra personers behov. En återkommande bedömning är att de största bristerna står att finna i dålig samordning och kommunikation mellan de olika huvudmännen och vård- och omsorgsaktörerna. För att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg utifrån de äldres unika behov har därför resultatbaserat stöd utgått till kommuner och landsting.



Många sköra äldre har inte möjlighet att själva hantera och koordinera alla olika och frekventa kontakter med vården och omsorgen, det vill säga det som behövs för att inte viktiga åtgärder ska ramla mellan stolarna. När ingen tar samordningsansvaret och kommunikationen uteblir mellan de inblandade vårdaktörerna riskeras inte bara att fel kan begås, utan även att den äldre blir otrygg och uppgiven. När detta inträffar ökar även risken för att de äldre söker sig till akutsjukhusen, trots att det inte skulle behövs om de öppna vård- och omsorgsformerna hade fungerat tillfredsställande.

Övergripande för hela satsningen har därför varit att berörda verksamheter – hemtjänst, hemsjukvård, särskilt boende, primärvård och sjukhusvård – måste bli bättre på att erbjuda en sammanhållen vård och omsorg av hög kvalitet. I Äldresatsningen har krav ställts på huvudmännen att skapa en gemensam struktur för ledning och styrning i samverkan, vilket lett fram till länsgemensamma handlingsplaner för förbättringar, med särskilt fokus på just en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Dessutom har landsting och kommuner fått ekonomiska resurser för att analysera hur vårdkonsumtion och flöden ser ut i respektive län.

Det var svårt att hitta mätbara mål för fokusområdet Sammanhållen vård- och omsorg, det vill säga hitta indikatorer för hur man skulle kunna följa utvecklingen. Efter många diskussioner och olika överväganden kvarstod till slut två indikatorer, som skulle kunna mäta om, och hur, den sammanhållna vården skulle kunna bli bättre. Dessa var: "Undvikbar slutenvård" och "Återinskrivning inom 30 dagar".

## Slutenvård dyrast

Sverige lägger stora resurser på hälso- och sjukvård samt äldreomsorg, totalt närmare 13 procent av BNP. Kostnaderna för sjukvården ökar med åldern och störst andel av kostnaderna går till slutenvård, betydligt mindre till öppen specialiserad vård och primärvård. Flera analyser visar att det är en liten grupp som har stora behov och står för den största delen av vårdkonsumtionen. Det innebär att det är viktigt att tidigt identifiera de personer som har stora vårdbehov för att kunna ge dem en bättre och mer individualiserad vård.

Slutenvård är dyrast, men ändå vårdas många äldre på sjukhus trots att behandlingen hade kunnat genomföras i öppen vård. Det har under många år skett en förskjutning mot att mer vård utförs i öppenvård, men fortfarande beräknas att ett av sex vårdtillfällen för personer över 65 år är undvikbart. Det är viktigt att påpeka att äldre har rätt till samma högkvalitativa sjukvård som alla andra, men det finns också risker med sjukhusvård: infektioner, tillfällig konfusion som kan orsaka fallolyckor med mera.

Ett nytt krav infördes i 2014-års överenskommelse som innebär att landstingen ska rapportera in antal vård dagar då inneliggande patienter bedöms som utskrivningsklara. Förhoppningen är att denna kunskap ska underlätta att genomföra förbättringar i den gemensamma vårdplaneringen och övertagandet av patienter mellan huvudmännen.

## Fakta & resultat Sammanhållen vård och omsorg

### Ädelreformen

När Ädelreformen genomfördes den 1 januari 1992 innebar det att kommunerna fick det samlade ansvaret för såväl omsorgen som den långvariga somatiska vården av äldre. Samtidigt infördes ett kommunalt betalningsansvar, Lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (betalningsansvarslagen), för personer som var medicinskt färdigbehandlade vid landstingens enheter för somatisk akutsjukvård och geriatrisk vård. År 2003 infördes nya bestämmelser i lagen som innebär att en kommun har betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara, och för vilka en vårdplan upprättats, som vårdas vid enheter för somatisk akutsjukvård, geriatrisk vård eller psykiatrisk vård inom landstingets slutna hälso- och sjukvård. En patient är utskrivningsklar om den behandlande läkaren bedömer att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom landstingets slutna hälso- och sjukvård (10§ Lag (2003:193).

Genom betalningsansvarslagen har kommunerna ett ekonomiskt ansvar – betalningsansvar – för utskrivningsklara patienter efter fem vardagar. Det betyder att kommunerna efter dessa dagar ska betala kostnaden för vårdplatsen om de låter patienten ligga kvar på sjukhuset. Avgiften för vårdplatsen fastställs av regeringen. Syftet med lagen är att stimulera kommuner och landsting att använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Hälso- och sjukvård, omsorg och stöd i öppna former ska finnas i sådan omfattning, inom landstinget och i kommunen, så att patienter inte blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt.

