

Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre

– stöd för vård- och omsorgsgivare,
kommuner, landsting och regioner

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

ISBN 978-91-87169-69-4

Artikelnr 2012-10-2

Omslag Socialstyrelsen/Iwa Wasberg

Foto Bertil Ericson/Scanpix

Tryck Edita Västra Aros, Västerås, oktober 2012

Förord

En av de främsta utmaningarna i vårt land är att erbjuda god hälso- och sjukvård och socialtjänst till den äldre befolkningen. I ett längre perspektiv kommer kraven att bli fler, till följd av att de äldre blir en allt större andel av befolkningen.

De mest sjuka äldre har omfattande funktionsnedsättningar till följd av åldrande, skada eller sjukdom. För att ge dessa personer god vård och omsorg ställs särskilda krav på hälso- och sjukvården och socialtjänsten.

Regeringen satsar på samordnade insatser om de mest sjuka äldre, och har som ett led i det gett Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram ett stöd för kommuner och landsting i deras arbete med att utveckla lokala vård- och omsorgsprogram.

Det här är ett område där det sjuder av aktivitet; en rad spännande utvecklingsarbeten pågår runt om i landet. Därför kommer det hela tiden ny kunskap och det utvecklas nya modeller för vården och omsorgen. Materialet i den här vägledningen bygger på det nuvarande kunskapsläget om vård och omsorg om de mest sjuka äldre, och på vad regelverket säger om samverkan mellan olika aktörer för den här målgruppen.

Projektledare för uppdraget har varit Malin Ahrne och i projektgruppen har från Socialstyrelsen Ann-Christin Sultan, Malin Bruce, Elisabeth Sjöström och Per Johansson medverkat. Den juridiska granskningen har gjorts av Ylva Ehn. Vägledningen har tagits fram i samråd med Sveriges Kommuner och Landsting. I arbetet med att ta fram denna vägledning har flera personer bidragit med synpunkter under arbetets gång, både på Socialstyrelsen och externt. En tidigare version av vägledningen diskuterades på en hearing den 1 juni 2012 där Sveriges Kommuner och Landsting, Äldrecentrum, Läkarförbundet, Svensk Geriatrisk Förening, Riksföreningen för Medicinskt Ansvariga Sjuksköterskor och Vårdförbundet deltog.

Lars-Erik Holm
generaldirektör

Innehåll

Förord.....	3
Sammanfattning	7
Inledning	8
Nationell värdegrund	8
Trygghet, samordning, helhetssyn.....	8
Vägledningens disposition	9
Vilka är ”de mest sjuka äldre”	11
Alla äldre behöver inte vård och omsorg men några behöver mycket	11
Ellen och Fariba	12
Här är berättelsen om Ellen	12
Det här är Faribas berättelse	13
Vilka problem upplever de mest sjuka äldre?	14
Äldre som kommer i kläm mellan olika aktörer i vården och omsorgen.....	14
Frågeställningar.....	15
Vård- och omsorgsprogram för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov	17
Identifikation av målgruppen	19
Samordnad individuell vård- och omsorgsplan.....	19
Bedömning.....	19
Planering.....	19
Uppföljning – på individnivå.....	19
Insatser.....	20
Uppföljning – av vård- och omsorgsprogrammet	20
Identifiera målgruppen; hur vi hittar dem med störst behov	21
Identifiering av riskpersoner.....	21
Prediktiva modeller för att identifiera riskpersoner	22
Samtycke.....	22
Samordnad individuell vård- och omsorgsplanering	23
Definitioner och regelverk.....	23
Genomförandeplan.....	25
Behovsbedömning i den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen.....	26
Socialtjänstens bedömning av den enskildes behov	26
Att kommunicera verksamhetsöverskridande	27
Hälso- och sjukvårdens bedömning av den enskildes behov	28

Innehåll

Personcentrerad vård.....	29
Samordnad individuell vård- och omsorgsplan – när den enskilde har behov av både vård och omsorg	29
Utredningshemtjänst	31
Att få vara med och påverka sin situation – vikten av delaktighet och inflytande för den enskilde.....	31
Dokumentation och uppföljning.....	32
Insatser; hur kan vi agera för att det ska bli så bra som möjligt	33
Koordinerade vård- och omsorgsinsatser	33
Fast vårdkontakt	33
Sjuksköterskan som samordnare.....	34
Biståndshandläggarens roll som samordnare.....	34
Samordning av den enskildes vård- och omsorg; andra aktörer	35
Äldrelotsar i Blekinge.....	36
Multiprofessionella team – en form av intensiv samverkan för den enskildes bästa	37
Strukturerad samverkan och incitament	39
Exempel på andra anpassade insatser	40
Ökad tillgänglighet	40
Hemvårdsenheten i Uppsala.....	41
Mobil läkare i Ljungby	41
När behov av slutenvård uppstår	42
Uppföljning och revidering	44
Förutsättningar för bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre	46
Äldreomsorgen.....	46
Evidensbaserad praktik inom äldreomsorgen.....	47
Omsorgspersonalen	47
Primärvården.....	48
Hemsjukvård; en länk mellan äldreomsorgen och sjukvården?	49
Geriatrisk kompetens	49
Styrningen av vård och omsorg för de mest sjuka äldre.....	50
Referenser	53

Sammanfattning

Många äldre personer med betydande funktionsnedsättning har komplexa behov av både vård och omsorg. För den här gruppen är det angeläget att förbättra samarbetet mellan vården och omsorgen och att arbeta med gemensamma och lokalt fastställda riktlinjer. Det bidrar till att alla äldre, oavsett graden av funktionsnedsättning och omsorgsbehov, får den vård och omsorg de behöver, känner sig trygga och väl omhändertagna. Lokala riktlinjer som är gemensamma för flera aktörer underlättar också när man sätter upp mål för sin verksamhet och för resultatuppföljning.

Det handlar om att aktörerna ska komma överens om rutiner för att identifiera personer ur målgruppen, hur bedömning och planering ska gå till samt rutiner för hur insatser ska utformas.

Viktiga delar i ett lokalt vård- och omsorgsprogram är:

- 1) Identifiera målgruppen
- 2) Samordnad individuell vård- och omsorgsplanering
- 3) Särskilda och anpassade insatser
- 4) Uppföljning

För varje moment fastställer kommuner och landsting lokalt vilka rutiner som ska gälla. Detta utgör sedan det lokala vård- och omsorgsprogrammet. Man bör också fastställa formerna för det fortlöpande arbetet med uppföljning och revidering av programmet.

För att ett vård- och omsorgsprogram ska kunna tas fram och implementeras krävs strukturerad samverkan mellan huvudmännen och utförare.

Inledning

Denna vägledning är ett stöd i arbetet med att ta fram lokala vård- och omsorgsprogram för att förbättra samverkan och för anpassade insatser på lokal nivå för de mest sjuka äldre. Runt om i Sverige pågår en stor mängd initiativ för äldre som syftar till att förbättra vården och omsorgen och många av dessa handlar om samverkan. Vägledningen är tänkt som ett underlag i det arbetet. Målgruppen för vägledningen är alla inom kommuner och landsting m. fl. och privata som jobbar med att planera, beställa och utföra vård och omsorg, både på ledande befattningar och ute i verksamheterna.

Ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre är en lokal eller regional överenskommelse mellan flera aktörer om ett strukturerat arbetssätt för en speciell målgrupp. Innehållet i den här vägledningen ger ett förslag på struktur för en sådan överenskommelse.

Nationell värdegrund

Den nationella värdegrunden för äldreomsorgen gäller alla kommuner och verksamheter som utför äldreomsorg enligt socialtjänstlagen 2009:981 SoL. Den nationella värdegrunden går ut på att alla personer som får äldreomsorg ska leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. För att uppnå det ska äldreomsorgen bland annat värna och respektera den enskilda personens rätt till privatliv och kroppslig integritet, självbestämmande, delaktighet och individanpassning.

Trygghet, samordning, helhetssyn

Trygghet är inskrivet i både hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL och i SoL men det finns ett stort tolkningsutrymme när det gäller vad som upplevs som tryggt. Det samma gäller hur man kan skapa, mäta och följa upp trygghet. Trygghet kan ses som en konsekvens av att vården och omsorgen samverkar och samarbetar så att den enskilde kan känna sig säker på att få rätt hjälp vid rätt tidpunkt och på rätt vårdnivå. Trygghet handlar också om att det ska finnas någon att tala med inom vården och omsorgen som känner den enskilde; alltså om kontinuitet i personalgruppen. Likaså ska den enskilde kunna känna sig trygg dygnets alla timmar, veckans alla

dagar. Trygghet handlar alltså om flera saker, t.ex. samordning, kontinuitet, tillgänglighet, bra kvalitet på vården och omsorgen, patientsäkerhet, trygghet i sin boendesituation, bemötande, medverkan och inflytande. En sammanhållen organisation över dygnet och under hela veckan är viktig för upplevelsen av trygghet och kontinuitet i hemtjänst och hemsjukvård [4, 5]. Vårdenheterna som ger primärvård har ett ansvar för att de personer som valt vårdenheten har tillgång till läkare även på tider då mottagningen är stängd. Lösningarna ser olika ut i olika kommuner och lands- ting. För upplevelsen av kontinuitet och trygghet hos den här målgruppen är det viktigt att öka möjligheten till vård utanför kontorstid och att öka möjligheten till hembesök av läkare [6–8].

Samordningen av vården och omsorgen och att koordinera vården och omsorgen kring den enskilde är också viktigt. Den enskilde äldre personen i den här målgruppen behöver en namngiven person att kontakta vid behov, en fast vårdkontakt, kontaktperson eller samordningsansva- rig. Medverkan av den enskilde och all inblandad personal i vård- och omsorgsplaneringen är också viktig för att skapa kontinuitet och för att insatser och rutiner ska vara anpassade efter den enskildes önskemål i så hög grad som möjligt.

En helhetssyn på individen och ett individcentrerat eller situationsan- passat förhållningssätt beskrivs genomgående i alla insatser för de mest sjuka äldre. Ju mer komplex en individs situation är, desto viktigare blir det med individuella, flexibla lösningar som är anpassade och skraddar- sydda efter den enskildes behov och önskemål. Det behövs rutiner för att man ska kunna ha en vård och omsorg närmast individen som ”inte bara styrs av rutiner”, utan av individens behov och dagsform [2, 6, 9–12]. En helhetssyn som genomsyrar hela vården och omsorgen kan motverka de organisatoriska bristerna som finns när det gäller samverkan [13].

Vägledningens disposition

Kapitel 1 och 2 beskriver målgruppen de mest sjuka äldre och vilka pro- blem som den gruppen möter i vården och omsorgen. Här finns också två fallbeskrivningar som är helt fiktiva, men som belyser en del av de problem i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre som kan före- komma. Till fallen finns en del exempel på frågeställningar på olika håll i vägledningen, som kan användas för diskussion och reflektion om hur rutinerna för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre fungerar och hur de kan förbättras lokalt.

Inledning

I kapitel 3 beskrivs syftet med och innehållet i ett vård- och omsorgsprogram översiktligt. Sedan får de olika delarna i vård- och omsorgsprogrammet varsitt kapitel. Kapitel 4 tar upp hur man kan identifiera målgruppen de mest sjuka äldre. Kapitel 5 tar upp den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen som är en central del. Olika insatser för målgruppen tas upp i kapitel 6 och kapitel 7 handlar om uppföljning. Sist, i kapitel 8, tas vissa strukturella faktorer på mer övergripande nivå upp.

Vilka är ”de mest sjuka äldre”

Vilka menar vi när vi pratar om de mest sjuka äldre? Jo, det är de äldre som har nedsatt funktionsförmåga i flera olika avseenden. De kan ha en eller flera olika diagnoser, och de kan ha behov av insatser från både äldreomsorgen och från sjukvården. Äldre personer med sammansatta behov av vård och omsorg riskerar att falla mellan stolarna när de bollas mellan de olika aktörer som är inblandade i deras vård och omsorg.

Alla äldre behöver inte vård och omsorg men några behöver mycket

Det finns olika definitioner som omfattar äldre personer med komplexa och sammansatta behov av vård och omsorg, man pratar om ”mest sjuka äldre”, ”multisjuka äldre”, ”multisviktande äldre”, ”sköra äldre” osv. Det viktigaste är att definitionen är anpassad för ändamålet. Man kan behöva en bred, övergripande definition som är gemensam för alla aktörer, och en mer specifik, snävare definition som är anpassad för en enskild verksamhet.

Socialstyrelsen har gjort en avgränsning av gruppen de mest sjuka äldre. Avgränsningen har gjorts i de register som finns över sjukvårdskonsumtion och omsorg. Socialstyrelsen definierar de mest sjuka äldre som personer 65 år eller äldre, som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av sjukdom, skada eller åldrande. Därför har de också stora och återkommande behov av vård- och omsorgsinsatser. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre består av 35 000 personer (motsvarande 2 procent av befolkningen 65 år och äldre) som får både ”omfattande sjukvård och omfattande omsorg”. Med den vidaste avgränsningen ingår närmare 300 000 personer (18 procent av befolkningen 65 år eller äldre) som har någon form av omfattande sjukvårds- eller omsorgsinsatser [14].

