

Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland

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



**Regional handlingsplan 2012 - 2014
med särskilt fokus på de mest sjuka äldre**

Innehåll

SAMMANFATTNING	sid. 3
VARFÖR EN HANDLINGSPLAN?	sid. 4
Att blir gammal i Västra Götaland	
Äldre i Västra Götaland är individer med olika behov	
Svagheter och möjligheter	
Vad tycker de som vi är till för?	
Uppdraget	
Parallella uppdrag	
Överenskommelsen staten och Sveriges Kommuner och Landsting	
SÅ HÄR HAR PLANEN ARBETATS FRAM	sid. 9
FÖRE, UNDER OCH EFTER	
Viktiga delar och processer i en sammanhållen vård och omsorg	sid. 10
MÅL OCH MÅLOMRÅDEN	sid. 11
INSATSER FÖR ATT NÅ MÅLEN	sid. 12
PROCESS FÖRE	sid. 12
Samordnad information, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande, riskidentifiering, proaktiv hälso- och vårdplanering, hälsostyrning	
PROCESS UNDER 1	sid. 13
God och nära vård, rehabilitering och omsorg	
PROCESS UNDER 2	sid. 17
Tillfällig sjukhusvård	
PROCESS EFTER	sid. 18
Uppföljning och återkoppling på individnivå, registrering, analys, återföring, ständiga förbättringar, kompetensutveckling	
SAMVERKAN OCH KOMPETENS	sid. 19
FORTSATT ARBETE OCH IMPLEMENTERING	sid. 20

Bilagor

- Bilaga 1: Uppdragshandling
- Bilaga 2: Nulägesinventering
- Bilaga 3: Ledning i samverkan
- Bilaga 4: Deltagare i arbetet med handlingsplanen
- Bilaga 5: Ledningskraftsteam

SAMMANFATTNING

Fler blir allt äldre och idag finns cirka 285 000 personer 65 år och äldre i Västra Götaland. Gruppen 65-79 ökar med 19 procent och gruppen över 80 år ökar med 8 procent fram till 2020. De allra flesta har en god hälsa och klarar sig självständigt i vardagen högt upp i åldrarna. Det är den sista delen av ålderdomen som de flesta oroar sig för och det är också då som funktionsnedsättningar och behov av en god vård och omsorg ofta inträder.

Äldre är individer med olika behov vid olika tidpunkter. Handlingsplanen har därför en bred ansats och omfattar samtliga områden som kan vara aktuella för åldersgruppen. Den nationella satsningen och överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre utgör en viktig del.

Arbetet med att ta fram planen har skett i bred samverkan mellan representanter från kommun, primärvård och länssjukvård från de fem delregionala närvårdssamverkansgrupperna. Svagheter och möjligheter har identifierats och utifrån detta har förslag till förbättringsarbete tagits fram. Representanter för målgruppen har deltagit med synpunkter i fokusgrupper, workshops och pensionärsträffar. Arbetet har efterhand förankrats i närvårdssamverkans- och ledningsgrupper och kontinuerligt stämts av i en styrgrupp.

Tre viktiga processer för en god och sammanhållen vård och omsorg identifierades och beskrevs i begreppen FÖRE, UNDER och EFTER. Därefter arbetade arbetsgrupperna fram mål och aktiviteter för att uppnå målen inom respektive process och i övergångarna dem emellan.

Det övergripande målet är att den enskilde ska uppleva trygghet och säkerhet, kontinuitet och samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan eller vilka vårdbehov hon eller han har. Vården och omsorgen ska vara jämlik, samordnad och sammanhållen, vilket innebär att hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och länssjukvård samverkar runt de sjuka äldre och att tillgodose behov som äldre med invandrarbakgrund kan ha. Den viktigaste uppgiften är att skjuta upp tidpunkten för att bli mest sjuk äldre och när detta inträffar ska vi erbjuda Sveriges bästa hälso- och sjukvård. Hälsa, service, delaktighet och vårdkvalitet ska genomsyra all vård och omsorg. Därtill kommer ett proaktivt arbetssätt.

Utifrån den enskildes perspektiv är målet:

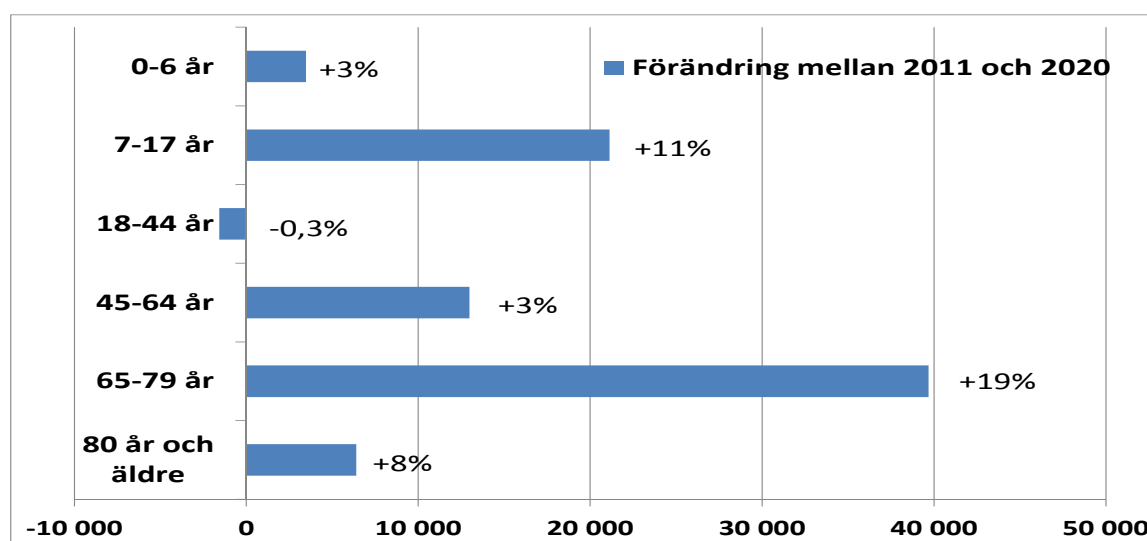
”Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg.”

VARFÖR EN HANDLINGSPLAN?

För att de allt fler äldre med bristande hälsa i Västra Götaland ska kunna leva ett gott liv fordras att vård och omsorg är sammanhållen, och att äldreomsorg, hemsjukvård, primärvård och sjukhus samverkar runt de sjuka äldre. Den enskilde ska också kunna uppleva trygghet och säkerhet, värdighet, välbefinnande, tillgänglighet och kontinuitet oavsett behov och var i vårdkedjan hon eller han befinner sig.

