

GEMENSAM STRATEGI FÖR DE ÄLDRE I KRONOBERG 2017-2025



FÖR GOD SAMORDNING MELLAN KOMMUNER OCH
REGION KRONOBERG MED INDIVIDEN I FOKUS



INLEDNING

Kronobergs län har, i likhet med resten av Sverige, en utveckling där befolkningen blir allt äldre och där den äldre har allt större behov av flera kontakter inom vård och omsorg. Därmed krävs det allt högre grad av komplexitet när det gäller samordning av vård, omsorg- och rehabiliteringsinsatser, och den äldre befolkningen i sin tur ställer allt högre krav att vara en medskapande och delaktig aktör i samordningen.

En mängd rapporter och analyser bekräftar, att en ökad samordning leder till ökad kvalitet och säkerhet för den äldre och till ökad effektivitet och resurshållning för verksamheterna. Detta dock under förutsättning av, att de insatser som samordnas är rätt insatser ur individens perspektiv. Det finns med andra ord ingen poäng i att samordna insatser som inte leder till mervärde för den äldre.

Kronobergs äldrestrategi är framtagen för att skapa en gemensam grundplåt för vår fortsatta strävan efter bästa möjliga hälsa samt vård, omsorg- och rehabilitering för den äldre befolkningen i Kronobergs län.

VAD VILL VI UPPNÅ

Målbild ur den äldres perspektiv:

”Jag kan åldras med värdighet, integritet, trygghet och välbefinnande. Jag vill bli sedd som den person jag är och bli bemött med respekt. Jag vill leva ett meningsfullt liv och kunna få den information och det stöd som jag behöver för att kunna vara delaktig i beslut som berör mig.

Jag vill ha tillgång till god, säker och flexibel vård och omsorg, som tillsammans med mig arbetar för att jag ska kunna leva mitt liv så självständigt som möjligt.

Om jag så önskar, är mina närstående välinformerade om min situation, om den omsorg och vård jag får och är delaktiga i planeringen”

Medarbetarens avsiktsförklaring:

”I varje kontakt och i varje möte med den äldre gör allt jag kan för att personen ska känna sig värdig, trygg och delaktig.

I ord och handling verkar jag för att den enskildes unika behov ska bemötas utifrån ett helhetsperspektiv och med respekt för den enskildes person och integritet.

Jag arbetar för att skapa mervärde för den äldre och eliminera hinder i organisationen.”

Avsiktsförklaring organisationsnivå:

”Vår avsikt är att individens behov ska gå före organisatoriska hinder.

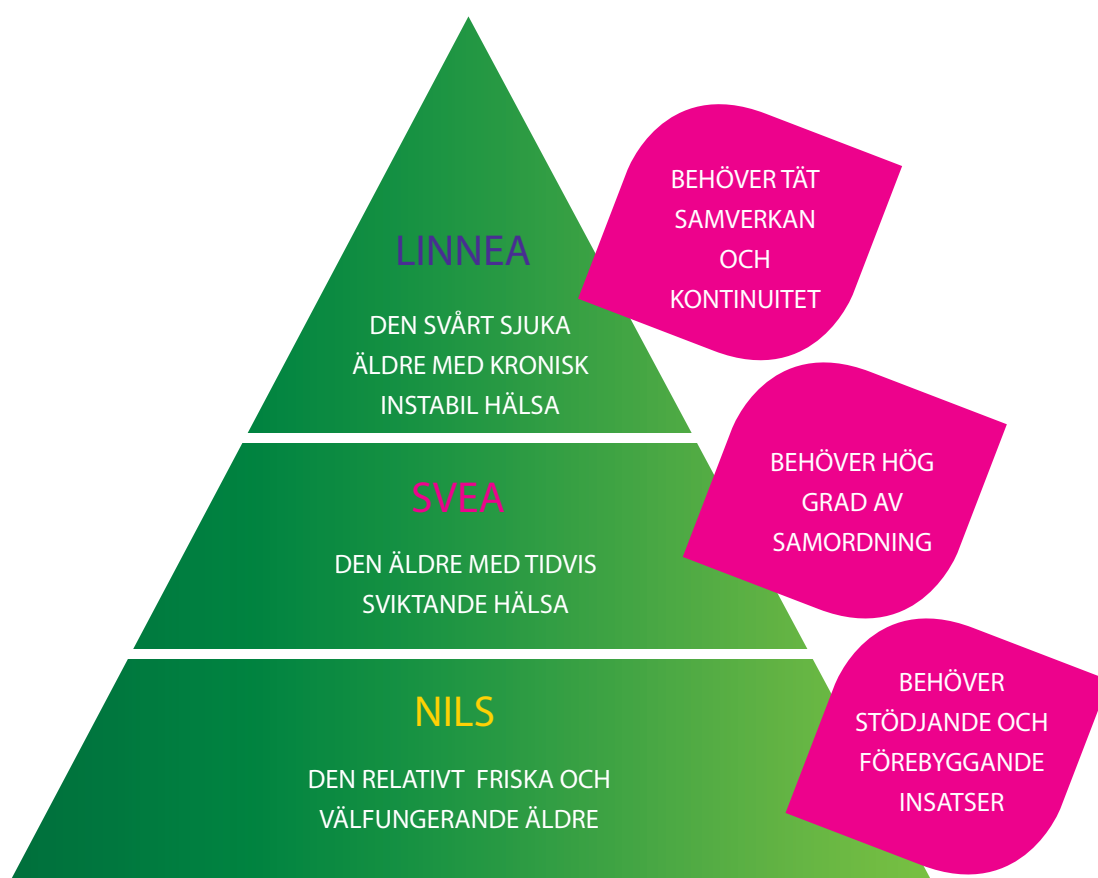
Vår avsikt är att omsorg och vård ska vara personcentrerad och ha ett förebyggande, stödjande förhållningssätt. Vi vill skapa förutsättningar för delaktighet och valfrihet, genom att den äldre får inflytande över insatsernas utformning.