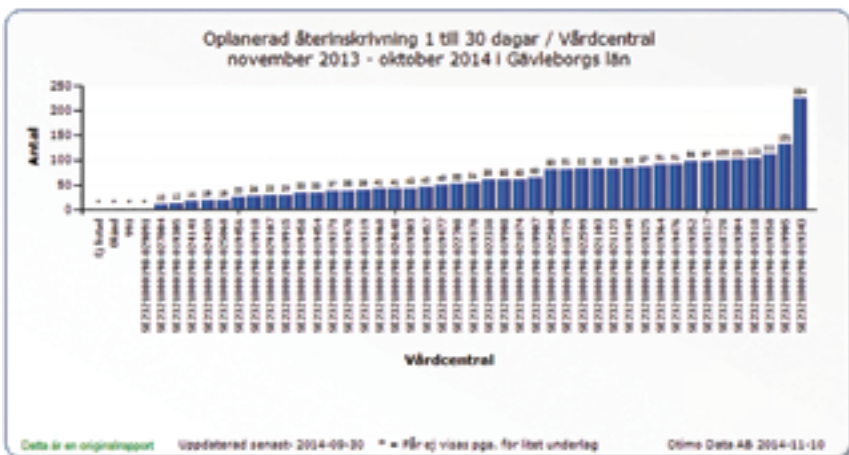
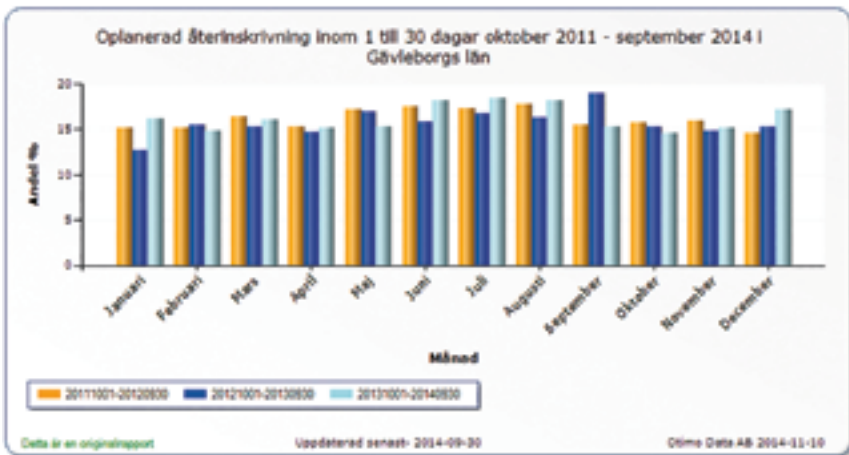
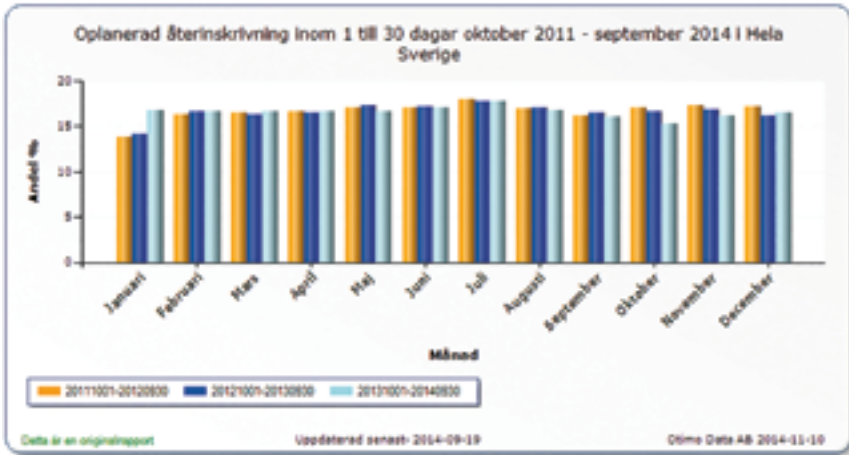
### Stora variationer

De vanligaste diagnoserna som föranleder undvikbar slutenvård och återinskrivningar på sjukhus är hjärtsvikt och kronisk obstruktiv lungsjukdom, KOL. Mellan 14 och 20 procent av de patienter som skrivs in akut har tidigare varit inskrivna, ofta med samma diagnos, den senaste månaden. De flesta återinskrivningar sker de första två veckorna efter utskrivning. Det visar sig att det råder stora variationer när det gäller resultat mellan olika landsting och kommuner samt vårdcentraler.

