

Nationella kvalitetsindikatorer

Vården och omsorgen om äldre personer

Artikelnr 2009-126-111

Sättning Maj-Len Sjögren

Publicerad www.socialstyrelsen.se, mars 2009

Andra publiceringen, korrigerad text på sidorna 19, 20, 24, 25 29, 30, 35, 36, 39 och 52

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer. Under 2008 har Socialstyrelsen, i samverkan med Sveriges Kommuner och Landsting, tagit fram ett antal nationella kvalitetsindikatorer. Ambitionen har varit att presentera ett fåtal mått för kvalitetsuppföljning på nationell nivå. Arbetet är ett delprojekt inom ramen för projektet Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre.

I april 2009 genomför Socialstyrelsen en undersökning om kommunernas möjligheter att lämna ut uppgifter om de olika områden som indikatorerna berör. Socialstyrelsen planerar att samla in och presentera uppgifterna under 2010. Förhoppningen är att resultatet ska komplettera de uppgifter som presenteras i Äldreguiden på Socialstyrelsens hemsida.

Arbetsgruppen som har utvecklat indikatorerna har bestått av *Ann-Kristin Granberg, Marianne Lannerberth, Marianne Lidbrink och Birgit Zetterberg-Randén*, samtliga från Socialstyrelsen samt *Josephine Lindgren* från Sveriges Kommuner och Landsting.

De indikatorer som presenteras i detta dokument godkändes av styrgruppen för projektet Öppna jämförelser i december 2008. Styrgruppen består av *Håkan Ceder*, ordförande, och avdelningscheferna på Socialstyrelsen samt *Ann Hedberg Balkå* och *Roger Molin* från Sveriges Kommuner och Landsting

Åsa Börjesson
Avdelningschef
Socialtjänstavdelningen

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Uppdraget	8
Genomförande av arbetet	9
Öppna jämförelser för vården och omsorgen om äldre personer	9
Utveckling av nationella kvalitetsindikatorer	9
Samverkan för genomförande	12
Slutsatser	13
Det fortsatta arbetet	15
Indikatorer	16
Undernäring – identifiera och förebygga	16
Fall – identifiera och förebygga	21
Trycksår – identifiera och förebygga	26
Vård och omsorg i livets slutskede	31
Läkemedelsgenomgångar	37
Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek	40
Referenser	45
Bilaga: Datakällor	51

Sammanfattning

Socialstyrelsen presenterar i denna rapport några nationella kvalitetsindikatorer inom vården och omsorgen om äldre personer. Arbetet är en del av regeringsuppdraget som handlar om att utveckla ett nationellt system för öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer.

De områden som behandlas i rapporten är

- undernäring – identifiera och förebygga
- fall – identifiera och förebygga
- trycksår – identifiera och förebygga
- vård och omsorg i livets slutskede
- läkemedelsgenomgångar
- läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Kvalitetsindikatorerna är ett komplement till de uppgifter som presenteras i Äldreguiden. Kunskap om hur man kan identifiera att en person riskerar att falla, utveckla undernäring eller trycksår är en av förutsättningarna för att tidigt uppmärksamma risker och problem och att förhindra onödigt lidande samt att därmed bidra till en bättre livskvalitet. De flesta personerna avlider utanför sjukhus. Vård i livets slutskede förekommer ofta i vården och omsorgen om äldre. Varje person som befinner sig i livets slutskede har rätt till en god palliativ (lindrande) vård. Läkemedelshantering från förskrivning till det att personen tar sina läkemedel engagerar ofta så gott som all inblandad personal. Läkemedelsgenomgångar syftar bland annat till att bidra till att rätt läkemedel ges till rätt person, i rätt tid och dos och på rätt sätt. Indikatorerna för läkemedelsanvändningen uppmärksammar särskilt att många olika läkemedel (polyfarmaci) till en och samma person innebär en stor risk för biverkningar och att läkemedel reagerar på ett sätt med varandra så att effekten inte blir den avsedda (läkemedelsinteraktioner). De rekommenderade indikatorerna avser att bidra till en vård och omsorg av god kvalitet.

Datakällor med hög täckningsgrad saknas för de rekommenderade indikatorerna. En särskild uppgiftsinsamling av resultat av mätningar med indikatorerna är därför nödvändig att göra. Under våren frågar Socialstyrelsen vilka möjligheter kommunerna har att lämna uppgifter om måtten. I planeringen ingår att samla in uppgifterna för nationell presentation och jämförelse 2010.

Det fortsatta arbetet handlar om att beskriva hur insamlingen av uppgifterna om indikatorerna kan genomföras samt att identifiera ytterligare områden som kan vara värdefulla att mäta.

Uppdraget

Regeringen har genom beslut den 18 januari 2007 gett Socialstyrelsen i uppdrag att utveckla ett nationellt system för *öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre personer*. Uppdraget omfattar flera delar; årlig enkätundersökning till kommuner och landsting, utveckling av data i form av personnummerbaserad statistik och uppgifter om behov och hur de beslutade insatserna beskrivs samt utveckling av nationella kvalitetsindikatorer för att följa upp och värdera hur vården och omsorgen om äldre fungerar. Uppdraget ska redovisas i en slutrapport senast den 31 december 2009.

Målet med öppna jämförelser är att systemet ska innehålla information om verksamhetens resultat på punkter som är av väsentlig betydelse för den av brukaren upplevda kvaliteten samt för kostnadseffektiviteten i verksamheten. Resultaten ska vara möjliga att jämföra mellan kommuner och landsting, samt vara tillgängliga för medborgare, personal och beslutsfattare. Målsättningen är att få en nationell bild av vården och omsorgen om äldre, att resultaten ska kunna användas i verksamhetens eget förbättringsarbete samt som underlag för den nationella styrningen av vården och omsorgen om de äldre. Den långsiktiga ambitionen är att de öppna jämförelserna ska fungera som underlag för brukarnas fria val av utförare av äldreomsorg.

De nationella kvalitetsindikatorerna ska stödja arbetet med kvalitet i socialtjänsten och i hälso- och sjukvården i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd och som arbetet beskrivs i Socialstyrelsens båda handböcker för ledningssystemen, *God kvalitet i socialtjänsten* och *God vård för kvalitet och patientsäkerhet* [1, 2].

Indikatorerna ska tas fram i samråd med kommuner och landsting, forskare, pensionärs- och anhörigorganisationer samt med andra relevanta aktörer. Arbetet ska samordnas med regeringsuppdraget om nationella brukarundersökningar och erfarenheter ska tas tillvara från Jämförelseprojektet som genomförs av Sveriges Kommuner och Landsting.

Genomförande av arbetet

Öppna jämförelser för vården och omsorgen om äldre personer

I arbetet med Öppna jämförelser för vården och omsorgen om äldre personer ingår sex olika delprojekt. Dessa är:

- att genomföra en årlig enkätundersökning som bildar underlag för de första omgångarna av öppna jämförelser samt att utveckla
- personnummerbaserad statistik inom vården och omsorgen om äldre,
- metoder för att beskriva behov och insatser,
- metoder för att beskriva kostnader och effektivitet,
- kvalitetsindikatorer för att följa upp och värdera hur vården och omsorgen fungerar, samt
- nationella brukarundersökningar som ska belysa brukarnas uppfattningar om vården och omsorgen om äldre.

I dagsläget finns uppgifter från den årliga enkätundersökningen i Äldreguiden, tillgänglig via Socialstyrelsens hemsida. Två rapporter har publicerats som behandlar kommunundersökningarna [3, 4]. Den nya personnummerbaserade statistiken har publicerats vid två tillfällen [5, 6]. Ytterligare en rapport rörande brukarundersökningarna är under framtagande [7]. Ett övergripande mål för Öppna jämförelser är att uppgifter från alla sex delprojekt på sikt ska kunna presenteras gemensamt.

Utveckling av nationella kvalitetsindikatorer

Definition, kvalitetsområden, typ av mått

Utvecklingsarbetet har bedrivits enligt en modell som Socialstyrelsen tagit fram i samarbete med Sveriges Kommuner och Landsting, SKL. Modellen finns beskriven både för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten [8] och för utveckling av kvalitetsindikatorer inom hälso- och sjukvården [9]. Här används följande definition:

En kvalitetsindikator är ett mått som speglar kvaliteten och som kan användas som underlag för att förbättra verksamheten samt för öppen redovisning av vårdens och omsorgens kvalitet.

Begreppen indikator och mått används idag synonymt. Indikatorn/måttet visar på kvaliteten i någon del av verksamheten och är avsedd att användas i samband med förbättringsarbeten. Det handlar också om att synliggöra kvaliteten för olika intressenter. Måttet ska vara ett stöd för verksamheternas

utvecklingsarbete och ska ge en signal om att det finns ett behov av att särskilt granska ett visst område.

Kvalitetsområden

Viktiga förutsättningar för god kvalitet beskrivs i tabell 1.

Tabell 1. Kvalitetsområden

God kvalitet i socialtjänsten präglas av att tjänsterna	God kvalitet i hälso- och sjukvården är
1. bygger på respekt för människors självbestämmande och integritet	1. kunskapsbaserad och ändamålsenlig
2. utgår från en helhetssyn, är samordnade och präglade av kontinuitet	2. säker
3. är kunskapsbaserade och effektivt utförda	3. patientfokuserad
4. är tillgängliga	4. effektiv
5. är trygga och säkra och präglas av rätts-säkerhet i myndighetsutövningen.	5. jämlik
	6. ges i rimlig tid

Källa: Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten, God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet.

De indikatorer som behandlas i detta dokument är i huvudsak relaterade till resultatet av en hälso- och sjukvårdsinsats. Samtidigt finns det ett samband mellan hur ett arbete utförs och vilket resultat som uppnås som beror på både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens insatser. Med kunskap om hur man exempelvis kan identifiera att en person riskerar att falla, utveckla undernäring eller trycksår kan socialtjänsten bidra till att förebyggande åtgärder sätts in i ett tidigt skede, även innan behov av hälso- och sjukvårdsinsatser har uppstått.

