



# BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE

## STRATEGI OCH HANDLINGSPLAN FÖR JÄMTLANDS LÄN 2017

Framtagen av Ledningskraft - reviderad 161209



ÖSTERSUNDS  
KOMMUN



Bräcke kommun



Bergs  
kommun



Strömsunds  
Kommun  
Stracjnen tjelje



Krokoms  
kommun  
KROKOMEN TJELTE



HÄRJDALENS  
KOMMUN  
HERJEDAELIEN TJIELTE



ragunda  
kommun



ÅRE  
KOMMUN



REGION  
JÄMTLAND  
HÄRJDALEN

## INLEDNING

Sedan 2010 har staten och SKL (Sveriges kommuner och landsting) träffat överenskommelser som handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i fokus, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Målen för den nationella satsningen 2011–2014, se bilaga 1. Från 2015 finns inte längre den nationella överenskommelsen men samverkan fortsätter. En organisation finns för arbetet, se bilaga 3

För Jämtlands läns del har en strategi och handlingsplan ”Bättre liv för sjuka äldre” gällande perioden 2012–2014 utarbetats av arbetsgruppen Ledningskraft. Från 2015 permanentas Ledningskraft med ny sammansättning, se bilaga 3. Planen kommer att revideras årligen.

Strategin inleds med en beskrivning av två äldre personer som bor i vårt län – Karin och Karl. De får stå som sinnebild för två äldre personer som på olika sätt behöver vård och omsorg från kommun, primärvård och specialiserad vård. Deras behov kan ses som en utgångspunkt inför arbetet med att utveckla kvaliteten för äldres vård och omsorg i Jämtlands län. Med deras exempel som utgångspunkt tydliggörs arbetet med att fokusera på de äldres perspektiv i länets utvecklings- och förändringsarbete.



## KARIN OCH KARL – ETT JÄMTLÄNSKT EXEMPEL

Karin och Karl är två jämtländska äldre personer med ett relativt stort behov av vård och omsorg för att kunna klara av sin vardag. De behöver båda två:

- Veta vart de ska vända sig när de behöver vård och omsorg.
- Få vård och omsorg i, eller nära, hemmet.
- Uppleva gott samarbete mellan olika vårdgivare.
- En individuell vårdplan.

### KARIN

Karin är 83 år och änka sedan 10 år tillbaka. Hon har två barn – en son i Stockholm med familj och en dotter med familj i Sveg. För 20 år sedan blev Karin, på grund av ledsmärtor, sjukpensionär efter att i hela sitt yrkesverksamma liv arbetat som affärsbiträde. Hon bor, sedan makens död, i ett hyreshus i Lugnvik där hon har en lägenhet på två rum och kök på andra våningen.

Karin klarar sig ganska bra själv. Hon äter två lagade mål mat som hon lagar själv varje dag. På kvällarna äter hon kvällsfika framför Tv:n. Oftast äter hon ensam.



Karins intressen består mest av att se på TV, lyssna på radio och talböcker samt att läsa tidningen. Under barmarksperioden går hon ut på kortare turer – mest för att handla. På vintern sitter hon mest inne. Det finns ett fåtal vänner kvar i livet som hon träffar med jämna mellanrum. Varje vecka pratar hon i telefon med sonen och dottern. På somrarna kommer sonen upp på besök tillsammans med sin familj. Dottern kommer på besök ungefär en gång i månaden.

Hälsomässigt mår Karin inte så bra även om hon inte har några akuta besvär. Hon har svårt att sova och känner sig ofta orolig för att hon inte ska klara sig själv. Hon märker också att hon får allt svårare att minnas. Hon hör också dåligt i sällskap. Hon har ont varje dag i axlar, armar, höfter och knän. Ibland gör värken att hon får svårt att sova. Hon tycker att hjärtat slår ojämnt och hon blir snabbt andfådd. Hennes vrister och fotryggar svullnar varje dag. Hon lider också av framfall och urininkontinens och har haft återkommande urinvägsinfektioner de senaste åren. Aptiten är dålig och Karin har gått ner mycket i vikt den senaste tiden. Dessutom har hon problem med sin tandprotes.

Det värsta med hälsan tycker Karin ändå är att hon ofta känner sig trött och orkeslös och att hon har svårt att läsa vanlig text i dagstidningarna. Hon blir också ledsen över att hon känner sig yr och är rädd för att falla. För två år sedan föll hon och bröt höften. Nu vågar hon inte gå någonstans utan sin rullator. Ibland önskar hon att hon fick ”sluta”.

Det senaste året har Karin haft täta kontakter med vården – både via kommunen och med landstingets primärvård och specialiserade vården. Utifrån detta önskar dottern att Karin skulle kunna få mer hjälp i hemmet. Hon är också orolig över om Karin verkligen klarar av att ta alla sina nio olika mediciner som hon ska. Trots att Karin de senaste åren haft täta kontakter med vård och omsorg fungerar inte hennes tillvaro tillfredsställande.

## **KARL**

Karl är 75 år och bor tillsammans med sin fru i en by i Västjämtland. Karl är civilingenjör och pensionerade sig för tio år sedan. De sista 15 åren drev Karl en egen elfirma. Karl har tre barn som alla bor i Stockholmstrakten med sina familjer.

