



Kommunförbundet Skåne

Datum

2015-12-09



**Stödstrukturen för evidensbaserad praktik
inom vård, omsorg och socialtjänst, Skåne**

Handlingsplan för sammanhållen vård och omsorg om mest sjuka äldre 2016

Mål ur den enskildes perspektiv

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

Mål

Med de mest sjuka äldres behov i centrum och genom ekonomiska incitament har den nationella äldresatsningen uppmuntrat, stärkt och intensifierat samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i högre grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivits inom ramen för satsningen 2011 - 2014 ska på sikt bli integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet varför Skåne 2015 valde att fortsätta det gemensamma förbättringsarbetet för de nationella målen och att dessutom arbeta med ytterligare regionala mål. Även enskilda och idéburna utövare omfattas av satsningen. Detta arbete fortsätter under 2016 och förväntas integreras i det fortsatta arbetet med det gemensamma hälso- och sjukvårdsavtalet.

Vikten av hälsofrämjande åtgärder och olika förebyggande insatser under hela livet kan inte nog betonas. Äldres psykiska ohälsa är ett område som under lång tid varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomsten av depressionssjukdom relativt vanlig. Kunskap och handlingsberedskap gällande äldres psykiska hälsa och ohälsa ska öka hos personal som möter äldre i sitt dagliga arbete i Skåne. Syftet med inriktningen är att göra personal trygga i mötet med psykisk ohälsa, kunna prata om självmord och stödja den enskilde att ta kontakt med rätt vårdnivå. Omsorgen och vården behöver bli mer personcentrerad och arbetet inriktas mot att allt mer involvera både den äldre och de närstående.

Förbättringsarbetet ska leda till:

- God vård vid livets slut
- Preventivt arbetssätt
- God vård vid demenssjukdom
- God läkemedelsbehandling för äldre
- Sammanhållen vård och omsorg
- God psykisk hälsa för den äldre
- Att resurser och synpunkter från den äldre och den närstående ska tas tillvara

Det är av stor vikt att alltid beakta den äldres medverkan, resurser och synpunkter och att ta tillvara även den närståendes möjligheter till medverkan varför detta mål ingår som en del inom samtliga sex övriga målområden. För att utveckla vården på bästa sätt är den äldre och dess anhöriga viktiga aktörer. Patientlagen som trädde i kraft 1 januari 2015 syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning, främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Det innebär ett aktivt agerande för att skapa möjlighet till medskapande och partnerskap.

Målgrupp

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

Prioriterade aktiviteter

I denna handlingsplan för Stödstrukturens arbete inom äldreområdet i Skåne preciseras de regionala mål och aktiviteter som ska leda till att de sex nationella målen samt de regionala målen uppnås. Handlingsplanen uppmärksammar även huvudmännens registreringar, riskbedömningar och kvalitetsarbete utifrån de nationella kvalitetsregistren.

Förutsättningar

Denna handlingsplan är övergripande för det gemensamma arbetet för en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre inom Region Skåne och i de skånska kommunerna. Lokala Ledningskraftsteam med representanter från kommun, primärvård och sjukhus arbetar parallellt med motsvarande lokala handlingsplaner i samtliga 33 kommuner i Skåne. Här beskrivs förbättringsområden och aktiviteter utifrån lokala förutsättningar. Förutom dessa gemensamma handlingsplaner behöver man även i respektive linjeorganisation fatta beslut om ansvariga för olika aktiviteter inom respektive målområde. Andel verksamhetsplaner där mål, inriktning, aktiviteter och uppföljning är angivna för de olika målområdena ska successivt öka. Genomförande av handlingsplanen är ytterst ett ansvar för vårdgivarnas linjeorganisationer och utvecklingsledarna ska stödja verksamheterna i detta arbete.

Utvecklingsledarnas roll

Målen med de regionala stödstrukturerna är att kunna försörja länet/regionen med ett praktiskt verksamhetsstöd, att skapa förutsättningar för en evidensbaserad praktik i hela socialtjänsten och angränsande delar av hälso- och sjukvården samt möjliggöra lokala och regionala politiska prioriteringar och strategier inom välfärdsområdet. Utvecklingsledarna ska bidra till att de nya arbetssätten, som lanserats i satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” under åren 2011-2014, implementeras och blir en del av vardagen och integreras i det ordinarie arbetet inom vård och omsorg under 2015-2016.