Omfattande sjukvård definieras genom att den enskilde uppfyller minst ett av följande kriterier:

- Uppfyllt kriterierna för multisjuk under året.
- Fler än 19 dagar i slutenvård per år.
- Fler än tre inskrivningar i slutenvård per år.
- Fler än sju besök till specialistläkare i öppen vård per år.

Vilka är ”de mest sjuka äldre”

Omfattande omsorg definieras enligt följande:

- Bor permanent i särskilt boende
- eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per vecka i ordinärt boende
- eller beslut om insats enligt LSS
- eller beslut om korttidsboende[14].

Ellen och Fariba

Äldre, sköra personer med sammansatta och komplexa behov av både vård och omsorg är framförallt individer, och deras livshistoria och situation är unik, även om det kan finnas likheter och upplevelser som är gemensamma. Här nedan har vi beskrivit två äldre damers situation, två individer som kan omfattas av den definition av målgruppen mest sjuka äldre som Socialstyrelsen gjort (se ovan). Dessa två damers livssituation och aktuella status är helt uppbyggda, men ändå inte helt ovanliga idag i svensk sjukvård och äldreomsorg. Vi kommer att använda Ellen och Fariba som exempel på några ställen i texten, och vi kommer att ta upp några förslag på frågeställningar som man kan utgå från i olika diskussioner om hur man vill jobba med de här frågorna lokalt.

Här är berättelsen om Ellen:

Ellen är 96 år och bor ensam. Hennes man dog för 25 år sedan. Hon har både barnbarn och barnbarnsbarn men inga andra nära anhöriga kvar. De flesta bor inte i närheten och de har inte så tät kontakt.

Ellen har alltid varit frisk, men sedan fem år tillbaka har Ellens hälsa vacklat och hon har fått allt svårare att klara av sin vardag. I samband med en sjukhusvistelse för fem år sedan, då Ellen hade ramlat i hemmet och fått en bäckenfraktur, gjordes en vårdplanering och Ellen beviljades hjälp i hemmet med städning, tvätt och inköp. Ellen har aldrig blivit riktigt bra efter den där frakturen, hon har nedsatt rörlighet och värk, särskilt på kvällarna. Sedan har Ellen successivt fått allt sämre hörsel, och även synen har försämrats kraftigt. Hon kan inte längre lösa korsord och läsa som hon gjort tidigare vilket hon är ledsen för. Hon har också fått svårt att använda telefonen. Ellen har gått ner mycket i vikt de senaste åren. Hon har ingen aptit, och tar sig inte för att äta. Hon har också fått sämre minne, och glömmet ofta både att äta och att ta sina mediciner. Hjälpens utvid-

gats successivt under de senaste fem åren med färdtjänst, trygghetslarm, matlådor, hjälp med mediciner samt dusch. Hemtjänsten sköter inköp, tvätten, städningen och kommer tre gånger per dag och serverar frukost, lunch och middag. Ellen har också fått viss bostadsanpassning, hon har fått handtag i badrummet, toalettförhöjning och spislås. Hemsjukvården kommer en gång i veckan med en ny dosett med mediciner för hela veckan. Ellen har svårt att ta sig till vårdcentralen där hon har sin husläkare, den mesta kontakten med läkaren sker via hemsjukvården.

Ellen har vårdats tre gånger på sjukhus under det senaste året. Första gången hade hon en lunginflammation och låg en vecka på sjukhus. Andra gången hade Ellen ramlat och fått ett stort jack i bakhuvudet och en lättare hjärnskakning. För en vecka sedan ramlade hon igen och bröt lårbenshalsen. Hon är förvirrad, ledsen och har mycket ont. Dottern har varit och hälsat på två gånger på sjukhuset, och önskar att Ellen ska få ett annat boende. Ellen själv säger att hon vill åka hem. En ny vårdplanering är nu inplanerad.

Det här är Faribas berättelse:

Fariba är 79 år och bor på Rosengården, ett särskilt boende i en svensk storstad, sedan 4 år. Fariba är halvsidesförlamad efter en stroke och har afasi. Hon har ett mycket stort omvårdnadsbehov då hon behöver hjälp med det mesta, som personlig hygien, all förflyttning, matning etc. Tre av Faribas barn bor i närheten och kommer ofta på besök. De är mycket oroliga för sin mammas hälsa. Hon har två barn till som bor utomlands i Faribas gamla hemland. Fariba kom till Sverige några år innan hon fick sin stroke, och talar bara persiska, ingen svenska. Fariba har problem med smärta som ofta är svår att lokalisera. Hon har också problem med magen och blir ofta kraftigt förstoppad, samt har behandlats för upprepade urinvägsinfektioner. Personalen har mycket svårt att kommunicera med Fariba och upplever att hon ofta är mycket nedstämd och gråter. Förra helgen skickade personalen in henne till sjukhus för att hon verkade ha mycket ont och vägrade att komma upp ur sängen. Hon kom hem igen utan att man hade upptäckt något särskilt på sjukhuset, alla prover var OK.

Vilka problem upplever de mest sjuka äldre?

De flesta äldre i Sverige mår relativt bra och klarar sig själva. De som upplever problem och är missnöjda är de som är mest utsatta på grund av att de har omfattande och komplexa behov av vård och omsorg. Äldre som uppger att de har ett dåligt hälsotillstånd är generellt sett mindre nöjda, både med hemtjänst och äldreboende, än de äldre som har en god hälsa. Missnöjet är också högre bland de äldre som har besvär med oro, ångslan och ångest [15].

Vilka problem upplever de enskilda individerna i den här gruppen? Vilka problem handlar om samverkan mellan organisationer och vilka problem finns inom respektive organisation? Vilka problem finns på individuell nivå närmast den enskilde, och vilka är problemen på strukturell nivå?

Känslan av sammanhang och av att bli sedd som en individ och inte ett objekt är viktiga aspekter när det gäller livskvalité bland äldre människor med stora vård- och omsorgsbehov. Social samvaro och att få samtala med andra är sådana faktorer som lyfts fram. Trygghet, tillgänglighet och kontinuitet är viktiga faktorer när det gäller kontakter med vården och omsorgen.

Äldre som kommer i kläm mellan olika aktörer i vården och omsorgen

Något som ofta beskrivs som ett problem är att äldre personer med komplexa behov av både vård och omsorg riskerar att falla mellan stolarna när de exempelvis har insatser från både socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Koordinering av vård- och omsorgsinsatser, trygghet, kontinuitet och ett salutogent förhållningssätt är några av de behov som brukar lyftas fram när man talar om de mest sjuka äldre [6, 10, 16, 17].

Marknadsanpassade modeller för vård- och omsorg har bidragit till den ökade fragmentiseringen av vården och omsorgen. För att inte de negativa konsekvenserna av detta ska slå igenom förespråkar man alltmer olika former av integrerad vård och omsorg och att arbeta horisontellt med vårdkedjor. Huruvida det går att kombinera en marknadsanpassad modell med integrerad vård och omsorg beror i mångt och mycket på hur man

utformar modellerna, exempelvis vilka incitament och belöningssystem man väljer att ha samt vilken tyngd man ger de olika komponenterna [18].

Problem finns beskrivna på många olika områden för denna grupp äldre, till exempel när det gäller:

- Läkemedelsanvändning bland äldre [19–21]
- Kost och nutrition; framförallt undernäring hos äldre [22]
- Tandvård [23]
- Palliativ vård [24]
- Psykisk sjukdom hos äldre [25, 26]
- Utbyte av patientinformation mellan vårdgivare [27]
- In- och utskrivning; patientförflyttning [6, 28]
- Bristande kontinuitet och trygghet [15, 21, 29]
- Geriatrisk kompetens och kompetens generellt [30, 31]
- Väntetider på akuten [32, 33]
- Mångbesökare på akuten [34]
- Primärvårdens läkarstöd till hemsjukvården [4, 8, 35, 36]
- Ersättningsmodeller inom vårdval som inte på ett optimalt sätt tillmötesgår behoven hos äldre med komplexa behov, eller som t.ex. inte premierar samverkan med andra vård- och omsorgsgivare [36–38]
- Biståndsbedömningen [39]
- Det sociala innehållet i omsorgen [40]

Det finns många andra områden som också är relevanta, som påverkar kvalitén och upplevelsen. Det handlar till exempel om bemötande, om vilka insatser man får, tillgång till ny teknik, anhörigstöd, antalet platser inom olika boendeformer och köerna för särskilt boende, upphandlingsförfarande, samverkan mellan vårdgivare, rehabilitering osv. Frågeställningarna nedan är förslag på frågor som kommuner och landsting kan utgå ifrån i diskussioner om de lokala behoven, utifrån exemplen med Ellen och Fariba.

Vilka problem upplever de mest sjuka äldre?

Frågeställningar:

- Vilka problem finns med äldreomsorgen när det gäller Ellen respektive Fariba?
- Vilka problem finns med hälso- och sjukvården när det gäller Ellen respektive Fariba?
- Vilka problem finns specifikt kring samordning?
- Vilka problem med samverkan kan man tänka sig på en mer övergripande nivå?
- Vad kan man tänka sig att Ellen respektive Fariba själva upplever som sitt största problem?

Vård- och omsorgsprogram för äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov

Samarbetet mellan vården och omsorgen behöver bli bättre för de mest sjuka äldre. Gemensamma, lokala riktlinjer kan bidra till att alla äldre, oavsett graden av funktionsnedsättning och omsorgsbehov, får den vård och omsorg de behöver, att de känner sig trygga och väl omhändertagna. Lokala vård- och omsorgsprogram handlar om att aktörerna ska komma överens om rutiner som ska gälla för att 1) identifiera personer ur målgruppen, för 2) samordnad individuell vård- och omsorgsplan (bedömning och planering), 3) särskilda insatser och 4) uppföljning.

Vårdprogram kan definieras som ”riktlinjer för hälso- och sjukvård för en viss grupp av patienter” enligt Socialstyrelsens termbank [41]. Vård- och omsorgsprogram skulle därmed kunna definieras som ”riktlinjer för hälso- och sjukvård och omsorg för en viss grupp av patienter”, i det här fallet riktlinjer för gruppen mest sjuka äldre. Vårdprogram kan vara lokala, regionala och nationella.

Nationella vårdprogram eller riktlinjer för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är komplicerade att ta fram. Förutsättningarna ser så olika ut på olika håll i landet. Sverige har ett långtgående självstyre i landsting och kommuner. På många områden finns inte heller tillräcklig kunskap i dagsläget för att göra prioriteringar på nationell nivå om vilka insatser som är bäst för den här målgruppen. Inom gruppen finns också en mycket stor spännvidd när det gäller behov av insatser. Bland personerna i gruppen mest sjuka äldre ryms alla diagnoser och kombinationer av diagnoser, alla grader av funktionsnedsättning osv. Behovet av en individualiserad vård och omsorg blir bara större ju mer komplexa behoven är. Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att ta fram en vägledning för hur de nationella riktlinjer som finns ska tillämpas på målgruppen mest sjuka äldre. Den vägledningen beräknas vara klar under 2013.

Vårdprogram inom sjukvården har ofta ett avgränsat tillstånd eller en specifik diagnos i fokus. Vid väl avgränsade sjukdomstillstånd kan det vara lättare att följa ett standardiserat vårdprogram, som t.ex. när det gäller astma. Vid mycket komplexa och sammansatta behov, där det snarare är en individs totala livssituation som ska vara i fokus, blir vårdprogrammets uppgift att utgöra en minsta gemensamma nämnare för vad som kan förväntas av vården och omsorgen för en viss grupp. För Ellens del räcker det inte med ett vårdprogram för höftfraktur. Det behövs ett vård- och

omsorgsprogram som ser till helheten i Ellens livssituation. Hon har en höftfraktur, men hon har också kronisk värk, nedsatt aptit, yrsel, diabetes, högt blodtryck, nedstämdhet osv. Måna av bristerna i vården och omsorgen om Ellen handlar också om just samverkan.

Syftet med lokala vård- och omsorgsprogram är att aktörerna på spelplanen ska vara överens om ett standardiserat arbetssätt för en avgränsad grupp äldre; de mest sjuka äldre. Först måste de olika parterna vara överens om hur målgruppen ska avgränsas. När man sedan identifierar personer som tillhör målgruppen ska alla berörda parter veta hur man ska agera och vilka åtgärder som ska vidtas. Den enskilde personen kan sedan erbjudas vård och omsorg i enlighet med vård- och omsorgsprogrammet.

