



BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE

STRATEGI OCH HANDLINGSPLAN FÖR JÄMTLANDS LÄN 2012–2016

Framtagen av Ledningskraft reviderad av SVOM 2013-05-17, 2014-02-21
och 2015-05-22



ÖSTERSUNDS
KOMMUN



Bräcke kommun



Bergs
kommun



Strömsunds
Kommun
Stracjinen tjelte



Krokoms
kommun
KROKÖWEN TJEELTE



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 intensifiera 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 sinnebilderna 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 2014: 28 953 personer 65 år och äldre, varav 15 347 kvinnor och 13 606 män. (Källa: Statistiska Centralbyrån) Gruppen har ökat med 253 personer från 2013.

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 580 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 2 895 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 5 210 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 7 240 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.

Informationsinsatserna ska vara avpassade för respektive målgrupp och spridas via kanaler som på ett effektivt sätt når ut till varje grupp.

En kommunikationsplan har utarbetats. Regelbundna nyhetsbrev har skickas ut.

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 landsting ansvarar för att ta del av resultaten kontinuerligt från Kvalitetsportalen 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 2012-2014

- 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"
- Stödjande insatser för att höja kompetensen inom systematiskt förbättringsarbete





HANDLINGSPLAN FÖRKORTNINGSLISTA BIFOGAS SOM BILAGA 4

GOD VÅRD VID LIVETS SLUT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Täckningsgrad i Palliativregistret	86 % 13-09-30	> 85 % i alla kommuner	Klart 15-12-31	Ansluta HC till Palliativregistret		Linjechefer	Klart
	74 % 14-12-31			Ansluta IVA till Palliativregistret		Linjechefer	
				Länsrutin för PV registrering i Palliativregistret		Centrumchef PV	
Förbättrad vård och omsorg i livets slutskede	Från 13-10-01 - 14-12-31 Brytpunktssamtal 49 - 60 % Ordination mot ångest 79 - 89 % Smärtskattning 34 - 42% Munhälsa 37- 39 %	Öka med sammantaget 10 % alternativt genomsnittlig måluppfyllelse på 60 %	15-12-31	Sprida definitionen av brytpunktssamtal: • Checklistor • Rutin • Utbildningsinsatser		Ledningskraft	Palliativregistrets beskrivning av brytpunktssamtal
			15-12-31	Dokumentera under sökordet "Behandlingsstrategi"		Linjechefer	Journalkopia till kommunen kompletteras med NPÖ
				Seminarium med spridning av goda exempel		Ledningskraft	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART







GOD VÅRD VID LIVETS SLUT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
			Start sept. 2013	Implementering av nationella riktlinjer för palliativ vård enligt beslutad modell i länet		Fredagsgruppen	GAP-analys och åtgärder utifrån analysen
		Förbättringsarbeten med stöd av Svenska Palliativregistret			Utvecklingsledarna	Klart	
		Lansera nationellt kunskapsstöd för palliativ vård: <ul style="list-style-type: none"> • Nationellt vårdprogram • Nationella riktlinjer • Resultat och kunskapsstöd Palliativ registret 			Utvecklingsledarna tillsammans med RCC	Nationellt vårdprogram Verktyg till verksamheterna: Webbutbildningen i allmän palliativ vård, RCC	
		Nätverksträffar för länets kontaktpersoner för Palliativregistret			Utvecklingsledarna	Klart	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