Indikatorerna har använts som tecken på hur vårdkedjan för de mest sjuka äldre fungerar. En hög andel undvikbar slutenvård indikerar att primärvård och hemsjukvård inte förmått tillgodose de mest sjuka äldres behov av vård, vilket lett till att den äldre behövt söka akut vård på sjukhus. Ett högt antal oplanerade återinskrivningar indikerar att vården på sjukhus inte varit optimal vid föregående vårdtillfälle.

På nationell nivå har det under Äldresatsningens tid varit svårt att se några tydliga trender i mätningarna av indikatorerna. Under år 2014 togs siffror fram för varje vårdcentral. När dessa siffror granskas ses mycket stora variationer mellan olika vårdcentraler som inte kan förklaras av olika förutsättningar eller patientsammansättningar. Som exempel syns inga större skillnader på regional/länsnivå i Gävleborgs län (se diagram), medan det på vårdcentralsnivå skiljer sig markant. Antalet personer som återinläggs oplanerat varierar från några enstaka patienter till 245 patienter mellan olika vårdcentraler.

Dessa siffror kan nu användas av respektive vårdcentral i deras förbättringsarbete, genom att jämföra och värdera hur man kan förhindra oplanerade återinskrivningar för gruppen mest sjuka äldre.



### Webbkollen

Under år 2013 introducerade SKL ett verktyg för att ytterligare stimulera till en minskning av undvikbar slutenvård och återinskrivning på sjukhus inom 30 dagar. Webbkollen bygger på en webbaserad enkät som är ett intervjustöd till vårdpersonalen inför samtalet med sjuka äldre vid återinskrivning och vid utskrivning från sjukhus samt i öppenvården. Som regel kontaktas patienten av vårdpersonal på den behandlande avdelningen. Samtalet rör upplevelsen av information och delaktighet, läkemedel, trygghet med mera. Verktyget ger en översikt och synliggör orsakerna till undvikbar slutenvård och återinskrivningar. Resultaten avidentifieras och läggs in i en databas som det är möjligt att följa omgående och över tid. Fram till och med oktober 2014 hade mer än 15 000 personer kontaktats via telefon.

## Några reflektioner

De nationella siffrorna på detta fokusområde visar inte så stora skillnader. I nuläget är det svårt att värdera om det beror på att de indikatorer som valdes inte är optimala, eller om det tar längre tid för att uppnå genomgripande förändringar eller om det faktiskt inte blivit någon förbättring. Detta måste analyseras vidare.

Tydligt är att det fortsatt finns stora skillnader när det gäller undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 1–30 dagar, både mellan geografiska områden och mellan vårdenheter och grupper av slutenvårdade. En vårdcentral med hög andel återinskrivna har oftast även en hög andel undvikbar slutenvård.

Med tålamod, långsiktig vilja och förankring på högsta politiska nivå går det att utveckla och implementera nya samverkansmodeller som fungerar väl. Det vet vi eftersom det finns flera goda exempel runt om i landet. Dessa exempel visar att det lönar sig med tidiga insatser och att strukturerade arbetssätt upplevs, av såväl personal som de äldre och deras anhöriga/närstående, som mycket positivt och tryggt.

Det finns kommuner och landsting som klarat att skapa en sammanhållen vård och omsorg för gruppen mest sjuka äldre. Det innebär att det finns modeller som går att lära utifrån. Min uppfattning är att det inte primärt är mer pengar, även om det underlättar, eller en ny lagstiftning som behövs. Dock tror jag att det krävs ett fortsatt nationellt stöd för att kommuner och landsting inte ska släppa det gemensamma arbetet – det vill säga att staten måste fortsätta att hålla ihop detta arbete för att det ska lyckas fullt ut.



## Några nedslag i landet

Under min tid som äldresamordnare har jag rest runt i hela landet och träffat många olika verksamheter och eldsjälar som verkligen gör skillnad för de mest sjuka äldre. Det finns många goda exempel på nya arbetssätt och aktiviteter som startats under satsningens tid. Tyvärr kan jag inte beskriva alla dessa arbeten i denna rapport, men jag har valt att återge några spridda skurar.



## Tre modeller i Västra Skaraborg

”Närvård västra Skaraborg” är ett koncept som utvecklats i Västra Götalandsregionen och som bygger på ett samarbete mellan de sex kommunerna Lidköping, Götene, Skara, Vara, Grästorp och Essunga samt primärvården och sjukhusen i Västra Skaraborg, SkaS.