Ett strukturerat arbetssätt och fungerande rutiner för samarbete som är gemensamt för alla aktörer, oavsett huvudmannaskap, gör att arbetet flyter smidigare och att roller och funktioner tydliggörs. Eventuella brister synliggörs lättare och kan åtgärdas systematiskt och de insatser som man sätter in är särskilt anpassade för målgruppen och individen. Lokala riktlinjer som är gemensamma för flera aktörer underlättar också när man sätter upp mål för sin verksamhet och för resultatuppföljning. I Umeå har man tagit fram ett vårdprogram för sköra äldre som man för närvarande testar [1]. Det är ett av projekten inom SKLs satsning Bättre liv för sjuka äldre¹.

Umeåmodellen; standardiserat vårdprogram för äldre i primärvård och kommunal omsorg

Vårdprogrammet i Umeå innehåller följande delar:

1. Fast vårdkontakt/patientansvarig läkare
2. Riskbedömning – Senior alert
3. Läkemedelsgenomgång
4. Behovsanpassad omsorg
5. Individuell plan [1]

1. http://www.sk1.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre

Formerna för ett vård- och omsorgsprogram kan naturligtvis variera, och så även innehållet. Inom ramen för ett lokalt vård- och omsorgsprogram är det dock vissa komponenter som förslagsvis kan ingå:

Identifikation av målgruppen

Gemensam avgränsning av målgruppen. Alla aktörer preciserar hur de kan identifiera målgruppen. Här finns olika metoder. Man kan identifiera individer i respektive verksamhet genom vanliga kontaktvägar, t.ex. vid besök, hembesök, vårdplanering vid utskrivning från sjukhus etc. eller införa något verktyg för screening. Man kan även identifiera aktuella personer genom elektroniska sökningar i exempelvis besöksstatistik och journalsystemen. Här ingår också rutiner för hur respektive aktör begär samtycke från den enskilde.

Samordnad individuell vård- och omsorgsplan

Bedömning

För att få en så komplett bild som möjligt av den enskildes behov är det lämpligt att bedömning av behov sker strukturerat och gemensamt av alla inblandade aktörer, så att bedömningen är transparent, dvs. alla veta vilka bedömningar som gjorts av andra. Biståndsbedömare, sjuksköterska, läkare och övriga aktörer gör bedömningarna gemensamt så långt det är möjligt. Observera att för att uppgifter om den enskilde ska få lämnas ut måste normalt samtycke ha lämnats av den enskilde.

Planering

En samordnad individuell vård- och omsorgsplanering genomförs enligt uppsatta rutiner och en samordnad vård- och omsorgsplan upprättas. Särskilda rutiner som gäller för den här målgruppen behöver fastställas lokalt, om det finns behov av det.

Uppföljning – på individnivå

Intervallerna för uppföljning av den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen är viktigt för alla som omfattas av vårdprogrammet, förslagsvis ska uppföljning inte ske mer sällan än kvartalsvis. Regelbunden uppföljning är central för alla insatser som genomförs. Det är uppföljningen som gör den individuella vård- och omsorgsplanen till ett levande

verktyg och det är uppföljningen som gör att det finns ett lärande i det arbete man utför.

Insatser

Särskilda anpassade insatser som gäller för den här målgruppen behöver fastställas lokalt, utifrån den lokala kontexten och behoven. Insatserna kan ligga inom en verksamhets egna ansvarsområden, genom anpassning av verksamheten för att vara bättre lämpade för målgruppen t ex. inom slutenvården. Insatserna kan också handla om att man genomför förändringar på problemområden där det behövs åtgärder. Om samverkan mellan två eller fler aktörer fungerar dåligt kanske man försöker skapa team, om informationsöverföringen i journalsystemen är ett problem kanske man prioriterar det osv.

Uppföljning – av vård- och omsorgsprogrammet

Arbetet med vård- och omsorgsprogrammet måste följas upp, utvärderas och revideras. Det behövs en struktur för hur arbetet med vård- och omsorgsprogrammet ska gå till, vem som förvaltar det osv. Det kan behövas informationsinsatser, övergripande strategisk planering etc.

Identifiera målgruppen; hur vi hittar dem med störst behov

För att kunna ge äldre personer med komplexa behov särskilt anpassad vård och omsorg måste kommuner och landsting identifiera vilka de mest sjuka äldre är. Förutsättningar för detta ser olika ut i olika verksamheter. Det kräver också att kommuner och landsting har gjort en avgränsning av gruppen och beslutat sig för vilken målgrupp man har för sitt lokala vård- och omsorgsprogram.

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen tar upp vikten av förebyggande arbete. Socialnämnden ska göra sig väl förtrogen med levnadsförhållandena i kommunen för äldre människor samt i sin uppsökande verksamhet upplysa om socialtjänstens verksamhet på detta område, enligt § 6 SoL. Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa, enligt § 2 c HSL.

Identifiering av riskpersoner

Modeller för identifiering av riskpatienter, eller ”case finding” som det heter på engelska, innebär att man aktivt försöker hitta riskgrupper för att kunna sätta in åtgärder i ett tidigare skede. Det vanligaste är förstås att man identifierar sköra individer i mötet med en enskild person. Både kommunens biståndsbedömare, läkaren på vårdcentralen eller sjukhuset och sjuksköterskor inom äldreomsorgen och primärvården får kontakt med och kännedom om personer som är utsatta på ett eller annat sätt genom en kombination av till exempel hög ålder, sjukdomar, funktionshinder och social situation. Utifrån en överenskommen avgränsning av målgruppen för vård- och omsorgsprogrammet kan man sedan erbjuda vård och omsorg enligt ett standardiserat tillvägagångssätt. Man kan också använda olika modeller för screening som ringar in målgruppen, t. ex. genom att man vid besök ställer ett antal frågor till alla personer över en viss ålder eller liknande [42]. Detta har man bland annat testat på Mölndals sjukhus, inom ramen för forskningsprojektet ”Vårdkedja: från akutmottagning till eget boende: Implementering och utvärdering av en intervention för sårbara äldre” [43].

Prediktiva modeller för att identifiera riskpersoner

Mångbesökare inom akutsjukvården har en förhöjd risk för att även i framtiden konsumera mer sjukvård. Upprepade besök under en viss tidsrymd är en möjlig indikator på förhöjd risk för hög framtida vårdkonsumtion [34].

För att kunna utforma riktade preventiva åtgärder till de individer som har störst behov är det betydelsefullt att kunna identifiera de här individerna. Ett antal modeller för detta har utvecklats framförallt i USA, men också i England och även i Sverige. Det handlar om en form av elektronisk screening för att hitta riskgrupper, så att sjukvården och socialtjänsten kan sätta in riktade åtgärder.

De här modellerna kan skraddarsys för att identifiera olika typer av målgrupper, till exempel mest sjuka äldre. Man kan då till exempel lägga till variabler som att man ska vara över en viss ålder och ha vårdats ett visst antal gånger inom slutenvården. Den här informationen finns hos landstingen. Man kan även tänka sig att använda annan tillgänglig information, t. ex. från kommunen eller folkbokföringen. Den här typen av elektronisk screening kommer sannolikt bli allt vanligare, eftersom det innebär att mycket onödigt lidande och förebyggbar ohälsa skulle kunna undvikas. Vid all hantering av personuppgifter måste dock integritetsregelverken beaktas.

Samtycke

De individer som uppfyller de lokalt fastställda kriterierna kan erbjudas vård och omsorg enligt vård- och omsorgsprogrammet. För att en individuell samordnad vård- och omsorgsplanering ska kunna genomföras krävs samtycke från den enskilde. Varje part i den samordnade planeringen behöver tillfråga den enskilde om samtycke. Inom ramen för ett vård- och omsorgsprogram gäller samma regler som för sekretess och informationsutbyte mellan sjukvården och socialtjänsten [44]. Om den enskilde ger sitt samtycke kan man gå vidare med den samordnade planeringen. Det är också viktigt att kommuner och landsting har rutiner för hur samtycket dokumenteras.

Frågeställningar:

- Finns det ett behov av att identifiera särskilt sköra individer på särskilt boende, som t.ex. Fariba?
- Vilka aktörer har möjlighet att uppmärksamma att Ellen inte får ett optimalt omhändertagande?
- Skulle Ellen ha kunnat identifieras tidigare, innan hon hamnade på sjukhus sista gången?

Samordnad individuell vård- och omsorgsplanering

De olika aktörerna har olika roller, och de olika professionerna har olika kompetensområden. Socialtjänsten bedömer behov och beviljar insatser utifrån SoL. Hälso- och sjukvårdspersonal utgår från annan lagstiftning, bland annat HSL och patientsäkerhetslagen (2010:659). Men alla inblandade parter omfattas av ett regelverk som kräver samverkan mellan hushållsmännen och aktörerna, för den enskildes bästa.

Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer, enligt 6 § SoL.

Enligt 2 § HSL ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Vidare står det i hälso- och sjukvårdslagen om kommunens ansvar när det gäller hälso- och sjukvård: ”I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare”, 21 § HSL.

När det gäller samverkan kring läkarinsatser ska landstinget till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket HSL. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket HSL. Landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan, enligt § 26 i HSL.

När det gäller rehabilitering är kommuner och landsting skyldiga att samverka. Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2007:10 om Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering reglerar hur landsting och kommuner ska samverka när det gäller rehabilitering (både övergripande och individuellt) [46]. Socialstyrelsen har också gett ut en vägledning om samverkan i re/habilitering som beskriver samverkan på området [47].

Definitioner och regelverk

Flera lagar och föreskrifter tar upp kravet på en samordnad individuell vård- och omsorgsplanering och plan. Begreppen som kommer att användas i det här underlaget är samordnad individuell vård- och omsorgsplanering och plan. Individuell plan enligt HSL och SoL och samordnad

individuell plan definieras enligt Socialstyrelsens termbank som ”vård- och omsorgsplan som beskriver insatser/åtgärder som den enskilde har behov av från både hälso- och sjukvård och socialtjänst och som tagits fram genom samordnad vård- och omsorgsplanering”.

Individuella planer ska upprättas gemensamt mellan huvudmännen om det bedöms finnas ett sådant behov för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, enligt 3 f § HSL och 2 kap. 7 § SoL. ”När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs,
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för,
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.”

Begreppet vård- och omsorgsplan är ett övergripande begrepp som omfattar samtliga planer inom vård och omsorg. Definitionen lyder: ”vård- och omsorgsplan som upprättats vid utskrivning från slutna vård för att beskriva den enskildes fortsatta behov av insatser/åtgärder från hälso- och sjukvård och/eller socialtjänst och som är ett resultat av samordnad vård- och omsorgsplanering. Vårdplanen ska om möjligt utformas tillsammans med den enskilde och/eller dennas anhörig/närstående. Den ska innehålla mål för planerade insatser/åtgärder utifrån den enskildes behov” [50].

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2005:27) om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutna vård ska en vårdplanering genomföras vid utskrivning från slutenvården, när det finns ett behov.

Av vårdplanen ska det tydligt framgå vilka insatser efter utskrivningen från den slutna vården som behövs för att en hälso- och sjukvård och socialtjänst av god kvalitet skall uppnås, enligt I 4 § SOSFS 2005:27.

Vårdplanen ska samordnas med eventuell planering för patienten som fanns före inskrivningen i den slutna vården.

Vårdplanen ska enligt föreskriften i förekommande fall innehålla uppgifter om:

- medicinska åtgärder och andra behandlingar,
- aktuella läkemedelsförskrivningar,
- tillhandahållna eller förskrivna medicintekniska produkter, hjälpmedel eller förbrukningsartiklar,
- allmän och specifik omvårdnad,
- omsorg, stöd och service, och
- rehabilitering och habilitering.

Av vårdplanen skall det även framgå:

- namnet på den behandlande läkaren som ansvarar för planen,
- vilka åtgärder som den behandlande läkaren har bedömt som hälso- och sjukvård alternativt egenvård och vem som skall vidta respektive åtgärd,
- namnet på den eller de läkare i primärvården och i den slutna vården som har det fortsatta ansvaret för vården och behandlingen av patienten,
- om patienten har medverkat i vårdplaneringen eller inte,
- om närstående har medverkat i vårdplaneringen eller inte, och
- målsättningen med insatserna samt hur och när dessa skall följas upp.

Genomförandeplan

Genomförandeplaner inom socialtjänsten definieras i Socialstyrelsens termbank som ”vård- och omsorgsplan som beskriver hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras för den enskilde”. Det kan vara lämpligt att upprätta genomförandeplanen tillsammans med den enskilde och/eller dennes anhörig/närstående. Där ska finnas mål för planerade insatser utifrån den enskildes behov.

Hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras bör dokumenteras i en genomförandeplan. Detta anges i ett allmänt råd i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2006:5) om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS, 6 kap. I en kommande föreskrift ställs krav på att en genomförandeplan ska upprättas för insatser som en person med demenssjukdom ska erhålla i ett särskilt boende (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2012:12) om ansvaret för personer med demenssjukdom och bemanning i särskilda boenden som träder i kraft 1 januari 2014).