Att bli gammal i Västra Götaland

Fler blir allt äldre och idag finns det cirka 285 000 personer som är 65 år och äldre i Västra Götaland. Enligt Västra Götalandsregionens befolkningsprognos, med basår 2010, kommer antalet personer 80 år och äldre att öka med cirka åtta procent fram till 2020. Antalet personer mellan 65 och 79 år kommer samtidigt att öka med cirka 19 procent.



Prognostiserad förändring av folkmängden (antal och procent) i Västra Götaland 2011-2020, fördelat på sex åldersklasser. Källa: Västra Götalandsregionen, Statistikdatabasen, Regionutvecklingssektariatet.

De allra flesta har en god hälsa och klarar sig självständigt i vardagen högt upp i åldrarna. I ett europeiskt perspektiv befinner sig Sverige i topp avseende självskattad hälsa bland personer över 85 år. 51 procent anser sig ha god eller mycket god hälsa.¹

I Kairos Futures senaste attitydundersökning om framtidens äldre konstateras att upp till 80 år är de äldre som folk i största allmänhet. De är aktiva, vill jobba, resa och bo bra. Första hälften av ålderdomen lever de flesta ganska bra. Trots att många klarar sig själva förknippas ökad ålder med risk för sjukdom och många lever med kroniska sjukdomar. Av dem som är 80 år och äldre har 24 procent hemtjänst i ordinärt boende och 15 procent bor i särskilt boende. Sammanlagt har alltså närmare 40 procent någon av dessa insatser från sin kommun. Det är den sista delen av ålderdomen som de flesta oroar sig för och det är också då funktionsnedsättningar ofta inträder.

För dagens äldre med flera samtidigt förekommande sjukdomstillstånd och en skör livssituation ställs stora krav på vård- och omsorgssystemet, som är organiserat efter diagnoser och mindre utifrån sjuka äldres behov. Olika studier liksom patient- och brukarundersökningar ger

¹ SKL, 2008, "Aktuellt på äldreområdet 2008"

en bild av att sjuka äldres behov av en sammanhållen vård och omsorg inte uppmärksammas tillräckligt. Problemen handlar om att det är svårt att orientera sig, att hitta rätt och att hantera alla kontakter med vården och omsorgen. Många faller mellan stolarna och ett stort ansvar får tas av anhöriga och närstående. Inte sällan hamnar äldre på sjukhus för sjukdomstillstånd som en väl fungerande primärvård och äldreomsorg i samarbete hade kunnat förebygga. Detta innebär utvecklings-, resurs- och kvalitetsutmaningar för hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Äldre i Västra Götaland är individer med olika behov

Gruppen äldre utgörs av individer med olika och ibland mycket sammansatta behov. Det ställer krav på en vård som organiseras utifrån patientens behov och som inte möter hinder till följd av olika huvudmän eller organisatoriska gränser. Varje insats måste sträcka sig in i nästa insats så att inga glapp uppstår avseende information och vård. Utmaningen för regionen tillsammans med kommunerna är att både tillsammans och var för sig bidra till en sammanhållen vård och omsorg med ett helhetsperspektiv och hög kvalitet.



Friska äldre är listade på vårdcentral. Dessa personer bör få stöd i att ha kontroll över sin hälsa och erbjudas livsstils- och hälsoorientering för att förebygga ohälsa/sjukdom.

Äldre med risk är listade på vårdcentral och hittas genom livsstils- och hälsoorienterat arbete. Dessa personer bör erbjudas riskbedömning och riktade åtgärder på individ- eller gruppnivå.

Kroniskt sjuka äldre är listade på vårdcentral och omfattas oftast av vårdprogram med standardiserade kontroller, till exempel vid diabetes, KOL eller hjärt-kärlsjukdom. Uppskattningsvis har cirka 65 procent av befolkningen över 75 år fler än en kronisk sjukdom och har kontakt med många olika vårgivare. Problemen för den här gruppen äldre, inte minst de med

invandrarbakgrund, handlar ofta om att det är svårt att orientera sig och hitta rätt inom vården. Detta beror bland annat på brist på kontinuitet, avsaknad av samordnad vårdplan och fast vårdkontakt.²

Mest sjuka äldre är listade på vårdcentral och är beroende av personcentrerad och sammanhållen vård och omsorg.

I överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012 definieras mest sjuk äldre enligt följande. ”Mest sjuk äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom”.

Gruppen innefattar samtliga personer 65 år och äldre med behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg.

Med omfattande sjukvård avses: Multisjuklighet (tre diagnoser de senaste tolv månaderna), fler än 19 vård dagar eller fler än tre inskrivningar i slutenvård eller sju läkarbesök i öppen specialiserad sjukvård.

Med omfattande omsorg avses: Äldre som bor permanent på särskilt boende, har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, vistas på korttidsenheter eller har beslut om stöd och service enligt LSS (Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade).

I regionen finns uppskattningsvis 50 000 personer som kan definieras som mest sjuka äldre. Den nationella inventeringen³ av brister i vården vad gäller denna grupp visar att

- 9 procent vårdas på sjukhus för sjukdomstillstånd som en väl fungerande primärvård i samarbete med äldreomsorgen skulle ha kunnat förebygga
- 16 procent behandlas med minst ett läkemedel som kan vara direkt olämpligt för äldre
- 9,4 procent har tre psykofarmaka samtidigt
- hälften av landstingen har inte beskrivit de mest sjukas behov i förfrågningsunderlaget/-uppdraget till primärvården.
- inget landsting har system för att identifiera mest sjuka äldre
- mest sjuka äldre missgynnas av vårdvalet om de inte har en stark företrädare
- många saknar en individuell vårdplan och fast vårdkontakt.