I konceptet har tre nya vårdmodeller utvecklats, vilka samtliga syftar till att de mest sjuka äldre ska få en bättre vård och omsorg i hemmet och för att undvika att de ska behöva sjukhusvård. Sammanfattningsvis har behovet av sjukhusvård minskat kraftigt. Genom en kraftig minskning av slutenvård bedöms de ökade kostnaderna för den utbyggda hemsjukvården mer än väl ha täckts. De tre vårdkoncepten är:

*Närsjukvårdsteamet*, som är en permanent mobil verksamhet som arbetar i sex kommuner och organisatoriskt tillhör SkaS. Målgruppen för verksamheten är patienter som har komplexa behov av medicinsk vård och omsorg i hemmet. Det vill säga där vården kräver en samverkan mellan kommunal hemsjukvård, primärvård och slutenvård.

*Mobil hemsjukvårdsläkare* finns i Lidköpings kommun sedan år 2011 med syfte att förbättra den medicinska planeringen och läkemedelsbehandlingen samt att åstadkomma trygghet för den äldre. Genom att bedömningar sker i den äldres hemmiljö, i samarbete med den kommunala hemsjukvården, kan bättre och rättvisare bedömningar göras.

*Mobila palliativa teamet* består av läkare och sjuksköterskor som deltar i den avancerade vården i hemmet, i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemtjänst. Kopplat till teamet finns även präst och kurator som kan konsulteras vid behov. Det mobila palliativa teamet, som är en länk mellan de olika vårdgivarna och boendet, har ett nära samarbete med den palliativa slutenvården vid Hospice Gabriel.

## Anna, 68 år med demensdiagnos

Anna bor på ett särskilt boende. Hon vandrar runt, letar efter saker och personer. Anna har bristande tids- och rumsorientering och har svårt att veta om det är dag eller natt. Hon behöver mycket hjälp med dagliga aktiviteter och under sina oroliga perioder behöver hon även ha hjälp för att kunna äta. Anna är mycket motoriskt orolig, kan bli arg och har svårigheter att sova. Hon är rymningsbenägen och störande för övriga boende. Extra personal sätts in på avdelningen. Vid den första NPI-skattningen (Neuro Psychiatric Inventory) har Anna 84 poäng med maximala 12 poäng på vanföreställningar, hallucinationer, agitation och ångest. Hon har även höga poäng på depression och sömn.

Personalen går igenom den checklista som finns i BPSD-registret för tänkbara orsaker till symtomen. Anna har lite nedsatt hörsel, men annars hittar man inga kroppsliga orsaker till hennes BPSD. Anna är ordinerad neuroleptika på grund av hallucinationer. De vårdåtgärder man ordinerar är framför allt aktivering – att Anna ska vara delaktig i dagliga göromål på boendet samt gå promenader, minst tre ggr/vecka. Maken är engagerad och promenerar ofta med Anna.

Två månader senare mår Anna bättre, poängen på NPI-skalan har sjunkit till 10 (8 poäng på depression och 2 poäng på apati). Anna har blivit mer intresserad av olika

aktiviteter och träning. Hon har fått kognitiva hjälpmedel som underlättar hennes tidsorientering och maken har börjat kunna ta med henne hem över dagen. Anna är nu med på gymnastik och aktiviteter enligt vårdplaneringen. Hon börjar hjälpa till på avdelningen med olika hushållsgöromål, som att plocka ur diskmaskinen, diska och duka bord. Medicineringen med neuroleptika minskas och Anna blir istället insatt på antidepressiv medicinering.

Efter ytterligare två månader görs en ny NPI-skattning och Anna har då o poäng. Makarna är nöjda och Anna får fortsätta med dag- eller helgpermissioner och sänkningen av läkemedel (neuroleptika) fortsätter.

## Det palliativa hemsjukvårdsteamet i Mora/Orsa

Det palliativa teamet består av nio sjuksköterskor och en läkare som kontinuerligt ansvarar för cirka 25–28 svårt sjuka patienter, varav majoriteten är äldre än 65 år. Teamet kan liknas vid en större vårdavdelning, men med den skillnaden att deras patienter finns på ett stort geografiskt spritt område (cirka 10×8 mil).

Teamet har ”öppet” dygnet runt årets alla dagar och har inga särskilda telefontider – en sjuksköterska finns alltid tillgänglig för telefonsamtal från patienter och anhöriga. Mellan klockan 21.30 och 08.00 har teamet jourberedskap för att kunna göra hembesök. De har även snabb tillgång till korttidsplatser i kommunens trygghetsboenden om så skulle behövas. När någon patient måste läggas in på sjukhus, vilket sällan inträffar, har läkaren kontinuerlig kontakt med vårdavdelningen. Med andra ord, en väl formerad och genomtänkt organisation som förstått och gjort verklighet av innebörden i ”trygg och säker vård”.

