

	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 <b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">1 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

## Projektnamn:

### Bättre liv för sjuka äldre i Norrbotten - handlingsplan 2013.

Utvecklingsledare eller motsvarande för de ingående områdena har sin tillhörighet till landstinget och kommunerna i länet via Kommunförbundet Norrbotten.

## Projektägare:

### Socialchefer i Norrbottens kommuner

tf Bo-Erik Berg, Arjeplog	Ann-Sofi Levander, Arvidsjaur
Catharina Liljeholm, Boden	Sven Forsberg, Haparanda
Marianne Jonsson, Gällivare	Ted Sandin, Jokkmokk
Anna-Greta Brodin, Kalix	Elisabet Hansson, Kiruna
Mikael Lekfalk, Luleå	Maj Lis Ejderlöf, Pajala
tf Gun-Britt Johansson, Piteå	Hans Nyberg, Älvsbyn
Marjo Svensson, Övertorneå	Ann-Kristin Andersson, Övertorneå

### Norrbottens läns landsting

Ylva Sundkvist, divisionschef Medicin  
Eva-Lena Holmqvist, divisionschef Primärvård  
Veronica Sundström, divisionschef Opererande  
Åsa Garmager, divisionschef Vuxenpsykiatri  
Anneli Granberg, chef hälso- och sjukvårdsavdelningen  
Mats Brännström, hälso- och Sjukvårdsdirektör

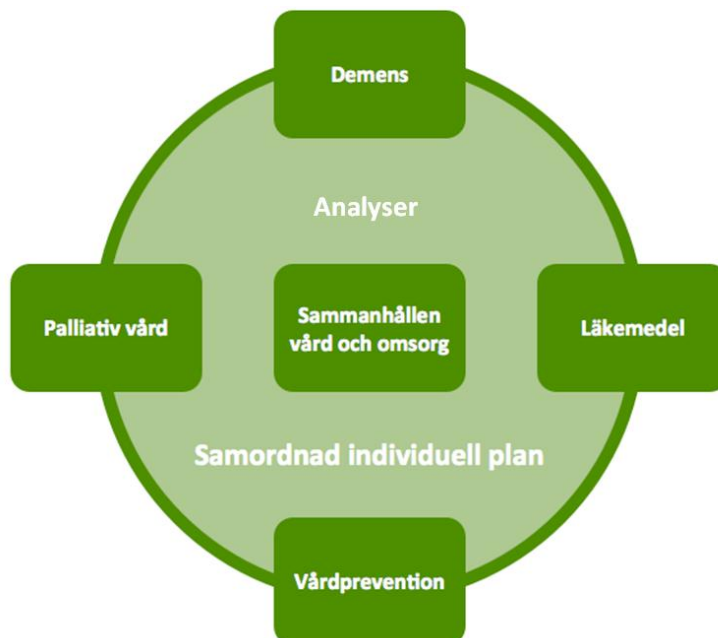
	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 <b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">2 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

## 1. Grundläggande information

### 1.1. Bakgrund

I december 2011 kom staten och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) överens om att göra en treårig satsning 2012-2014 för att åstadkomma en ”Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre”. Inriktningen är att landsting och kommuner tillsammans ska åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg, där viktiga förbättringsområden är; god vård i livets slutskede, preventivt arbete, god vård vid demenssjukdom, god och säker läkemedelsbehandling samt sammanhållen vård och omsorg. För genomförandet upprättas årliga överenskommelser mellan staten och SKL som innehåller indikatorer för prestationsersättning inom de beskrivna förbättringsområdena. I december 2012 fastställdes innehållet i 2013 års överenskommelse som innehåller samma förbättringsområden som tidigare men med tydligare fokus på att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg. Resultat kommer att mätas med hjälp av indikatorerna *Undvikbar slutenvård* och *Återinläggningar inom 30 dagar*. Medel utgår också för att utveckla ett lokalt och mellan huvudmännen gemensamt analysarbete av dessa indikatorer.

Äldresatsningen i Norrbotten benämns ”Bättre liv för sjuka äldre i Norrbotten” och där ingår de fem huvudområdena som är samstämmiga med de områden som prioriteras i överenskommelsen därtill tillkommer utveckling av samordnad individuell plan. Den gemensamma visionen är *”Trygga äldre i Norrbotten – ett gemensamt ansvar”*.



*Områden inom Bättre  
liv för sjuka äldre i Norrbotten*

Utifrån lokala behov satsar Norrbotten även på utbildningsinsatser för att få till stånd ökad användning av webbaserat planeringsverktyg i Meddix öppenvård som ska an-

	<p style="text-align: center;"><b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</b></p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">3 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

vändas för att upprätta samordnade individuella planer som är en förutsättning för en fungerande samverkan.