Svagheter och möjligheter

SKL har genomfört kvalitativa studier där 298 personer 75 år och äldre och deras anhöriga deltog.⁴ Från Västra Götaland deltog Orust och Uddevalla kommuner. De tillfrågade hade under en 18-månadersperiod i genomsnitt gjort 4 besök i primärvården och hade lika många slutenvårdsinläggningar. Primärvården utgjorde endast 3 procent av den totala resursinsatsen medan slutenvården utgjorde 58 procent. Enligt studiens beräkningar motsvarade kostnaderna för varje slutenvårdsinläggning 56 läkarbesök inom primärvården eller 105 hembesök av distriktssköterska. Slutsatserna i studien är att kommuner och landsting står inför ett antal utmaningar:

² SOU 2010:48, ”Multipla problem bland personer över 60 år”

³ SKL, 2012, ”Bättre liv för sjuka äldre”

⁴ SKL, 2012, ”Bättre liv för sjuka äldre”

- Det finns brister i samordning och planering mellan olika aktörer i vården och omsorgen kring de mest sjuka äldre.
- Det saknas ofta kontinuitet och långsiktighet i primärvårdens insatser för de mest sjuka äldre.
- Det finns brister avseende informationsöverföring och helhetsansvar kring de mest sjukas läkemedelsanvändning.
- De mest sjuka äldre och deras anhöriga involveras inte i tillräcklig utställning i utformning av stöd och insatser.
- Kontinuiteten i kontakten med vården är bristfällig och det saknas någon som de äldre har en förtroendefull relation med.
- Anhöriga står för en stor del av omsorgen men ges inte tillräckligt stöd.

Studien visar också på konkreta möjligheter till förbättring och förnyelse:

- Det finns potentialer i tidig identifiering av sjuka äldre och evidensbaserat riskförebyggande arbete.
- Värde av att som beställare tillämpa styrsystem som kräver samordnad vård och omsorg om sjuka äldre.
- Anpassade personcentrerade lösningar.
- Potentialen i att involvera äldre och deras anhöriga i utformningen av vård och omsorg är undervärderad.

The commonwealth fund genomförde 2011 en enkät bland patienter i elva länder.⁵ I Sverige intervjuades drygt 10 500 personer. Av dessa var 4 800 stycken över 75 år. Alla som deltog ingår i en grupp som definieras ha ganska dålig eller dålig hälsa. Enkäten består av 92 frågor och Sverige ligger bra till inom många områden, men inom tre för sjuka äldre viktiga områden noteras bottenplaceringar och det finns således en stor förbättringspotential: Endast 55 procent uppgav att de fått tydliga instruktioner om symtom att hålla koll på och när det var dags att söka fortsatt vård, endast 44 procent uppgav att de fått en skriftlig plan för sin vård efter utskrivning och 40 procent att de fått en genomgång av sina läkemedel.

Vad tycker de som vi är till för?

I genomförda dialogmöten, workshops och fokusgrupper med invånare i Västra Götaland framkommer framförallt att

- information och vägledning ska vara lättillgänglig, samordnad och enhetlig
- mjuka värden, empati, helhetssyn, bemötande, service och vårdmiljö, är lika viktiga som god vård
- vårdcentralerna bör ha mer hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet
- kommunikation och information under vårdepisoden kan bli bättre, namngiven vårdkontakt behövs
- logistik, samordning och samverkan mellan vårdgivare måste bli bättre
- läkare och sjuksköterskor ska vara mer i vården och inte administrera
- anhöriga och närstående behöver stöd
- tekniken för delaktighet, information, kommunikation, egenvård och möjlighet att vårdas hemma behöver utvecklas

⁵ The 2011 commonwealth fund international policy survey

- äldre kan stödja äldre, delta i planering och utförande

Uppdraget

Hösten 2011 gav hälso- och sjukvårdsutskottet i uppdrag åt hälso- och sjukvårdsdirektören att ta fram en handlingsplan avseende hälso- och sjukvård för åldersgruppen 65 år och äldre med särskilt fokus på de mest sjuka äldre. Planen skulle tas fram i bred samverkan med regionens olika aktörer samt med den kommunala vård- och omsorgsverksamheten. Vidare skulle arbetet synkroniseras med "Framtidens hälso- och sjukvård 2025", övriga utredningar med bäring på äldre samt med den kommande överenskommelsen mellan regeringen och SKL.⁶

Parallella uppdrag

Under arbetets gång har regionstyrelsen uppdragit åt regiondirektören att beskriva aktiviteter som ska stödja verksamheternas effektiviseringsarbete. Flera av de planerade aktiviteterna har direkt anknytning till och finns i liknande form beskrivna i arbetet med handlingsplanen för sjuka äldre. De mest närliggande aktiviteterna är "Akutsjukvård i hemmet" och "Utvecklad samverkan med kommunerna". Dessa projekt har en senare tidplan men har stämts av under arbetets gång. Andra projekt och arbeten med nära koppling till sjuka äldre är aktiv hälsostyrning och utveckling av 1177.

Överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting

Regeringen satsar 4,3 miljarder kronor under mandatperioden för att förbättra vården för de mest sjuka äldre. För 2012 avsätts knappt 1,3 miljarder kronor och för de kommande två åren motsvarande nivåer. Sedan 2010 har årliga överenskommelser ingåtts med SKL avseende vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Stimulansmedlen har inriktats mot att stödja ett långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete inom hälso- och sjukvårdsnämndsområdena. Medlen har också använts till försöksverksamheter som bygger på sammanhållen vård och omsorg och helhetslösningar kring de mest sjuka äldre. I Västra Götaland pågår ett par sådana försöksverksamheter: In- och utskrivningsklar patient - en sammanhållen vårdkedja för mest sjuka äldre - i Storgöteborg och TryggVE i Södra Älvsborg inom vilket utveckling sker inom flera områden. Medel har också använts till kommun- och landstingsgemensamma utvecklingsledare. Av de nya medel som avsätts 2012 och framåt fördelas merparten enligt en prestations- och resultatbaserad modell där ersättning utgår om indikatorer för undvikbar slutenvård, återinskrivningar och olämpliga läkemedel förbättras. Överenskommelsen innehåller också en satsning på ledningskraftsteam och på kvalitetsregister.