Teamet får inte bara möta uppskattning från patienter och anhöriga, de kan också se att verksamheten är mycket kostnads- och resurseffektiv. De behöver till exempel mycket sällan lägga in någon på akutsjukhus eftersom de känner sina patienter och kan planlägga olika medicinska insatser i tid – innan akutsjukhusets resurser behövs. Detsamma gäller hembesök på natten. Eftersom patienter och anhöriga/närstående vet att de kan få kontakt med en sjuksköterska dygnet runt och att teamet kan göra hembesök direkt så infinner sig en absolut trygghet, något som kanske är den allra viktigaste komponenten i vården.

## Trygg hemgång i Ronneby

I Ronneby har kommunens äldreomsorg utvecklat ett hemgångsteam som möter den äldre i hemmet i samband med att han/hon skrivs ut från sjukhuset. Det är biståndshandläggaren som vid vårdplanering på sjukhuset beslutar om Trygg hemgång. Teamet består av undersköterskor som har samarbete med hemtjänsten, hemsjukvården, biståndshandläggare och enhetschef.

Teamet kan, tillsammans med hemtjänsten, ge extra hjälp och stöd i hemmet i upp till 14 dagar för omvårdnad och rehabilitering. Tidig rehabilitering och trygghet minskar risken för återinskrivning på sjukhus och minskar ibland också behovet av fortsatta hemtjänstinsatser.



## Mobil läkare i Ljungby

I Ljungby finns en mobil läkare som arbetar heltid i hemsjukvården. Verksamheten, som innebär en förstärkt hemsjukvård, startade som ett projekt mellan hemsjukvården i Ljungby kommun och landstinget Kronoberg. Bakgrunden var att det fattades läkare i primärvården, vilket bland annat ledde till att hembesöken inte blev utförda.

Den mobile läkaren gör alltid hembesök tillsammans med patientens ansvariga sjuksköterska. Utrustningen i bilen är i stort sett densamma som på vårdcentralen. Vid mer omfattande åtgärder som infusion och transfusion tillkallas ett resursteam.

Målgruppen är äldre personer i ordinarie boende som har svårt att besöka vårdcentralen. Det rör sig om cirka 600 patienter, där 80 procent är mellan 80 och 100 år. Patienterna är listade på vårdcentralerna och ingår i vårdvalet som alla andra patienter. Vid besöken journalför läkaren direkt på plats, via sin laptop, och via journalsystemet finns åtkomst till journaler från alla vårdcentraler samt från kirurg-, medicin- och psykiatrikliniker på sjukhusen. Läkaren har dessutom möjlighet att direktinlägga patienter på medicinkliniken i Ljungby.

I kommunen finns fem hemsjukvårdsteam som läkaren träffar en förmiddag i veckan. Var fjortonde dag genomför läkaren läkemedelsgenomgångar tillsammans med en apotekare samt utför regelbundet också demensutredningar tillsammans med kommunens demenssköterska. Arbetet fungerar som om det vore en virtuell vårdavdelning, vilket leder till att behandling av sjukdom kan påbörjas i ett tidigt skede. Även den palliativa vården har förbättrats.



Vinsterna med detta arbetssätt är flera – antalet besök till vårdcentralerna och akut-mottagningarna minskar och det blir färre inläggningar i slutenvården. För patienterna blir vinsten en ökad trygghet och bättre service.

Sparar man pengar? Ja. Ett besök av den mobila läkaren kostar 300 kr mindre än motsvarande på vårdcentralen och cirka hälften av vad ett besök på akuten skulle kostat. Funktionen har därför permanentats och man har börjat planera för liknande service på ytterligare fyra olika platser i Kronoberg.

## Mottagningsteam i Landskrona

Utvecklingen av Mottagningsteam i kommunen startade som ett projekt för två år sedan för att bättre möta behoven hos äldre som vistats på sjukhus. Tidigare flyttades många äldre direkt till korttidsboende efter sjukhusvistelse, men eftersom rehabilitering ofta saknades eller inte gav önskad effekt, beslöt kommunen att pröva ett annat arbetssätt.

Mottagningsteamet består av biståndshandläggare, sjuksköterska, undersköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut. Teamet möter den äldre i hemmet direkt efter utskrivning, vilket innebär att det finns större möjlighet för den äldre att klara sig hemma då rehabilitering kan ske i hemmamiljö och eventuella hjälpmedel provas ut och installeras direkt.