Ansvar för hemsjukvården övergick till kommunerna i februari 2013 vilket innebär både möjligheter och begränsningar. Berörda verksamheter och personal som byter arbetsgivare lägger av naturliga skäl stort fokus på att hantera den nya arbetsorganisationen. Detta har påverkat utvecklingsarbetet under 2012 då den planerade förbättringsarbetet i öppenvård fick senareläggas. Sannolikt kommer utvecklingsarbetet att påverkas av detta även under 2013. Primärvården har fortsatt ett mycket viktigt uppdrag när det gäller att tidigt identifiera och fånga upp personer som har behov av stärkta insatser för att inte riskera någon skada eller försämring av sitt tillstånd.

Under 2013 ska även den beslutade närsjukvårdsorganisationen för Norrbottens läns landsting ta form vilket kommer att inverka på äldresatsningen. Den nya organisationen kan ge bättre förutsättningar för lokal samverkan och en bättre helhetssyn som är nödvändig vid omhändertagandet av sjuka äldre. Ett nytt styr- och ersättningsystem kan bidra till ökade möjligheter att styra insatser somagnar målgruppen.

## 1.2. Samverkansorganisation

En gemensam samverkansorganisation finns i länet. Den består av en politisk samverkansberedning och en länsstyrgrupp som företräder projektägarna och är beslutande eller rådgivande i samverkansfrågor. Länsstyrgruppen har ett upprättat samarbete mellan kommuner och landsting inom flera områden. Inom området "Trygg ålderdom" har länsstyrgruppen tagit fram "Handlingsplan för kunskapsutveckling inom äldreområdet 2011-2013". Under 2012 utarbetades och godkändes "Bättre liv för sjuka äldre - strategisk plan för Norrbotten 2012-2014". Varje delområde i äldresatsningen skriver årliga projektplaner med tillhörande aktivitetsplan som godkänns av länsstyrgruppen. Uppföljningsrapporter med resultat lämnas tre gånger årligen till länsstyrgruppen. Uppföljning av resultaten baseras på nationella indikatorer och kompletteras med regionala mål och mått. I Norrbotten finns en gemensamt upprättad "Handlingsplan för ledning i samverkan inom området mest sjuka äldre" som är politiskt förankrad hos varje huvudman. Även SOSFS 2011:9 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete har antagits politiskt av varje huvudman. Den här handlingsplanen för 2013 grundar sig på nämnda styrdokument.

## 1.3. Verksamhetsstrategi

För att stärka chefers kompetens i förbättringsarbetet och omsätta den länsgemensamma handlingsplanen i praktisk vardag har SKL etablerat Ledningskraft. Arbetet bedrivs med nationella respektive regionala mötesplatser med fokus på att gå från ord till handling. För att stärka fokusområdet sammanhållen vård och omsorg och få mer operativ kraft har Norrbotten valt att formera om Ledningskraftsteamerna inför 2013 med två inriktningar; förstärkt öppenvård, samt förstärkt in- och utskrivningsprocess till/från sjukhus. Det samlade resultatet av arbetet inom de övriga områdena läkemedel, demensvård, palliativ vård, vårdprevention ger viktiga förutsättningar för att uppnå en mer sammanhållen vård och omsorg. E-hälsa utvecklar tillgänglig och säker information inom vård och omsorg som stödjer arbetet inom äldreområdet. Den kartläggning analysgruppen har utfört i länet används för att ringa in förbättringsområden.

	<p style="text-align: center;"><b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">4 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

Eftersom samtliga områden är beroende av varandra så behöver Ledningskraft hållas uppdaterade inom äldresatsningen. Detta ska ske genom utvidgade träffar med Ledningskraft en gång per halvår och genom att varje område för sig träffar Ledningskraftsteamerna någon gång under året, eller vid behov. För att däremellan hålla ihop hela satsningen finns två utvecklingsledare med i Ledningskraft. Dessa är länken till utvecklingsledarna/motsvarande inom alla områden i äldresatsningen, via regelbundna träffar. Analysarbete och Samordnad individuell plan ingår och ska användas inom samtliga områden.

Erfarenheter internationellt och nationellt visar att införandet av generella och beprövade förändringsidéer, så kallade koncept, ger goda effekter. Därför kommer vi även i Norrbotten att införa beprövade koncept i länet där berörda aktörer deltar med syfte att stärka insatser för de sjuka äldre. Utvecklingsledarna utgör stöd till detta lokala förbättringsarbete. En konceptkatalog kallad "En meny av möjligheter" har utarbetats av SKL. I den har fyra strategier identifierats som var och en består av ett flertal koncept vilka beskrivs nedan.