Karl är i behov av mycket hjälp från sin fru, eftersom han är sjuklig och svag sedan han efter 2002 och framåt har haft ett flertal hjärtinfarkter. Den första fick han sitt första år som pensionär. Dessutom lider Karl av diabetes.

Det kommer allt som oftast vänner och hälsar på och någon gång när Karl orkar tar han och hans fru en tur med bilen. Barnen kommer hem i omgångar under lov och storhelger. Det är sällan ensamt.



Karl försöker, de dagar han orkar, att göra något i trädgården. Numera blir det mest att han sittande i en stol kan plantera lite krukor eller sitta stilla i solen och vila eller läsa. På vintrarna läser han, lyssnar på radio och ser på TV och filmer.

Karl har gjort tre ballongsprängningar. Han har pacemaker, hjärtsvikt och samlar på sig mycket vätska i kroppen. Han får insulinbehandling för sin diabetes och lider dessutom av lungsjukdomen KOL och kärlkramp. Han har en hjärtsäng hemma. Under dåliga perioder händer det att Karl åker in till sjukhusets akutmottagning med ambulans eller helikopter flera gånger i veckan. Det har också hänt att han under bara en enda vecka haft besök i hemmet av ambulanspersonal vid tio tillfällen samt åkt in till sjukhusets akutmottagning vid två tillfällen.

Många olika personalkategorier är inblandade kring Karl (SOS Alarm, Sjukvårdsrådgivningen, Hälsocentralen, kommunens distriktssköterskor med flera). De känner oftast inte till varandras insatser. På grund av Karls ofta allvarliga tillstånd känner sig han och hans fru ofta otrygga med sin situation. Karls fru är anställd av kommunen som anhörgvårdare, men hon känner inte att hon räcker till helt och hållet.

*Fallen är fingerade och det finns inget samband mellan bilder och text.*



# BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE – STRATEGIER

## BAKGRUND

Sociala Vård- och Omsorgsgruppen, SVOM, (består av politiker och tjänstemän från länets åtta kommuner och Region Jämtland Härjedalen) beslutade 2012-02-24 att ge Ledningskraft mandat att arbeta vidare med handlingsplaner inom de områden som berördes av överenskommelsen ”Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, 2012”. Nu har mandatet förlängts. Ledningskraft har vidareutvecklats och nuvarande uppdrag är att revidera handlingsplanen varje år samt att fungera som en operativ arbetsgrupp.

## MÅLGRUPP

### Mest sjuka äldre

Mest sjuka äldre omfattas i denna strategi och plan av personer som är över 65 år och som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

### Mest sjuka äldre i Jämtland

Totalt år 2015: 29 366 personer 65 år och äldre, varav 15 463 kvinnor och 13 903 män. (Källa: Statistiska Centralbyrån) Gruppen har ökat med 413 personer från 2014.

Socialstyrelsens förslag på avgränsning av gruppen ”de mest sjuka äldre” relaterat till Jämtland: Text från Socialstyrelsens def.

1. Kärnan (personer med omfattande sjukvård och omfattande omsorg) motsvarar 2 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 590 personer).
2. Personer med ”omfattande omsorg” (permanent särskilt boende, beslut om mer än 25 timmar hemtjänst/månad, korttidsboende eller beslut om insatser enligt LSS). Detta motsvarar 10 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 2 935 personer).
3. Samtliga personer med omfattande sjukvård eller omfattande omsorg (multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård). Detta motsvarar 18 % av befolkningen 65 år och äldre (cirka 5 285 personer).

### Sköra äldre

Målgruppen i Jämtlands län är vidgad genom att omfatta även gruppen sköra äldre. Definition: riskgrupp som börjar uppvisa begynnande skörhet i form av utmattning, viktnedgång, svaghet, långsamhet och låg aktivitetsgrad.

Gruppen motsvarar 25 % av befolkningen 65 år och äldre (i Jämtland: cirka 7 340 personer). (Gunnar Akner, Läkartidningen, nr. 44 2010)

### **SYFTE (VARFÖR GÖR VI DETTA?)**

Syftet med förslagen i denna strategi och plan är dels att uppnå och upprätthålla en god kvalitet på arbetet kring de mest sjuka äldre, dels att de resurser som står till buds används på det mest effektiva sättet för den äldre.

### **MÅL (VAD VILL VI UPPNÅ?)**

Det primära målet med arbetet utifrån denna strategi och plan är ett bättre liv för de sjuka äldre i Jämtlands län. Det handlar också om att öka vård- och omsorgspersonalens förståelse så att de känner sig motiverade, ser helheten och förstår nyttan av ett sammanhållet arbetssätt.

#### **... som berör de äldre**

Genom att skapa ett hållbart, handlingskraftigt och förebyggande arbetssätt i vård och omsorg av äldre ska personer som Karin och Karl uppleva trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.

#### **... som berör medarbetarna**

Genom kompetenta och nöjda medarbetare, nöjda äldre och ett sammanhållet professionellt och mera systematiskt arbetssätt skapas större arbetsglädje och yrkesstolthet. Vilket i sin tur är en förutsättning för det strategiskt angelägna området kompetensförsörjning.

### **Delmål**

Aktiviteter kopplade till delmålen redovisas i handlingsplanen, tillsammans med tidplan, mål- och måttangivelser som förslag på uppföljning.

