

Äldre i Sörmland

Kvalitetsuppföljning av vården av äldre i Sörmland 2014



Innehåll

Förord	5
Demografi och hälsoutveckling	6
Befolkningsutveckling 1968-2050	6
Hälsofrämjande arbete	7
Fysiska aktiviteter	7
Goda matvanor	7
Alkohol	8
Social gemenskap/stöd	9
Vårdpreventivt arbete	10
Fall	13
Fallskador	13
Höftfrakturer	15
Anhörigstöd	16
Vård och omsorg i hemmet	17
SSIH	17
Mobila närvårdsteam	17
Hemsjukvård	18
Slutenvård – vårdkedjan	20
Återinskrivna inom 30 dagar	20
Undvikbar slutenvård	21
Informationsöverföring och Samordnad Individuell Plan, SIP	22
NPÖ	22
Äldre och läkemedel	23
Bättre liv för sjuka äldre - ”God läkemedelsanvändning hos äldre”	25
Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse 2014	25
Vård vid demenssjukdom	27
Länsgemensamma aktiviteter 2014	27
Årlig kvalitetsuppföljning	28
Minnesutredning, behandling och uppföljning av demenssjukdom	28
Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens, BPSD	30
Äldres psykiska hälsa	33
Depression och ångest	33
Psykotiska tillstånd	33
Demenssjukdomar	33
Själv mord	33
Vård av äldre med psykisk ohälsa	33
Vård i livets slut	35
Slutord	38

Förord

Sedan 2011 har Sörmland en länsgemensam nämnd för samverkan och kunskapsutveckling. De första fyra åren hade nämnden huvudfokus på äldre frågor och var driftnämnd för hjälpmedelsfrågor. Inför denna mandatperiod har reglementet reviderats och nämnden har nu ett bredare uppdrag som omfattar hela socialtjänsten och angränsande vård när det gäller samverkan och kunskapsutveckling. Nämnden har även driftansvar för hjälpmedel och FoU i Sörmland.

Intresset för äldre frågor är fortsatt stort och nämnden vill därför fortlöpande följa utvecklingen genom den årliga rapporten, *Äldre i Sörmland*.

Rapporten ska ses som en av flera kunskapskällor när det gäller äldres situation i Sörmland. Det är en sammanställning av fakta kring äldre inom några viktiga områden, exempelvis äldres psykiska hälsa, läkemedelsanvändning hos äldre, vård vid demenssjukdom och vård i livets slut. Rapporten visar Sörmlands demografiska utveckling. Sörmland har en högre andel äldre invånare än riket för åldersgrupperna från 65, 75 och 85 år och uppåt.

Det är angeläget att behålla en god hälsa hela livet. Grundläggande för hälsa och livskvalitet på äldre dagar är att fortsätta vara fysiskt, mentalt och socialt aktiv. Många sjukdomar kan förebyggas av fysisk aktivitet. Att förebygga att människor skadas och se till att hälsan behålls börjar nu bli vardag i äldreomsorgen.

Ett välfungerande förebyggande arbete förutsätter också ett bra samarbete mellan olika aktörer inom vården och omsorgen. Sedan 2010 har kommunerna ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå för personer över 18 år. Landstinget ansvarar för läkarinsatserna i hemsjukvården, därutöver finns den specialiserade hemsjukvården som utförs av team som utgår från sjukhusen. Antalet personer som skrivs in i hemsjukvård ökar men skilljer sig mellan kommunerna i länet. För att en patient ska skrivas in i hemsjukvården ska en samordnad individuell plan (SIP) skrivas. Vid mätningen i november 2014 fanns en sådan plan upprättad för 51 % av hemsjukvårdspatienterna, nämndens mål är 60 % (målvärdet bedöms som rimligt vid en mättidpunkt eftersom det kontinuerligt skrivs in och ut patienter).

Under 2014 har vårdprogrammet för personer med demenssjukdom reviderats. Det sker en årlig kvalitetsuppföljning av arbetet inom de berörda verksamheterna och resultatet av denna är en bra grund för det fortsatta förbättringsarbetet. Under 2014 har det genomförts utbildningar i beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom, det har genomförts inspirationsträff för länets vårdcentraler och länsdemensdag ihop med socialstyrelsen.

Se denna rapport som ett underlag till fortsatt utveckling och som inspiration för fortsatt fördjupning och analys av materialet. Rätt använd så bidrar rapporten till bra diskussioner och fortsatt arbete för att ge de äldre i Sörmland en god hälsa och vård och omsorg av god kvalitet.

Monica Johansson

Ordförande i nämnden för samverkan kring socialtjänst och vård, NSV

Demografi och hälsoutveckling

Sörmland har en högre andel äldre invånare än riket i övrigt. Andelen äldre varierar mellan länets kommuner.

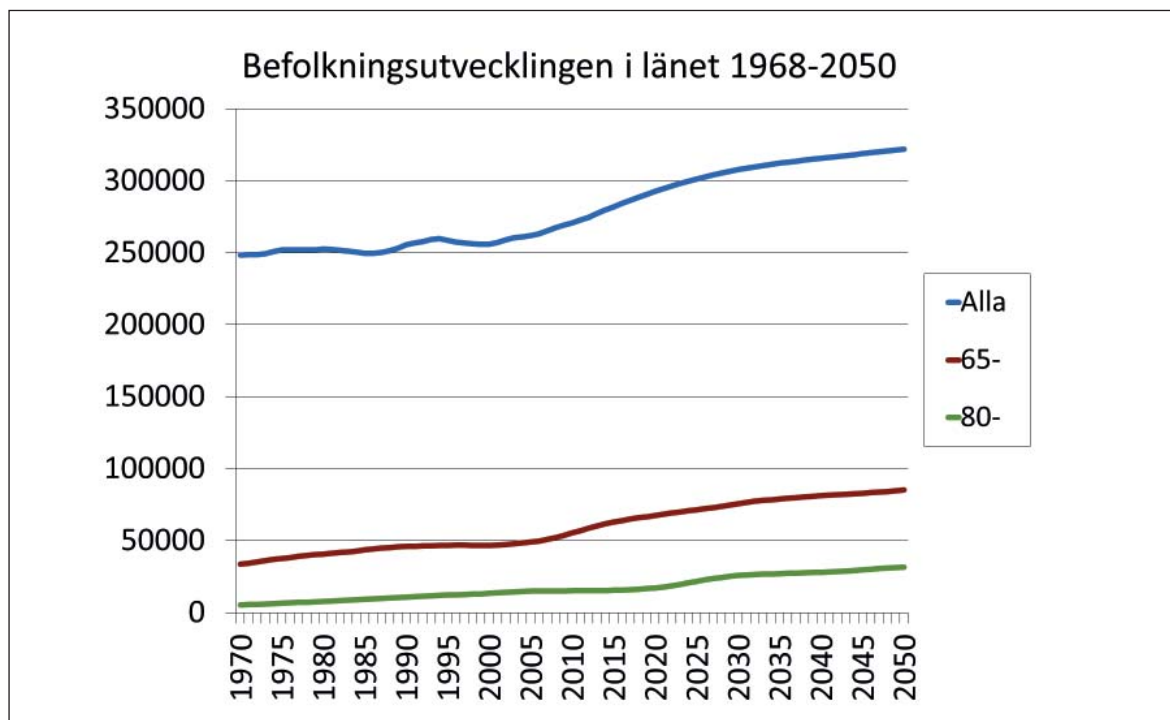
Tabell 1: Andel äldre i Sörmland 2014-12-31

	Alla	Antal 65-	Antal 75-	Antal 85-	Andel 65-	Andel 75-	Andel 85-
Eskilstuna	100923	19829	8546	2653	19,6	8,5	2,6
Flen	16242	4288	1778	535	26,4	10,9	3,3
Gnesta	10513	2320	887	246	22,1	8,4	2,3
Katrineholm	33268	7445	3393	1108	22,4	10,2	3,3
Nyköping	53508	12512	5558	1646	23,4	10,4	3,1
Oxelösund	11551	3176	1386	368	27,5	12,0	3,2
Strängnäs	33878	7377	2905	803	21,8	8,6	2,4
Trosa	11864	2723	926	241	23,0	7,8	2,0
Vingåker	8919	2269	923	285	25,4	10,3	3,2
Länet	280666	61939	26302	7885	22,1	9,4	2,8
Riket	9747355	1912884	834489	256484	19,6	8,6	2,6

Källa: SCB

Befolkningsutveckling 1968-2050

Andelen äldre stiger i hela befolkningen. Från 1968 har andelen personer som är 65 år och äldre i Sörmland ökat från 13 % till 22 % (2014-12-31). En prognos från Statistiska Centralbyrån (SCB) förutspår att andelen äldre kommer att fortsätta öka de närmaste 50 åren. År 2060 förväntas 1 miljon fler svenskar än nu vara 65 år eller äldre.



Figur 1: Befolkningsutveckling i Sörmland 1968-2050, källa: SCB

Hälsofrämjande arbete

Det finns viktiga principiella skillnader mellan att förebygga sjukdom och att främja hälsa. Medan sjukdomsförebyggande ofta används när syftet är att förebygga specifik sjukdom handlar hälsofrämjande om den process som skapar förutsättningar och ger människan möjlighet att öka kontrollen över sin egen hälsa och att förbättra den.

Grundläggande för hälsa och livskvalitet på äldre dagar är att fortsätta vara fysiskt, mentalt och socialt aktiv. Därför är de fyra områden som utgör hälsans hörnpelare särskilt viktiga och bör lyftas fram:

Fyra hörnpelare för ett gott åldrande:

- fysisk aktivitet
- bra matvanor
- social gemenskap
- meningsfull sysselsättning

Fysiska aktiviteter

Alla individer bör, helst varje dag, vara fysiskt aktiva i sammanlagt minst 30 minuter. Intensiteten bör vara åtminstone måttlig, till exempel rask promenad. Ytterligare hälsoeffekt kan erhållas om man utöver detta ökar den dagliga mängden eller intensiteten. Fysiskt aktiva individer löper hälften så stor risk att dö av hjärt-kärlsjukdom. Fysisk aktivitet minskar också risken för att få högt blodtryck, åldersdiabetes och tjocktarmscancer. Också livskvaliteten förbättras av fysisk aktivitet på grund av ökat psykiskt välbefinnande och bättre fysisk hälsa. Det föreligger även starka belägg för att fysiskt aktiva individer löper lägre risk att drabbas av benskorhet, benbrott framkallade genom fall, blodpropp, fetma och psykisk ohälsa. Mot denna bakgrund, som bygger på en amerikansk rekommendation publicerad 1995 av 20 experter inom områdena epidemiologi, fysiologi och medicin, bör alla kliniskt verksamma läkare ge patienterna råd angående fysisk aktivitet anpassad till hälsotillstånd och personlig livsstil.

I befolkningsundersökningen Hälsa på lika villkor (HLV) ingår frågan Hur mycket har du rört och ansträngt dig kroppsligt på fritiden under de senaste 12 månaderna?

Tabell 2: Fysisk aktivitet, andel i procent, sörmlänningar 65-84 år

	Män	Kvinnor	Totalt
Stillasittande fritid	14,2	17,8	16,1
Måttlig motion	53,1	53,9	53,5
Måttlig regelbunden motion	19,8	16,3	18,0
Regelbunden motion och träning	12,8	12,0	12,4
Totalt	100	100	100

Källa: HLV 2012

Goda matvanor

Övervikt och fetma är stora hälsoproblem som är nära kopplade till människors levnadsvanor, främst fysisk aktivitet och matvanor. Matvanor precis som många andra vanor grundläggs i tidig ålder och det är relativt få interventioner som kunnat visa bestående kostförändringar hos äldre. Den enda långsiktiga lösningen är hälsofrämjande och förebyggande arbete på olika nivåer i samhället. Basen ligger på att ge äldre kunskaper att klara sin matsituation att handla, laga mat så länge som personen själv orkar.



I HLV 2012 lyder frågan Hur ofta äter du grönsaker och rotfrukter? Se tabell 3

Tabell 3: Matvanor, andel i procent, sörmlänningar 65-84 år

	Män	Kvinnor	Totalt
3 gånger per dag eller oftare	4,5	6,0	5,3
2 gånger per dag	18,3	27,5	23,1
1 gång per dag	40,6	41,8	41,2
5-6 gånger per vecka	8,9	7,3	8,1
3-4 gånger per vecka	14,2	9,5	11,7
1-2 gånger per vecka	10,3	6,1	8,1
Några gånger per månad eller aldrig	3,2	2,0	2,6
Totalt	100	100	100

Källa: HLV 2012

Alkohol

Genom att ta hänsyn till hur ofta, hur mycket och hur vanligt det är att vid ett och samma tillfälle dricka en stor mängd alkohol, är det möjligt att beräkna om en person är riskkonsument av alkohol. Den nationella folkhälsoenkäten *Hälsa på lika villkor* (HLV) visar att alkoholkonsumtionen för människor i övre åldrar har tendens att öka. Enligt HLV 2012 ligger ett riskfyllt alkoholdrickande bland äldre i Sörmland på knappt 3 %. Nya levnadsvanor bland äldre har gett en ändrad alkoholkonsumtion jämfört med tidigare. Dagens äldre behåller sina alkoholvanor genom åren. Det finns forskning som tyder på att riskbruk håller på att bli vanligare bland äldre. Andel över 65 år med riskfyllda alkoholvanor (enlig AUDIT-C i HLV) är i Sörmland 2,7 % för både män och kvinnor.

I HLV 2012 lyder en av frågorna Hur ofta har du druckit alkohol under de senaste 12 månaderna? Se tabell 4.

Tabell 4: Alkoholvanor, andel i procent, sörmlänningar 65-84 år

	Män	Kvinnor	Totalt
4 gånger per vecka eller mer	12,2	6,7	9,3
2-3 gånger per vecka	26,2	18,9	22,4
2-4 gånger per månad	28,9	23,8	26,2
1 gång per månad eller mer sällan	18,5	27,8	23,4
Aldrig	14,2	22,8	18,7
Totalt	100	100	100

Källa: HLV 2012

Social gemenskap/stöd

Sociala relationer är ett grundläggande mänskligt behov och fungerar som en skyddsfaktor för både den fysiska och psykiska hälsan. En fråga i HLV som kan spegla den faktorn är *Kan du få hjälp av någon/några personer om du har praktiska problem eller är sjuk?* Fem-sex procent av de tillfrågade har ett bristande stöd i detta avseende. Tabell 5.

Tabell 5: Hjälp av annan person vid sjukdom eller praktiska problem

	Män	Kvinnor	Totalt
Ja, alltid	68,5	66,2	67,3
Ja, för det mesta	25,6	28,5	27,1
Nej, för det mesta inte	4,4	3,3	3,8
Nej, aldrig	1,5	2,0	1,8
Totalt	100	100	100

Källa: HLV 2012

En annan fråga som speglar social gemenskap är den om vilka aktiviteter man deltagit i de senaste 12 månaderna.

Tabell 6: Deltagit i aktiviteter de senaste 12 månaderna

	Män	Kvinnor	Totalt
Privat fest hos någon	57,2	61,2	59,3
Teater/bio	29,6	36,9	33,4
Föreningsmöte (ej fackföreningsmöte)	36,6	30,2	33,3
Större släktsammankomst	23,9	31,9	28,0
Sporttillställning	27,9	13,1	20,2
Konstutställning	16,0	22,3	19,3
Studiecirkel/kurs på din fritid	11,7	21,1	16,6
Religiös sammankomst	9,1	14,7	12,0
Offentlig tillställning t.ex. nattklubb, danstillställning eller liknande	11,2	8,2	9,6
Skrivit insändare i tidning/tidskrift	5,6	2,8	4,2
Studiecirkel/kurs på din arbetsplats	1,9	1,8	1,8
Fackföreningsmöte	1,9	1,8	1,8
Demonstration av något slag	2,1	1,1	1,6
Inget av ovanstående	16,3	15,5	15,9

Källa: HLV 2012

Vårdpreventivt arbete

Sedan år 2010 har kommunerna och landstinget arbetat med ett utvecklingsarbete som syftar till att utveckla ett gemensamt långsiktigt och systematiskt förbättringsarbete med fokus på de mest sjuka äldre. Att förebygga att människor skadas och se till att hälsan behålls är på väg att bli vardag i äldreomsorgen.