PREVENTIVT ARBETSSÄTT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal riskbedömningar som har planerad förebyggande åtgärd och uppföljning i Senior Alert	6 277 riskbedömningar 2012-10-01 – 2013-09-30	Öka till 7000 riskbedömningar med planerade åtgärder och uppföljning	Start maj 2013	Team utbildningar i samarbete med kvalitetsregistret Senior Alert	○○○○	Utvecklingsledarna	Upphör 2015
	3 722 riskbedömningar 2013-10-01 - 2014-09-30			Träffar med vårdpreventiv grupp JLL	■	Utvecklingsledarna och vårdstrateg	Upphör 2015
Andel riskbedömningar och planerad förebyggande åtgärd, i SÄBO	2014-09-30 >90 %: Berg Bräcke Krokom Ragunda Strömsund Åre Östersund	Öka till 90 % i samtliga kommuner	Vecka 11 och vecka 37	Nattfastemätning	■	Ledningskraft	Pågår kontinuerligt
		100 % deltagande i PPM Trycksår och fall i samtliga länets kommuner	Vecka 11 och vecka 37	Kartlägga behov av nutritionskompetens	■	Ledningskraft	Pågår kontinuerligt
	Deltagande i PPM Trycksår och fall			■	Linjechefer i kommunerna	Upphör 2015	
	Nätverksträffar för länets regionala/lokala koordinatörer i Senior Alert i kommunerna			○○○○	Utvecklingsledarna		
				Inspirations- och informationsmöten i verksamheterna	○○○○	Ledningskraft	





Antal anslutna till RiksSår via Senior Alert		Påbörja registreringar i kommunerna i Riks Sår Öka registreringar i RiksSår	Start 2014	Ansluta till RiksSår Inspirations- och informationsmöten samt stöd i verksamheterna Stöd via nätverk för alla kvalitetsregister	  	Linjechefer Linjechefer med stöd av sårsmordnare i primärvården Utvecklingsledare	Upphör 2015
Antal registrerande i modulen om blåsdysfunktion i Senior Alert		Påbörja registreringar i modulen för blåsdysfunktion	Start 2014	Inspirations- och informationsmöten i verksamheterna Stöd via nätverk för alla kvalitetsregister	 	Linjechefer Utvecklingsledarna	Upphör 2015
Antal utbildade utbildare i Första hjälpen till psykisk hälsa för äldre	2013-12.31 2 st utbildare finns i länet	Öka antalet utbildare i Första hjälpen för Psykisk hälsa - äldre	Start 2014	Inventera behovet av utbildare i kommunerna		Linjechefer med stöd av utvecklingsledare	

PREVENTIVT ARBETSSÄTT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registrerade munhälsobedömningar i Senior Alert	1830 risk-bedömningar 2012-10-01 – 2013-09-30	8000 registrerade bedömningar	Start maj 2013	Team utbildningar i samarbete med kvalitetsregistret Senior Alert	○○○○	Utvecklingsledare	Upphör 2015
	2013-10-01 – 2014-09-30 8062 risk-bedömningar			Utbildning ROAG	○○○○	Utvecklingsledare i samarbete med Beställarenheten JLL	Klart Övergår i ordinarie utbildningar för uppsökande tandvård
				Information via nätverksträffar	○○○○	Utvecklingsledare i samarbete med Beställarenheten JLL	Upphör 2015
Fallprevention			Start 2014 Vecka 40	Stå på dig - Fallkampanj	■	Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare	Tjänsteköp från 2015
				Ortagoutbildning	■	Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare	Tjänsteköp från 2015
				Minska sömnläkemedel	■	Ledningskraft	Med stöd av läkemedelskommittén








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

GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registrerade demensutredningar av nyinsjuknade i Svenskt Demensregister- SveDem Antal registrerade demensuppföljningar i Svenskt Demensregister- SveDem	34 st 2013-09-30	150 registrerade utredningar	Start 2015	Kartlägga ansvaret för specialiserad demensvård		Ledningskraft	Stöd från resursperson i PV
	29 st 2014-09-30		16-12-31	Införa SveDem i primärvården		Linjechefer	
	17 st 2013-09-30	50 registrerade uppföljningar	Under 2013	Teckna avtal med registret		Linjechefer	
	11 st 2014-09-30			Utbildning av administratörer		Utvecklingsledarna med stöd från SveDem	







STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

GOD VÅRD VID DEMENSSJUKDOM

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal registreringar i Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens – BPSD	495 st 2013-09-30	1000 registrerade utredningar		Uppföljning av demensdokument utifrån beslut i SVOM		Ledningskraft	
	646 st 2014-09-30		Kontinuerligt	Utbilda BPSD-team		Linjechefer med stöd av Certifierade utbildare	
			Kontinuerligt	Webbutbildning för arbetslag		BPSD administratörer	
				Certifiera utbildare i BPSD-registret motsvarande behovet		Ledningskraft	8 personer certifierade 2015 SÄBO klart
			Start 2012	Utse team till BPSD-utbildning		Linjechefer	
			Kontinuerligt	Genomföra uppföljningsträffar med team inom SÄBO		Certifierade utbildare	
				Implementering och uppföljning av demensdokument utifrån beslut i SVOM 2012-05-17		Lokala samverkansgrupper	Utvecklingsledare och resursperson från PV







				<p>Informera om överenskommelse och spridning av nytt arbetssätt utifrån SVOM:s beslut om tidig upptäckt, utredning och SIP</p> <p>Överenskommelse för tidig upptäckt, utredning och SIP</p> <p>Åtgärdsförslag från genomförd gapanalys av gemensamma delar i demensriktlinjerna</p>	<p>○○○○</p> <p>■■■■</p> <p>■■■■</p>	<p>Projektledare</p> <p>Projektledare</p> <p>Projektledare</p>	<p>Beslutad i SVOM 2012-05-17</p> <p>Beslut i SVOM 2012-09-21</p>
--	--	--	--	--	-------------------------------------	--	---

GOD LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR SJUKA ÄLDRE

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Andel i förhållande till motsvarande månad 2014 • olämpliga läkemedel till personer >75 år • läkemedel mot psykos till personer >75 år • antiinflammatoriska läkemedel > 75 år	2014		Sept 2015	God läkemedelsbehandling hos äldre i öppen vård i Jämtlands län – besluta om dokumentet		Lokala samverkansarenor för vård och omsorg	Beslut i Fredagsgrupp
	8,2 % - 8,8 %	8 av 12 månader lägre än 2014					
	1,9 % -2,3 %	8 av 12 månader lika eller lägre än 2014	Start 2014	Äldreläkarmöten 1 gång/termin		Medicinskt Samordningsansvarig PV Ledningskraft	Start 140508
	3,0 % – 3,6 %	8 av 12 månader lägre än 2014	14-03	Utbildning om läkemedel till äldre			Till ST-läkare Start mars 2014
			14-12-31	Analys av förskrivning på utvalda HC med stor förbättringspotential och åtgärd utifrån analys		Patientsäkerhetsenheten/LM-komm. Berörda linjechefer	
				Riktade läkemedelsgenomgångar till vissa patienter		Maria Omberg och Eva Pia Darsbo	
				Dokument: Läkemedel och äldre		Per Magnusson Olof Englund Eva Pia Darsbo	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART









GOD LÄKEMEDELSBEHANDLING FÖR SJUKA ÄLDRE







Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
				Apotekarstöd		Ledningskraft	Hede HC
				Utbildning om läkemedel		Styrgrupp för läkemedel – JLL	Till distriktsläkare och kommunal personal inklusive enhetschefer.
				Information om regler för läkemedelsgenomgångar och den gemensamma läkemedelslistan		Läkemedelskommittén	Till läkare, sjuksköterskor och sekreterare på enheter som har förskrivare.
				Teckna avtal mellan CeHis och JLL om införande av NOD			Klart 2013
				Arbetsgrupp som skissar på handlingsplan för god läkemedelsbehandling för äldre		Styrgrupp för läkemedel – JLL	
				Utbildning till DL och kommunala äldreomsorgen			Genomfört via videomöten februari - maj 2012