- Sammanhållen vård och omsorg
- Preventivt arbetssätt
- God läkemedelsbehandling för sjuka äldre
- God vård vid livets slut
- God vård vid demenssjukdom
- Struktur för ledning och styrning i samverkan
- Ökad delaktighet för den äldre
- Förbättrat systematiskt arbetssätt

### **LEDORD FÖR ARBETET**

- Den äldres fokus
- Samverkan
- Etik och bemötande
- Hållbar utveckling
- Samma möjlighet till vård över hela länet
- Evidensbaserad praktik och systematiskt förbättringsarbete

## **STRATEGISKA VÄGVAL**

För att arbetet kring ”Bättre liv för sjuka äldre” ska bli framgångsrikt bör man besluta sig för vilka vägar man vill gå för att komma framåt. Resultatet av hela arbetet blir avhängigt av hur väl man tar hänsyn till och satsar på de strategiska vägvalen.

### **Vad är nyttan för mig/oss?**

För att chefer och deras medarbetare ska känna motivation och engagemang för arbetet och de delar som de blir inblandade i är det viktigt att de ser nyttan med arbetet - inte bara för de äldres skull utan även för sin egen. Det gäller att visa fördelar och vinst med de gemensamma satsningarna.

### **Förhållningssätt**

De som arbetar inom vård och omsorg fattar dagligen tusentals beslut. Beslut som ska vila på bästa tillgängliga kunskap för att göra bästa möjliga nytta för den äldre. Att inte använda bästa tillgängliga kunskap är ineffektivt.

Den äldre har kunskap om sin egen situation och om sina behov, men har också en bild av kvaliteten på insatser och på verksamheten i stort.

Personalen har kunskap utifrån sin utbildning, fortbildning och yrkeserfarenhet. Det är personalen som tolkar den äldres behov utifrån

sina kunskaper och lokala praktiska förutsättningar, föreslår och genomför insatser.

Forskningen bidrar med kunskap som tagits fram med olika vetenskapliga metoder.

### **Bygga tillit...**

Hur bygger vi en organisation av tillit? Det handlar om att klargöra och kommunicera att det som kan verka som en förlust eller onödigt arbete, på lokal nivå eller på kort sikt, i förlängningen kan ge vinster. Dessa vinster kan ses både ur ett gemensamt perspektiv och på lokal nivå och framför allt för den äldre.

Enligt tidigare beslut om ”Etiskt förhållningssätt mellan landsting och kommun” ska vi samverka för att människor ska få en god vård och omsorg på rätt nivå. Vi ska även ha respekt för varandras uppdrag.

Vilket innebär att:

- Vi har förtroende för varandras kompetens.
- Vi litar på att alla gör sitt bästa.
- Vi är lojala mot fattade beslut och gällande rutiner.
- Vi inte pratar illa om varandra.
- Vi förfogar över egna resurser vilket innebär att vi inte lovar insatser hos annan huvudman.



### **Systematik i förbättringsarbetet**

För att kunna redovisa vad som gjorts, rätta till brister och visa på förändringar och förbättringar behövs en systematik i förbättringsarbetet. Det betyder att man bör arbeta enligt följande:

- Löpande resultatredovisningar. Mäta för att veta.
- System för att tydliggöra avvikelser och återkoppling.
- Synliggöra och underlätta samband mellan olika förbättringsområden.
- Identifiera, införa och förbättra metoder av system-/strukturkaraktär.
- Sprida goda exempel.

### **Gemensamt arbetssätt**

Det finns två syften med en länsövergripande strategi. Dels att underlätta chefernas ansvar i arbetet med att den äldre personen i slutändan får god vård och omsorg, dels att tydliggöra för medarbetare och beslutsfattare betydelsen av och vinsten med gemensamt arbetssätt.

### **Visa vad andra gjort**

Arbetet utifrån samma principer som ”Bättre liv för sjuka äldre” sker på andra håll i landet och även internationellt. Detta kan man dra nytta av genom att presentera det i den egna verksamheten. Uppmuntra att göra likadant som på andra håll där det fungerat

[Eva Nilsson Bågenholms slutrapport](#)

### **Tydliggöra målgruppen för arbetet**

Den äldre personen behöver gestaltas (Karin och Karl) för att alla aktörer ska få en gemensam bild av målgruppen och målet med det förändrade arbetssättet.

### **Informationsinsatser**

Informationsinsatserna ska vara riktade till olika målgrupper. Informationen bör delas upp till följande målgrupper:

- Vård- och omsorgspersonal.
- Chefer och politiker.
- Patienter, brukare och anhöriga.

. Ledningskrafts deltagare ansvarar för informationsspridning via bl.a. Lokala samverkansgruppen. Länets handlingsplan kopplas till verksamheternas egna verksamhetsplaner

### **Gemensamma utbildningar för alla vårdgivare**

För att främja samarbetet och för att medarbetarna ska stå på samma grund är det viktigt att relevanta utbildningar genomförs över organisationsgränserna.