Tre utvecklingsledare har arbetat med att ge stöd till verksamheterna. Utvecklingsledarnas roll har förändrats under tiden som utvecklingsarbetet framskridit. I det tidiga skedet var fokus på att enheterna skulle komma igång med registrering i det nationella kvalitetsregistret *Senior alert*. Nu ställs krav på att analysera och dra slutsatser av resultaten. Uppdraget har under året alltmer inriktats på systematiskt arbete med den struktur som kvalitetsregistret erbjuder.

I Sörmland har vi fokuserat på att utbilda legitimerad personal och vårdpersonal i teamarbete med kvalitetsregistret *Senior alert* som verktyg för att förebygga och förbättra för patienten/ brukaren.

Det preventiva arbetet kan vidareutvecklas genom att chefer och ledare tar ansvar för att rutiner för det systematiska arbetet finns på enheterna, att återkoppla analysen av resultaten till enheterna och för att motivera och inspirera till förbättringsarbete. Under 2014 har insatser gjorts för att öka kompetensen hos ledare att använda sina resultat i det lokala förbättringsarbetet. Men mer kan göras.

Tabell 7: Vårdprevention för riskbedömning, åtgärd och uppföljning 2013-01-01 – 2013-12-31 samt 2014-01-01 – 2014 -12-31, kommuner

Vald enhet	Risk- bedömningar	Varav risk	Bedömningar där risk konstaterats och ...			
			... åtgärd planerats		... åtgärd utförts	
2013/2014	N	N	N	%	N	%
Eskilstuna kommun 2014	1577	1387	1215	87.6	742	53.5
Eskilstuna kommun 2013	1477	1276	980	76.8	390	30.6
Flens kommun 2014	447	416	375	90.1	343	82.5
Flens kommun 2013	462	418	283	67.7	165	39.5
Gnesta kommun 2014	195	176	149	84.7	73	41.5
Gnesta kommun 2013	88	84	70	83.3	25	29.8
Katrineholms kommun 2014	787	706	541	76.6	440	62.3
Katrineholms kommun 2013	639	562	271	48.2	149	26.5
Nyköpings kommun 2014	479	439	368	83.8	196	44.6
Nyköpings kommun 2013	511	445	332	74.6	148	33.3
Oxelösunds kommun 2014	157	147	134	91.2	83	56.5
Oxelösunds kommun 2013	184	169	148	87.6	47	27.8
Strängnäs kommun 2014	774	684	638	93.3	537	78.5
Strängnäs kommun 2013	403	340	247	72.6	75	22.1
Trosa kommun 2014	345	273	255	93.4	537	78.5
Trosa kommun 2013	277	239	209	87.4	92	38.5
Vingåkers kommun 2014	263	252	204	81.0	108	42.9
Vingåkers kommun 2013	240	224	154	68.8	70	31.3

Källa: Senior alert

**Tabell 8: Vårdprevention för riskbedömning, åtgärd och uppföljning.
2013-01-01 – 2013-12-31 samt 2014-01-01 – 2014 -12-31, Landsting**

Vald enhet	Risk -		Bedömningar där risk konstaterats och ...			
	Bedömningar		... åtgärd planerats		... åtgärd utförts	
2013/2014	N	N	N	%	N	%
Lt Sörmland KSK Kullbergsska sjukhuset Katrineholm 2014	248	215	186	86.5	171	79.5
Lt Sörmland KSK Kullbergsska sjukhuset Katrineholm 2013	357	295	227	76.9	208	70.5
Lt Sörmland MSE Mälarsjukhuset Eskilstuna 2014	1831	1432	1350	94.3	1259	87.9
Lt Sörmland MSE Mälarsjukhuset Eskilstuna 2013	2052	1541	1423	92.3	1364	88.5
Lt Sörmland NLN Nyköpings lasarett 2014	653	619	349	56.4	269	43.5
Lt Sörmland NLN Nyköpings lasarett 2013	1231	1181	801	67.8	790	66.9
Lt Sörmland Primärvård 2014	234	145	96	66.2	41	28.3
Lt Sörmland Primärvård 2013	219	149	96	64.4	19	12.8

Källa: Senior alert

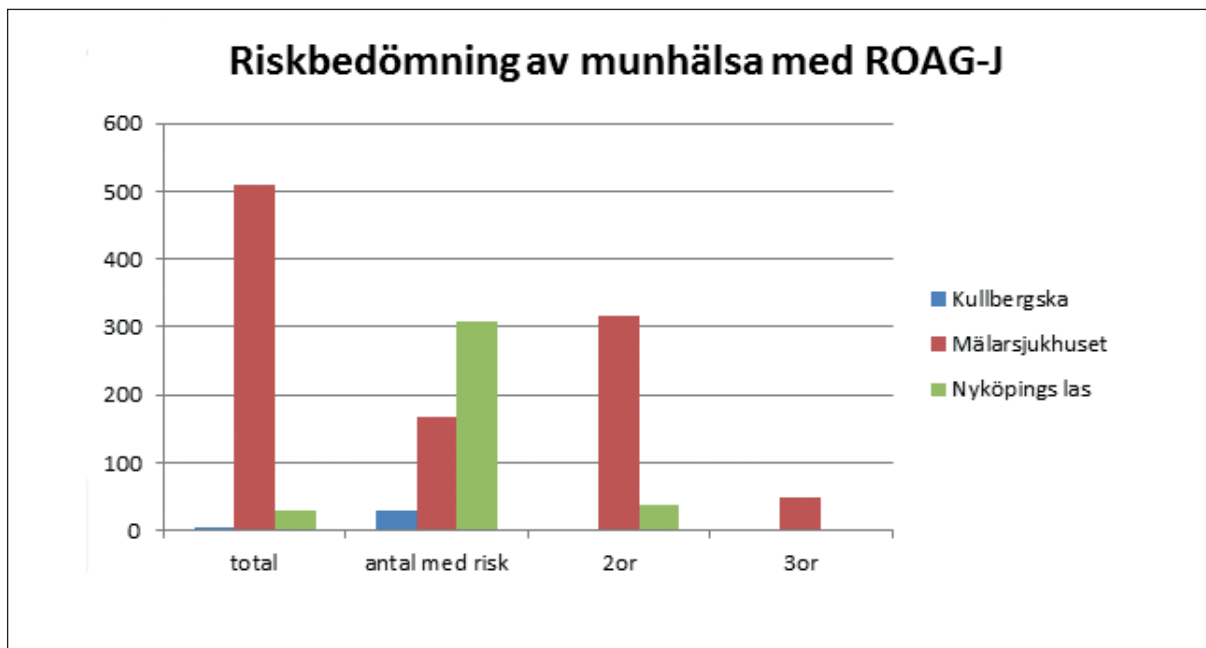
Kolumn	%	%	%
... åtgärd planerats	0- 25	25.1- 75	75.1- 100
... åtgärd utförts	0- 25	25.1- 75	75.1- 100

Förklaring till tabell 7 och 8

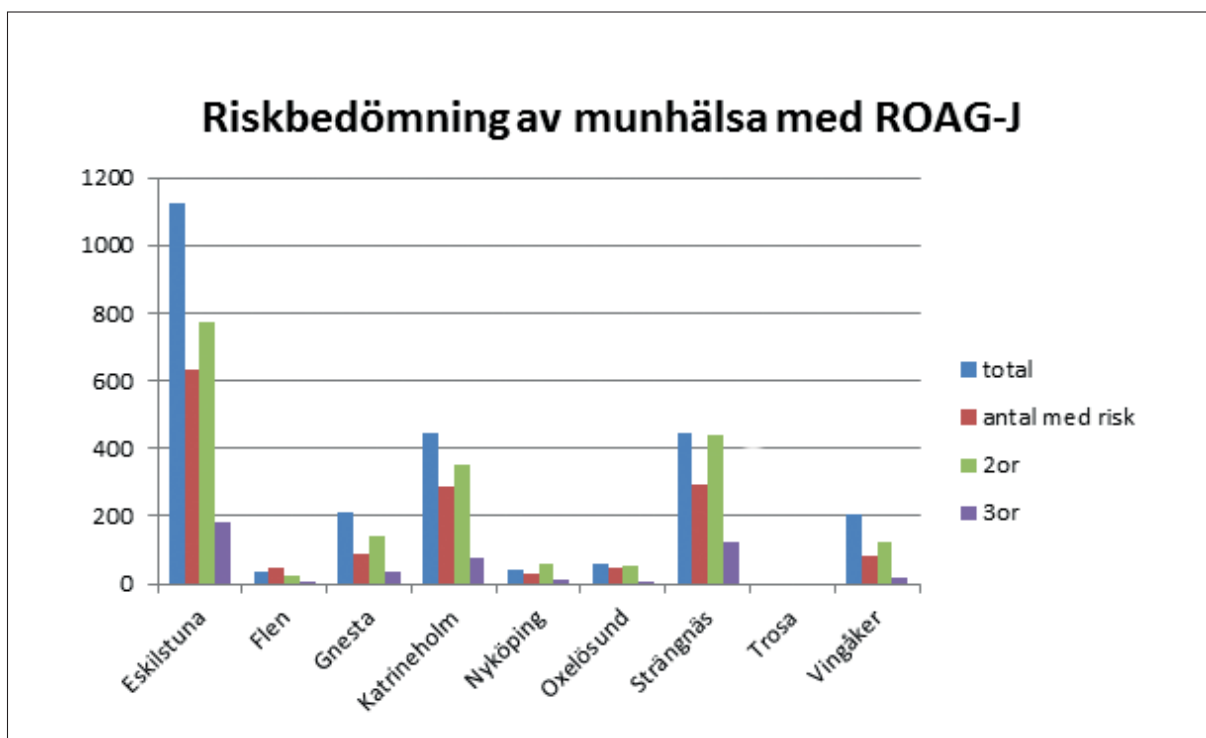
Vårdcentralerna är en viktig länk i det förebyggande arbetet med att förhindra fall, undernäring, trycksår samt ohälsa i munnen hos äldre och multisjuka. Samordningssköterskor finns på alla vårdcentraler, och de har i olika takt tagit sig an uppdraget. Ett antal vårdcentraler registrerar riskbedömningar i Senior alert medan andra ännu inte hittat former för att registrera. Vårdcentralen har i uppdrag att i samband med besök hos samordningssköterskan erbjuda en samlad bedömning där risk för fall, undernäring, trycksår och ohälsa i munnen är en viktig del.

Nutritionsrådet presenterade under 2013 resultaten av en kartläggning av tiden för nattfasta för personer 65 år och äldre som vistades i särskilda boenden i kommunerna och på sjukhusen under v 42, 2012. Mätningen har följts upp med en ny kartläggning 2014. Resultatet av den senaste kartläggningen visar att andelen som hade en nattfasta som översteg den av Socialstyrelsen rekommenderade maxgränsen 11 timmar har sjunkit från 78 % till 71 %. Medianen för tiden för nattfasta i länet är 13 timmar. Uppföljningen visar att det finns flera goda exempel på enheter som har lyckats bra med att minska tiden sedan förra mätningen. De som har lyckats har framförallt sett till att nattfasta är något som diskuteras på varje arbetsplatsträff och att rutiner tagits fram för hur de äldre oftare får energirika mellanmål och nattmål. Exempel på effekterna är kortare vårdtider på sjukhus och, inom kommunens äldrevård, ses viktuppgång, lugnare miljö och bättre nattsömn.

Förebyggande av ohälsa i munnen är en del av riskbedömningen i *Senior alert*. Under 2014 har arbetet med att riskbedöma fortsatt framförallt i säbo, men också inom landstinget. Resultatet visar att i de fall där riskbedömning görs har också många åtgärder mot ohälsan kunnat sättas in. Totalt har 3 686 riskbedömningar gjorts och av dessa hade 1 064 (29 %) risk för ohälsa. Åtgärder som karaktäriseras som 2:or är omvårdnadsåtgärder som kan utföras av personalen på enheten. Det kan handla om att smörja spruckna läppar eller att hjälpa till med rengöring av tänder och munhåla. Åtgärder som bedöms som 3:or är åtgärder som remitteras till tandhygienist, tandläkare eller läkare. Det kan handla om trasiga tänder, beläggning på tungan eller blåsor i munnen.



Figur 2, källa: Senior Alert 2014



Figur 3, källa: Senior alert 2014

Med hjälp av det systematiska arbetssättet i kvalitetsregistret *Senior alert* (se figur 4) utvecklas det förebyggande arbetet. Möjligheten att tillhandahålla bästa möjliga vård och omsorg oavsett huvudman ökar. Ett systematiskt arbetssätt kräver att hela teamet runt individen – sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, omvårdnads-/omsorgspersonal – arbetar tillsammans med brukaren i fokus. God omvårdnad kan i vissa fall ersätta läkemedel och förhindra sjukdom och skador. Många av de åtgärder som sätts in är enkla och självklara och ger kvalitet. Genom att arbeta strukturerat och systematiskt med validerade bedömningsinstrument och evidensbaserade åtgärder stärks kvaliteten i det förebyggande arbetet. Små förändringar kan göra stor skillnad i livskvaliteten för de mest sjuka äldre.



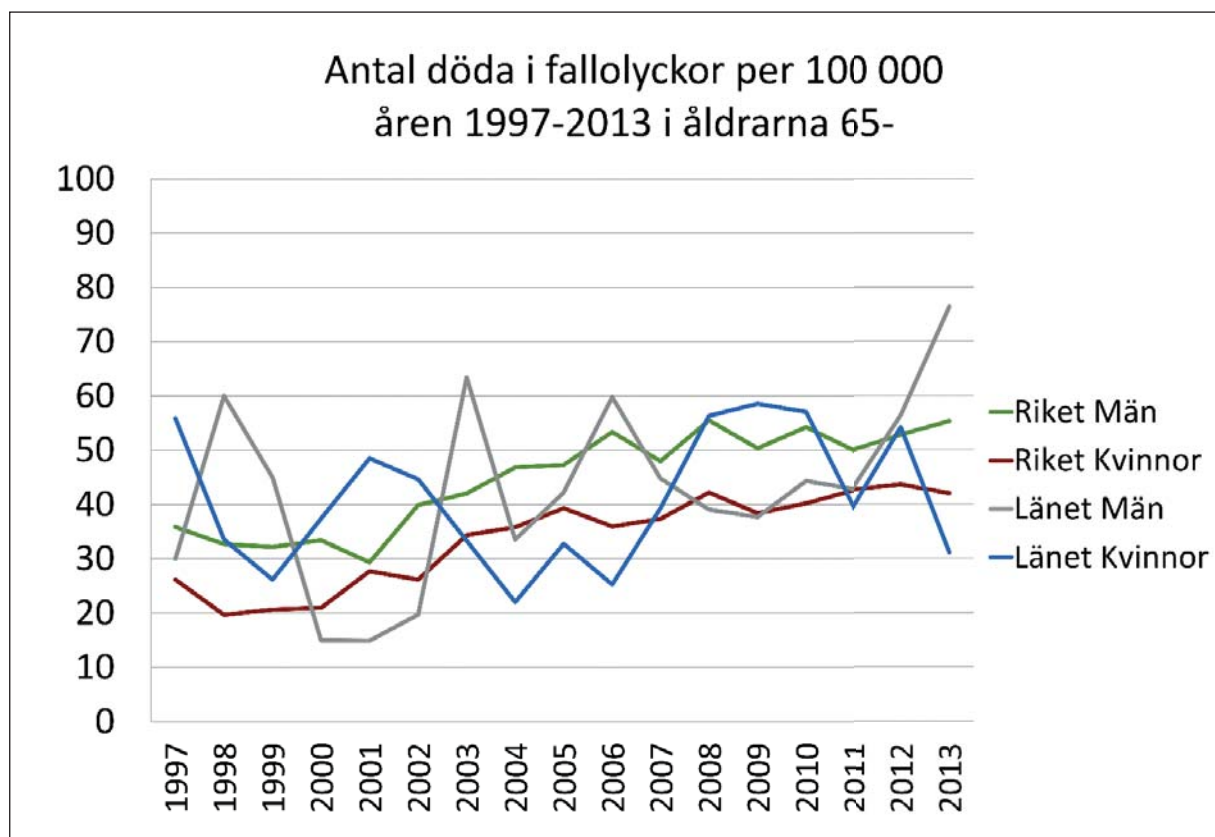
Figur 4. Modell över systematiskt arbetssätt.