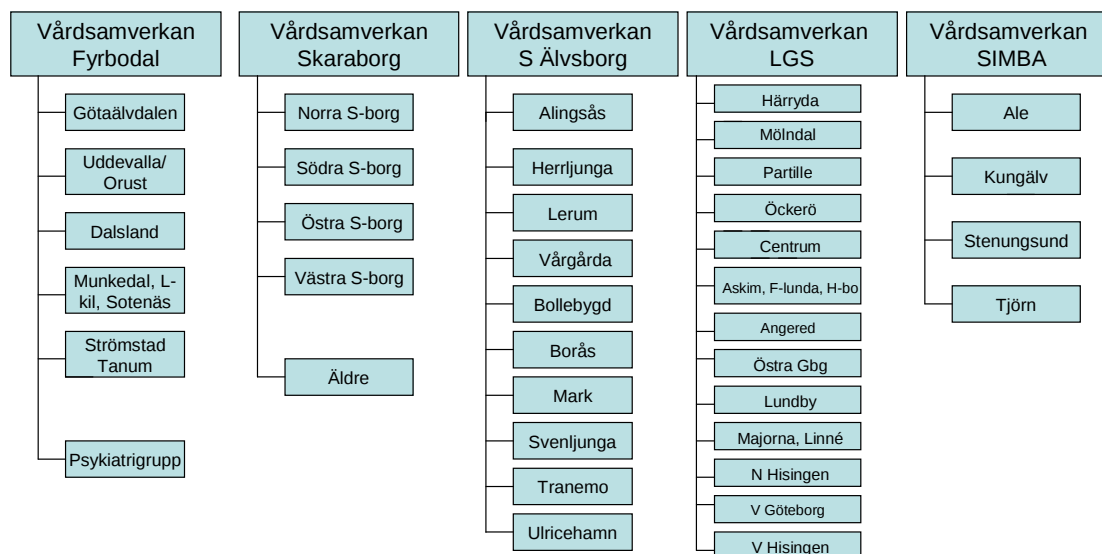
Målet för äldresatsningen 2011-2014 är att skapa samverkan och samordning, god hälsa, vård och omsorg, god och säker läkemedelsanvändning, god vård i livets slutskede, god vård vid demenssjukdom, bättre tillvarata individens och anhörigas resurser och synpunkter samt att utveckla kunskap, kvalitet och kompetens.

⁶ Uppdragshandlingen finns i bilaga 1.

SÅ HÄR HAR PLANEN ARBETATS FRAM

Arbetet med handlingsplanen startade med en kartläggning av befintlig verksamhet och pågående utvecklingsarbete i den delregionala vårdssamverkan i Fyrbodal, Södra Älvsborg, Skaraborg, Storgöteborg (LGS) och Mellersta Bohuslän och Ale (SIMBA). Det goda arbete som redan pågår fick utgöra utgångspunkten för det fortsatta arbetet med planen.

Vårdssamverkan- och närvårdsorganisering i Västra Götalands län



Närvårdsledningarna inbjöds att delta i arbetet och utsåg vardera sina representanter från kommun, primärvård och sjukhus att ingå i arbetsgrupperna. Tillsammans med specialister inom tandvård, läkemedel, samordnad vårdplanering, rehabilitering och palliativ vård identifierades styrkor och svagheter. Goda exempel studerades i och utanför regionen.

Parallellt genomfördes ett stort antal dialogmöten med intressenter från målgruppen; pensionärsråd, pensionärsorganisationer, olika nätverk och workshop i Vinnovas regi. Tjänstemän och specialister inom olika områden har konsulterats eller medverkat. Ledningskraftsteam bildades och deltog i arbetets slutfas.

Närvårdsledningarna i länet har informerats och haft tillfälle att komma med synpunkter. Arbetet har samordnats med det långsiktiga arbetet "Framtidens hälso- och sjukvård 2025", VG primärvårds utredning avseende omhändertagande av sjuka äldre. Avstämningar har skett med projektet aktiv hälsostyrning. Under arbetets gång har samarbete och avstämningar skett med Sveriges kommuner och landsting och med regeringens samordnare för äldre frågor. Regeringens satsning för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har varit vägledande inom tillämpliga områden.

Tre viktiga processer för en sammanhållen vård och omsorg identifierades i begreppen FÖRE, UNDER och EFTER. Därefter arbetade grupperna fram best practice inom respektive process och i övergångarna dem emellan. Arbetet skedde i så kallade flygningar och stämdes kontinuerligt av i en styrgrupp för projektet.

FÖRE, UNDER OCH EFTER

Viktiga delar och processer i en sammanhållen vård och omsorg:

En sammanhållen vård och omsorg



- FÖRE handlar om att strukturerat arbeta proaktivt för att främja hälsa och förebygga sjukdom och skada samt att identifiera personer med risk och skapa kontakt.
- UNDER delas i två delar där den ena, och största, handlar om den nära vården, det vill säga den vård som erbjuds av kommun, primärvård och öppen specialiserad sjukvård i nära samverkan. Den andra delen är när sjukhusets slutenvård krävs.
- EFTER handlar om uppföljning, registrering, utvärdering och återföring av resultat dels på individnivå i respektive process och dels på systemnivå för analys och förbättringar.

I samtliga delar, processer och övergångar krävs samarbete och samordning mellan kommun, primärvård och specialiserad vård för att uppnå målet om en sammanhållen vård och omsorg. Hälsa, service, inflytande och vårdkvalitet är värden som ska genomsyra all verksamhet. Därtill kommer ett proaktivt arbetssätt. Proaktivitet innebär att planera och agera innan sjukvårdsbehov uppstår eller kronisk sjukdom förvärras. Alla invånare är listade inom vårdvalet och primärvården har goda möjligheter att nå sina listade personer och erbjuda riskbedömning, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet i samarbete med kommunerna.

Hälsa: Hälso- och sjukvården arbetar för bibehållen eller återvunnen hälsa. Hälsofrämjande förhållningssätt är en självklar del i alla möten och all vård. Hälso- och sjukvården motiverar och stöttar individen att ta ansvar för sin hälsa och vård oavsett funktionsnedsättning, sjukdom och tillstånd.

Service: Hög tillgänglighet, bra bemötande och empatisk personal. Alla medarbetare tar personligt ansvar och förutsätts ge service utöver det förväntade. Var och en tar ansvar för att patienten alltid har kommit rätt.

Inflytande: Patienten har en individualiserad vårdplan och är medskapande i den egna vårdprocessen. Patienten äger sin egen information och vårdplan. I mötet blir den enskilde lyssnad på, blir förstådd, förstår och kan göra egna val.

Vårdkvalitet: All hälso- och sjukvård ges i rätt tid, har patientens fokus, är effektiv och jämlik i vårdkedjans alla delar. Behandlingsresultaten är av högsta klass.