Under rubriken ”kvalitetsområde” anges för varje indikator vilket område som avses (se avsnittet ”Indikatorer”). En orsak till att indikatorerna huvudsakligen rör sig inom området *säker hälso- och sjukvård* är att erfarenheterna från tidigare genomförda arbeten till stor del har utgått från befintlig forskning på området [10, 11]. Stödet i befintlig forskning gör det möjligt att använda entydiga definitioner och att tillämpa enhetliga metoder vid mätningen av föreslagna områden. Som en följd därav har flera av indikatorerna använts under en längre tid i verksamheterna. De kvalitetsområden i tabell 1 som inte fångas med indikatorerna som presenteras i detta dokument, bör prioriteras eller ägnas särskild uppmärksamhet i det fortsatta arbetet.

Datakällor

Generellt krävs både en hög täckningsgrad, dvs. att alla berörda enheter/verksamheter finns med i en undersökning och en hög svarsfrekvens för dessa enheter för att kvalitetsmått med en viss rimlig grad av säkerhet ska

kunna räknas fram. I detta fall har Socialstyrelsen satt en gräns vid att minst 80 procent av alla brukare/patienter i de undersökta verksamheterna ska ingå i den totala svarsbilden för att man ska kunna redovisa uppgifter enligt indikatorerna på nationell nivå. Till exempel måste minst 80 procent av brukarna/patienterna i verksamheterna ha riskbedömts med avseende på undernäring, för att resultaten ska kunna redovisas nationellt. Motiveringen är att utan hög täckningsgrad går det inte att dra generella slutsatser av resultatet. Av tillgängliga datakällor är det enbart Socialstyrelsens Läkemedelsregister och Äldreomsorgsregister som bedöms ha tillräcklig täckningsgrad. Se bilaga om datakällor.

Trovärdiga och användbara mått

Indikatorerna ska också uppfylla vissa krav, för att de ska vara trovärdiga och användbara [8]. Måtten ska kännetecknas av:

- **Vetenskaplig rimlighet (validitet).**
Vetenskaplig rimlighet handlar om hur väl indikatorerna verkligen mäter vårdens och omsorgens kvalitet. En indikator som är valid bygger på en kunskapsbas (vetenskap eller beprövad erfarenhet) om vad som utmärker god vård eller god kvalitet i socialtjänsten. Indikatorn kan också anses som valid om det råder professionell konsensus om att indikatorn speglar god vård och omsorg.
- **Vikt (relevans).**
Relevansen avgörs av om indikatorn 1) belyser ett viktigt område där det finns problem eller ett gap mellan aktuellt tillstånd och möjligt nåbart tillstånd eller hälsa för en grupp patienter eller brukare, 2) belyser områden som är angelägna förbättringsområden för patienter eller brukare eller politiker och 3) om hälso- och sjukvården eller socialtjänsten kan påverka det som mäts.
- **Mätbarhet.**
Indikatorn ska vara beskriven så att den kan mätas på ett tillförlitligt sätt. Termer och begrepp som ingår i måttet måste vara tydligt definierade liksom population och tidsintervall så att det inte kan uppstå tveksamhet om vad som ska mätas och när och hur.
- **Tolkningsbarhet och entydighet.**
Indikatorn måste skilja mellan vad som är acceptabel kvalitet och vad som är icke-acceptabel kvalitet. Indikatorn bör svara mot såväl sensitivitet (fånga betydelsefulla skillnader) som specificitet (skilja mellan god och dålig kvalitet). För att möjliggöra jämförelser mellan vård- och omsorgsgivare måste indikatorn kunna stabiliseras när det gäller bakgrundsfaktorer som ålder, kön, andra problem (case mix) och andra bakgrundsfaktorer som påverkar mätning t.ex. etnisk bakgrund eller socioekonomiska faktorer. Andra möjliga felkällor bör också identifieras och beskrivas så att de kan beaktas vid tolkning och analys.

Validitet, relevans, mätbarhet och tolkningsbarhet

För indikatorerna som mäter undernäring, fall och trycksår finns det tillgängligt kunskapsunderlag som visar att indikatorerna speglar kvaliteten i

hälso- och sjukvårdsinsatsen, vilket tyder på validitet. Indikatorerna för vård i livets slutskede har bland annat stöd från betänkande framtaget av kommittén om vård i livets slutskede [12] och en kunskapsöversikt publicerad av Socialstyrelsen 2004 [13]. Indikatorerna för läkemedel förskrivna och uthämtade på apotek har stöd i ett arbete som Socialstyrelsen redovisade 2003 [14]. Det saknas studier som beskriver resultaten av läkemedelsgenomgångar och nyttan med dessa diskuteras.

Indikatorerna uppfyller kraven för *vikt och relevans*, vilket framgår av motivtexterna till indikatorerna.

De flesta av de rekommenderade indikatorerna finns i register och är utifrån detta *mätbara*. Nationellt register för läkemedelsgenomgångar saknas. Flera indikatorer bygger på mätning genom vetenskapligt utvärderade instrument, en förutsättning för att jämförelser av de olika mätningarna ska kunna ske mellan olika vårdgivare. Därutöver har projektet varit noga med att definiera vad som ska mätas. Det gäller exempelvis för läkemedelsgenomgångar och efterlevandesamtal.

Tolkningsbarhet och entydighet. De felkällor projektet har kunnat identifiera anges för varje indikator. Bakgrunden är standardiserad i förhållande till ålder, kön och boendeform. Därutöver kommer tolkningssvårigheterna utifrån de olika personernas behov, sjuklighet eller funktionstillstånd eller andra faktorer beroende på socioekonomiska förhållanden eller personernas bakgrund. Detta måste beaktas vid en jämförande analys.

Samverkan för genomförande

En stor del av arbetet har skett i samverkan med SKL och referensgruppen för framtagande av uppgifter till rapporterna om Öppna jämförelser, äldreomsorg [15, 16]. Några representanter från referensgruppen har givit värdefulla bidrag till ett underlag som sedan spreds för synpunkter under försommaren 2008. Representanter från pensionärs- och anhörigorganisationer, kommuner, landsting, Vårdföretagarna, FAMNA, SKL, olika professionella organisationer, samt experter för de utvalda områdena har deltagit i referensgruppsmöten och bidragit med kommentarer och synpunkter till framtagna förslag och kunskapsunderlag. Flera av Socialstyrelsens vetenskapliga råd har bidragit med allmänt stöd och utvecklande kommentarer till projektets arbete. Kontinuerligt samråd har skett med registerhållarna för två nationella kvalitetsregister, Senior Alert och Palliativa registret.

Projektet har följt och följer fortlöpande Jämförelseprojektets arbete med utveckling av jämförbara mått inom äldreomsorgen. Jämförelseprojektet drivs av SKL och Rådet för kommunal analys (RKA) i samverkan med äldreomsorgsverksamheter i ett antal kommuner. Deras arbete redovisas bl.a. i SKL:s rapport Öppna jämförelser 2008 – vård och omsorg om äldre, samt på Jämförelseprojektets hemsida www.jamforelseprojektet.se

Projektet deltar på olika sätt i andra projekt som Socialstyrelsen ansvarar för och som också behandlar indikatorer. Under hösten 2008 publicerade Socialstyrelsen resultatet av en kartläggning av hemsjukvården i Sverige med förslag till indikatorer [17]. Nationella riktlinjer för vården och omsorgen om personer med demenssjukdom presenteras under våren 2009. De omfattar även förslag på indikatorer [18].

Projektet Nationella indikatorer för god vård har tagit fram ett diskussionsunderlag [19] som har bearbetats och det första indikatorsetet för god vård kommer att publiceras under sommaren 2009. Det pågår även arbeten med att definiera indikatorer för primärvården och för god tandvård. Till detta kommer ytterligare andra projekt inom Socialstyrelsen som utvecklar kvalitetsindikatorer inom den sociala barn och ungdomsvården, missbruksområdet och för personer med funktionsnedsättningar, liksom i det pågående riktlinjearbetet för schizofreni och schizofreniliknande tillstånd samt tidigare tecken på psykos.

Slutsatser

Avgörande för utvecklingsarbetet har varit att indikatorerna ska kunna visa förbättring, vara definierade och specificerade, giltiga, möjliga att tolka, användbara och tillgängliga för allmänheten.

Till grund för utveckling av kvalitetsindikatorer finns lagar, förordningar och föreskrifter som sammantagna beskriver målen för verksamheterna. Definitionen av en indikator och modellrapporternas krav på hur ett mått ska tas fram, öppnar en diskussion för hur det framtida arbetet ska bedrivas när det gäller arbetet med att definiera fler indikatorer. Modellrapporterna identifierar ett antal olika kvalitetsområden. Föreslagna indikatorer omfattar endast ett fåtal av områdena. På socialtjänstområdet finns erfarenheter att hämta från resultaten av de andra delprojekten inom Öppna jämförelser. I första hand handlar det om kommunundersökningen som presenteras i Äldreguiden samt de nationella brukarundersökningarna. Vidare finns det skäl att följa utvecklingen av de förslag som rör exempelvis bemötande och delaktighet som är beskrivna i diskussionsunderlaget Nationella Indikatorer för God Vård [19]. Detsamma gäller för Jämförelseprojektet och för SKL:s arbete med Öppna jämförelser inom äldreomsorgen.

Avsikten med modellrapporternas noggranna beskrivningar kring hur en indikator ska tas fram, är att minimera risken för att indikatorn används och tolkas på olika sätt. Trots det noggranna arbetet med att standardisera måtten kan det ändå vara så att de kanske inte alls mäter det som man avser att mäta. Innebörden av en riskbedömning kan exempelvis för den enskilde personen betyda något helt annat än hur organisationen väljer att tolka det, i detta fall i form av säker vård. Det betyder inte att mätningar inte ska förekomma, däremot är det viktigt att omsorgsfullt analysera och tolka resultatet av de olika indikatorerna. Det innebär också att det måste finnas en öppenhet för att kontinuerligt kritiskt granska och ompröva vad man mäter.