Anställda ska ha adekvat utbildning och kompetens samt tillgång till de verktyg som krävs för att uppfylla verksamhetens mål.

Vi vill arbeta systematiskt och strukturerat, för en fortlöpande samordning och utveckling av omsorg och vård som skapar värde för den äldre.”

MÅLGRUPP

Målgruppen för äldrestrategin är personer 65 år eller äldre som har permanent eller tillfällig nedsättning i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Med inspiration av Dag Noréns rapport om Paradigmskifte ¹ tar äldrestrategin utgångspunkt i tre grupper av äldre utifrån funktionsnivå och behov. Modellen visar de äldre som har kontakt med vård och omsorg. Det finns all anledning att arbeta med riktade förbyggande insatser för de äldre som ännu inte har behov av hjälp och stöd.



¹ Dag Noréns rapport Hälso- och sjukvårdens viktiga paradigmskifte i vården.



NILS

Den relativt friska och välfungerande äldre. Klarar vardagen självständigt med mindre stödinsatser. Har risk för sviktande hälsotillstånd och har behov av stödjande, förebyggande insatser för att bevara sin hälsa och självständighet. Viktigt att stimulera till fortsatt egenvård.

Nils berättar:

Jag är en 77-årig tidigare lantbrukare som tillsammans med min fru bor kvar på gården där vi har levt och verkat. Vi tycker om att pyssla med hus och trädgård och så är det jakten förstås, som är mitt intresse i livet. På kvällarna brukar jag sitta vid datorn, ett intresse som har blivit större på gamle dar. På senare tid har vardagslivet förändrats för oss. Min fru har börjat bli glömsk och tycker inte om att vara ensam och själv väntar jag på operation av en utsliten höft. Värken och oron för min fru tar på krafterna och orken räcker inte till för trädgård och hus längre. Barn och barnbarn bor på annan ort och har sitt att sköta, och vi vill inte gärna be dem om hjälp. Vi har pratat om att flytta till ett ställe där det skulle bli enklare för oss, men det är svårt med allt som ska ordnas och så vill vi ju gärna ha en trädgård att plocka med. Finns det ett sånt ställe? Vi blir inte yngre precis, men vi är ju inte färdiga för hemmet än. Vart vänder man sig, vad finns det för hjälp att söka? Vad händer min fru när jag ska opereras? Vem kan hjälpa oss?

Det är viktigt för mig...

- att jag kan fortsätta vara en aktiv och social medborgare med kontroll över mitt eget liv
- att jag enkelt kan hitta den information, kunskap och hjälp jag behöver för att kunna ta eget ansvar för mitt liv och hälsa
- att jag får hjälp att i tidigt skede upptäcka och åtgärda eventuella risker som jag har
- att det finns boendeformer som skapar förutsättningar för mig att välja ett aktivt åldrande med meningsfullhet och ett socialt liv



SVEA

Den äldre med tidvis sviktande hälsa. Klarar i långa perioder vardagen väl med stöd från hemtjänst, hemsjukvård. Behöv av samordning och tät samverkan kring förberedda insatser när sviktsituationer uppstår.