Behovsbedömning i den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen

Behovsbedömningen och beslut om insatser inom ramen för vård- och omsorgsprogrammet görs lämpligen samordnat och i samverkan mellan de inblandade parterna och med inflytande och delaktighet av den enskilde och eventuella anhöriga och god man, inom ramen för det lokala vård- och omsorgsprogrammet.

Socialtjänstens bedömning av den enskildes behov

Biståndsutredningar saknar ofta en tydlig beskrivning och bedömning av vilka behov den äldre personen har. Däremot finns omfattande beskrivning av sjukdomshistoria, brister i bostaden och närmiljön. Hur dessa faktorer påverkar den äldre personens förmåga att genomföra olika handlingar och aktiviteter i vardagen beskrivs sällan. Bedömningen sker utifrån det lokala utbudet av insatser [51]. Det innebär att behov uttrycks i termer av insatser och tjänster, t.ex. i Ellens fall så står det i biståndsbeslutet att Ellen har behov av matlådor, hjälp med städ, dusch etc. pga. sitt allmäntillstånd. Socialstyrelsen håller på att ta fram en modell som innebär att fokus förflyttas till behoven och som medför att Ellens behov beskrivs utförligare. Behoven handlar kanske om flera saker som har med maten att göra, baserat sig på en utförlig funktionsinventering. Ellen kan faktiskt laga lite mat själv, och det händer att hon gör det om det finns någonting hemma. Fram tills helt nyligen så skulle Ellen ha klarat av att laga lite mat själv, om hon bara fått hjälp med att planera inköp, hjälp med inköpen samt med viss hjälp och stöd i själva matlagningsituationen. Det kanske inte hade varit ett alternativ alla dagar i veckan, men kanske ett par gånger i veckan? Då kanske aptiten hade blivit lite bättre också. Men den insatsen finns inte där Ellen bor. Modellen kommer att vara klar under 2013–2014².

För att verkligen utreda behov måste man förstå vad som är problemet för den sökande just nu och hur mycket det begränsar den dagliga livsföringen. Det kräver en bredare beskrivning av den enskildes situation och svårigheter för att bedöma vilka begränsningarna är och deras omfattning. Behovsbedömning ställer större krav på biståndshandläggaren och ökar kravet på en professionell kunskap. När behoven är identifierade kan en bedömning göras om vilka professioner som behöver ingå i teamet runt den enskilde [52] och handläggaren kan bedöma vilka aktivitets- och

2. <http://www.socialstyrelsen.se/nyheter/2012april/Documents/Information-om-utredning-enligt-ICF.pdf>

delaktighetsbehov inom aktuella livsområden som kan leda till beslut om bistånd från socialtjänsten.

Ett behovsorienterat synsätt är en förutsättning för att den enskildes behov av bistånd ska tillgodoses. För att säkerställa att den enskildes behov tillgodosetts och att målet med biståndet uppnås behöver beslutet följas upp regelbundet. Ett systematiskt arbetssätt vid behovsbedömningen och en strukturerad dokumentation med nationellt fackspråk ökar möjligheten till informationsöverföring och förståelse över professionsgränserna [53].

Att kommunicera verksamhetsöverskridande

Världshälsoorganisationen (WHO) som arbetar med hälsa världen över definierar hälsa som ett tillstånd av fullkomlig fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. WHO har utvecklat ett system för klassifikation av funktion som möjliggör jämförelser mellan medlemsländerna. Gro Harlem Bruntland som var WHO:s generalsekreterare när Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) introducerades liknade klassifikationen vid en schweizisk armékniv. Ett verktyg för kommunikation som kan användas på många sätt i många olika situationer.

ICF är dels en klassifikation, dels en övergripande tankemodell. Klassifikationen utgör en omfattande förteckning över faktorer som kan användas för att ur flera perspektiv beskriva individens funktionsförmåga. Den övergripande modellen anger ett perspektivskifte, från att se en individ enbart som patient, brukare, hjälpsökande till att se individen som en samhällsmedborgare. Ett medborgarperspektiv utgår från att varje människa har rättigheter och skyldigheter i samhället samt rätt att leva ett liv som andra. ICF-modellens ideologi rör sig bort från motsättningarna mellan medicinsk och social förklaring till hälsa. ICF håller på att anpassas för att kunna användas inom äldreomsorgen i Sverige vid biståndsbedömning, och man gör även försök med att använda ICF för sjuksköterskans omvårdnadsplanering och dokumentation. Mest utbrett är användningen av ICF bland sjukgymnaster och arbetsterapeuter [3].

Hälsa- och sjukvårdens bedömning av den enskildes behov

Det är viktigt att patienten är delaktig i utformning och genomförande av vården. Vården och behandlingen skall så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt, enligt § 2 a HSL.

Läkaren bedömning av den enskilde utgår framförallt från de medicinska behoven. Sjuksköterskans bedömning utgår från ett omvårdnadsperspektiv.

Andra professioner inom hälso- och sjukvården som bidrar med värdefulla bedömningar av individens funktion och status är exempelvis sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och naturligtvis även den icke-legitimerade personalen. Vid vårdplaneringstillfället bidrar alla dessa yrkesgrupper gemensamt till att ge en heltäckande bild av den enskildes behov, och med tankar om olika typer av åtgärder och insatser. Ett evidensbaserat, strukturerat arbetssätt vid alla typer av bedömningar är värdefullt för alla yrkeskategorier.

Vid bedömningar och av äldre och sköra människor behövs ett stort mått av individanpassning och ett situationsorienterat synsätt där man har som mål att upprätthålla funktioner. I det policyprogram som Svensk Geriatrisk Förening, Svensk Internmedicinsk förening och Svensk Förening för Allmänmedicin (Sfam) har tagit fram; ”Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram”; betonar man vikten av ett situationsorienterat arbetssätt med fokus på hela livssituationen i stället för ett sjukdomsorienterat arbetssätt, när man skall ge en bra vård och omsorg till målgruppen mest sjuka äldre, eller sköra äldre om man så vill [7].

Personcentrerad vård

I Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom så säger man att hälso- och sjukvården och socialtjänsten bör ge personer med demenssjukdom en personcentrerad omvårdnad. Personcentrerad omvårdnad syftar till att göra omvårdnaden och vårdmiljön mer personlig och att förstå beteenden och psykiska symtom ur den demenssjukes perspektiv. Den personcentrerade omvårdnaden utgår från information om den demenssjukes livsmönster, värderingar och preferenser [54].

Enligt Svensk sjuksköterskeförening är personcentrerad vård en vård som strävar efter att synliggöra hela personen och prioriterar att tillgodose andliga, existentiella, sociala och psykiska behov i lika hög utsträckning som fysiska behov. Personcentrerad vård innebär att respektera och bekräfta personens upplevelse och tolkning av ohälsa och sjukdom, samt att arbeta utifrån denna tolkning för att främja hälsa med utgångspunkt i vad hälsa betyder för just denna enskilda person. En personcentrerad vård innebär också att personens unika perspektiv ges likvärdig giltighet som det professionella perspektivet [55].

Samordnad individuell vård- och omsorgsplan – när den enskilde har behov av både vård och omsorg

Den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen är ett konkret och strukturerat hjälpmedel för kartläggning av behov, för beslut om insatser samt för samordning mellan olika instanser. Vård- och omsorgsplaneringen är också ett tillfälle för medverkan av den enskilde och den enskildes anhöriga, så att den enskilde individen får inflytande över vården och omsorgen. Rutinerna för hur planer tas fram och för vad planen ska innehålla kan behöva ses över för att passa målgruppen mest sjuka äldre.

I planen ska man ange vilka insatser som behövs, vilka insatser respektive huvudman ska svara för, vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen, och vem av huvudmännen som ska ha övergripande ansvar för planen. Insatser tas upp i ett särskilt avsnitt längre fram.

För att den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen ska vara ett hjälpmedel i vården och omsorgen krävs att man arbetar aktivt med att ändra och uppdatera planen. Den ska innehålla mål som går att följa upp och alla aktörer ska ha tillgång till vårdplanen, samt vara delaktiga i revidering och uppföljning. Äldreomsorgen i kommunerna och andra utförare som upphandlats av kommunerna har ett ansvar för att initiera nya samordnade planeringar vid behov. Det är viktigt att det finns rutiner och praxis för hur detta ska gå till från kommunalt håll.

Vid själva planeringstillfället är det önskvärt att alla aktörer medverkar, antingen genom att vara på plats eller med hjälp av tekniska hjälpmedel som konferenstelefon eller liknande. Primärvården har ofta svårt att delta på grund av tidsbrist och delvis på grund av hur primärvården är organiserad, t.ex. hur olika ersättningsmodeller är utformade [6, 37]. Sjuksköterskorna inom slutenvården kan också ha svårt att avsätta tid för samordnad planering. Bristen på tid kan också påverka patientens möjlighet till inflytande och delaktighet på ett negativt sätt. Det är viktigt att rutinerna för samordnad vård- och omsorgsplanering för denna utsatta grupp säkrar att tid kan avsättas för att alla aktörer ska kunna delta.

Exempel på rutiner som kan förekomma som är särskild anpassade för den här målgruppen:

- att vård- och omsorgsplaneringen sker i den enskildes hem
- att primärvårdsläkaren alltid är närvarande
- att vård- och omsorgsplaneringen föregås av utredningshemtjänst (se nedan)

- att man har särskilt utbildade vårdplaneringsansvariga
- att man kallar till en ny vård- och omsorgsplanering efter ett visst intervall, t. ex. var tredje månad plus vid behov
- att den enskilde har en egen kopia på vård- och omsorgsplanen (observera att samtycke måste erhållas)
- att vård- och omsorgsplanen undertecknas av den enskilde
- att man arbetar aktivt med ökad information om vård- och omsorgsplaneringen för att öka den enskildes delaktighet och inflytande

Utredningshemtjänst

I Skellefteå finns möjligheten att ha en person hos sig dygnet runt de första dygnet efter att man blivit utskriven från sjukhuset till hemmet. Under 2–3 veckor görs en grundlig utredning av omsorgsbehoven hos en individ. Sedan överlämnas underlagen från utredningen till biståndshandläggaren för beslut om insatser [56].

I Hörs kommun har man ett särskilt hemtagningsteam inom hemtjänsten. Ett viktigt syfte är att öka medborgarnas inflytande och delaktighet. Till exempel strävar man efter att alla vårdplaneringar ska ske i den enskildes hem. Efter tre veckor övergår ansvaret till den ordinarie hemtjänstgruppen. Systemet gör också att man undviker problemet med ständigt planera om beslutade insatser [11].

Att få vara med och påverka sin situation – vikten av delaktighet och inflytande för den enskilde

Den samordnade individuella vård- och omsorgsplaneringen ska vara ett tillfälle för den enskilde och för anhöriga att få vara delaktiga och att få möjlighet att påverka den enskildes situation.

Flera studier har visat att individens nivå av delaktighet vid vårdplanering är låg och det finns stora brister när det gäller enskildas upplevelse av att faktiskt få inflytande över planeringen och vilka insatser som det beslutas om [57, 58]. Äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg är en utsatt grupp genom sin beroendeställning. Informationen till enskilda om vad vårdplaneringen innebär och om vilka rättigheter man har är också många gånger bristfällig. Om patienters rätt till information står det i hälso- och sjukvårdslagen att en patient ska ges individuellt anpassad information om bland annat sitt hälsotillstånd, olika metoder för vård och behandling, möjligheterna att välja vårdgivare och om vårdgarantin (§ 2 b HSL).

Samtycke måste erhållas från den enskilde för att socialtjänsten och hälso- och sjukvården ska kunna göra en gemensam planering [44]. Samtycke från den enskilde är en förutsättning för att man ska kunna arbeta enligt ett vård- och omsorgsprogram som är gemensamt för socialtjänsten och hälso- och sjukvården.

Dokumentation och uppföljning

Man behöver gemensamt komma överens om hur man dokumenterar vilka individer som får vård och omsorg enligt vård- och omsorgsprogrammet, utöver den sedvanliga dokumentation som redan sker i respektive verksamhet. Ett krav är naturligtvis att man följer det regelverk som finns på området, om personuppgifter, sekretess osv. Kommuner och landsting behöver ha rutiner för hur den enskildes samtycke dokumenteras [44].

Den samordnade individuella vård- och omsorgsplanen blir inget användbart verktyg om den inte används och uppdateras regelbundet. Intervallen för hur ofta den samordnade vårdplanen ska följas upp måste fastställas lokalt och individuellt. Exempelvis kan man ha som rutin att planen ska följas upp och revideras vid förändringar i den enskildes funktions- eller allmäntillstånd, och om tillståndet är oförändrat och stabilt minst kvartalsvis. Om en person har vistats på sjukhus eller är nyinflyttad på ett särskilt boende eller vid särskilda omständigheter som vid förflyttningar så kan det finnas ett behov av tätare uppföljningar under en period. Man kan också ta ställning lokalt till vilka som ska delta vid olika typer av uppföljning. Exempelvis kanske inte anhöriga behöver vara med vid varje tillfälle, om uppföljningen sker tätt.