Strategi 1) Säkerställa en ordnad process på sjukhus med fokus på utskrivning			
Identifiera patienter med särskilda behov	Involvera patient och närstående genom tydlig information och dokumentation	Underlätta nästa steg genom tydlig information och dokumentation till andra vård- och omsorgsgivare (t ex upprätta SIP)	Standardisera utskrivningsförfarandet för alla patienter
Följa upp hur det gått hemma (eller motsvarande)			
Strategi 2) Säkerställa en ordnad process i primärvård/hemsjukvård/omsorg			
Identifiera patienter med särskilda behov	Erbjud bedömning och planering i hemmet	Underlätta nästa steg genom tydlig information och dokumentation till andra vård- och omsorgsgivare (t ex upprätta SIP)	Arbeta i team; vård och omsorg tillsammans
Säkerställ uppföljning genom regelbunden avstämning i team utifrån patientens/ brukarens behov	Involvera patient och närstående genom tydlig information och dokumentation	Fast vårdkontakt	Samordna ledning på verksamhets-nivå
Strategi 3) Rikta insatser mot identifierade mångbesökare på sjukhus			
Identifiera individer med särskilda behov	Bygg relation genom regelbunden kontakt	Skapa tydliga planer med patientens fokus	Samordna insatser (t ex upprätta SIP)
Ha ett coachande förhållningssätt	Etablera ett kontaktnät med tydliga kontaktuppgifter		

	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 <b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">5 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

<p>Strategi 4) Förbättra förmåga att åstadkomma faktabaserade förändringar (mätningar, ledning av utveckling och förbättringsmetodik)</p>			
<p>Kartläggning av sammanhang för verksamhet/enhet/process (t ex värdegrund, mål, kultur)</p>	<p>"Inledning"</p>	<p>Steg 1: Bredd och djup (t ex balanserat styrkort, värdekompass)</p>	<p>Steg 2: Tid (t ex definiera mått, mäta över tid)</p>
<p>Steg 3: Visualisering och förbättringsarbete (t ex resultattavla, hantering av resultat)</p>			

## 2. Mål och Verksamhetsnytta

### 2.1. Verksamhetsnytta/nyttoeffekt

Genom att sätta den sjuke äldres behov i centrum kan det totala resursanvändandet effektiviseras. En styrning mot förstärkt öppenvård och omsorg gynnar de äldre som får ökad trygghet. Det är även mer kostnadseffektivt och medför att specialistsjukvården kan användas mer verkningsfullt. För att lyckas i vård och omsorg av äldre krävs helhetssyn, teamarbete och samverkan över huvudmannagränserna i stället för den ofta fragmentiserade, organspecifika vården som bygger på diagnoser. Det handlar om att ha ett arbetssätt som är mer proaktivt än reaktivt och att tidigt fånga upp personer med risk för skada eller försämring av sitt sjukdomstillstånd. Det är därför angeläget att bygga upp bärande samverkansstrukturer inom primärvård, hemsjukvård och hemtjänst. Att införa standardiserade arbetssätt inom vård och omsorg är ett bra sätt att minska variation och därmed uppnå ökad säkerhet och trygghet för den enskilde. Uppföljning på olika nivåer är en förutsättning för att få kvarstående effekter.

### 2.2. Resultat 2012

Norrbotten erhöll totalt 4,6 Mkr i prestationsersättning varav 1,2 Mkr till landstinget och 3,4 Mkr till länets kommuner. För landstingets del var det enbart inom området vårdprevention som man lyckades nå målen för ersättning. Samtliga kommuner har erhållit ersättning för vårdprevention, några kommuner har även nått målen inom områdena palliativ vård (6 st) samt BPSD (2 st).

Delområde	Nationellt mål för prestationsersättning	Resultat 2012
Vårdprevention	90% av boende i särskilt boende ska vara riskbedömda enligt Senior alert	3 kommuner klarade målet (Jokkmokk, Haparanda, Övertorneå)
	Antal registrerade riskbedömningar i Senior alert	Alla kommuner har registrerat riskbedömningar
Palliativ vård	70% av de avlidna ska vara registrerade i registret	Sex kommuner klarade målet: Arvidsjaur, Gällivare, Jokkmokk, Piteå, Älvsbyn, Övertorneå
	60% av palliativa patienter ska ha fått ett	Ingen i länet har klarat detta

	<b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b>	6 (14)
<b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING	<b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN	<b>DATUM:</b> 130101- 131231

	brypunktssamtal, grundkrav är att man har klarat ovanstående mål om 70%	
Demens	Antal registrerade från kommunen i BPSD-registret	2 kommuner har gjort registreringar: 18 (Kiruna) resp 49 (Luleå)
	Antal demensutredningar i primärvården som registrerats i SveDem-registret	Ingen registrering finns
Läkemedel	10% minskning i genomsnitt av olämpliga läkemedel, olämpliga kombinationer, antipsykosläkemedel	Norrbotten klarade inte målet, utan nådde - 4,1%
Sammanhållen vård och omsorg	10% minskning i genomsnitt av undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar	Norrbotten klarade inte målet utan nådde - 3,1%

