

# Bättre liv för sjuka äldre

STORA FÖRBÄTTRINGAR PÅ KORT TID



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting



# Bättre liv för sjuka äldre

STORA FÖRBÄTTRINGAR PÅ KORT TID



Upplysningar om innehållet:  
Maj Rom, [maj.rom@skl.se](mailto:maj.rom@skl.se)  
AnneMarie Awes, [annemarie.awes@skl.se](mailto:annemarie.awes@skl.se)

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2015

ISBN: 978-91-7585-225-6

Text: AnneMarie Awes, Maj Rom, Pernilla Askenbom

Omslagsfoto: Lisa Thanner

Foto: Casper Hedberg, Thomas Henrikson, Rickard L Eriksson, Joakim Bergström, Pia Nordlander, Elisabeth Ohlson Wallin, Plattform, Johnér, Jakob Fridholm/Johnér, Marcus Lundstedt/Scandinav

Illustration: Åsa Kax, Helena Shutrick, Pophunters

Produktion: Kombinera

Tryck: LTAB, februari 2015

## Förord

*”Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.”*

Visionen ovan formulerades för fyra år sedan. Än är vi inte framme, men vi är på god väg.

- 20 000 äldre behandlas inte längre med olämpliga läkemedel.
- Färre och lindrigare trycksår bland sjuka äldre i både kommuner och landsting.
- Risk för undernäring upptäckts och åtgärdas – cirka 25 000 riskbedömningar varje månad.
- Personer med demenssjukdom får rätt omsorg – ångest och aggressivitet minskar.

Det är bara några av de förbättringar som kommit sjuka äldre till del sedan 2010, då den första överenskommelsen om sammanhållen vård och omsorg slöts mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting, SKL.

Bakom förbättringarna ligger ett träget och systematiskt förbättringsarbete bland chefer och medarbetare som arbetar med vård och omsorg till äldre i Sveriges alla kommuner och landsting. Arbetet har haft samordning och stöd från ett team på SKL. Den här rapporten berättar om resultaten och vägen dit.

Det är möjligt att genomföra stora förbättringar på kort tid.

Anders Knappe  
*Ordförande*  
*Sveriges Kommuner och Landsting*

Hans Karlsson  
*Direktör*  
*Sveriges Kommuner och Landsting*

Maj Rom  
*Projektchef*  
*Bättre Liv för sjuka äldre*



# Innehåll

- 7 Kapitel 1. Problembilden då och nu
- 7 Då
- 8 Nu
  
- 11 Kapitel 2. Så här gick det till
- 11 En överenskommelse med regeringen
- 12 I stor skala
- 13 Snabb spridning av kvalitetsregister
- 18 Utvecklingsledarna en motor
- 19 Det viktiga ledarskapet
- 19 Engagerade seniorer
  
- 21 Kapitel 3. Därför lyckades det
  
- 25 Kapitel 4. Mål, mått och resultat
- 25 Preventivt arbetssätt
- 28 God vård i livets slutskede
- 29 God vård vid demenssjukdom
- 32 God läkemedelsbehandling för äldre
- 33 Sammanhållen vård och omsorg
  
- 39 Kapitel 5. Lärande arbetssätt, stor utbildningsinsats och röd tråd
  
- 43 Kapitel 6. Hinder för förbättringar
  
- 47 Kapitel 7. Mer utveckling för sjuka äldre
  
- 51 Kapitel 8. På rätt väg men mycket kvar att göra
  
- 55 Tack
- 57 Skrifter och filmer
- 58 Anteckningar





# Problembilden då och nu

## Då

Goda medicinska resultat och förmodligen världens bästa äldreomsorg men ändå dålig kontinuitet och många kontakter med vård och omsorg som inte hängde ihop.

Vid satsningens start 2010 genomfördes en intervjuundersökning av nästan 300 sjuka äldre med stor konsumtion av vård och omsorg. De berättade om ett system där det var lättare att ringa efter ambulans och åka till sjukhus än att få en tid på vårdcentralen. Många saknade en fast vårdkontakt i primärvården. Var femte sjuk äldre som skrevs in på sjukhus blev återinskriven inom 30 dagar.

Användningen av olämpliga läkemedel var hög liksom antalet läkemedel som förskrevs samtidigt. Personalen arbetade hårt men osynkroniserat och utan kännedom om helheten och resultatet av alla sina aktiviteter. Förutsättningar att följa nationella riktlinjer och tillämpa ny kunskap om demensområdet saknades. Förebyggande arbete bedrevs splittrat och osystematiskt eller inte alls. Att få en samordnad vårdplan i öppen vård var ovanligt liksom läkarbesök i hemmet. Förbättringar skedde ofta i tillfälliga projekt som inte sällan lades ner när pengarna tog slut. Döden kom som en överraskning och var inget någon talade om.

Under lång tid har bristande samverkan på många nivåer varit ett problem. Kommuner, landsting och primärvård har inte haft några naturliga gemensamma arenor. Första gången högnivåchefer från både kommuner och landsting träffades i samma rum för att diskutera gemensamma utmaningar var på våren 2011. Det kan sägas vara starten för den revolution i det tysta, som präglat vård och omsorg om äldre de senaste åren.



## Nu

Idag, fem år senare, arbetar personal i vård och omsorg med nya standardiserade, gemensamma och evidensbaserade arbets sätt. Systematiska skattningar och riskbedömningar gör att förebyggande åtgärder sätts in och det är möjligt att följa viktiga resultat i realtid. Bättre koll på trycksår, undernäring och fall har lett till färre allvarliga trycksår. Undernäring minskar och fallen förebyggs i allt högre grad.

Kvalitetsregister har blivit vardag i den kommunala vården. Tillgång till resultat från vård och omsorg har medfört att det blivit uppenbart att vården är ojämlig. Var man bor och vårdas spelar stor roll. Kvinnor och män behandlas inte alltid lika. Till exempel är kvinnor som söker hjälp för misstänkt demenssjukdom äldre och har en sämre kognitiv förmåga än män.

Förbättringsarbetet som sker i den ordinarie verksamheten ger resultat. Läkemedelsbehandlingen har blivit klart förbättrad. Sömnmedel ersätts i stor utsträckning av fysisk aktivitet på dagen och ett näringsrikt kvällsmål. God omvårdnad ersätter neuroleptika i demensvården. Om ännu på en blygsam nivå får fler personer med demenssjukdom tidig och korrekt diagnos.

Många blir uppringda efter utskrivning från sjukhus. Då kan oklarheter redas upp och eventuella problem åtgärdas. Smärtskattningar ökar möjligheten att få smärtbehandling och ett värdigt avslut på livet. Samverkan och kontinuitet fungerar fortfarande inte överallt och alltid.

Men det har aldrig varit så bra som nu!

TABELL 1. Brytningstider

	Då	Nu
<b>Arbetsätt</b>		
Evidensbaserat	Vi gör som vi alltid har gjort.	Vi arbetar utifrån bästa tillgängliga kunskap.
Ordning och reda	Ad hoc - vi tar det som det kommer.	Strukturerat och systematiskt
Steget före	Reaktiv - vi tar det när det kommer.	Proaktivt och förebyggande
Från tro till att veta	Tro. Arbeta på känsla.	Mäta och följa upp. Koll på läget. Kvalitetsregister. Indikatorer. Öppna jämförelser.
<b>Kultur</b>		
Från organisation till person	Organisationsfokus	Den äldres fokus, individens behov.
Från att tala om till att tala med - seniorer och närstående som aktiva medskapare.	Den äldre ett objekt	Den äldre ett subjekt
Skapa värde	Vad har du för diagnos? Följer ett vårdprogram.	Hur ser din situation ut? Vad är viktigt för dig?
Se hela människan	Delar och stuprör	Helhet



# Så här gick det till

## En överenskommelse med regeringen

Arbetet med Bättre liv för sjuka äldre har möjliggjorts genom en ramöverenskommelse mellan SKL och regeringen om *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, där årliga överenskommelser kring detaljer träffats under perioden 2010–2014. Fem områden har identifierats för förbättringar.

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

Inriktningen för överenskommelsen har varit att stödja kommuner och landsting att utveckla ett gemensamt, långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete. De kommuner och landsting som nått uppsatta mål har fått prestationsersättning i efterhand. Medel har avsatts för utvecklingsledare, ledningsstöd, kvalitetsregister och analysarbete. SKL har ansvarat för nationell samordning. Försöksverksamheter, kvalitetssäkrad välfärd och psykisk ohälsa har också fått ekonomiskt stöd via denna överenskommelse. Totalt omfattade överenskommelserna 3 834,5 miljoner kronor. 2 815 miljoner kronor har utbetalats i prestationsersättning till kommuner och landsting.<sup>1</sup>

Not 1. Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan SKL och regeringen. Statskontorets delrapport 4.

TABELL 2. Överenskommelsens resursram 2010–2014. Miljoner kronor

Insatser	2010	2011	2012	2013	2014	Totalt
Ökad användning av kvalitetsregister, varav:	120	120	238	316	319	1 113
Prestationsbaserad ersättning	100	100	210	290	290	990
Stöd till registren	19	19	27	25	28	118
SKL:s samordning	1	1	1	1	1	5
Prestationsersättning för god läkemedelsanvändning	-	-	325	300	300	925
Prestationsersättning för god sammanhållen vård och omsorg	-	-	325	325	250	900
Stöd till lokalt och regionalt utvecklingsarbete	68	68	193	153	123,5	605,5
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	70	70	70	-	-	210
Nationell samordning	28	13	10	21,5	8	
<b>Summa</b>	<b>286</b>	<b>271</b>	<b>1 161</b>	<b>1 115,5</b>	<b>1 001</b>	<b>3 834,5</b>

Källa: Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan SKL och regeringen. Statskontorets delrapport 4.

För att få del av prestationsersättning har grundläggande krav funnits. Kommuner och landsting i ett län ska ha en struktur för gemensam styrning och ledning, arbeta fram årliga gemensamma handlingsplaner och ha ett uppbyggt ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.

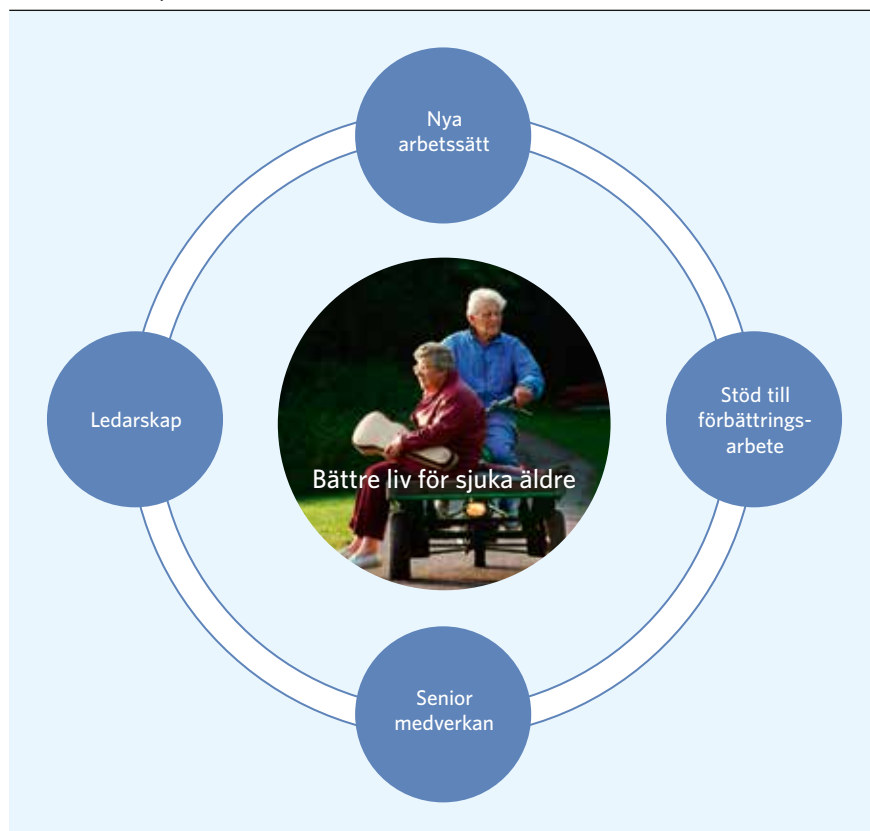
## I stor skala

Vid arbetets start 2010 fanns en stark vilja till förändring och en stor enighet bland ledare i kommuner och landsting kring problembilden. Det fanns evidens kring arbetssätt som inte tillämpades systematiskt i verksamheterna och det fanns mått, indikatorer och förändringskoncept. Tiden var mogen för att satsa på snabb förändring i stor skala.