				<p>Kartläggning av utbildningsönskemål i SÄBO/hemsjukvård</p> <p>Utbildning för sjuksköterskor i SÄBO/hemsjukvård/sluten vård, med fokus mot äldre; 2 ggr/år</p>	<p>■</p> <p>■</p>	<p>Läkemedelsstrateg via MAS-grupp</p> <p>JLL:s läkemedelsstrateg och ordf. i läkemedelskommittén</p>	<p>Pågår kontinuerligt</p>
--	--	--	--	--	-------------------	---	----------------------------

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







SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Andel undvikbara slutenvårdstillfällen	April – sept 2014 Andel/100 000 Inv. 135,0 -205,2	Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2014	2015-2016 Pågår kontinuerligt	Implementera Geriatriska Stödet		Ledningskraft	Externt analysstöd Resultatet leder till nya riktade aktiviteter
				Dokumentera behandlingsstrategi i patientjournal		Linjechefer	
				Ta fram projektförslag för Geriatriskt stöd		Centrumchef PV	
				Kartläggning och analys av vård och omsorgskonsumtion		Ledningskraft	
Återinskrivningar inom 30 dagar	April – sept 2014 Andel ÅI 30 13,5 -22,1	Statistiskt säkerställd minskning i förhållande till april-september 2014	Start Mars 2013	Workshop – vårdplanering del 2		Ledningskraft	Utvecklingsledare arrangerar med stöd av Memeologen
				Hembesök till utskrivna via Meddix		Respektive kommun	Besök av leg. personal enligt speciell rutin
				Rätt pat på rätt plats vid inläggning		Centrum med	
				Delaktig patient i sin vårdtid		Centrum med	

			2014	Implementera geriatriskt stöd		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	
				SIP rutin implementering IT-stöd		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	Carina R o Elsy tar fram underlag till Fredagsgruppen – Klart
				Länsgemensam egenvårdsrutin		Ledningskraft med stöd av utvecklingsledare	
			Start 13-02-01	Webbkollen Hemma – intervjuer med utskrivna patienter ≥ 65 år		Ledningskraft/ Fredagsgruppen	Ssk Centrum medicinska specialiteter ringer upp
				Ny struktur för ortogeriatriska patienter		Område ortopedi	Klart 2013
				Webbkollen återinlagda – intervjuer med återinlagda patienter		Ledningskraft	Upphör
				Förbättra statistikuttag ur landstingets datalager och statistiköverföring till Socialstyrelsen			

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

STRUKTUR FÖR LEDNING OCH STYRNING I SAMVERKAN








Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal kommuner representerade i Fredagsgruppen	2012: 3 kommuner	Samtliga kommuner och relevanta personer från JLL ska finnas representerade i Fredagsgruppen	Våren 2014	Beslut av SVOM 2012-11-30		Ledningskraft	
				Uppföljning		Ledningskraft	
Antal kommuner med lokala samverkansgrupper kommun/PV för hela äldreområdet		Utveckla 8 lokala samverkansgrupper kommun/PV	2014	Beslut av SVOM 2012-11-30		Ledningskraft	Genomgång av Strategi och handlingsplan vid samma tillfälle
				Länsturné i stöd av införande		Projektledare för regionala stödstrukturer och samordnande utvecklingsledare	
		Uppföljning		Ledningskraft			
		Långsiktig ledning och styrning i samverkan	2014-08-15	Ta fram en plan		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	Samverkan med utvecklingsledare