### 2.3. Huvudmål

Projektets huvudmål är att tillgodose den äldres behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen. Den äldre ska erbjudas behovsanpassade insatser, ska ges möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och bli bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

#### Mål för prestationsersättning 2013:

Område	Mål för prestationsersättning 2013
Vårdprevention (registreras i Senior alert*)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minst 90% av de boende i särskilt eller korttidsboende ska ha riskbedömts och fått åtgärder insatta (50 Mkr).</li> <li>- Antal genomförda riskbedömningar, där åtgärder satts in och uppföljning planerats (50 Mkr)</li> <li>- Antal registrerade munhälsobedömningar (20 Mkr)</li> </ul>
Palliativ vård (registreras i Svenska palliativregistret)	Grundläggande krav är att minst 70% av dödsfallen registreras. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Genomsnittlig ökning av indikatorerna: brypunktssamtal, smärtskattning, munhälsa, ordination av injektion mot ångest, med minst 5% ger viss ersättning (50 Mkr). Uppnås 10% erhålls ytterligare medel (20 Mkr)</li> </ul>
Demens (registreras i BPSD**-registret, SveDem***)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antal utförda registreringar av kommunen i BPSD (50 Mkr)</li> <li>- Antal utförda demensutredningar av primärvården i SveDem (25 Mkr)</li> <li>- Antal uppföljningar av primärvården i SveDem (25 Mkr)</li> </ul>
Läkemedel	Mäts april-september, fyra av dessa sex månader måste ha lägre resultat än motsvarande månad 2012 i länet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Olämpliga läkemedel för personer ≥75 år (100 Mkr)</li> <li>- Antiinflammatoriska läkemedel för personer ≥75 år (100 Mkr)</li> <li>- Läkemedel mot psykos ≥65 år som har dosdispensering (Mkr)</li> </ul>
Sammanhållen vård och omsorg	Mäts april-september, fyra av dessa sex månader måste ha lägre resultat än motsvarande månad 2012 i länet <ul style="list-style-type: none"> <li>- Undvikbar slutenvård (125 Mkr)</li> <li>- Återinläggning inom 30 dagar (200 Mkr)</li> </ul>

\* Senior alert = kvalitetsregister stödjer arbetet med riskbedömningar av fall, undernäring, trycksår, munhälsa

\*\*BPSD = Beteendemässiga psykiska symtom vid demenssjukdom.

\*\*\*SveDem = Svenska demensregistret



	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">7 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

Se aktivitetsplan (bil 1) för fullständig redovisning av mål och mått, aktiviteter och tidplan

## 2.4 Genomförande

Norrbottens kommuner och landsting har beslutat att arbeta inom fem huvudområden med fokus på sammanhållen vård och omsorg. Planerade aktiviteter inom delområdena demens, vårdprevention, palliativ vård och läkemedel har listats och aktiviteter som bedöms ha mest inverkan på området sammanhållen vård och omsorg har identifierats och prioriteras i den gemensamma aktivitetsplanen för 2013 (bil 1). Aktiviteterna beskrivs kort nedan:

*Preventivt arbetssätt:* utbildning i uttag av resultat samt teamutbildning för förbättringsarbete kopplat till Senior alert till kommunernas verksamhet.

*Palliativ vård:* revidering och implementering av handlingsprogrammet Vård i livets slutskede – palliativ vård i Norrbotten. Utforma en långsiktig kompetensutvecklingsplan för den palliativa verksamheten.

*Demens:* ett gemensamt program för vård och omsorg vid demenssjukdom ska implementeras i Norrbotten. Utbildning i BPSD inom kommuner. Strukturera arbetssätt enligt SveDem ska införas i primärvården. I Kiruna samarbetar ett team med primärvård och socialtjänst med förbättringsarbete för att stärka vård och omsorg för personer med demens. Arbetet leds och stöds av utvecklingsledare/motsvarande utifrån teamets behov.

*Läkemedel:* utbildning om alternativ till läkemedelsbehandling till sjuka äldre, lämpliga läkemedelsval och vilka läkemedel som ska undvikas. Implementering av instruktion för läkemedelsgenomgång och läkemedelsberättelse samt införande av gemensamma sökord läkemedel i landstingets journalsystem VAS.

*Samordnad individuell plan (SIP):* utbildning i praktiskt användande av SIP inom kommuner och primärvård. Vidareutveckling och införande av läsbehörighet av SIP Meddix öppenvård för slutenvård.