Arbetet har bedrivits i kunskapsområden som saknar nationella riktlinjer. Riktlinjearbetet innebär bland annat att en prioritering av olika åtgärder görs utifrån tillgänglig kunskap. Projektet föreslår därför inga indikatorer för olika former av behandlingar eller åtgärder. Folkhälsoinstitutet redovisar i en nyligen publicerad rapport ett antal kostnadseffektiva fallförebyggande åtgärder som är vetenskapligt prövade och som är av intresse i detta sammanhang [20]. Tillförlitliga studier som beskriver effekter av läkemedelsgenomgångar saknas. Däremot finns det studier som verifierar nyttan med att använda den kliniska farmaceutens kunskaper i vårdteamet i syfte att åstadkomma en säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling [21]. Re-

geringen satsade särskilda stimulansmedel för bland annat genomförande av läkemedelsgenomgångar under åren 2006 till 2008. Nya medel är tillgängliga för 2009 [22]. Det finns därför speciell anledning att följa upp hur stimulansmedlen kommer enskilda personer till del.

Ett annat område som också ingår i regeringens särskilda satsning med stimulansmedel är det sociala innehållet som personer i äldreomsorgen erbjuds [23]. Det skulle exempelvis vara önskvärt att kunna mäta social samvaro men det är svårt att beskriva fenomenet på ett entydigt, enhetligt och jämförbart sätt.

I projektets uppdrag ingår att se till att resultaten av mätningarna med indikatorerna ska finnas tillgängliga för medborgare, personal och beslutsfattare. Kraven för presentation på nationell nivå är, som tidigare redovisades, högt ställda. Det betyder att datakällorna Senior Alert och Palliativa registret inte idag går att använda i detta sammanhang. Däremot kan det vara en god idé att som verksamhet ansluta sig till registren, då de också kan bidra till en utveckling av verksamheternas innehåll, i detta fall med avseende på undernärning, fall och trycksår samt vård i livets slutskede. Information om verksamheten som förs in i ett elektroniskt register medger en löpande uppföljning och förenklar redovisning av resultat. Här är det viktigt att notera att personuppgifter inte får behandlas i ett nationellt eller regionalt kvalitetsregister om personen som berörs motsätter sig det [24].

Det fortsatta arbetet

Projektets uppdrag är att presentera resultat av mätningar med indikatorer. Detta kräver tillgång till datakällor med hög täckningsgrad som inte finns tillgängliga idag. Därför finns behov av att fråga verksamheterna om uppgifterna. Socialstyrelsen genomför en enkätundersökning under våren 2009 med frågor om hur kommunerna kan registrera uppgifter om indikatorerna för personer som bor i särskilt boende. Det är de medicinskt ansvariga sjuksköterskorna i kommunerna som ombeds att besvara enkäten. I enkäten ingår också frågor om hur kommunerna kan samla in data. Tanken är att få fram vilka förutsättningar det finns för att hämta in data för nationell beskrivning.

Frågan om hur uppgifterna som kvalitetsindikatorerna genererar ska samlas in, förvaltas och vidareutvecklas kvarstår. Projektets fortsatta arbete måste därför bland annat inrikta sig på hur den löpande insamlingen av informationen ska gå till. I första hand handlar det om att samla in informationen som mängdstatistik.

Det som framkommer genom enkäten bildar, tillsammans med erfarenheter från andra pågående projekt, ytterligare underlag för projektets fortsatta utvecklingsarbete. Det handlar bland annat om att fokusera på mer svår-fångade områden, som exempelvis social samvaro, i syfte att ge en mer heltäckande bild av kvaliteten inom vården och omsorgen om äldre.

Sambanden mellan indikatorerna och resultaten av bland annat de andra delprojekten i Öppna jämförelser måste också utredas ytterligare.

Indikatorer

Undernäring – identifiera och förebygga

Ett gott näringstillstånd är en förutsättning för att undvika eller övervinna sjukdom och återfå hälsa. Äldre personer som får vård och omsorg har rätt till bedömning av näringstillståndet och att få en anpassad behandling till sina egna förutsättningar att tillgodogöra sig mat och dryck. Undernäring är förenat med mänskligt lidande och leder också till stora kostnader i vården på grund av förlängda vårdtider [25]. Olika sjukdomar som exempelvis Parkinsons sjukdom, stroke, hjärt-lungsjukdomar och demens är sjukdomar som också leder till olika funktionsnedsättningar som i sin tur medför ökad risk för undernäring [26]. Dessa tillstånd, som är vanligt förekommande bland äldre personer, kan orsaka ofrivillig viktminskning med undernäring eller felnäring som resultat. Äldre personer som vårdas på sjukhus eller i särskilt boende är ofta undernärda [27, 28]. Undernäringen bidrar till en ökad risk för infektioner och tillståndet försämrar dessutom den enskilde personens möjligheter att klara av ett kirurgiskt ingrepp eller behandling av en allvarlig sjukdom [29]. Undernäring medför ökad risk för utveckling av trycksår.

Identifiera

Identifiera de personer som riskerar att utveckla undernäring genom svaren på följande frågor:

1. Har personen svårt att äta och dricka på grund av olika funktionsnedsättningar?
2. Har personen minskat i vikt under det senaste halvåret? Ofrivillig viktminskning på mer än fem procent under en månad eller mer än tio procent under ett halvår beräknat på ursprungsvikten, pekar på ett kraftigt försämrat näringstillstånd [30].
3. Är personen underviktig?

Ett ja på en eller flera av dessa frågor pekar på att personen riskerar att utveckla undernäring eller att undernäring föreligger. Det kan då vara lämpligt att gå vidare med en fördjupad bedömning som underlag för fortsatt utredning och behandling. En systematisk bedömning av näringstillståndet kan ske med hjälp av exempelvis instrumentet Mini Nutritional Assessment, MNA. Det är ett instrument som är särskilt anpassat för bedömning av näringstillståndet hos personer över 65 år.

Förebygga

Informera personen om innebörden av undernäring och försök att tillgodose önskemål om olika maträtter. Anpassa valet av kost till personens möjligheter att äta. Utred behov av hjälpmedel som kan underlätta måltiden och anpassa måltidsmiljön till den enskilde personens önskemål och förutsättningar. Utvärdera resultatet. Erbjudande om ny bedömning ska ske vid förändrat hälsotillstånd eller vid fortsatt viktnedgång eller om någon av de tre frågorna ovan besvaras jakande.

Bedömning och beslut om olika åtgärder ska om möjligt ske tillsammans med personen själv och eventuella närstående. Målsättningen för behandlingen måste vara realistisk och ta sin utgångspunkt från personens önskemål och vanor. Adekvata insatser leder inte alltid till att eventuell viktnedgång eller felnäring korrigeras men borde i de flesta fall leda till att tillståndet stabiliseras. Under den sista tiden i livet är det vanligt att man utvecklar ett tillstånd av undernäring som en naturlig del i avslutningen av livet. Ingen person ska behöva utsättas för att ett tillstånd av undernäring inte uppmärksammas eller behandlas.

Definition, undernäring

Undernäring är ett tillstånd av obalans mellan intag och förbrukning av näringsämnen. En person som är 65 år eller äldre anses vara i riskzonen för att utveckla undernäring om det föreligger någon av de tre riskfaktorerna: ofrivillig viktsförlust, lågt BMI¹ eller svårigheter att äta normalt. Undernäring anses föreligga vid BMI lika med eller mindre än 20 upp till 70 år, eller med ett BMI som är lika med eller mindre än 22 från 70 år och uppåt [28].

Kvalitetsregister

Senior Alert. www.senioralert.se

Registret medger on-line-registrering. Respektive enhet kan hämta ut sina data att användas som underlag för utveckling och förbättring.

¹ BMI = body mass index. Beräkning av BMI är en metod för att med utgångspunkt i en persons vikt och längd beräkna om personen är över- eller underviktig. BMI beräknas genom att kroppsvikten i kg divideras med kvadraten på kroppslängden uttryckt i meter (kg/m²).

Indikator: Riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer 65 år eller äldre som riskerar att utveckla undernäring eller som redan är undernärda.

Motivering

Identifiering av vilka personer som riskerar att utveckla undernäring eller som är undernärda, syftar till att fånga upp eventuella behandlingsbara tillstånd av undernäring i ett tidigt skede.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer > 65 år som riskerar att utveckla undernäring eller som redan är undernärda.	Riktlinjerna och rutinerna riktar sig till både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens personal.	Enkät	Rutinerna tillämpas inte, är inte kända av personalen.	Vårdgivare Boendeform

Identifiering sker i två steg:

1. Sök svar på frågorna:
 - Har personen svårt att äta och dricka?
 - Har personen minskat ofrivilligt i vikt under det senaste halvåret?
 - Är personen underviktig?
2. Fördjupad utredning sker genom bedömning med stöd av vetenskapligt utvärderat instrument, t.ex. MNA.

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som har riskbedömts med avseende på undernäring

Motivering

Identifiering av vilka patienter som riskerar att utveckla undernäring eller som är undernärda syftar till att fånga upp eventuella behandlingsbara tillstånd av undernäring i ett tidigt skede.

Kvalitetsområde:

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer \geq 65 år som har riskbedömts med avseende på risk för undernäring.	<i>Täljare:</i> Antal personer \geq 65 år i boendeformer enl. nämnaren, som har riskbedömts med avseende på undernäring. <i>Nämnare:</i> Antal personer \geq 65 år i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Dokumentation i patientjournal	Enkät		Kön Vårdgivare Boendeform

Med riskbedömning avses här:

1. En initial bedömning som utgår från svaren på följande frågor:
 - Har personen svårt att äta och dricka?
 - Har personen minskat i ofrivilligt i vikt under det senaste halvåret?
 - Är personen underviktig?
2. En fördjupad utredning med stöd av vetenskapligt utvärderat instrument, t.ex. MNA.

Indikator: Andel personer 70 år eller äldre med BMI lika med eller mindre än 22

Motivering

BMI som är mindre än eller lika med 22 anses utgöra en gräns för så pass lågt BMI att det finns skäl att misstänka att risk finns för att personen ska utveckla undernäring eller att undernäring föreligger hos en äldre person[28].