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

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
<p>Utbildningen finns som en fristående kurs i ordinarie kursutbud</p> <p>Andel deltagare i "Verksamhetsutveckling och Evidensbaserad praktik, 7,5 hp" som fullföljer utbildningen</p>		Öka kompetensen om Evidensbaserad praktik och systematiskt förbättringsarbete		<p>Undersöka möjlighet för fortsatt utbildning</p> <p>Uppdragsutbildning: Verksamhetsutveckling och Evidensbaserad praktik HT 2012</p>	<p></p> <p></p>	<p>FoU-rådet</p> <p>Ledningskraft</p>	
Antal deltagare i Memeologens utbildning i systematiskt förbättringsarbete		Minst 1 representant från varje kommun/JLL deltar i utbildningen		Utbildning i systematiskt förbättringsarbete i Memeologens regi		Ledningskraft	
<p>Det finns ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete</p> <p>Antal deltagande team i Lärandeseminarier</p>		<p>Att ett långsiktigt stöd finns för sytematiskt förbättringsarbete</p> <p>Minst 1 team från varje kommun/JLL deltar</p>	<p>Januari - september 2013</p> <p>Okt 2013</p>	<p>Aktiviteter kopplade till plan för EBP</p> <p>Ta fram en plan för långsiktigt stöd</p> <p>Lärandeseminarier för förbättringsteam</p> <p>Spridningskonferens</p>	<p></p> <p></p> <p></p> <p></p>	<p>Ledningskraft</p> <p>Länsövergripande utvecklingsgrupp RUG</p> <p>Utvecklingsledarna</p> <p>Utvecklingsledarna</p>	Samverkan med utvecklingsledare



STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Antal deltagare per kommun som deltagit i utbildning om att söka i Socialtjänstbiblioteket *		Tjänstemän från samtliga kommuner ska delta	Kontinuerligt	Använda Socialtjänstbiblioteket vid analys av resultat från kvalitetsregister		Ledningskraft	Samarbete med MIUN
				Utbildning i att söka i Socialtjänstbiblioteket		Ledningskraft	Samtliga kommuner deltog * Databaser och e-tidskrifter inom Socialtjänstens område
				Utbildningen erbjuds 2 ggr/år		FoU Jämt	
Arbetsmodell för analys av nationella data finns		En hållbar arbetsmodell finns för att göra analyser av resultat från nationella data inom äldreområdet, för de delar som berör både kommuner/JLL.		Implementering av modell 2013-2014		FoU Jämt	
				Utarbeta förslag på modell som beslutas av SVOM 13-05-17		Ledningskraft	
				Seminariedag om öppna jämförelser april 2013		FoU Jämt	




STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

FÖRBÄTTRAT SYSTEMATISKT ARBETSSÄTT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
Arbetsmodell för mottagande av nationella riktlinjer finns		Det finns rutiner för mottagande och införande av nationella riktlinjer som berör både kommun och landsting inom äldreområdet		Ta fram förslag på arbetsmodell för mottagande av nationella riktlinjer inom äldreområdet.		Ledningskraft	Beslutad i SVOM 2012-09-21
		Lågsiktigt – Länet använder sig av framtagen modell när nya nationella riktlinjer publicerats		Implementering av modellen		Fredagsgruppen	





STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

ÖVRIGT




Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan för aktiviteter	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
FÖRANKRING							
Antalet politiska nämnder som fått information om Bättre liv för sjuka äldre		Alla politiska nämnder/motsvarande ska ha information om Bättre liv för sjuka äldre		Stöd i lokalt förankringsarbete – information till nämnder/motsvarande		Ledningskraft	Samtliga politiska nämnder har fått besök
				Ta fram förslag till struktur för att koppla Handlingsplanen till ordinarie verksamhetsplaner		Ledningskraft	
				Översyn av kommunikationsplan		Ledningskraft	

STATUS:  = EJ PÅBÖRJAT  = PÅGÅR  = KLART

ÖVRIGT

Mått	Länsmått	Länsmål	Tidsplan	Aktivitet	Status	Ansvariga	Kommentarer
LEDNINGSSYSTEM							
Antal beslut		Beslut om Ledningssystem enligt SOSFS 2011:9 finns				Linjechefer	Slutfört
Antal beslut Grundläggande krav 2014: Beskriva hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelshantering har bedrivits när det gäller vård och omsorg om äldre och vilka resultat som uppnåtts i arbetet med att säkra verksamheternas kvalitet		Alla vårdgivare i länet uppfyller kraven om kvalitetsledningssystem enl. överenskommelsen 2014 (enl. SOSFS 2011:9)		Inspirationsdagar 2014 med stöd av SKL Inspirationsdag med stöd av SKL Inspirationsdagar 2013	  	Regionförbundet Jämtlands län Regionförbundet Jämtlands län Regionförbundet Jämtlands län	