MÅL OCH MÅLOMRÅDEN



Utifrån den enskildes perspektiv är målet:

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

För de samverkande organisationerna är den viktigaste uppgiften att verka för och stödja den enskilde i att skjuta upp tidpunkten för att bli sjuk eller mest sjuk äldre. När det inträffar är visionen att tillhandahålla Sveriges bästa hälso- och sjukvård och omsorg. Alla inblandade verksamheter ska arbeta för att tillgodose de äldres behov av förebyggande insatser, riskbedömningar, standardiserade kontroller samt vid behov erbjuda en personcentrerad vård och omsorg. Preventivt arbete, god vård vid kronisk sjukdom inklusive god läkemedelsbehandling och god vård i livets slutskede är viktiga områden. Proaktivitet ska komplettera nuvarande arbetssätt inom alla områden.

Målet är att den enskilde ska uppleva trygghet, säkerhet, kontinuitet, samordning, värdighet och välbefinnande oavsett var i vårdkedjan han eller hon befinner sig och oavsett vilka behov hon eller han har. Vården och omsorgen ska vara personcentrerad, jämlik, samordnad och sammanhållen, vilket innebär att hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhus samverkar med och runt de sjuka äldre.

I överenskommelsen mellan staten och SKL om en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre lyfts ett antal viktiga målområden fram: Sammanhållen vård och omsorg, god läkemedelsbehandling, riskförebyggande arbete, god vård vid demens, äldre och deras anhörigas insatser ska tillvaratas bättre och stöttas samt god vård i livets slutskede. Dessa områden är en viktig del i målet ”Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland”.

INSATSER FÖR ATT NÅ MÅLEN

För varje insatsområde beskrivs mål, aktiviteter för att nå målet och uppföljning för att mäta om målet uppfyllts. För flera av uppföljningarna anges inriktningen medan det exakta innehållet återstår att definiera.

1. PROCESS FÖRE

innebär samordnad information, hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet och riskidentifiering, proaktiv hälso- och vårdplanering samt hälsostyrning

1:1 Tillgänglig och samordnad information

Uppgifter om samhällets olika vård- och omsorgsverksamheter finns samlade, samordnade och är lättillgängliga. För äldre innebär det trygghet och säkerhet innan, om och när behov uppstår. Vårdens personal är kunnig och vet var informationen finns att hämta. Hög tillgänglighet, bra bemötande, empatisk och kompetent personal ansvarar för att vägleda och medverka till att individen kommer till rätt instans.

Mål: Den enskilde upplever att hon eller han alltid har kommit rätt och får adekvat information och vägledning.

Aktivitet: 1177 utvecklas och breddas och utgör vårdens callcenter och naturlig ingång till vården. Callcentret utvecklar en komplett utbudskatalog, som är tillgänglig via Webb för invånarna och vårdens personal. Kampanjer riktad till målgruppen och medarbetarutbildning genomförs och upprepas kontinuerligt. Appar för egenvård utvecklas och erbjuds.

Uppföljning: Tillgänglighet till information och vägledning. Genomförda aktiviteter.

1:2 Hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande verksamhet på vårdcentral

På vårdcentraler i regionen finns en funktion som i ett strukturerat program erbjuder personer 65 år och äldre att över tid ha kontroll över sin hälsa. I konceptet ingår samtal om hälsa, riskbedömning, upprättande av hälsoplan och vägledning till egna aktiviteter eller i verksamhet med professionellt stöd. Funktionen är en arena för samverkan såväl internt och som med kommunens olika verksamheter. En fast namngiven vårdkontakt erbjuds.

Mål: Alla enheter i regionen har en funktion som erbjuder personer 65 år och äldre att på ett strukturerat sätt ha kontroll över sin hälsa och har en fast namngiven vårdkontakt. Det övergripande målet är att hälsa och välbefinnande behålls/återvinns och att ohälsa, skada och sjukdom förebyggs. En jämlik hälsa skall särskilt uppmärksammas.

Aktivitet: Utveckla formerna för en funktion som erbjuder personer 65 år och äldre att på ett strukturerat sätt ha kontroll över sin hälsa.

Uppföljning: Antal enheter som inrättat funktionen 2013.

1:3 Riskidentifiering, proaktiv vårdplanering och hälsostyrning i samverkan

På vårdcentraler i regionen identifieras listade personer med risk för ohälsa. Mun- och tandhälsa, psykisk ohälsa och läkemedelsanvändning ingår. De olika vårdgivarna samarbetar för att äldre med risk erbjuds en uppdaterad, proaktiv och personcentrerad vårdplan. Denna plan kan snabbt aktiveras och verkställas om och när hälsan sviktar, vilket ger trygghet och vägledning både för den enskilde och för vård- och omsorgspersonalen. En fast namngiven vårdkontakt ansvarar för samordning av vårdinsatserna. Ibland kommer dessa personer ändå att hamna på en akutmottagning eller bli inlagda på sjukhus. Riskidentifiering vid dessa tillfällen med efterföljande vårdplanering i hemmet kompletterar och samordnas med insatsen på den listande vårdcentralen. Utvecklingsprojektet aktiv hälsostyrning identifierar mångsökare och erbjuder vårdplanering och coachning och är ytterligare en viktig del i den proaktiva hälsostyrningen.

Mål: Personer 65 år och äldre med risk är identifierade och har en proaktiv vårdplan. Undvikbara besök inom akutsjukvården och undvikbara inskrivningar i slutenvården minskar eller upphör. Vårdcentralerna har det övergripande samordningsansvaret för sina listade personer över 65 år.

Aktivitet: Inom ramen för funktionen på vårdcentralen identifieras personer med risk och en proaktiv vårdplan upprättas, uppdateras kontinuerligt och är vägledande för den enskilde och inblandade vårdgivare. Riskidentifiering på akutmottagning med uppföljande vårdplanering i hemmet införs. Projektet aktiv hälsostyrning är en viktig samverkanspartner och rutiner för samarbete och samordning skapas.

Uppföljning: Antal riskidentifierade personer i Senior Alert eller motsvarande register i förhållande till antalet listade i åldersgruppen 65 år och äldre.

2. PROCESS UNDER 1

innebär en god och nära vård, rehabilitering och omsorg

2:1 Övergripande och samordnad vårdplan

För individer som har insatser från en eller flera vård- och omsorgsgivare upprättas en övergripande och samordnad vårdplan tillsammans med patienten. Denna vårdplan är ett komplement till dokumentationen som finns på respektive inblandad enhet och ägs av patienten. Planen anger tydligt vad patienten ska vara uppmärksam på, vad som ingår i vården, vem som är ansvarig för de olika insatserna och vem som ansvarar för samordningen av dessa (fast vårdkontakt). En utsedd läkare har det samordnande medicinska ansvaret inklusive ansvar för att koordinera läkemedelsbehandlingen (fast läkarkontakt, oftast på den listande vårdcentralen).