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥ 70 år med BMI ≤ 22 .	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥ 70 i boendeformer enl. nämnaren, med BMI ≤ 22 . <i>Nämnare:</i> Antal personer ≥ 70 år i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Dokumentation i patientjournal	Enkät	Personen befinner sig i ett tillstånd som innebär att lågt BMI inte kan undvikas.	Kön Vårdgivare Boendeform

Fall – identifiera och förebygga

Äldre personer löper särskild risk att falla och att också ådra sig en skada på grund av fallet [31]. Risken är särskilt stor för personer med någon form av neurologisk eller kognitiv sjukdom. Det är en av de allvarligaste olyckstyperna och drabbar i synnerhet äldre personer hårt, både vad gäller antalet som drabbas och vad gäller konsekvenserna eller skadorna på grund av fallet [32]. Mer än 1200 personer, 65 år och äldre avlider varje år av skador förorsakade av fall. En vanlig fallrelaterad skada är höftfraktur, där vårdkostnaden per person beräknas till cirka en kvarts miljon kronor. Kvinnor är särskilt drabbade [33].

Identifiera

Det är viktigt att identifiera vilka av de personer som vårdas som löper risk att falla och att ådra sig en skada på grund av fallet. Det ska finnas riktlinjer och rutiner för hur man, så långt det är möjligt, kan förebygga att fall och därmed att fallskador uppstår. Vårdpersonal ska ha kunskap om riktlinjerna och tillämpar rutinerna. Följande åtgärder ska genomföras: [31]

Fråga den berörda personen följande:

- Har personen som vårdas fallit under det senaste året?
- Upplever personen själv att det finns en risk att falla?
- Finns det en omedelbar uppfattning i vårdteamet om att personen i fråga riskerar att falla?

Är svaret på dessa frågor ja, ska en systematisk riskbedömning erbjudas och inledas i syfte att identifiera vilka riskfaktorer som finns för den enskilda personen. Bedömning kan ske med hjälp av ett instrument Downton Fall Risk Index, DFRI. Instrumentet är användbart framför allt i särskilda boendeformer [34]. Fall Risk Assessment Tool, FRAT, [35] är utvecklat för att användas i den öppna vården. Med DFRI kartläggs förekomst av läkemedel som kan orsaka yrsel, sensoriska funktionsnedsättningar, kognitiv funktionsnedsättning samt gångförmågan.

Förebygga

Informera alltid och om möjligt diskutera med den äldre personen och eventuella närstående om hur risken att falla kan reduceras.

Exempel på riskområden som ska värderas:

Personens förmåga att

1. röra sig, förflytta sig,
2. se,
3. sköta sin personliga hygien, gå på toaletten,
4. använda sig av redan ordinerade gånghjälpmedel, samt.
5. förmåga att kalla på hjälp.

Övrigt:

6. Finns behov av att gå på toaletten ofta?

7. Förekommer sjukdomar eller symtom som exempelvis neurologiska sjukdomar, blodtrycksfall, akut infektion, yrsel, förvirring?
8. Läkemedel?
9. Näringstillstånd? Är personen undernärd eller uttorkad?
10. Vistelsemiljön. Belysning? Mattor? Elsladdar? Trösklar?
11. Användning av andra tekniska hjälpmedel som exempelvis sänggrindar, toalettförhöjning, lyft.

Ny bedömning ska ske vid förändrat hälsotillstånd eller då ett fall har inträffat. Samtliga fall ska dokumenteras och analyseras. Genomgången ska ske i samarbete med hela vårdteamet, personen själv och eventuella närstående.

Definition fallskada

En oönskad och plötslig händelse som orsakat en personskada

Kvalitetsregister

Senior Alert. www.senioralert.se

Registret medger on-line-registrering. Respektive enhet kan hämta ut sina data att användas som underlag för utveckling och förbättring. Registrering av riskbedömningen sker i Senior Alert med DFRI-instrumentet som underlag.

Patientregistret

Registrering av personer som vårdats för höftfraktur sker i patientregistret (www.socialstyrelsen.se/statistik) För att beskriva skadehändelser används i patientregistret ICD10:s (svensk version KSH97) klassificering av yttre orsaker till sjukdom och död, den så kallade yttre orsakskoden. Denna kod är sammansatt av tre variabler som beskriver mekanism, skadeplats och sysselsättning vid skadetillfället. För skadeplats gäller att det finns, bland andra, värden för hemmet respektive institutionellt boende. Dessvärre är rapporteringen av skadeplats av bristande kvalitet, då närmare hälften av skadehändelserna har rapporterats med ospecificerad platskod.

Indikator: Riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer som riskerar att falla.

Motivering

Identifiering av vilka personer som riskerar att falla syftar till att förebygga att en fallskada uppstår.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för re- dovisning
Det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer som riskerar att falla.	Riktlinjerna och rutinerna riktar sig till både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens personal.	Enkät	Rutinerna tillämpas inte, är inte kända för personalen.	Vårdgivare Boendeform

Identifiering sker i två steg:

1.

- Har personen fallit under det senaste året?
- Upplever personen att det finns en risk att falla?
- Är det den omedelbara uppfattningen bland personalen i vård- och omsorgsteamet att fallrisk föreligger?

Är svaret ja på någon av dessa frågor, gå vidare!

2. Genomför en fördjupad utredning med stöd av ett vetenskapligt utvärderat instrument, exempelvis Downton Fall Risk Index, DFRI.

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som har riskbedömts med avseende på risk för att falla

Motivering

Identifiering av vilka patienter som riskerar att falla syftar till att så långt det är möjligt förebygga vårdskador och att öka tryggheten för den äldre personen.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥ 65 som har riskbedömts med avseende på risk för att falla.	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥ 65 år i boendeformer enl. nämnaren som riskbedömts med avseende på risk att falla. <i>Nämnare:</i> Antal personer ≥ 65 år i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Dokumentation i patientjournal	Enkät		Kön Vårdgivare Boendeform

Med riskbedömning avses här:

1. En initial bedömning som utgår från svaren på följande frågor.

- Har personen fallit under det senaste året?
- Upplever personen att det finns en risk att falla?
- Är det den omedelbara uppfattningen bland personalen i vård- och omsorgsteamet att fallrisk föreligger?

eller

2. En fördjupad utredning med stöd av vetenskapligt utvärderat instrument, exempelvis Downton Fall Risk Index, DFRI.

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som har vårdats för höftfraktur orsakad av ett fall

Motivering

En höftfraktur innebär stort lidande för den drabbade personen. Vården av en patient som drabbats av en höftfraktur kräver stora insatser av såväl hälso- och sjukvården som socialtjänsten.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer \geq 65 år som har vårdats för höftfraktur orsakad av ett fall.	<i>Täljare:</i> Antal personer \geq 65 år i boendeformer enl. nämnaren, som har vårdats för höftfraktur orsakad av ett fall. <i>Nämnare:</i> Antal personer \geq 65 år i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Dokumentation i patientjournal	Enkät	Uppgifter om att en person ådragit sig en fraktur når inte ansvariga i den öppna vården	Kön Vårdgivare Boendeform

Trycksår – identifiera och förebygga

Personer som har svårt att förflytta sig själva utan hjälp, som av olika skäl är rullstolsburna, sängliggande eller stillasittande i samma ställning riskerar att utveckla trycksår. Risken är särskilt stor hos äldre människor [36, 37]. Det handlar om personer som har behov av vård på grund av nedsatt rörelseförmåga, förlamning eller som exempelvis har drabbats av en höftfraktur [38]. Andra riskfaktorer är undernäring, framför allt där lågt serumalbuminvärde föreligger, urininkontinens och nedsatt rörlighet med risk för kontrakturer². Nedsatt kognitivt status tycks vara korrelerat till förekomst av trycksår [18]. Patienter med trycksår beskriver upplevelser av smärta, ångslan, orenhet, bundenhet och beroende som leder till sämre livskvalitet [39]. Trycksår innebär ett stort lidande för patienten [38]. Trycksår förlänger vårdtiden, fördyrar den, ökar vårdtyngden och ökar risken för försämrat tillstånd [25].

Identifiera

Det är viktigt att identifiera vilka av de personer som vårdas som riskerar att utveckla trycksår. Undersök efter överenskommelse den äldre personens hud!

1. Har den äldre personen svårt att röra sig, ändra ställning eller förflytta sig själv?
2. Använd ett instrument som stöd vid bedömningen! Den modifierade Nortonskalan [40] eller Risk Assessment for Pressure Sore, RAPS [41] är två instrument som kan användas för att bedöma om risk för trycksår föreligger. Instrumenten är en hjälp i arbetet med att identifiera risker för denna typ av vårdskador.

Förebygga [42]

- inspektera huden,
- håll huden torr, mjuk och smidig,
- minska trycket,
- tillgodose och följ upp närings- och vätskebehov, samt
- informera den berörda personen och eventuella närstående.

Bedömning och beslut om olika åtgärder ska ske tillsammans med den äldre personen själv och eventuella närstående. Bedömning ska ske vid ett första möte med den äldre personen och alltid i samband med försämrat hälsotillstånd.

² Kontraktur = upphävd rörlighet i en led.

Definition, trycksår

Trycksår är en lokal skada i hud och underliggande vävnad som orsakas av tryck, skjuvkrafter³ eller friktion [43]. Skadorna graderas enligt följande:

Grad 1: Rodnad som inte bleknar vid tryck. Kvarstående missfärgning. Hel hud.

Grad 2: Delhudsskada som involverar de yttre hudlagren (epidermis och/eller dermis). Ytligt sår, avskavning av hud eller blåsa.

Grad 3: Fullhudsskada. Involverar både de yttre och djupare hudlagren (dermis, epidermis och subkutis) ned till men inte igenom bindväven (fascian) utan djup sårhåla.

Grad 4: Fullhudsskada, vävnadsdöd eller skada av muskler, ben eller stödjevävnad med djup sårhåla.

Kvalitetsregister

Senior Alert. www.senioralert.se

Registret medger on-line-registrering. Respektive enhet kan hämta ut sina data att användas som underlag för utveckling och förbättring. Registrering av riskbedömningen sker i Senior Alert med instrumenten Nortonskalan eller RAPS som underlag.

³ Skjuvkrafter uppstår då olika vävnadslager förskjuts i förhållande till varandra. Skjuvkrafter kan utvecklas i samband med att en person glider nedåt eller dras uppåt i bädden.