För att göra skillnad för sjuka äldre måste förändringar ske i mötet mellan medarbetare och den äldre. Därför har satsningen hela perioden haft ett starkt fokus på vårdens arbetssätt. Kvalitetsregister har fungerat som ett expertstöd i detta sammanhang och också gjort det möjligt att följa utvecklingen i realtid.

Frågor som *för vems skull är vi till?* och *hur skapar detta värde för den som är gammal och sjuk?* har gått som en röd tråd igenom arbetet och är nödvändiga för att få samarbetet mellan yrkesgrupper och organisationer att fungera.

FIGUR 1. Arbete på flera nivåer



Satsningen har riktat sig till alla som är involverade i vård och omsorg till sjuka äldre. Politiker och chefer på alla nivåer har varit engagerade. Utvecklingsledare och analytiker har gett stöd till arbetet. Många yrkesgrupper har varit engagerade – läkare, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, dietister, farmaceuter, biståndshandläggare med flera. Och arbetet har genomförts i samverkan mellan kommunal vård och omsorg, primärvård och sjukhus men också tillsammans med äldre själva och deras närstående.

## **Mot en mer jämlik vård och omsorg**

Det svenska systemet med utvecklat lokalt självstyre ger möjlighet att hitta effektiva lösningar på välfärdsuppdraget utifrån lokala förutsättningar, behov och prioriteringar. Baksidan är en risk för att vård och omsorg blir ojämlik. Satsningen har hanterat detta faktum genom att sätta tydliga mål och på ett transparent och enkelt sätt visa upp resultaten på nationell, regional och lokal nivå. Vägen till målet kan se olika ut och det finns sällan en lösning som passar alla.

Några måste gå före och visa vad som är möjligt att uppnå. Det viktiga är att alla strävar efter att bli lite bättre varje dag och att detta är möjligt att redovisa.

## **Snabb spridning av kvalitetsregister**

Vid starten 2010 var kvalitetsregister relativt okänt för de flesta medarbetare i kommunerna, varför de fanns och hur det är möjligt att använda kvalitetsregister i det lokala förbättringsarbetet.

Spridningen av kvalitetsregister i kommunal omsorg har gått med rekordfart. Vilja till förändring och beslutssamhet att gå från ord till handling har varit avgörande liksom att prestationsersättning funnits som stimulansmedel.

Senior alert, Svenska Palliativregistret, Svenska Demensregistret (SveDem), Registret för beteendemässiga och psykiska symtom vid demens (BPSD) och Rikssår är de register som ingått i satsningen. Samtliga erbjuder möjlighet att följa utvecklingen i realtid på olika nivåer men är också ett stöd till vårdteamet att arbeta effektivt utifrån bästa tillgängliga kunskap.

Arbetet startade 2010 med Svenska Palliativregistret och Senior alert. Det fortsatte med SveDem och BPSD-registret 2012 och 2014 tillkom arbetet med Rikssår i satsningen.

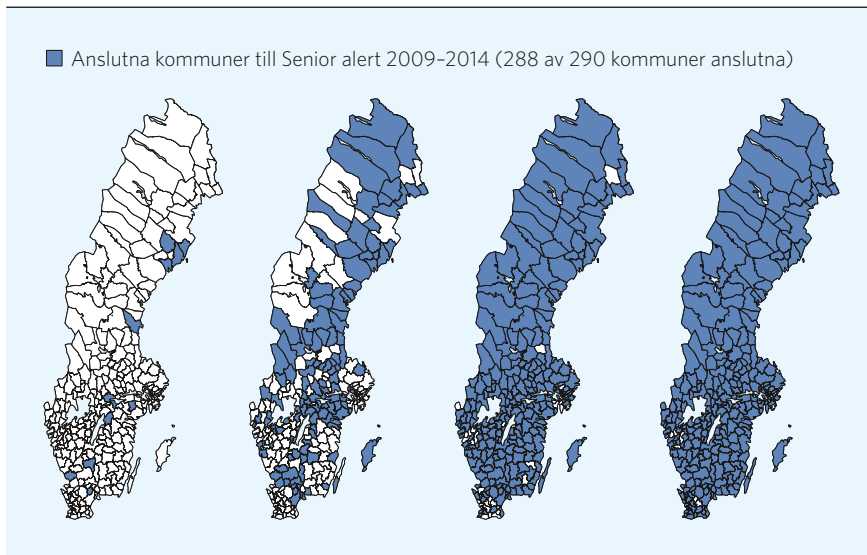
### **Senior alert**

Ger stöd till ett strukturerat, systematiskt förebyggande arbetssätt. Riskbedömning av fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion görs samtidigt med hjälp av standardiserade riskbedömningsinstrument. Vid konstaterad risk utreder teamet orsaker, planerar förebyggande åtgärder för att senare följa upp åtgärderna och dess effekt. För att det förebyggande arbetet ska ha effekt behöver varje verksamhet följa sina resultat, analysera dem och göra förbättringsarbeten när det behövs.

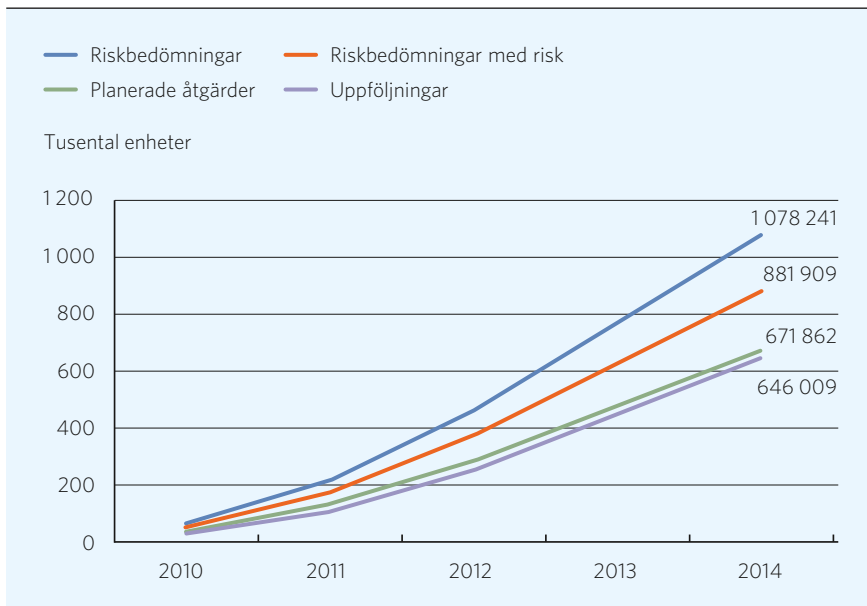
Spridningen tog snabb fart då 24 anställda coacher från registret besökte samtliga kommuner och landsting under 2010/2011.



FIGUR 2. Spridning av Senior alert 2009–2014



FIGUR 3. Riskbedömningar, åtgärder och uppföljning kumulativt, samtliga enheter, riket



Cirka 12 000 enheter i 288 av 290 kommuner och samtliga landsting/regioner är anslutna till Senior alert. 85 procent är offentliga och 15 procent är privata.

## **Svenska Palliativregistret**

Vårdgivare registrerar hur vården av en person i livets slutskede varit. Syftet är att förbättra vården i livets slut oberoende av diagnos och vem som utför vården. Analys och reflexion av teamets resultat är underlag för förbättringar. Registret arbetar utifrån sju mål med den döende människans perspektiv.

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.

Svenska Palliativregistret som startade 2005 har under perioden anställt fältarbetare som stödjer införandet i hela landet. Täckningsgraden har ökat från 25 procent 2009 till 67 procent 2014.

## **SveDem**

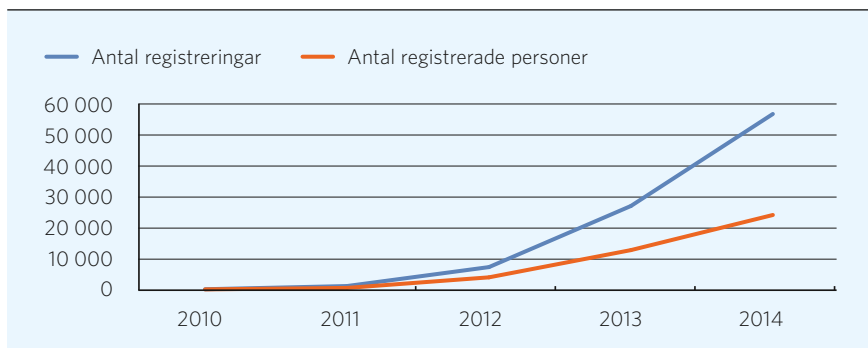
Syftet är att stödja arbetssätt i enlighet med nationella riktlinjer för demensvård. Data kring utredning, behandling och uppföljning samlas in för att förbättra möjligheter till tidig upptäckt och korrekt utredning och diagnos, något som är en viktig förutsättning för att personer med demenssjukdom ska kunna få rätt stöd för att kunna leva ett självständigt liv så länge som möjligt.

Spridningen i primärvården har gått snabbt. Av landets cirka 1 200 vårdcentraler har deltagandet ökat från 82 till 880 stycken under åren 2011 till 2014. Totalt finns idag uppgifter i registret kring 47 000 utredningar med grundregistreringar och 31 000 uppföljningar.

## **BPSD-registret**

Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens, BPSD, drabbar någon gång cirka 90 procent av alla som lever med en demenssjukdom. Dessa symtom kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar. De orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdmedarbetare. BPSD-registrets syfte är att genom individanpassade åtgärder minska BPSD och lidandet som detta innebär och att genom detta öka livskvaliteten för personen med demenssjukdom.

FIGUR 4. Spridning av BPSD-registret



För att mäta förekomst och allvarlighetsgrad av BPSD används NPI-skalan.<sup>2</sup> Checklistor finns som hjälp för analys till bakomliggande orsaker och efter analysen sätts teambaserade vårdåtgärder in. Vid uppföljning mäts om BPSD har förändrats.

Spridningen av BPSD-registret har varit rekordsnabb. Från starten 2010 till och med 2014 har 23 000 demenssjuka personer fått drygt 53 000 bedömningar. 4 250 enheter i 280 kommuner deltar nu i arbetet.

## Rikssår

För personer med svårläkta sår som inte läkt inom sex veckor. Det kan vara ett bensår, ett trycksår eller fotsår hos personer med diabetes. Syftet är att med hjälp av registret lättare sätta en korrekt diagnos för att ge den bästa behandlingen och därmed snabbare sårsläkning.