Svea berättar:

Jag är 85 år och sedan jag blev änka bor jag ensam i min villa. Mina dagar går med att hand-
arbeta och läsa. På grund av olika krämpor som sockersjuka och dåligt hjärta så tryter orken
och jag får hjälp av hemtjänsten med vardagsbestyren. De som kommer hit är snälla och
hjälpssamma, men de är många olika som kommer och man får om och om förklara hur det
ska vara. Ibland är det fikastunderna med mina väninnor jag saknar mest och det kan hem-
tjänsten ju inte hjälpa mig med. Det händer att jag blir andfådd och måste till vårdcentralen
för att få en spruta för hjärtat. Ibland kan jag få sprutan hemma, ibland blir jag inlagd – det
beror på de som jobbar hur det blir. Det kan vara jobbigt att bli inlagd, det är så mycket jag
måste komma ihåg och hålla reda på. Men jag får bra hjälp och det är bra att ha sällskap i
tv-rummet på avdelningen och prata om kvällarna. När jag ska åka hem är det ännu mer
att hålla reda på. Det är tabletter och prover och så är jag rädd att hemtjänsten inte vet hur
det är. Jag brukar ringa till Ingela på kommunen och säga till att jag är hemma så de vet. Det
känns tomt i huset när man inte har varit hemma på ett tag.

Det är viktigt för mig ...

- att mina vård-och omsorgskontakter samordnas till en helhet som har en gemensam bild
av mina behov, en gemensam målsättning och utvärdering av mina insatser.
- att enbart ligga på sjukhus när det är nödvändigt
- att jag inte själv ska vara ansvarig för att information når fram till rätt person
- att jag får hjälp att behålla min funktionsnivå så länge som det går
- att det finns god personalkontinuitet och fasta kontakter så jag kan känna mig trygg och
lättare göra min röst hörd
- att det finns boendeformer som skapar förutsättningar för mig att ha ett tryggt, aktivt
och socialt liv oavsett vårdbehov.



LINNEA

Den svårt sjuka äldre med kronisk instabil hälsa. Behöver tät samverkan och kontinuitet i vård- och omsorgskontakterna för att tas om hand på ett bra sätt.

Linnea berättar

Jag är 81 år och bor på ett äldreboende tillsammans med min make Bertil som har en demenssjukdom sedan 20 år. Barn och barnbarn bor i närheten och de brukar komma hit och hälsa på. Jag har jobbat mycket i mina dagar. De sista åren innan pensionen som marknadschef på bruket där jag började som springflicka som 13-åring. Det blev mycket resande i jobbet, långa sammanträden och en hel del mat och dryck. För inte att nämna cigaretterna som har ställt till det för mig nu. Två hjärtinfarkter har jag haft och så har jag svårt att andas. Sedan en tid tillbaka måste jag ha syrgas dygnet runt för att kunna fungera. Det har blivit mycket farande till sjukhus till än den ena än den andra läkaren. Och jag som brukade vara den starka av oss. Nu är jag så trött och orkar inte kämpa länge till. Jag vill inte åka in till sjukhuset mer, nu får de hjälpa mig här hemma. Man måste väl kunna få önska det? Jag vill ju att Bertil och jag ska få vara tillsammans den tiden som är kvar. Jag vill sluta min levnad här med mina närmaste.

Det är viktigt för mig...

- att behålla kontrollen över mitt eget liv trots stora hjälpbehov
- att alla runt mig har en klar bild av vem jag är, vad målet för min vård och omsorg är, vad som ska hända, när det ska hända och hur det ska gå till när jag blir sämre och inte själv förmår att förmedla det
- att ha kontinuitet. Känd personal och fasta kontakter skapar trygghet för mig
- att få lindring och vård och avsluta mitt liv hemma om jag vill
- att få ett värdigt avslut på livet

HUR SER FRAMTIDEN UT FÖR NILS, SVEA OCH LINNEA?

NILS

har under en tid fått allt mer besvär med sin höft. Han beställer tid för en bedömning av ortopedläkare på vårdcentralen via 1177. Då han har passerat 65 erbjuds han att direkt på hemsidan göra en självskattning av sin hälsa eller boka ett hälsosamtal i samband med besöket hos läkare.