Indikator: Riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer 65 år eller äldre som riskerar att utveckla eller som redan har utvecklat trycksår

Motivering

Identifiering av vilka personer som riskerar att utveckla trycksår eller som redan har utvecklat trycksår, syftar till att förebygga att trycksår uppstår eller att eventuella sår förvärras.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Det finns riktlinjer och rutiner som beskriver hur man identifierar personer ≥ 65 år som riskerar att utveckla trycksår eller som redan har utvecklat trycksår.	Riktlinjerna och rutinerna riktar sig till både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens personal.	Enkät	Rutinerna tillämpas inte, är inte kända av personal.	Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som bedömts med avseende på risk för att utveckla trycksår

Motivering

En systematisk bedömning för att avgöra graden av risk för att utveckla trycksår kan användas för att identifiera de personer som riskerar att utveckla trycksår. Det kan ske med hjälp av den modifierade Nortonskalan [40] eller Risk Assessment for Pressure Sore, RAPS [41].

Kvalitetsområden

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer \geq 65 år som har riskbedömts med avseende på risk för trycksår.	<i>Täljare:</i> Antal personer \geq 65 år i boendeformer enl. nämnaren som riskbedömts med avseende på risk för att utveckla trycksår. <i>Nämnare:</i> Antal personer \geq 65 år i särskilt boende/ ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Hudinspektion Dokumentation i patientjournal	Enkät		Kön Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som har trycksår, grad 1 - 4

Motivering

Trycksår orsakar lidande och ska i normalfallet inte förekomma. Om trycksår uppstår kan det vara ett symptom på brister i omvårdnaden.

Kvalitetsområde:

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer \geq 65 år som har trycksår, grad 1-4.	<i>Täljare:</i> Antal personer \geq 65 år i boendeformer enl nämnavaren, som har trycksår grad 1-4. <i>Nämnare:</i> Antal personer \geq 65 år i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.	Hudinspektion Dokumentation i patientjournal	Enkät	Trycksår upptäckts inte.	Kön Vårdgivare Boendeform

Vård och omsorg i livets slutskede

Alla personer har rätt att förvänta sig en god och värdig vård tills döden inträder. Detta uttalande gjorde kommittén om vård i livets slutskede i sitt delbetänkande år 2000. Kommittén beslutade att använda sig av begreppet palliativ vård för vården i livets slutskede. Palliativ vård är den vård som skall ges efter det att beslut om att avbryta botande behandlingar har fattats. Kommittén uttalade också i sitt delbetänkande att alla patienter i livets slutskede skall tillförsäkras palliativ vård på lika villkor i hela landet och att palliativ vård bör omfatta alla patienter i livets slutskede oavsett vilka diagnoser patienterna har och oavsett var de vårdas [12].

Enligt WHO syftar palliativ vård till att förbättra livskvaliteten för patienter/brukare och familjer som drabbas av problem som kan uppstå vid livshotande sjukdom.

Den palliativa vården:

- Lindrar smärta och andra plågsamma symtom.
- Bekräftar livet och betraktar döendet som en normal process.
- Syftar inte till att påskynda eller fördröja döden.
- Integrerar psykologiska och existentiella aspekter i patientens/brukarens vård.
- Erbjuder organiserat stöd till hjälp för familjen att hantera sin situation under patientens/brukarens sjukdom och efter dödsfallet.
- Tillämpar ett teambaserat förhållningssätt för att möta patienters och familjers behov samt tillhandahåller, om det behövs, även stödjande och rådgivande samtal.
- Befrämjar livskvalitet och kan även påverka sjukdomens förlopp i positiv bemärkelse.
- Är tillämpbar tidigt i sjukdomsskedet tillsammans med terapier som syftar till att förlänga livet såsom cytostatika och strålbehandling. Palliativ vård omfattar även sådana undersökningar som är nödvändiga för att bättre förstå och ta hand om plågsamma symtom och komplikationer [44–47].

Utifrån WHO:s definition och den etiska principen om människovärdet ansåg kommittén om vård i livets slutskede i sitt delbetänkande att den palliativa vården ska vila på fyra hörnstenar:

1. Symtomkontroll dvs. att lindra smärta och andra svåra symtom
2. Samarbete av ett mångprofessionellt arbetslag, dvs. ett team där läkare, sjuksköterskor, undersköterskor m.fl. ingår
3. Kommunikation och relation i syfte att befrämja patientens livskvalitet, dvs. en god inbördes kommunikation och relation inom arbetslaget och mellan patienten och dennes närstående.

4. Stöd till närstående under sjukdomen och efter dödsfallet, dvs. närstående bör erbjudas att delta i vården och själva få stöd under patientens sjukdomstid, men även efter dödsfallet [12].

I Regeringens proposition 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken framhålls att:

Vården i livets slutskede ska vara av hög kvalitet. Lindring av smärta och andra obehag, kärleksfull omvårdnad och en fridfull miljö är viktiga inslag. Personliga önskemål skall tillgodoses så långt det är möjligt. Hjälpen skall finnas där man är, ingen skall behöva flytta mellan olika boenden och sjukhus i onödan. Ingen skall behöva dö ensam [48, 49].

Informerande samtal

Med informerande samtal avses individuellt anpassad information om att döden är nära förestående och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns för att lindra svåra symtom [12, 50-52].

I delbetänkandet från kommittén om vård i livets slutskede sägs att patienten bl.a. skall ha en individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd. Att vara informerad är mycket väsentligt och har ett värde i sig. Det är en förutsättning för att hon/han ska kunna välja att ta ställning till hur hon/han vill leva den sista tiden. Människan har behov av att se tillbaka, summera, skapa mening och försonas med sitt liv [47]. Det kan också vara så, att man önskar säga någon eller några något eller bara vara nära sina vänner och visa omtanke innan det blir för sent [53]. Kommittén betonar också att även om patienten/brukaren är svårt sjuk och kraftlös är det hon/han som ska ha informationen och inte de närstående, även om det kan vara värdefullt att de är med och lyssnar, om patienten/brukaren vill [12].

I huvudbetänkandet Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut (SOU 2001:6) föreslås när det gäller patientens/brukarens rätt till information, att det vid alla enheter där palliativ vård bedrivs ska upprättas rutiner för hur relevant information skall lämnas och dokumenteras. Det bör också utses en kontaktperson. Det betyder inte att kontaktpersonen skall svara för all information utan att denna skall kunna förmedla kontakt med andra berörda [54].

Smärta

Den palliativa vården skall erbjuda god symtomkontroll oavsett om symtomen är av fysisk, psykisk, social eller existentiell natur [55]. Symtomkontroll är en viktig kvalitetsaspekt vid vården i livets slutskede. Om den sjuke har mycket plågsamma symtom i form av svår långvarig smärta eller andra plågor kan hon/han inte tänka på något annat. Därför får bristande symtomkontroll sekundära effekter av psykologisk, social och existentiell karaktär. Smärta kan bedömas med hjälp av en så kallad VAS skala (Visuell analog skala) eller NRS skala (Numeric Rating Scale). Båda dessa ”smärtermo-

metrar” är väl utprovade och utgör ett underlag för bedömning av resultatet av smärtbehandlingen. Även andra instrument för skattning av smärta finns.

Efterlevandesamtal

Ett efterlevandesamtal är en typ av efterlevandestöd som innebär att någon personal från den enhet som vårdat patienten den sista tiden tar kontakt med den/de närstående [12, 56–61].

Den palliativa vården skall ge stöd till de närstående eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från de närstående. Att mista en närstående kan påverka den totala livssituationen, som t.ex. känslor och tankar, relationer till vänner och andra närstående, sättet att leva och uppfatta tillvaron samt att praktiskt lösa problem [59]. Flera studier har också påvisat en ökad fysisk och psykisk sjuklighet liksom en ökad dödlighet hos personer som mist en närstående [12, 58]. För att, så långt det är möjligt, förhindra att närstående utvecklar sjuklighet och ökad dödlighet bör de därför erbjudas stöd i form av bl.a. efterlevandesamtal [55].

Kvalitetsregister

Palliativa registret. www.palliativ.se

Registret medger on-line-registrering. Kommuner, landsting, enskilda vårdgivare, respektive boende m.fl. kan hämta ut sina data för att använda dessa som underlag för utveckling och förbättring av den palliativa vården. Registret innehåller ytterligare mått som är användbara i samband med utveckling och förbättring av innehållet i den palliativa vården på lokal nivå.

Indikator: Riktlinjer och rutiner för vård och omsorg i livets slutskede som bl.a. beskriver hur informerande samtal kan erbjudas personer 65 år eller äldre som är döende

Motivering

Vården och omsorgen ska bygga på respekt för patientens/brukarens självbestämmande och integritet och så långt det är möjligt utformas och genomförs i samråd med patienten/brukaren [62, 63]. Patienten/brukaren skall ges individuellt anpassad information om sitt hälsotillstånd och om de metoder för undersökning, vård och behandling som finns [64]. Att vara informerad är mycket väsentligt och har ett värde i sig. Det är en förutsättning för att personen ska kunna välja att ta ställning till hur hon/han vill leva den sista tiden [53]. Äldre personer, precis som yngre, vill vara delaktiga i beslut och överväganden som rör deras egna liv [13, 46]. Studier av äldres situation visar dock frånvaro av både gemenskap och samtal. De äldre beskrivs leva i en väntans och tystnadens kultur [58].

Kvalitetsområde:

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Det finns riktlinjer och rutiner för vård och omsorg i livets slutskede som bl.a. beskriver hur informerande samtal kan erbjudas personer \geq 65 år som är döende.	Riktlinjerna och rutinerna riktar sig till både socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens personal.	Enkät	Rutinerna tillämpas inte, är inte kända av personal.	Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som har avlidit och som smärtskattats med hjälp av vetenskapligt utvärderat instrument, t.ex. NRS-skalan eller VAS-skalan, under sista veckan i livet

Motivering

Symtomkontroll är en viktig kvalitetsaspekt vid vården i livets slutskede. Om den sjuke har mycket plågsamma symtom bl.a. i form av svår långvarig smärta kan hon/han inte tänka på något annat [55]. Smärtfrihet är en av förutsättningarna för att nå målet om högsta möjliga livskvalitet för den sjuke. Flera studier har visat att smärta ofta förekommer i livets slutskede, en av studierna visade att plågsam smärta var mycket vanligt förekommande [55].