Fall

Fallolyckor är den vanligaste orsaken till skada hos personer över 65 år. Fallolyckor står för 85 procent av kvinnors skador och 70 procent av männens (Myndigheten för säkerhet och beredskap, MSB).

Fallskador

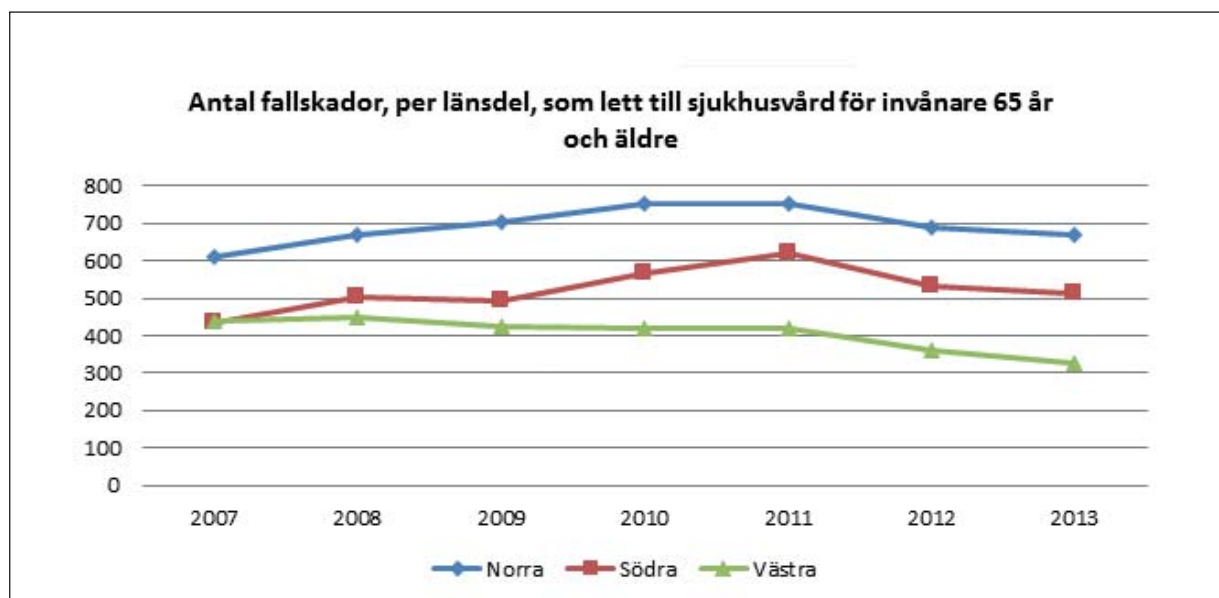
I åldrarna från 65 år finns en svagt ökande trend av fallskador och ett ökande antal dödsfall fram till 2013. Antalet kvinnor som faller är dubbelt så stort som antalet män. När det gäller antalet dödsfall är det jämt fördelat mellan könen, men eftersom det finns färre män i dessa åldrar är andelen som dör av fallen större för männen.



Figur 5, källa: Dödsorsaksregistret, Socialstyrelsen

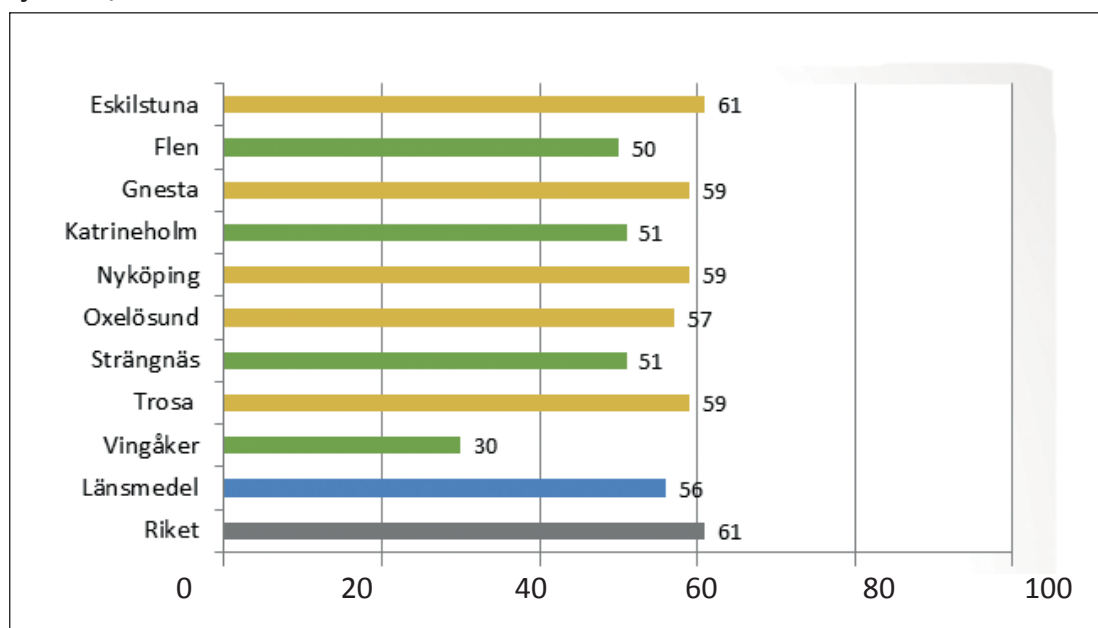
På senare tid har ungefär 30 Sörmlänningar per år avlidit på grund av fallolyckor. I hela riket är motsvarande siffra 900 personer. Antalet vårdtillfällen i slutenvården på grund av fallskador var 2013 i riket närmare 65 000, varav nära 1700 i Sörmland.

Genom att bygga upp ett fungerande fallförebyggande arbete kan vi möta behovet hos den ökande andelen äldre i Sörmland. Samverkan mellan kommuner, landsting och privata aktörer behövs för att få till stånd arbetet med att främja hälsan hos äldre. Antal fallskador som leder till sjukhusvård har under de senaste åren minskat, vilket skulle kunna tolkas som ett resultat av det förebyggande arbetet i kommunerna, landstinget och hos de privata aktörerna. Se figur 6 och 7.



Figur 6, Källa: Mått databasen Landstinget

Antal personer med fallskador per 1000 invånare 80 år och äldre som skrivits in på sjukhus, 2011-2013



Figur 7, Källa: Patientregistret Socialstyrelsen



Höftfrakturer

Höftfrakturer är ett stort hälsoproblem för många äldre. I Sverige drabbas närmare 18 000 personer varje år. Medelåldern hos de drabbade är 82 år och två tredjedelar av de drabbade är kvinnor, varav många har benskörhet. De flesta höftfrakturer hos äldre orsakas av fall, oftast inomhus. Höftfrakturvården omfattar hela vårdkedjan, och för att få hög kvalitet är det nödvändigt med en väl fungerande vård- och omsorgskedja mellan sjukhus, vårdcentral och kommun.

För att minska antalet höftfrakturer är det viktigt att förebygga fall, både i ordinärt boende och i särskilt boende. Det finns ett antal olika åtgärder som kan minska risken, såsom olika hjälpmedel när den äldre till exempel ska förflytta sig eller duscha. Åtgärderna kan också vara att identifiera risker, ge rätt läkemedel eller erbjuda balans- och styrketräning.

RIKSHÖFT är ett kvalitetsregister för uppgifter om vård och behandling vid olika typer av höftfrakturer. För år 2013 registrerades 459 höftfrakturer i Sörmland. Av de registrerade uppföljningarna i registret uppgav 40 procent av de äldre med höftfraktur att de kunde gå ensamma utomhus fyra månader efter frakturen.

Höftfrakturer orsakar ett personligt lidande för den som drabbas, och påverkar också samhälls ekonomin. Cirka 20 procent av höftledsfrakturer sker genom fallolyckor på särskilt boende. Antalet höftfrakturer hos personer 65 år och äldre minskar dock i länet, samtidigt som antalet invånare över 65 år ökar.

Den totala vårdkostnaden för höftopererade till följd av fallolyckor uppgår i okomplicerade fall till 300 000 – 400 000 kronor per person (källa: MSB).

Anhörigstöd

Tillsammans med *Nationellt kompetenscentrum Anhöriga* (NKA) har FoUIS och sju andra FoU-enheter deltagit i ett nationellt treårigt projekt kring anhörigstöd inom områdena äldre, funktionshinder och individ- och familjeomsorg. Under dessa tre år har respektive FoU-enhet följt en kommuns eller kommundels utveckling av anhörigstödet. Från Sörmland har Strängnäs kommun deltagit i projektet. Syftet med det nationella anhörigprojektet har varit att kartlägga innehållet i stödet till anhöriga, hur stödet organiserats, planerats, erbjudits, följts upp och utvärderats.

Under 2014 sammanställdes en FoU-rapport (FoUIS) om utvecklingen av anhörigstödet under de tre projektåren i Strängnäs kommun och en nationell rapport (NKA) om utvecklingen av anhörigstödet under de tre projektåren i Sverige. Det stöd som var vanligast förekommande var avlösning som erbjuds i form av korttidsplats, avlösning i hemmet och dagverksamhet. Psykosocialt stöd i form av samtal i olika former fanns att tillgå i samtliga kommuner, både enskilt och i grupp.

För att kunna följa utvecklingen av omfattningen av anhörigstödet måste statistiken förbättras. Genom samverkan över verksamhetsgränserna inom respektive kommun skulle också resurser kunna samordnas, handlingsplaner utarbetas, etiska riktlinjer och värdegrunder brytas ner och förstås i relation till anhöriga och inte minst skulle information kunna spridas om det stöd som finns idag.



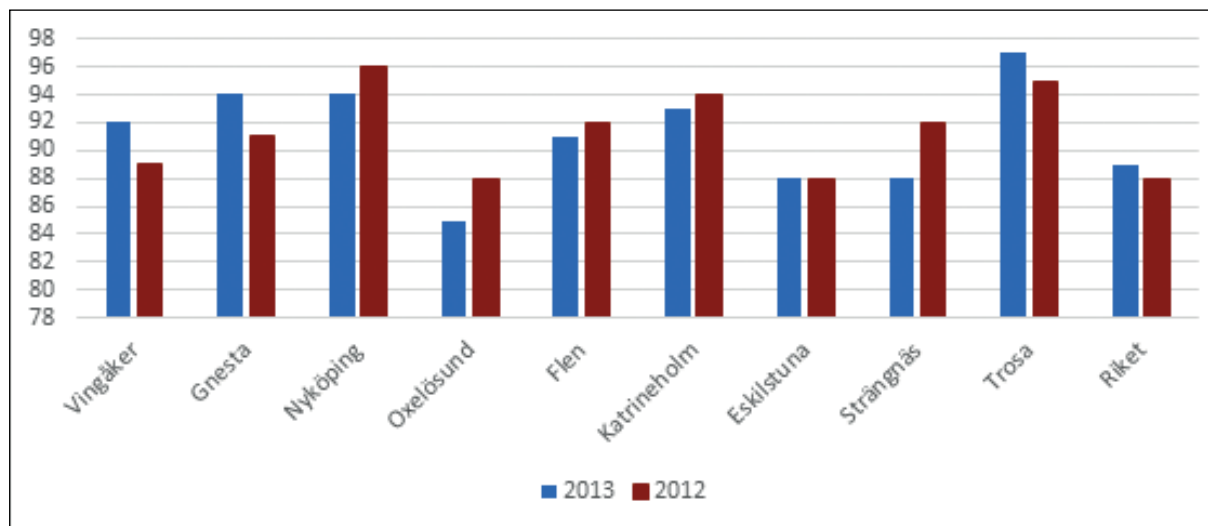
Nätverk för anhörigfrågor

I Sörmland finns ett nätverk för kommunalt anställda anhörigkonsulenter och representanter från landstinget. Vid nätverksträffarna har anhörigfrågor och samverkan med landstinget diskuteras. FoUIS har deltagit i några nätverksträffar för att bidra med kunskap och erfarenheter från FoU-arbete. Under våren bjöds in till en regional anhörigkonferens som inte kunde genomföras på grund av lågt intresse.

En arbetsgrupp med representanter från anhörigkonsulenterna och representant från landstinget/närvårdscoordinator har tillsammans med FoUIS arbetat med anhörig-/närståendefrågan och hur samverkan mellan kommunerna och landstinget kan utvecklas inom området. En regional konferens kring anhörig-/närståendeperspektivet planeras till hösten 2015.

Vård och omsorg i hemmet

Merparten av de äldre är nöjda både med hemtjänsten och med sitt särskilda boende. Det visar resultatet från 2013 års nationella brukarundersökning, som genomförs av Socialstyrelsen. På riksnivå har resultatet förbättrats inom båda områdena sedan 2012.



Figur 8: Andel som sammantaget är mycket eller ganska nöjda med hemtjänsten, år 2012 respektive 2013.

SSIH

Den hemsjukvård som bedrivs av primärvården i samarbete mellan kommunens sjuksköterskor och paramedicinare samt vårdcentralens läkare kompletteras av landstingets team för specialiserad sjukvård i hemmet. Teamen är organiserade i fyra enheter som utgår från länets tre sjukhus samt Strängnäs vårdcentral. Teamen ska genom konsultativa, stödjande insatser och direkta vårdåtgärder bidra till att människor i behov av avancerade sjukvårdsinsatser ska kunna välja att få sin vård i hemmet. I SSIH-teamen finns läkare, sjuksköterskor och paramedicinsk personal. Tillsammans har läkare, sjuksköterskor och paramedicinsk personal i de fyra teamen utfört 19 023 besök under 2014, en ökning i förhållande till 2013 då 18 133 besök gjordes av länets SSIH-team.

Tabell 9: Geografisk fördelning av besöken

	Antal besök i samtliga kategorier 2010-2014			
	2011	2012	2013	2014
Kullbergsska sjukhuset	4 339	4 113	3 099	3 306
Mälarsjukhuset	5 333	5 686	6 820	7 413
Nyköpings lasarett	4 096	4 982	5 180	4 973
Vårdcentralen Strängnäs	3 275	3 262	3 478	3 331
Totalsumma	17 043	18 043	18 577	19 023

Källa: Landstingets statistik 2011-2014

Tillgången till SSIH är ojämnt fördelad över länet. I förhållande till antalet invånare har Strängnäs mer specialiserad vård i hemmet än övriga kommuners invånare. Förändringsarbete gällande SSIHs organisering och arbetssätt pågår.

Mobila närvårdsteam

Mobila närvårdsteam, bestående av läkare och sjuksköterska, fungerar som komplement till vårdcentralerna och SSIH-teamen. Under dagtid erbjuder läkare och sjuksköterska i länets tre mobila närvårdsteam besök i hemmet för svårt sjuka som ett alternativ till besök på akutmottagning och in-

läggning på sjukhus. Teamen gör bedömningar och ger behandlingar i hemmet och kan vid behov lägga in patienten utan att denna behöver passera akuten (direktinläggning).

I tabellen nedan ses antalet besök av samtliga yrkeskategorier och antal individer som fått besök av mobila närvårdsteam. Arbetssätt och bemanning skiljer sig mellan teamen varför siffrorna inte är helt jämförbara. Tillgången till läkare i västra länsdelen skiljer sig mycket åt jämfört med övriga länet.

Fördelningen av de mobila närvårdsteam är i dagsläget inte jämlik över länet utan når framförallt de tre största orterna, vilket tabellen visar. Absoluta merparten av besöken är till personer äldre än 65 år.