När den samordnade vård- och omsorgsplanen har ändrats är det viktigt att säkerställa hur alla aktörer ska få ta del av den nya versionen.

Det är bra att fastställa rutiner för vilka aktörer som ska signera ändringarna. Ett sätt att värna om den enskildes delaktighet och inflytande kan vara att den enskilde själv signerar vårdplanen när så är möjligt.

Frågeställningar:

- Har Ellen blivit ordentligt utredd för sin smärtproblematik och sin nedstämdhet?
- Har Fariba fått tillräcklig information om sina möjligheter att påverka vården och omsorgen genom t. ex. medverkan vid vård- och omsorgsplanering?
- Vilka nya rutiner för samordnad vård- och omsorgsplanering skulle man kunna införa för att skapa bättre förutsättningar för vården och omsorgen om Ellen och Fariba?

Insatser; hur kan vi agera för att det ska bli så bra som möjligt

Samordnad vård och omsorg

För en samordnad vård- och omsorg för äldre krävs att

- vård- och omsorgsinsatserna är koordinerade
- vård- och omsorgspersonalen samarbetar väl kring individen
- vård- och omsorgsorganisationerna har en strukturerad samverkan som understödjer samarbetet.

Dessa tre nyckelkomponenter är viktiga för känslan av trygghet och kontinuitet hos den enskilde. Det är också viktigt att insatserna grundar sig på den individuella behovsbedömning och planering som har gjorts inom ramen för den samordnade individuella vård- och omsorgsplaneringen, samt att alla insatser är av god kvalitet.

Koordinerade vård- och omsorgsinsatser

Samordning av vården och omsorgen kan vara ett bekymmer, och man bör fundera över vilka lösningar man kan erbjuda inom ramen för det vård- och omsorgsprogram som man tar fram lokalt. Behovet av en samordningsfunktion är på sätt och vis en konsekvens av att vården och omsorgen är organiserad enligt stuprörsmodellen och den ökade fragmentiseringen av vården och omsorgen. Förutom att förbättra samordningen kan man också organisera vården på ett sådant sätt att samordning underlättas.

Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt ska alltid erbjudas om man har bedömt att det är nödvändigt för att säkerställa en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården, enligt 29 a § HSL. Fast vårdkontakt infördes som begrepp i HSL 1 januari 2010.

Ansvaret inom hälso- och sjukvården för samordning och kontinuitet beskrivs i Socialstyrelsens handbok ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig; Handbok för vårdgivare, chefer och personal”. Verksamhetschefen har en central roll när det gäller att ansvara för att

det finns rutiner för hur och när man utser en fast vårdkontakt. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet och samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare (4 kap. 4 § SOSFS 2005:12). Samordningsansvaret ligger på hälso- och sjukvården, inte på patienten själv. En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan i vissa fall också vara en mer administrativ funktion som samordnar patientens vård (prop. 2009/10:67 s. 61). Att patienten vet vem som är fast vårdkontakt och hur han eller hon kan nås är lika viktigt som att ha namn och kontaktuppgifter till ansvarig läkare. Handboken tar också upp samverkan vid in- och utskrivning samt samverkan vid gemensam vårdplanering och samverkan när det gäller rehabilitering [63]. Fast vårdkontakt ersätter inte den fasta läkarkontakten som regleras i § 5 HSL och som säger att landstinget ska organisera primärvården så att alla som är bosatta inom landstinget kan välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem).

Sjuksköterskan som samordnare

Sjuksköterskor och distriktssköterskor inom kommunal hälso- och sjukvård och inom primärvården har ofta en samordnarfunktion. Brist på tid och ibland brister i uppdragsbeskrivningar och annat kan göra att man inte har tillräckliga möjligheter att sköta samordningen för alla de äldre som skulle behöva detta. Bilden av sjuksköterskan i äldreomsorgen som ett slags ”case manager” är dock vanligt förekommande. Det finns också ett stort behov av vidareutbildning och ökad kompetens på äldreområdet inom alla professioner, och inte minst bland sjuksköterskor [29]. Många av de samordningsfunktioner som förekommer, t.ex. coacher inom slutenvården för mångbesökare, utförs av sjuksköterskor, ofta då med någon typ av vidareutbildning [64].

Biståndshandläggarens roll som samordnare

Biståndshandläggaren är en av huvudaktörerna kring personer som är i behov av insatser från socialtjänsten. I biståndshandläggarens uppgift ingår att göra en bedömning av omsorgsbehov men även att göra en helhetsbedömning samt medverka till att vård och omsorg samordnas.

En person som inte själv kan tillgodose sina behov eller kan få dem tillgodosedda på annat sätt har rätt till bistånd av socialnämnden för sin försörjning och för sin livsföring i övrigt (4 kap. 1 § första stycket SoL).

Den enskilde ska genom biståndet tillförsäkras en skälig levnadsnivå. Biståndet ska utformas så att det stärker hans eller hennes möjligheter att leva ett självständigt liv (4 kap 1 § tredje stycket SoL). Att besluta om bistånd enligt SoL kan inte kommunen överlåta till någon annan.

Biståndshandläggaren är den som vanligtvis får information från sjukvården vid in- och utskrivning från sjukhuset. Det är också vanligtvis en biståndshandläggare som medverkar från socialtjänsten vid den vårdplanering som är aktuell före utskrivning [53]. Därmed har biståndshandläggaren en viktig funktion som samordnare.

Samordning av den enskildes vård- och omsorg; andra aktörer

Inom äldreomsorgen kan man införa särskilda samordningsansvariga, om inte samordningen kan skötas på ett tillfredställande sätt inom ramen för den ordinarie verksamheten. En samordningsfunktion; ”case management” eller en ansvarig ”case manager”, kan vara värdefull för att skapa trygghet och kontinuitet för de enskilda äldre som inte längre klarar av att själva koordinera sina vård- och omsorgsinsatser, eller har anhöriga som gör det. Den äldre personen ska dessutom lotsas rätt i vården och omsorgen. En definition av case management är att ”planera, koordinera, styra och följa upp vården av en individ”.

Samordningen består i den här bemärkelsen av

- stöd till den enskilde; bidra till att skapa trygghet och kontinuitet
- koordinera vård- och omsorgskontakterna för den enskilde; ”vårdlogistiken”.

Genom att någon aktör får ansvar att samordna vården och omsorgen från den enskilde eller från anhöriga kan den enskilde uppleva ett större mått av trygghet. Samordning är naturligtvis starkt kopplat till tillgänglighet. Den som ska stötta den enskilde individen måste också vara tillgänglig.

Äldrelotsar i Blekinge

Landstinget och kommunerna i Blekinge satsar på att förbättra vården för äldre genom att ge stöd med hjälp av äldrelotsar. Äldrelotsens arbete sker utifrån individens behov; äldrelotsen har den äldre individens fokus. Landstinget och kommunerna i Blekinge har en försöksverksamhet för att förbättra vård och omsorg för äldre med sammansatt vårdbehov. Försöksverksamheten drivs i projektform till och med 2013. Den administreras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) och utvärderas av Socialstyrelsen. Utvärderingen beräknas vara färdig i maj 2014 [60].

Case managers har ofta en uppgift att lotsa patienter eller brukare rätt mellan olika aktörer och att koordinera vården och omsorgen. Mer intensiva former av samverkan utgörs av multidisciplinära team och samlokalisering av verksamhet. I allmänhet kombineras teamsamverkan med en styrgrupp med representanter för de olika organisationerna. Samverkan mellan aktörer inom vården och omsorgen organiseras ofta i gränsöverskridande, multidisciplinära team. Ett team kan definieras som en ”liten grupp personer, oftast från olika professioner, som arbetar tillsammans tvärs över de formella organisatoriska gränserna, med syfte att ge service åt en speciell grupp av patienter/kunder” [59]. För den här gruppen av mest sjuka äldre som bor i eget boende är olika former av multiprofessionella team en insats som prövats mer och mer [8, 9, 11, 60–62].

Personliga ombud som finns inom psykiatrin är en mer renodlad form av ”case managers”. Någon exakt motsvarighet finns inte på äldreområdet.

Det finns dock flera funktioner inom primärvården och äldreomsorgen som har delvis motsvarande uppgifter.

Fast vårdkontakt är en funktion som har ett uppdrag som påminner om detta, men fast vårdkontakt är i första hand en samordnare för hälso- och sjukvårdsinsatserna kring en individ, men som även samordnar kontakterna med socialtjänsten och andra aktörer. Man kan mycket väl tänka sig att en enskild individ har både en fast vårdkontakt och en ansvarig samordnare (”case manager”) inom socialtjänsten, beroende på vilka rutiner man fastställer lokalt. Rent konkret kan samordningsfunktionen inom socialtjänsten innebära att man har system med exempelvis coacher eller äldrelotsar.

På Socialstyrelsen pågår ett arbete med en systematisk översikt av det vetenskapliga stödet och effekter av case managers för äldre. Sammanställningen beräknas vara klar under hösten 2012.

Det förekommer också andra insatser runt om i landet som t.ex. samordningssjuksköterska, socialt ansvarig samordnare och äldresamordnare, som har varierande uppdragsbeskrivningar och som finns inom olika organisationer, men som har delvis överlappande uppgifter som ibland tangerar att koordinera vården och omsorgen men på en lite annan nivå. Det kan handla om att ge information och lotsa rätt i vården, avvikelse- och klagomålshantering, att ha ansvar för den övergripande samverkansnivån, dvs. att vara en länk mellan två samverkande organisationer, planera samverkansarbetet osv. [61–63]. Vanliga frågor som en äldreombudsman får hantera handlar exempelvis om bostäder för äldre, bristande kontinuitet inom hemsjukvården och hemtjänsten, bristen på socialt innehåll i omsorgen osv. En annan viktig fråga som lyfts är behovet av socialt arbete inom äldreomsorgen och vården. Många äldre personer har behov av exempelvis stödsamtal, sorgebearbetning, ekonomisk och juridisk rådgivning, relationsproblem osv. [61].

God man utses av kommunen för personer som av någon anledning inte kan sköta sina egna angelägenheter. Godmanskap är frivilligt och kräver den hjälpbehövandes samtycke när individen kan ge detta. En god man skall hjälpa sin huvudman med att bevaka och tillvarata den enskildes intressen t. ex. i dödsbo eller ansöka om bidrag eller kommunala hjälpinsatser, förvalta egendom och pengar, betala räkningar m.m. Dessutom ska gode mannen sörja för den enskilde, dvs. se till att den enskildes får den omsorg och det stöd han eller hon är berättigad till. Gode mannen skall ha ett samarbete med den enskilde och även ha kontakt med överförmyndarnämnden, vårdgivare, sjukvård, myndigheter m.m. [64]. Vissa av funktionerna för god man överlappar de som en samordnare kan ha, som att hålla kontakten med vårdgivare och sociala myndigheter.

Multiprofessionella team – en form av intensiv samverkan för den enskildes bästa

Multiprofessionella eller multidisciplinära team är en intensiv form av samverkan som i allmänhet kombineras med en styrgrupp med representanter för de olika organisationerna. Man kan göra ytterligare förstärkningar av samverkan, t. ex. genom samlokalisering, gemensam budget och gemensamt dokumentationssystem [65].

Ett team kan definieras som en ”liten grupp personer, oftast från olika professioner, som arbetar tillsammans tvärs över de formella organisatoriska gränserna, med syfte att ge service åt en speciell grupp av patienter/kunder” [65]. För gruppen mest sjuka äldre som bor i eget boende är

olika former av multiprofessionella team eller äldreteam en insats som prövats mer och mer [2, 10, 12, 66–68]. Teamen som finns ser väldigt olika ut, både organisatoriskt och innehållsmässigt. Graden av integrering mellan primärvård (läkare) respektive hemsjukvård och socialtjänst skiljer sig åt i de olika modellerna. En del team skulle kunna klassificeras som hemsjukvård med integrerad hemtjänst, andra som mer avancerad hemsjukvård, alltså mer kvalificerad hemsjukvård med läkarresurser. Hur de är organiserade ser olika ut, och det kan förstås också förändras över tid. Teamet kring den äldre individen bör ha möjlighet att knyta till sig rehabiliteringspersonal, dietist, apotekare etc.

När det gäller samverkan i multiprofessionella team, så kännetecknas framgångsrika team av stabilitet och långsiktighet, där en speciell teamkultur har kunnat utvecklas [65]. Men intensiv samverkan kan också leda till nya gränssytor där nya samverkansproblem uppstår. Samverkan måste ses som en process för att uppnå ett mål, inte som ett mål i sig [66]. Det kan också vara svårt att mäta resultat och förbättringar av samverkan, särskilt för den enskilde. För den enskilde medarbetaren kan samverkan vara problematiskt om det uppstår lojalitetskonflikter gentemot hemmaorganisationen [65]. I en undersökning bland sjuksköterskor i kommunal äldrevård ställde man en fråga om vilken åtgärd som man ansåg vara den viktigaste för att förbättra äldrevården. Nio procent ansåg att bättre samverkan mellan huvudmännen var viktigast. Mer personal och personal med högre utbildning ansågs som viktigast av drygt 50 procent av de som svarat [69].

