

Äldresatsningen årsrapport 2012

Inledning

Under åren 2006-2011 fördelade Socialstyrelsen, på regeringens uppdrag, stimulansmedel motsvarande 283 miljoner kronor till att stödja kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla vården och omsorgen om äldre personer. I Norrbottens läns landsting samlades satsningen under namnet "Vital i Norr". Den organisationen fanns kvar under 2011 men överfördes till Hälso- och sjukvårdsavdelningen januari 2012. De stimulansmedel som inte förbrukades under 2011 kunde föras över till 2012 för att stödja projekt inom äldreområdet.

I december 2011 presenterades överenskommelsen "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2012", en överenskommelse mellan staten och Sveriges kommuner och landsting och som bygger vidare på satsningen av stimulansmedel under föregående år. Överenskommelsen handlar om att genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Under de kommande åren kommer främst åtgärder som underlättar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre att prioriteras. Totalt beräknas satsningen under mandatperioden för de mest sjuka äldre att uppgå till drygt fyra miljarder kronor. De medel som avsätts för 2012 och framåt ska huvudsakligen fördelas enligt en prestations- och resultatbaserad modell där krav och mål successivt höjs. Satsningen syftar till att, genom ekonomiska incitament och med de mest sjuka äldres behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera samverkan mellan kommuner och landsting. Målet är även att effektivisera användandet av resurser så att vården och omsorgen i större grad utgår från de mest sjuka äldres behov. Det arbete som bedrivs inom ramen för satsningen ska bli en integrerad del av landstingens och kommunernas ordinarie verksamhet. Även enskilda utförare omfattas av satsningen. Målen för satsningen är:

1. Skapa samverkan och samordning
2. God hälsa, vård och omsorg
3. God och säker läkemedelsanvändning
4. God vård i livets slutskede
5. God vård vid demenssjukdom
6. Bättre ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter
7. Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens
8. Uppföljning och utvärdering

Eftersom Norrbottens läns landsting hade drygt 8 Mkr kvar av de tidigare stimulansmedlen har dessa nyttjats till de projekt som bedrivits under 2012. Medlen har fördelats på olika större eller mindre projekt inom äldreområdet. Ansatsen har varit att uppfylla de mål som finns i den överenskommelse som staten och SKL gjort för vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I detta dokument presenteras det arbete som utförts 2012 samt en ekonomisk redovisning av medlen. En slutredovisning av stimulansmedlen 2006-2011 har skickats in till Socialstyrelsen under januari 2012.

Projektorganisation 2012	
Styrgrupp:	Mats Brännström, Hälso- och sjukvårdsdirektör Eva-Lena Holmqvist, Primärvården Ylva Sundkvist, Medicinska specialiteter Veronika Sundström, Opererande specialiteter Åsa Garmager, Vuxenpsykiatri Carola Fransson, Ekonomiavdelningen Anneli Granberg, Hälso och sjukvårdsavdelningen Mats Weström, Beställaravdelningen Karin Zingmark, FoU-centrum Mona Ringbjer, Primärvården
Utvecklingsledare	Anita Gustavsson, Medicinska specialiteter Birgitta Salomonsson, sammanhållen vård och omsorg Monica Forsberg, vårdprevention Katarina Sedig, palliativ vård Ingela Johansson, demens Åsa Engström, samordnad individuell plan Anita Gustavsson, analyser

Projektredovisning

Nedan presenteras innehåll och resultat för de olika projekt som ingått i varje område.

1. Projekt inom rehabilitering

Sammanhållen vård och omsorg

Utvecklingsledare: Birgitta Salomonsson och Annika Kostet Green

Uppstart skedde i samband med första mötesplatsen för Ledningskraft den 21-23 februari 2012 då arbetsgruppen träffades för första gången. Utvecklingsledarna för detta område har som uppdrag att omspanna hela äldresatsningen med särskild inriktning på området Sammanhållen vård och omsorg. Den treåriga strategin för hela äldresatsningen och en separat handlingsplan för området Sammanhållen vård och omsorg antogs av länsstyrgruppen i augusti 2012.

Yttersta mål för Sammanhållen vård och omsorg är god hälsa, vård och omsorg för de sjuka äldre. För att lyckas med detta behöver individens och anhörigas resurser och synpunkter tas tillvara och ökad samverkan och samordning ske. Därutöver behöver kunskap, kvalitet och kompetens utvecklas.

I syfte att sprida information och förankra strategin för äldresatsningen har olika aktiviteter utförts under 2012. Utvecklingsledarna har besökt länets kommuner för att skapa mötesplatser och föra dialog om äldresatsningen med verksamhetsföreträdare inom landsting och kommuner. För att underlätta spridning på enhetsnivå har informationsbroschyrer tryckts upp till alla medarbetare och en film som beskriver hela äldresatsningen har spelats in. Enligt önskemål från läns pensionärsrådet har ett ”vykort” tryckts upp för spridning till de äldre med syfte att öka kunskap och delaktighet i kontakter med vård och omsorg.

Under 2012 har samverkansorganisationen på nivåer under länsstyrgruppen setts över med syfte att undersöka om en sådan organisation finns och fungerar i de olika länsdelarna. Översynen visar att det finns glapp och olikheter som behöver åtgärdas. Arbetet med detta ska därför fortsätta under 2013. För att stärka insatserna för målgruppen har en pilot initierats i Luleå/Boden-

området där fem vårdcentraler med tillhörande hemtjänstområde och kommunal hemsjukvård kommer att medverka i ett förbättringsarbete som syftar till att fånga upp individer med behov av stärkta insatser och samordnad planering från både primärvård, hemtjänst och hemsjukvård.

För att utvärdera måluppfyllelsen följdes de nationella indikatorerna *Undvikbar slutenvård* och *Återinläggningar inom 30 dagar*. Målet för 2012 var att dessa skulle minska med tio procent den 1 september 2012 jämfört med nivån den 1 september 2011. Andra läns mål under 2012 var att öka antal *Samordnade individuella planer (SIP)* till minst 2 procent av personer ≥ 65 år och öka antal *Fast vårdkontakt* till minst 2 procent av personer ≥ 65 år.

Totalt hämtade Norrbotten hem 4,7 miljoner kronor av prestationsersättningen för 2012 vilket innebär 17:e plats av 21 län. Av dessa gick knappt 1,2 miljoner till Norrbottens läns landsting. Inget län i landet klarade av att målet att minska undvikbar slutenvård och återinläggningar inom 30 dagar med 10 procent. Resultatet för Norrbotten blev en minskning med 3,1 procent enligt 2012 års beräkningsmodell. Under 2012 upprättades sammanlagt 1747 samordnade individuella planer (SIP) till personer ≥ 65 år vilket innebär att 3,3 procent av länets 65 plussare hade en SIP vid årsskiftet. Målsättningen för 2012 har därmed uppnåtts. Samma målsättning gällde för andel personer som fått en fast vårdkontakt utsedd men i det fallet uppnådde Norrbotten inte det uppsatta målet.