De regiongemensamma utvecklingsledarna ska understödja förbättringsarbeten inom de områden som fastställs i denna övergripande handlingsplan. De ska arbeta för att brukarna får del av insatser som bygger på bästa tillgängliga kunskap. I detta arbete ska utvecklingsledarna medverka till att kunskap sprids mellan huvudmännen och att erfarenhetsutbyte sker mellan verksamheterna. Utvecklingsledarna fungerar som ett regionalt stöd för kunskaps- och förbättringsarbete när det gäller att utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. De ska medverka till att verksamheter inom kommun, primärvård och sjukhusvård lär av varandras goda exempel och att det gemensamma förbättringsarbetet sker långsiktigt och systematiskt med fokus på de mest sjuka äldre. Under 2016 kommer arbetet även att inriktas på att stödja arbetet med det gemensamma hälso- och sjukvårdsavtalet och att förbereda

Ledningskraftsteamerna att själva ansvara för samverkan och utveckling i enlighet med det kommande Hälso- och sjukvårdsavtalet.

Stödstrukturen och utvecklingsledarna i Skåne arbetar på samma sätt gentemot offentliga, privata och idéburna utförare. Det gemensamma uppdraget kring samverkan omfattar alla aktörer. Det långsiktiga målet med det regionala Ledningskraftarbetet är att få med samtliga utförare i kvalitetsarbetet för de mest sjuka äldre. På detta sätt skapas förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg i hela Skåne med den enskilda äldres behov i fokus och på sikt för alla med särskilda behov. En viktig uppgift 2016 blir därför att alla aktörer bidrar till att de nya arbetssätten blir en del av vardagen och integrerat i det ordinarie arbetet inom vård och omsorg.

Långsiktighet i det regionala stödet till det systematiska förbättringsarbetet

Processarbetet i Skåne för att utforma en plan för organisation, styrning och finansiering av stödstrukturerna som garanterar en långsiktighet påbörjades hösten 2012 och fortgår löpande, nu koordinerat med det pågående arbetet med att ta fram ett nytt hälso- och sjukvårdsavtal för ansvarsfördelning och samverkan mellan Skånes kommuner och Region Skåne. Utmaningen är att Region Skåne, Skånes kommuner och privata aktörer, tillsammans och var och en för sig hittar lösningar som bidrar till en vård och omsorg som håller hög kvalitet utifrån en helhetssyn.

Frågan om att vidareutveckla den befintliga strukturen för styrning och ledning i samverkan inom Region Skåne, socialtjänst och vård och omsorg hanteras nu av den särskilda politiska styrgrupp, bestående av politiker från Regional politisk samverkansgrupp, som ansvarar för framtagandet av det nya hälso- och sjukvårdsavtalet. Planen är att först ta fram ett nytt avtal under 2016 och därefter skapa en struktur som kan hantera både det nya avtalet och den fortsatta utvecklingen mot en evidensbaserad praktik inom socialtjänst och närliggande hälso- och sjukvård i Skåne. Fortsatt samverkan mellan huvudmännen är viktig förutsättning för ett långsiktigt sammanhållet arbete i enlighet med det nya hälso- och sjukvårdsavtalet.

Ledningskraftsteamerna

De lokala Ledningskraftsteamerna samverkar kring målen i denna handlingsplan, identifierar nuläge, sätter delmål, planerar aktiviteter/processer, utser ansvariga, sätter tidplan samt följer upp förbättringsarbetet.

Ledningskraftsteamerna ska ha mandat från sin organisation kring samverkan för de mest sjuka äldre och består av representanter från kommun, primärvård samt sjukhus. Teamerna tar aktiv del av sina resultat i den nationella Kvalitetsportalen, de olika kvalitetsregistren samt övriga källor för mätbara mål.

Mål för stödstrukturernas arbete inom äldreområdet 2016

Mål 1: God vård i livets slutskede

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen.

Samtliga kommuner och sjukhus ska registrera, analysera och förbättra den palliativa vården med hjälp av Svenska Palliativregistret. Primärvården utgör en viktig samarbetspartner för möjligheten till att uppnå resultat i förbättringsarbetet.