Demensteam är en form av multiprofessionella team som riktar sig till personer med demenssjukdom. Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom rekommenderar att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med demenssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och multiprofessionellt teambaserat arbete. I riktlinjerna anser Socialstyrelsen att det finns stöd för att multiprofessionellt arbete initialt ger ökade kostnader, men att kostnaderna minskar på sikt, för både hälso- och sjukvård och socialtjänst för personer med demenssjukdom. Rekommendationen avser personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende [70].

Äldreteamet i Huddinge utvärderades under 2011. I teamet ingår en projektledare, läkare, chef för sjuksköterskorna, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och dietist. Teamets medlemmar har olika organisatorisk tillhörighet och olika chefer. Man har bemanning varje dag mellan 7–21. Övrig tid har man avtal med en jourorganisation. Teamet har funnits sedan 2007 och innebär ett nära samarbete mellan landstinget och kommunen. Resultat är övervägande positivt. Vårdtagarna och deras anhöriga är över lag mycket nöjda med den trygghet som teamet skapar. Kostnaderna har blivit något högre i vissa verksamheter, samtidigt som de minskat i andra. Slutenvårdskonsumtionen har minskat kraftigt bland de som får ta del av äldreteamets insatser. Efterfrågan och behovet av särskilda boendeformer anses också ha minskat [2].

I betänkandet *Kommunalisera hemsjukvården och i ”Bästa möjliga vård för de multistjuka äldre – ett policyprogram”* [7, 35] framförs åsikten att äldre ska erbjudas sammanhållna tjänster i form av multidisciplinära team i högre utsträckning. Det finns inte en modell som är den rätta för att erbjuda sammanhållna tjänster. Frågor som man behöver ta hänsyn till är bland annat kostnadseffektivitet, avgränsningar av målgruppen, vilket patientunderlag som krävs etc.

Strukturerad samverkan och incitament

Formerna för samverkan, samordning och samarbete måste tas fram på ledningsnivå, och det måste finnas en stark vilja och övertygelse om att det är viktigt med samverkan för den här målgruppen. Både hälso- och sjukvården samt socialtjänsten har ett ansvar för att underlätta samordning. I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9) finns till exempel bestämmelser som anger att det genom processer och rutiner ska säkerställas att samverkan möjliggörs med andra aktörer såsom vårdgivare och verksamheter inom socialtjänsten.

I SKLs rapport om framgångsfaktorer inom äldreomsorgen lyfter man fram flera punkter som handlar om ledning; bland annat att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som fastställs i övergripande och lokala överenskommelser; att man etablerar samverkansforum på både strategisk och operativ nivå; att man driver gemen-

samma projekt som syftar till att överbrygga gapet mellan sjukvården och äldreomsorgen och att man har väl fungerande rutiner för att tillgodose vård- och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap [71].

En förutsättning är att det finns en väl fungerande samverkan på alla nivåer i organisationerna från politisk nivå och verksamhetsledning till samverkan mellan vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och andra närmast den äldre personen. Närmast den äldre personen måste det dock finnas ett stort mått av flexibilitet så att det finns goda förutsättningar för en helhetssyn, som ser till hela människan och som kan ge en individcentrerad vård och omsorg. Rutiner ska vara ett stödsystem för god vård och omsorg och får inte användas som en förevändning för att inte se hela människan.

Ekonomiska incitament för att organisera team så att samverkanslösningarna blir långsiktiga och hållbara är en annan förutsättning. Det bör löna sig med teamarbete kring individer med komplexa och sammansatta behov inom gruppen de mest sjuka äldre. Samverkanslösningar som fungerar bör vara integrerade i den ordinarie verksamheten, men sannolikt måste det finnas inbyggda ekonomiska incitament för att lösningarna ska bli långsiktiga och hållbara.

Exempel på andra anpassade insatser

Ökad tillgänglighet

Inom ramen för vård- och omsorgsprogrammet är det bra om tillgängligheten för den enskilde till vården och omsorgen är god dygnet runt, för att skapa en trygg, patientsäker organisation. Det inkluderar även möjligheten till hembesök av läkare. Det finns också andra aspekter av tillgänglighet som geografisk närhet, avgifter etc. När det gäller kvällar, nätter och helger är det viktigt att man har en heltäckande organisering av vården och omsorgen, och att man ser över möjligheterna till oplanerade hembesök av olika personalkategorier. För särskilda boenden är det också betydelsefullt vilken jourorganisation man har för läkare utanför kontorstid.

Hemvårdsenheten i Uppsala

Hemvårdsenheten i Uppsala är en resurs för de mest sjuka äldre som behöver läkarvård i det egna hemmet, även på särskilt boende. Personer över 65 år som är i behov av omfattande och samordnade insatser från kommun och landsting kan listas vid enheten. Remiss kan du få via din husläkare eller kommunala distriktssköterska. Hemvårdsenhetens läkare arbetar huvudsakligen med hembesök, både planerade och akuta, i nära samarbete med distriktssköterskan. Enheten är en del av landstingets primärvård. Verksamhetschefen är samfinansierad av både landstinget och kommunen [72].

Mobil läkare i Ljungby

Den mobilen läkaren i Ljungby är anställd av landstinget, men stationerad i kommunens lokaler och fungerar som ett komplement till primärvården. På initiativ av hemsjukvårdens sjuksköterskor gör den mobile läkaren hembesök. Mobil läkare startade som ett samarbetsprojekt mellan Ljungby kommun och Landstinget Kronoberg. Verksamheten har fungerat så väl att den efter projekttidens slut ska permanentas. En utvärdering visar att kvaliteten på vården i hemsjukvården har höjts och att patientsäkerheten har ökat. Tillgången till en läkare som kan göra hembesök har också medfört att patienterna känner en ökad trygghet [73].

Om man bor hemma och har hemtjänst eller hemsjukvård är det viktigt att det finns någon som man lätt kan få tag i, i första hand per telefon, men att det också finns en möjlighet till akuta eller planerade hembesök. Det är viktigt att det finns möjlighet till avancerad medicinsk bedömning i hemmet dygnet runt, sju dagar i veckan, särskilt om man har ett uttalat syfte att alltid kunna ge vård på rätt vårdnivå, och vill kunna undvika oplanerade besök inom akutsjukvården. När man tar fram ett vård- och omsorgsprogram bör man också ta ställning till tillgängligheten på telefon för de enskilda individerna eller anhöriga, och vilka ramar som ska gälla. Inom hur lång tid har man rätt att få ett hembesök? Inom hur lång tid har man rätt att bli kontaktad av sin fasta vårdkontakt eller annan samordningsansvarig?

En form av stöd och samordning är telefonsupport. Enligt en kunskapsöversikt som Socialstyrelsen gjort 2012 finns uppdaterad kunskap för strukturerad telefonsupport och telefonövervakning vid hjärtsvikt. Stödet via telefon är effektivt för att minska dödlighet och sjukhusinläggningar relaterade till kronisk hjärtsvikt hos vuxna personer. Det förbättrar livs-

kvaliteten, minskar kostnaderna och förbättrar förskrivningen av läkemedel. Majoriteten av de äldre patienterna lärde sig lätt att använda tekniken och var nöjda med att få vård på detta sätt [74]. Telefonsupport är ofta en integrerad del i en funktion som samordnare eller case manager. Till exempel i Stockholm har man infört coacher på akutsjukhusen, som genom telefonsupport stöttar personer som har en ökad risk för återinläggning. Man har haft goda resultat i försöken som gjorts hittills, och antalet mångbesökare har minskat i interventionsgrupperna [75].

På vissa håll har man inkluderat sjukvårdsrådgivningen i arbetet med den här gruppen av äldre. Det kan vara bra för sjukvårdsrådgivningen att känna till att man har ett särskilt vårdprogram för de mest sjuka äldre, så att man kan hänvisa till rätt instans och ge vård på rätt vårdnivå. Det samma gäller larmnumret 112.

När behov av slutenvård uppstår

Enskilda som omfattas av vård- och omsorgsprogrammet ska inte behöva ligga och vänta på akuten i flera timmar, om man har ett behov av slutenvård, utan det bör finnas rutiner för en snabb bedömning eller direktinläggning. Direktinläggning kan t.ex. innebära att det finns särskilda platser inom slutenvården där primärvården kan lägga in patienter.

Många av de försöksverksamheter som pågår, med hjälp av nationella stimulansmedel, testar olika modeller för direktinläggning, eller sk. VIP-platser inom slutenvården för multisyuka äldre [76, 77].

Åldersstigen är ett projekt på Sahlgrenska Universitetssjukhuset som innebär att äldre, sköra personer över 80 år bedöms redan i ambulansen av en sjuksköterska, och kan då läggas in direkt på en geriatrisk avdelning utan att behöva passera akuten. Utvärderingen ett år efter att projektet startade visade att patienterna fick en snabbare läkarbedömning och att det upplevdes väldigt positivt av både patienter, anhöriga och personal [77].

Inom slutenvården är en stor andel av patienterna äldre i kategorin mest sjuka äldre. Det är viktigt att vården kan anpassas efter deras särskilda behov, och att man försöker underlätta samverkan med äldreomsorgen och primärvården. Det kan handla om utskrivningstider, att man kanske inte skriver ut personer som får vård enligt vård- och omsorgsprogrammet på en fredag eftermiddag, eller att man har tillräckligt med hjälpmedel på avdelningen osv. I Landstinget Sörmland testas man just nu ett

vårdprogram för vården av multisjuka äldre. Liknande projekt pågår på andra håll [78].

En geriatrisk bedömning vid akuta insatser ökar en patients sannolikhet att vara vid liv och i sitt eget hem i upp till tolv månader, enligt Socialstyrelsens kartläggning av litteraturöversikter om organisering av vård och omsorg för denna målgrupp [74]. Inom geriatriken är man specialiserad på åldrandet och åldrandets sjukdomar. Antalet geriatriska kliniker och specialister i geriatrik har minskat och det ser väldigt olika ut runt om i landet. Socialstyrelsen anser i en rapport från 2011 att man bör satsa på att utbilda fler specialister i geriatrik och att den geriatriska kompetensen i all medicinsk grundutbildning bör öka, samt att antalet geriatriska verksamheter bör öka, både när det gäller slutenvårdsplatser och öppenvård [31]. Även om man satsar på att utbilda fler geriatriker så kommer bristen att kvarstå tills den är avhjälpt och det kan därför också vara värdefullt med allmän kompetensutveckling inom området geriatrik och att specialistläkare i geriatrik kan verka som konsulter till övrig hälso- och sjukvård.

Slutenvården har ett stort ansvar för att initiera och genomföra vårdplaneringar, och när det gäller att identifiera riskpersoner. Det finns också verksamheter med särskilda vårdplaneringsansvariga sjuksköterskor.

Patientsäkerhetsarbetet är viktigt när det gäller den här målgruppen. Den grupp som är mest drabbad av vårdskador är personer över 65 år [79]. Det är viktigt att systematiskt förebygga vårdskador hos gruppen de mest sjuka äldre, samt att hantera avvikelser korrekt. Det gäller framförallt exempel sådana vårdskador som dessa personer är extra känsliga för som t. ex. fallskador, trycksår, undernäring, urinvägsinfektioner, läkemedelsbiverkningar och bristande munvård.

Exempel på frågeställningar:

- Vilka insatser skulle kunna hjälpa Ellen?
- På vilket sätt skulle ett multiprofessionellt team kunna vara till glädje för Ellen?
- Vilka insatser skulle kunna hjälpa Fariba?
- På vilket sätt skulle en fast vårdkontakt och en samordnare inom socialtjänsten kunna hjälpa Fariba?
- Hur fungerar de rutiner som redan finns för t.ex. läkemedelsgenomgångar och palliativ vård för den här målgruppen?

Uppföljning och revidering

Redan när man tar fram ett vård- och omsorgsprogram är det viktigt att fundera på hur man ska följa upp det och att man tar fram indikatorer för uppföljning. Exempel på frågeställningar som man bör fundera på när man följer upp vård- och omsorgsprogrammet:

- Var behovsanalysen som gjordes inledningsvis adekvat och är den gemensamma avgränsningen adekvat? Har behoven förändrats?
- Är målgruppen adekvat? Hur följer vi antalet äldre inom vår avgränsade målgrupp? Vilka äldre ska vård- och omsorgsprogrammet rikta sig till?
- Är de gemensamma målen relevanta? När gemensamma lokala riktlinjer ska tas fram är det viktigt med ett eller flera gemensamma mål. Målen ska helst vara tydliga, realistiska och mätbara, så att man kan följa upp dem
- Är det rätt funktioner inom respektive organisation som är delaktiga i arbete, och på vilken nivå i organisationen ska funktionen finnas. Oftast finns samverkan mellan aktörerna redan. Det kan vara nödvändigt att se över de övergripande formerna för samverkan mellan till exempel landsting och kommuner.
- Har man rätt struktur på det lokala samverkansarbetet? Vilka funktioner ska finnas representerade i styrgrupper respektive olika eventuella arbetsgrupper, hur ofta ska man träffas, hur sköts kommunikation och dokumentation osv. Om arbetet sker i projektform eller inom den ordinarie verksamheten påverkar också hur man bäst organiserar arbetet.
- Vilka brister i vård- och omsorgsprogrammet kan identifieras? Är insatserna adekvata?