*Sammanhållen vård och omsorg:* Sveriges kommuner och landsting (SKL) har presenterat en så kallad konceptkatalog med beprövade förändringsidéer. Norrbotten har utifrån den, ett tydligt fokus på en förstärkt utskrivningsprocess samt att stärka insatserna i öppenvård. Arbetet omfattar socialtjänst, primärvård och slutenvård och ska ske i samverkan. Utifrån strategin ”säkerställa en ordnad process på sjukhus med fokus på utskrivning” startar Piteå älvdals sjukhus med införandet av förstärkt utskrivningsprocess. Medicin- och rehabiliteringskliniken identifierar ”fokuspersoner” enligt fastställda kriterier. Dessa får inför utskrivning en skriftlig sammanställning av de åtgärder som skett vid vårdtillfället samt vilka åtgärder som planeras efter utskrivningen. Sjuksköterska går igenom sammanställningen muntligen innan hemgång. Teach-back metoden används vid all information till patienten. Läkare går igenom aktuella läkemedel samt ger personen en skriftlig läkemedelslista. En signal om att en fokusperson skrivs ut går till primärvård och i aktuella fall, hemsjukvård som sedan får vidta de åtgärder de anser vara relevanta för att personen inte ska löpa risk för återinläggning på sjukhus. Vårdavdelningen ringer upp fokuspersonen inom 72 timmar efter utskrivningen för att kontrollera att det som planerats fungerar bra. Erfarenheter från Piteå kommer att användas under införandet vid länets övriga sjukhus. Starten sker på vårdavdelningar tillhörande länsfunktionen rehab/reuma och

	<p style="text-align: center;"><b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</b></p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">8 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

därefter följer internmedicinska vårdavdelningar. Information sker parallellt till berörd socialtjänst och primärvård.

När det gäller strategin ”säkerställa en ordnad process i primärvård/hemsjukvård/omsorg” så bildas två förbättringsteam med deltagare från nämnda verksamheter i Luleå och Boden. Arbetet benämns förstärkt samarbete i öppenvård. Ingående team ska tillsammans arbeta enligt koncepten i strategin vilket innebär att man tidigt identifierar personer utifrån fastställda kriterier. Dessa personer bedöms ha särskilda behov av stärkta insatser i öppenvård. Personen bjuds in till ett möte, helst i personens hem, där en riskbedömning genomförs. Verktyg som ska användas vid bedömningen är Senior alert och Phase 20 (screening av läkemedelsrelaterade symtom). Om det finns behov av fortsatta insatser/åtgärder så benämns dessa personer fokuspersoner. Verksamheterna genomför därefter relevanta bedömningar utifrån behov och upprättar en samordnad individuell plan tillsammans med personen. I samband med det utses en fast vårdkontakt med uppgift att samordna den enskildes hela situation. Uppföljningar ska göras kontinuerligt för att se att insatserna får avsedd effekt. Sammantaget bedöms en samordnad arbetsprocess öka tryggheten för fokuspersonerna. Spridning av erfarenheter planeras ske i samband med inspirationsdagar som Ledningskraft arrangerar och vid lärandeseminarier då teamen presenterar sina förbättringar och erfarenheter. Erfarenheter från Luleå/Boden kommer att formas till en Norrbottensmodell. Utvecklingsledarna kommer att erbjuda lokalt stöd till huvudmännen för att införa samverkansmodellen i de verksamheter som är intresserade. Det är viktigt att enskilda utförare får information och erbjuds möjlighet att delta i de olika förbättringsarbetena.

Ett införande av ovanstående arbetssätt måste föregås av en gedigen förankringsprocess med tydliga beslut och spridning till linjeorganisationerna i respektive verksamhet. Första linjens chefer har en nyckelroll för att åstadkomma faktiska förändringar för de sjuka äldre. Ekonomiska förutsättningar, roller och ansvar måste vara klargjorda innan start.

För att underlätta spridningen och öka kunskapen om äldresatsningen och de sjuka äldres behov har två webbaserade inspelningar färdigställts under 2012. Målgrupp är vård- och omsorgspersonal inom kommuner och landsting. Den ena inspelningen beskriver Norrbottens äldresatsning och ska användas på enhetsnivå som information. Den andra inspelningen är en webbaserad, bred, teaminriktad allmänbildning i geriatrik. Efter godkänd examination får personalen ett kompetensbevis i geriatrik.

Erfarenheter från andra län talar för att det är viktigt att få igång ett lokalt förbättringsarbete i alla kommuner för att åstadkomma effekter. Därför kommer de kommunala utvecklingsledarna att tillsammans med enhetschefer och representanter från deras medarbetare, starta förbättringsarbeten utifrån lokala resultat i t ex kvalitetsregister och öppna jämförelser. Stöd utifrån behov ges under arbetsprocessen.