Kommun	Andel SIP	Andel FVK
Arjeplog	0,022	0,022
Arvidsjuar	0,017	0,003
Boden	0,052	0,008
Gällivare	0,021	0,006
Haparanda	0,015	0,001
Jokkmokk	0,046	0,019
Kalix	0,040	0,014
Kiruna	0,020	0,000
Luleå	0,034	0,020
Pajala	0,036	0,001
Piteå	0,008	0,008
0,066	0,066	0,017
Överkalix	0,001	0,001
Övertorneå	0,052	0,001
Norrbotten	0,033	0,011

Resultaten är hämtade ur Meddix öppenvård och anges procentuellt av befolkningen 65 år och äldre: ≥ 2 % = grönt, $\geq 0,5$ % = gult, $< 0,5$ % = rött.

Norrbottens kommuner och landsting och har för avsikt att under 2013 fortsätta arbetet med att bygga upp en struktur och hitta nya arbetssätt som på ett bättre sätt svarar upp mot en sammanhållen vård och omsorg för våra sjuka äldre. För att få ökad kraft i arbetet har teamen som ingår i Ledningskraft förändrats med mer representation från läns- och verksamhetschefer inom landsting och kommun. Två team har bildats, det ena kommer att arbeta med

att förstärka processerna för de sjuka äldre vid in- och utskrivning från sjukhus och det andra teamet ska arbeta med förstärkta processer inom den öppna vården och omsorgen för att trygga de äldre i hemmet. Under våren ska en pilot starta i Piteå för att utveckla checklistor och rutiner för en förstärkt utskrivning från sjukhus. Breddinförande kommer att ske under våren till övriga delar av länet. Prioriterade aktiviteter inom verksamheterna är att förbättra kvaliteten på vårdplaneringar inom både sluten- och öppenvård. Detsamma gäller den fasta vårdkontaktens funktion. Det handlar om att dessa verktyg inte ska stanna vid att vara pappersprodukter utan att de ska användas som kvalitativa instrument för en sammanhållen vård och omsorg

De nationella indikatorerna *Undvikbar slutenvård* och *Återinläggningar inom 30 dagar* kommer att följas även under 2013 men beräkningsmodellen ska förändras och därmed även målvärdet. Upprättade samordnade individuella planer (SIP) ska kompletteras med uppföljda SIP och utsedda fast vårdkontakt ska följas även under 2013. Målvärden är ej beslutade. Ambitionen är att följa alla mätbara mål per enhet (vårdcentral eller motsvarande) så långt det är möjligt.

Nationella strokekampanjen

Projektledare: Birgitta Fagervall Yttling

Syftet med Nationella strokekampanjen är att öka kunskapen hos allmänheten om symtom vid stroke och bidra till att fler söker akutvård i tid. Den riktar sig särskilt till vissa grupper som man vet har sämre kunskap om stroke. I kampanjen ingår att sprida kunskap om AKUT-testet med vilket man snabbt kan upptäcka symtom på stroke.

Informationen och spridningen har skett via massmedia, besök hos föreningar, via utskick av informationsmaterial mm. Under oktober 2012 anordnades "Utmaningen" som bestod av aktiviteter på stan. I Norrbotten anordnades aktiviteterna i samarbete med ambulans, strokeenheter, 1177 samt idrottsföreningar.

Utveckling av trafikmedicinsk enhet

Projektledare: Annika Åström

Projektet Trafikmedicinsk enhet i Kalix startades i augusti 2012. Sedan mitten av 1990-talet har sjukhuset i Kalix förstärkt kompetens kring- och bedömningsrutinerna avseende trafikmedicin. Målgruppen för dessa bedömningar avgränsades till att gälla personer med förvärvad hjärnskada, oftast individer efter genomgången stroke. Ett samverkansprojekt mellan flera olika aktörer bla Tillväxtverket, Arbetsförmedlingen, Norrbottens läns landsting och Eurac har visat att det finns förutsättningar för att etablera en trafikmedicinsk enhet i Kalix.

Målen för projektet har varit att ta fram informationsmaterial till patienter, remissinstanser och andra berörda kring den trafikmedicinska enhetens verksamhet, metod och regelverk.

Lokaler lämpliga för patientbesök och testning har ställts i ordning. Testutrustning har lånats via tidigare projektägare Eurac. En egen remissinstans har skapats. Successivt har verksamheten med körkortsbedömningar kunnat påbörjas.

I avvaktan på besked om fortsättning för verksamheten har det inte skett någon större informationsinsats eller spridning till olika remissinstanser.

Material finns framtaget och klart och verksamheten är beredd gå ut brett med information till berörda.

Ett löfte finns om att verksamheten kommer att fortsätta i landstingets regi men ännu finns inget definitivt besked

Införande av utredningsplatser vid Kalix sjukhus

Projektledare: Annika Åström

Fördelningen av slutenvårdsplatser i länet ligger med tyngdpunkt på internmedicinklinikerna. Beläggningen på dessa platser är hög och det skapar problem för arbetsmiljön och patientsäkerheten. Gällande lagstiftning bidrar också till att vårdtiden kan bli längre än vad den medicinska indikationen kräver. Detta är inte till gagn för patienten och resulterar i den överbelastade situationen på länets vårdavdelningar runt om i länet. Av den anledningen har en utredning gjorts för införande av så kallade utredningsplatser. Uppdraget med att se hur en lokal implementering kan genomföras gick till Medicin- och rehabiliteringskliniken och akutsjukvården vid Kalix sjukhus.

Projektet startade i oktober 2012 och avslutas i januari 2013. Berörda enheter har granskat mångbesökare som varit inskriva vid medicinkliniken Kalix sjukhus fyra eller fler gånger under 2012. Granskningen har omfattat inläggningsorsak, vårdplanering och ev kommunala insatser. Granskningen har skett i samverkan med primärvården.

Ett studiebesök har även genomförts i Kalmar läns landsting för att se hur deras enhet med utredningsplatser är organiserad och vilka erfarenheter de har. Verksamheten i Kalmar är betydligt större än den i Kalix och motsvarar Sunderby sjukhus i storlek. Totalt finns 18 utredningsplatser som nyttjas av i stort sett alla kliniker på sjukhuset. Besöket registreras endast som ett mottagningsbesök där patienten vistas högst i 24 timmar. Därefter skickas patienten antingen hem eller läggs in i slutenvården. Omsättningen av patienter är stor och verksamheten fungerar väl.

Det krävs vissa förutsättningar för att utredningsplatser ska kunna införas vid sjukhuset i Kalix. Dessa är:

Administrativa; patientbesöket registreras som ett besök i öppenvård i akutliggaren och dokumentationen sker som vanligt i journalen. För att besöket ska kunna urskiljas för beräkning i KPP bör patienterna registreras på en egen mottagning med eget kostnadsställe. Dokumentationen minskas då patienten inte behöver skrivas in i slutenvård.