- Minst 70 procent av alla inträffade dödsfall per folkbokföringskommun ska vara inrapporterade till Svenska palliativregistret oavsett vem som vårdat den sista tiden.

Utfall gällande följande indikatorer i resultatspindeln ska förbättras i enlighet med de målnivåer som fastställs i den lokala handlingsplanen rörande:

- Brytpunktssamtal
- Smärtskattning
- Munhälsa
- Ordination av injektionsmedel mot ångest
- Även övriga indikatorer i resultatspindeln ska uppmärksammas

Uppföljning av prestation och resultat sker i löpande dialog i Ledningskraftsteamerna.

Mål 2: Preventivt arbetssätt

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen

Det vardagliga arbetet med äldre ska vara hälsofrämjande och de förebyggande insatserna ska öka. Enheterna ska använda sina resultat gällande riskbedömningar och åtgärder i förbättringsarbeten.

- Särskilda boenden och korttidsboenden (oavsett utförare) ska delta i punktprevalensmätningar av trycksår och fall i den form som sker i regi av Senior alert.
- Riskbedömningar och planering av förebyggande åtgärder med registrering i Senior alert ska göras och kontinuerligt uppdateras för minst 90 procent av dem som bor i särskilda boenden och korttidsboenden för äldre, oavsett driftsform.
- Arbete ska vidareutvecklas gällande riskbedömningar, planering av förebyggande åtgärder och uppföljning med registrering i Senior alert när det gäller hemtjänst och hemsjukvård.
- Arbete ska vidareutvecklas gällande riskbedömningar, planering av förebyggande åtgärder och uppföljning när det gäller vårdcentral, exempelvis gällande fall, undernäring, tryckskada.
- Registrering i journalsystem för alla över 65 år vid inskrivning eller ankomst till sjukhus gällande riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning för fall, undernäring, tryckskada.
- Antalet bedömningar av munhälsa enligt Revised Oral Assessment Guide (ROAG) med registrering i Senior Alert ska också öka.
- De certifierade Otagoinstruktörer som utbildades 2015 i Skåne ska 2016 (och vidare) i sin tur utbilda Otagoledare som ska bidra till att sprida kunskap om evidensbaserad fallpreventiv träning.
- Den regionala kampanjen för att medvetandegöra om att det går att minska antalet fallolyckor bland äldre – [Dratta ente omkull!](#) – ska genomföras även 2016, i samverkan med andra regioner, organisationer och myndigheter.
- Hälsoinriktade insatser ska erbjudas, exempelvis genom förebyggande hembesök.

Uppföljning av prestation och resultat sker i dialog i Ledningskraftsteamerna.

Mål 3: God vård vid demenssjukdom

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen

Genom systematisk utveckling av vård och omsorg skapas förutsättningar för ett gott och värdigt liv för den demenssjuka.

Beteendemässiga och Psykiska Symptom vid Demens (BPSD) drabbar någon gång de flesta som lever med en demenssjukdom.

Dessa symptom kan vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdomen, men även för närstående och vårdpersonal. Viktiga mål är:

- Att kommuner (utförare, oavsett driftsform) inför och vidareutvecklar ett standardiserat arbetssätt vid BPSD och registrerar i BPSD-registret.
- Att BPSD-registret används som ett verktyg för kvalitetsförbättringar såväl för den enskilde som för verksamheten.
- Att personer som nyinsjuknat i demenssjukdom i ökad omfattning erhåller utredning och får diagnos på en primärvårdsenhet (vårdcentral, oavsett driftsform) och registreras i Svenska Demensregistret (SweDem).
- Att personer med demensdiagnos i ökad grad erhåller uppföljning i primärvården med registrering i SveDem.
- Att sjukhus vid identifierad kognitiv svikt uppmärksammar primärvården på behovet av utredning och/eller uppföljning.

Uppföljning av prestation och resultat sker i löpande dialog i Ledningskraftsteamet.