Kvalitetsregistret Rikssår tillkom i satsningen 2014 och är fortfarande inne i en tidig spridningsfas. Totalt finns 2 600 sår registrerade. Arbetet har inte omfattats av prestationsersättning.

### EXEMPEL: Rätt vård gav vändning i livet

Elsa har haft ett sår på nyckelbenet i över ett års tid. Hon märker att hemtjänstpersonalen tycker att det är äckligt när såret läcker och luktar illa. Trots att förbandet över såret byts varje dag och att doktorn skriver ut antibiotika vill det inte läka. Elsa tänker i tysthet att det är cancer – den tanken ger henne ingen ro.

Elsas sår är inte cancer – det är ett trycksår. Med diagnos, anpassad behandling och kontinuitet hade trycksåret läkt på fyra månader." Elsas liv tog en ny vändning då hon fick rätt vård och kunde lämna all oro bakom sig.

Not 2. Neuropsychiatric Inventory Scale, som mäter tolv olika symtom.



## Utvecklingsledarna en motor

För att kunna genomföra en förändring krävs stöd och resurser i form av utvecklingskompetens, analyskunskap och även ekonomiska beräkningar. Utvecklingsledare och analysarbete har fyllt denna funktion. Det har funnits flera utvecklingsledare per län under perioden.

Forskare vid Karolinska Institutet har särskilt studerat utvecklingsledarnas betydelse för den snabba spridningen av kvalitetsregister. Deras tid och uppdrag att ge stöd till verksamheterna har tillsammans med kunskap om förbättringsarbete, register och metoder betytt mycket för att alla planer har blivit verklighet. Utvecklingsledarna har också arrangerat utbildningar och erfarenhetsutbyten regionalt och hjälpt till att visa upp resultaten på ett begripligt och attraktivt sätt.

## Det viktiga ledarskapet

För att medarbetarna ska få förutsättningar att arbeta enligt ny evidens behövs ett stöd från ledarna. Dessa är också viktiga för att de nya arbetssätten ska införas i alla verksamheter. Programmet *Ledningskraft* tillkom 2012 och har verkat som en kraftkälla för ledare i vård och omsorg. Genom Ledningskraft har chefsteam från kommun, primärvård och sjukhus träffats vid nationella och regionala mötesplatser för att gå från ord till handling. Alla län i Sverige har deltagit med ett eller flera team, totalt drygt 300 personer. Betydelsen av detta kan inte nog betonas. Mötesplatserna har präglats av hårt arbete, har gett deltagarna en gemensam syn på vad som måste göras och även muskler att faktiskt göra jobbet. Utgångspunkten har varit de politiskt beslutade handlingsplaner som varje län formulerat. Till skillnad från många andra planer har de också i hög grad genomförts.

Mer att läsa om programmet finns i rapporten *Ledningskraft – Ett exempel på design av chefsstöd i storskalig förändring*.

## Engagerade seniorer

Det behövs också en efterfrågan från dem vården och omsorgen är till för; sjuka äldre och deras närstående men också från friska seniorer som vill vara trygga med att systemet fungerar den dag det behövs. Bättre liv för sjuka äldre har samarbetat med de stora pensionärsorganisationerna och också strävat efter att i alla sammanhang ha en senior person som medverkar.



## Därför lyckades det

Att kraftsamla där kommuner och landsting i hela landet målmedvetet arbetar mot samma mål har varit framgångsrikt. Högt tempo och storskalighet har bidragit.

Ansvar för förbättringsarbetet har hela tiden legat kvar i ordinarie linjeorganisation. Projektmodeller har endast använts för att utveckla nya koncept inom områden där evidens saknats.

Mod, vilja, envishet och uthållighet hos vårdens och omsorgens ledare och medarbetare har varit viktiga ingredienser. Tydliga mål, fungerande verktyg och investeringsstöd i form av prestationsersättningar gjorde sitt till.

Uppföljning av resultatet på högsta nivå har visat sig vara en viktig framgångsfaktor. Det som ingen frågar efter blir heller aldrig gjort.

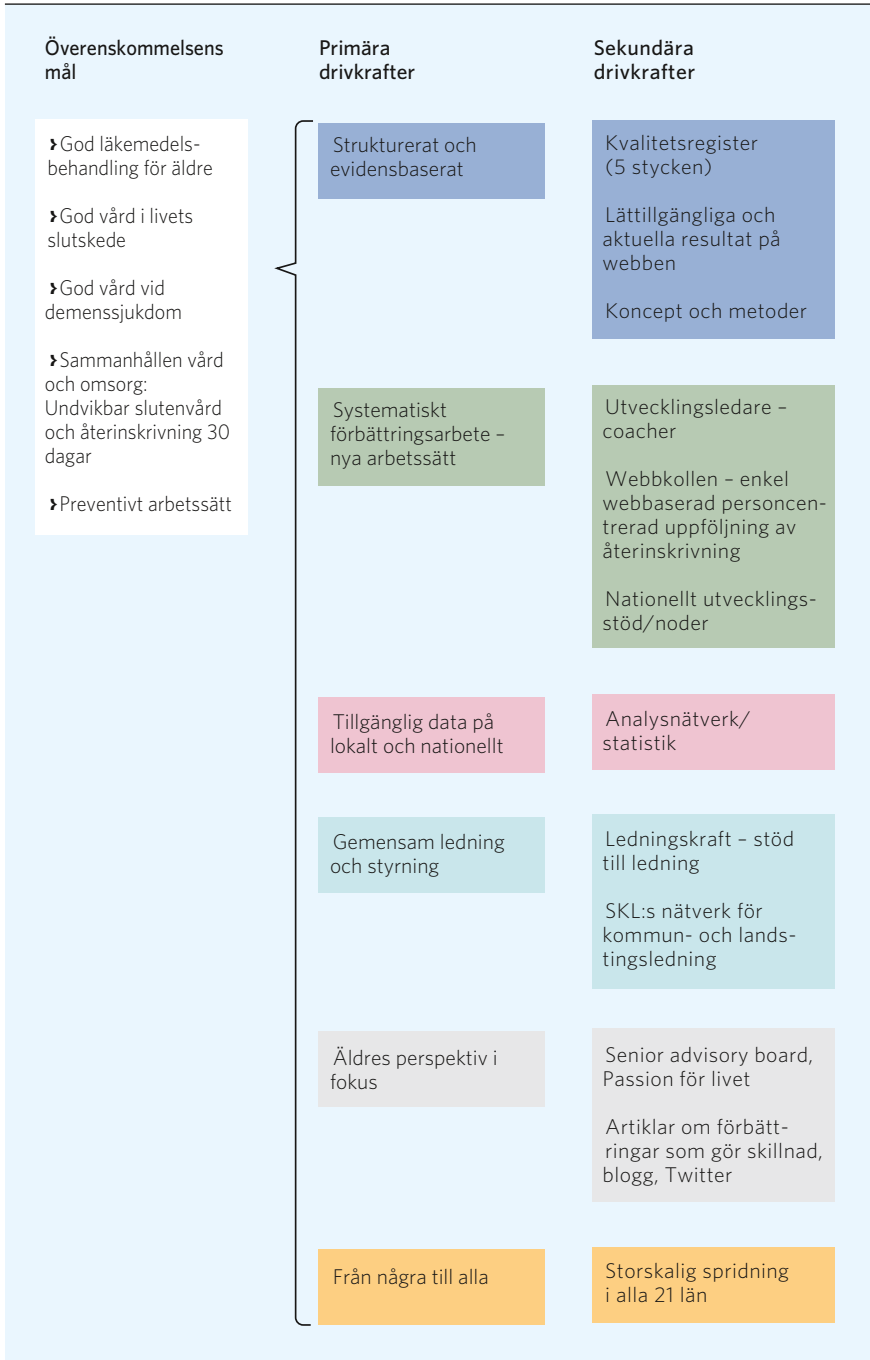
Kvalitetsregistren och en kvalitetsportal där resultat kunnat följas i realtid har varit avgörande för resultatet. Berättelser från vårdens vardag har kompletterat kurvor och indikatorer och bidragit till att skapa ett förändringstryck. Lust att lära och förbättra växer fram när teamet tillsammans reflekterar kring sina resultat.

Det pågår en kulturförändring som handlar om att byta perspektiv från organisation till person. Att respektera individen och hitta vägar att tillgodose sjuka äldres behov, önskningsar och drömmar är något mer än att behandla ett antal diagnoser på ett korrekt sätt utifrån gällande vårdprogram och check-listor.

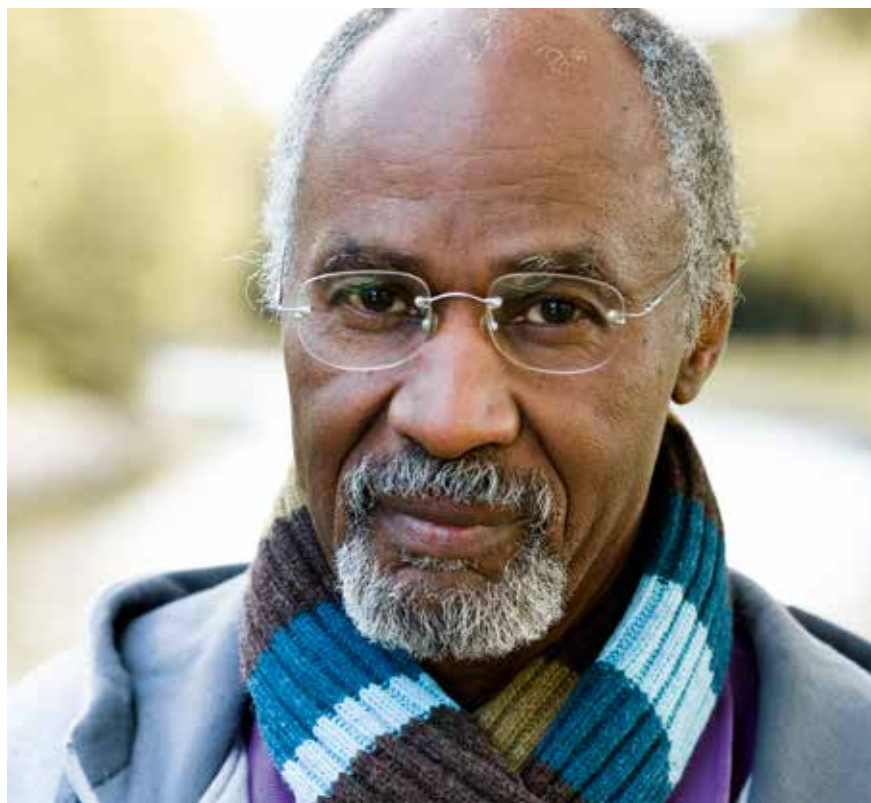
Att agera sig in i ett nytt sätt att tänka istället för att tänka sig in i ett nytt sätt att agera har varit en medveten strategi. Att testa och sedan införa ett nytt arbetssätt på en enhet kan ofta göras på tre månader. Kulturförändring tar tid men beteendeförändring kan gå snabbt.

Planeringen har gjorts med hjälp av *back-casting*. Istället för att på sedvanligt sätt planera framåt ett steg i taget har frågan ställts: Vad behöver vi göra för att ett mål ska vara uppnått vid en viss tidpunkt?

