GEMENSAM STRATEGI FÖR DE ÄLDRE I KRONOBERG 2017-2025

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

Alvesta kommun
Växjö kommun
Europas grönaste stad
Tingsryds kommun
Uppvidinge kommun
Ljungby kommun
Lessebo Kommun
Markaryds kommun
Älmhults kommun
Region Kronoberg

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

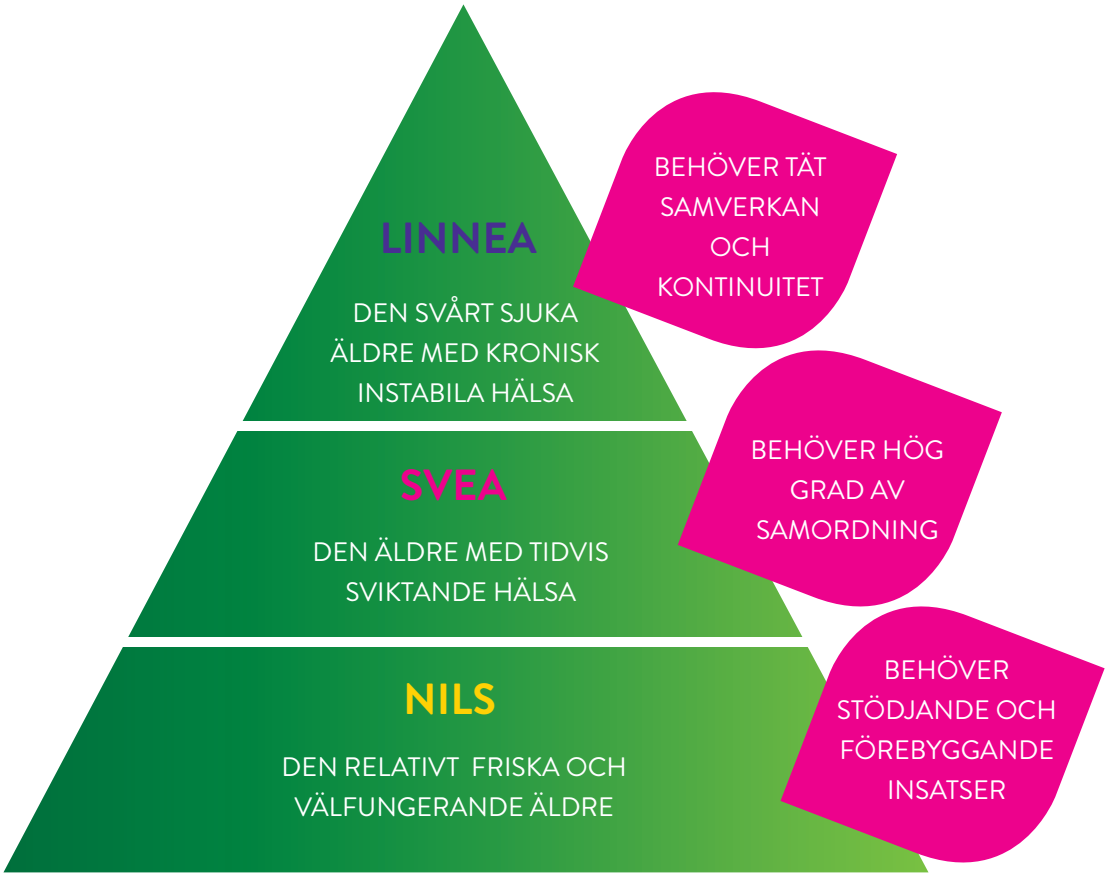
Målbild ur den äldres perspektiv:
”Jag kan åldras med värdighet, integritet, trygghet och välbefinnande. Jag vill bli sedd som den person jag är och bli bemött med respekt. Jag vill leva ett meningsfullt liv och kunna få den information och det stöd som jag behöver för att kunna vara delaktig i beslut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

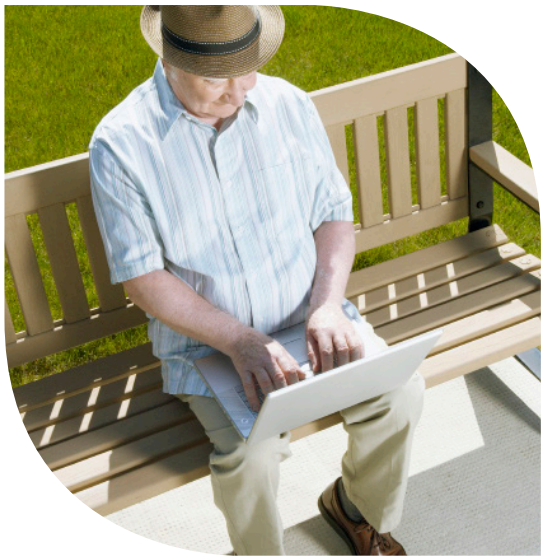
Avsiktsförklaring organisationsnivå:
”Vår avsikt är att individens behov ska gå före organisatoriska hinder.
Vår avsikt är att omsorg och vård ska vara personcentrerad och ha ett förebyggande, stödjande förhållningssätt. Vi vill skapa förutsättningar för delaktighet och valfrihet, genom att den äldre 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 handarbeta 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 hjälpsamma, 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 hemtjänsten 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 bruka 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 det 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

NIVÅSTEGEN

Nivåstegen är framtagen för att tydliggöra sambandet mellan resultat och investering. Ju högre nivå man strävar efter att nå, desto mer engagemang, tid och pengar krävs det för att nå dit. Det har avgörande betydelse för måluppfyllelse och effektivitet i arbetet, att det görs gemensamma prioriteringar och vägval för att kunna sätta upp relevanta mål och ta fram en handlingsplan för genomförande och implementering och uppföljning.