PRESTATIONSERSÄTTNINGAR

Antal beslut			12-12-31	SVOM fattar inriktningsbeslut om att prestations-ersättningar inom Bättre liv för sjuka äldre går tillbaka till verksamheterna att användas till kvalitetshöjande åtgärder		SVOM	Beslut i SVOM 12-09-21
				Utveckla system för inrapportering av data enligt krav från SKL		JLL	
				Utveckla rapport för inrapportering av utskrivningsklara enligt krav från SKL		JLL	

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"> <input type="checkbox"/> 1. Involvera den äldre, närstående och frivilliga <input type="checkbox"/> 2. Använd checklistor <input type="checkbox"/> 3. Utnyttja vårdteamens kompetens <input type="checkbox"/> 4. Återkoppla och förbättra utifrån resultat <input type="checkbox"/> 5. Använd kvalitetsregister <input type="checkbox"/> 6. Lär av andra <input type="checkbox"/> 7. Skapa gemensam målbild <p>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</p>		
Gå från reaktiv till proaktiv vård och omsorg om äldre	Verktyg och metoder vi använder	Egna anteckningar
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 1. Utse en kontaktperson till varje patient <input type="checkbox"/> 2. Upprätta en samordnad, individuell vårdplan <input type="checkbox"/> 3. Öka samarbetet mellan vårdgivarna <input type="checkbox"/> 4. Använd hembesök när situationen kräver det <input type="checkbox"/> 5. Använd SBAR <input type="checkbox"/> 6. Använd Senior alert <input type="checkbox"/> 7. Skapa utrymme för reflektion <input type="checkbox"/> 8. Följ upp tillsammans med patienten <input type="checkbox"/> 9. Använd Passion för livet <p>Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!</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 <input type="checkbox"/> 2. Genomför regelbundna läkemedelsgenomgångar med vårdteamet <input type="checkbox"/> 3. Säkerställ att patienten förstår varför ett läkemedel som används <input type="checkbox"/> 4. Ge varje patient en läkemedelsberättelse <input type="checkbox"/> 5. Ge varje patient en kopia av sin läkemedelslista med instruktioner <input type="checkbox"/> 6. Säkerställ att berörda aktörer kring patienten har en korrekt läkemedelslista <input type="checkbox"/> 7. Använd Kloka listan Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		
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 <input type="checkbox"/> 2. Stötta äldre i deras erfarenhetsutbyte och skapa mötesplatser <input type="checkbox"/> 3. Erbjud stöd/verktyg för egenvård <input type="checkbox"/> 4. Mät och utvärdera den äldres delaktighet <input type="checkbox"/> 5. Gör det lustfyllt att vara delaktig <input type="checkbox"/> 6. Säkerställ att checklisten för läkemedel används <input type="checkbox"/> 7. Uppmuntra till att skriva ned frågor innan kontakt med vården Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		

 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 <input type="checkbox"/> 2. Använd Senior alert <input type="checkbox"/> 3. Utför behandlingar i hemmet <input type="checkbox"/> 4. Följ upp via telefon <input type="checkbox"/> 5. Använd en samordnad, individuell vårdplan <input type="checkbox"/> 6. Organisera vården så att den äldre kan välja att vårdas i hemmet till livets slut Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		
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 <input type="checkbox"/> 2. Ta bort det som inte är värdeskapande <input type="checkbox"/> 3. Möjliggör direktinläggningar <input type="checkbox"/> 4. Samverka över gränserna <input type="checkbox"/> 5. Planera varaktigt och långsiktigt för kronisk sjukdom <input type="checkbox"/> 6. Involvera patienten i vårdplaneringen <input type="checkbox"/> 7. Utveckla snabbspår <input type="checkbox"/> 8. Fråga efter patientens förväntningar Ser ni egna nyckelfaktorer? Skriv dem här!		