Tabell 10: Antal besök av mobila team fördelat på yrkeskategori och kommun 2011-2014

	Antal besök per yrkeskategori i mobila team										
	2011		2012			2013			2014		
	läk	ssk/ dsk	läk	ssk/ dsk	usk	läk	ssk/ dsk	usk	läk	ssk/ dsk	usk
Kullbergsska sjukhuset	208	463	227	588		204	463		127	429	
28 - Vingåker							1				
83 - Katrineholm	208	463	227	588		204	462		127	429	
Mälarsjukhuset	473	110	572	193		479	586		239	473	
82 - Flen			5	3							
83 - Sundbyberg										3	
84 - Eskilstuna	462	110	534	186		460	559		232	457	
86 - Strängnäs	11		33	4		19	27		7	13	
Nyköpings lasarett	6	334	2	1 233	2	19	1 082	660		944	1 276
61 - Gnesta				3							2
80 - Nyköping	6	277	2	924	1	14	947	562		908	1 060
81 - Oxelösund		55		300	1	4	126	95		35	213
82 - Flen		1					1	3			1
86 - Strängnäs										1	
88 - Trosa		1		6		1	7				
99 - Papperslösa/gömda							1				
Totalsumma	687	907	801	2 014	2	702	2 131	660	366	1 846	1 276

Källa: Landstingets statistik 2011-2014

Hemsjukvård

För att utveckla och säkra vården i det ordinära boendet överfördes ansvaret för hemsjukvård på primärvårdsnivå för personer över 18 år till länets kommuner den 1 januari 2010. Kommunerna utför vård i hemmet både för dem som är inskrivna i hemsjukvård och för dem som tillfälligt behöver vård i hemmet (enstaka hembesök). Landstiget ansvarar för läkarinsatser i hemsjukvården. Den specialiserade hemsjukvården (SSIH) ges med stöd av team som utgår från sjukhuset. Samarbetet regleras för den enskilda individen genom att en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Den faktiska omfattningen av hemsjukvården i Sörmland mäts en dag per år. Vid mätningen den 17 november 2014 var 2 288 sörmlänningar inskrivna i hemsjukvård. Antalet inskrivna har långsamt ökat sedan 2010. Omkring tre fjärdedelar av hemsjukvårdens patienter är över 75 år. Andelen äldre i respektive kommun som får sin hälso- och sjukvård genom hemsjukvård skiljer sig mellan kommunerna.

Vid inskrivning i hemsjukvården ska en samordnad individuell plan (SIP) upprättas. Vid mätning i november 2014 fanns en sådan plan upprättad för 51 % av hemsjukvårdspatienterna i de kommuner som rapporterat uppgift (uppgift saknas från Gnesta).

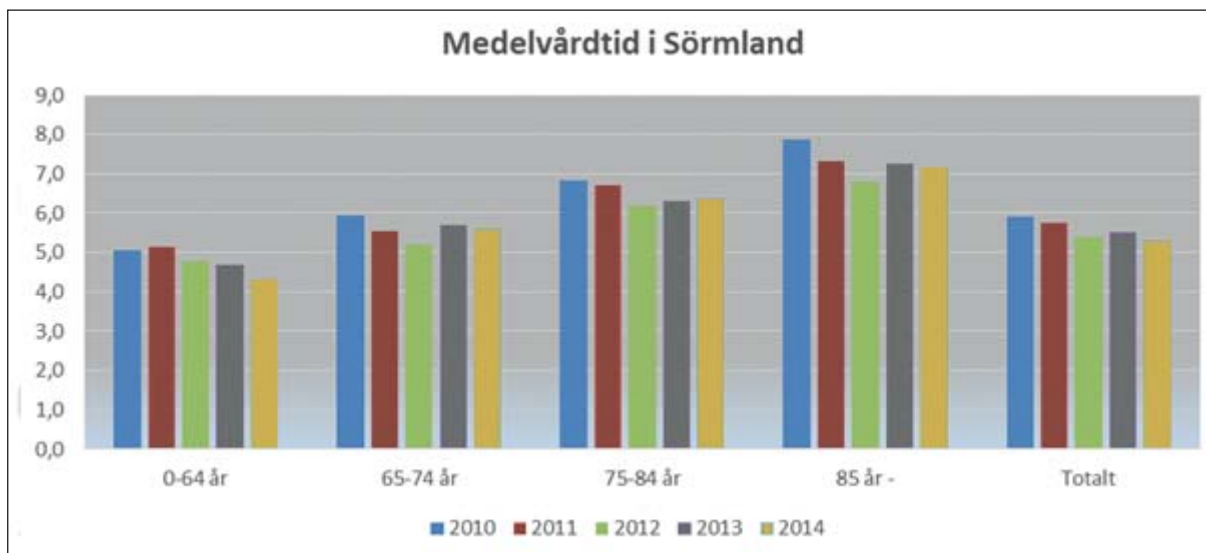
Tabell 11: Antal SIP per inskriven i hemsjukvård 2010-2014

	Antal inskrivna resp antal SIP 2010-2014									
	2014		2013		2012		2011		2010	
	antal	SIP	antal	SIP	antal	SIP	antal	SIP	antal	SIP
Eskilstuna	498	297	453	140	482	29	712	3	483	6
Flen	257	99	213	us	238	220	236	0	202	6
Gnesta	240	us	219	65	113	17	134	4	166	0
Katrineholm	481	209	452	135	499	-	508	24	306	0
Nyköping	334	157	382	132	432	50	438	0	475	145
Oxelösund	116	80	141	32	123	30	106	0	99	0
Strängnäs	198	72	242	40	167	77	147	68	138	94
Trosa	93	80	93	22	86	22	84	13	89	0
Vingåker	71	56	75	3	74	28	101	48	117	0
Sörmland	2288	1050	2270	569	2214	473	2466	160	2075	251

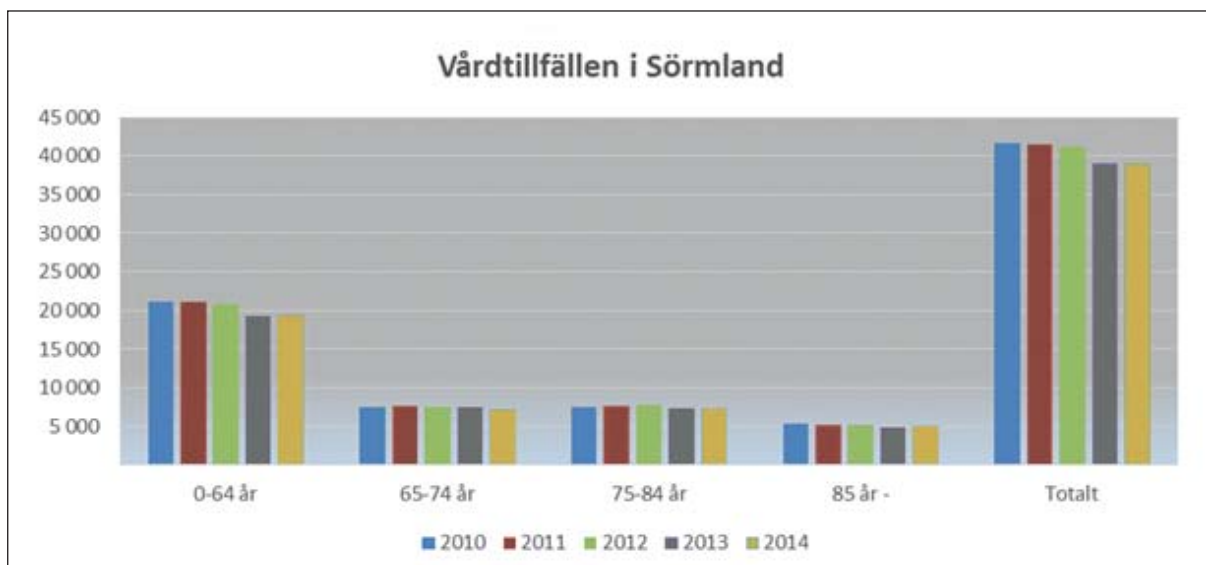
Källa: Landstingets statistik 2010-2014

Slutenvård – vårdkedjan

I Sörmland finns sjukhus i Eskilstuna, Katrineholm och Nyköping som tillsammans har 510 vårdplatser. 2014 producerade sjukhusen tillsammans 39 100 vårdtillfällen om sammanlagt 215 500 vård dagar. Nedan visas vårdtid fördelat på olika åldersgrupper.



Figur 9: Vårdtillfällen i Sörmland, källa: Landstingets statistik 2014

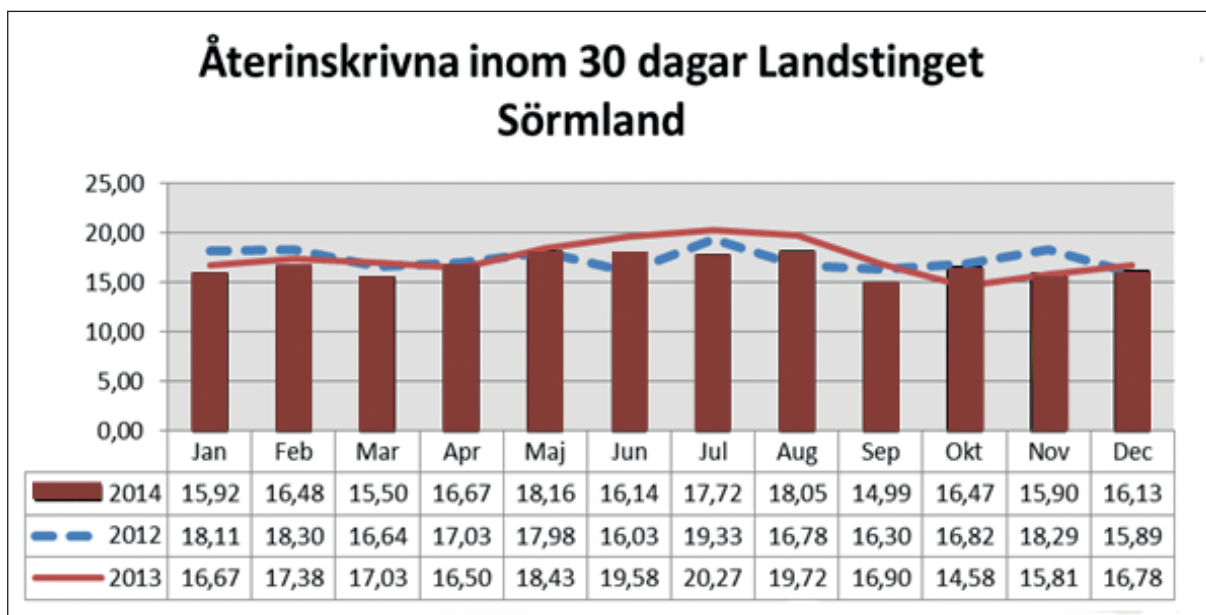


Figur 10: Medelvårdtid i Sörmland, källa: Landstingets statistik 2014

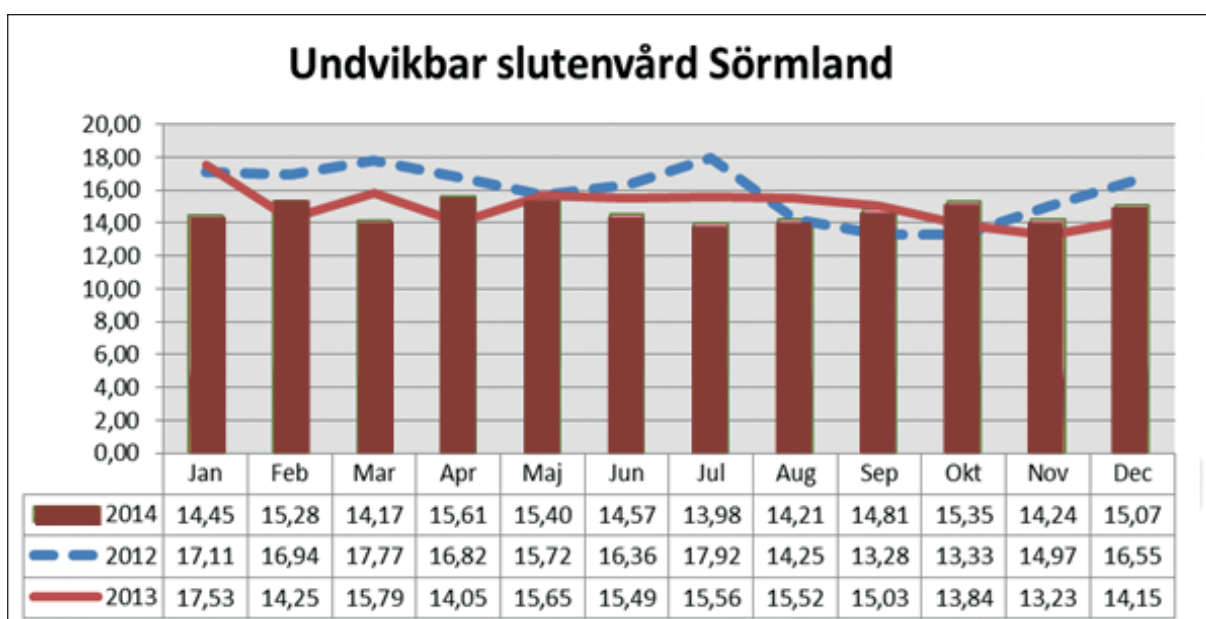
Återinskrivna inom 30 dagar

Svårigheterna att erbjuda sjuka äldre en samordnad vård och omsorg är väl kända och beskrivna. Det finns många orsaker till detta. Problem med läkemedel, bristande uppföljning, inga eller fel hjälpmedel i hemmet, dålig kontakt mellan vårdcentral, sjukhus och kommunens omsorg är några orsaker till återinskrivning.

Återinläggningar inom 30 dagar används som ett mått på att mäta sammanhållen vård.



Figur 11, källa: Statistik från SKL Återinläggningar 30 dagar 65 år och äldre. 201401 16



Figur 12, källa: Statistik från SKL uppföljningsdatum 201401 16

Undvikbar slutenvård

En indikator som används för att spegla effektiviteten inom hälso- och sjukvårdssystemet som helhet är undvikbar slutenvård. Tanken är att belysa omhändertagandet inom den öppna vården, som till exempel förebyggande insatser och primärvård inom såväl kommunerna som landstinget. Indikatorn är en av Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt God vård.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. Bland de diagnoser som valts ut finns sådana som ska spegla den öppna vårdens insatser vid kroniska eller mer långvariga åkommor. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus.

Informationsöverföring och Samordnad Individuell Plan, SIP

För att de äldre ska kunna få en trygg och säker vård och omsorg krävs att information tillgängliggörs mellan huvudmännen och att vårdaktörerna tydliggör ansvarsfördelning samt samordnar insatserna. Vid utskrivning från sjukhus är slutenvården skyldig att kalla till samordnad vårdplanering om det finns behov av fortsatta insatser från öppen vård och omsorg.

Från slutenvård

Ett IT-system, *Prator* används som informationsöverföringssystem från slutenvården till samtliga kommuner i länet. Under 2014 genomfördes 3 264 samordnade planeringar från slutenvården Sörmland fördelade på länets kommuner enligt nedan. Antalet samordnade planeringar ökade med 209 st från 2011.

Tabell 12: Fördelning av utförda SIP inom slutenvården 2011-2014

År	Eskilstuna	Flen	Gnesta	Katrineholm	Nyköping	Oxelösund	Strängnäs	Trosa	Vingåker	Tot
2011	1122	235	95	472	547	132	266	67	119	3055
2012	1173	221	94	425	565	153	268	74	116	3089
2013	1220	244	109	441	561	159	270	88	99	3183
2014	1257	228	101	449	605	142	307	71	102	3264

Källa: Landstingets statistik 2011-2014

Det föreligger då och då brister i den informationsöverföring som sker mellan vårdnivåerna vilket medför risk för merarbete, slöseri med resurser och i värsta fall risker för patienterna. Ett ständigt förbättringsarbete pågår för säkra rutiner vid överföringen av information.

NPÖ

Regeringen påbörjade via SKL en satsning på eHälsa 2010 i syfte att sätta fart på utvecklingen i socialtjänsten i alla kommuner. Särskilt fokus har lagts på övergång till digitala trygghetslarm, säker inloggning och rollhantering via tjänstelegitimationen SITHS, mobil dokumentation samt nationell patientöversikt NPÖ.

NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke ta del av journalinformation som registrerats hos andra vårdgivare. Samordning av vårdinsatser underlättas och en helhetsbild av patienten ger ett bättre beslutsunderlag för diagnos, behandling och uppföljning.

Kommuner där personalen kan läsa i landstingets journaldokumentation (konsumenter):

- Eskilstuna
- Flen
- Katrineholm
- Nyköping
- Oxelösund
- Strängnäs
- Trosa

Nyköpings kommun är även producent vilket innebär att andra vårdgivares personal kan läsa information i Nyköpings kommuns journalsystem.