NIVÅ 3

- Utveckla en patient och brukarcentrerad organisation med gemensam ekonomi, helhetsansvar, gemensam värdegrund och vision för den äldres bästa.
- Utforma samverkansavtal så de tar utgångpunkt i patient/brukarnytta fram för beskrivning av ansvarsfördelning mellan organisationer.
- Identifiera och åtgärda resursslöseri och onödiga kontakter. D.v.s. arbete som inte bidrar till att lösa en uppgift eller inte skapar mervärde för medborgaren.
- Utveckla administrativa system som underlättar samordning över gränserna och delaktighet för den äldre.
- Utveckla möjlighet för tjänster som sträcker sig över organisationsgränser.
- Utveckla geriatrisk klinik med samlad hög kompetens omkring komplexa äldrefrågor.
- Seniorboende som skapar förutsättningar för livskvalitet och ett aktivt åldrande
- Bredda 1177s uppdrag och kompetens. Seniorinformation, hälsofrämjande levnadsvanor, egenvård. Respektive kommuns äldreinformation

NIVÅ 2

- I alla verksamheter oavsett vårdformer finns patient/brukare som en resurs i utvecklingen av vård-och omsorg
- Vårdplaner och samordnade planer används aktivt i verksamheterna och följer patienten över organisationsgränserna
- Gemensam IT-plattform för utdata, mätetal, kompetens-och erfarenhetsutbyte, presentation av utvecklingsarbete
- Skapa förutsättningar för och utveckla verksamheter med särskild kompetens äldre. Mobil läkare, äldremottagning
- Utveckla tekniska lösningar som främjar trygghet, delaktighet och tillgänglighet

NIVÅ 1

- Fokus på det preventiva arbetet och tidig identifiering av riskpatienter på alla vårdnivåer.
- Utveckla ett stödjande arbetssätt på alla vårdnivåer samt ett strukturerat arbete omkring egenvård och egenansvar
- Utveckla vårdplaneringen och SIP på ett sätt som skapar mervärde för den äldre
- Fortsatt arbete för vård på rätt vårdnivå tex. användning av Beslutsstöd
- Översyn av all skriftligt material. Information och beslut ska vara skrivit på ett språk som den äldre kan förstå. Involvera äldrerepresentant i arbetet
- Skapa förutsättningar för samverkan kring den äldre genom att hitta strukturerade former för insyn i varandras verksamheter, tex genom bredvidgång eller studiebesök
- Systematiskt förbättringsarbete över huvudmannagränser.
- Fortsatt arbete med kvalitetsregister i det systematiska förbättringsarbetet
- Kvalitetsregisterkunskap på sjuksköterskeprogrammet samt på vård-och omsorgscollege
- Förstärka, förtydliga och skapa förutsättningar för primärvårdens samordnande roll och funktion. Tex vid vårdplaneringar och SIP.

FORTSATT ARBETE MED ÄLDRESTRATEGI KRONOBERG

Ett heltäckande arbete med konkretisering av äldrestrategin måste ske i flera steg.

STEG 1

Prioritering och vägval

Länets ledningsgrupp tar ställning till vilka riktningar och prioriteringar som kommuner och Region Kronobergs verksamheter gemensamt ska arbeta med i förhållande till Äldrestrategin. Berörda chefer i länets ledningsgrupp beskriver på vilket sätt man avser prioritera den egna verksamheten för att stödja arbetet och implementeringen av den framtida handlingsplanen.

STEG 2

Konkretisering

Utifrån ovanstående prioritering kan en gemensam handlingsplan tas fram gällande målsättning, genomförande och implementering. Handlingsplanen kan tas fram av Tvärgrupp äldre eller av tvärgruppen utsedda personer. Representanter från målgruppen Äldre ska vara en av aktörerna i framtagandet av handlingsplanen.

STEG 3

Beslut

Strategi och handlingsplan beslutas av länets ledningsgrupp samt på politisk nivå.

STEG 4

Genomförande och utvärdering

Alla berörda chefer i länets kommuner och i Region Kronoberg är ansvariga för genomförandet av de aktiviteter som är fastställda i den gemensamma handlingsplanen.
Länets ledningsgrupp gör löpande halvårsuppföljning av handlingsplanens mål.
Chefer i länets kommuner och i regionen är ansvariga för att löpande följa resultat och måluppfyllelse i den egna verksamheten.

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”*