FIGUR 5. Drivkraftsdiagram, kopplingen mellan mål och förbättringsåtgärder







I ett *driver-diagram* (*påverkansdiagram*) har flera perspektiv identifierats som primära drivkrafter för att nå satsningens mål. När sekundära drivkrafter som påverkar de primära identifierats växer det fram en bild av hur alla parallella aktiviteter bidrar till helheten. Varje aktivitet prövas: På vilket sätt kommer denna aktivitet att bidra till målet i satsningen? I komplexa system uppstår ofta oväntade effekter. Beredskap att ompröva och göra justeringar måste alltid finnas.

*”Det gäller att bestämma sig. Då händer det bra saker, ofta på kort tid.”*



# Mål, mått och resultat

Satsningen har omfattat fem områden för prestationsersättning: preventivt arbetssätt, god vård vid demenssjukdom, god vård i livets slutskede, god läkemedelsbehandling och sammanhållen vård och omsorg, med mål kopplade till varje. För varje år har kraven skärpts.

## Preventivt arbetssätt

Att förebygga att människor skadas och se till att hälsan behålls är på väg att bli vardag i äldreomsorgen. Kvalitetsregistret Senior alert ger 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, sår och inkontinens. Vid konstaterad risk sätts minst en åtgärd in direkt, vid uppföljning kan åtgärderna ytterligare förfinas.

Allt hör ihop. Dålig munhälsa kan leda till undernäring. En undernärmd 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 undernärmd eller har trycksår.

Medarbetare inom olika yrkesgrupper arbetar dagligen förebyggande. Områdena 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.

Under 2013 inleddes ett samarbete med kvalitetsregistret RiksSår – från prevention till behandling och läkning.

### Ingen ska behöva vara undernär

De vanligaste åtgärderna för att förebygga undernäring är extra mellanmål, näringsdryck och att minska nattfastan till maximalt 11 timmar. Extra närings- och kaloririkt mellanmål är förebyggande åtgärder som blivit naturliga på många enheter.



På Åslidens äldreboende i Skåne blev skorpor utbytta mot smoothies i fina glas.

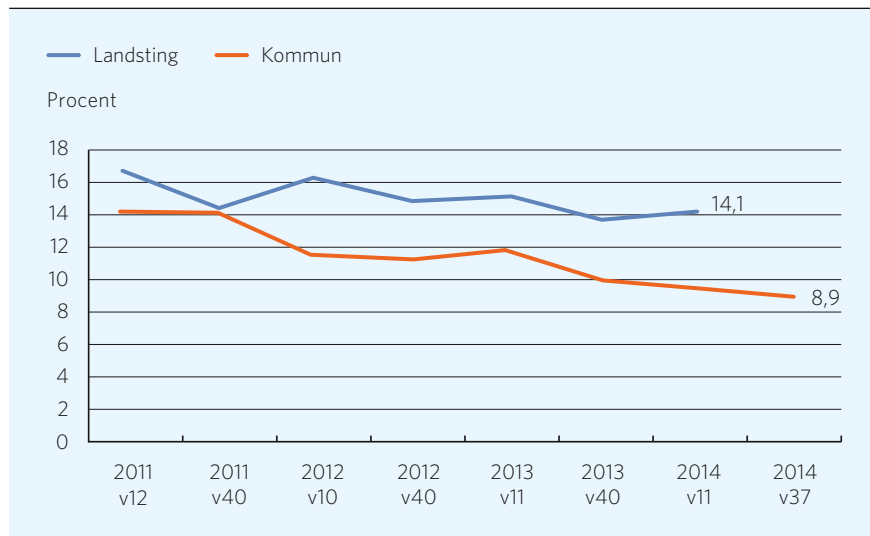
Resultat finns nu som visar mindre andel *viktminskningar mer än 5 procent* i både kommuner och landsting. I kommunerna från 14,3 procent 2011 till 13,4 procent 2014. I landstingen har andelen viktminskningar gått från 5,1 procent till 4,6 procent. Det rör sig om flera tusen sjuka äldre där undernäring kunnat förebyggas.

De enheter som arbetar med munhälsobedömningar har ännu färre äldre som är undernärda.

## Nollvision för trycksår

Förekomsten av trycksår minskar i både kommun och landsting. Trycksåren blir också lindrigare.

FIGUR 6. Minskning av trycksår



Andelen grad 3 har minskat från 31,7 procent till 15,5 procent inom kommunerna. Inom landstinget har grad 3 minskat från 29,3 till 12,0 procent. Trycksår av kategori 3 och 4 är nu cirka 2 500 färre än förväntat om nivån hade legat kvar som perioden 2010–2012.

### EXEMPEL: Undersköterskans berättelse

Ines bor ensam i egen lägenhet. Hon är pratsam och social, men levde ett ganska ensamt liv ändå. Ines ramlade för cirka 5 år sedan och bröt lårbenet. Efter det var hon väldigt rädd för att ramla igen. Hon hade en rollator som hon gick kortare sträckor med inomhus. Men hon hade inte varit utomhus på egen hand sedan hon ramlade.

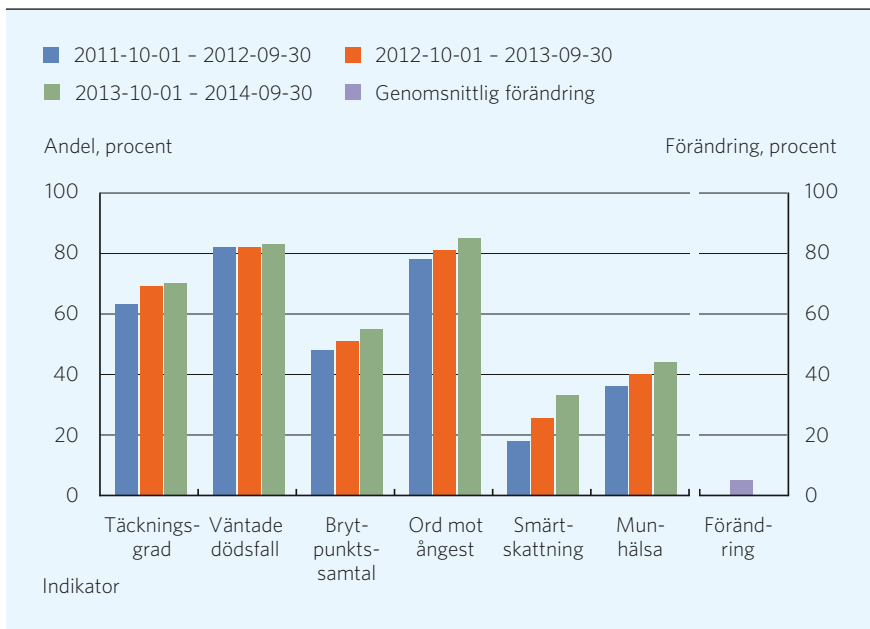
När vi började jobba med Senior alert och hade teamträff omkring Ines såg vi att rollatorn inte hjälpte mot hennes rädsla att ramla. Ines fick jobba med ett träningsprogram, hon fick till exempel träna på balans och styrka. Vi började också ta korta promenader med rollator. Ines ville så gärna kunna gå ut själv och kände att träningen gjorde nytta. Strax innan jul mötte jag Ines med rollator ute på stan. Hon skulle få besök av familjen och bestämde sig för att gå och handla något gott till kaffet!

## God vård i livets slutskede

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

Målen i överenskommelsen har handlat om att förbättra fyra indikatorer som särskilt prioriterats i nationella riktlinjer. Det handlar om att öka ordination av läkemedel vid ångest, att utföra munhalsbedömningar, göra systematiska smärtskattningar och att förbättra information och genomföra brytpunktssamtal. Inom samtliga områden ses förbättringar varje år på nationell nivå.

FIGUR 7. Förbättrad vård i livets slutskede, riket



### EXEMPEL: Överläkarens berättelse

90 procent av döende patienter hos oss har möjlighet till lindring av smärta, ångest illamående och andnöd, i övriga Sverige är det bara 50 procent som har vid-behovs-ordination mot illamående. Tydligast förändring är det för de hjärt- och lungsjuka som nu i mycket högre utsträckning får sin andnöd lindrad. En för stor andel dog tidigare ensamma. Nu har vi blivit bättre på att prata med anhöriga och bjuda dem att stanna på nätterna - vi har köpt in extrasängar. Utan palliativregistret hade vi inte så tydligt sett bristerna i vården och därmed kunnat åtgärda dem.

## 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. Den läkemedelsbehandling som finns ger i allmänhet bäst effekt om den sätts in tidigt. Med kommunens stöd kan sjuka personer få en fungerande vardag.

God omvårdnad i kommunal omsorg kan ersätta antipsykotika. I båda demensregistren minskar användningen av dessa läkemedel. Samtidigt minskar risken för fall och fallskador.

### Bättre utredning vid demenssjukdom

Inom primärvården genomgick 46 procent av dem som registrerades i SveDem en basal demensutredning under år 2011. 2014 har siffran ökat till 66 procent. Patientgruppen blir mer synlig, fler utreds, kvaliteten på utredningen och uppföljningen ökar och fler kommer troligtvis att få diagnos tidigare i sjukdomsförloppet.

#### EXEMPEL: Distriktsköterskans berättelse

---

Nu har vi struktur för utredning och uppföljning av våra demenssjuka vårdtagare. Våra uppföljningar har blivit bättre och mer kontinuerliga. Med stöd av SveDem ställer vi mer relevanta frågor till vårdtagarna, och deras behov kan tillgodoses bättre.

---

### Lindring av beteendemässiga och psykiska symtom vid demens

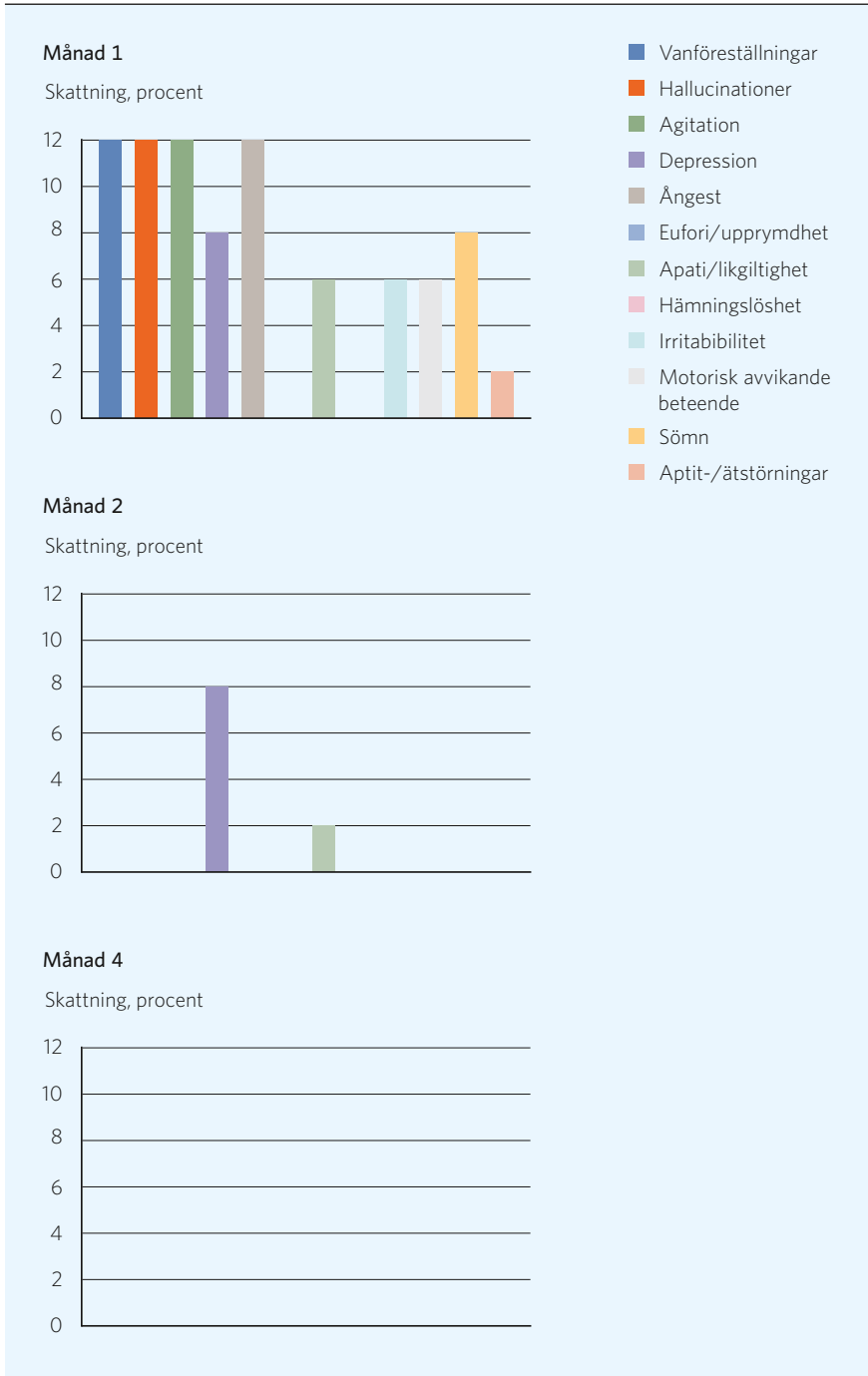
För de 275 personer som hade mer än 50 poäng i medelvärde på NPI-skalan<sup>3</sup> vid grundregistreringen minskade BPSD kraftigt: från 69 till 39 poäng. De sjukaste med de svåraste symtomen har fått den största förbättringen.