Processen med att utveckla ett lokalt vård- och omsorgsprogram liknar annat arbete där man tar fram gemensamma riktlinjer för att få till ett strukturerat arbetssätt kring en specifik fråga.

Det krävs t.ex.

- en styrgrupp och en organisation för framtagandet;
- förankring av processen i alla led;
- gemensamma värderingar och målsättningar;
- lokal behovsanalys;
- en kartläggning av alla berörda aktörer;
- ansvarsfördelning och mandat i olika frågor behöver klargöras;
- stöd till implementering och
- förvaltning och uppföljning.

Samordning tar tid och kräver utrymme! Lyckad samordning och samverkan förutsätter att det finns utrymme inom respektive organisation för att jobba med samordningsfrågor, på alla nivåer. Man kan inte gå in i en omfattande samverkan utan att avsätta den tid och de resurser som krävs för att uppnå målen. Samverkan ska inte heller ske på bekostnad av andra viktiga arbetsuppgifter inom respektive organisation, som till exempel service, vård eller social samvaro med äldre.

Förutsättningar för bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre

Ett lokalt vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre skapar inte automatiskt en god vård och omsorg för den här gruppen. Det finns en rad andra förutsättningar som bidrar till att skapa en god vård och omsorg, och vi går igenom några av dessa förutsättningar i det här avsnittet.

Äldreomsorgen

Viktiga faktorer inom äldreomsorgen som påverkar den enskildes upplevelse av trygghet etc. är t.ex. personaltäthet och omsättning på personal, omfattningen av beviljade insatserna och omfattningen av hemsjukvård, tekniska lösningar som larm, möjligheten att få flytta till annat boende om man är i behov av det och så önskar, bemötande, kompetens hos personalen, möjligheten att få en individcentrerad vård med en sund balans mellan rutiner och flexibilitet samt möjligheten till inflytande och delaktighet för den enskilde. Den medicinska ansvariga sjuksköterskan (MAS) är en viktig funktion för att se till att det finns rutiner för exempelvis delegeringar, läkemedelshantering osv.

På vissa håll finns äldreomsorg med speciell inriktning mot ett visst språk. I Stockholms kommun, där man har infört Lagen om valfrihetssystem (LOV 2008:962) inom äldreomsorgen kan man få hemtjänst på t.ex. arabiska, somaliska, bosniska, persiska och turkiska. Det hade kanske varit en bra lösning för Fariba. Men det finns inga sådana möjligheter där Fariba bor. Där löser man kanske problemet med att se till att man alltid har en ordinarie personal på plats. Man kan också försöka ha ett närmare samarbete med de anhöriga och se om det kan leda till att Fariba upplever större trygghet.

Lokalt utvecklade ”rutinkulturer” inom vård och omsorg kan få negativa konsekvenser för bemötande och inflytande, och på hur äldres möjligheter till inflytande ser ut. En rutin för morgonarbetet på ett Särskilt boende till exempel kan vara viktig för att ingenting ska glömmas bort, arbetet underlättas och fungerar smidigare, all personal, även extrainsatt personal vet vad som ska göras osv. Å andra sidan kan en rutin som man inte kan frångå skapa en situation där de enskilda individerna inte kan påverka

morgonrutinerna. Man kanske vill ha sovmorgon, eller ha fil istället för gröt, eller få vänta med duschningen till kvällen. Det gäller att skapa rutiner för vården, omsorgen och för samverkan som ger utrymme för och uppmuntrar flexibilitet, individuella lösningar och delaktighet för den enskilde individen. Vid ledning och styrning av verksamheter inom vård och omsorg om äldre så handlar det ofta om att införa rutiner och standardisera så långt det är möjligt, samtidigt som en individcentrerad vård och omsorg förutsätter ett större mått av flexibilitet [80, 81].

Evidensbaserad praktik inom äldreomsorgen

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting har kommit överens om att man ska sträva efter att arbeta enligt en evidensbaserad praktik inom socialtjänsten [82]. Grunden för detta är att göra gott och inte skada den enskilde som är i kontakt med socialtjänsten. Bedömningar och insatser ska vila på vetenskaplig grund och på beprövad erfarenhet, och den enskildes önskemål och perspektiv ska alltid beaktas. I praktiken innebär det här sättet att arbeta att man så långt det är möjligt har en vetenskapligt och professionellt förankrad syn på behov och insatser, och som främjar den enskildes delaktighet och inflytande. Dessutom innebär en evidensbaserad praktik att man följer upp de beslut man tar och de insatser man utför.

Ett systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation utgör en av förutsättningarna för utveckling av evidensbaserad praktik inom socialtjänsten.

För att utveckla den professionella kunskapen om olika insatser behövs möjligheter att sammanställa information för varje enskild individ. Detta kan innebära att verksamheternas organisation och särskilt förfrågningsunderlag vid upphandling av äldreomsorg behöver ses över om man ska få fram nödvändig information om insatsernas resultat.

Omsorgspersonalen

De yrkesgrupper som jobbar närmast den äldre individen i både eget och särskilt boende och inom slutenvården är personal inom hemtjänsten och personalen på servicehus, sjukhem, gruppboenden, korttidsboenden etc. Det handlar framförallt om undersköterskor och vårdbiträden. De utför också många gånger kvalificerade medicinska arbetsuppgifter på delegering, som att hantera läkemedel, ge insulin, göra såromläggningar, spola urinkatetrar osv. I eget boende är ofta undersköterskor och vårdbiträden som första lägger märke till förändringar i den äldres hälsa, och som re-

agerar om något inte står rätt till. Omsorgspersonalen är samtidigt den yrkesgruppen med kortast utbildning. Arbetet är ofta både stressigt och tungt, t. ex inom hemtjänsten har antalet hembesök per dag ökat kraftigt på senare år [83].

I Socialstyrelsens allmänna råd (SOFSEFS 2011:12) om grundläggande kunskaper hos personal som arbetar i socialtjänstens omsorg om äldre anges grundläggande kunskapskrav hos omsorgspersonal. I Socialstyrelsens vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen tar man upp följande områden:

- Omsorg och vård vid livets slut
- Demenssjukdom
- Psykisk sjukdom
- Måltid, mat och näring
- Funktionsbevarande omsorg

För att kunna utföra specialiserade arbetsuppgifter inom dessa områden föreslås någon typ av vidareutbildning. I vägledningen har preciserats vad dessa ökade kunskaper bör bestå i, för varje område. Detta ska ses som ett led i att försöka stärka vårdbiträdenas och undersköterskornas egen yrkesidentitet, och för att säkra kvalitén kring den enskilde [84]. Specialiserade arbetsuppgifter kan också vara tidskrävande och det behövs utrymme i det dagliga arbetet för att tillämpa kunskapen.

Primärvården

Är primärvården optimalt organiserad för att ta hand om de mest sjuka äldre? Enligt den uppföljning som SKL har gjort under 2011 av sjukvårds- och omsorgskonsumtion hos äldre personer i kategorin mest sjuka äldre som bor hemma i eget boende, så står primärvården för en liten del av kostnaderna. Om primärvården fick ett större uttalat ansvar för den här målgruppen och tillräckliga resurser så kanske vården och omsorgen skulle kunna spela en betydligt viktigare roll för de mest sjuka äldre, både i eget och särskilt boende [21].

Primärvårdens roll och insatser för de mest sjuka äldre blev belyst i en annan rapport från 2011; Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Där konstaterade Socialstyrelsen att primärvården har ett brett ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård, men ansvaret för de mest sjuka äldre är inte är tydligt beskrivet i alla landsting. Förfrågnings-

underlaget granskades med syfte att identifiera arbete särskilt inriktat på målgruppen de mest sjuka äldre. Flera landsting hade insatser anpassade för de mest sjuka äldre, t.ex. hembesök och läkemedelsgenomgångar. Det pågår också arbeten med att ytterligare förbättra vården och omsorgen för målgruppen och där primärvården är en tydlig aktör, t.ex. genom att utveckla s.k. äldreteam. Enligt det granskade materialet har primärvården inget system för att identifiera de mest sjuka äldre [36].

Primärvårdens styrning och organisation har förändrats på senare år och på många håll finns många utförare inom primärvården, vilket sannolikt gör det mer komplicerat för huvudmännen att införa ett enhetligt arbetssätt kring en särskilt målgrupp, som t.ex. de mest sjuka äldre.

Hemsjukvård; en länk mellan äldreomsorgen och sjukvården?

En viktig kvalitetsfaktor för hemsjukvården är närheten till kommunens äldreomsorg, både på särskilt boende och inom hemtjänsten [4, 35]. Det är en av anledningarna till att regeringen vill se en kommunalisering av hemsjukvården. Samtidigt pågår en annan utveckling mot allt fler utförare även inom hemsjukvården som gör att närheten till kommunens övriga äldreomsorg kanske uteblir. Kommunaliseringen av hemsjukvården skapar också nya gränssnitt gentemot primärvårdsläkarna. Där har det ofta funnits en naturlig närhet i och med att hemsjukvården har utgått från en vårdcentral. Om hemsjukvården kan organiseras så att problemen med gränssnitten mot primärvård och hemtjänst suddas ut kan hemsjukvården fungera som en sammanhållande länk mellan de olika aktörerna i vården och omsorgen för den här målgruppen. Man ska dock komma ihåg att inte alla i gruppen de mest sjuka äldre har hemsjukvård, och inte alla har hemtjänst.

Geriatrisk kompetens

Generellt så anser Socialstyrelsen att huvudmännen bör ta ställning till hur man kan stärka den geriatriska och gerontologiska kompetensen inom alla högskoleutbildningar för yrkesgrupper som finns inom sjukvården och socialtjänsten, samt öka möjligheterna till vidareutbildning och specialistutbildning i geriatrik. Socialstyrelsen anser också att huvudmännen bör uppmanas att utveckla och implementera karriärvägar inom vård och omsorg. Inom äldreomsorg finns totalt 12 316 sjuksköterskor anställda (2011). Av dessa har 197 sjuksköterskor specialistutbildning inom vård av äldre, alltså ytterligare 60 högskolepoäng utöver de 180 högskolepoäng som utgör grundutbildningen för sjuksköterska. Det innebär att av

samtliga sjuksköterskor som är verksamma inom äldreomsorg är andelen med specialistutbildning inom vård av äldre 1,6 procent [30].

De mest sjuka äldre har ofta flera medicinska diagnoser som kräver specialistkompetens. Vid behandling av olika sjukdomstillstånd krävs alltid att man tar hänsyn till individens unika förutsättningar, som allmäntillståndet, fysisk konstitution, ålder, andra diagnoser etc. Uppdelningen i specialiteter är en förutsättning för spjutspetskompetens och hög kvalitet på hälso- och sjukvården. Ibland bidrar dock den här uppdelningen till att det kan saknas ett helhetstänkande kring den enskilde.

Styrningen av vård och omsorg för de mest sjuka äldre

Hälso- och sjukvården och äldreomsorgen är inte organiserad på bästa sätt för den här målgruppen, det har vi redan konstaterat. För en säker vård och omsorg som länkar i varandra krävs ett helhetsgrepp som innefattar samverkan mellan aktörer och som innefattar särskilda insatser [6]. Övergripande så kan det handla om styrningen av samverkan mellan organisationerna samt om rutiner, riktlinjer, resurser och uppföljning, eller om bristen på sådana [5, 6, 85, 86].

Den lagstiftning och det regelverk som finns för samverkan mellan socialtjänsten och sjukvården som gäller för målgruppen de mest sjuka äldre kräver samverkan både på strukturell nivå och kring den enskilde. Kommunen ska planera sina insatser för äldre. I planeringen ska kommunen samverka med landstinget samt andra samhällsorgan och organisationer (6 § SoL).

Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt (2 § HSL). Vidare, om kommunens ansvar när det gäller hälso- och sjukvård, står det att ”I planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården skall kommunen samverka med samhällsorgan, organisationer och privata vårdgivare” (21 § HSL).

Likaså omfattas både socialtjänsten och sjukvården av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete som bland annat anger att verksamheter systematiskt och fortlöpande ska utveckla och säkra kvaliteten på verksamheten samt planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten [59].