Lokaler; platserna bör ligga i anslutning till akutmottagningen för att jourhavande läkare "lägger in" och "skriver ut" patienter löpande under dygnet. I dag finns lämpliga lokaler tillgängliga.

Personal; utredningsplatserna kräver bemanning dygnet runt. I dag finns det två läkare morgon och kväll och en i jour nattetid. För omvårdnadspersonalens del behövs en sjuksköterska och en undersköterska morgon och kväll samt en sjuksköterska nattetid.

Hinder/begränsningar; innebär merarbete för jourläkaren.

Osäkert hur en framtida finansiering ska kunna se ut. Svårt att avgöra hur många vårdplatser som kan avvaras för finansiering. Om det ska verkställas bör införandet ske i projektform innan beslut om avveckling av vårdplatser sker.

Fördelar/vinster; erfarenhet från Kalmar visar att 50 procent av de äldre patienterna kan återvända hem inom 24 timmar. Antalet mångbesökare har kunnat minskas dels genom att de lättare kunnat identifieras och genom att åtgärder införts i samverkan med kommunen och primärvården. Vårdplanering behöver inte ske då patienten inte är inskriven i sluten vård. Belastningen på vårdavdelningen minskar och den samlade vårdkonsumtionen likaså.

För att kunna bedöma om detta arbetssätt är effektivt även för en mindre enhet i Kalix storlek behöver en test i projektform genomföras. Samverkan med primärvården och kommunen behöver förtydligas, utbildningsinsatser genomföras samt rutiner tas fram. Om projektet utfaller positivt finns ett bra underlag för att fastställa hur många utredningsplatser som behövs och vad det kräver i vårdplatsreduceringar.

Samlad länsstrategi för akut omhändertagande

Projektledare: Ulf Bergman

Projektet startades i november 2012. Ytterst är målet en ökad patientsäkerhet och ökad effektivitet vad gäller det akuta omhändertagandet. Projektet utgör en del av den strategiska utvecklingen av närsjukvård i Norrbotten. Landstingsfullmäktige delade närsjukvårdsutredningens slutsats att det akuta omhändertagandet är ett av ländstingets viktigaste uppdrag gentemot länets befolkning och att det därför ska tryggas i hela länet i såväl glesbygd som tätort. Utifrån fullmäktiges beslut ska därför en samlad länsstrategi tas fram.

Arbetet med länsstrategin är uppdelat i två delprojekt varav föreliggande är inriktad på den övergripande strategin med fokus på läkarjourstrukturen i länet. Arbetet har genomförts som en enmansutredning och redovisar förslag till en länsstrategi samt förslag till en modell och dess lokala tillämpningar för bemanning och medicinskt ledningsansvar inklusive utvecklingsfrågor och finansiering för länets akutmottagningar och jourcentraler.

Det som framkommit ska samlas i en rapport som ska vara underlag för en samlad länsstrategi vad gäller det akuta omhändertagandet. Särskild uppmärksamhet har ägnats åt jourstrukturen i Kiruna sjukvårdsområde.

En probleminventering baserad på erfarenheter från olika medarbetare som ingår i jourorganisationerna har utförts. Det som framkommit har diskuterats med uppdragsgivaren och redovisats till divisionscheferna. Ett förslag till jourstruktur för Kiruna sjukvårdsområde har diskuterats med berörda aktörer. Verkställigheten av förändringarna i Kiruna kommer att ske inom ramen för ett eget lokalt projekt med medarbetare från olika verksamheten vid Kiruna sjukhus. Allt ska sammanfattas i en länsstrategi som ska överlämnas till projektägaren den 1 februari 2013.

Bemanning av specialistläkare vid akuten i Sunderbyn

Projektledare: Sara Trast

Projektet startade i oktober 2012. Målet var att hitta ett förslag till en övergångslösning med allmänläkare vid akutmottagningen till dess en konkret process med akutläkare inleds.

Under hösten har en projektplan tagits fram, arbetsgrupper och referensgrupper har skapats. Slutrapporten ska framföras för SLG styrgruppen 2013-01-07 och därefter beslutas omfattningen/utförandet av projektet under 2013.

Översyn-samverkan kring psykogeriatriska patienter inom slutenvård

Projektledare: Mats Andrén

Projektet har pågått under oktober-december 2012. Målet var att göra en nulägesanalys och hitta ett önskvärt läge beträffande samverkan kring psykogeriatriska patienter samt att skapa grunden för en HÖK mellan geriatriken och psykiatrin rörande psykogeriatrisk.

I projektet har sökts vetenskapligt stöd i artiklar kring en entydig definition av psykogeriatrisk. Samverkan har skett med företrädare för demensprojektet.

En nulägesanalys är klar, det önskvärda läget är att skapa en överenskommelse som i möjligaste mån ökar patientsäkerheten och optimerar patientflödet. Det finns nu en preliminär HÖK som rör samverkan inom geriatriken, internmedicin och psykiatrin för akut förvirring och BPSD. Denna ska färdigställas och implementeras under våren 2013.

Översyn av geriatriska vårdprocesser i slutenvård

Projektledare: Mats Andrén

Projektet har pågått under oktober-december 2012. Målen var:

- En tydlig bild av optimala respektive suboptimala vårdprocesser inom nivå 2 geriatrisk slutenvård i länet. Fokus var på utförande av och följsamhet till kvalitetsmätningar samt flödet i patientgenomströmningen.
- Ett viktat urval av mätbara förbättringsparametrar samt ett förslag till hur dessa parametrar konsekvent kan mätas. Ett förslag till hur projektägarna kan gå vidare med mätningar och implementering kring dessa.
- Fastslående av målnivåer för a) Kvalitetsparametrar, exempelvis inom ramen för uppgifter som hämtas i kvalitetsregistret Senior Alert b) Ledtider avseende den enskilda vårdprocessen samt c) Parametrar för medelvårdtider, omsättning och ekonomisk effektivitet.

Arbetet har bestått av inhämtning av nuläge kring teamrutiner och logistik kring mätningar (Senior Alert) samt tankar kring förbättringsområden Aktuell statistik rörande patientgenomströmning har studerats. Analys, sammanställning, rapportering och återföring av nulägesbeskrivning och förbättringsförslag har lämnats till projektägarna. Resultatet är en tydlig bild av optimala respektive suboptimala vårdprocesser inom geriatrisk rehab respektive akut geriatrik. Ett viktat urval av mätbara förbättringsparametrar finns listade i slutrapporten. Förslag till mätprocedurer medföljer.