## UPPFÖLJNING

- Förvaltningscheferna/verksamhetschefer (motsvarande) i kommuner och region ansvarar för att ta del av resultaten kontinuerligt från Kvalitetsportalen [www.kvalitetsportalen.se](http://www.kvalitetsportalen.se)
- Det är viktigt att efterfråga resultat på enhetsnivå från verksamheterna
- Löpande redovisning av länsresultaten sker till Fredagsgruppen och SVOM
- Handlingsplanens mål och aktiviteter kommer att följas upp och revideras årligen av Ledningskraft.
- Nuläge redovisas i Ledningskraft regelbundet

## SAMMANFATTNING AV VAD VI HAR GJORT 2012-2015

- Vården och omsorgen av äldre har förbättrats med stöd av olika kvalitetsregister
- Vården i livets slut har blivit bättre
- Risker identifieras när det gäller fall, trycksår, undernäring och munhälsa så att förebyggande åtgärder kan sättas in tidigare
- Färre äldre får olämpliga läkemedel
- Fler äldre utreds i ett tidigare skede för demenssjukdom

- En gemensam styrning och ledning (kommuner och hälso- och sjukvården) inom äldreområdet gör att risken minskar för att äldre ”hamnar mellan stolarna”
- Stödande insatser för att höja kompetensen inom systematiskt förbättringsarbete
- Länet har genomfört Stå på dig – en fallkampanj – där både verksamheter och organisationer har fått stöd att genomföra aktiviteter






## 2016

- Resultat knutna till mål i handlingsplanen följs regelbundet
- Inrapporteringen av slutenvårdsdata till Kvalitetsportalen har kvalitetssäkrats och utvecklats
- Samtliga kommuner deltar i de nationella punktprevalensmätningarna av trycksår och fall samt i nattfastemätning
- I primärvården finns en sårskörsordnare som stödjer övriga sjuksköterskor i både kommuner och primärvård vid arbetet med svårsläkta sår. Hon bidrar till kompetensutveckling inom området
- Utbildningar i munhälsa ingår nu som en del av de utbildningsinsatser som årligen genomförs av den uppsökande tandvården riktat till vård- och omsorgspersonal

- Äldreläkarmöten anordnas återkommande och Ledningskraft har representation i Läkemedelskommittén
- Pågående projekt med ett Geriatriskt stöd för konsultation, kompetensutveckling och samverkan. Två piloter har genomförts för att anpassa arbetssättet Trygg och säker hemma till länets förutsättningar
- En arbetsgrupp tar fram stödmaterial mm. för SIP
- Nätverk finns för att stödja ÄBIC-införandet
- Konferens har genomförts om samverkan till och från slutenvård, 2 heldagar





# HANDLINGSPLAN FÖRKORTNINGSLISTA BIFOGAS SOM BILAGA 4



## GOD VÅRD VID LIVETS SLUT

| Mått   | Länsmått                                     | Länsmål   | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet  | Status   | Ansvariga   | Kommentarer  |  |
|--|--|---|--------------------------|--|--|---|--|--|
| <b>Täckningsgrad i Palliativregistret</b>            | 86 %<br>13-09-30                             | > 85 % i alla kommuner  | Klart<br>17-12-31        | Ansluta HC till Palliativregistret                         |   | Linjechefer   |  |  |
|  | 74 %<br>14-12-31                             |   |                          | Tas upp i lokala samverkansgrupper att följa täckningsgrad |   | Ledningskrafts representanter   |  |  |
|  | 68,5 %<br>15-12-31                           |   |                          |  |  |   |  |  |
| <b>Förbättrad vård och omsorg i livets slutskede</b> | Från 13-10-01 - 14-12-31                     | Öka med sammantaget 10 % alternativt genomsnittlig måluppfyllelse på 60 % | 17-12-31                 | Genomföra webutbildning                                    |   | Linjechefer   |  |  |
|  | Brytpunktsamtal<br>49 - 60 %<br>151231: 63 % |   |                          | Ordination mot ångest<br>79 - 89 %<br>151231: 90 %         | Tas upp i lokala samverkansgrupper att följa resultaten  |    | Ledningskrafts representanter  |  |
|  | Smärtskattning<br>34 - 42%<br>151231: 35 %   |   |                          | Munhälsa<br>37- 39 %<br>151231: 44 %                       | Omsätta identifierade aktiviteter nationella vårdprogrammet för palliativ vård till lokala förutsättningar. Identifiera de delar som vi behöver samverka kring |  | Länets representanter i Norra regionens samverkansgrupp för palliativ vård utökad med utsedda representanter |  |

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

## PREVENTIVT ARBETSSÄTT

| Mått   | Länsmått  | Länsmål  | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet                           | Status  | Ansvariga     | Kommentarer  |
|--|---|--|--------------------------|-------------------------------------|---|---------------|--|
| <b>Antal riskbedömningar som har planerad förebyggande åtgärd och uppföljning i Senior Alert</b> | 6 277 riskbedömningar<br>2012-10-01 – 2013-09-30  | Öka till 7000 riskbedömningar med planerade åtgärder och uppföljning |                          | Verka för analys av resultat lokalt |    | Linjechefer   |  |
|  | 3 722 riskbedömningar<br>2013-10-01 - 2014-09-30  |  |                          |                                     |   |               |  |
| <b>Andel riskbedömningar och planerad förebyggande åtgärd, i SÄBO</b>                            | <b>7835 riskbedömningar 2015-01-01-2015-12-31</b><br>2014-09-30<br>>90 %:<br>Berg<br>Bräcke<br>Krokom<br>Ragunda<br>Strömsund<br>Åre<br>Östersund | Öka till 90 % i samtliga kommuner                                    |                          | Verka för analys av resultat lokalt |    | Linjechefer   |  |
|  | <b>151231 &gt;90 : Ragunda, Berg o Krokom</b>   | 100 % deltagande i PPM Trycksår och fall i samtliga länets kommuner  | Vecka 11 och vecka 37    | Verka för analys av resultat lokalt |  | Linjechefer   |  |
|  |   |  |                          | Nattfastemätning                    |  | Ledningskraft | Kostnad för sammanställning fördelas mellan kommunerna |