År 2014 går det att utläsa att männen har något högre poäng på agitation, hämningsslöshet, motorisk rastlöshet och sömnstörningar. Kvinnorna har däremot högre poäng på ångest och depression. Könsfördelning i registret: Kvinnor 65 procent, män 35 procent.

Diagrammet på nästa sida visar hur Anna, 68 år, med hjälp av skattningar och åtgärder, blev helt symtomfri. Det tog fyra månader. Hon fick promenader med medarbetare och make, uppmuntrades att hjälpa till med dagliga göromål. Därefter fick hon hjälpmedel för att hålla ordning på tiden och man kunde minska hennes neuroleptika.

Not 3. Neuropsychiatric Inventory Scale, som mäter tolv olika symtom.

FIGUR 8. Symtomskattning över tid, för Anna 68 år





## EXEMPEL: Den anhöriges berättelse

---

Med hjälp av sångstunder, massage och smärtstillande salva blev mor mycket gladare och pig-gare, säger ofta att personalen är snäll. Hon känner sig som en drottning! Jag ser att personalen verkligen har ansträngt sig för att uppnå förändringar hos min mor och de ser själva att de har uppnått resultat. Vi anhöriga känner att nu samarbetar vi, man tar inte våra frågor som negativ kritik. Det smittar av sig över på andra boende som blivit mer aktiva och glada, diskuterar mera med varandra utan att bli arga.

---



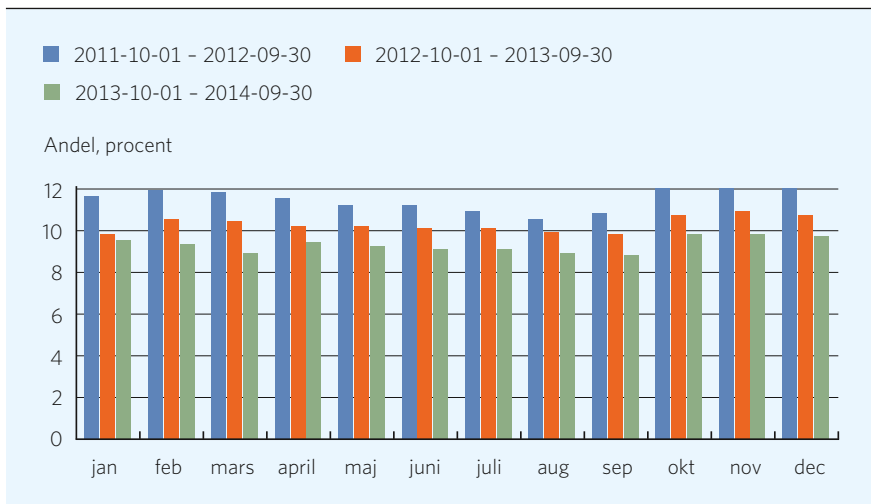
När Kiruna kommun började arbeta med BPSD-registret sjönk antalet rapporterade incidenter med hot och våld mot personalen från över 20 per kvartal till 3 sista kvartalet 2014.

## God läkemedelsbehandling för äldre

Under en lång rad av år har frågan om olämplig läkemedelsbehandling till äldre varit aktuell. Kunskapen har funnits, men alltför många äldre har ändå ordinerats olämpliga läkemedel. Det har varit svårt att få till en förändring. Under åren med satsningen på ett bättre liv för sjuka äldre har stora förbättringar skett i alla län, även om det fortfarande finns skillnader såväl inom som mellan länen. De län som hade störst användning av olämpliga läkemedel har förbättrat sig mest men även de bästa länen har minskat sin användning av läkemedel som är olämpliga för äldre.

20 000 färre äldre personer använder olämpliga läkemedel idag, en minskning med 23 procent på tre år.

FIGUR 9. Minskningen av olämpliga läkemedel, > 75 år, riket



Källa: kvalitetsportal.se.

### EXEMPEL: Apotekarens berättelse

Jag gillar verkligen att jobba med läkemedelsgenomgångar. Jag minns särskilt en patient, Ferrenc. Dottern berättade att han hade blivit förvirrad, hade börjat tappa i vikt och hade ramlat flera gånger och slagit sig illa. Han ville nu bara ligga på sängen och var osäker på om benen bar. När han och jag, tillsammans med sjuksköterskan, doktorn och hans dotter gick igenom hans läkemedel, kunde vi se att några av hans mediciner både gav muntorrhet och förvirring. Läkaren ändrade medicineringen, och nu har förvirringen släppt, liksom muntorrheten. Han är uppe och går igen, äter med god aptit och mår mycket bättre.

## 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.

Under åren med Bättre liv har ingen större förändring kunnat mätas nationellt.

Många faktorer påverkar risken för återinskrivning på sjukhus och det finns ingen enskild åtgärd som enkelt kan leda till ett bättre resultat. För enskilda individer och för utvalda grupper går det att genomföra åtgärder som leder till att sjuka äldre tryggt kan vårdas i sitt hem utan att behöva åka in på sjukhus.

För att få genomslag i ett helt system krävs ytterligare åtgärder och så långt har arbetet inte kommit ännu. Sannolikt beror detta på att det i långa stycken saknas kunskap om vilka förändringar som bör spridas i stor skala. Sådan kunskap är på väg att byggas med stöd av tester och försöksverksamheter som genomförts under perioden.

Det handlar om förebyggande arbete, om vårdplanering, om kontinuitet och tillgänglighet till primärvården, om förbättrad information och uppföljning av att informationen verkligen uppfattats. Små förbättringar som till exempel ett telefonnummer till en äldre sjuksköterska i primärvården kan bidra till trygghet i vardagen.

### *Vård hemma istället för på sjukhus*

Närsjukvård i västra Skaraborg (Lidköping, Götene, Skara, Grästorp, Vara och Essunga) startade 2001 med syfte att stärka samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och den kommunala vården för att tillförsäkra vårdtagaren en god och säker vård. Man arbetar bland annat med att utveckla hemsjukvård i nya former. Idag finns tre vårdmodeller som har ett nära samspel; närsjukvårdsteamet, mobil hemsjukvårdsläkare och mobila palliativa teamet. Resultaten är goda. Sjuka äldre kan vårdas hemma och känna trygghet tack vare kontinuitet i vårdrelationer. Vårdtillfällen på sjukhus och besök på akutmottagningen har minskat för gruppen. Medarbetaren har engagemang och känner arbetsglädje. Ekonomiska beräkningar har visat att detta arbetssätt är kostnadseffektivt. Modellen sprids nu i hela Västra Götaland samt i delar av Skåne.

Mobila team med olika inriktningar finns även bland annat i Ljungby, Uppsala, Sörmland och i Motala.



#### EXEMPEL: Verksamhetschefens berättelse

---

När äldre som legat på sjukhus ska hem igen måste det bli bra. Annars är risken stor att de hamnar på sjukhus väldigt snabbt igen. Vi jobbar med att trygga hemgången. Ett exempel är Göte, 93 år. Han var inlagd för yrsel, och ville verkligen inte åka hem utan ville absolut till något boende.

Något motvilligt gick han ändå med på att få trygg och säker hemgång – men bara i väntan på att få komma till särskilt boende.

Som alltid när någon kommer hem möttes Göte upp hemma på tröskeln. Vi kollar upp att det finns mat och mediciner hemma, rätt hjälpmedel också, så att Göte kunde ta sig fram. Vi ringde arbetsterapeuten, som kom senare samma dag. Efter varje besök avtalas om när det är dags nästa gång. En del behöver mera besök, andra mindre. Säker hemgångsteamet rapporterar över till hemtjänsten, och fasar ut sig själva samtidigt som hemtjänsten fasar in. I snitt går det åt drygt sju dagar för denna säkra och trygga hemgång. Göte behövde lite längre tid, 15 dagar. Sedan kände han sig trygg hemma och ville inte längre flytta någonstans. Och han behövde inte åka till sjukhus heller.

---

### Ökad kvalitet och trygghet till lägre kostnad

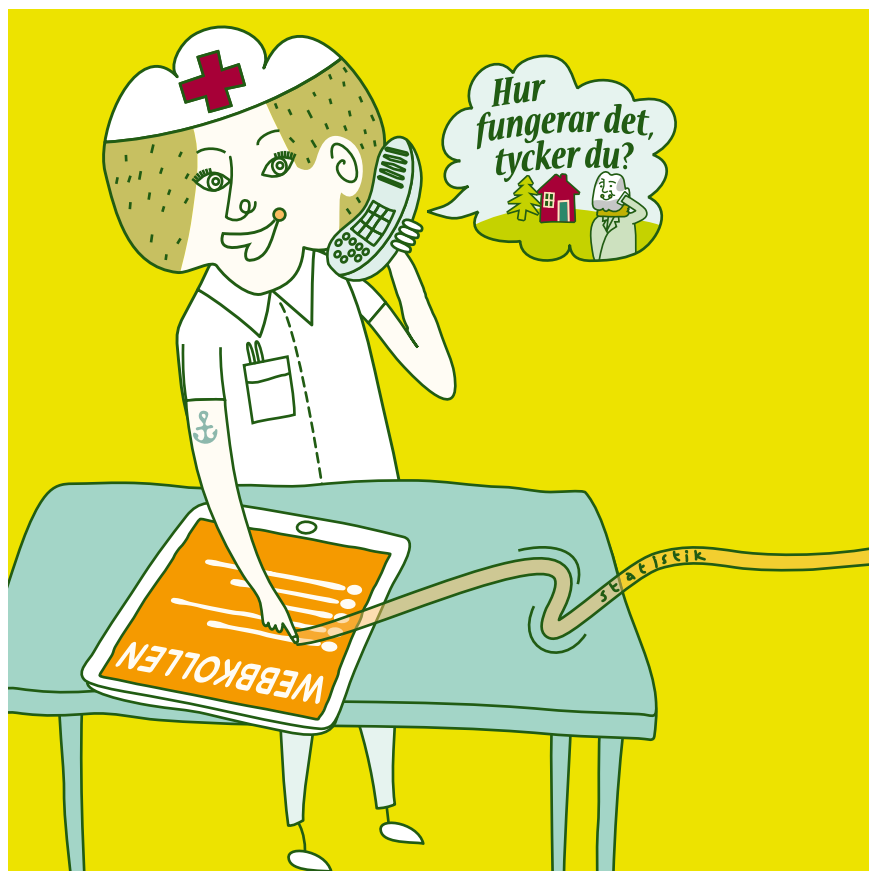
Utvärdering och ekonomisk analys visar att både arbetssättet med trygg hemgång och hemsjukvård i nya former innebär lägre kostnader, högre kvalitet samt ökad trygghet och trivsel för äldre. Dessutom minskar både återinskrivningar och akutmottagningsbesök.