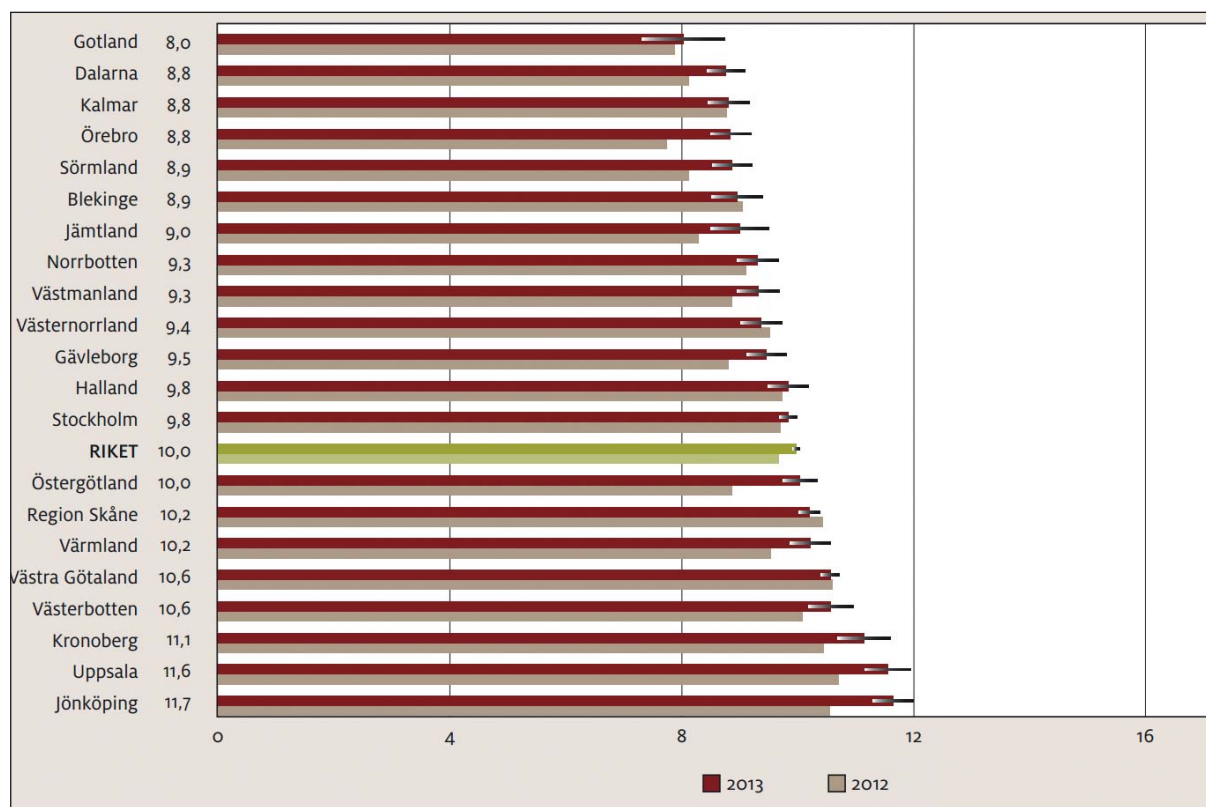
Äldre och läkemedel

God läkemedelsbehandling hos äldre är ett av de fem prioriterade områden för förbättringsarbete som ingick i den nationella satsningen "Bättre liv för sjuka äldre 2010-2014". Med äldre avses i detta avsnitt personer 75 år och äldre. Landstinget Sörmland och kommunerna har tillsammans satsat på förbättringar inom läkemedelsområdet mot de uppsatta målen, vilket har resulterat i att redan goda resultat blivit ännu bättre.

Läkemedelsbehandlingen för äldre ska vara rationell, ändamålsenlig, säker och ska regelbundet följas upp och kvalitetssäkras. Detta gäller på individnivå liksom på läns-, kommun- och enhetsnivå.

Ett sätt att följa upp läkemedelsbehandlingar hos äldre är Öppna jämförelser som publiceras av Socialstyrelsen och SKL gemensamt sedan ett antal år tillbaka, dels som jämförelse mellan landsting¹, dels som jämförelse mellan kommuner och län². Dessa rapporter belyser vården och omsorgen om äldre utifrån olika perspektiv där äldre och läkemedel ingår. Sörmland ligger bland de bästa länen i Sverige inom området Äldre och läkemedel.

Läkemedelsindikatorerna i ÖJ baseras på Socialstyrelsens "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre", ett kunskapsunderlag och instrument för att följa upp och spegla kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. Samtidig användning av många läkemedel signalerar att det kan finnas läkemedel som saknar indikation och förknippas med lägre följsamhet till ordinationer och utgör en betydande riskfaktor för biverkningar samt för att läkemedlen ska påverka varandras effekter. Sörmland ligger bland de fem landsting som har lägst andel äldre med 10 eller fler läkemedel. Se figur 13, nedan.



Figur 13: Läkemedelsbehandlingar, jämförelse mellan landstingen för "tio eller fler läkemedel samtidigt".

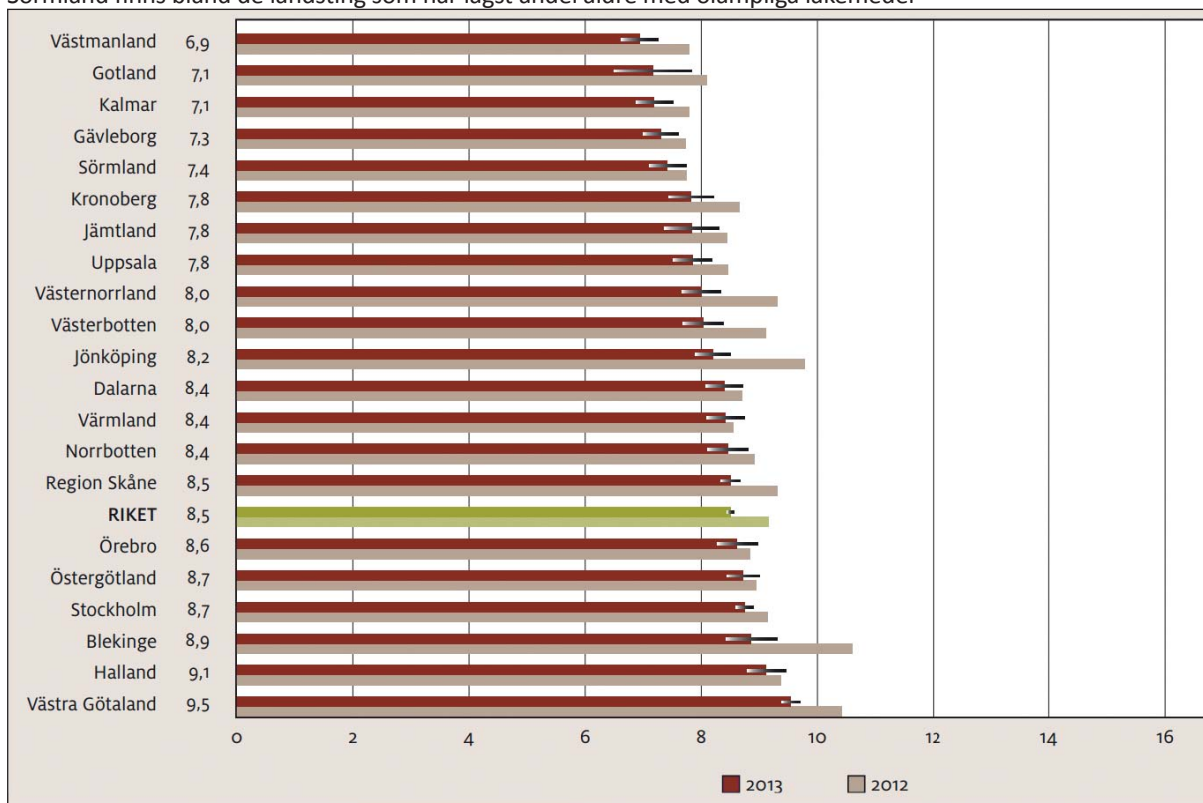
Källa: Öppna jämförelser 2014, Läkemedelsbehandlingar

Läkemedel som bör undvikas hos äldre innefattar läkemedel/läkemedelsgrupper som medför en betydande risk för allvarliga biverkningar som bland annat kan leda till fall och förvirring. Dessa läkemedel

- 1 Jämförelse mellan landsting: Öppna jämförelser 2014, *Läkemedelsbehandlingar*
- 2 Jämförelse mellan kommuner: Öppna jämförelser, *Vård och omsorg om äldre*

klassas av Socialstyrelsen som "olämpliga läkemedel till äldre". Det kan handla om långtidsverkande lugnande preparat och sömnmedel (som Stesolid, Flunitrazepam, Nitrazepam, Propavan) och Atarax, Theralen, Lergigan och det smärtstillande medlet Tramadol.

Sörmland finns bland de landsting som har lägst andel äldre med olämpliga läkemedel



Figur 14, källa: Öppna jämförelser 2014, Läkemedelsbehandlingar

Tabell 13: Kommunresultat öppna jämförelser 2014

Uppgifter om personer 65 år och äldre år 2014 om inget annat anges	Tre eller fler psykofarmaka bland äldre			Tio eller fler läkemedel			Olämpliga läkemedel			Användning av antipsykotiska läkemedel		
	Procent	Rank av 276	Jämf. föreg. år	Procent	Rank av 276	Jämf. föreg. år	Procent	Rank av 275	Jämf. föreg. år	Procent	Rank av 275	Jämf. föreg. år
Min - max (riket)	2,1 - 17,5			9,8 - 34,1			3,1 - 20,0			1,9 - 15,3		
Vägt medel (riket)	10,0			20,2			11,4			6,5		
Median (riket)	9,3			20,5			10,9			6,3		
Jämf Föreg. år (riket)			upp			ner			upp			-
Eskilstuna	8,5	99	ner	17,5	66	ner	8,7	50	upp	5,3	82	upp
Flen	6,0	20	upp	17,0	55	upp	8,8	53	upp	6,8	163	ner
Gnesta	9,3	134	ner	12,8	8	ner	8,1	37	upp	8,1	220	ner
Katrineholm	8,2	87	ner	20,7	146	ner	9,9	95	upp	5,6	93	upp
Nyköping	9,0	121	upp	17,1	59	ner	9,6	85	upp	6,6	154	ner
Oxelösund	11,1	202	ner	22,2	191	ner	8,7	50	upp	7,5	197	upp
Strängnäs	10,9	196	ner	16,0	40	ner	3,8	2	upp	5,5	90	ner
Trosa	6,4	29	ner	12,0	4	upp	7,2	23	ner	4,8	54	ner
Vingåker	11,1	202	ner	23,3	216	ner	12,7	206	upp	9,0	235	upp
Länsmedel (vägt)	8,8			17,6			8,6			6,0		

Källa: Öppna Jämförelser 2014, Vård och omsorg om äldre

Resultat för kommunerna i Sörmland för de fyra läkemedelsindikatorer redovisas i rapporten "Öppna jämförelser 2014, vård och omsorg om äldre, jämförelse mellan kommuner och län". I tabell 13 visas resultaten färgade med grönt, gult och rött. Grönt betyder att kommunens värde tillhör de 25 procent bästa. Rött får de 25 procent av kommunerna med sämst värde och gult gäller de 50 procent av kommunerna som ligger mitt emellan.

Bättre liv för sjuka äldre- "God läkemedelsanvändning hos äldre"

En fyraåriga nationell satsning på förbättrad vård och omsorg om de mest sjuka äldre har pågått mellan 2010 och 2014. Ständig förbättring var målet för varje års arbete. Nedan redovisas resultat för 2014 på landstings- och kommunnivå.

Läkemedelsindikatorerna som följdes under satsningen är baserade på Socialstyrelsens "Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre" och var olämpliga läkemedel, antiinflammatoriska läkemedel och antipsykotiska läkemedel till personer 75 år och äldre.

Målet var färre uthämtade recept, under en sexmånadersperiod, än året innan. Sörmlands län klarade målen för alla tre läkemedelsindikatorer. Vid den avslutande mätningen 2014 konstaterades att 414 personer färre har hämtat ut recept på ett eller flera läkemedel jämfört med samma tidpunkt 2013.

Sörmland blev ett av de fem bästa länen i landet vid sista mätningen 2014, trots att läkemedelsfrågan legat på agendan långt innan den nationella satsningen startades och länet låg bra till redan då. Som exempel kan nämnas att indikatorn olämpliga läkemedel under perioden 2011 - 2014 visade på en minskning från 10,1 % till 7,6 %.

Tabell 14: Resultat God läkemedelsanvändning i länets kommuner 2014

Kommun	olämpliga	antiinflammatoriska	antipsykotiska
Eskilstuna	klarat	klarat	klarat
Strängnäs	klarat	klarat	klarat
Flen	klarat	klarat	ej
Katrineholm	klarat	klarat	klarat
Vingåker	klarat	klarat	klarat
Nyköping	klarat	klarat	ej
Oxelösund	klarat	klarat	klarat
Gnesta	klarat	klarat	ej
Trosa	klarat	ej	ej

Värt att notera är att endast en kommun klarade målet för antipsykotika 2013.

Den nationella satsningen (2010-2014) för förbättrad vård och omsorg för de mest sjuka äldre är slut. Sörmland har dock en länsgemensam handlingsplan för fortsatt förbättringsarbete där även läkemedel ingår.

Läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelse 2014

Sedan 2013 görs läkemedelsgenomgångar (LMG) utanför sjukhus i Sörmland enligt de länsgemensamma riktlinjerna som har utarbetats och uppdaterats (2014-12-19) av Läkemedelskommittén och godkänts av Länsstyrgruppen för Närvård och av Hälsoval. Riktlinjerna bygger på Socialstyrelsens författning (SOSFS 2012:9) och delas upp i enkel och fördjupad LMG.

Målgrupp för enkel LMG

Patienter, 75 år och äldre med minst 5 läkemedel vid besök hos läkare i öppenvård, vid inläggning på sjukhus, vid inskrivning i hemsjukvård (därefter minst en gång årligen) och vid inflyttning i särskilt boende (därefter minst en gång årligen). Patienter med läkemedelsrelaterade problem oavsett ålder och antal läkemedel, tillhör målgrupp för LMG.

Målgrupp för fördjupad LMG

Patienter som har kvarstående läkemedelsproblem efter en enkel LMG samt de med komplex och omfattande läkemedelsanvändning.

Resultat utanför sjukhus

Jämfört med 2013 har antalet i journal kodade LMG ökat från 5500 till 6500. Av dessa är 284 fördjupade LMG som gjorts tillsammans med apotekare från Läke-medelskommittén och 1070 kodade LMG för patienter i särskilt boende. De flesta LMG har således kodats för patienter i ordinärt boende, oklart hur många av dessa som var inskrivna i hemsjukvård. Målet 2014 för kodade LMG för äldre i särskilt boende¹ (säbo) var 80 %. Resultatet blev cirka 40 %.

Läkemedelskommitténs klinikapotekare samarbetar med vårdcentraler, särskilda boenden och hemsjukvård i syfte att nå målen för LMG-arbetet och läkemedelsindikatorerna i "Bättre Liv". Rollen är rådgivande.

Resultat sjukhus

Under 2014 har Läke-medelkommitténs klinikapotekare förberett drygt 2 900 läkemedelsgenomgångar för äldre patienter inlagda på sjukhus (i detta inkluderas läkemedelssamtal med cirka 900 patienter och minst 3 000 rekommendationer som ansvarig läkare tagit ställning till).

Klinikapotekare finns på en till två avdelningar per medicinklinik på länets tre sjukhus och på ortopedklinikerna Mälarsjukhuset i Eskilstuna (MSE). Under 2015 utökas detta till att även omfatta geriatriska rehabklinikerna i Nyköping och kliniken för kirurgi och urologi på MSE.

Läkemedelsberättelse är en beskrivning av vilka förändringar som har gjorts under vårdtiden i patientens läkemedelslista/dosrecept och varför. Den skall vara skriven för patienten och vara kortfattad och tydlig. Vid utskrivning från sjukhus ska patienten få skriftlig information innehållande aktuell läkemedelslista och utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse.