|  |   |  |  |   |  |   |   |
|--|---|--|--|---|--|---|---|
| <b>Antal anslutna till RiksSår via Senior Alert</b>                            |   | Påbörja registreringar i kommunerna i Riks Sår<br><br>Öka registreringar i RiksSår |  | Fortsatt arbete utifrån sårsmordnaren uppdrag<br><br>Samarbete kring gemensamma dokument mm | <br><br> | Linjechefer med stöd av sårsmordnare i primärvården<br><br>Sårsmordnare och MAS-grupp |   |
| <b>Antal registrerande i modulen om blåsdysfunktion i Senior Alert</b>         |   | Påbörja registreringar i modulen för blåsdysfunktion                               |  | Ingen aktuell aktivitet   |  | Linjechefer   |   |
| <b>Antal utbildade utbildare i Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre</b> | 2013-12-31<br>2 st utbildare finns i länet<br><b>151231:</b><br><b>2 utbildare i länet</b>  | Öka antalet utbildare i Första hjälpen för Psykisk hälsa - äldre                   |  | Ingen aktuell aktivitet   |  | Linjechefer   | Aktiviteter finns i handlingsplanen för psykisk hälsa         |
| <b>Antal registrerade munhälsobedömningar i Senior Alert</b>                   | 1830 risk-bedömningar 2012-10-01 – 2013-09-30<br><br>2013-10-01 – 2014-09-30<br>8062 risk-bedömningar<br><br><b>2015-01-01-2015-12-31</b><br><b>3926 risk-bedömningar</b> | 8000 registrerade bedömningar  |  |   |  |   | Utvecklingsledare samverkar med beställarenheten - tandvården |








## PREVENTIVT ARBETSSÄTT

| Mått           | Länsmått | Länsmål | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet  | Status | Ansvariga | Kommentarer   |  |
|----------------|----------|---------|--------------------------|--|--------|-----------|---|--|
| Fallprevention |          |         | Start 2014<br>Vecka 40   | Stå på dig -<br>Fallkampanj                                    | ○○○○   |           | Frivilligorganisationer<br>med stöd från<br>Socialstyrelsen |  |
|                |          |         |                          | Analys av vilka som<br>faller och vart<br>fallhändelserna sker |        |           | Fredagsgruppen  |  |
|                |          |         |                          | Otagoutbildning  |        |           | Ledningskraft   | Inventering<br>genomförd<br>Kontakter med Säker<br>Senior för utbildning |
|                |          |         |                          | Balansskola  |        |           | Lokala<br>samverkansgrupper                                 |  |
|                |          |         |                          | Minska läkemedel med<br>påverkan på hjärnan                    |        |           | Ledningskraft   | Med stöd av<br>läkemedels-<br>kommittén                                  |

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART

## GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

| Mått  | Länsmått | Länsmål                       | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet   | Status   | Ansvariga  | Kommentarer |
|---|----------|-------------------------------|--------------------------|---|--|--|-------------|
| <p><b>Antal registrerade demensutredningar av nyinsjuknade i Svenskt Demensregister- SveDem</b></p> <p>34 st<br/>2013-09-30<br/>29 st<br/>2014-09-30</p> <p><b>totalt 120 utredningar 2015-12-31 varav 10 st 2015</b></p> |          | 150 registrerade utredningar  | Start 2015               | Kartlägga ansvaret för specialiserad demensvård   |   | Ledningskraft  |             |
| <p><b>Antal registrerade demensuppföljningar i Svenskt Demensregister- SveDem</b></p> <p>17 st<br/>2013-09-30<br/>11 st<br/>2014-09-30<br/><b>19 st 2015-12-31</b></p>  |          | 50 registrerade uppföljningar | Start 2016               | Införa SveDem i primärvården  |   | Linjechefer  |             |
| <p><b>Antal registreringar i Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – BPSD</b></p> <p>495 st<br/>2013-09-30</p> <p>646 st<br/>2014-09-30</p> <p><b>434 st 2015-01-01-- 2015-12-31</b></p>    |          | 1000 registrerade utredningar |                          | <p>Utvärdering av demensdokument utifrån beslut i SVOM</p> <p>Kontinuerligt<br/>Utbilda BPSD-team</p> <p>Kontinuerligt<br/>Webbutbildning för arbetslag</p> | <p></p> <p></p> <p></p> | <p>Ledningskraft</p> <p>Linjechefer med stöd av certifierade utbildare</p> <p>BPSD administratörer</p> |             |










STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

## GOD LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR SJUKA ÄLDRE



| Mått  | Länsmått   | Länsmål   | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet                                | Status  | Ansvariga     | Kommentarer                     |
|---|--|---|--------------------------|--|---|---------------|---------------------------------|
| <p><b>Andel i förhållande till motsvarande månad 2014</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• olämpliga läkemedel till personer &gt;75 år</li> <li>• läkemedel mot psykos till personer &gt;75 år</li> <li>• antiinflammatoriska läkemedel &gt; 75 år</li> </ul> | <p>2014<br/><b>2015</b></p> <p>8,2 % - 8,8 %<br/><b>8,0 % - 8,5 %</b><br/><b>11 av 12 mån</b><br/><b>lägre än 2014</b></p> <p>1,9 % -2,3 %<br/><b>2,1 % - 2,3 %</b><br/><b>2 av 12 mån</b><br/><b>lägre än 2014</b></p> <p>3,0 % – 3,6 %<br/><b>2,6 % - 3,3 %</b><br/><b>10 av 12 mån</b><br/><b>lägre än 2014</b></p> | <p>8 av 12 månader<br/>lägre än 2015</p> <p>8 av 12 månader<br/>lika eller lägre än<br/>2015</p> <p>8 av 12 månader<br/>lägre än 2015</p> | -sept. 2017              | Minska läkemedel med påverkan på hjärnan | <span style="background-color: red; color: red;">■</span> | Ledningskraft | Med stöd av läkemedelskommittén |

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART


## SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG

| Mått  | Länsmått   | Länsmål   | Tidsplan för aktiviteter             | Aktivitet  | Status  | Ansvariga      | Kommentarer   |
|---|--|---|--------------------------------------|--|---|----------------|---|
| <b>Andel undvikbara slutenvårdstillfällen</b> | Andel/100 000 inv.<br>April – sept-14<br>149,1 - 217,5 | Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2016 | 2015-2017<br><br>Pågår kontinuerligt | Utvärdera Geriatriska Stödet                       |    | Ledningskraft  |   |
|   | April – sept-15<br>141,6 – 183,0                       |   |                                      | Dokumentera behandlingsstrategi i patientjournal   |    | Linjechefer    |   |
|   | <b>April - september 2016</b><br><b>146,7 – 188,2</b>  |   |                                      | Visam  |    | Ledningskraft  |   |
|   |  |   |                                      | Förbättringsarbete hjärtsvikt                      |    | Ledningskraft  |   |
| <b>Återinskrivningar inom 30 dagar</b>        | April – sept 2014<br>Andel ÅI 30<br>17,2 – 23,3        | Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2016 |                                      | Lagen om samverkan vid utskrivning från slutna HSV |    | Ledningskraft  | Nätverk nationellt och för norra regionen                                       |
|   | April – sept 2015<br>15,1 – 21,5                       |   |                                      | Trygg och säker hemma – implementering             |   | Ledningskraft  | Konferens om <i>Samverkan till och från slutenvård</i> genomförd aug-sept. 2016 |
|   | <b>April - september 2016</b><br><b>13,8 -19,8</b>     |   |                                      | SIP rutin - IT-stöd - implementering               |  | Fredagsgruppen | Implementeringsplan finns   |
|   |  |   |                                      | Länsgemensam egenvårdsrutin                        |  | Fredagsgruppen | Implementeringsplan saknas  |
|   |  |   |                                      | Införa mobilt närvårds-team                        |  | Ledningskraft  | Uppdragsbeskrivning finns   |

## STRUKTUR FÖR LEDNING OCH STYRNING I SAMVERKAN

| Mått  | Länsmått | Länsmål                                       | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet                          | Status   | Ansvariga                      | Kommentarer |
|---|----------|---|--------------------------|------------------------------------|--|--------------------------------|-------------|
| Antal kommuner med lokala samverkansgrupper kommun/PV för hela äldreområdet |          | Utveckla 8 lokala samverkansgrupper kommun/PV | 2014                     |                                    |   | Ledningskraft                  | 2016-10-21  |
|   |          | Långsiktig ledning och styrning i samverkan   | 2014-08-15               | Ta fram en plan<br>Revidera planen | <br> | Ledningskraft<br>Ledningskraft |             |

## ÖKAT BRUKARINFLYTANDE

| Mått  | Länsmått | Länsmål              | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet   | Status  | Ansvariga                             | Kommentarer |
|---|----------|----------------------|--------------------------|---|---|---------------------------------------|-------------|
| Det finns en strategi för hur länet ska arbeta med brukarinflytande | Saknas   | Öka brukarinflytande | Start våren 2014         | Ta fram en plan för långsiktigt arbete med brukarinflytande |  | Länsövergripande utvecklingsgrupp RUG |             |

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

## FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

| Mått  | Länsmått | Länsmål   | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet                              | Status | Ansvariga   | Kommentarer   |
|---|----------|---|--------------------------|--|--------|---|---|
| Det finns ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete |          | Att ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete |                          | Aktiviteter kopplade till plan för EBP |        | Ledningskraft<br>Länsövergripande utvecklingsgrupp<br>RUG | Samverkan med utvecklingsledare<br><br>Pilot EBP genomförd i Bergs kommun |

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART



## REHABILITERING

| Mått | Länsmått                         | Länsmål      | Tidsplan för aktiviteter | Aktivitet   | Status | Ansvariga      | Kommentarer                              |
|------|----------------------------------|--------------|--------------------------|---|--------|----------------|--|
|      | Antal utbildade i COPM-skattning | 10 utbildade | 171231                   | Initiera genomförande av COPM i Senior Alert                                    | ■      | Linjechefer    | Kan vara en del av Trygg och Säker hemma |
|      |                                  |              |                          | Utforma metod för ett bra mottagande i hemmet efter utskrivning från slutenvård | ■      | Fredagsgruppen | Trygg Hemma (Ronneby/Halmstad)           |
|      |                                  |              |                          | Ta fram en arbetsmodell för dagrehabiliteringsgrupper                           | ■      | Ledningskraft  | Samverkan kommun/PV/ specialiserad vård  |