Övergripande mål: Alla med insatser av en eller flera vårdgivare har en egen vårdplan som kontinuerligt uppdateras i samband med kontakter med olika vårdgivare. Åtkomst av dokumentationen över organisationsgränserna ska göras möjlig.

Aktivitet: Struktur, innehåll och rutin för en övergripande och samordnad IT-baserad vårdplan skapas och införs. Medarbetarutbildning genomförs.

Uppföljning: Antal upprättade samordnade vårdplaner i förhållande till antal personer med insatser från en eller flera vårdgivare.

2:2 Sammanhållen nära vård, rehabilitering och omsorg

Den nära vården har ett preventivt arbetssätt, gemensamma rutiner för bedömning, erbjuder kontinuitet och vid behov hembesök av distriktssköterska, läkare, rehabiliteringspersonal eller hemsjukvårdsteam. Läkaransvaret i den kommunala hemsjukvården och på särskilda boenden är tydligt. Vårdens och omsorgens olika delar är tillgängliga 24 timmar om dygnet. Dialog mellan primärvårdens, sjukhusens, ambulanssjukvårdens och hemsjukvårdens personal medverkar till att vård ges på rätt nivå. Efter bedömning av primärvårdsläkare och kontakt med sjukhuset kan direktinläggning ske. Sjukhusens specialister medverkar i den nära vården inom tillämpliga områden. Samordning av patientens vårdinsatser sker på den vårdcentral där han eller hon är listad.

Mål: Den nära vården bedrivs dygnet runt vilket också innefattar nyinsatt vårdplanering och insatser i samverkan mellan kommun, primärvård och öppen specialiserad vård.

Aktiviteter: Införa preventivt arbetssätt genom kontinuerlig riskidentifiering och förebyggande arbete. Skapa rutiner för snabbt insatt vårdplanering och insatser i samverkan mellan kommun och primärvård på hemmaplan under dygnets alla timmar och årets alla dagar. Skapa samarbetsavtal mellan kommunal vård, primärvård och ambulanssjukvård för optimalt resursutnyttjande. Tydliggöra läkaransvaret i hemsjukvård och på särskilda boenden. Inom närområdena skapa mobila hemsjukvårdsteam som är tillgängliga dygnet runt.

Uppföljning:

Undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar

Antal registreringar i Senior Alert eller motsvarande i relation till aktuella patienter

Antal hembesök från primärvården

Antal direktinläggningar i förhållande till inläggningar

2:3 God och säker läkemedelsbehandling

Insatser för att undvika olämplig läkemedelsanvändning hos äldre genomförs genom implementering av "Handlingsplan för äldre och läkemedel i VG" och "Riktlinjer för användning av öppenvårdsdos". Läkemedelsgenomgångar genomförs för alla över 75 år minst en gång årligen. I anslutning till inskrivning i hemsjukvård och vid inflyttning till särskilt boende görs alltid läkemedelsgenomgång. Samsyn och samverkan mellan primärvårdens och sjukhusens läkare är avgörande för god läkemedelsbehandling. En läkare finns utsedd som samordningsansvar för läkemedelsbehandlingen för varje enskild individ.

Mål: Olämpliga läkemedel, olämpliga läkemedelskombinationer och läkemedel mot psykos hos personer i särskilda boenden minskar .

Aktiviteter:

"Handlingsplan för äldre och läkemedel" och "Riktlinjer öppenvårdsdos" implementeras. Läkemedelsgenomgång för alla över 75 år sker årligen av den listande vårdenheten.

Uppföljning: Minskning av olämpliga läkemedel enligt de nationella målen.

2:4 God vård vid demenssjukdom

Nationella riktlinjer för demensvård är implementerade och enheterna är anslutna till de nationella demensregistren SveDem och BPSD (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens). Medverkan av och stöd och utbildning till närstående är en viktig del i vården.

Mål: En likvärdig behandling med tidig diagnostisering, samordnad och personcentrerad omvårdnad för personer med demenssjukdom samt medverkan av och stöd till anhörigvårdare.

Aktiviteter: Nationella riktlinjer implementeras och enheterna ansluts till de nationella registren SveDem och BPSD. Dementsteam i samarbete mellan kommun och primärvård skapas. Gemensam kontinuerlig fortbildning för personal och närstående genomförs och upprepas över tid.

Uppföljning:

Antal utförda demensutredningar registrerade i SveDem i relation till antal personer som nyinsjuknat i demenssjukdom.

Antal nyregistreringar i BPSD.

Antal genomförda gemensamma utbildningar.

2:5 God nutrition förebygger sjukdom och skada

Komplikationer vid undernäring är förlust av muskelmassa, infektioner, förändrad läkemedelsomsättning, ökad sjuklighet och dödlighet. Förlust av muskelmassa medför ökad risk för funktionsnedsättning och för fall och frakturer. Nedstämdhet och depression är också vanliga komplikationer vid eller orsak till undernäring. Försämrade livskvalitet och ett ökat omvårdnadsbehov ses som en följd. En utarbetad och implementerad åtgärdsplan för vägledning vid nutritionsbehandling av patienter i riskzonen används på alla aktuella vårdenheter. När hälsorisk finns ska nutritionsproblemet utredas, behandlas och följas upp.

Mål: Personer med risk för undernutrition är identifierade och har insatta vårdåtgärder utifrån en evidensbaserad och implementerad åtgärdsplan.

Aktivitet: Rutiner för riskidentifiering och möjlighet till konsultation och medverkan av dietist införs. Fortbildning av personal genomförs kontinuerligt.

Uppföljning: Antal individer som registrerats i Senior Alert eller motsvarande register och som fått åtgärder insatta.

2:6 God mun- och tandhälsa

Det finns klara samband mellan bristande munhälsa och en rad sjukdomar och symptom hos äldre, till exempel hjärt-kärlproblematik, malnutrition, funktionsnedsättning, demens och biverkningar vid läkemedelsbehandling. En god munhälsa är en viktig del i det allmänna välbefinnandet.

Mål: En god munhälsa hos äldre. Munhälsa beaktas som en del av den totala hälsan och ingår i riskbedömningar, vårdplanering och i alla vård- och omsorgssituationer. Äldre med omfattande omvårdnadsbehov erbjuds uppsökande munhälsobedömning och nödvändig tandvård.