Utbildning om läkemedel och äldre till vårdpersonal i öppenvård

Projektledare: Anders Bergström

Under våren beslutades att en utbildning skulle komma till stånd. Projektet startade augusti 2012 med att deltidsanställa läkare för planering och genomförande av utbildningen. En utbildningsgrupp startades och här planerades utbildningen. Målen för utbildningen är att ge vårdpersonal i öppenvården utbildning så att de får kunskap och verktyg att undvika att behandla äldre människor med olämpliga läkemedel, ordinerar/rekommenderar andra behandlingsalternativ istället för läkemedel. Om läkemedel behövs, ska de kunna ordinera och behandla den äldre patienten med rätt läkemedel, i rätt dos och under rätt tidsperiod för att undvika försämrad livskvalitet till följd av exempelvis biverkningar.

Aktiviteten under hösten har varit diverse möten för att planera utbildningen. En del av utbildningsmaterialet som ligger ute på hemsidan. Delresultat kommer att presenteras före sommaren.

Utifrån resultat kommer beslut om hela eller delar av projektet kommer att fortsätta drivas efter projektet avslutas.

Analysarbete

Projektledare: Anita Gustavsson, Karin Sundström och Annika Vikström

Projektet startade maj 2012. Målet var att kartlägga varför och när personer 65 år och äldre, oplanerat återinlagda har behandlats i slutenvård, vilka diagnoser som varit aktuella samt på vilket sätt slutenvården hade kunnat undvikas i de enskilda fallen. Analysarbetet delades upp i två delar, en målgruppsanalys och en kartläggning. Ett samarbete med Health Navigator etablerades för att identifiera målgruppen samt analysera patientflöden mellan kommuner och landsting. Kartläggningen genomfördes av projektledarna. Uppgifter till kartläggningen inhämtades via Webbkollen. Intervjuer utfördes vid vårdavdelningar på Sunderby sjukhus under september månad med personer oplanerat återinlagda inom 30 dagar. I samband med intervjun gavs ett skriftligt medgivande om en fördjupad granskning av personens vård och omsorg.

Målgruppsanalys

Arbetet med har genomförts i linje med äldresatsningens fokus på gemensamt analys- och förbättringsarbete och syftar till att bättre förstå vård- och omsorgstunga målgrupper och vad som ligger bakom deras vård- och omsorgsbehov. Analysen har genomförts på data från landstinget samt kommunerna Piteå och Luleå som båda under mätetiden haft gemensamma omsorgssystem. Arbetet ska i förlängningen kunna omvandlas till nya verktyg eller arbetssätt för att förebygga behov av slutenvård hos äldre genom exempelvis tidigare insatser inom närsjukvården eller den kommunala omsorgen. Arbetet har visat att hälso- och sjukvårdens resursinsatser för den äldre befolkningen (65 år eller äldre) är koncentrerade kring en liten del av landstingets invånare. 1 procent av invånarna över 65 år i NLL (537 individer) står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 266 miljoner kronor av totalt ca 1,3 miljarder kronor). Dessa "högkonsumenter" av vård är ingen enhetlig grupp och har blandade kroniska och akuta diagnoser. En mycket stor del av vårdkonsumtionen (ca 85 procent av alla vård dagar) för dessa individer utgörs dock av oplanerad vård, vilket kan tolkas som att omhändertagandet om denna grupp inte fungerar optimalt. Även kommunernas resursinsatser för de äldre är koncentrerade kring en relativt liten grupp individer: 1 procent av invånarna över 65 år i Luleå och Piteå kommun står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 250 mkr av totalt 1,5 mdr kr).

Det finns ca 2 400 mest sjuka äldre i Luleå kommun och ca 1 500 i Piteå kommun. I båda kommuner motsvarar detta ca 18 procent av befolkningen 65 år eller äldre. De mest sjuka äldre är övervägande kvinnor (ca 60 procent) med en medelålder kring 80 år. De mest sjuka äldre definieras utifrån individernas vård- eller omsorgsbehov. Det är dock mycket få individer (endast 15-16 procent av gruppen i respektive kommun) som har både omfattande vård- och omfattande omsorgsbehov. Det är således inte samma personer som är "kommunens mest sjuka äldre" som "landstingets mest sjuka äldre". Individerna i mest sjuka äldre-gruppen står för totala vård- och omsorgskostnader om i genomsnitt ca 450 000 kr per individ per år, varav drygt 80

procent av kostnaderna härrör till omsorgsinsatser. Totalt står de mest sjuka äldre för vård- och omsorgskostnader om ca 1,7 miljarder kronor per år vilket utgör ca 80 procent av de totala vård- och omsorgskostnaderna för äldre i Luleå och Piteå kommun (totalt ca 2,1 miljarder kronor).

Ca 16 procent av alla inläggningar i slutenvård i Norrbotten är en oplanerad återinläggning inom 30 dagar, dvs. att patienten har skrivits ut från ett tidigare slutenvårdstillfälle under de 30 föregående dagarna. För invånare 65 år eller äldre i NLL är 18 procent av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. För mest sjuka äldre-gruppen är hela 26 procent av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. Detta talar för att omhändertagandet av de mest sjuka äldre efter utskrivning från sjukhus kan förstärkas. Ingen enskild diagnos står dock för de oplanerade återinläggningarna. De vanligaste diagnoserna vid återinläggning är hjärtsvikt och KOL, men dessa motsvarar endast 5 procent respektive 4 procent av alla oplanerade återinläggningar för MSÄ-gruppen. Vid ungefär en tredjedel av alla oplanerade återinläggningar har den äldre vårdats för samma diagnos som vid det föregående vårdtillfället.

Stora skillnader i återinläggningsfrekvens syns mellan individer som omhändertas av olika särskilda boenden och olika hemtjänstdistrikt. Dessa skillnader har inte kunnat förklaras utifrån åldersskillnader, skillnad i vårdtider eller andra kända faktorer. Detta väcker frågan om skillnaderna kan härledas till skillnader i verksamheternas arbetssätt.

Mot bakgrund av att de mest sjuka äldre återinläggs i hög grad och att den första tiden efter utskrivning från sjukhus är kritisk föreslås att ett riktat kvalitetsutvecklingsarbete genomförs i syfte att stärka omhändertagandet av de mest sjuka äldre under den närmaste tiden efter utskrivning från sjukhus.

Arbetet bör inledas under våren 2013 med att konkretisera hur målgruppen ska praktiskt identifieras i den löpande verksamheten och hur det förändrade arbetssättet kring dem bör organiseras. Målsättningen med ett sådant arbete bör vara att förebygga slutenvårdstillfällen och minska antalet återinläggningar så att målen i äldresatsningen kan uppnås. Det finns en signifikant resurs- och kvalitetsmässig potential i att förebygga oplanerade slutenvårdstillfällen för äldre: Varje oplanerad inläggning innebär i genomsnitt sex dagars vårdtid för den äldre och ca 40 000 kr i vårdkostnader för landstinget. Dessa resurser motsvarar kostnaden för ca 21 dagar i särskilt boende, 16 dagar i korttidsboende eller 52 timmar hemtjänst. Om ett kvalitetsutvecklingsarbete exempelvis riktar sig mot en tredjedel av de mest sjuka äldre i Piteå och Luleå kommun (ca 1 300 invånare) och lyckas sänka deras konsumtion av oplanerad slutenvård med 25 procent skulle detta frigöra resurser som motsvarar ca 19 miljoner kr eller 9 vårdplatser per år.