Kvalitetsområde:

Patientfokuserad hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer som har avlidit och som smärtskattats med hjälp av ett vetenskapligt utvärderat instrument, (t.ex. NRS-skalan, VAS-skalan) under sista veckan i livet.	<p><i>Täljare:</i> Antal personer ≥ 65 år i boendeformer enl. nämnanen, som har avlidit och som smärtskattats med hjälp av ett vetenskapligt utvärderat instrument, (t.ex. NRS-skalan, VAS-skalan) under sista veckan i livet.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal avlidna personer ≥ 65 år i särskilt boende/ordinärt boende som haft hälso- och sjukvårdsinsats.</p>	Dokumentation i patientjournal	Enkät	Ofullständig eller felaktig dokumentation.	Kön Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel närstående som har erbjudits efterlevandesamtal

Motivering

Stöd till närstående är av största vikt inom den palliativa vården, eftersom vård i livets slutskede ofta bygger på stora insatser från närstående [46]. Det är en trygghet för den närstående att veta att det finns någon att kontakta för frågor och stöd [12]. Att mista en närstående kan påverka den totala livssituationen, som t.ex. känslor och tankar, relationer till vänner och närstående, sättet att leva och uppfatta tillvaron samt att praktiskt lösa problem [59]. En närståendes död kan påverka den efterlevandes sjuklighet och dödlighet [1, 12, 58]. De närstående skall därför erbjudas tid för samtal under patientens/brukarens sjukdomstid och efter det att patienten/brukaren har avlidit [12].

Kvalitetsområde

Patientfokuserad hälso- och sjukvård.

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel närstående som har erbjudits efterlevandesamtal.	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥ 65 år i boendeformer enl. nämnanen, som avlidit, vars närstående (minst en närstående) har erbjudits efterlevandesamtal. <i>Nämnare:</i> Antal avlidna personer ≥ 65 år i särskilt boende/ordinärt boende som haft hälso- och sjukvårdsinsats.	Dokumentation i patientjournal.	Enkät	Ej optimal tidpunkt för erbjudande om samtal Ej rätt tolkning av svaret på erbjudandet	Vårdgivare Boendeform

Läkemedelsgenomgångar

Behandling med läkemedel är mycket vanligt. Framför allt äldre personer har en mycket omfattande läkemedelsanvändning. Flera undersökningar visar att det finns många brister kring hantering och användning av läkemedel hos äldre [65–68].

Läkemedelsgenomgångar innebär en kontroll av att ordinationen är den bästa för den enskilde personen. Processen kring läkemedelshanteringen från förskrivning till iordningställande och administrering engagerar så gott som all vårdpersonal på olika sätt. Det är i synnerhet viktigt att säkra processen kring iordningställande och administrering av läkemedel då dessa uppgifter i vården av äldre ofta delegeras till icke-legitimerad personal [17]. Läkemedlet ska ges till rätt person, i rätt dos, i rätt tid och på rätt sätt.

I samband med all läkemedelsbehandling bör det alltid ingå moment av information eller undervisning till patienten i syfte att klargöra behandlingens ändamål, eventuella biverkningar som patienten själv kan vara observant på och vad man ska tänka på med avseende på hur läkemedlet ska intas. Safe Medication Assessment (SMA) [69] är ett instrument som möjliggör en systematisk bedömning och uppföljning av patientens läkemedelsanvändning. Problem som kan utgöra risker för en osäker läkemedelsanvändning identifieras och tydliggörs med hjälp av bedömningen som syftar till att göra patienten delaktig i sin egen behandling. Bedömningen kan användas i den fortsatta planeringen och vid genomförande av olika insatser. Resultatet kan också användas som underlag för diskussion med ansvarig läkare, exempelvis inför ställningstagande om egenvård kan tillämpas, eller inför en läkemedelsgenomgång. Patientens eget ansvar att hålla sig informerad om och förstå sin läkemedelsbehandling belyses också av National Health Service i Storbritannien [70]. Genomförande av läkemedelsgenomgångarna kan beskrivas i riktlinjer, så att en enhetlig struktur för genomgångarna tillämpas i verksamheterna. Fortbildning av personalen i ämnet läkemedel och äldre, om bland annat läkemedelsrelaterade problem och biverkningar, är av stor vikt. Det gäller också för behovet av samordning mellan olika vårdgivare och professioner.

Effekter av läkemedelsgenomgångar har diskuterats i samband med framtagande av en rapport från Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU, om läkemedelsrelaterade problem hos äldre patienter. Rapporten kommer enligt planerna att publiceras våren 2009. Det finns studier som verifierar nyttan med att använda den kliniska farmaceutens kunskaper i vårdteamet i syfte att åstadkomma en säker och kostnadseffektiv läkemedelsbehandling [21, 71, 72].

Läkemedelsgenomgång – definition och innehåll.

En läkemedelsgenomgång är en metod för analys, uppföljning och omprövning av en individs läkemedelsanvändning [73] som genomförs enligt ett förutbestämt strukturerat och systematiskt arbetssätt i enlighet med lokala riktlinjer och rutiner. Genomgångarna involverar flera professioner och vid behov finns tillgång till stöd av farmakolog, apotekare eller motsvarande.

Vid genomgångarna finns aktuella uppgifter som beskriver patientens diagnos(er), vissa fysiologiska värden exempelvis blodtryck och njurfunktion och aktuellt hälsotillstånd. Symtomskattning sker utifrån en gemensam modell och olika läkemedelsrelaterade problem är beskrivna utifrån en gemensam mall. Socialstyrelsens indikatorer för läkemedelsanvändning är vägledande vid genomgångarna [14].

Indikator: Riktlinjer och rutiner för genomförande av läkemedelsgenomgång för personer 65 år eller äldre som är framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän.

Motivering:

Läkemedelsgenomgångar kräver samverkan och samarbete med flera olika huvudmän, vårdgivare och professioner. Riktlinjer och rutiner som är framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän och som beskriver innehållet i läkemedelsgenomgångar och hur de ska genomföras ska finnas.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för re- dovisning
Det finns riktlinjer och rutiner framtagna i samverkan med ansvariga huvudmän för genomförande av läkemedelsgenomgångar för personer ≥ 65 år som har en hälso- och sjukvårdsinsats i särskilt boende eller ordinärt boende.	Riktlinjerna och rutinerna är antagna/ beslutade av ansvariga huvudmän.	Enkät	Rutinerna tillämpas inte, är inte kända av personal.	Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 65 år eller äldre som läkemedelsbehandlas och som erhållit minst en genomgång av behandlingen under de senaste tolv månaderna.

Motivering

Behandling med läkemedel av äldre personer i hemsjukvård är mycket vanligt. Flera studier visar på brister i behandlingen. Läkemedelsgenomgångar är ett sätt att försäkra sig om att behandlingen är individuellt anpassad till den enskilde personen på ett optimalt sätt.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥ 65 år som läkemedelsbehandlas och som erhållit minst en genomgång av behandlingen under de senaste tolv månaderna.	<p><i>Täljare:</i> Antal personer ≥ 65 år i boendeformer enl. nämnnaren som läkemedelsbehandlas och som erhållit minst en läkemedelsgenomgång de senaste tolv månaderna.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer ≥ 65 år som läkemedelsbehandlas i särskilt boende/ordinärt boende med hälso- och sjukvårdsinsats.</p>	Dokumentation i patientjournal	Enkät	Genomförandet av läkemedelsgenomgångar sker på olika sätt.	Kön Vårdgivare Boendeform

Läkemedel förskrivna och uthämtade från apotek

Äldres läkemedelsanvändning är idag omfattande. Under de senaste 20 åren har användningen hos dem som är 80 år eller äldre ökat med cirka 60 procent. Denna grupp använder idag i genomsnitt nära sex läkemedel. Orsaken till denna ökning är framför allt introduktionen av nya läkemedel och behandlingsprinciper [74]. Detta innebär större möjligheter att behandla de sjukdomar och besvär som äldre drabbas av, men medför samtidigt en betydande risk för läkemedelsproblem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner (att läkemedel påverkar varandra). En särskilt utsatt grupp är sköra äldre personer som ofta är högkonsumenter av läkemedel och som samtidigt på grund av ålder och sjukdom, är mest känsliga för dem. Många av dessa äldre personer återfinns i särskilt boende, där användning av läkemedel ökat kraftigt, till idag i genomsnitt tio preparat per person [65, 75]. En annan, växande grupp är multisjuka/multisviktande äldre i eget boende, som i en rad undersökningar visats ha en lika omfattande läkemedelsanvändning som äldre i särskilt boende [76–78].

Polyfarmaci hos äldre innebär risker

Polyfarmaci innebär i sig en stor risk för läkemedelsproblem, som biverkningar och läkemedelsinteraktioner [79, 80] men risken är särskilt uttalad hos äldre, som på grund av kroppsliga förändringar genom åldrande och sjukdom, ofta är betydligt mer känsliga för läkemedel än yngre. Betydelsen av detta illustreras av att såväl svenska som internationella undersökningar har visat att en stor andel (upp emot 30 procent) av äldre patienter som läggs in på sjukhus blir inlagda på grund av läkemedelsbiverkningar [74, 81]. Biverkningar förefaller orsaka dubbelt så många inläggningar på sjukhus idag som under 70-talet [82]

Indikatorer för äldres läkemedelsterapi

År 2003 publicerade Socialstyrelsen ett förslag till indikatorer för äldres läkemedelsterapi [14]. Indikatorerna, som bl.a. är tänkta att användas för att mäta och följa upp kvaliteten i äldres läkemedelsterapi, är i dag väl kända, inte minst genom läkemedelskommittéernas ”Nationella kraftsamling kring äldres läkemedelsbehandling” under 2005–2006. Ett flertal epidemiologiska studier som tillämpat dessa indikatorer har visat påtagliga brister i kvaliteten på äldres läkemedelsanvändning, i synnerhet hos dem med många läkemedel [83–85]. Indikatorerna för äldres läkemedelsbehandling delas in i läkemedelsspecifika och diagnosspecifika. Flera av de läkemedelsspecifika indikatorerna går med fördel att tillämpa på läkemedelsregistret. De används idag bl.a. regelbundet vid ”öppna jämförelser” av vårdens kvalitet [86] eller i samband med Socialstyrelsens uppföljning av äldres läkemedelsanvändning [87].

