

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

RPO äldres hälsa
Ulrika Stefansson
Ordförande

2022-11-20

Regionsjukvårdsledningen

Handlingsplan 2022 för RPO Äldres hälsa

Inledning

RPO Äldres hälsa verkar för att personer ska åldras med god livskvalitet och ges förutsättningar att förebygga ohälsa, leva ett så självständigt liv som möjligt och få god vård och omsorg när det behövs. Genom erfarenhetsutbyte, att lära av varandra, följa resultat och vara stöd i det lokala arbetet bidrar RPO Äldres hälsa till god jämlik hälsa för äldre.

Övergripande samverkan

Under 2022 vill RPO fortsätta att verka för ökat samarbete i de lokala strukturerna både inom kommuner och regioner och med andra RPO. Under 2022 kommer RPO att ta ställning till behov av regionala arbetsgrupper (RAG) för regioner och kommuner. Ett utvecklingsområde är att fördjupa samverkan med Registercentrum Sydost och att etablera lärande nätverk, som grund för lärande, kvalitetsutveckling och personcentrerade arbetsätt. Ytterligare prioriterat område blir att utveckla former för seniormedverkan i förbättringsarbeten.

Prioriterade förbättringsområden

1. Kognitiv svikt och demens

Motivering – behov och syfte

Demens är en folksjukdom och ca 19 000 personer i Sydöstra sjukvårdsregionen beräknas ha en demenssjukdom. Varje år insjuknar drygt 3000 personer i sjukvårdsregionen. Antalet beräknas öka i takt med den åldrande befolkningen. Utifrån kunskapsunderlag, nationella riktlinjer och Socialstyrelsens uppföljning av riktlinjerna finns ett stort gap mellan kunskapsläget och de åtgärder som implementerats.

Patientlöfte och mål

God, likvärdig och personcentrerad vård vid demenssjukdom. Vid misstänkt demenssjukdom erbjuds utredning inom rimlig tid.

Följande områden bedöms viktiga att förbättra, både utifrån nuvarande resultat och sjukvårdsregionala skillnader:

- Fler personer med demenssjukdom behöver utredas och få diagnos. Rätt diagnos ger förbättrade förutsättningar att få tillgång till personcentrerad, god och nära vård och omsorg.
- Utredningstider enligt personcentrerat sammanhållet vårdförlopp
- God läkemedelsbehandling.
- Ökad kompetens. God kompetens bidrar till att personer får tillgång till rätt insats bedömd, tex dagverksamhet.
- Säker utdata. Täckningsgrad SveDem. Då registerdata används som underlag för att följa kvalitet och utveckling behöver täckningsgraden öka eller annan källa identifieras (Primärvårdskvalitet).
- BPSD registret, ökad användning.

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

Metod och åtgärder

Personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp vid misstänkt demenssjukdom

Det övergripande målet med det personcentrerade och sammanhållna vårdförloppet är att fler personer som har kognitiv svikt till följd av misstänkt demenssjukdom ska genomgå utredning, och att sådan utredning ska starta i ett tidigt skede.

Vidare är målsättningarna att:

- korta utredningstiderna
- skapa bättre förutsättningar för att patientgruppen uppmärksammas, utreds och behandlas inom primärvård och specialiserad vård
- ge mer stöd till personer och anhöriga eller närstående
- minska praxisskillnader vid utvidgade kognitiva utredningar
- skapa bättre förutsättningar för jämlik och adekvat läkemedelsbehandling
- i ökad utsträckning koppla samman vård och omsorg för en personcentrerad och sammanhållen vård¹

Område	Aktiviteter	Mätetal
God vård vid demenssjukdom	Stödja implementering av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp vid misstänkt demenssjukdom. Följa upp utredningstid vid basal och utvidgad utredning	Förväntad incidens och antal genomförda utredningar. Antal och andel. Källa Svedem(?) Mätningar kopplade till vårdförlopp ang utredningstider följs
God läkemedelsbehandling	Kartläggning och analys användning av läkemedel vid Alzheimers sjukdom och antipsykotiska läkemedel Kartlägga användning av BPSDregistret	Användning av demensläkemedel vid Alzheimers sjukdom och Antipsykotiska läkemedel Källa: Läkemedelsregistret
God kompetens i varje möte	Sprida Demens ABC och Demens ABC+ för personal	Antal som genomgått webbutbildning Demens ABC+ 2022 (fokus biståndshandläggare)
Täckningsgrad i det nationella kvalitetsregistret Svedem	Utifrån baslinjemätning verka för ökad täckningsgrad	Antal enheter som använder Svedem

¹ [Vårdförlopp Kognitiv svikt vid misstänkt demenssjukdom - Kunskapsstyrning \(kunskapsstyrningvard.se\)](http://kunskapsstyrningvard.se)

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

	Sprida kunskap om nyttan med Svedem.	
	Identifiera nyckeltal för gemensam uppföljning	

Konsekvensbeskrivning

Fler utredningar och undersökningar kommer att få ekonomiska konsekvenser, se Nationella riktlinjer. Rätt diagnos ger förbättrade förutsättningar att få tillgång till personcentrerad, god och nära vård och omsorg. Utebliven diagnos minskar eller försämrar möjlighet till tidiga insatser och kan istället bidra till ökat behov av vård och omsorgsinsatser.