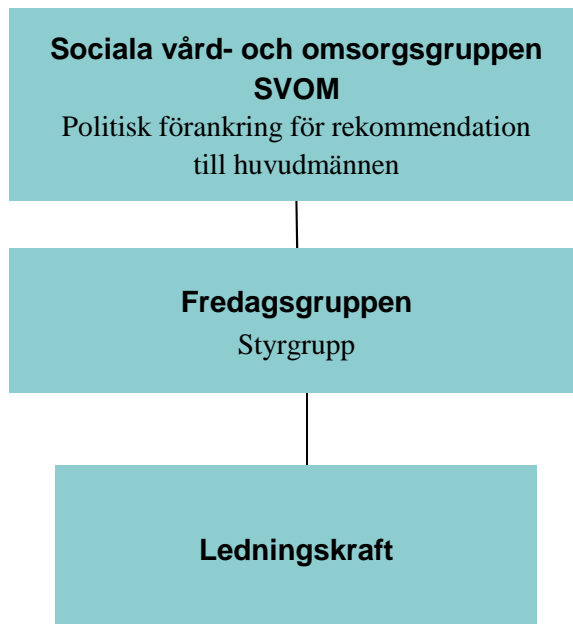
 Arbetar redan med detta

 Intresse finns att påbörja arbete

 Behöver mer kunskap

BILAGA 3

ORGANISATION "BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE"



Fredagsgrupp: Region Jämtland Härjedalen: Hälso- och sjukvårdschef, centrumchefer för medicinska specialiteter, barn – kvinna - psykiatri, opererande specialiteter, primärvård, chef beställarenheten, vårdstrateg och samordnare social välfärd Kommunerna: Förvaltningschef/motsvarande från länets åtta kommuner

Ledningskraft: Carina Rodhe Bergs kommun, Ulla-Britt Barcheus-Olofsson PV Bräcke kommun, Leif Nilsson Härjedalens kommun, Robert Björngard PV Krokoms kommun, Marie-Louise Oscarsson PV Ragunda kommun, Robert Brandt PV Strömsunds kommun, Yvonne Edlund Åre kommun, Peter Andrén PV Östersunds kommun, Lars Liljedahl Östersunds kommun, Lisbet Gibson CMS, Anita Secher COS, Eva Pia Darsbo Geriatriskt stöd och Elsy Bäckström FoU Jämt

BILAGA 4

FÖRKORTNINGAR OCH FÖRKLARINGAR

BPSD	Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens
Brytpunktssamtal	Palliativregistrets beskrivning av brytpunktssamtal
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
Socialtjänstbiblioteket	Databaser och e-tidskrifter inom Socialtjänstens område
SOSFS	Socialstyrelsens författningssamling
Ssk	Sjuksköterska
SveDem	Svenskt demensregister
SVOM	Sociala vård- och omsorgsgruppen
SÄBO	Särskilt boende
Usk	Undersköterska

REVIDERINGAR

Datum 2012-09-10 - Ledningskraft

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

Datum 2012-10-08 – Slutgiltig 2012

Datum 2013-03-18 reviderad av Ingrid Christensen och Elsy Bäckström

Datum 2013-04-09 reviderad av Ledningskraft

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

Datum 2014-01-14 – Reviderad av Ledningskraft

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

Datum 2014-04-14 – Uppdaterad av Ledningskraft

Datum 2014-05-28 – Uppdaterad av Läkemedelsgrupp

Datum 2014-10-16 – Uppdaterad av Läkemedelsgrupp

Datum 2015-04-13 – Uppdaterad av Ledningskraft

Datum 2015-05-04 – Uppdaterad av Ledningskraft

Datum 2014-05-22 – Reviderad och beslutad av SVOM