STATUS: ■ = EJ PÅBÖRJAT ■ = PÅGÅR ■ = KLART

## BILAGA 1

### **MÅL FÖR DEN NATIONELLA ÄLDRESATSNINGEN 2011–2014 MED LOKAL FORTSÄTTNING 2015 OCH FRAMÅT**

Överenskommelsens mål är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov och satsningen syftar till att uppmuntra, stärka och intensifiera samverkan mellan kommuner och landsting. Det fortsatta arbetet ska bli en integrerad del av landstingets och kommunernas ordinarie verksamhet.

- Skapa samverkan och samordning,
- God hälsa, vård och omsorg,
- God och säker läkemedelsanvändning,
- God vård i livets slutskede,
- God vård vid demenssjukdom,
- Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter,
- Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens,
- Uppföljning och utvärdering.


## BILAGA 2 – FÖRÄNDRINGSKONCEPT

| Analysera, prioritera, agera, följ upp utifrån kvalitetsregister och öppna jämförelser  | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
|---|---------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Involvera den äldre, närstående och frivilliga</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Använd checklistor</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Utnyttja vårdteamens kompetens</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Återkoppla och förbättra utifrån resultat</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Använd kvalitetsregister</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Lär av andra</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Skapa gemensam målbild</li> </ul> <p><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b></p>  |                                 |   |
| Gå från reaktiv till proaktiv vård och omsorg om äldre  | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Utse en kontaktperson till varje patient</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Upprätta en samordnad, individuell vårdplan</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Öka samarbetet mellan vårdgivarna</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Använd hembesök när situationen kräver det</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Använd SBAR</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Använd Senior alert</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Skapa utrymme för reflektion</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Följ upp tillsammans med patienten</li> <li><input type="checkbox"/> 9. Använd Passion för livet</li> </ul> <p><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b></p> |                                 |  |

■ Arbetar redan med detta

■ Intresse finns att påbörja arbete

■ Behöver mer kunskap

| Använd läkemedel till äldre på ett optimalt sätt   | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
|--|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Stäm av med patienten vilka läkemedel som används<br><input type="checkbox"/> 2. Genomför regelbundna läkemedelsgenomgångar med vårdteamet<br><input type="checkbox"/> 3. Säkerställ att patienten förstår varför ett läkemedel som används<br><input type="checkbox"/> 4. Ge varje patient en läkemedelsberättelse<br><input type="checkbox"/> 5. Ge varje patient en kopia av sin läkemedelslista med instruktioner<br><input type="checkbox"/> 6. Säkerställ att berörda aktörer kring patienten har en korrekt läkemedelslista<br><input type="checkbox"/> 7. Använd Kloka listan<br><br><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b> |                                 |   |
| Öka den äldres och anhörigas medverkan och delaktighet i vården  | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
| <input type="checkbox"/> 1. Uppmuntra den äldre till eget ansvar för sin hälsa<br><input type="checkbox"/> 2. Stötta äldre i deras erfarenhetsutbyte och skapa mötesplatser<br><input type="checkbox"/> 3. Erbjud stöd/verktyg för egenvård<br><input type="checkbox"/> 4. Mät och utvärdera den äldres delaktighet<br><input type="checkbox"/> 5. Gör det lustfyllt att vara delaktig<br><input type="checkbox"/> 6. Säkerställ att checklistan för läkemedel används<br><input type="checkbox"/> 7. Uppmuntra till att skriva ned frågor innan kontakt med vården<br><br><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b>   |                                 |  |

 Arbetar redan med detta

 Intresse finns att påbörja arbete

 Behöver mer kunskap

| Förflytta från slutenvård till öppna vårdformer och hemsjukvård   | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
|---|---------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Skapa multiprofessionella team i öppna vårdformer<br><input type="checkbox"/> 2. Använd Senior alert<br><input type="checkbox"/> 3. Utför behandlingar i hemmet<br><input type="checkbox"/> 4. Följ upp via telefon<br><input type="checkbox"/> 5. Använd en samordnad, individuell vårdplan<br><input type="checkbox"/> 6. Organisera vården så att den äldre kan välja att vårdas i hemmet till livets slut<br><br><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b>  |                                 |   |
| Fokusera på den äldres process för en sammanhållen vårdkedja  | Verktyg och metoder vi använder | Egna anteckningar   |
| <input type="checkbox"/> 1. Fokusera på individen genom vårdkedjan<br><input type="checkbox"/> 2. Ta bort det som inte är värdeskapande<br><input type="checkbox"/> 3. Möjliggör direktinläggningar<br><input type="checkbox"/> 4. Samverka över gränserna<br><input type="checkbox"/> 5. Planera varaktigt och långsiktigt för kronisk sjukdom<br><input type="checkbox"/> 6. Involvera patienten i vårdplaneringen<br><input type="checkbox"/> 7. Utveckla snabbspår<br><input type="checkbox"/> 8. Fråga efter patientens förväntningar<br><br><b>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</b> |                                 |  |