Teamet erbjuder många olika insatser och i så stor omfattning som krävs. Även anhöriga/närstående erbjuds stöd för att ytterligare trygga hemgången. Många äldre är oroliga för att komma hem och inledningsvis kan det bli ett flertal insatser, men efter en tid blir den äldre tryggare och då glesas insatserna automatiskt ut. Efter tre veckor utvärderas insatsen och om den äldre uppnått en stabil funktionsnivå, men ändå behöver fortsatt hjälp väljer den äldre en hemtjänstutförare – privat eller kommunal.

Förutom Mottagningsteam arbetar man även med Landskronaprojektet, som drivs i samverkan med Region Skåne. I projektet analyseras hur de äldres väg mellan olika vårdaktörer ser ut och man har till exempel noterat att andelen undvikbar slutenvård är hög. Därför har en biståndsbedömare anställts som även på jourtid kan göra akuta bedömningar. Om den äldre kan klara sig med kommunens insatser, istället för att läggas in på sjukhus, kan Mottagningsteamet akut verkställa den hjälp som behövs. Förnyad biståndsbedömning görs efter ett par dagar.

Tillsammans har dessa insatser inneburit en ökad trygghet och bättre anpassade insatser för den äldre, vilket minskat behovet av korttidsplatser. Kommunen har hittills kunnat stänga cirka 25 procent av sina korttidsplatser och fler planeras att kunna stängas. Förutom detta har kommunen inte längre några kostnader för så kallade utskrivningsklara patienter.

# Tankar och slutord

Bakgrunden till Äldresatsningen var Sveriges demografiska utveckling och bedömningen att situationen för de mest sjuka äldre inte var optimal, utan måste förbättras. Efter fyra år som nationell äldresamordnare har jag fått en både bred och djup inblick i svensk vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Det är med stor ödmjukhet som jag tagit del av, och förstått, många av de problem och den komplexitet som de olika aktörerna runt de mest sjuka äldre har att brottas med för att förbättra situationen – såväl på det övergripande regional- och lokalpolitiska planet som i vardagen för personalen runt om på de olika vård- och omsorgsverksamheterna.

För att stimulera landsting och kommuner att fokusera på att uppnå förbättringar inom de fem olika fokusområden, som vi beslutade skulle ingå i satsningen, användes så kallad prestationsersättning. Under den första tiden av Äldresatsningen höjdes röster om att det var allt för mycket fokus på att registrera och mäta i olika nationella register. Förklaringen är dock att för att kunna använda sig av prestationsersättning krävs att det också går att mäta förändringar. Med andra ord – om man inte vet var man befinner sig så är det svårt att veta åt vilket håll man ska gå. Med tiden har dock acceptansen för användandet av dessa register ökat, framförallt på grund av de fina resultat som ses för de mest sjuka äldre.

Fyra år är i knappaste laget för att uppnå så stora strukturella och organisatoriska förändringar som satsningen önskat, men det är uppenbart att vi har kommit en bra bit på väg. Det finns dock tydliga kvalitetskillnader över landet. I vissa kommuner, landsting och verksamheter gör man i princip allt rätt, men för att uppnå en jämlik, kvalitativ vård- och omsorg över hela landet så måste alla ta del av – och implementera – de arbeten som visat sig vara framgångsrika. En av de största utmaningarna som vi fortfarande står inför är att lyckas uppnå en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre – i hela landet.

## Snabba och mindre snabba förändringar

I denna skrift har jag försökt att sammanfatta de fyra årens arbete med satsningen på de mest sjuka äldre och hur jag uppfattat resan och resultatet. Sammanfattningsvis kan jag konstatera att det inom vissa områden har skett snabba positiva förändringar medan det inom andra tagit längre tid.

Inom området ”Ett preventivt arbetssätt” har det uppnåtts relativt snabba positiva förändringar på alla riskbedömningsområden. Personalen på vård- och omsorgsverksamheterna upptäckte tidigt, när de började registrera i Senior alert, fördelarna med att arbeta proaktivt.

När det gäller områdena fallskador och trycksår beslöt vi inför år 2014 att sprida arbetet med Senior alert även till hemsjukvård och hemtjänst, det vill säga att ingå även i det "egna hemmet", där många av dessa problem uppstår och finns.

Snabba förbättringar har även skett inom demensområdet. Införandet av de nationella kvalitetsregistren SveDem och BPSD har verkligen betytt mycket för att vården och omsorgen av personer med demens utvecklats, säkrats och att tidig diagnos och genomförandeplan påskyndats.

Spridningen av arbetssättet enligt BPSD på landets demensboenden måste sägas ha varit helt fantastisk. Arbetssättet och registret sprider sig av helt egen kraft eftersom det är tydliga arbetssätt att implementera i verksamheterna som också ger snabb feedback på vad som förbättrats.