Under 2014 fick i Sörmland sammanlagt 8 443 av totalt 35 832 utskrivna patienter "Utskrivningsinformation med läkemedelsberättelse" (24 %). De enheter som kommit längst i detta arbete är medicinklinikerna.

¹ 2014 fanns cirka 2500 personer i särskilt boende.

Vård vid demenssjukdom

Varje år insjuknar ungefär 25 000 personer i demenssjukdom i Sverige. Cirka 160 000 svenskar beräknas ha en demenssjukdom. Ungefär var femte person över 80 år är drabbad. Antalet personer i Sörmland med demenssjukdom uppskattas till närmare 5 000 personer och över 700 personer beräknas insjukna varje år. Alzheimers sjukdom utgör cirka 60 % av fallen.

Tabell 15: Antal med demens

Region	Antal med demens 2014	Antal med demens 2020	Incidens 2014	Underlag för prevalensberäkning	Antipsykotiska
Eskilstuna	1499	1786	267	Åldersgrupp	Prevalens (%)
Flen	313	360	44	60-64	1
Gnesta	163	201	28	65-69	1,5
Katrineholm	599	678	89	70-74	3
Nyköping	947	1108	142	75-79	6
Oxelösund	229	280	31	80-84	12
Strängnäs	498	627	90	85-89	25
Trosa	169	230	32	90-94	37
Vingåker	164	187	24	95-	48
Länet	4581	5457	742		

Beräkningsgrunder: Prevalensuppskattningar¹ och incidensuppskattningar² från SBU-rapport 2005 och SCBs befolkningsdata 2013-12-31 samt prognos för 2020

En god demensvård bygger på tidig diagnostisering, strukturerat arbete mellan landstingets och kommunernas verksamheter samt på kunnig personal genom hela vårdkedjan. Kommunerna och landstinget i Sörmland arbetar enligt det läns-gemensamma programmet för vård och omsorg om personer med demenssjukdom som grundar sig på nationella riktlinjer. Programmet omfattar även privata vårdgivare. Sörmland har sedan 2012 ett läns-gemensamt demensnätverk som haft till uppgift att sprida programmet och vara drivande i utvecklingen av länets demensvård. Projektanställd utvecklingsledare på FoU i Sörmland är en sammanhållande resurs i arbetet fram till sista april 2015. Läns-gemensamma nätverket kommer att fortsätta med sitt arbete med erfarenhetsutbyte och lärande. Representanterna i nätverket kommer att vara delaktiga i att samla in data till den årliga kvalitetsuppföljningen. En utvecklings- och samarbetsgrupp för demensfrågor har bildats för fortsatt utveckling i länet. Fram till sista april 2015 kommer FoU i Sörmland att ha ansvaret för att driva och hålla ihop arbetet.

Läns-gemensamma aktiviteter 2014

- Läns-gemensamma nätverkets årliga träff
- Utbildning för hälso- och sjukvårdspersonal i beteendemässiga och psykiska symtom vid demenssjukdom i samverkan med läkemedelskommittén
- Certifierad utbildare i BPSD-registret har hållit utbildningar för vård-och omsorgspersonal och berörda chefer.
- Administratörsträffar för personal som arbetar med BPSD- registret
- Inspirationsträff för minnesteam på länets vårdcentraler i samverkan med SveDem
- Länsdemensdag i samverkan med Socialstyrelsen för politiker, chefer och läns-gemensamma demensnätverket

1 Prevalens = skattat antal med demenssjukdom
2 Incidens= skattat antal nya insjuknanden per år

Årlig kvalitetsuppföljning

Uppföljningen ska synliggöra kvaliteten inom olika områden och verksamheterna ska kunna använda resultaten i sitt förbättringsarbete. Uppföljningen kan också användas av beslutsfattare som underlag för beslut om prioriteringar. Kvalitetsuppföljningen har nu genomförts för tredje gången och redovisats i länsstyrgruppen i Sörmland. Resultaten visar att Sörmland kommit långt, men ytterligare förbättringsarbete återstår i verksamheterna. Tidigare år har svarsfrekvensen varit hög, men för 2014 saknas uppgifter från Katrineholms kommun, Torshälla stads förvaltning samt vårdcentralerna Familjedoktorerna Strängnäs, Fristaden, Kyrkbacken, Linden, Smeden och minnesmottagningen Eskilstuna. Flera verksamheter har lämnat ofullständiga uppgifter och data har i dessa fall hämtats från kvalitetsregistren BPSD och SveDem.

Kommunerna, vårdcentralerna och minnesmottagningarna utgör olika delar i vårdkedjan. Lokala handlingsplaner och rutiner för samverkan är en förutsättning för att vården och omsorgen för personer med demenssjukdom och deras anhöriga ska upplevas som trygg och säker. Idag finns planer upprättade mellan de flesta vårdcentralerna och kommunerna. I Katrineholms- och Eskilstuna kommun finns rutiner för samverkan, men många av de berörda vårdcentralerna är inte involverade och svarar att rutiner saknas. I Gnesta uppger vårdcentralen att rutiner finns som fungerat, men att det idag saknas samverkanspartner i kommunen.

Minnesutredning, behandling och uppföljning av demenssjukdom

Vårdcentralerna ska erbjuda tidig upptäckt, utredning och diagnostisering och uppföljning för att kunna ge adekvat medicinsk behandling och fortsatta stödinsatser. Specialistkliniken ansvarar för utredningar när vårdcentralen inte kunnat fastställa diagnos eller vid komplicerade fall. Efter utredning ska patienten och dennes anhöriga erbjudas en samordnad vårdplanering och kontakt med kommunens biståndshandläggare och kommunens demensverksamhet.

Genom registrering i det nationella kvalitetsregistret SveDem kvalitetssäkras utredningen och en möjlighet till uppföljning och jämförelse skapas. Målet i Sörmland är att alla vårdcentraler ska använda registret. Länets vårdcentraler registrerade 300 nya patienter 2014 mot 420 året innan. Antalet registrerade uppföljningar har ökat till 313 uppföljningar, jämfört med 276 året innan. Fortfarande är det dock förhållandevis få patienter som får en årlig uppföljning av sin demenssjukdom. Vårdcentralerna Achima Care Eskilstuna vårdcentral, Familjedoktorerna i Strängnäs, Fristaden, och Kyrkbackens vårdcentral är med i registret men gör inga registreringar.

Tabell 16: Antal med demens, förväntat antal, inrapporterat antal, uppföljning

Vårdcentraler i Sörmland*	Listade över 65 2014	Förväntat antal med demenssjukdom	Förväntat antal som insjuknar varje år	Antal som fått diagnos jan-dec 2014	Andel inrapporterade "vet ej"-svar i %.**	Antal uppföljningar jan-dec 2014	Kommentarer
Achima Care Eskilstuna VC	1 934	172	29				registrerar inte
City VC	2 298	206	35	10	8 %	12	
Familjedoktorerna Strängnäs	1 013	91	16				Senaste reg. jan-13
Fristaden	1 256	113	19				Senaste reg. sep-13
Fröslunda	3 327	299	51	11	11 %	18	
Kyrkbackens	1 408	126	22	1	Ej svarat	2	Senaste reg. mar-14

OBS: Tabell 15 fortsätter på nästa sida

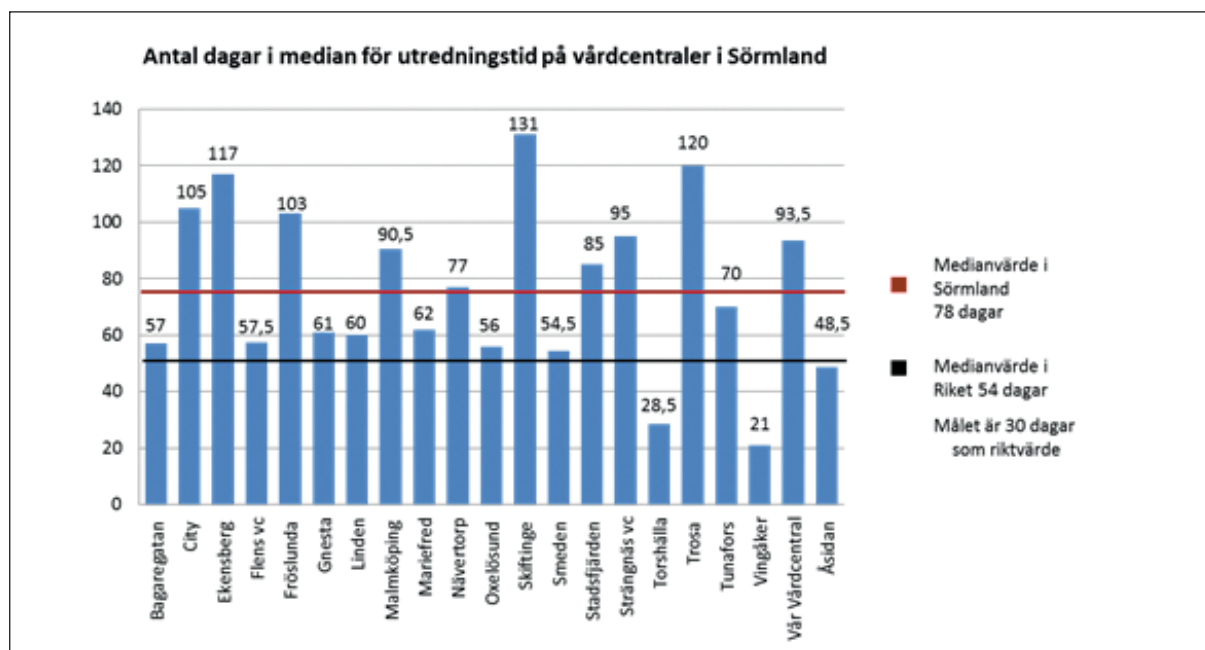
Vårdcentraler i Sörmland*	Listade över 65 2014	Förväntat antal med demenssjukdom	Förväntat antal som insjuknar varje år	Antal som fått diagnos jan-dec 2014	Andel inrapporterade "vet ej"-svar i %.**	Antal uppföljningar jan-dec 2014	Kommentarer
Mariefred	1 998	179	31	10	12 %	19	
Skiftinge VC	2 940	264	45	25	11 %	16	
Strängnäs VC	2 678	240	41	21	22 %	29	
Torshälla VC	2 091	188	32	15	Ej svarat	23	
Tunafors	3 132	281	48	16	36 %	17	
Minnesmot. MSE				23	Ej svarat	22	
Nävertorp	1 511	136	23	11	6 %	15	
Vår vårdcentral	1 986	178	31	6	0 %	5	
Linden	3 517	316	54	21	Ej svarat	11	
Centrum Flen	1 480	133	23	6	19 %	13	
Flen	1 502	135	23	6	14 %	15	
Malmköping	1 325	119	20	6	Ej svarat	9 (22*)	
Vingåker	1 919	172	30	20	5 %	8	
Minnesmot. Kullb.				0	Ej svarat	2	

I en ordinär grupp 65-åringar har 1 % någon form av demenssjukdom, bland 80-åringar 20 % och bland 90-åringar 50 %. Alzheimers sjukdom utgör ca 60 % av fallen.

*Beräkningen/vårdcentral är beräknat på antal listade över 65 år 2014

**Vet ej-svar = ofullst. utredning alternativt ej koll på vad som gjorts

Svenska Demensregistrets målvärde för tiden för utredning är 30 dagar. I Sörmland är utredningstiden i median 78 dagar, medianvärdet i riket är 54 dagar. En förklaring till skillnaden i tid kan vara att hos yngre patienter och vid tidig demenssjukdom tar det längre tid att utreda och fastställa diagnos.



Figur 19, källa: Svenska Demensregistret

När demensdiagnos ställs görs en klinisk diagnos. Det vill säga läkaren gör en sammanvägd bedömning av en rad olika undersökningar och provtagningar som ligger till grund för att fastställa vilken sjukdom som orsakar "demenssymtomen". Läkarens, arbetsterapeutens och sjuksköterskans bedömningar vägs samman. Bland annat görs en strukturerad anhörigintervju med hjälp av symtomenkät, olika kognitiva tester samt bedömning av kognitiv- och fysisk funktionsförmåga i aktivitet. Resultaten vägs samman med läkarens undersökning av fysisk och psykisk hälsa, neurologiskt status samt olika blodprover som kompletteras med datortomografi.

Andelen nydiagnostiserade patienter som vårdcentralen registrerat i SveDem med diagnosen demens UNS, det vill säga "demens utan närmare specifikation" har minskat i Sörmland från 29 % till 18 %. Diagnosen demens UNS innebär att det inte fastställts vilken sjukdom som orsakar demenssymtomen, något som är en förutsättning för att kunna erbjuda patienten bästa möjliga vård och behandling. En förutsättning för att fastställa vilken sjukdom som ligger bakom symtomen är att en fullständig utredning görs. I vissa fall som till exempel i senare skeden av sjukdomsfasen kan dock en specifik diagnos vara svår att fastställa.

Patienter med Alzheimers sjukdom bör erbjudas behandling med symtomlindrande demensläkemedel. Efter att de patienter som av olika skäl inte kan äta läkemedlen räknats bort är det enligt SveDem rimligt att 80 % av patienterna får sådan behandling. I Sörmland behandlas cirka 61 % av dessa patienter.

Primärvårdens resultatutveckling 2011-2014

Genom de olika parametrarna som ingår i kvalitetsregistret SveDem kan utvecklingen följas. Andelen som har fått en basal utredning har ökat med 12 procent vilket troligen är förklaringen till att andelen personer som fått diagnosen UNS (utan närmare specifikation) har minskat. Andelen vet ej-svar har också minskat, vilket kan ses som att kvaliteten på utredningarna har ökat. De flesta frågorna blir ställda.

Tabell 17: Primärvårdsresultat Sörmland

Resultat från primärvården	2011 n=212	2012 n=234	2013 n=301	2014 t.o.m. sept. n=180
Basalutredning	61%	65%	67%	73%
Klocktest	70%	82%	92%	92%
Utredningstid	58d	64d	62d	78d
Demens UNS	29%	33%	25%	18%
Andel AD med demens- läkemedel	70%	61%	70%	61%
Antipsykosmedel	6%	2%	4%	3%
Vet ej svar - grundreg	12%	10%	10%	6%
Vet ej svar - uppföljning	9%	9%	10%	8%

Källa: SveDem

Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid demens, BPSD

BPSD drabbar någon gång cirka 90 % av alla som lever med demenssjukdom och ger en psykisk ohälsa. Symtomen kan exempelvis vara aggressivitet, oro, apati, hallucinationer eller sömnstörningar och de orsakar ett stort lidande framförallt för personen med demenssjukdom men även för närstående och personal. Vanligast är att BPSD-problematiken beror på faktorer i personens omgivning eller att personen befinner sig i en livskris. Förstahands alternativet vid behandling är därför olika omvårdnadsåtgärder.

Syftet med att använda BPSD registret är att ett strukturerat arbetssätt ger en ökad livskvalitet för personer med demenssjukdom. Registret ger ett strukturerat stöd för att kunna skatta och värdera symptom och analysera bakomliggande orsaker. En vårdplan för omvårdnadsåtgärder planeras med hjälp av registret. Vilka omvårdnadsåtgärder som ger bäst resultat för den enskilde går sedan att följa i form av stapeldiagram före och efter insatta åtgärder. Arbetssättet gör att personalen får ett gemensamt syn- och arbetssätt.

Alla kommuner i Sörmland är anslutna till registret. Länet har idag tio certifierade utbildare som kan utbilda i BPSD-symtom och utbilda administratörer till registret. Utbildare finns i Nyköping, Flen, Katrineholm, Eskilstuna, Strängnäs och Oxelösund. Utvecklingsledaren på FoU i Sörmland med ansvar för demensområdet har utbildat i de kommuner som saknar egen utbildare. Målet är att alla verksamheter som ger direkt vård och omsorg till personer med demens ska ansluta sig till registret.

Från januari till oktober 2014 hade 234 personer fått utbildning i länet. År 2012 – 2014 har över 600 personer fått utbildning. I utbildningen ingår demenssjukdomar, BPSD problematik och omvårdnadsåtgärder.