Aktiviteter: Utveckla former för samverkan, information och kunskapsutbyte mellan aktuella vårdaktörer kring äldres särskilda behov när det gäller mun- och tandvård. Skapa rutiner för riskidentifiering och tidig upptäckt av sviktande munhälsa, möjligheter till konsultation och hjälpinsatser från tandvården. Munhälsoperspektivet kompletterar befintliga och nya riktlinjer och vårdprogram och beaktas vid implementering av dessa. Munhälsoperspektivet integreras vid utvecklingen av befintliga och nya vårdverksamheter och hälsofrämjande aktiviteter.

Uppföljning:

Antal munhälsobedömningar inom ramen för Senior Alert.

Antal/andel som har remitterats till tandvården.

Antal genomförda utbildningar vad gäller ROAG (riskbedömningsinstrument för munhälsa i Senior Alert).

2:7 God och samordnad rehabilitering

Rehabiliteringens uppgift är att hjälpa sjuka och skadade att, oavsett ålder och diagnos, återvinna respektive uppnå bästa möjliga funktion och förmåga samt att förbättra förutsättningarna för full delaktighet i samhället. Rehabiliteringstanken genomsyrar hela vårdkedjan, ända från det att personen söker vård, och rehabilitering utgör en parallell process till medicinsk behandling. En effektiv rehabiliteringsprocess ställer höga krav på olika professioners och aktörers rehabiliteringskompetens och samordning samt patientens delaktighet.

Mål: En god och sammanhållen rehabiliteringskedja för den äldre personen. God tillgänglighet till arbetsterapeut och sjukgymnast på alla vårdnivåer.

Aktiviteter: Fortsatt utveckling av rehabiliteringsnätverken i länet. Öppna föreläsningar om bland annat förebyggande av fall. I alla möten med patienten ställs frågor om hälsa och livsstil.

Uppföljning:

Antal patienter som har fått fysisk aktivitet på recept utskrivet.

Antal patienter som har fått fallförebyggande åtgärder.

2:8 Specialistsjukvård i hemmet

Kompetens finns och ingår i den basala hemsjukvården eller utförs av särskilda team. Specialistsjukvården deltar och tar ett större ansvar i patientens hem i samarbete med kommunens och primärvårdens hemsjukvård. Patienten får i hemmet möjlighet till bedömning, behandling, återbesök och fortsatt vård vid försämring och slipper därmed transporter till sjukhus.

Mål: Kompetens, resurser och organisation för specialiserad vård i den enskildes hem finns inom den nära vården. Minskat behov av besök på sjukhusens akutmottagningar. Undvikbar slutenvård och återinläggningar minskar.

Aktivitet: Verksamhet beskrivs, utvecklas och etableras i samverkan mellan primärvård, kommun och specialistsjukvård.

Uppföljning: Undvikbar slutenvård och återinläggningar minskar.

2:9 God vård i livets slutskede/palliativ vård

God vård och omsorg den sista tiden i livet är en viktig del såväl i den nära vården som på sjukhus. Brytpunktssamtalet är ett sätt att markera en gräns där målet för vården ändrar inriktning och hålls när de livsförlängande insatserna inte längre har effekt. Vården inriktas på att skapa trygghet, lugn och symtomlindring av ångest, smärta och oro. God palliativ vård kännetecknas av systematisk utvärdering och ger goda möjligheter att förebygga och minska behovet av sjukhusvård och påfrestande transporter.

Mål: Smärt- och ångestlindring, kommunikation, brytpunktssamtal, närståendestöd, ingen ska behöva dö i ensamhet.

Aktiviteter: Nationella riktlinjer för palliativ vård samt nationellt och regionalt vårdprogram implementeras. Samtliga enheter som vårdar patienter i livets slutskede ansluts till Svenska Palliativregistret. Former för allmän och specialiserad palliativ vård i hemmet utvecklas och rutiner för öppen retur skapas. Rutiner för kommunikation mellan vårdgivare utvecklas. Validerat symtomskattningsinstrument används.

Uppföljning:

Antal registreringar i Svenska Palliativregistret i förhållande till dödsfall i kommunen.

Antal genomförda brytpunktssamtal och utförda åtgärder i linje med nationellt och regionalt vårdprogram.

3. PROCESS UNDER 2 innebär tillfällig sjukhusvård

3:1 Direktinläggning på sjukhus

Om sjukhusets specialiserade resurser behövs ska direktinläggning på avdelning vara möjlig under förutsättning att primärvårdsläkare gjort bedömning och att vårdplanen är uppdaterad. Om akutmottagningens resurser behövs, omhändertas den äldre i särskild ordning.

Mål: Direktinläggning är möjlig på regionens samtliga länssjukvårdsenheter.

Aktiviteter: Kriterier för behov av sjukhusets resurser och direktinläggning tas fram. Rutiner för direktinläggning, direktkontakt läkare-läkare och primärvårdens ordinationer, provtagning, röntgen tas fram, överenskommes och formaliseras.

Uppföljning: Antal och andel direktinläggningar.

3:2 Sjukhusvistelse, samordnad vårdplanering, utskrivning och uppföljning

En trygg och effektiv sjukhusvistelse kännetecknas av att ha föregåtts av kontakt mellan den nära vården och sjukhuset, att den enskildes vårdplan är aktuell, att relevanta uppgifter finns tillgängliga och att det finns kompetens för teambaserad vård. Bedömning av risker sker direkt på akutmottagningen eller vid inläggningen, den individuella vårdplanen uppdateras och förberedelser inför hemgång påbörjas. Läkemedelsgenomgång genomförs, läkemedelsberättelse och läkemedelslista aktualiseras. När patienten har bedömts som färdigbehandlad av sjukhuset och sjukvårdsansvaret ska övertas av annan part, kallas berörda till en samordnad vårdplanering, SVPL, som genomförs på sjukhuset. Patienten får skriftlig information om vad

som gjorts, vad som kommer att ske och vem som kan kontaktas. Vid behov görs hembesök efter hemkomst och vårdplaneringen kompletteras. Om SVPL inte är aktuellt skickas remiss till listande enhet för fortsatt handläggning. Uppgifter om patienter kan nås av alla berörda vårdgivare dygnet runt genom IT-lösningar.

Mål: Trygg och säker vårdvistelse, utskrivning och uppföljning efter hemkomst.