Om tolkning av uppgifter i läkemedelsregistret

Det är förskrivna och uthämtade läkemedel från apotek som ingår i registret. Uppgifterna hämtas genom en speciell datoriserad metod [88]. En aktuell läkemedelslista konstrueras för varje individ i läkemedelsregistret. Listan kan sedan analyseras med avseende på de av Socialstyrelsen föreslagna kvalitetsindikatorerna för äldres läkemedelsterapi. Metoden att uppskatta aktuell läkemedelsanvändning innebär en viss osäkerhet, främst genom tolkningen av doseringsangivelser. I registret ingår inte preparat som tas ut från läkemedelsförråd på olika enheter i den slutna vården eller i särskilt boende. Se bilaga: datakällor.

Indikator: Andel personer 80 år eller äldre med tio eller fler läkemedel.

Motivering

En vanlig definition av Polyfarmaci, dvs. samtidig användning av många läkemedel, är ”användning av fem eller fler läkemedel”. Användning av tio eller fler läkemedel har i vissa studier av äldre tillämpats som mått på extrem polyfarmaci. Antal använda läkemedel är den mest avgörande riskfaktorn för läkemedelsbiverkningar och läkemedelsinteraktioner. Användning av många läkemedel ökar generellt sannolikheten för olämplig läkemedelsanvändning, liksom risken för att ordinationerna inte följs. Samtidig användning av tio eller fler preparat hos en patient bör därför betraktas som en signal om att det kan finnas risker med läkemedelsbehandlingen. På samma sätt indikerar en hög förekomst av denna indikator på gruppnivå, att det med stor sannolikhet föreligger brister i läkemedelsbehandlingen.

Kvalitetsområde:

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥80 år som har tio eller fler läkemedel.	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥80 år med tio eller fler läkemedel. <i>Nämnare:</i> Antal personer ≥80 år.	Analys av datakällans register	Läkemedelsregistret, Äldreomsorgsregistret	Se avsnittet tolkning av uppgifter i registret.	Kön Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 80 år eller äldre med tre eller fler psykofarmaka.

Motivering

Samtidig behandling med tre eller fler psykofarmaka, regelbundet eller vid behov, är en vedertagen indikator på polyfarmaci (samtidig användning av många läkemedel). Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd. Med psykofarmaka förstås antidepressiva och lugnande läkemedel, sömnmedel samt antipsykosmedel (neuroleptika).

Kvalitetsområden

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥80 år som använder tre eller flera psykofarmaka.	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥80 år med tre eller fler psykofarmaka. <i>Nämnare:</i> Antal personer ≥80 år.	Analys av datakällans register.	Läkemedelsregistret, Äldreomsorgsregistret	Se avsnittet tolkning av uppgifter i registret.	Kön Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 80 år eller äldre med en eller flera läkemedelskombinationer som kan leda till läkemedelsinteraktioner av klass D.

Motivering

Vissa kombinationer av preparat kan, vid samtidig behandling, leda till att effekten av ett läkemedel påverkas av ett annat. Effekten kan förstärkas eller försvagas. D-interaktionen är den allvarligaste formen av interaktion som bör undvikas.

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥80 år som har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D.	<p><i>Täljare:</i> Antal personer ≥80 år som har minst en läkemedelskombination som kan leda till läkemedelsinteraktion av klass D.</p> <p><i>Nämnare:</i> Antal personer ≥80 år.</p>	Analys av datakällans register	Läkemedelsregistret Äldreomsorgsregistret	Se avsnittet tolkning av uppgifter i registret.	Kön Vårdgivare Boendeform

Indikator: Andel personer 80 år eller äldre med ett eller flera läkemedel med betydande antikolinerga effekter

Motivering

Den åldrande hjärnan är känslig för läkemedel med antikolinerga egenskaper. De kan vara orsaken till att en person utvecklar lättare minnesstörningar eller blir förvirrad. Risken tilltar även i viss mån vid normalt åldrande men är särskilt stor vid Alzheimers sjukdom. De vanligaste läkemedlen med antikolinerga effekter hos äldre är medel mot inkontinens, det lugnande och klådstillande medlet hydroxizin (Atarax®) samt den äldre typen av medel mot depression (tricykliska antidepressiva).

Kvalitetsområde

Säker hälso- och sjukvård

Mått	Beskrivning	Mätmetod	Datakälla	Felkälla/ Tolknings- svårigheter	Form för redovisning
Andel personer ≥80 år som har minst ett läkemedel med betydande antikolinerga effekter.	<i>Täljare:</i> Antal personer ≥80 år med minst ett läkemedel med betydande antikolinerga effekter. <i>Nämnare:</i> Antal personer ≥80 år.	Analys av datakällans register	Läkemedelsregistret Äldreomsorgsregistret	Se avsnittet tolkning av uppgifter i registret.	Kön Vårdgivare Boendeform

Referenser

1. Socialstyrelsen. God kvalitet i socialtjänsten – om ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SoL, LVU, LVM och LSS. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
2. Socialstyrelsen. God vård – om ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
3. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre. Verksamhetens kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
4. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008. Verksamhetens kvalitet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
5. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg år 2007 Statistik Socialtjänst 2008:7. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
6. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 30 juni 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
7. Socialstyrelsen. Brukarundersökningar bland äldre år 2008. Under publicering. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
8. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer i socialtjänsten. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
9. Socialstyrelsen. Modell för utveckling av kvalitetsindikatorer. Rapport från Info VU-projektets nätverk. Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
10. Socialstyrelsen. Mäta och öppet redovisa resultat i vård och omsorg. . Stockholm: Socialstyrelsen; 2005.
11. Socialstyrelsen. Förutsättningar för öppna jämförelser. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
12. SOU 2000:6 Döden angår oss alla – värdig vård vid livets slut. Delbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede.
13. Socialstyrelsen. God vård i livets slut : en kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Stockholm: Socialstyrelsen.; 2004.
14. Socialstyrelsen. Indikatorer för utvärdering av kvaliteten i äldres läkemedelsterapi – Socialstyrelsens förslag. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
15. Sveriges Kommuner och landsting. Öppna jämförelser 2007. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2007.
16. Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser 2008. Vård och omsorg om äldre. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.

17. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
18. Socialstyrelsen. Demenssjukdom. Vetenskapligt underlag för Nationella riktlinjer, under utarbetande. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
19. Socialstyrelsen. Diskussionsunderlag, nationella indikatorer för god vård 2008 updated 2008; Hämtad Tillgänglig från: www.socialstyrelsen.se.
20. Statens folkhälsoinstitut. Fallolyckor bland äldre. En samhällsekonomisk analys och effektiva preventionsåtgärder. Rapport 2009:1. Östersund: Statens folkhälsoinstitut; 2009.
21. Eriksson T, Carlsten A. Nyttan med klinisk farmaci. Sjukhusfarmaci. 2004;101 – 4.
22. Socialstyrelsen. Stimulansmedel 2009. 2009 updated 2009; Hämtad Tillgänglig från: www.socialstyrelsen.se/Amnesord/aldre/NUV/index.htm
23. Socialstyrelsen. 2006, 2007 och 2008 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
24. Patientdatalag (2008:355) 7 kap. 2 §.
25. Idvall E. Kvalitetsindikatorer inom omvårdnad. Stockholm: Gothia och Svensk sjuksköterskeförening; 2007.
26. Statens livsmedelsverk. Mat och kostbehandling för äldre. Problem och möjligheter. Uppsala: Statens livsmedelsverk; 2001.
27. Socialstyrelsen. Kommunernas kost- och nutritionsarbete. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
28. Socialstyrelsen. Näringsproblem i vård och omsorg. Prevention och behandling. Stockholm: Socialstyrelsen; 2000.
29. Socialstyrelsen. Bedömning och behandling av nutritions- och undernutritionstillstånd inom äldreården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
30. Rothenberg E. Sjukdomsrelaterad undernäring – äldreomsorgens utmaning. Nordisk Geriatrik. 2008 februari;11(1).
31. Sveriges kommuner och landsting. Förebygg fall och fallskador i samband med vård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2008.
32. Räddningsverket, Nationellt Centrum för lärande från olyckor. Fallolyckor bland äldre – samhällets direkta kostnader. Karlskoga: Räddningsverket; 2003.
33. Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete, Statens räddningsverk. Systematiskt arbete för äldres säkerhet. Om fall, trafikolyckor och bränder. Stockholm: Institutet för utveckling av metoder i socialt arbete; 2007.

34. Rosendahl E. Fallprediction and a high intensity functional exercise programme to improve physical functions and to prevent falls among older people living in residential care facilities. Diss. Umeå: Umeå; 2006.
35. Nandy S, Parsons S, Cryer C, Underwood M, Rashbrook E, Carter Y, et al. Development and preliminary examination of the predictive validity of the Falls Risk Assessment Tool (FRAT) for use in primary care. *J Public Health (Oxf)*. 2004 Jun;26(2):138–43.
36. Vanderwee K, Clark M, Dealey C, Gunningberg L, Defloor T. Pressure ulcer prevalence in Europe: a pilot study. *J Eval Clin Pract*. 2007 Apr;13(2):227–35.
37. Gunningberg L. Risk, prevalence and prevention of pressure ulcers in three Swedish healthcare settings. *J Wound Care*. 2004 Jul;13(7):286–90.
38. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens riktlinjer för vård och behandling av höftfraktur. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
39. Fox C. Living with pressure ulcer, a descriptive study of patient's experience. *British Journal of Community Care*. 2002;7:10 – 22.
40. Ek AC, Unosson M, Bjurulf P. The modified Norton scale and the nutritional state. *Scand J Caring Sci*. 1989;3(4):183–7.
41. Lindgren M, Unosson M, Krantz AM, Ek AC. A risk assessment scale for the prediction of pressure sore development: reliability and validity. *J Adv Nurs*. 2002 Apr;38(2):190–9.
42. Sveriges kommuner och landsting. Förebygg trycksår i samband med vård. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting; 2008.
43. Gunningberg L, Carlsson S, Willman A. EPUAP-protokollet – en europeisk metod för mätning av trycksårsförekomst. *Vård i Norden*. 2006;26(2):48–51.
44. Nationella Rådet för Palliativ vård. Hämtad 2009-01-16 Tillgänglig från: www.nrpv.se
45. Council of Europe. Recommendation. 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. 2003.
46. Socialstyrelsen. Vård i livets slutskede. Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
47. Socialstyrelsen. God vård i livets slut. En kunskapsöversikt om vård och omsorg om äldre. Stockholm; 2004.
48. Prop. 1997/98:113 Nationell handlingsplan för äldrepolitiken.
49. Socialstyrelsen. Inför döden. Äldreuppdraget 98:14. Stockholm: Socialstyrelsen; 1998.
50. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763) 2a 2b §§.