Under 2014 har anslutna verksamheter registrerat 1 173 skattningar med uppföljningar. Ytterligare 165 skattningar har gjorts, men är inte inlagda i registret på grund av oklarhet om brukaren vill medverka i registret. Skattningar görs även utanför registret när det inte finns ansvarig sjuksköterska för verksamheten (exempelvis i hemtjänst).

Tabell 18: Skattningar i BPSD i Sörmland

	Summa	jan	feb	mars	april	maj	juni	juli	aug	sept	okt	nov	dec	Oreg.
Eskilstuna	402	31	41	39	32	27	33	4	23	68	42	34	28	2
Flen	92	-	21	6	13	4	-	3	2	18	8	3	14	0
Gnesta	35	1	3	2	3	-	11	-	-	-	5	9	1	0
Katrineholm	114	16	4	21	7	19	11	1	1	8	8	14	3	29
Nyköping	68	9	7	3	7	5	7	-	5	12	5	5	3	125
Oxelösund	22	-	-	-	-	-	3	1	3	4	1	4	6	0
Strängnäs	224	7	9	8	24	15	17	3	33	67	14	16	11	11
Trosa	141	7	14	25	16	11	9	9	6	24	5	4	11	0
Vingåker	75	6	2	7	9	6	11	-	-	9	7	15	3	0
Sörmland	1173	<i>2013 genomfördes 906 skattningar</i>												165

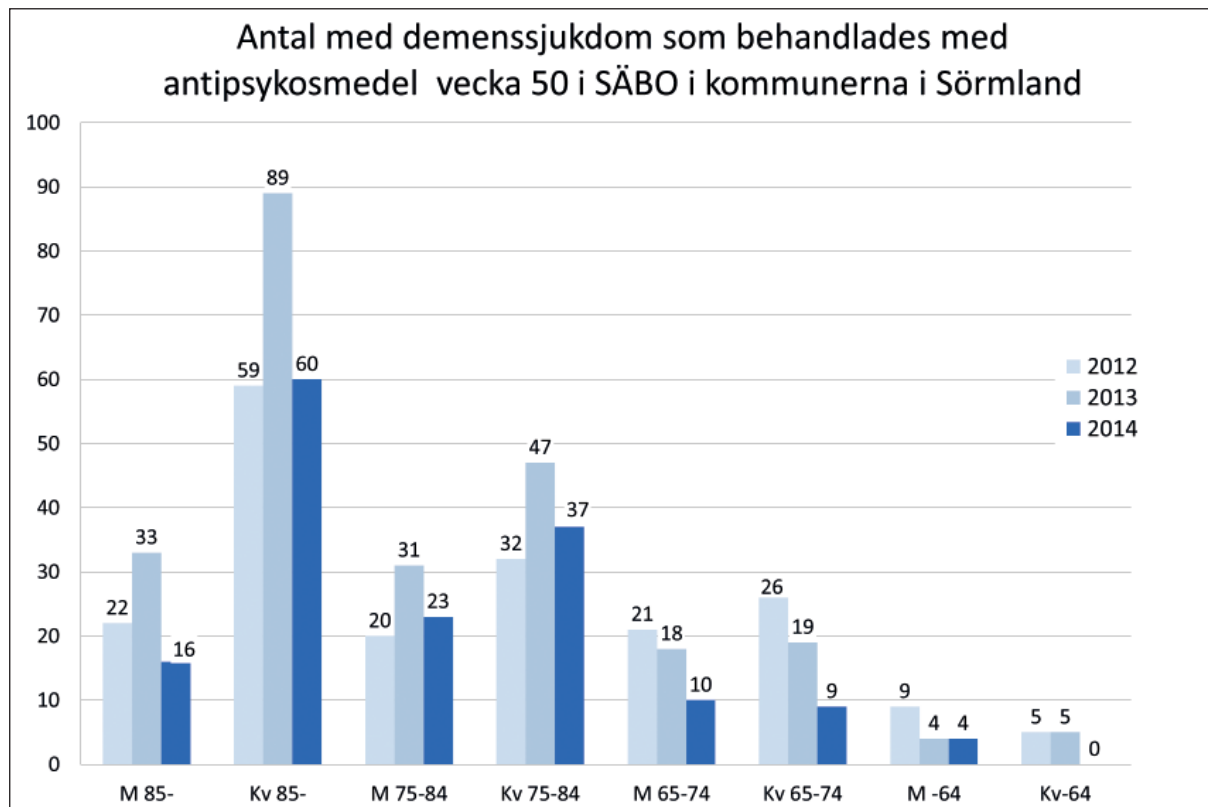
Antal bedömningar i registret 2014, Oreg:=skattningar som ej registrerats

Antipsykosläkemedel

Ett av syftena med BPSD registret är att minska användandet av antipsykosläkemedel och andra läkemedel som är olämpliga vid demenssjukdom. Antipsykosläkemedel ska användas i så liten utsträckning som möjligt, och först när omvårdnadsåtgärder inte är tillräckliga. Ofta är indikationen för läkemedlet beteendesyntom av olika slag, där de i många fall har bristande effekt. Antipsykosläkemedel ger ofta biverkningar och ökar risken för en för tidig död. De bör därför bara användas vid psykotiska tillstånd och/eller aggressivitet, som orsakar lidande för personen eller potentiell fara för denne eller andra.

En av kvalitetsindikatorerna som följs upp i länsprogrammets årliga uppföljning är antal personer som får antipsykosläkemedel. Av 1 376 personer med demenssjukdom i särskilt boende 2013 fick drygt var sjätte person, 18 procent någon form av antipsykosläkemedel.

Diagrammet visar antalet personer som behandlas med dessa läkemedel 2012-2014. Data för 2014 är något osäker på grund av att Katrineholm, Gnesta och Torshälla stads förvaltning inte lämnat in några uppgifter. Det har inte heller varit möjligt att beräkna hur stor andel kvinnor och män i respektive åldersgrupp som behandlas på grund av ofullständiga uppgifter på ålder och kön från Eskilstuna och Flen.



Figur 20, källa: Årlig kvalitetsuppföljning, 2014

Äldres psykiska hälsa

Åldrande i sig innebär en ökad risk för både fysiska och psykiska sjukdomar. Depression är det vanligaste psykiska hälsoproblemet hos äldre.

Psykisk ohälsa hos äldre kan debutera under åldrandet, men kan också ha börjat tidigare i livet och inneburit en långvarig funktionsnedsättning. Äldre personer med psykisk ohälsa kan ha upplevt svårigheter tidigare i livet där åldrandet blir den utlösande faktorn.

I Sörmland har en inventering av personer med psykisk funktionsnedsättning genomförts i samtliga kommuner utom Gnesta. I inventeringen bedöms det att cirka 0,8 % av den totala befolkningen på 277 134 sörmlänningar hade psykiska funktionshinder. I gruppen äldre > 65 år bedöms antalet sörmlänningar med psykiska funktionshinder vara cirka 350-400 personer.

Ytterligare en inventering gällande kunskapen om målgruppen äldre personer med psykisk ohälsa har under 2013 genomförts i Eskilstuna, Nyköping och Strängnäs kommuner. Där framkom det att personalen önskar ytterligare utbildning/kunskap i ämnet och att det finns verksamheter som är riktade mot målgruppen men kunskapen om dessa är bristande. Vidare efterfrågades gemensamma verksamheter, team och handledning till personal.

Depression och ångest

Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att man kan tala om det som ett folkhälsoproblem. Runt 27 procent av kvinnorna och 14 procent av männen i åldern 65–79 år uppger att de har lätta eller svåra besvär med ångslan, oro eller ångest. Många av dem varken diagnostiseras eller behandlas.

Orsakerna bakom depressioner hos äldre är både biologiska och psykosociala. De biologiska orsakerna är kopplade till åldrandet och förändringar i hjärnan. De psykosociala orsakerna handlar om att äldre av naturliga skäl blir utsatta för olika stressande faktorer som förlust av partner, försvagad kropp, svåra sjukdomar, social identitet och existentiell ångest.

Ångest är ofta både vanligt och långvarigt och förekommer många gånger tillsammans med depression och är också vanligt vid en begynnande demenssjukdom.

Psykotiska tillstånd

Psykotiska tillstånd kännetecknas av förekomsten av vanföreställningar, vantolkningar och hallucinationer. Studier redovisar en frekvens av psykotiska tillstånd hos äldre på 1–2 procent. När det gäller paranoida vanföreställningar visade en befolkningsbaserad studie en förekomst på 4 procent.

Demenssjukdomar

Demenssjukdomar kan ibland förväxlas med andra psykiska sjukdomar initialt och vice versa. Demenssjukdomar kan även leda till annan psykisk ohälsa som depression, psykos och beteendeförändringar.

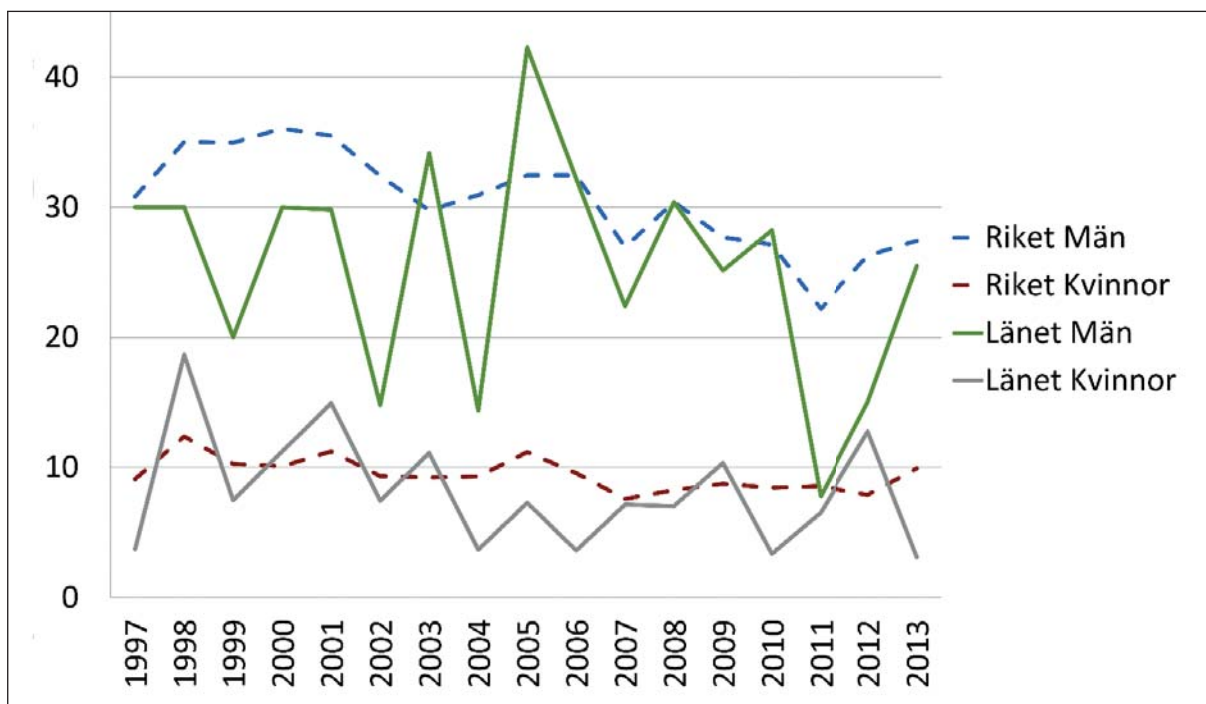
Själv mord

Under 2013 tog 331 personer 65 år och äldre sitt liv i Sverige. Antalet självmord är ungefär dubbelt så stort hos män som hos kvinnor. Se figur 21 på nästa sida.

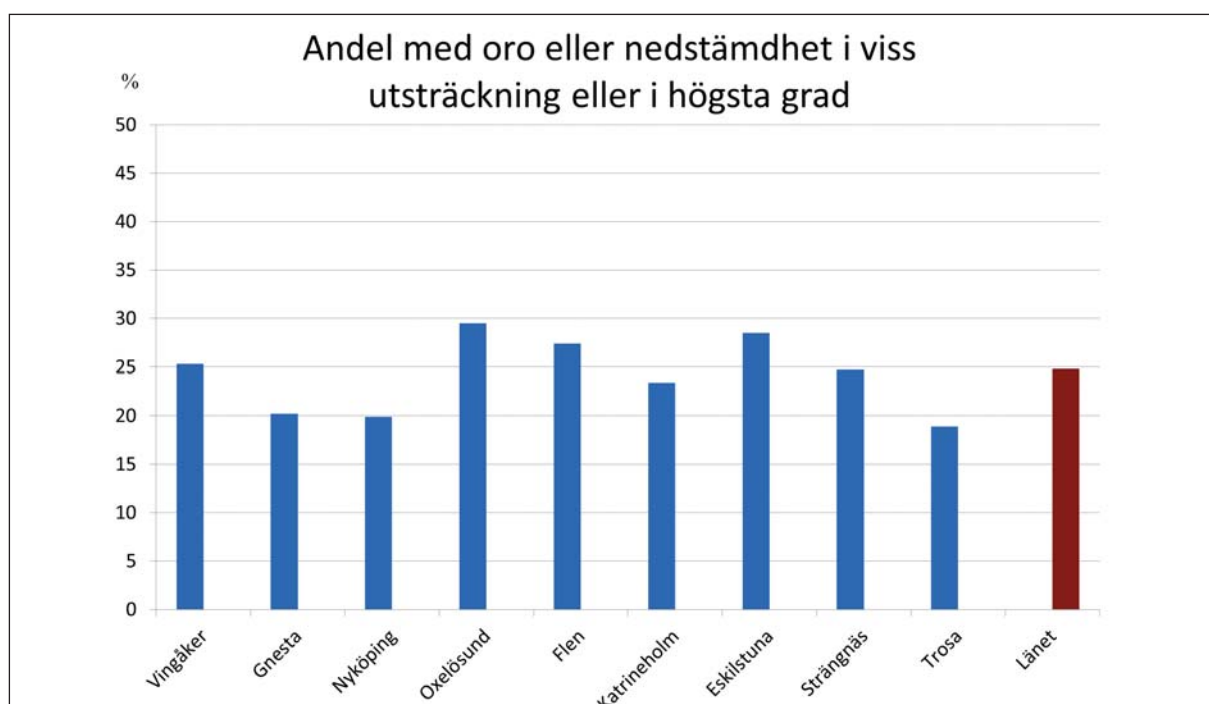
Vård av äldre med psykisk ohälsa

Äldre med psykisk ohälsa kan behöva hjälp att komma igång på morgonen, organisera sin tid och kan behöva hjälp att bryta sin isolering. Hemtjänstpersonal som arbetar med äldre med psykisk ohälsa behöver kunskap om problematiken.

Erfarenhet och forskning visar att det finns fyra områden som är speciellt viktiga för att främja ett hälsosamt åldrande, de så kallade fyra hörnstenarna (se sidan 5) .