Även om antalet demensutredningar i SveDem ökat under satsningen, så har det ändå varit lite svårare att få med primärvården i arbetet. Detta trots att det är en naturlig del i primärvårdens arbete att genomföra demensutredningar. För att det positiva arbetet som påbörjats ska fortsätta krävs det att samverka mellan primärvård och äldreomsorg blir bättre.

För den palliativa vården syns också klara förändringar till det bättre, men det finns fortfarande en hel del kvar att göra. Framför allt för att den som önskar bo kvar, och få somna in, i sitt eget hem också ska kunna få göra det. För att detta ska vara möjligt måste primärvården bli bättre på att stötta hemsjukvården och för att detta ska låta sig göras måste läkarna vara kopplade till hemsjukvården. Jag menar inte att de måste vara anställda i kommunen, men en starkare koppling krävs definitivt. Överhuvudtaget måste glappen mellan kommunal- och landstingsdriven vård överlappas när det gäller detta så viktiga område.

## Förskrivningen går åt rätt håll

I starten av Äldresatsningen fanns det röster som varnade för att om man införde nationella mål om en minskning av olämpliga läkemedel, läkemedel mot psykos och antiinflammatoriska läkemedel så skulle det finnas en risk att förskrivningen av andra läkemedel istället skulle öka. Så har det inte blivit. Tvärtom har även förskrivningen av andra läkemedel sjunkit.

Men ännu är det inte dags att slå sig till ro. Även om det uppnåtts en tio-procentig sänkning per år så är det en bit kvar, inte minst när det gäller förskrivningen av antipsykotiska läkemedel. Nästa steg måste vara att se över också de läkemedel som har somatiska indikationer, till exempel hjärt-kärl-läkemedel och blodförtunnande läkemedel, vilka är de läkemedel som indirekt orsakar flest inläggningar på sjukhus för sköra äldre.

## Den största utmaningen

Det omfattande vård- omsorgsbehov som de mest sjuka äldre har ställer stora krav på att alla olika aktörer kring den äldre verkligen samverkar och kommunicerar. Detta har enligt min mening varit den största och svåraste utmaningen att komma till rätta med under satsningen. När samverkan och kommunikation brister avspeglar det sig negativt på i princip alla insatser som ges och naturligtvis även på samhällsekonomin.

För att vården och omsorgen om de mest sjuka äldre ska fungera tillfredsställande måste den vara personcentrerad och hanteras utifrån en helhet – det vill säga som inbegriper den äldres livssituation och sammanhängande behov av olika insatser, såväl sociala, medicinska som psykiska. Personcentrerad vård och omsorg finns beskrivet i de nationella riktlinjerna för demens, men måste också implementeras inom alla andra områden. Detta kräver ett helt nytt tanke- och arbetssätt.

Många äldre och deras anhöriga/närstående kan vittna om hur svårt det är att få möjlighet att påverka vårdens innehåll och hur förvirrande det är att tvingas möta så många olika aktörer och personer. När så många aktörer är inblandade måste det finnas tydliga och välfungerande kommunikationssystem, såväl fysiska som tekniska, så att informationsspridning och konsultation på ett enkelt och effektivt sätt kan fungera.

Under satsningens fyra år har ett flertal konstellationer av huvudmän och vård- och omsorgsverksamheter formerats samt flera samverkansprojekt startats runt om i landet som har lett till stora framgångar för ett mer sömlöst omhändertagande. Lokalt har man kunnat mäta att undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar minskat, men på nationell nivå går det dock inte att avläsa.

För att citera Winston Churchill: "För att bli bättre måste man förändra. För att bli perfekt måste man förändra allt." Det är just det som de kommuner och landsting gjort som lyckats bäst – det vill säga de som gjort förändringar som inbegriper hela vårdkedjan: primärvård, sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst.

Kanske kan 2014-års krav på att man måste rapportera in utskrivningsklara patienter för att få ta del av prestationsmedel underlätta och göra det tydligare hur viktigt det är med en sammanhållen vård och omsorg. Att ha kunskap och kunna jämföra data mellan olika kommuner/stadsdelar tror jag är ett viktigt bidrag för att förbättra vårdkedjan för de äldre. I och med denna rapportering blir det inte bara tydligt hur de äldre transporteras runt bland olika vårdinrättningar. Det blir också väldigt klart hur många "onödiga" dygn som de måste ligga kvar på sjukhuset trots att de är utskrivningsklara. Något som kanske ger en bättre insikt hos de inblandade aktörerna jämfört med tidigare, det vill säga att kunna uppnå att landsting och kommuner slutar att skylla på varandra.