Kartläggning

Projektet startade maj 2012. Målet var att kartlägga varför och när personer 65 år och äldre, oplanerat återinlagda har behandlats i slutenvård, vilka diagnoser som varit aktuella samt på vilket sätt slutenvården hade kunnat undvikas i de enskilda fallen. Arbetet har bestått av

- Intervjuer via Webbkollen återinlagda
- Kartläggning av vård- och omsorgskonsumtion ett år innan återinläggning
- Dokumentationsgranskning
- Intervju i hemmet efter utskrivning från sjukhus

Fokus har varit på att visa individens perspektiv av vård och omsorg. Nedanstående förbättringsområden har identifierats för att undvika inläggning på sjukhus:

Riskbedömning

Överföring av resultat från riskbedömning i vårdkedjan sker inte, detta ger onödigt lidande för den äldre i form av fallskador, undernäring mm. Riskbedömning bör uppmärksammas och utföras i hemmet för att motverka skador hos den äldre.

Samordnad individuell planering på sjukhus

Svårt för den äldre att vara delaktig. Fokus oftare på ekonomi än den äldres behov.

Samordnad individuell plan i öppenvård

Planering i hemmet bättre för den äldre, lättare att vara delaktig. Bör utföras oftare för personer i ordinärt boende för att motverka onödiga inläggningar på sjukhus

Fast vårdkontakt

Används inte i någon nämnvärd omfattning.

Kognitiv svikt

Misstänkt kognitiv svikt utreds inte. Det är viktigt att hitta personer med kognitiv svikt och eventuell begynnande demens tidigt i förloppet, för att kunna sätta in medicinering och ge hjälpmedel i hemmet.

Genomförandeplan i kommunen

Används inte. Viktig för att den enskilde, anhöriga och hemtjänstpersonalen ska veta vad, hur och när insatser ska göras i hemmet.

Samverkan

Samverkan brister inom och mellan huvudmännen vilket leder till fragmentering av vård och omsorg, den måste förbättras för att undvika oplanerade återinläggningar. Ett sätt att förbättra vård och omsorg för målgruppen är att utveckla teamarbetet.

Resultaten av kartläggningen kommer att användas i arbetet med äldresatsningen 2012-2014.

Samordnad individuell plan

Utvecklingsledare: Åsa Engström och Karin Sundström

Utifrån fastställda gemensamma samverkansriktlinjer mellan landstinget och kommunerna ska processen kring vård- och omsorgsplanering förbättras. Personer med behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst inom öppenvård ska erbjudas en samordnad individuell planering med individfokus och helhetsperspektiv för den enskilde. Arbetet får även stöd från förändringar i HSL och SoL från 1 januari 2010 som innebär att landstinget och kommunerna tillsammans ska upprätta en individuell plan om denna behövs för att den enskilde ska få sina behov av hälso- och sjukvård och socialtjänst tillgodosedda. (3 f § HSL, 2 kap. 7 § SoL). Norrbottens läns landsting och kommunerna i länet har tillsammans med företaget Tieto arbetat fram ett webbaserat verktyg för samordnad individuell planering i Meddix Öppenvård. Under perioderna januari - mars 2012 samt oktober - november 2012 erbjöds utbildning till de olika verksamheterna inom Landstinget och kommunerna i länet. Uppskattningsvis har mellan 600 – 700 personer utbildats. Under hösten 2012 har fokus legat på att lägga upp berörda enheter i systemet, att till-

delar behörigheter samt fungera som användarstöd för hela länet gällande Meddix öppenvård. Verksamheterna har påbörjat sitt arbete med att upprätta individuella planer, främst för hemsjukvårdens patienter, men fortfarande ser man brister hos användarna gällande samverkan och planering d v s arbetsmetoden samt kunskaper om systemet Meddix öppenvård.

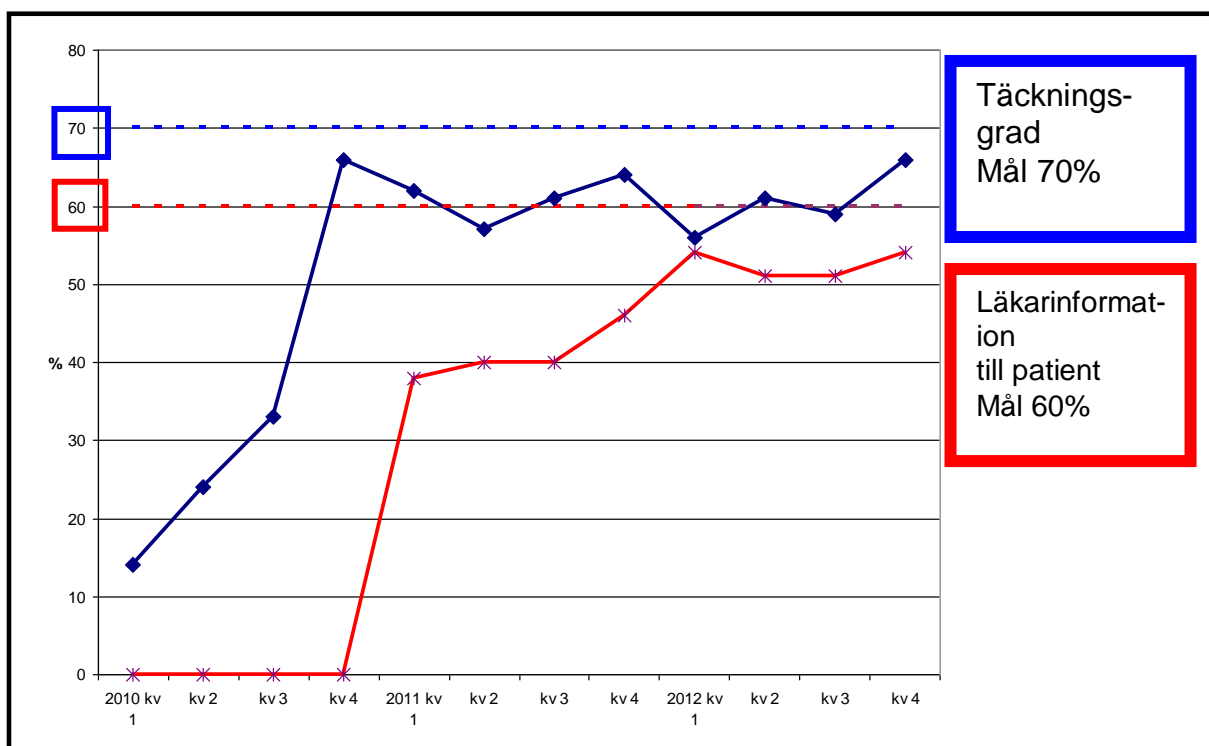
För lyckad implementering och absorbering i alla berörda enheter i länet, krävs fortsatta utbildnings- och stödjande insatser och för att uppnå målet – att användarna i länet, oavsett verksamhetsområde, ska kunna arbeta med SIP och upprätta individuella planer - bör implementeringen ses som en process. Det är ett helt nytt system och till stor del ett nytt sätt att arbeta, vilket innebär att spridningen tar längre tid.