Mål 4: God läkemedelsbehandling för äldre

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen

- Andelen patienter som får en läkemedelsgenomgång ska öka
- Informationsöverföring ska ske från slutenvård till primärvård när tvärprofessionell läkemedelsgenomgång gjorts på sjukhuset
- Användningen av *potentiellt olämpliga läkemedel för äldre* (≥ 75 år) ska minska
- Indikatorn *läkemedel mot psykos* – äldre patienter med neuroleptika ska ha relevant indikation
- för behandling
- Användningen av *antiinflammatoriska läkemedel för dem som är 75 år och äldre* ska minska
- Det ska finnas rutiner i slutenvård för hur utskrivningsinformation skrivs och förmedlas samt rutiner i primärvård och inom kommun för hur utskrivningsinformationen tas emot. En förutsättning för att rutiner ska tas fram i primärvård är att initierade regionala riktlinjer är beslutade.

För ytterligare information inom läkemedelsområdet se Vårdgivare i Skåne, <http://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/lakemedel/>

Uppföljning av prestation och resultat sker i löpande dialog i Ledningskraftsteam

Mål 5: Sammanhållen vård och omsorg

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen.

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd som leder till inläggning i slutenvård som hade kunnat undvikas. Behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården ska tillgodoses. För den äldre patienten är kontinuitet och samverkan av stor vikt. Samverkan mellan huvudmännen underlättas om det finns en fast vårdkontakt vid omfattande behov av vård och omsorg.

Lagändringen i hälso- och sjukvårdslagen om fast vårdkontakt är inte särskilt väl känd inom vården och bland brukare/patienter, det finns ett stort behov av information och utbildning. Vårdgivarna behöver även införa rutiner för att tydliggöra hur fast vårdkontakt ska fungera i praktiken. Andra områden som behöver uppmärksammas är psykisk hälsa hos äldre och identifiering av vårdbehov hos äldre med annan etnisk bakgrund.

- Samtliga verksamheter inom vård och omsorg som drivs på uppdrag av Region Skåne och Skånes kommuner ska samverka så att vård och omsorg om svårt sjuka äldre bedrivs på den mest effektiva vårdnivån.
- Lokala Ledningskraftsteam ska samverka kring det gemensamma arbetet med en långsiktig utveckling av sammanhållen vård och omsorg.
- Rutiner för fast vårdkontakt ska finnas och dessutom ska den äldre beredas möjlighet att förteckna sig hos namngiven läkare i primärvården.
- Samordnad Individuell Plan (SIP) ska göras för identifierade personer med behov av samverkan. Antal planer i Skåne ska öka.
- Minskning av andelen undvikbar slutenvård genom förebyggande insatser.
- Minskning av andelen oplanerade återinläggningar genom förbättrade utskrivningsrutiner och strukturerad uppföljning efter utskrivning.

Uppföljning av prestation och resultat sker i löpande dialog i Ledningskraftsteam

Mål 6: Psykisk hälsa

Jag blir alltid tillfrågad, informerad och får den kunskap jag behöver om olika vård- och hjälpinsatser och får möjlighet att själv välja. Om jag så önskar är mina närstående väl informerade om min situation och om den omsorg och vård jag får samt delaktiga i planeringen

Äldres psykiska ohälsa är ett område som under lång tid varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomsten av depressionssjukdom relativt vanlig. Kunskap och handlingsberedskap hos personal som möter äldre i sitt dagliga arbete i Skåne gällande äldres psykiska hälsa och ohälsa ska öka. Syftet med inriktningen är att göra personal trygga i mötet med psykisk ohälsa, kunna prata om självmord och stödja den enskilde att ta kontakt med rätt vårdnivå.

- Uppmärksamma och öka kunskapen om äldres psykiska hälsa och ohälsa
- Under 2016 ska det i Skåne genomföras ytterligare utbildningar i "Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre"
- Arbetssättet kring "Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre" ska spridas och implementeras
- Att äldre som målgrupp beaktas i de lokala överenskommelser som ska tas fram utifrån "Ramöverenskommelsen om samverkan mellan Region Skåne och Skånes kommuner gällande personer med psykisk funktionsnedsättning samt barn och ungdom som har eller riskerar att utveckla psykisk ohälsa" (20130610)

Handlingsplanen är fastställd av Styrgruppen för Stödstrukturen för evidensbaserad praktik i Skåne 2015-12-09. Styrgruppen består av representanter från Region Skåne, från Kommunförbundet Skåne och från kommuner.