## Stort engagemang

Avslutningsvis vill jag säga att jag är oerhört tacksam över att ha fått vara med på denna förbättringsresa inom svensk äldrevård och omsorg. Satsningen kom rätt i tid och nu gäller det att erfarenheterna tas tillvara så att kommande generationer möts av högkvalitativ vård och omsorg i hela landet den dag de blir gamla och sjuka.

Jag vill också framföra min djupaste respekt för den vård- och omsorgspersonal som jag mött på mina besök runt om i landet. Det stora engagemang och kunnande som finns på många verksamheter, som kommer de mest sjuka äldre till del, syns tyvärr alltför sällan i massmedierna. Det är tråkigt och gör att bilden av svensk äldrevård och omsorg ofta blir skev. Det finns oerhört mycket positivt inom äldrevården och omsorgen, samtidigt som det självklart också måste till förbättringar. Om hela Sverige kunde lyfta sig till den nivå som flera verksamheter idag uppvisar, skulle problemen vara lösta. För att nå dit krävs uthållighet, engagemang och en ökad respekt för de mest sjuka äldre.

*/Eva Nilsson Bågenholm*





# Medel avsatta utanför överenskommelsen

## LHC

Äldresatsningens initiala probleminventering visade att huvudmännens ersättnings-system i stor utsträckning inverkar negativt på effektivitet och kvalitet i vården och omsorgen, inte minst vad gäller de mest sjuka äldre. Därför fick Stiftelsen Leading Health Care, LHC, år 2011 i uppdrag att utarbeta modeller för ersättningssystem anpassade för de mest sjuka äldre

Det visade sig dock vara svårt. Några av LHCs slutsatser är att ekonomistyrning inte är den enda orsaken till samverkansbrister, men att dagens utformning av ersättningsystem tenderar att förstärka fragmenteringen mellan olika vårdgivare och vårdområden. Samspelet mellan den ekonomiska styrningen och andra styrsystem är avgörande för vilken grad av samverkan som kan förväntas uppnås i praktiken. De olika styrsystemen måste helt enkelt samspela bättre för att samverkan i verksamheterna ska kunna åstadkommas.

LHC presenterade år 2014 en vägledning, "Ekonomi på tvären" för hur huvudmännen ska kunna ersätta för samverkan.

## Vinnova

Social innovation är en åtgärd som syftar till att öka människors välbefinnande genom att identifiera och kunna möta sociala behov. År 2011 gav regeringen Verket för innovationssystem (Vinnova) i uppdrag att, i samarbete med universitet och högskolor, genomföra en systematisk omvärldsanalys och ta fram en koncept- och idékatalog kring social innovation i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Dessutom skulle Vinnova genomföra ett antal idé- och konceptprövningar av modeller och innovationer.

Detta arbete har visat att det, ibland med mycket små och enkla medel, går att utveckla lösningar som får stor betydelse för både individ och samhälle. Denna utveckling innebär att fler aktörer, idéer och innovationer kan leverera tjänster, skapa forum för gemenskap, skapa socialt värde och erbjuda bättre förutsättningar för den åldrande befolkningen när det gäller livskvalitet, hälsa och välbefinnande.

Uppdraget har resulterat i ett antal rapporter och inspirationskataloger, till exempel "Idékatalog – Sociala innovationer för äldre".

## SIS

År 2012 gav regeringen Swedish Standards Institute, SIS, i uppdrag att ta fram en nationell standard för kvalitet som skulle bidra till en god och värdig äldrevård och omsorg. SIS, som arbetat tillsammans med ett antal aktörer inom äldrevård och omsorg, presenterade under 2014 en remissversion av standards för särskilda boenden och hemtjänst.

Genom att använda standarden i olika verksamheter är målen att nå en ökad livskvalitet för de äldre, att resurserna utnyttjas mer effektivt samt nå bättre kvalitet på omsorgen. Standarden kan till exempel användas av kommuner vid upphandling av omsorgstjänster för äldre och för att göra kvalitetsjämförelser, men också för intern uppföljning och kvalitetsförbättring. Standarden sammanfattar alla krav som finns i lagar och författningar inom omsorg, service, omvårdnad och rehabilitering. (Vid denna rapport's tryckning är den slutliga versionen av standards inte färdigställd.)









Utmärkande för de mest sjuka äldre är att de har ett stort behov av en individanpassad, samordnad vård och omsorg. Något som ställer stora krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan mellan alla vård- och omsorgsaktörer.

Det är framför allt detta som Äldresatsningen handlat om – att lyckas uppnå att alla aktörer som är involverade i vård- och omsorgsprocessen runt den äldre ska samverka över specialitets-, professions- och organisationsgränserna.



REGERINGSKANSLIET

**Socialdepartementet**

103 33 Stockholm