Aktiviteter:

Rutiner skapas för

- utskrivning av patient som inte varit föremål för SVPL
- epikris, läkemedelsgenomgång, läkemedelsberättelse
- skriftlig patientinformation i samband med utskrivning
- uppföljning efter sjukhusvistelse skapas och införs

Samtliga rutiner görs kända hos all personal.

Kompetens för teamvård av äldre byggs upp.

Uppföljning:

- antal genomförda riskbedömningar vid inskrivning i Senior Alert
- antal information till fast vård kontakt innan hemgång i förhållande till antal utskrivna
- antal kontakter 48 timmar efter hemgång i förhållande till antal utskrivna
- antal skriftlig information till patienten i förhållande till antalet sjukhusvister
- minskat antal återinläggningar inom 30 dagar

4. PROCESS EFTER

innebär dels uppföljning och återkoppling på individnivå och dels registrering av resultat, analys, återföring av resultat till enheterna samt aktiviteter för ständiga förbättringar och kompetensutveckling

4:1 Uppföljning och återkoppling på individnivå

Återkoppling till den enskilde och i vissa fall anhörig om vården, insatta åtgärder, läkemedel och hur hon eller han bäst ska hantera sin situation och hälsa är rutin i alla vårdsituationer. Detta förutsätter god kommunikation och vilja att vid behov utbilda patienten och dennes anhöriga. Erfarenheter visar att detta leder till bättre följsamhet till behandling och att patienternas egen förmåga att söka vård tidigt och på rätt nivå stärks. Kontinuerligt uppdaterad vårdplan, skriftlig information om vad som hänt och ska hända under och efter en vårdepisod, fast vårdkontakt som vid behov vägleder och ansvarar för samordning och sammanhållning av vård- och omsorgsinsatserna bidrar till trygghet och säkerhet.

Mål: Vårdtagaren har uppdaterad vårdplan, skriftlig information, möjlighet till utbildning om sina sjukdomar samt fast namngiven vårdkontakt. Uppföljning och återkoppling sker efter varje vårdepisod.

Aktiviteter: Rutin för uppföljning, återkoppling och utbildning på individnivå skapas.

Uppföljning:

Antal personer som får återkoppling och uppföljning efter en vårdepisod.

Antal personer som fått skriftlig information.

Antal personer som fått utbildning om sin sjukdom och behandling.

4:2 Uppföljning och analys på organisationsnivå

Ett systematiskt förändrings- och förbättringsarbete tar sin utgångspunkt i tillgänglig dokumentation och registrering av resultat. Analys och diskussion i de olika samarbetsgrupperna leder till innovationer och nya arbetssätt. Att mäta uppsatta mål, utvärdera och pröva nya arbetssätt är nyckeln till framgång och därmed ett bättre liv för sjuka äldre.

Mål: Samtliga fem närvårdssamverkansgrupper har mål och delmål avseende handlingsplanens föreslagna insatsområden och plan för hur målen skall uppnås, mätas, utvärderas och följas av ständigt förbättringsarbete.

Aktiviteter: Utifrån handlingsplanens mål sätter närvårdssamverkansgrupperna upp övergripande mål och delmål inom insatsområdena FÖRE, UNDER och EFTER. Inom områdena som omfattas av den statliga satsningen utgår man ifrån de mål och mått som där anvisas. Inom övriga områden diskuterar närvårdsområdena övergripande mål och delmål utifrån sina respektive lokala förutsättningar.

Uppföljning:

De nationella måtten och i övrigt utifrån de i planen föreslagna måtten.
Antal möten med målgruppens företrädare.

4:3 Dialog och samverkan med målgruppen

Dialog med enskilda och målgruppen i sin helhet ger nya infallsvinklar.

Mål: Regelbunden kommunikation med företrädare för målgruppen, där resultat och behov av utveckling diskuteras. Samråd med målgruppen sker kontinuerligt

Uppföljning: Antal möten och sammankomster med målgruppen

5. SAMVERKAN OCH KOMPETENS

5.1 Gemensam ledning och styrning

En sammanhållen vård och omsorg kräver att det finns en formaliserad gemensam ledning och styrning i vård- och omsorgsverksamheten, att ett ledningssystem inom respektive organisation är infört och att en gemensam handlingsplan har tagits fram. Detta är också förutsättningar för att få del av de statliga medlen i överenskommelsen mellan staten och SKL. Det är avgörande att handlingsplanens intentioner stöds av beställningsunderlag och ersättningsystem.

De ledningskraftsteam som finns utbildas fortlöpande och har en viktig funktion i att stödja och medverka i utvecklingen, dels i närområdessamverkan och dels i respektive ledningsorganisation. Utvecklingsledare finns finansierade genom statliga medel till och med 2012 och är tillgängliga för alla berörda verksamheter inom närvårdssamverkansområdet. Deras uppgift är att planera, skapa och medverka i utbildningar, utveckling och uppföljning, ge stöd i arbetet med att utveckla registrering och uppföljning av resultat samt att återföra desamma till berörda ledningsorganisationer.

5:2 Kompetens och gemensam fortbildning

En fungerande nära vård, där hemmet är en naturlig vårdplats förutsätter hög kompetensnivå och vilja till samverkan mellan primärvård, kommun och länssjukvård. Kombination av kompetens inom omvårdnad, rehabilitering, allmänmedicin, gerontologi och geriatrik är en förutsättning för bästa hälso- och sjukvård för de äldre. Kunskap om och tillit till varandra innebär att alla tar större ansvar in i nästa del av vårdprocessen och därmed överbryggat gränser i syfte att åstadkomma en sömlös vård för sjuka äldre. Gemensam fortbildning för personal behöver anordnas kontinuerligt.

FORTSATT ARBETE OCH GENOMFÖRANDE

Denna handlingsplan är ett avstamp för att åstadkomma ett gott liv för äldre i Västra Götaland och att uppnå målet om att den äldre kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg. Efter att hälso- och sjukvårdsutskottet tagit ställning till handlingsplanen fortsätter arbetet med att informera, klarlägga och föra dialog med närvårdssamverkansgrupperna och ledningsorganisationerna. En genomförandeplan tas fram tillsammans med närvårdssamverkansgrupperna, som efterhand anpassar den regionövergripande planen till sina respektive förutsättningar och kompletterar befintlig, alternativt upprättar en ny, lokal verksamhetsplan. Målen och uppföljningsparametrarna utvecklas och fastställs utifrån lokala behov och möjligheter.