### 3. Krav på projektet

#### 3.1. Förutsättningar

För att kommuner och landsting ska kunna ta del av årets prestationsersättning måste nedanstående grundläggande krav vara uppfyllda:



	<p>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</p> <p><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p>9 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

- Det ska finnas ett gemensamt politiskt förankrat beslut om en aktuell handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre med särskilt fokus på en sammanhållen vård- och omsorg om de mest sjuka äldre för 2013 (*detta dokument*). Skickas till SKL senast 16 augusti.
- Samtliga kommuner och landsting ska under 2013 dokumentera hur det systematiska förbättringsarbetet avseende riskanalys, egenkontroll och avvikelsehantering enligt 5 kap. SOSFS 2011:9 ska bedrivas när det gäller vård och omsorg om äldre (*mall för detta tas fram av Socialstyrelsen*). Skickas till SKL senast 16 augusti.
- Läkemedelsbehandling – landstinget ska ha tecknat samarbetsavtal med Center för eHälsa i Samverkan (CeHiS) avseende införandet av den nationella ordinationsdatabasen (NOD) senast 30 september 2013.

### 3.2. Avgränsningar

Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom och har behov av omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Med omfattande omsorg avses äldre som bor permanent i särskilt boende, eller har beslut om  $\geq 25$  timmar hemtjänst per månad, eller bor i korttidsboende, eller har beslut om insatser enligt LSS. Med omfattande sjukvård avses personer med tre diagnoser de senaste 12 månaderna, eller har fler än 19 vård dagar i slutenvård, eller fler än tre inskrivningar i slutenvård, eller har fler än 7 läkarbesök i öppen specialistvård.

I Norrbotten finns cirka 53 700 personer som är 65 år eller äldre. Cirka 9 700 personer har omfattande omsorg eller omfattande sjukvård. Enbart omfattande omsorg har cirka 5370 personer. Både omfattande sjukvård och omfattande omsorg har cirka 1100 personer.

## 4. Kopplingar till andra projekt, system och verksamheter

- Den pågående nationella satsningen regionala stödstrukturer är en plattform även för utvecklingsarbetet inom äldreområdet. Evidensbaserad praktik/medicin är en gemensam utgångspunkt för de nationella satsningar som drivs av SKL och som pågår i länet.
- Inom E-hälsaområdet är inriktningen under 2013 att införa säker inloggning och behörighetskontroll för personal inom socialtjänsten, informationsåtkomst via nationella patientöversikten (NPÖ) och successivt införande av digitala trygghetslarm samt E-tjänster för invånare.
- Remodem är ett europeiskt samarbetsprojekt inom demensområdet för att utveckla stödet i glesbygd till personer med demens och deras närstående. Ägare av projektet är Norrbottens läns landsting och det genomförs i samverkan med Kommunförbundet Norrbotten och verksamheter i Skottland, Färöarna, Norge och Grönland. Det är ett delprojekt i införandet av demensvårdsriktlinjerna i Norrbotten.

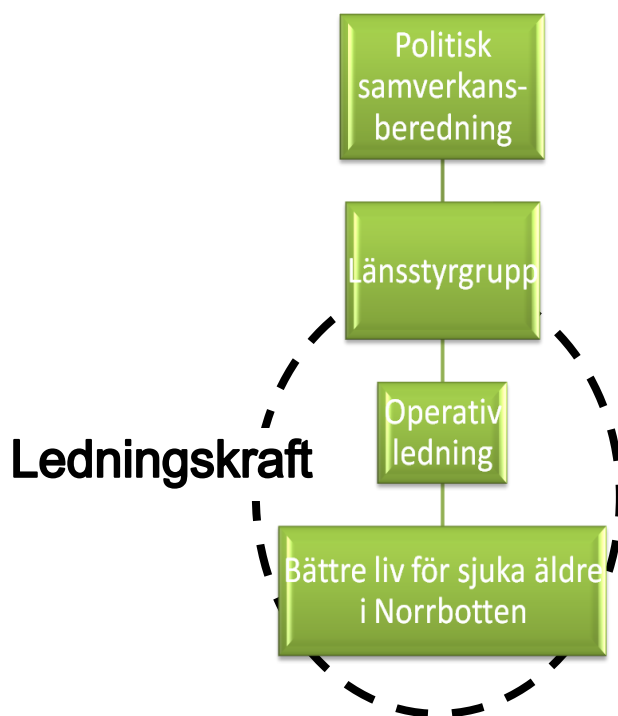
	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013 <b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">10 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

- Regionalt cancer centrum, RCC bistår landstingen i att utveckla cancervården för invånarna i norra regionen. RCC omfattar hela vårdkedjan från primärvård och kommunal vård till högspecialiserad riks- och regionsjukvård.

## 5. Planer

Kommunikationsplan upprättades och antogs under 2012. Tidplan redovisas i aktivitetsplanen (bil 1) under fältet ”aktiviteten slutförd”.