Palliativ vård

Utvecklingsledare: Katarina Sedig och Annika Green

För att nå upp till en fullgod palliativ vård i Norrbottens län behöver verksamheterna utvecklas inom kommunerna och landstinget.

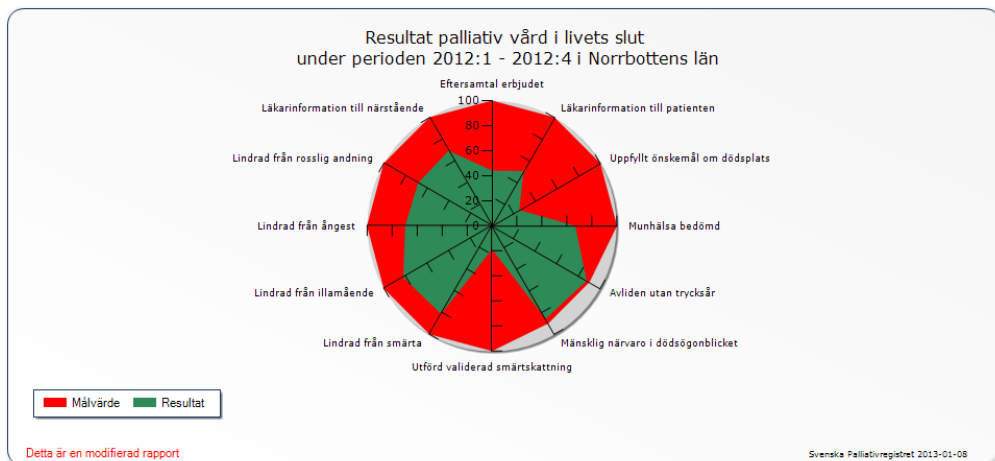
Nationella svenska palliativregistret ger en snabb bild av kvalitén på vården i livets slut och tydliggör bristerna. Under våren 2012 minkade antalet registrerade dödsfall i hela länet andra tertialens rapport låg på ca 58 procent täckningsgrad, vid årsskiftet är täckningsgraden 65 procent. Andelen genomförda och dokumenterade brytpunktsamtal för gruppen avlidna över 65 år har pendlat mellan 51-54 procent över året.



Fem kommuner klarade målet 70 % täckningsgrad men ingen av dessa fem klarade att uppnå målet 60 % genomförda och dokumenterade brytpunktsamtal.

Arbetet med att öka antalet registreringar ytterligare och befästa rutiner samt att öka kunskapen om palliativ vård i länet har fortsatt pågått hela 2012. Rapportering och uppmaning att registrera i palliativ registret har förmedlats

via landstingets hemsida samt vid direkta möten och utbildningstillfällen med verksamheterna kontinuerligt över året.



Ovanstående spindeldiagram visar data för alla verksamheter i Norrbotten, motsvarande diagram går att plocka ut för slutenvård, SÄBO och korttids, hemsjukvård och palliativa enheter. Spindeldiagrammet som visar resultat palliativ vård är i stort oförändrat sedan tidigare.

Under 2013 kommer de indikatorer som SKL påbjuder i satsningen vara i fokus. Det gröna i resultatspindeln ska bli grönare med i genomsnitt 5 procent för indikatorerna brytpunktsamtal, smärtskattning, bedömd munhälsa samt injektions läkemedel mot ångest. Grundförutsättningen är dock en täckningsgrad på 70 procent för målgruppen över 65 år

Webbaserat utbildningskoncept för kompetensbevis i akutgeriatrik/geriatrik

Projektledare: John Sandström (Birgitta Salomonsson)

I samband med inrättandet av akutgeriatriska platser vid Sunderby sjukhus och det så kallade GRETA-projektet (2008-2010) vid Sunderby sjukhus initierade överläkare Aase Wisten en utbildning för kompetensbevis i akutgeriatrik/geriatrik. Utbildningen var mycket uppskattad men den fordrade en hel del planering och arbete för alla inblandade. Dessutom måste den upprepas regelbundet eftersom ny personal tillkom. Länets stora avstånd och svårigheter att ordna lämpliga föreläsare under en begränsad tid medför att behovet av ett mer lättillgängligt utbildningskoncept efterfrågades.

I augusti 2011 antog styrgruppen för Vital i Norr en projektplan med syfte att utforma ett koncept med komprimerade webb-baserade föreläsningar samt examination, utbildningsbrosch och utbildningsbevis. Målet är att det ska gå att använda inom alla relevanta enheter inom landsting och kommun. Svensk Geriatrisk Förening (SGF) har accepterat konceptet som ett nationellt kompetensbevis i akutgeriatrik/geriatrik.

Projektledare Birgitta Salomonsson fick annat uppdrag 2012 och uppdraget att färdigställa projektet i fråga om inspelning, webbösning, studiehandledning och slutrapport gick över till John Sandström i september 2012. Sista inspelningen skedde hösten 2012 och en webblösning har utvecklats. Utvecklingsbevis har färdigställts och nybeställning av emalj-

broscher har gjorts. Den webbaserade examinationen har testats och använts vid Kalix sjukhus. Hittills har 22 personer klarat examinationen.

Under 2013 ska utbildningen lanseras och spridas till personal inom landsting och kommuner.

Andra landsting har visat intresse för att ta del av konceptet men styrgruppen har beslutat att det i första hand ska användas inom länet.

2. Projekt inom kost och nutrition

Dietistens roll i nutritionsbehandling till äldre patienter

Projektledare: Chrstina Walter

Projektet startade januari 2012. Målet med projektet var att implementera en ny arbetsmodell, Nutrition Care Process (NCP), som ursprungligen utarbetats av amerikanska dietistorganisationen. Det svenska namnet är Nutritionsbehandlingsprocessen. NCP är en strukturerad problemlösande och standardiserad metod viken bidrar till att kvalitetssäkra dietistens arbete samt tydliggöra patientens nutritionsproblem och dietistens åtgärd.