Figur 21: Själv mord per 100 000 invånare 65 år och äldre. Källa: Socialstyrelsens statistikdatabas

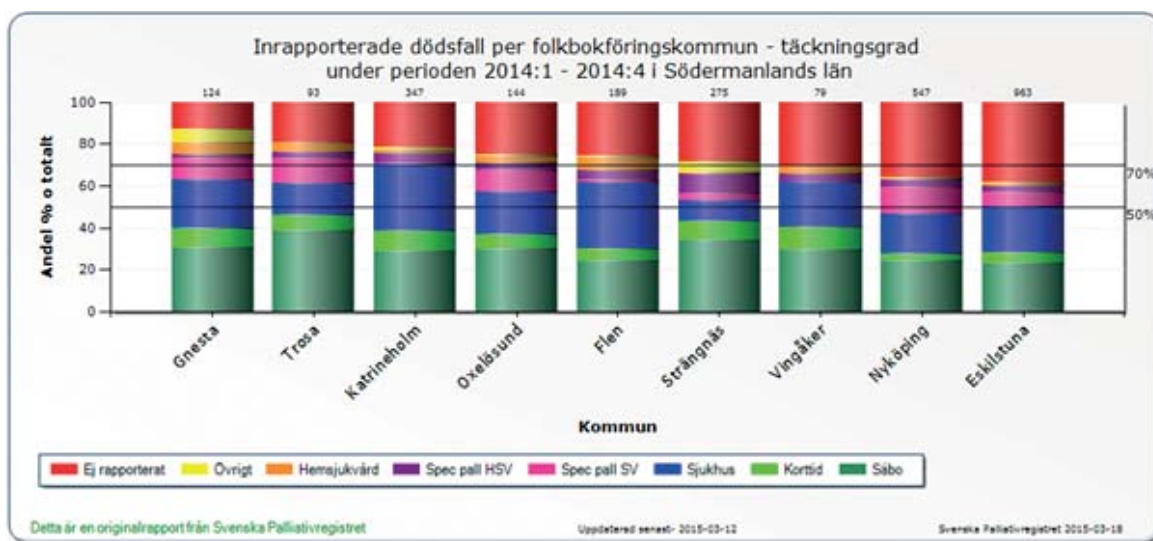


Figur 22: Andel med oro eller nedstämdhet i viss utsträckning eller hög grad. Källa: Hälsa på lika villkor (HLV)2012

Vård i livets slut

Alla personer har rätt att förvänta sig en god och värdig vård i livets slut. God vårdkvalitet handlar om att den enskilde får information om sin situation, får adekvat lindring av symptom, inte behöver vara ensam i dödsögonblicket och att närstående får stöd. Palliativ vård definieras som ett förhållningssätt för att förbättra livskvaliteten för patienter och deras närstående genom att förebygga och lindra lidande som kan uppkomma i samband med en livshotande sjukdom. Den palliativa vårdens inriktning är att lindra symtom.

Palliativ vård ska ges med hög kvalitet oavsett vårdhuvudman eller driftsform. Palliativa insatser i det ordinära boendet är en del av hemsjukvården och utförs enligt samma principer som övrig hemsjukvård. I de fall sjukhusets kompetens och resurser krävs för patientens hälso- och sjukvård har patienten möjlighet att kunna välja att vårdas i hemmet med stöd av sjukhusansluten specialiserad sjukvård i hemmet (SSIH).



Figur 23: Diagrammet visar fördelningen mellan olika vårdformer. Personen som avlidit är redovisad i sin folkbokföringskommun och under den vårdform som personen vårdades i vid tidpunkten för dödsfallet.

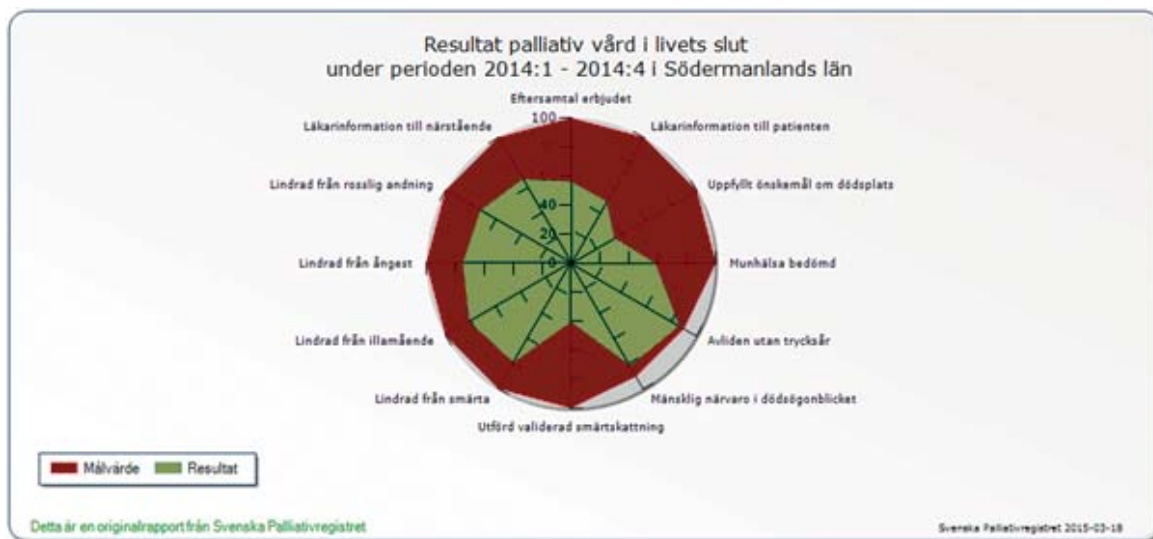
Tabell 19: Vilka vårdformer patienter vårdats vid dödsögonblicket 2014

Kommun 2014	Antal ej rapporterat	Antal Säbo	Antal Korttid	Antal Sjukhus	Antal Spec pall SV	Antal Spec pall HSV	Antal Hemsjukvård	Antal Övrigt	Totalt
Gnesta	16	38	11	29	13	2	7	8	124
Trosa	18	36	7	14	11	3	4	0	93
Katrineholm	74	99	35	111	2	15	6	5	347
Oxelösund	36	43	10	29	15	5	5	1	144
Flen	48	46	11	60	2	9	12	1	189
Strängnäs	79	94	25	27	9	26	2	13	275
Vingåker	24	23	9	17	0	3	3	0	79
Nyköping	197	132	19	103	72	18	4	2	547
Eskilstuna	369	222	52	208	66	28	15	3	963
Summa per vårdform	861	733	179	598	190	109	58	33	2761
Summa per vårdform	927	725	234	602	135	103	63	24	2813

Tabellen visar i siffror vilka vårdformer patienter vårdats i vid tidpunkten för dödsfallet. Här är resultaten från 2014

Vid en jämförelse mellan åren 2013 och 2014 kan konstateras att det inte skett några större förändringar i antal personer som avlidit. Den största förändringen är antalet personer som avlider på korttidsplats som har minskat med 58 personer. Under 2014 avled 38 personer fler på Palliativ specialistenhet, 26 färre på sjukhus. Lite drygt 100 patienter inskrivna i avancerad hemsjukvård avlider i ordinärt boende, jämfört med knappt 60 personer som avlider i ordinärt boende med insatser från basal hemsjukvård under 2014.

Kvaliteten i den palliativa vården mäts med ett antal kvalitetsindikatorer, som redovisas i ett så kallat spindeldiagram. Ju mer grönt desto bättre måluppfyllelse. I tabell 19 hittar du ovanstående diagram i siffror med möjlighet att jämföra år 2013 och 2014.

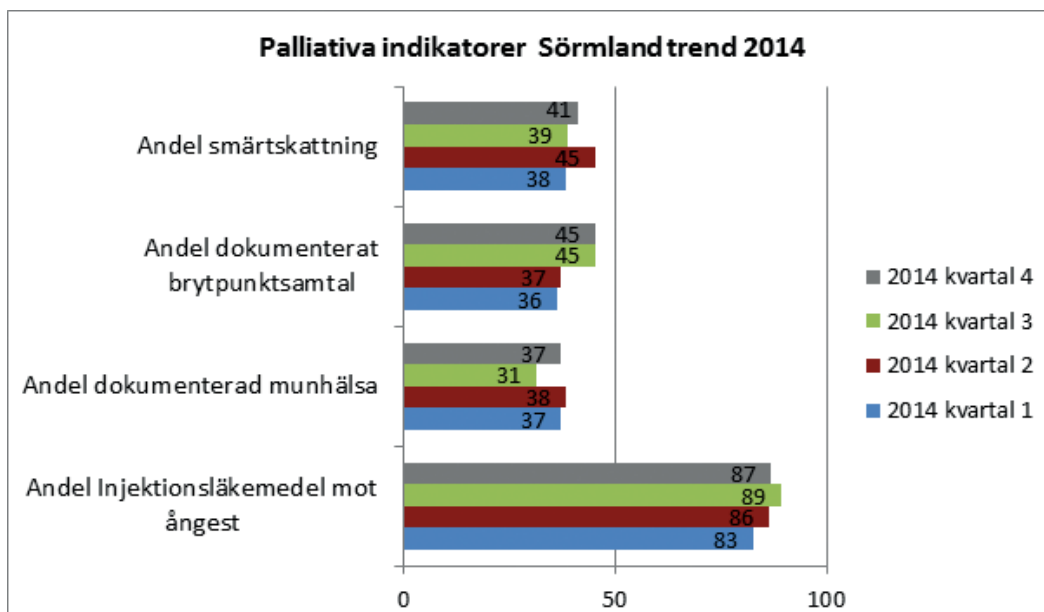


Figur. 24: "Spindel" visar snittet på den palliativa vården i Sörmland inklusive alla vårdformer och vårdhuvudmän

Tabell 20: Jämförelse mellan 2012 och 2013, Vårdformer i dödsögonblicket

Indikator	Målvärde	2013	2014
Eftersamtal erbjudet	100	54,9	56,4
Läkarinformation till patienten	100	48,8	49,3
Uppfyllt önskemål om dödsplats	100	35,5	34,7
Munhälsa bedömd	100	58,9	58,3
Avliden utan trycksår	90	87,1	86,4
Mänsklig närvaro i dödsögonblicket	90	82,1	82
Utförd validerad smärtskattning	100	36,7	40,8
Lindrad från smärta	100	79	79,3
Lindrad från illamående	100	80,4	81,1
Lindrad från ångest	100	72,9	75
Lindrad från rosslig andning	100	70,3	72,5
Läkarinformation till närstående	100	63,8	67
Antal vårdtillfällen		1634	1601

De indikatorer som använts som mått på en God vård i livets slut under 2014 var; brytpunktssamtal, ordination av injicerbara läkemedel mot ångest, smärtskattning samt munhälsa. Resultaten för dessa områden var i stort sett oförändrade jämfört med året innan. Anmärkningsvärt är att åtgärder som smärtskattning och bedömning av munhälsa med validerade instrument, som kräver liten insats att införa och som ger stor effekt för personen i palliativ vård, inte görs mer än i ungefär hälften av fallen.



Figur 24, källa: Kvalitetsportal.se

Skillnaderna i resultat varierar i länet. Generellt är kvaliteten högst i den avancerade hemsjukvården och på säbo. För att förbättra kvaliteten krävs ett systematiskt arbete där enheterna analyserar sina resultat, sätter upp mål för förbättringsarbetet och kommer överens om vad som krävs för att nå målen. Bäst resultat nås när enhetschefen får alla medarbetare att engagera sig och se sin roll i förbättringsarbetet. Verksamheterna behöver följa sina resultat systematiskt för att veta om insatserna leder till de uppsatta målen.

Slutord

Denna rapport är den fjärde i ordningen av rapporter om äldre i Sörmland. Precis som tidigare är detta en sammanställning av resultat och mätningar hämtade ur olika källor. Förhoppningen är att rapporten ska ge en bild av hur det ser ut för äldre i Sörmland med utgångspunkt ur befintligt material. Det finns inga manuella insamlingar med i rapporten. Anledningen till det är dels att kvaliteten blir osäker dels att det tar tid att genomföra dem. Vår förhoppning är att rapporten används som underlag för dialog och fortsatt analys men även i det fortsatta förbättringsarbetet och i det politiska prioriteringsarbetet.

Eftersom Sörmland har en högre andel äldre än riket i övrigt finns det all anledning att ligga i framkant när det gäller det hälsofrämjande arbetet. Fysisk aktivitet är en av hörnpelarna för gott åldrande. Att vara fysiskt aktiv 30 minuter varje dag med åtminstone måttlig intensitet rekommenderas. I rapporten framgår det att 16,1 % av de Sörmlänningarna mellan 65-84 år har en stillasittande fritid och 53,5 % måttlig motion. Här finns sannolikt mer att göra inom det hälsofrämjande arbetet.

Det vårdpreventiva arbetet blir mer systematiskt med kvalitetsregister som verktyg och sex av nio kommuner har ökat antalet riskbedömningar i Senior alert från 2013 till 2014. Genom att arbeta strukturerat och systematiskt med validerade bedömningsinstrument och evidensbaserade åtgärder stärks kvaliteten i det förebyggande arbetet.

En av de risker som kan upptäckas med senior alert är risk för fall. När det gäller fall kan man se en svagt ökande trend av fallskador medan antalet höftfrakturer minskar. Intressant är också skillnaden mellan kommunerna i länet när det gäller antalet personer med fallskador som skrivits in på sjukhus, i Vingåker är det 30/1000 invånare jämfört med liknande kommuner exempelvis Gnesta och Trosa som har 59/1000 invånare. Sannolikt är detta ett resultat av Vingåkers preventiva arbete.

En stor del av vården och omsorgen för de äldre bedrivs i hemmet. Det är kommunernas hemtjänst och hemsjukvård samt vårdcentralernas läkare och landstingets team för specialiserad sjukvård i hemmet, SSIH. Därutöver finns även mobila närvårdsteam bestående av läkare och sjuksköterska som fungerar som komplement till vårdcentralerna och SSIH teamen. Tillgången till SSIH team är ojämnt fördelad över länet och det pågår förändringsarbete gällande organisering och arbetssätt.

En person som vårdas i hemmet ska ha en samordnad individuell plan SIP. Vid tidpunkten för mätningen 2014 hade 51 % av hemsjukvårdspatienterna en sådan plan. Det är en bit kvar till målet på 60 % men samtidigt har antalet samordnade individuella planer ökat kraftigt sedan mätningen 2013 då endast 25 % av hemsjukvårdspatienterna hade en SIP.

Ett annat viktigt område att följa är äldres läkemedelsbehandlingar. En läkemedelsbehandling ska vara rationell, ändamålsenlig, säker och ska följas upp regelbundet. Sörmland ligger bland de bästa länen i Sverige inom området äldre och läkemedel. Detta tack vara ett långsiktigt och systematiskt arbete.

I Sörmland finns cirka 5000 personer med demenssjukdom och över 700 personer beräknas insjukna varje år. En god demensvård bygger på en tidig diagnostisering, kunnig personal och ett strukturerat samarbete mellan berörda vårdgivare. Sörmland arbetar efter de nationella riktlinjer som finns för målgruppen och under 2014-2015 har arbete pågått med att revidera Sörmlands läns gemensamma program för demensvård. Det görs en årlig kvalitetsuppföljning där resultaten kan användas för det fortsatta förbättringsarbetet.

I primärvårdens kvalitetsregister SveDem syns en positiv utveckling i flera av parametrarna. Dock syns en minskning av antalet registreringar i registret. Andelen som får en basalutredning ökar och andelen som får diagnosen UNS (utan närmare specifikation) minskar vilket är positivt.

Äldres hälsa sviktar inte bara fysiskt utan även den psykiska hälsan riskerar att försämrans. Andelen äldre med depression bedöms vara så omfattande att man kan likna det vid ett folkhälsoproblem. Äldre med psykisk ohälsa kan behöva stöd och hjälp på flera sätt ett viktigt område är hemtjänsten där kunnig personal utgör en nyckelfunktion.

Vård i livets slut, den palliativa vården har som inriktning att lindra symtom. Kvaliteten mäts genom ett antal kvalitetsindikatorer. I en jämförelse mellan åren 2013-2014 kan man se att det är små förbättringar på 8 av 12 indikatorer och små försämringar på de övriga 4 indikatorerna. Sett till hela länet är det i stort sett oförändrat mellan de aktuella åren men när underlaget bryts ner till olika vårdformer så ser man skillnader. Generellt finner man den högsta kvaliteten i den avancerade hemsjukvården. Det krävs ett systematiskt förbättringsarbete för att nå bättre kvalitet i vården i livets slut. Det finns områden där små insatser kan leda till avsevärt bättre resultatet ett sådant exempel smärtskattning med validerat instrument.

Sammanfattningsvis visar rapporten att det fortfarande finns många områden att förbättra för de äldre i Sörmland men det finns också mycket att vara stolt över och inom flera områden har det skett förbättringar sedan förra mätningen. Ett långsiktigt förhållningssätt är viktigt i det systematiska förbättringsarbetet.

Rapporten är framtagen av:

Anja Lahti, Landstinget Sörmland

Anita Segring, FoU i Sörmland

Annika Sjöberg, FoU i Sörmland

Hans Eriksson, FoU i Sörmland

Lena Stenbrink, FoU i Sörmland

Inger Eklind, Landstinget Sörmland

Maj Rom, Landstinget Sörmland

Monika Agnedal, Regionalt stöd socialtjänst och vård

Ruth Löof, Landstinget Sörmland

Tina Källberg, Landstinget Sörmland