Ekonomiska styrmedel innebär en kraftig styrning. Man kan t.ex. konstatera att idag är systemet konstruerat på så vis att vid omfattande sjukvårdsbehov är det idag i huvudsak kommunernas vård och omsorg och

sjukhusens sluten- och öppenvård som belastas, eftersom primärvården inte får någon särskild ersättning för att täcka kostnaderna för den här målgruppen. Kostnaden för vård av mycket sjuka äldre inom primärvården är inte dramatiskt skild från den allmänna genomsnittliga nivån inom åldersgruppen [36].

Ersättningsystemen kan sannolikt utformas annorlunda så att man säkerställer att samverkan och en samordnad vård och omsorg om äldre med komplexa behov premieras [38].

Referenser

1. Umeå Multi7 Projekt inom ramen för Sveriges Kommuner och Landstings satsning på bättre liv för sjuka äldre. 2012.
2. Hjalmarsson, I. Jag bara lyfter luren – så kommer dom. Utvärdering av Äldreteamet i Huddinge Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011.
3. Pless, M, Granlund, M. Handbok i att använda ICF och ICF-CY. Stockholm Studentlitteratur; 2011.
4. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2008.
5. Hedberg, B, Sund-Levander, M. Utvärdering av Samverkan i Vårdkedjan: Landstinget i Jönköpings län. LUPPEN; Lärande, forskning & Utveckling ur Praktikens Perspektiv 2008.
6. Weurlander, I, Wånell, S-E. Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Stockholm; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:02 ISSN 1401–5129; 2011.
7. Eklund-Grönberg, A, Köhler, M, Ekdahl, A, Sjöberg, A, Modin, S. Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram. Allmänmedicin 2009;30 (6) 4–6 2009; 30(6):4–6.
8. Törnkvist, L, Wånell, S-E. Fokusrapport. Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras? Stockholms läns landsting. Stöd till kunskapsstyrning; 2008.
9. Äldreteamet; Länssjukhuset i Kalmar. Slutrapport 2009.
10. Gurner, U, Norén, D, Bowin, R, Brinne, A. Äldreteam – vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle Kommun och Gävle sjukhus Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2010.
11. Spjuth, E. Hemtagningsteamet. Tidningen Äldreomsorg 4/2011. 2011.
12. Wikström, E. Mobila teamet för äldre – En utvärdering av det mobila teamet i Växjö kommun 2007–2008: FOU-RAPPORT 2009:1; 2009.
13. Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialist-sjuksköterskeexamen distriktssköterska. Distriktssköterskeföreningen i Sverige; 2008.

Referenser

14. Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst – Lägesrapport 2012 Socialstyrelsen.
15. Vad tycker de äldre om äldreomsorgen? En rikstäckande undersökning av äldres uppfattning om kvaliteten i hemtjänst och äldreboenden 2010. Socialstyrelsen; 2011.
16. Gurner, U, Thorslund, M. Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre – om nödvändigheten av samordning: Natur och Kultur; 2003.
17. Fratiglioni, L, Marengoni, A, Meinow, B, Karp, A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. SOU 2010:48. Sociala rådet 2010.
18. Åhgren, B. Competition and integration in Swedish health care. Health Policy 96(2010)91–97. 2010.
19. Kvalité i äldres läkemedelsanvändning. Läkarens roll. Socialstyrelsen; 2011.
20. Indikatorer för god läkemedelsterapi hos äldre. Socialstyrelsen; 2010.
21. Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. Sveriges Kommuner och Landsting; 2012.
22. Näring för god vård och omsorg – en vägledning för att förebygga och behandla undernäring. Socialstyrelsen; 2011.
23. Tandvård i särskilda boenden för äldre – Granskning av tandvård för personer med rätt till nödvändig tandvård. Socialstyrelsen; 2009.
24. Nationellt vårdprogram för palliativ vård 2012–2014; 2011.
25. Äldres behov av psykiatrisk vård och stöd. Socialstyrelsen; 2012.
26. Äldres psykiska ohälsa – en fördjupad lägesrapport om förekomst, verksamheter och insatser. Socialstyrelsen; 2008.
27. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Projektrapport Nr 5/2010. Landstingsrevisorerna; Stockholms läns landsting; 2010.
28. Sandberg, M. Sammanhållen vårdkedja gör äldre och sköra patienter nöjdare. Vårdfokus. <https://www.vardforbundet.se/Vardfokus/Webbnyheter/2012/April/Sammanhallen-vardkedja-gor-de-aldre-och-skora-patienterna-patienterna-nojdare/>; Vårdförbundet; 2012.
29. Trygghet – en studie om patienters syn på långsiktiga och förtroendefulla relationer i primärvården. Socialstyrelsen; 2003.
30. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi; förslag till utformning och genomförande av satsning. Socialstyrelsen; 2012.

31. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Socialstyrelsen 2011.
32. Hur tas äldre patienter om hand på akutmottagning? En nationell verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen; 2006.
33. Väntetider vid sjukhusbundna akutmottagningar – Slutrapport mars 2011 Socialstyrelsen.
34. Akutmottagningens mångbesökare – hur kan vården förbättras? Fokusrapport Stockholms läns landsting. Stockholms läns landsting; 2006.
35. Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård. Stockholm 2011.
36. Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Primärvårdens och äldreomsorgens uppdrag och insatser. Socialstyrelsen; 2011.
37. Hagman, L, Österman, J. Utnyttja möjligheterna. Organiseringen av hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar efter införandet av Vårdval Stockholm. Stockholm; Stockholms läns Äldrecentrum 2011:5 ISSN 1401–5129: Äldrecentrum; 2011.
38. På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård och omsorg om äldre. Stiftelsen Leading Health Care; 2012.
39. Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk – Utvecklingen av en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2011.
40. Söderberg, M. Socialt innehåll i dagen för äldre. Tio förbättringsarbeten inom äldreomsorgen 2007.
41. Socialstyrelsens termbank. Definition av vårdprogram. Information hämtad 2012-08-28 2012 <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=231>
42. Pialoux, T, Goyard, J, Lesourd, B. Screening tools for frailty in primary health care: A systematic review. *Geriatric Gerontology Int* 2012; 12: 189–197.
43. Wilhelmsson, K, Eklund, K, Gustafsson, H, Larsson, A-C, Landahl, S, Dahlin-Ivanoff, S. Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. *Läkartidningen* nr 16 2012 volym 109. 2012.
44. Sekretess- och tystnadspliktsgränser – I socialtjänsten och i hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen; 2012.

Referenser

45. Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763.
46. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om samordning av insatser för habilitering och rehabilitering. Socialstyrelsen. SOSFS 2007:10 2007.
47. Samverkan i re/habilitering – en vägledning. Socialstyrelsen; 2008.
48. Socialtjänstlagen 2001:453.
49. Socialstyrelsens termbank; definition av vårdplan. Information hämtad 2012-08-28 2012 <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=4642>
50. Socialstyrelsens termbank. Definition av vård- och omsorgsplan. Information hämtad 2012-08-28 2012 <http://app.socialstyrelsen.se/termbank/ViewTerm.aspx?TermID=228>
51. Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen – Plan för utveckling och introduktion. Socialstyrelsen; 2012.
52. Pless, M, Granlund, M, editors. Handbok i att använda ICF och ICF-CY. Stockholm: Studentlitteratur; 2011.
53. Att beskriva och bedöma behov med nationellt fackspråk inom äldreomsorgen. Plan för utveckling och introduktion. Socialstyrelsen; 2012.
54. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Socialstyrelsen; 2010.
55. Personcentrerad vård. Information från Svensk sjuksköterskeförening hämtad 2012-08-31 www.swenurse.se 2012.
56. Vägen hem – utredningshemtjänst. Tidningen Äldreomsorg 2012.
57. Larsson, K. Kallelse till samordnad vårdplanering – hur gick det sedan? Socialstyrelsen; 2008.
58. Österman, J, Karp, A. Att få inflytande över sin egen vårdplanering. Äldrevägledare i Nacka kommun – en modell för att förbereda den äldre inför samordnad vårdplanering 2012.
59. Lotsar ska göra vården tryggare för äldre. Hemsida om äldrelotsar Landstinget i Blekinge hämtad 2011-11-01. 2011 [http://www.ltbl-blekinge.se/arkiv/nyheterhalsaochvard2011/lotsarskagoravardentryggareforaldre.5.7d12391a12ee83bbf978000855.html](http://www.ltbl-blekinge.se/arkiv/nyheterhalsaochvard2011/lotsarskagoravardentryggareforalldre.5.7d12391a12ee83bbf978000855.html)
60. Årsrapport från Äldreombudsmannen 2010. "Vi blir inte mer lika utan mer unika med åren" Uppsala 2010.

61. Äldreombudsman Trelleborg. Information från hemsida hämtad 2011-11-17. 2011 <http://www.trelleborg.se/aktuellt/nyheter/Nyhetsarkiv/nyheter-2010/nyheter-juni-2010/sonja-de-aldres-rost-i-trelleborg/>
62. Ny tjänst ska ge äldre mer trygghet. Artikel i nätversion Tidningen Vision hämtad 2011-01-17 2011 <http://www.sktftidningen.se/artikel/ny-tjaenst-ska-ge-aeldre-mer-trygghet-53275>
63. God man och förvaltare. Sveriges domstolar. Information hämtad 2011-11-14. 2011 <http://www.domstol.se/Familj/God-man-och-forvaltare/>
64. Axelsson, R, Axelsson Bihari, S. Folkhälsa i samverkan; mellan professioner, organisationer och samhällssektorer: Studentlitteratur; 2007.
65. Anell, A, Mattisson, O. Samverkan i kommuner och landsting – en kunskapsöversikt: Studentlitteratur; 2009.
66. Hjalmarsson, I. Goda relationer. Grunden för samverkan i Älvsjö. Utvärdering av ett projekt att utveckla samverkan i vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i eget boende. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:11: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2009.
67. Wånell, S-E. Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. En sammanställning av Äldrecentrums studier under en tjugoförårsperiod om konsten att forma helhetslösningar: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007.
68. Sjuksköterskan i kommunal äldrevård. En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet Vårdförbundet; 2007.
69. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Socialstyrelsen. Socialstyrelsen; 2010.
70. Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen – En analys utifrån kommunernas resultat 2009. Sveriges kommuner och landsting; 2010.
71. Hemvårdsenheten i Uppsala. Hemsida; information hämtad 2012-04-05. 2012
72. Utvärdering av Mobil Läkare Ljungby Kommun. Slutrapport.: Landstinget Kronoberg; 2010.
73. Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en kartläggning av översikter. Socialstyrelsen; 2012.

Referenser

74. Jacobson, L. Coachen lappar ihop vården. På allt fler håll ska coacher och lotsar hjälpa patienterna. Är de lösningen på vårdens problem – eller ett tecken på att systemet är sjukt? 2011-09-29 Hämtad från hemsida 2011-11-01 <http://www.dagenssjukskoterska.se/nyheter/vard/coachen-lappar-ihop-varden/>. Dagens Sjuksköterska. 2011.
75. MÄVA – medicinsk vård för äldre. Vård i samverkan med primärvård och kommuner. In: NU-sjukvården.
76. Åldersstigen på Sahlgrenska. Information hämtad 2012-04-10 2012 <http://www.sahlgrenska.se/sv/SU/Aktuellt/Nyheter/suNytt/Aldre-patienter-slipper-vantan-pa-akuten-/>
77. Test av vårdprogram för multisjuka äldre. Landstinget Sörmland. Information hämtad 2012-09-06 2012 <http://www.landstingetsormland.se/Halsa-varld/Kvalitet/Forbattningsarbete-med-varldfloden/Multisjuka-aldre/Standardiserat-varldprogram/>
78. Vårdskador inom somatisk slutenvård. Socialstyrelsen 2008. Socialstyrelsen; 2008.
79. Harnett, T. The Trivial Matters. Everyday power in Swedish elder care. Akademisk avhandling No. 9, 2010: Jönköpings Universitet; 2010.
80. Kraus, K. Sven, inter-organisational relationships and control, a case study of domestic care of the elderly: Handelshögskolan; 2007.
81. Sveriges Kommuner och Landsting; Överenskommelse med regeringen om evidensbaserad praktik inom socialtjänsten. Information hämtad 2012-09-05 2012 http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/evidensbaserad-praktik-inom-socialtjansten/bakgrund-till-overenskommelsen
82. Rapport från ett seminarium om Hemtjänsten i Stockholm– en pressad verksamhet. Seminarium Nätverket Gemensam Valfärd och ABF; 15 mars 2012.
83. Vägledning om kunskapsområden för specialiserade arbetsuppgifter inom äldreomsorgen. Socialstyrelsen; 2012.
84. Young, E. Växjö kommun. Landstinget Kronoberg. Vårdkedjan för äldre. Revisionsrapport 2006-08-30; 2006.
85. Granskning av Vårdkedjan för de äldre; vid Centralsjukhuset i Kristianstad Helsingborgs lasarett AB bosatta i Bjuvs, Östa Göinge och Bromölla kommun. Öhrlings PriceWaterhouseCoopers; 2003.
86. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Socialstyrelsen, SOSFS 2011:9; 2011.