Nutritionsbehandlingsprocessen är uppdelad i fyra steg: Nutritionsutredning, Nutritionsdiagnos, Nutritionsåtgärder, Nutritionsuppföljning och utvärdering. I projektet var målsättningen att börja använda den del som omnämns Nutritionsdiagnos i vilken dietisterna ger patienten en nutritionsdiagnos och med denna som utgångspunkt skriver en kärnmening innefattande nutritionsdiagnos, bakgrund/etiologi samt hur detta yttrar sig för patienten. Syftet med att implementera detta arbete var att öka patientsäkerheten genom att dels tydliggöra patientens nutritionsproblem och bakomliggande orsak till detta och dels genom att dokumentera detta på ett sätt som tydliggör dietistens åtgärder.

Eftersom den äldre befolkningen i större utsträckning är multisjuka och ofta har behov av nutritionsstödande åtgärder valde vi att börja vårt arbete med avgränsning till denna patientgrupp. Eftersom dessa patienter också många gånger har kontakt med vårdgivare både inom slut- och öppenvård är det av stort värde att dietistens anteckningar på ett tydligt sätt beskriver patientens nutritionsproblem och bakomliggande för att sedan kunna följa effekt av åtgärden som sätts in.

I relation till annat pågående projekt i landstinget var också en målsättning att alla patienter i målgruppen skulle ha en aktuell riskbedömning. Detta är dock inte en bedömning dietisten själv utför utan den genomförs av distriktsköterska, sjuksköterska eller undersköterska på vårdavdelning.

I projektet har regelbundna gruppträffar genomförts runt om i länet där projektledarna tillsammans med projektdeltagarna har diskuterat och resonerat kring olika nutritionsdiagnoser och kärnmening som skrivits till denna. Syftet var att utvecklas och bli bättre på att ge patienten en korrekt diagnos med utgångspunkt av befintliga uppgifter men också tydliggöra eventuella brister i anteckningarnas innehåll. Projektledarna har också deltagit vid varsin utbildningsdag i ämnet under året samt deltagit i träffar med representanter från övriga län där man sedan tidigare börjat implementera arbetsmodellen. Projektledarna har också fungerat som bollplank och hjälp för projektdeltagarna. Mätningar har genomförts ca en vecka per månad där deltagarna rapporterat in sina resultat. Målnivåerna att >50 procent av patienterna i målgruppen skulle ha en dokumenterad nutritionsdiagnos har uppnåtts. Andelen

patienter med en riskbedömning i Senior alert uppgick till 65 procent vilket innebär att uppsatt målvärde inte nåtts.

Projektet ska efter avslut fortgå på så sätt att samtliga dietister vid länsdietistenheten ska dokumentera nutritionsdiagnos vid nybesök, det kommer då gälla för alla patienter oavsett ålder så verksamheten kommer att utökas efter projektets avslut. På sikt ska resterande delar i arbetsmodellen implementeras.

3. Projekt inom demensvård

Nya arbetssätt, arbetsmetoder och rutiner behöver utvecklas inom vården och omsorgen om personer med demenssjukdom. Kommunerna och landstinget bör ha en gemensam, medveten strategi för bemötande och omhändertagande av personer med demenssjukdom och deras närstående under hela sjukdomsutvecklingen. Det är viktigt med spetskompetens i demensvården för att behålla, utveckla och sprida kunskap om demenssjukdomar, om god omvårdnad och om personer med demens och deras närståendes behov.

God vård vid demenssjukdom

Utvecklingsledare:

Ingela Johansson, landstinget och Margareta Wuorinen, Kommunförbundet

Målet med förbättringsarbetet, God vård vid demenssjukdom, är att personer med demenssjukdom ska få en sammanhållen vård och omsorg och att närstående ska få det stöd de har behov av. För att nå målet ska alla berörda verksamheter inom kommun och landsting arbeta efter Nationella Riktlinjerna demens och verksamheterna ska använda sig av demensregistrena, SveDem och BPSD för att säkras kvalitén i demensvården.

För att nå målet att alla verksamheter arbetar efter Nationella riktlinjerna demens krävs stegvisa aktiviteter.

En journalgranskning i kommun och landsting har genomförts i syfte att skapa en uppfattning om hur omhändertagandet av personer med demenssjukdom sker idag. Pararellt med detta har grunden lagts för hur vårdprocessen demens ska se ut i Norrbotten. I detta arbete är det framtaget ett regionalt styrdokument, Gemensamt program Demens, med tillhörande vård- och omsorgsriktlinjer som beskriver ansvars- och arbetsfördelningen mellan kommun, primärvård och specialistvård. I augusti 2012 beslutades styrdokumentet i länsstyrgruppen. En revidering av styrdokumentet måste göras med anledning av förändringar i omvärlden. Dessa innebär bland annat att division Medicinska specialiteter har tagit ett nytt inriktningsbeslut som innebär att demenspatienter ska omhändertas på alla länsdelssjukhusen. Hemsjukvården har överförs till kommunen i februari 2013 och en överenskommelse mellan psykiatri och medicin har träffats. För vidare implementering av styrdokumentet har en förankringsprocess påbörjats under hösten riktad mot chefer och ledare i kommun och landsting.

För att verksamheterna ska komma igång med att använda sig av kvalitetsregistrena SveDem och BPSD har nedanstående aktiviteter genomförts.

- Kommunerna har utbildats i BPSD registret
- Primärvården har fått information om SveDem
- En kartläggning av möjligheterna att integrera VAS och SveDem har genomförts.

Resultat

Ingen verksamhet har ännu påbörjat att införa arbetssättet från styrdokumentet, Gemensamt program Demens, i sin vardag. Kiruna kommun och primärvård har påbörjat planeringsprocessen för införandet.

Fram till årsskiftet har 250 personer i åtta kommuner genomfört utbildning i BPSD registret. Under 2012 har gjorts 102 registreringar i registret fördelade på fem kommuner. Endast två kommuner uppnådde prestationskraven vilket resulterade i en sammanlagd ersättning om 400 000 kr.

Under 2012 har primärvården inte haft någon beställning på demensvård eller registrering i kvalitetsregister SveDem, trots detta har fem vårdcentraler anslutit sig till registret. Fram till årsskiftet var inga registreringar gjorda, vilket innebär att ingen prestationsersättning har utgått till landstinget.

4. Projekt inom förebyggande arbete/ prevention

Mot bakgrund av en snabbt växande andel äldre är hälsofrämjande åtgärder och förebyggande insatser viktiga. Förebyggande insatser riktade mot äldre kvinnor och män kan medföra stora vinster, både hälsomässiga och ekonomiska, för såväl individen som samhället. De kan motverka uppkomsten av skador och ohälsa. Ett område där det finns stor potential med förebyggande arbete är att förebygga fallskador. Fallolyckor bland äldre är ett stort problem som vållar mänskligt lidande och som medför stora samhällskostnader.