## 7. Projektorganisation



### 7.1. Organisationsplan

<b>Projektägare</b>	Se första sidan
<b>Politisk samverkansberedning</b>	Helena Öhlund (S), Älvsbyn Margareta Bladfors Eriksson (S), Luleå Marlene Haarala (S), Haparanda Gunnar Bergman (S), Kiruna Carola Lidén (C), Luleå Dan Ankarholm (NS), NLL Kent Ögren (S), NLL Britt Westerlund (S), NLL

	<p style="text-align: center;"><b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</b></p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">11 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

	<p>Monica Carlsson (V), NLL Agneta Granström (MP), NLL Roger Suup (s) Kiruna Ruth Rahkola (s) Piteå Birgitta Persson (s) Överkalix Rigmor Åström (m) Boden</p>
<b>Länsstygrupp</b>	<p>Catharina Liljeholm, Boden Mikael Lekfalk, Luleå Ann-Christin Andersson, Övertorneå Gun-Britt Johansson, Piteå Marianne Jonsson, Gällivare Ylva Sundqvist, division medicin Eva-Lena Holmqvist, division primärvård Åsa Garmager, division psykiatri Mats Brännström, hälso- och sjukvårdsdirektör Anneli Granberg, hälso- och sjukvårdavdelningen Monica Westman, Arjeplog Annica Henriksson, Gällivare Karina Hedman Pettersson, Luleå Britt-Marie Isaksson, Överkalix Ingrid Carlenius, Kommunförbundet Norrbotten Henry Lundgren, Kommunförbundet Norrbotten</p>
<b>Operativ ledning</b>	<p>Ingrid Carlenius – Kommunförbundet Norrbotten Agneta Bygdell – Kommunförbundet Norrbotten Marianne Forsgårde – Kommunförbundet Norrbotten Anneli Granberg – Hälso- och sjukvårdsavdelningen Mona Ringbjer – Primärvård Karin Zingmark – FoU Centrum</p>
<b>Utvecklingsledare eller motsvarande</b>	<p><i>Sammanhållen vård och omsorg:</i> Birgitta Salomonsson, Annika Kostet Green <i>God vård i livets slut:</i> Katarina Sedig, Annika Kostet Green <i>Preventivt arbetssätt:</i> Ingela Johansson, Annika Kostet Green <i>God vård vid demenssjukdom:</i> Ingela Johansson, Margareta Wuorinen <i>Samordnad Individuell Plan:</i> Åsa Engström, Karin Sundström <i>God läkemedelsbehandling för äldre:</i> Anders Bergström <i>Förstärkt utskrivningsprocess:</i> Anita Gustavsson</p>
<b>Ledningskraft</b>	<p><i>Förstärkt öppenvård</i> Peter Bergman, länschef primärvård Birgitta Larsson Hamrén, länschef rehab/reuma Mats Westström, chefsläkare primärvård Annika Kostet Green, utvecklingsledare kommunförbundet Ingrid Carlenius, handläggare kommunförbundet Maj-Lis Ejderlöf, socialchef Pajala Gunmarie Bjurholt, chef biståndsenheter Boden Gabriella Sjöström, verksamhetschef Luleå Catharina Strandberg, hemtjänstchef Haparanda</p>

	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">12 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

	<p><i>Förstärkt in- och utskrivning</i> Gitt Ström, länschef primärvård Ulf Bergman, länschef internmedicin Johan strömbäck, chef akuten Sus Anneli Granberg, chef HSA Birgitta Salomonsson, utvecklingsledare NLL Catharina Liljeholm, socialchef Boden Maria Apelqvist, samordnare biståndsenheter Gällivare Ellenor Sundström, hemtjänstchef Piteå</p>
--	---

## 7.2. Roller, ansvar och befogenheter

Bifogas i bilaga 2, som är godkänd av Länsstyrgruppen

### Utvecklingsledare i Norrbotten:

I länet har utvecklingsledarnas roll och ansvar beskrivits och antagits av Länsstyrgruppen, bilaga 2. Utvecklingsledarna har inget formellt beslutsmandat utan ska vara en resurs för att tillvarata extern och intern kunskap inom äldreområdet och om hur man åstadkommer och leder systematiskt förbättringsarbete. För att arbeta mot en sammanhållen vård och omsorg ska utvecklingsledarna initiera mötesplatser för samverkan och dialog lokalt i länet vilket även kan leda till ett praktiskt stöd till respektive huvudman utifrån behov.

**Ledningskrafts uppdrag:** Ledningskraft finns inte beskrivet i bilaga 2 men har formulerat vad som ska genomsyra deras arbete och uppdrag såhär:

Den äldres fokus ska vara utgångspunkten i arbetet och ha en helhetssyn som grund. En tilltro till varandra och respekt för varandras verksamheter är en viktig förutsättning för arbetet. Att ha en öppen dialog värderas högt. Mervärde uppstår när personer med skilda huvudmän och verksamhetsområden samverkar med denna grund.