Ronneby kommun blev först med trygg hemgång, med start i april 2012. Sedan dess har omkring 25 kommuner infört arbetssättet. Fler är på väg.

### Fråga den äldre – Webbkollen

Att utskrivning och hemgång från sjukhus blir så bra som möjligt har betydelse. Webbkollen är ett intervjuverktyg där den äldres uppfattning av vården efterfrågas.

I december 2014 hade cirka 25 000 sjuka äldre intervjuats i hemmet eller vid återinskrivning på sjukhus. Samtalet är mycket uppskattat. Möjlighet finns att direkt lösa problem men framför allt ger aggregerade data en bild av hur det lokala vårdssystemet lyckas tillgodose sjuka äldre personers behov. Resultaten kan utgöra en grund för lokalt och regionalt förbättringsarbete. Nationella resultat visas öppet på [webbkollen.com](http://webbkollen.com). Särskild behörighet krävs för att göra lokala och regionala analyser.



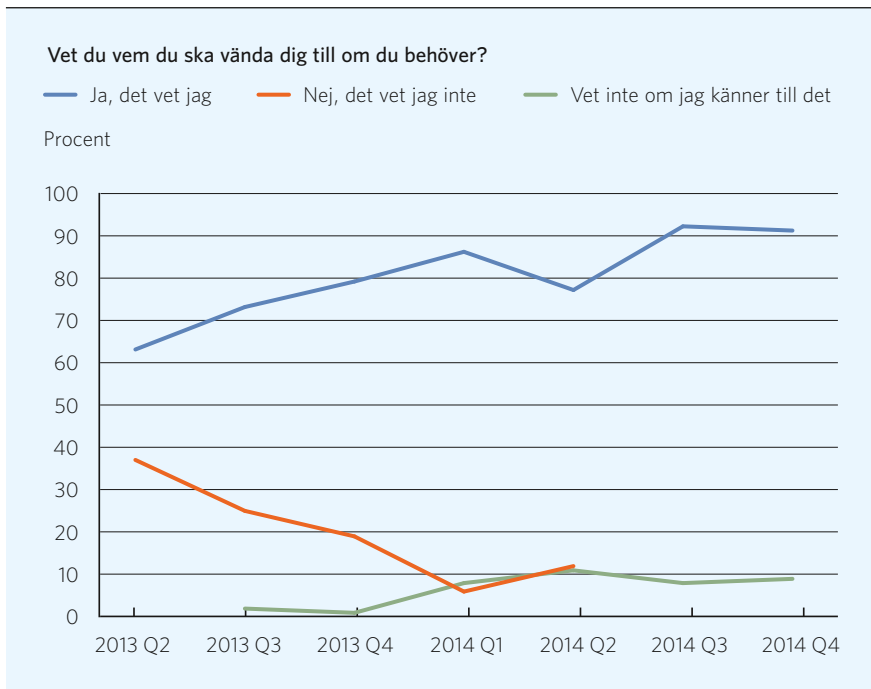
**Resultat från Webbkollen**

Ett vanligt svar när äldre tillfrågas om vad som är viktigt för dem är: ”Jag vill känna mig trygg och kunna klara mig själv.”

83 procent av äldre som nyligen skrivits ut från sjukhus känner sig också trygga. Det är ett gott resultat. Men varför är 7 procent, 576 personer, otrygga?

De flesta av önskemålen handlar om vårdcentralerna. Otrygghet finns kring kontakter med läkare och ibland hemtjänstpersonal men aldrig med sjuksköterskan. Tvärtom anger flera att den kontakten fungerar och skapar trygghet.

FIGUR 10. Resultat från Webbkollen i Kalmar

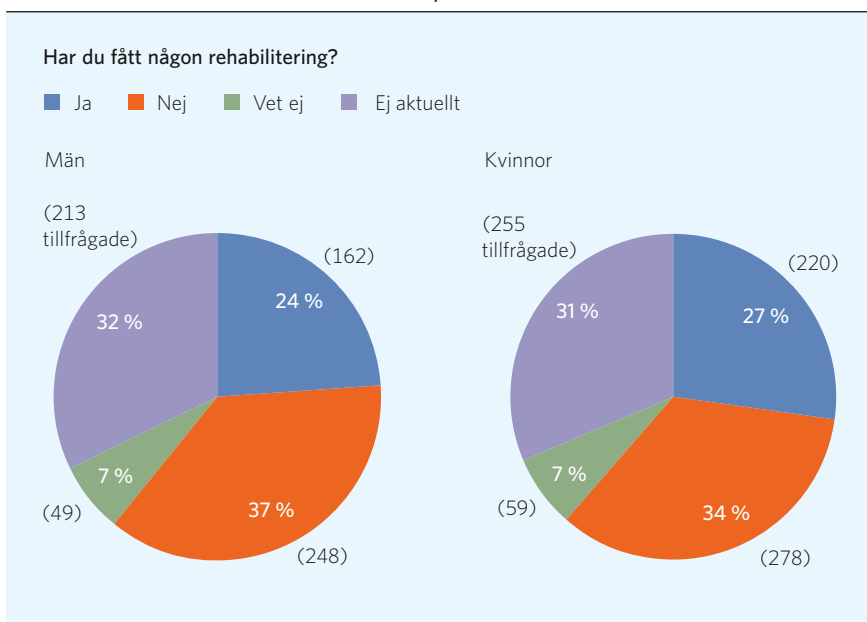


När väl beslut fattats om att genomföra en förändring är det möjligt att snabbt införa nya arbetsätt under förutsättning att berörda verkligen bestämt sig.

### Kommentarer från äldre

- Helt plötsligt skulle jag bara skrivas ut
- Vet ej vem som är ansvarig. Tycker det är för långt till planerat återbesök
- Vänligt bemötande. Saklig information.
- Känns som att min läkare är trött på mig, lyssnar inte på min situation
- Sjukhusvården är bra, men det är svårt att få komma till min hälsocentral. Där finns ingen stadigvarande doktor.

FIGUR 11. Jämförelser mellan män och kvinnor i primärvården



Rehabilitering i öppenvård är ett förbättringsområde.

*”Kulturförändring tar tid men beteendeförändring kan gå snabbt.”*





## Lärande arbetssätt, stor utbildningsinsats och röd tråd

Under 2011–2014 har ett stort antal utbildningar genomförts, dels av länen men också av de olika kvalitetsregistren och även via SKL:s arbete med psykisk ohälsa. Utvecklingsledarna över hela Sverige har varit en kraftfull och driven resurs i lärandet, både genom egna insatser eller genom att arrangera efterfrågade utbildningar.

Det har handlat om konsten att genomföra brytpunktssamtal, hur man arbetar för att lindra ångest hos personer med demenssjukdom, hur man gör en munhälsobedömning, hur man identifierar och närmar sig personer med risk för självmord, för att bara nämna några. En uppskattning är att minst 60 000 medarbetare genomgått någon form av utbildning.

Det är framför allt omvårdnadsmedarbetare som på detta sätt blivit mer professionella och också stärkts i sin yrkesroll. Exempelvis har omvårdnadspersonal i 274 kommuner genom en två dagar lång utbildning genom BPSD-registret.

Genom att mäta, se förbättringsområden, pröva nya arbetssätt och följa upp resultaten, blir arbetet ett ständigt lärande.

*”Efter utbildningen fick jag en helt annan syn på hur jag kan använda mig av registret. Hittills har det nog mest varit registrering för registreringens skull, men det ska vi ändra på.”*

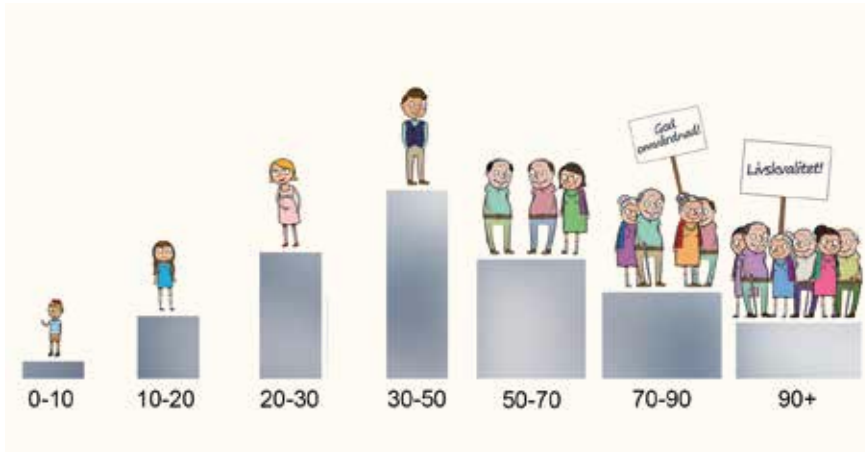
### Den röda tråden

Vad skapar värde för den som är gammal och sjuk och varför går vi till jobbet?

Dessa frågor har löpt som en röd tråd igenom arbetet och har betydelse för en gemensam problembild. Det är nödvändigt för att få samarbetet mellan olika yrkesgrupper och organisationer att fungera.

Kommunikationsarbetet i satsningen har präglats av öppenhet, stöd, transparens och resultatfokus. Mät och berätta. Hela tiden på olika sätt i olika kanaler till olika målgrupper. Fokus på för vem allt detta arbete ska göra skillnad. Med tydlighet visa utveckling i siffror och med berättelser från verkligheten, ofta starka sådana. Det krävs både huvud, hjärta och händer för att åstadkomma förändring.





Allt fler blir äldre och har förväntningar på ett självständigt liv.

Mötesplatser och träffar i mindre och större grupper med alla viktiga målgrupper har varit huvudingrediensen och genomförts vid flera tillfällen med alltifrån 10–800 deltagare. Korta avstämningar via webb och telefon, för en personlig men resfri kontakt har erbjudits kontinuerligt. Stödmaterial, nyheter, debatt, information, resultat och tjänster har funnits via webben som fungerat som nav. Alla i SKL-teamet har twittrat och kommunicerat den vägen. I ett tidigt skede beslutades om att ständigt upprepa varför detta är så viktigt. Att inte tröttnas utan att hålla i och hålla ut. För att kunna visa på värdet av att förbättra sin verksamhet och betydelsen arbetet har, med komplexa bilder med mer känsla, användes filmer i olika steg. En av filmerna, Margaretas väg, har blivit belönad med två internationella priser.

Det personliga mötet har varit av stor betydelse för spridningen och medverkan i olika evenemang runt om i hela landet har prioriterats. Utöver det har artiklar, debatt, intervjuer och tillgänglighet bidragit till att frågan uppmärksammats.