God kompetens bidrar till att personer får tillgång till rätt insats, tex bedömd dagverksamhet. Brist på kompetens och förståelse för behoven vid demenssjukdom kan riskera att personcentrerad vård och omsorg ges, insatser eller behandling uteblir.

Uppföljning

Redovisning av resultatet från kvalitetsregistren sker i slutet av 2022

Redovisning av arbetet med standardiserade vårdförlopp kognitiv svikt sker efter införande

2. Palliativ vård i livets slutskede

Motivering – behov och syfte

När en svår sjukdom inte längre går att bota inriktas behandlingen på att förebygga och lindra symtom, för att göra den sista tiden i livet så bra som möjligt för den döende personen och dennes anhöriga/närstående. I sjukvårdsregionen beräknas drygt 9000 personer avlida under 2022 och därmed kunnat vara aktuella för någon form av palliativ vård.

Socialstyrelsen rekommenderar områden som särskilt centrala ur ett styrnings- och ledningsperspektiv. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör erbjuda:

- fortbildning och handledning i palliativ vård till personal inom vård och omsorg, i syfte att lindra symtom och främja livskvalitet hos patienter i livets slutskede
- regelbunden analys och skattning av smärta hos patienter som har smärta i livets slutskede samt strukturerade bedömningar av patientens symtom, i syfte att ge patienten en så adekvat symtomlindring som möjligt
- samtal med patienter om vårdens innehåll och riktning i livets slutskede(brytpunktssamtal), i syfte att förebygga oro och missförstånd samt förbättra livskvaliteten hos personer i livets slutskede.

Patientlöfte och mål

Alla personer i livets slut ska vara välinformerade och delaktiga genom hela vårdkedjan och erbjudas lika god palliativ vård i livets slutskede oavsett bostadsort.

Metod och åtgärd

NAG palliativ vård finns och vårdförlopp kommer under året att implementeras.

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

I sjukvårdsregionen genomförs palliativ vecka i samverkan för ökad medvetenhet samt kompetensutveckling.

God palliativ vård utgår från de fyra hörnstenarna symtomlindring, multiprofessionellt samarbete, kommunikation, relation samt stöd till närstående. Vården ska omfatta alla, oavsett ålder och diagnos. Utifrån gapanalys har RPO har identifierat följande gemensamma utvecklingsområden när det gäller palliativ vård:

- Dokumenterad brytpunktsbedömning.
- Smärtskattning sista levnadsveckan
- Munhälsobedömning

Område	Målsättning	Aktiviteter	Mätetal
God vård vid livets slut	Ökat antal personer med andra diagnoser än cancer får tillgång till palliativ vård Ökad medvetenhet och kunskap	Stödja införande av vårdförlopp Spridning och förankring av arbetssätt Karta - nuläge Process(er)- Koncept/vårdförlopp Lärande nätverk Palliativ vecka	Indikatorer ur Svenska palliativregistret
Dokumenterad brytpunktsbedömning	Ökat antal genomförda och dokumenterade brytpunktssamtal	Mäta förekomst, analysera lokala handlingsplaner	Antal och andel, lokala resultat i spindeldiagram.
Smärtskattning sista levnadsveckan	Validerade smärtskattningsinstrument används för att säkra att fler personer dör utan smärta	Mäta, analysera och ta fram handlingsplan	Antal och andel, lokala resultat i spindeldiagram. Svenska palliativregistret
Munhälsobedömning	God munhälsa	Följa antal Utbildningar i Roag	Antal som genomgått utb. Antal genomförda munhälso-bedömningar lokala resultat i Svenska palliativregistret

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

Uppföljning

1. Antal personer med annan diagnos än onkologisk sjukdom får tillgång till palliativ vård ökar (Hjärtsvikt, KOL, Demens)
2. Utifrån baslinjemätning av täckningsgrad i det nationella kvalitetsregistret Svenska palliativregistret verka för att öka täckningsgraden till målnivå som preciseras under 2022 (80%).
3. Ökad kunskap – Lärande nätverk i samverkan med RCSO, Palliativ vecka anordnas i olika delar av länen

3. Kartläggning av skörhet

Motivering – behov och syfte

Under 2022 kommer NPO Äldres hälsa starta arbetet med sköra äldre. En ökande andel äldre bland befolkningen ökar behovet av att tidigt identifiera personer i riskzon för att utveckla skörhet. Kännedom om riskfaktorer, specifika vård- och omsorgsbehov samt behovet av samverkan mellan kommun, slutenvård och öppenvård för optimalt omhändertagande är nödvändigt. RPO planerar aktivt deltagande med utvecklingsaktiviteter parallellt med det nationella arbetet. Samverkan med RPO Akut vård planeras gällande akutkedjan för sköra äldre planeras.