*Uppdraget är att:*

- Bidra till att handlingsplanen förverkligas ute i verksamheterna.
- Stödja pågående utvecklingsarbeten inom äldresatsningen i länet.
- Förespråka en helhetssyn i arbetet med sjuka äldre.
- Medverka i projektets genomförande och utvärdering.
- Medverka vid utbildnings- och informationsinsatser.
- Fungera som kravställare och möjliggörare vid genomförande i verksamheterna vilket påskyndar utvecklingen.

## 7.3. Externa kontakter

Äldresatsningen har följande externa kontaktytor:

- Nationella kvalitetsregister; Senior alert, SveDem och Svenska palliativregistret
- Pensionärsföreningar i Norrbotten
- Sveriges kommuner och landsting, SKL
- Tieto, företag inom IT-tjänst för utveckling av Meddix

## 8. Kommunikation inom och utanför projektet

Särskild kommunikationsplan finns vilken är godkänd av Länsstyrgruppen.

	<p style="text-align: center;"><b>GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</b></p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">13 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

## 9. Kvalitet

Evidensbaserad praktik inom socialtjänsten och evidensbaserad medicin inom hälso- och sjukvården ska utgöra en grund och ett stöd till kunskapsutveckling och samverkan mellan kommunerna och Landstinget i Norrbotten. Strävan är att i hela länet ha ett evidensbaserat förhållningssätt.

Nationella riktlinjer utgör ett grundläggande stöd för utvecklingsarbetet inom de områden de finns upprättade för.

Norrbotten har upparbetat gemensamma riktlinjer för samverkan där Samordnad individuell plan är en viktig del.

Rätt användning av nationella kvalitetsregistren borgar för god kvalitet i vård och omsorg. Norrbotten är för närvarande delaktig i Senior alert, Svenska Palliativregistret och Svenska BPSD-registret som är ett nationellt kvalitetsregister för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens. SveDem används inte av primärvården ännu.

Generella och beprövade förändringsidéer, så kallade koncept, finns i en så kallad konceptkatalog som SKL presenterat. Norrbotten utgår från den.

För negativa händelser och tillbud gäller Synergi – avvikelserapportering av händelser/vårdskada inom Norrbottens läns landsting och lokala avvikelshanteringssystem finns för respektive kommun.

### 9.1 Jämställdhetsintegrering

Vid uttag av vård- och omsorgsdata inom äldresatsningen ska statistik som relaterar till individer i största möjliga utsträckning insamlas efter kön.

## 10. Risker och möjligheter

Projektets möjligheter redovisas under verksamhetsnytta/nyttoeffekt (2.1) och kopplingar till andra projekt och verksamheter (4).

Följande risker har identifierats för 2013 och bör beaktas av projektägarna:

- Norrbotten lyckas inte hämta hem någon prestationsersättning under 2013
- Berörda verksamheter orkar inte med förbättringsarbetet på grund av organisationsförändringen av hemsjukvården.
- Viktiga processer stoppas upp eller hindras med anledning av övergången till närsjukvårdsorganisation inom NLL. Det kan till exempel gälla bildandet av samarbetsorganisationen på olika nivåer i länet.
- Primärvårdens engagemang och delaktighet är beroende av vad som finns i beställningen och därmed försenas utvecklingsprocesserna.
- Engagemang i äldresatsningen kan minska hos vårdpersonal inom primärvården i och med hemsjukvårdens övergång eftersom det kan medföra en tro att målgruppen inte längre är primärvårdens angelägenhet.
- Resultat efterfrågas inte på alla nivåer.
- Registertrötthet i berörda verksamheter.
- Verksamheterna är inte beredda att ta över ansvaret för palliativ vård, demensvård och vårdprevention vid årets slut.

	<p style="text-align: center;">GEMENSAM HANDLINGSPLAN 2013</p> <p style="text-align: center;"><b>BÄTTRE LIV FÖR SJUKA ÄLDRE I NORRBOTTEN</b></p>	<p style="text-align: center;">14 (14)</p>
<p><b>PROJEKTÄGARE:</b> SOCIAL- OCH DIVISIONSCHEFER I KOMMUNER OCH LANDSTING</p>	<p><b>KONTAKTPERSON:</b> BIRGITTA SALOMONSSON ANNIKA KOSTET GREEN</p>	<p><b>DATUM:</b> 130101- 131231</p>

## 11. Överlämning och leverans (BP4)

Projektägarna har fortsatt ansvar för drift och förvaltning då projektet avslutas.

## 12. Projektavslut (BP5)

Verksamhetsansvariga, verksamhetsutvecklare och ansvarig utvecklingsledare måste tillsammans planera och vidta nödvändiga åtgärder under innevarande år för de delområden som ska övergå till driftsorganisationen nästa år.

## 13. Referenser och bilagor

Bilaga 1 Aktivitetsplan för Bättre liv för sjuka äldre 2013

Bilaga 2 Roller ansvar och befogenheter, beslut Länsstyrgrupp 110308