En gång höll det på att gå illa. Nils halkade på köksgolvet och slog sig så han inte kunde resa sig. Hans hemlarm ringde ambulansen som i sin tur ordnade mobil röntgen och kontakt med hemläkare på en kort stund. Som tur väl var så var ingenting brutit och med kommunens flexhjälp kunde Amira och Nils snart klara sig själva igen.

Även nu när Nils väntar på höftoperationen är han och Amira med i Kommunens Flexhjälp. De betalar för 20 valfria insatser som de enkelt bokar efter behov på s.k. tvättstugeschema på 1177. Ibland beställer de mat, ibland är det tvätten som de behöver hjälp med och Amira behöver sällskap på de långpromenader som alltid har betytt så mycket för henne. På 1177 har Nils och frun även kontakt med de som ska stötta Amira under tiden Nils är på lasarettet.

När Nils har fått sin nya höft besöker han lasarettets hjälpmedelsbutik innan hemgång. Tillsammans med arbetsterapeuten där hittar han lösningar som kan underlätta vardagen när han kommer hem. Kommunens arbetsterapeut får meddelande från butiken vilka hjälpmedel Nils har valt att använda och följer upp om det fungerar.

SVEA

har listat sig på vårdcentralens äldrevårdsmottagning. När Svea bokar tid för läkarbesök, träffar hon sin undersköterska först. Undersköterskan följer med Svea in till läkaren och efter besöket går de igenom vad som är sagt och bestämt och hjälps åt att uppdatera Sveas digitala hälsoplan. Ibland blir läkarbesöket ett digitalt möte. Då brukar undersköterskan komma hem till Svea och hjälper till så det funkar med det tekniska. Det tycker Svea känns tryggt.

I hälsoplanen beskrivs hur Sveas vardag ser ut och vad hon behöver av stöd för att må bra men också vilka diagnoser och behandlingar hon har, hur det påverkar Svea och hur planen för framtiden ser ut. De personer som Svea anser är involverade i hennes vardag kan läsa och skriva i planen – det gäller förstås även Svea själv.

När Svea behöver läggas in på sjukhus ligger hon på äldrekliniken. Här har man spetskompetens när det gäller multisjuka äldre, övriga specialister kommer till patienterna på äldreavdelningen och inte tvärtom. Här arbetar all personal i 50/50-tjänster, dvs. arbetet fördelas mellan äldrekliniken, och kommunen. Dietister och rehabmedarbetare på äldreomvårdningen har liknande tjänster. 50/50-tjänsterna är populära, det finns inga vakanta tjänster här. Flera av äldreklinikkens läkare har tjänstgöring både på sjukhuset och på vårdcentralens äldreomvårdning alternativt som hemsjukvårdsläkare. Svea upplever det som att alla känner till henne och vet hur hon har det oavsett om hon möter medarbetarna på sjukhuset, på äldreomvårdningen eller hemma. Det är samma folk som alternerar.

LINNEA

bor på ett trygghetsboende sedan ett antal år. Hon använde sig av kommunens tjänst ”God man-ibland” och fick hjälp med det praktiska när hon sålde huset.

Även om krafterna har avtagit och Linnea behöver allt mer hjälp för att klara sin vardag, så har hon under åren på boendet haft ett rikt socialt liv. Bla har Linnea engagerat sig i planeringen av boendets grönområde och nu njuter hon resultatet av det arbetet.

Om det blir nödvändigt för Linnea att läggas in på sjukhus så kan hennes mobila hemläkare direktinskriva henne på äldrekliniken. Senast var för två år sedan när hon föll och bröt armen så illa att det fick spikas. Arbetsterapeuten som jobbade på avdelningen hade nyligen haft sin kommuntjänstgöring så hon kände väl till Linneas hemmiljö och snart var hon hemma igen. Hemläkaren var med på rondan inför hemgång för att planera hur Linneas smärtstillande skulle trappas ner när hon kom hem.

Två gånger om året kommer undersköterskan och hjälper Linnea med bedömning av munhälsan. Det brukar bli många skratt när de har digitalt möte direkt med tandvården och scannar Linneas mun med mobilkameran. Men det funkar och Linnea är tacksam att hon slipper lägga sin sinande energi på att åka iväg för undersökning.