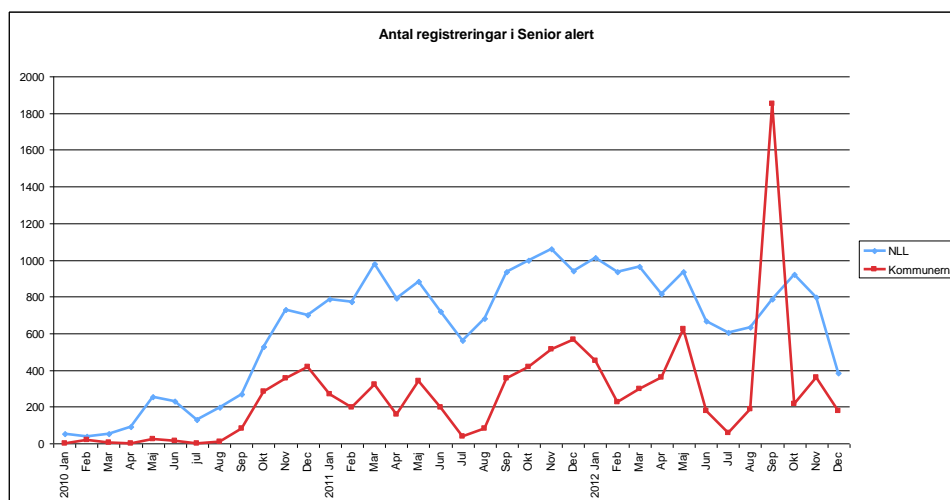
Vårdprevention – Senior alert

Utvecklingsledare: Monica Forsberg och Annika Kostet Green

I Norrbotten förekommer fall, fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen inom vård och omsorg vilket medför stora kostnader och lidande för den drabbade. Enhetliga rutiner saknas för rapportering av skada, riskidentifiering, åtgärder och utvärdering av insatser. Dokumentationen samt överrapporteringen inom vårdkedjan är bristfällig. Ett helhetsansvar utifrån individperspektiv saknas alltför ofta.

Vårdprevention innebär att ha ett systematiskt arbetssätt för att förebygga fall, trycksår och undernäring inom vård och omsorg. Arbetssättet innebär att alla 65 år och äldre, som kommer i kontakt med vård och omsorg, tidigt riskbedöms med evidensbaserade instrument. Vid identifierad risk sätts evidensbaserade åtgärder in som följs upp och utvärderas.

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som mäter hur landsting och kommuner lyckas i det systematiska arbetet med att förebygga fall, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen.



För 2010 registrerade landstinget 3 278 bedömningar, år 2011 – 10 037 bedömningar och under år 2012 – 9 589 bedömningar. Motsvarande siffror i kommunerna är för 2010 – 1 205, år 2011 – 3 457 och under 2012 – 4 974.

Målet är att alla som 65 år och äldre som blir inskrivna inom slutenvård, hemsjukvård, SÄBO eller korttidsplats ska riskbedömas, detta mål är inte uppnått under 2012.

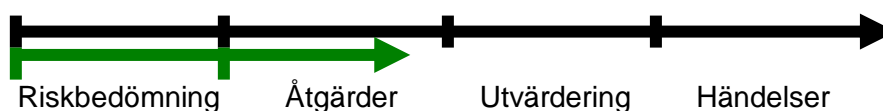
- Andel riskbedömning av antal vårdtillfällen inom slutenvården (NLL) motsvarar 40 procent.
- Andel riskbedömningar av antal vårdplatser inom kommunerna motsvarar 76 procent

Vid identifierad risk ska personen få åtgärder insatta, detta mål är inte uppnått under 2012.

- NLL har satt in åtgärder 89 procent
- Kommunerna har satt in åtgärder 69 procent

Målet är att alla patienter vid identifierad risk ska få åtgärder insatta för att förbygga vårdskada. Siffrorna visar att ungefär 79 procent får åtgärder insatta, vilket betyder att ungefär 20 procent av dem med identifierad risk inte får någon åtgärd, vilket i förlängningen kan leda till vårdskador och ökade kostnader.

Fyra olika faser i arbetet med Senior alert kvalitetsregister



Den gröna pilen visar vart NLLs och kommunernas verksamheter i snitt ligger i processen att arbeta med Senior alert.

De flesta enheter har börjat göra riskbedömningar och allt fler registrerar nu även insatta åtgärder på de patienter/brukare som har identifierade risker. Att utvärdera (arbeta med resultatet) och registrera händelser arbetar allt fler en-

heter med, men många enheter har inte alls börjat med dessa steg ännu. Att se sina resultat är stimulerande för verksamheterna och borde bidra till att enheterna motiveras att registrera även dessa steg. Att chefer och ledare efterfrågar resultat är en viktig framgångsfaktor för att implementera arbetsättet.

Ekonomi

Redovisningen av stimulansmedlen till Socialstyrelsen bygger på de områden inom vilka NLL ansökt om medel. De kvarvarande stimulansmedlen inom äldreområdet har därför fördelats inom områdena:

- Rehabilitering
- Kost och nutrition
- Demensvård
- Vårdprevention

En redovisning av fördelning och förbrukning av stimulansmedlen under åren 2007-2012 finns i bilaga 1.

Ekonomisk redovisning av stimulansmedel för äldre för perioden 2007-2012

Stimulansmedel alla belopp anges i tusental, Tkr	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Utbetalt	11736	11736	11347	5792	2556	0
Kvar från föregående år		11736	15023	14642	10818	8183
Att disponera		23472	26370	20434	13374	8183
2007 till 2011 års stimulansmedel fördelat mellan områden	2007	2008	2009	2010	2011	
Rehabilitering	5600	5410	12770	11825	10214	
Kost/nutrition	736	-576	1211	600	680	
Demensvård	1200	1439	1782	4959	2400	
Läkemedelsgenomgångar	1200	3301	5057	50	0	
Sociala innehållet	500	823	1590	0	0	
Förstärkt läkartillgång	0	0	0	0	0	
Förebyggande hembesök	2500	1139	3880	3000	80	
Beräknad kostnad för individbaserad statistik och öppna jämförelser		200	0	0	0	
Summa fördelat	11736	11736	26290	20434	13374	
Förbrukat	2007	2008/2009	2010	2011	2012	
Rehabilitering	3520	5436	7615	3886	7245,4	
Kost/nutrition	135	0	0	92	209,2	
Demensvård	1415	701	139	703	728,4	
Läkemedelsgenomgångar	848	2658	416	0		
Sociala innehållet	540	991	0	0		
Förstärkt läkartillgång	0	0	0	0		
Förebyggande hembesök	1822	1942	1446	510		
Beräknad kostnad för individbaserad statistik och öppna jämförelser	169	0	0	0		
Totalt förbrukat	8449	11728	9616	5191	8183	

Totalt utbetalt belopp	43167
Totalt förbrukat belopp	43167
Procentuellt förbrukat belopp	100
Kvarvarande belopp	0