Patientlöfte och mål

Den äldre är delaktig och insatser ges med respekt för individens specifika behov, förväntningar och integritet, baserad på bästa tillgängliga kunskap, vetenskap och beprövad erfarenhet. För den äldre personen innebär det att vård och omsorg har proaktiva arbetsätt, hälsofrämjande och förebyggande och att eventuella risker uppmärksammas och åtgärdas.

Ingen ska behöva vänta på den vård som behövs och särskilt viktigt blir det om det finns risk för att den äldre försämras. Den sköra individen ska kunna erbjudas en tillräckligt trygg och säker vård, där kontinuitet eftersträvas, för att kunna vistas hemma och slippa åka in till sjukhus i onödan.

Metod och åtgärd

1. Tillgängliggöra kunskapen om gemensamma nationella definitioner, standards och screeningsinstrument för skörhet
2. Utifrån ovanstående identifiera behov av kunskapsstöd samt kompetensutveckling hos vård- och omsorgsaktörer som är involverade i vård av äldre
3. Om aktuellt, stödja implementering av personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp
4. Mätning av antal samordnade individuella planer (SIP)
5. Stödja arbete med fasta vårdkontakter

Konsekvensbeskrivning

Vården behöver förändras bland annat genom ändrade arbetsätt. Vikten av att arbeta förebyggande, att tidigt identifiera sköra personer och personer i riskzonen för att utveckla skörhet blir allt viktigare.

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

Uppföljning

1. Uppföljning relevanta kunskapsstöd
2. Antal och andel enheter som använder screeninginstrument för skörhet
3. Ta fram gemensamma processmått för akutprocess äldre

4. Nära vård, hälsofrämjande arbete, Äldres psykiska hälsa

Motivering – behov och syfte

Omställningen till nära vård berör och kommer att göra skillnad för alla Sveriges invånare, och hjälpa oss att klara välfärdens utmaningar. Omställningen innebär att vi samskapar med invånare och flyttar fokus till att arbeta mera personcentrerat, sammanhållet, proaktivt och hälsofrämjande. Nära vård är inte en ny organisationsnivå eller en benämning på dagens primärvård, även om primärvården utgör en kärna i den nära vården. Nära vård är snarare ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg. Den närmsta vården är den som patienten/brukaren kan ge sig själv – egenvården – samt det stöd kommuner och regioner kan ge för att möjliggöra detta.

En mer tillgänglig, närmare vård kan tillsammans med nya arbetssätt i vården innebära att resurserna inom vård och omsorg kan användas bättre och därmed räcka till fler.

Kärnan i nära vård är ett personcentrerat arbetssätt som utgår från individens behov och förutsättningar. Det innebär att se, involvera och anpassa insatserna efter vad som är viktigt för just den personen.

Patientlöfte och mål

En god och nära vård

- utgår från individuella förutsättningar och behov.
- bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv.
- bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet och grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit

Metod och åtgärd

RPO äldres hälsa kommer ha ett nära erfarenhetsutbyte med lärande utifrån regioner och kommuners arbete med Nära vård, hälsofrämjande arbetssätt och äldres psykiska hälsa

Uppföljning

Relevanta mätetal kommer att tas fram under 2022 med stöd från Samverkansgruppen Uppföljning och analys.

5. Mätning för lärande

Motivering – behov och syfte

Ökad samverkan i lärande nätverk med koppling till RCS är under planering. God kännedom om processer och resultat är en förutsättning för systematiskt förbättringsarbete.

Gemensamma analysarbeten med stöd från Samverkansgruppen Uppföljning och analys planeras.

OCH LÄNENS KOMMUNER I SAMVERKAN

Konsekvensbeskrivning

Uteblivet stöd datauttag och jämförbara statistikunderlag försvårar nulägesbilder samt analys av resultat.

Samverkan

Nationell nivå

Kontinuerlig samverkan med NPO. Önskemål om att skapa kontakter mellan övriga sjukvårdsregioners regionala arbetsgrupper inom äldreområdet är lyft.

Sjukvårdsregional nivå

Identifiera gemensamma områden och samverkansytter kontinuerligt. För RPO Äldres hälsa är RPO Primärvård, Levnadsvanor samt Rehabilitering intressanta samarbetspartners. Under 2020 planeras samverkan med RPO Akut vård gällande sköra äldre på akuten/i akutkedjan. Samverkan bygger främst på att identifiera områden för samverkan, att dela goda exempel samt stödja varandra i det lokala arbetet.

Lokal nivå

Samtliga sjukvårdsregioner har lokala ledningssystem i samverkan där äldreområdet är en naturlig samverkansarena.

Patientföreträdare

RPO har prioriterat och ser vikten av att vidareutveckla den seniormedverkan som på flera ställen finns i de lokala förbättringsarbetena och verkar för att detta blir möjligt under 2021 (om restriktioner och rekommendationer för 70+ möjliggör deltagande). Om möjligt även hitta former för deltagande på sjukvårdregional nivå.