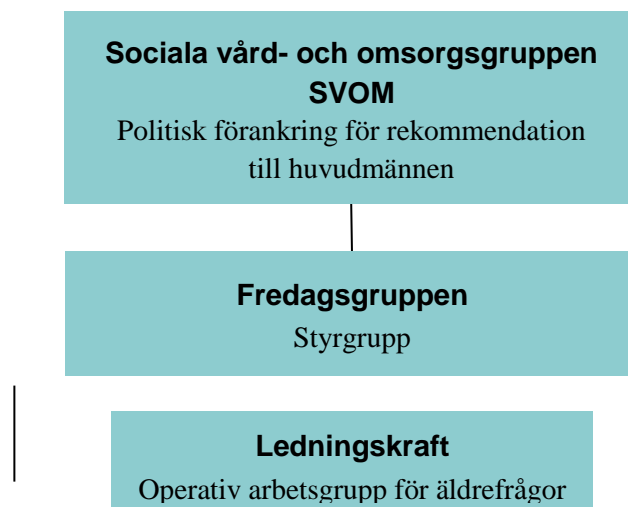
■ Arbetar redan med detta

■ Intresse finns att påbörja arbete

■ Behöver mer kunskap

## BILAGA 3

### ORGANISATION "BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE"



**Fredagsgrupp:** En gemensam samverkans- och kunskapsarena för länets kommuner och Region Jämtland Härjedalen inom hälso- och sjukvård och vård- och omsorgsområdet, med **fokus på strategiska och framåtsyftande områden och är beredande organ till SVOM**

**Deltagare:** Från Region Jämtland Härjedalen: Samordnare social välfärd, hälso- och sjukvårdsdirektör, planeringschef, vårdstrateg, chef för beställarenheten samt områdeschefer (psykiatri, medicinska resp. opererande specialiteter och primärvård) Från länets samtliga kommuner: förvaltningschefer/motsv.

**Ledningskraft 2016:** Carina Rodhe Bergs kommun, Ulla-Britt Barcheus-Olofsson PV Bräcke kommun, Justin Cruseman Härjedalens kommun, Robert Björngård PV Krokoms kommun, Elisabeth Carlander-Blom Ragunda kommun, PV Strömsunds kommun, Yvonne Edlund Åre kommun, Märit Viklund PV Östersunds kommun, Robert Brandt Östersunds kommun, Lisbet Gibson/Mia Ajax OMS, Anita Secher OOS, Eva Pia Darsbo Geriatriskt stöd och Elsy Bäckström FoU Jämt



## BILAGA 4

### FÖRKORTNINGAR OCH FÖRKLARINGAR

|                    |  |
|--------------------|--|
| BPSD               | Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens   |
| Brytpunktssamtal   | <b>Palliativregistrets beskrivning av brytpunktssamtal</b>                                       |
| CeHis              | Center för e-hälsa i Samverkan   |
| EBP                | Evidensbaserad praktik   |
| EC                 | Enhetschef   |
| FoU                | Forskning och utveckling   |
| Fredagsgruppen     | Tjänstemannagrupp som är beredningsgrupp till SVOM   |
| GAP-analys         | Analys av gapet mellan nuläge och nyläge   |
| HC                 | Hälsocentral   |
| IVA                | Intensivvårdsavdelning   |
| JLL                | Jämtlands läns landsting   |
| Kloka listan       | Läkemedel som rekommenderas till äldre   |
| MAS                | Medicinskt ansvarig sjuksköterska  |
| Memeologen         | Utvecklingsenhet i Västerbottens läns landsting  |
| MIUN               | Mittuniversitetet  |
| NOD                | Nationella ordinationsdatabasen  |
| NPÖ                | Nationella patientöversikten – ger möjlighet att läsa andra vårdgivarens journalanteckningar mm. |
| Palliativregistret | Kvalitetsregister för vård i livets slut   |
| Passion för livet  | Studiecirkelmateriel riktat till pensionärsorganisationerna                                      |
| Phase 20           | Skattningsinstrument för läkemedelsrelaterade problem  |

|              |  |
|--------------|--|
| PPM          | Punktprevalensmätning  |
| PV           | Primärvården   |
| RCC          | Regionalt Cancer Centrum   |
| ROAG         | Riskbedömningsinstrumentet Revised oral assessment guide - för bedömning av munhälsa   |
| SBAR         | ”Situation, Bakgrund, Aktuellt tillstånd, Rekommendation” - en metod för vårdpersonal att på ett säkert och standardiserat sätt lämna och ta emot viktig info om patienter |
| Senior Alert | Kvalitetsregister för bedömning av risk för trycksår, fall och undernäring   |
| SKL          | Sveriges Kommuner och Landsting  |
| SOSFS        | Socialstyrelsens författningssamling   |
| Ssk          | Sjuksköterska  |
| SveDem       | Svenskt demensregister   |
| SVOM         | Sociala vård- och omsorgsgruppen   |
| SÄBO         | Särskilt boende  |
| Usk          | Undersköterska   |

## REVIDERINGAR

Datum 2012-09-24 - Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2013-05-17 – Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2014-02-21 – Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2015-05-22 – Reviderad och beslutad av SVOM

Datum 2016-03-21 - Uppdaterad av Ledningskraft

Datum 2016-10-21 – Uppdaterad av Ledningskraft

Datum 2016-12-16 – Reviderad och beslutad av SVOM