SKL:s medlemsnätverk och kontakter har varit en förutsättning för kommunikationen. Att ha tillgång till en nätbaserad plattform för kommunikation och dokumenthantering har möjliggjort att snabbt nå ut med viktig information och stöd.



# Hinder för förbättringar

## IT-stöd

Den kritik som kommit från kommuner och landsting handlar nästan uteslutande om administrativt merarbete. Vid satsningens start fanns förväntningar om att integration mellan journal och register relativt snabbt skulle kunna minska administration och dubbelarbete. Detta arbete har varit fyllt av hinder och svårigheter trots intensiva ansträngningar. Ännu finns ingen snabb lösning i sikte.

Brister i IT-stöd för informationsöverföring mellan sjukhus, primärvård och äldreomsorg är också ett stort problem. Nationell patientöversikt, NPÖ, har ännu inte uppfyllt förväntningarna på att viktig information enkelt kan delas mellan olika vårdgivare.

Information om vilka läkemedel patienten har rekommenderats är i dag spridd i olika listor inom vården och på apotek. Tillgången till informationen i listorna styrs av olika behörigheter och lagrum. Det gör att varje aktör i vårdkedjan har tillgång till sin pusselbit, men ingen har den övergripande bilden, inte alltid ens patienten själv. Syftet med en samlad läkemedelslista, Nationell ordinationsdatabas (NOD), är att skapa en övergripande bild och därmed underlätta en säker läkemedelsanvändning.

Att få ordning på IT-stödet står högt upp på önskelistan!

## Lagstiftning

När verksamheter börjar följa sina resultat och använda dessa för att förbättra sin verksamhet uppkommer en del juridiska problem. Det finns också en naturlig konflikt mellan personlig integritet och vårdens önskan att följa upp resultat som måste hanteras för största möjliga nytta.

Datainspektionen har under perioden kritiserat tre kommuner för hur de hanterat frågan om medverkan i kvalitetsregister för personer med nedsatt



beslutsförmåga till följd av demenssjukdom. Hösten 2014 ändrades lagen. Därmed kan även personer med nedsatt beslutsförmåga få dra nytta av och bidra till kvalitetsutvecklingen av vården.

### **Budget- och redovisningsregler**

Statliga budgetregler försvårar möjligheterna att arbeta långsiktigt med ekonomisk stimulans. En överenskommelse kan på grund av budgetprocessen aldrig beslutas förrän i december strax innan den ska träda i kraft och beslutade medel ska sedan förbrukas under innevarande år. Det är inte möjligt att föra över medel till nästa räkenskapsår. För att påbörja ett nytt arbete behövs minst 6 månader för planering och rekrytering av medarbetare innan arbe-

tet kan komma igång ute i verksamheterna. Överenskommelser behöver vara långsiktiga och aviseras i god tid för att förbättringsarbetet ska kunna bedrivas på ett meningsfullt sätt.

Hur prestationsersättning som intjänats ska fördelas är en fråga för respektive huvudman. I överenskommelserna 2013 och 2014 har en särskild skrivning införts kring att medlen är avsedda att investeras i kommande förbättringsarbete.

### **Många parallella prioriteringar som inte hänger ihop**

Det finns ett stort intresse i kommuner och landsting för att förbättra vård och omsorg men det pågår så många parallella initiativ att det kan vara svårt för en kommun och ett landsting att förstå hur de olika satsningarna hänger ihop och vilka förutsättningar som ska vara uppfyllda.

Det finns ett behov av förbättrad kommunikation mellan de olika överenskommelserna och även av en prioritering och förpackning av innehållet så att det blir begripligt och hanterbart för mottagaren.

### **Privata vårdgivare var svåra att nå med information**

I och med att det blivit en ökad mångfald av utförare i kommunal omsorg och i primärvård finns behov hos huvudmännen av att se över hur information om nationella satsningar kan nå även privata vårdgivare. Den design som valts har inte exkluderat privata vårdgivare från att delta i förbättringsarbetet. Famna har från början deltagit i arbetet och deras medlemmar är mycket engagerade i arbetet. Vårdföretagarna kom med i arbetet 2012 och därefter har medverkan från alla privata aktörer ökat snabbt. Särskilda resurser har avsatts i överenskommelsen för utvecklingsstöd via Famna och Almega.



Sköthyra  
gratis sköthyra  
för mer på [tannadalen.se](http://tannadalen.se)  
Tännadalen  
1998-2013



# Mer utveckling för sjuka äldre

Inom ramen för överenskommelsen med staten kring sammanhållen vård och omsorg har även följande delarbeten ingått.

## Psykisk ohälsa

Ett australienskt material, Mental Health First AID (MHFA) har omarbetats för att kunna användas för äldre. Därefter har 105 instruktörer utbildats, som i sin tur utbildat 1 172 förstahjälpare.

Centrum för evidensbaserad psykosociala insatser (Lunds universitet) har genomfört en pilotstudie/utvärdering med baseline och uppföljning efter 6 månader av de som blev förstahjälpare under perioden nov–dec 2013.

Följande resultat har visats:

- › Signifikant ökad kunskap om psykisk ohälsa hos äldre
- › Signifikant bättre beredskap att hjälpa en person i olika kristillstånd
- › Signifikant ökat hjälpbeteende vid kontakter med personer med psykisk ohälsa
- › Signifikant mer positiva attityder till personer drabbade av psykisk ohälsa.

## Kvalitetssäkrad välfärd

Genom Kvalitetssäkrad välfärd har kommuner erbjudits stöd i att kvalitets-säkra välfärdstjänster inom äldreomsorg, oberoende av vem som är leverantör. Kommunerna har erbjudits att delta i nätverk och även fått anpassat enskilt stöd i syfte att förbättra uppföljningen. Målet har varit att utveckla system, rutiner och arbetssätt. Verktygslådor, checklistor och mallar har producerats och kan hämtas på <http://uppfoljningsguiden.se/>

### Läkemedelsutbildning

*Jobba säkert med läkemedel* är en webbaserad utbildning, riktad till medarbetare i hemtjänst och äldreomsorg inför delegering. Utbildningen blir klar i mars 2015 och erbjuds kostnadsfritt. Den kommer att finnas tillgänglig via Kunskapsguiden och Svenskt Demenscentrum.

### Uppdrag Kunskap

I samarbete med Vårdalinstitutet och Bodil Jönsson, professor emerita, har 20 seniorer med bakgrund från ett arbetsliv inom vård och omsorg fått möjlighet att strukturera och fördjupa sin kunskap under akademisk ledning. Syftet var att ta tillvara seniorers kunskap och långa erfarenhet till gagn för en bättre vård och omsorg av mest sjuka äldre. I kurslitteraturen ingick *The mature mind* av Gene D Cohen. Genom *Bättre liv* har en översättning till svenska blivit möjlig. *Den mogna människan* är bokens svenska titel.

### Passion för livet

Passion för livet ska ge seniorer kunskap och verktyg för att själva kunna skapa sig ett hälsosamt liv. Meningen är att engagera seniorerna att själva ta aktivt ansvar för ett förebyggande levnadssätt.

Arbetsättet Passion för livet går ut på att en grupp seniorer träffas vid sex till tio tillfällen, så kallade Livscaféer, för att under ledning av utbildad handledare diskutera och fundera över olika delar av sitt liv. Bättre liv för sjuka äldre har bidragit med medel för att öka spridningen. Programmet vann europeiska kvalitetspriset "Social innovation in ageing" 2014.



### **Program för ST-läkare**

ST-läkare har inom ramen för sin utbildning ett mål (Mål 20) som handlar om att leda och genomföra ett förbättringsarbete som ska vara sin verksamhet och patienter till gagn. Syftet var att bygga vidare på den redan existerande erfarenheten av förbättringsprojekt och det utrymme som finns för varje ST-läkare och utveckla ett nytt sätt att stödja förbättringsarbete. 42 läkare deltog och programmet var kopplat till Ledningskraft.

### **Försöksverksamheter**

Under tre år fick 19 försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre medel för test och utveckling. En sammanfattande beskrivning av arbetet har publicerats, 19 sätt att samverka bättre.



# KAPITEL 8

## Vi är på väg men mycket är kvar att göra

I satsningen Bättre liv för sjuka äldre har flera generella förändringsområden inom vård och omsorg berörts och konkretiserats. Några listas nedan:

- › Från sjukdom till hälsa
- › Från reaktiv till proaktiv och förebyggande
- › Från organisationsfokus till individens fokus
- › Från traditionell behandling till brukare och patienter som aktiva medskapare
- › Från enskilda vårdkontakter till interprofessionella team





### Vad är viktigt för dig?

Att utgå från den sjuka äldre personen och dennes behov är nödvändigt för att kunna nå goda resultat för sjuka äldre och för att använda de gemensamma skattemedlen effektivt.

Dagens sjukvårdssystem är designat för att passa situationer där vården behandlar en sjukdom i taget, men passar sämre för personer med diffusa symptom och många sjukdomar samtidigt. Kvinnor och män med omfattande behov av insatser från flera vårdgivare behöver bli bemötta med ett helhetsperspektiv.

Synsättet att vi är olika som individer gör att vårdplanerna måste vara individuella och arbetas fram i samverkan med den äldre och dennes närstående. Genom att involvera den vi är till för i processen ökar också möjligheten till att ta vara på den inneboende, läkande kraft som finns i varje människa.

Att göra allt som är möjligt är inte alltid värdeskapande. Eller uttryckt på ett annat sätt: Mesta möjliga vård eller bästa möjliga vård?

Det är möjligt att arbeta på ett annat sätt och samtidigt nå bättre kvalitet till lägre kostnad. För närvarande pågår ett stort antal lovande initiativ som bygger på interprofessionella team. Förutsättningarna för att sprida och vidareutveckla dessa arbetssätt behöver förbättras.

## Vård och omsorg i hemmet

Möjligheterna för äldre att bo kvar hemma ökar och kommer att fortsätta öka i takt med att fortsatta medicinska och tekniska lösningar utvecklas. Personer med kroniska sjukdomar måste vara välinformerade om behandling och signaler de ska vara uppmärksamma på. De behöver också ha enkla vägar att kommunicera med vården. Ett direkttelefonnummer till en sköterska skapar mycket trygghet. Hjärtsvikt och KOL är två vanliga sjukdomar som idag leder till många undvikbara vårdtillfällen och även återinskrivningar på sjukhus inom 30 dagar.

Sjukhus är en riskmiljö för sköra äldre. Fallskador, trycksår, vårdrelaterade infektioner och förvirring är några vårdskador som ofta drabbar äldre på sjukhus, inte sällan med ödesdigra konsekvenser. Förebyggande arbete och möjligheter till akutsjukvård i hemmet är viktiga utvecklingsområden som behöver prioriteras. Goda exempel finns.

Kommunerna har tagit över ansvaret för hemsjukvården i hela landet utom i Stockholms län. Läkarsatsningar tillhandahålls fortfarande från landstinget. Detta ställer stora krav på fungerande samspel med goda rutiner. Undersköterskan som arbetar närmast den äldre personen har kunskap som behöver tillvaratas bättre. Samtidigt måste personal i kommunal vård och omsorg alltid ha snabb tillgång till läkare som kan göra bedömningar och även hembesök när det behövs. Samarbetet med närstående är också viktigt.

Under 2014 har landstingen börjat mäta och månadsvis redovisa antalet utskrivningsklara patienter på sjukhus. Variationerna är stora. Att sjuka äldre ska behöva stå i kö för att komma hem är inte rimligt. Nya arbets sätt i kommun och primärvård visar att det går att arbeta på ett annat sätt.