I Linneas hälsoplan står hennes önskemål inför den sista tiden i livet, vad som är viktigt för henne och hennes närmaste. Planen finns i det gemensamma kommunikationssystemet som alla har tillgång till. Utöver Linnea själv har hon gett behörighet till sina anhöriga och berörda vård- och omsorgs instanser att läsa och skriva där.

NILS, SVEA OCH LINNEA I CENTRUM

Alla aktörer som har ansvar för eller har intresse i vård- och omsorg och god livskvalitet för den äldre ingår i en gemensam plattform. Här planeras samordnade och kompletterande insatser för en vård- och omsorgskedja där ingen faller mellan stolarna och där Nils, Svea och Linnea är i centrum för all verksamhet.

Utöver kommunerna och regionen så finns även äldregrupper, anhöriggrupper, föreningar, näringslivsrepresentanter och volontärarbetare knutna till plattformen. Plattformen gör det möjligt att kanalisera gemensamma och kompletterande krafter, verka över gränserna och skapa delaktighet och livskvalitet för de äldre.

ARBETET MED FRAMTAGANDE AV ÄLDRESTRATEGIN

Tvärgrupp äldre har tagit fram Äldrestrategin på uppdrag av Ledningsgruppen för samordning av länets hälso- och sjukvård och socialtjänst i Kronobergs län. Ledningsgruppen består av kommunernas socialchefer/förvaltningschefer, regionens berörda centrumchefer samt hälso- och sjukvårdsdirektör. I texten kallad Länets ledningsgrupp. Tvärgrupp äldre är en tvärprofessionellt sammansatt grupp med representanter från länets kommuner, slutenvård, primärvård samt utvecklingsledare.

ARBETSMETOD

En grundpelare i framtagandet av äldrestrategin har varit att ha fokus på den äldres upplevelse framför respektive huvudmans specialistområde. Med utgångspunkt i tre fiktiva personers livsberättelser och resa genom vård och omsorg har tvärgruppen identifierat ett antal fokusområden att bygga vidare på. Utmaningen har varit att bejaka individens hela livssituation och inte enbart den aktuella, statiska bilden som ”att sätta patienten i centrum” ofta innebär ur ett organisatoriskt perspektiv.

Struktur för arbetet:

- Identifiering av fokusområden
- Intervjuer med äldre för djupare förståelse och insikt.
- Från insatsorientering till behovsorientering. Vad skapar mervärde för den äldre?
- Fokusering på samordning i gränssnitten mellan organisationer

För att hamna rätt i förhållande till det arbete som pågår på ett nationellt plan har Tvärgruppen tagit del av relevanta analyser och rapporter:

- Dag Norens rapport *Hälso- och sjukvårdens och omsorgens viktiga paradigmskifte i vården*
- Vårdanalys *Analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- och omsorgssystem*
- Socialstyrelsen *Öppna jämförelser 2015. Vård och omsorg om äldre*
- Socialstyrelsen *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2016*
- Göran Stiernstedts utredning *Effektiv vård*
- Rapport avseende medborgardialogen i Örebro kommun, ”Så vill vi ha det som äldre”
- Anna Nergårdhs utredning *Samordnad utredning för god och nära vård*
- Dag Norens rapport *Läkarmedverkan i kommunal hemsjukvård. Från hemsjukvård till hälso- och sjukvård i hemmet*
- Projektrapport *Äldrehälsa Kronoberg*
- Swecos projektutvärdering *Äldrehälsa ur medarbetar- och verksamhetsperspektiv*

REFLEKTIONSFRÅGOR FÖR CHEFER OCH MEDARBETARE

- När du läser äldrestrategin i sin helhet, vad väcker den för tankar hos dig?
- Vad tycker du stämmer överens med det arbete som görs för de äldre idag och vad tycker du behöver göras annorlunda?
- Utifrån din roll och din arbetsplats, känner du igen dig i de olika delarna av strategin? Tex Avsiktsförklaringar, målgruppspyramiden, framtidsbilden? Finns det något som stämmer speciellt bra eller dåligt överens?
- Hur tänker du att Äldrestrategin kan användas för att utveckla den verksamhet du arbetar i? Hur kan du genom ditt arbete bidra till den utvecklingen? Vilka förutsättningar finns för att stödja den utvecklingen?
- Vilken bild har du av hur framtiden kommer att se ut för Nils, Svea och Linnea? Om du skulle skriva ner din målbild, skulle den då stämma överens med ovanstående eller skiljer den sig?