51. Thulesius H. Att balansera återstoden. 2007 updated 2007; Hämtad 2009 Tillgänglig från: www.vardalinstitutet.net
52. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2007. 2008.
53. Ternestedt B-M, Johansson A-M. Livet pågår! : om vård av döende. 1. uppl. ed. Stockholm: Vårdförb.; 1998.
54. SOU 2001:6 Döden angår oss alla – Värdig vård vid livets slut. Huvudbetänkande från kommittén om vård i livets slutskede.
55. Strang P, Beck-Friis B. Palliativ medicin. Stockholm: Liber; 2005.
56. Olsson.Doherty EC. Behov av efterlevandesamtal inom palliativ vård: anhörigas perspektiv. Examensarbete. Linköping: Linköpings universitet; 2006.
57. Svenska palliativregistret. Årsrapport för Svenska Palliativregistret verksamhetsåret 2007. 2008 updated 2008; Hämtad 090119 Tillgänglig från: www.ltkalmar.se/documents/Press/Pressmeddelande/2008/Svepa2008final.pdf
58. Socialstyrelsen. Forskning som speglar vården i livets slutskede – sammanställning av aktuell forskning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
59. Socialstyrelsen. I livets slutskede: De anhörigas roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 1999.
60. Palliativt kompetenscentrum i Östergötland. Palliativ vård. Vägledning för vårdpersonal. 2006 updated 2006; Hämtad Tillgänglig från: www.lio.se/templates/Page.aspx?id=23462
61. Vårdprogram för palliativ vård i västra Östergötland Januari 2009. Hämtad Tillgänglig från: www.lio.se/templates/Page.aspx?id=23462
62. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763); 2a §.
63. Socialtjänstlag (2001:453) 1 kap. 1 §.
64. Hälso- och sjukvårdslag (1982:763); 2b §
65. Socialstyrelsen. Uppföljning av äldres läkemedelsanvändning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
66. Socialstyrelsen. Avvikelsehantering inom hälso- och sjukvård. Resultat av nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
67. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre patienter på medicinklinik. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
68. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling inom äldreården. Rapport från nationell tematisk verksamhetstillsyn. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
69. Beckman C, Gusdal A, Törnkvist L, Wahlström R. Safe Medication Assessment. Stockholm: Centrum för allmänmedicin; 2006.

70. National Health Service. Medication review. Hämtad 2009 Tillgänglig från: www.nhs.uk/chq/Pages/1008.aspx
71. Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum, Apoteket. Läkemedelsgenomgångar på Hökarängens närvårdcentral. Rapport 2007:8. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns äldrecentrum; 2007.
72. Veggeland T, Dyb S. The contribution of a clinical pharmacist to the improvement of medication at a geriatric hospital unit in Norway. *Pharmacy Practice*. 2008;Jan–Mar;6 (1):20–4.
73. Sjövik S, Fastbom J, Ulfvarson J, Bastholm Rahmner P, Andersén Karlsson E. Fortbildning och läkemedelsgenomgångar på distans med datoriserat kunskapsstöd. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2007.
74. Fastbom J. Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
75. Kragh A. Två av tre på äldreboenden behandlas med minst tio läkemedel. Kartläggning av läkemedelsförskrivningen i nordöstra Skåne. *Läkartidningen*. 2004;101(11):994–8.
76. Gurner U, Thorslund M. Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre – om nödvändigheten av samordning. Stockholm: Natur och kultur; 2003.
77. Gurner U, Fastbom J, Österman J. Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna – behov och konsumtion av slutenvård och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004.
78. Gurner U, Fastbom J, Hagman L, Shah-Shahid Z. Styckvis och delat. Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshandling för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006.
79. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Part I: Sensitivity of the elderly to adverse drug reactions. *J Am Geriatr Soc*. 1988 Feb;36(2):142–9.
80. Field TS, Gurwitz JH, Harrold LR, Rothschild J, DeBellis KR, Seger AC, et al. Risk factors for adverse drug events among older adults in the ambulatory setting. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Aug;52(8):1349–54.
81. Esbjörn P, End-Rodrigues T, Thylén P, Bergman U. Läkemedelsbiverkan vanlig orsak till sjukhusvård av äldre. *Läkartidningen*. 2008;105(35):2338–42.
82. Bergman U, Ulfvarson J, von Bahr C. Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus. Fokusrapport. Medicinskt programarbete (MPA). Stockholm: Stockholms läns landsting; 2005.
83. Socialstyrelsen. Kvaliteten på läkemedelsanvändningen hos äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2001.

84. Giron MS, Wang HX, Bernsten C, Thorslund M, Winblad B, Fastbom J. The appropriateness of drug use in an older nondemented and demented population. *J Am Geriatr Soc.* 2001 Mar;49(3):277–83.
85. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning. KÄLLA-Projektet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2004.
86. Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet – jämförelser mellan landsting 2008. Stockholm: Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting; 2008.
87. Socialstyrelsen. Läkemedelsbehandling av äldre i hemsjukvården. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn vid 29 vårdcentraler i sydöstra sjukvårdsregionen 2008. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
88. Johnell K, Fastbom J, Rosén M, Leimanis A. Läkemedelsanvändningen hos äldre brister i kvalitet. Analys utifrån nationella läkemedelsregistret visar regionala skillnader. *Läkartidningen.* 2007;104:2158–62.

Bilaga: Datakällor

Läkemedelsregistret, Socialstyrelsen

Registret innehåller uppgifter om läkemedel, förbrukningsartiklar och livsmedel som expedierats mot recept eller motsvarande på apotek från 1999 och framåt. Här ingår också uppgifter om den expedierade varan (identitet, mängd, pris) och datum för expeditionen. ApoDosexpedierade läkemedel ingår i registret. Uppgift finns också om utbyte till generiskt eller parallell-importerat läkemedel har gjorts på apoteket sedan den 1 oktober 2002. Patientens kön, ålder och folkbokföringsort (län, kommun, församling) finns i registret och från juli 2005 även personnummer. Registret är avsett att användas för medicinsk uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring, epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik. För personuppgifter, som finns i registret fr.o.m. den 1 juli 2005, är användningen begränsad till epidemiologiska undersökningar, forskning och framställning av statistik inom hälso- och sjukvårdsområdet.

Genom registret är det möjligt att få en nationell bild av hur förskrivningen ser ut på kommunnivå, men datakällan fångar inte det faktiska intaget av läkemedel. De läkemedel som administreras från läkemedelsförråd på enhetsnivå ingår inte i registret.

Se www.socialstyrelsen.se/statistik

Registret Senior Alert

Senior Alert är ett nationellt kvalitetsregister för äldres vård och omsorg som startade 2006. Registret innehåller individbunden data om förekomst av risker, åtgärder samt resultat av insatta åtgärder. Det övergripande målet för registret är att insamlad data ger stöd åt vårdens verksamheter att förbättra hälsan för vårdtagarna. Registret erbjuder också möjligheten att utforma nya arbetssätt och på så sätt stärka verksamheten genom att ta tillvara och använda insamlad data för att förbättra och utveckla praktiken och värdera vårdens kvalitet. Ytterligare ett mål är att kvalitetsregistret också skall kunna vara en källa för forskning och värdeberäkning av hälsoekonomisk karaktär. Registret har låg täckningsgrad för hälso- och sjukvård enligt HSL 18 §.

Se www.senioralert.se

Palliativa registret

Svenska palliativregistret är ett nationellt kvalitetsregister för hälso- och sjukvård som startade 2005. Syftet med registret är att successivt förbättra vården i livets slutskede. Målgruppen utgörs av alla döende patienter/vårdtagare oavsett vårdgivare. Registret utgår från ett antal grundläggande idéer om god vård som håller på att bearbetas för att kunna utgöra nationella kvalitetsindikatorer för palliativ vård. Arbetet finansieras med medel

ifrån nationella kvalitetsregisterarbetet som handläggs av Sveriges Kommuner och Landsting. Grundprinciperna bakom Svenska palliativregistret är att frågornas innehåll ska avspegla centrala områden i det som kan kallas god palliativ vård i livets slutskede och som lyfts fram i SOU 2001:6. Registret har låg täckningsgrad för hälso- och sjukvård enligt HSL 18 §.

Se www.palliativ.se

Register om kommunernas äldre- och handikappomsorg, "Äldreomsorgsregistret".

Från och med den 1 juli 2008 rapporterar kommunerna individuppgifter om biståndsbeslutade insatser som ges till äldre (65–w år) och till personer med funktionsnedsättning (0–64 år) med stöd av 4 kap. 1 § socialtjänstlagen. Uppgifterna, som bl.a. innehåller brukarnas personnummer och boendeform (ordinärt, särskilt respektive annat boende) samt typ av insats, registreras fortlöpande och lämnas till Socialstyrelsen halvårsvis som ett underlag för officiell statistik. För varje berörd insats registreras vidare datum för beslutet, datum då insatsen påbörjas första gången samt när den avslutas. Det gör det möjligt att ur registret beräkna både incidens- och prevalensmått om brukarna. Uppgiftsinsamlingen från kommunerna är en totalundersökning som bygger på uppgiftsskyldighet.

Se www.socialstyrelsen.se/statistik

Patientregistret, Socialstyrelsen

Rapportering av personer som vårdats för höftfraktur sker till Socialstyrelsens patientregister. För att beskriva skadors uppkomstsätt används i patientregistret ICD10:s (svensk version KSH97) klassificering av yttre orsaker till sjukdom och död, den så kallade yttre orsakskoden (kapitel XX). Denna kod är sammansatt av tre variabler som beskriver mekanism, skadeplats och sysselsättning vid skadetillfället. För skadeplats gäller att det finns, bland andra, värden för hemmet respektive institutionellt boende. Dessvärre är rapporteringen av skadeplats av bristande kvalitet, då närmare hälften av skadehändelserna har rapporterats med ospecificerad platskod.

Se www.socialstyrelsen.se/statistik