## Rehabilitering

Rehabilitering efter sjukdom och skada är viktigt för att kunna återgå till ett självständigt liv. Höftfraktur och stroke är vanliga orsaker till att äldre människor idag blir beroende av andra. Metoder för rehabilitering finns som behöver användas mer. Ingen ska behöva vara hjälplös i onödan.

## Teknik i äldres tjänst

Ny teknik utpekas ofta som en viktig möjlighet att förbättra och effektivisera vård och omsorg. Ökad integritet, självständighet och trygghet för den äldre personen är möjligt att nå redan idag. När personalen får teknikstöd att göra rätt från början kommer kvalitet och säkerhet i vård och omsorg att öka. Tiden är nu mogen för att höja tempot i detta arbete.

### **Standardiserade, strukturerade och förebyggande arbetsätt**

Att ligga steget före och att arbeta på ett strukturerat och evidensbaserat sätt innebär att vårdprocessen innehåller samma steg varje gång. Detta är standard på varenda barna- och mödravårdscentral. Så har Sverige också bland världens bästa resultat vad gäller överlevnad och hälsa för mor och barn.

Kvalitetsregistret Senior alert stödjer ett standardiserat arbetsätt som innebär att förebyggande åtgärder sätts in varje gång en risk konstaterats. Spridningen av arbetsättet har varit snabb med hjälp av prestationsersättning. Nu gäller det att hålla i arbetet, förbättra orsaksanalyserna och öka kvaliteten på insatta åtgärder.

Med struktur och systematik kan vården till äldre förbättras. Variationen i resultat minskar och golvet för lägsta nivå kan successivt höjas.

### **Gemensam styrning och ledning behöver fortsätta**

Nu har kommuner och landsting i alla län hittat sitt eget sätt att organisera gemensam styrning och ledning inom äldreområdet. Mötesplatser finns på politisk nivå och på tjänstemannanivå. En handlingsplan för det gemensamma förbättringsarbetet arbetas fram årligen. Det handlar om lös samverkan med dialog på ett strukturerat sätt. Nödvändiga beslut fattas hos varje huvudman inom ordinarie linjeorganisation eller i gemensamma beslutsföreläringar. För effektiv resurshantering krävs helhetsperspektiv. Samverkan mellan huvudmännen är en nyckelfråga.

### **Styrning och ledning med utgångspunkt från resultat**

Det är alltid möjligt att hitta mätbara mål som kan beskriva åtminstone delar av en verksamhet. Genom mäta och följa upp fås kunskap om vad systemet faktiskt levererar i motsats till vad man tror att det levererar. Denna kunskap kan användas till att sätta mål och arbeta med förbättringar men också för prioriteringar och jämförelser. Mått och indikatorer behöver ständigt vidareutvecklas och förfinas för att vara så relevanta som möjligt, men kan aldrig säga allt om en verksamhet. Kompletteringar måste göras med kvalitativa uppföljningsmetoder och med patientrapporterade resultat.

### **Infrastruktur för kunskapsstyrning och förbättringsarbete**

Parallellt med Bättre liv för sjuka äldre har ett arbete pågått inom ramen för överenskommelsen om evidensbaserad praktik. Syftet har varit att bygga upp en infrastruktur för kunskapsstyrning på regional nivå. Statligt stöd har utgått till regionala plattformsledare och till utvecklingsledare inom olika sociala områden. I handlingsplanen för 2014 har länen beskrivit hur fortsatt stöd till förbättringsarbete och utvecklingsledare ska ske.



## **Gå från några till alla**

Målet att nå alla medarbetare som arbetar med vård och omsorg till sjuka äldre är högt ställt och det är ännu mycket kvar att göra innan de nya arbets-sätten är vardag i alla verksamheter. Det påbörjade arbetet behöver få fortsatt stöd och uppmuntran.

## **Ständiga förbättringar i vardagen**

Ständiga förbättringar som en naturlig del i vardagens arbete är en självklarhet i de flesta branscher idag. Expertkunskap behöver kompletteras med kunskap och metoder för spridning och förbättringsarbete. Vi har alla har två jobb. Att göra sitt jobb och jobbet att utveckla det system man arbetar i.

## **IT-stöd**

Förbättringar som behöver ske för att vård och omsorg till sjuka äldre ska bli effektivare är att utveckla IT-stöd för att dela information mellan vårdgivare.

Dessutom behöver medarbetare i vård och omsorg ha tillgång till en aktuell läkemedelslista som är lätt att nå. Möjligheter till enkel dokumentation i journal och register behöver vidareutvecklas.

Arbetet med Bättre liv för sjuka äldre har inneburit förbättringar i många delar men mycket finns ännu kvar att göra.

*”Vi blir aldrig färdiga och vi kommer alltid att vara på väg.”*

# Tack

Ett politiskt initiativ och överenskommelse har möjliggjort satsningen på ett bättre liv för sjuka äldre. Vi vill tacka tidigare ministrarna Maria Larsson och Göran Hägglund för engagemang, samarbete och medverkan. Likaså Staffan Werme och SKL:s beredning för primärvård och äldreomsorg.

Tack också till Socialdepartementet genom Eva Nilsson Bågenholm, regeringens äldresamordnare, liksom tjänstemännen Gert Knutsson, Maria Nilsson och Monika Malmqvist.

För att kunna förverkliga initiativet behövdes 75 drivande, positiva, uthålliga, kunniga personer som utvecklingsledare. Utan er hade det här aldrig varit möjligt!

Det hade det heller inte varit om inte kvalitetsregistren funnits med. Tack till Joakim Edvinsson, Anna Trinks, Susanne Lundblad, Kicki Malmström och Jesper Ekberg från *Senior alert*: Greger Fransson, Monika Eriksson, Marita Trulsson från *Svenska Palliativregistret*: Maria Eriksdotter, Ann-Katrin Edlund, Susanne Sjöberg från *SveDem*: Lennart Minthon och Eva Granvik från *BPSD-registret*; Ruth Öien från *RiksSår*.

## Coach

Ett helt ovärderligt stöd i arbetet har varit Dr. Sarah Fraser, brittisk expert på storskaliga förändringar. Dr. Fraser har uthålligt, mycket pådrivande, kritiskt och med hjärtat på rätta stället coachat hela teamet från start till mål.

## Samarbeten

Vi har också omgett oss med kritiska vänner, critical friends. Dessa har alltid ställt upp, lyssnat på våra tankar, hejat på ibland och fått oss att tänka om ibland.

Vi vill särskilt tacka följande personer för stöd, goda råd och uppmuntran: Bodil Jönsson, *professor emerita*. Michael Bergström och Kristina Jennbert, *experter från SKL*. Hans Gennerud, *kommunikationsrådgivare Gullers Grupp*.

Sten Boström, *PRO*. Lars Nilsson och Gösta Bucht, *SPF*. Elsa Ingesson, *Passion för livet*. Ann-Christine Baar, *senior*. Robert Lloyd, Carol Haradan, Path Rutherford, Marjorie Godfrey, Maureen Bisognano, Douglas Eby och Paul Batalden från *Institute for Healthcare Improvement, IHI* samt Sir John Oldham, *NHS, England*.

Konsultföretagen *Health Navigator* och *Health Care Management* har bidragit med underlag till rapporter.

### ***Styrgruppen***

Agneta Jansmyr, *landstingsdirektör i Jönköping*. Staffan Isling, *kommundirektör i Örebro*. Göran Stiernstedt, Roger Molin, Hans Karlsson, Sabina Wikgren Orstam, Åsa Himmelsköld, Åsa Furén-Thulin och Annika Wallenskog *samtliga SKL*.

### ***Webbkollengänget***

Lasse Bourelius, *Blekinge Tekniska Högskola*. Magnus Olander, *Quicksearch*. Anette Lindberg, *Jämtland*. Annika Davidsson, *Blekinge*. Anita Gustavsson, *Norrbottnen*. Sarah Lundberg, *Västerbotten*. Tina Källberg, *Sörmland*.

### ***Fler som följt satsningen***

Doktoranden Helena Strehlenert och universitetslektor Monica Nyström, *Medical Management Center, Karolinska Institutet*, har från starten följt satsningen. Två av tre planerade vetenskapliga artiklar har hittills publicerats.

Arbetet har också följts av *Statskontoret* med Jan Boström och Hanna André som huvudansvariga. En avslutande rapport kommer hösten 2015.

### ***SKL:s team***

Teamet har under åren 2010–2014 bestått av Maj Rom, *projektchef*. Ejja Häman Aktell, *projektledare utvecklingsledare och kvalitetsregister*. Anette Nilsson, *projektledare Ledningskraft*. Sofia Ek och Sara Rydell, *administratörer*. Agneta Brinne, *projektledare Webbkollen*. Pernilla Askenbom, *kommunikatör*. AnneMarie Awes, *kommunikatör*. Cecilia Littke, *webbredaktör*. Jan-Olov Strandell, *datainsamling och analys*. Nina Viberg, *läkemedelsexpert*. Ulla Gurner, *utredare*, har genomfört en baslägesmätning och sammanställning av en kvalitativ uppföljning av äldres vård- och omsorgskontakter. Sofia Jonsson, *apotekare*, har utvecklat en webbutbildning för säker läkemedelshantering – Jobba säkert med läkemedel.

## **Skrifter och filmer**

Följande material har producerats av SKL

### **Skrifter**

*Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*

*Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser*

*19 sätt att samverka bättre*

*Ledningskraft – Ett exempel på design av chefsstöd i storskalig förändring*

*Ledningskraft – Designing managerial support in large-scale change management.*

*Resultatrapport 2012*

*Resultatrapport 2013*

*Analysrapport 2012*

*Analysrapport 2013*

*Analysrapport 2014*

*Skrifter finns på [skl.se](http://skl.se)*

### **Filmer**

*Förbättringar som gör skillnad – Hur systematiskt arbete med kvalitetsregister ger bättre resultat för den äldre, Svensk och engelsk version.*

*Viktigt när jag blir gammal – om Ingeborg, 93 år. Svensk och engelsk version.*

*Margaretas väg – Margareta, 77 år, berättar om sin situation. Svensk och engelsk version.*

*Jobba säkert med läkemedel – Rut, 91 år, berättar. Svensk och engelsk version.*

*SIP på 3 minuter – Samordnad Individuell Plan*

Alla filmer kan ses via [www.youtube.com/user/SKLkommunikation](http://www.youtube.com/user/SKLkommunikation).







# Bättre liv för sjuka äldre

---

## Stora förbättringar på kort tid

Arbetet med Bättre liv för sjuka äldre har möjliggjorts genom en ramöverenskommelse mellan SKL och regeringen om *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre*, där årliga överenskommelser träffats under perioden 2010–2014.

Vid satsningens start 2010 genomfördes en intervjuundersökning av nästan 300 sjuka äldre med stor konsumtion av vård och omsorg. De berättade om ett system där det var lättare att ringa efter ambulans och åka till sjukhus än att få en tid på vårdcentralen. Var femte sjuk äldre som skrevs in på sjukhus blev återinskriven inom 30 dagar. Användningen av läkemedel var hög liksom antalet läkemedel som förskrevs samtidigt

Idag, fem år senare, arbetar personal i vård och omsorg med nya standardiserade, gemensamma och evidensbaserade arbetsätt. Systematiska skattningar och riskbedömningar gör att förebyggande åtgärder sätts in och det är möjligt att följa viktiga resultat i realtid. Förbättringsarbetet som sker i den ordinarie verksamheten ger resultat. Lust att lära och förbättra växer fram när teamet tillsammans reflekterar kring sina resultat.

Det är möjligt att göra stora förbättringar på kort tid!

