

Bättre liv för sjuka äldre

NORRBOTTEN



nllplus.se/battreliv

Trygga äldre i Norrbotten - ett gemensamt ansvar

Införande av Trygg hemma
2013-2015

2015-12-15

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

KAPITEL 1 INLEDNING	3
1.1 Bakgrund	3
1.2 Uppdrag	3
1.3 Metod, syfte, mål	4
1.4 Målgrupp/avgränsningar	5
KAPITEL 2 RESULTAT	6
KAPITEL 3 SLUTSATSER.....	7
FÖRTECKNING ÖVER REGELVERK, FÖRESKRIFTER etc	8

Kapitel 1 INLEDNING

1.1 Bakgrund

Andelen äldre ökar stadigt, de lever längre och har högre krav på livskvalitet och god omvårdnad. År 2030 beräknas var fjärde person i Sverige vara 65 år eller äldre och 2060 beräknas antalet 100-åringar vara uppe i nästan 8 400 mot dagens 2000.

I Norrbottens län kommer antalet personer i åldrarna 65-79 att öka från dagens 42 000 till 63 000 personer inom de närmaste tio åren. När det gäller åldrarna 80-99 så väntas en fortgående ökning fram till och med 2060.

Som helhet har Norrbottens län en befolkningsstruktur där andelen äldre är 3 procentenheter högre än riket. Idag har Norrbotten totalt 56 000 personer som är 65 år och äldre varav 30 000 är kvinnor men betraktas kommunerna separat finns stora skillnader. Högsta andelen ålderspensionärer finns i Pajala och Överkalix kommuner.

Under åren 2011-2014 har det pågått en satsning kallad "Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre". Denna satsning med årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges kommuner och landsting, SKL syftade till att genom ekonomiska incitament ge stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete med fokus på förbättrad kvalitet och en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I samband med detta införande utformades "Bättre liv för sjuka äldre – strategisk plan för Norrbotten 2012-2014". Hösten 2014 beslutade den politiska samverkansberedningen i Norrbotten att satsa vidare på förbättringar för de äldre och att en strategi för 2015-2018 skulle upprättas. Som komplement till föreliggande strategi utformas en fyraårig handlingsplan kopplade till definierade inriktningsområden. Handlingsplanen ska även innehålla mål och mått som möjliggör uppföljning av de prioriterade områdena. För att den övergripande strategin och handlingsplanen ska bli verksamma ska årliga lokala aktivitetsplaner utarbetas lokalt och gemensamt per närsjukvårdsområde. Aktuella kommuner samt läns- och närsjukvård ansvarar för detta.

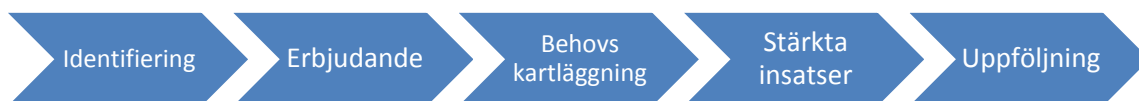
1.2 Uppdraget

Under år 2013-2015 har utvecklingsledare från Kommunförbundet Norrbotten och verksamhetsutvecklare från landstinget erbjudit och gett stöd till kommuner och landstingets öppenvård att införa en beprövad arbetsprocess "Trygg hemma" som bidrar till en ökad trygghet för de multisjuka äldre som bor hemma. Målet är att dessa personer, med hjälp av stärkta insatser i öppenvård ska kunna tryggas och därmed undvika onödiga sjukhusvistelser. Grunden är ett väl strukturerat samarbete mellan hemtjänst, hemsjukvård, hälsocentral och bistånd. För att fånga upp personerna måste personalen inom vård och omsorg vara uppmärksamma på tidiga tecken. Arbetsprocessen medför att den äldre tryggas genom att få en fast vårdkontakt att vända sig till, en genomgång av sina läkemedel och en samordnad individuell plan, SIP med kända kontaktvägar. Berörda chefer har en nyckelroll både före, under och efter införandet och har fått coaching för att kunna genomföra införandet. Under hösten 2013 gjordes en "pilot" grupp med införandet på Sandens vårdcentral i Boden och Mjölkkuddens vårdcentral i Luleå tillsammans med aktuella socialförvaltningar.

Under 2014 har arbetsprocessen införts i Haparanda, Överkalix, Övertorneå och vid enstaka hälsocentraler i Boden, Luleå och Piteå. Under våren 2015 har arbetsprocessen införts i Kiruna, Kalix och under hösten Gällivare, Jokkmokk och Pajala. I Arvidsjaur påbörjades införandet under hösten men slutfördes inte på grund av samverkansfrågor som inte är lösta. Utvecklingsledaren arbetade vidare med processen internt med kommunens personal. Arjeplog och Älvsbyn har inte infört processen.

1.3 Metod

Den aktuella arbetsprocessen i öppenvård är personcentrerad och fångar upp äldre som genom samarbete får sina behov tillgodosedda. Processen är en förstärkning av redan befintliga arbetsätt inom socialtjänst, hemsjukvård och hälsocentraler och ska alltså inte ersätta dem. Arbetet resulterar i att berörda enhetschefer inom kommun och landsting skriver en lokal samverkansrutin och att arbetsgrupp jobbar med flödet kring arbetsmetoden. Verktøygen för identifiering som använts är GRP (Geriatrisk riksprofilering) bilaga 1 och individuell checklista (bilaga 2) för att fånga upp personer som har behov av stärka insatser. Upplägget har varierat lite från kommun till kommun men majoriteten har haft chefs träffar vid sex tillfällen och arbetsgruppsträffar vid fyra tillfällen. Införande har skett under ca tre månader och under införandet har man erbjudit utbildning i SIP och riskbedömning. Alla har haft en gemensam avslutning där chefsgrupperna presenterat den lokala samverkansrutinen och arbetsgruppen har presenterat flödet kring arbetsmetoden, se flödet nedanför. Cheferna har fått coaching i vilka resultat som kan följas och vilka datakällor som kan användas för uppföljningen.



Identifiering: olika sätt att fånga upp personer som identifierats inom öppenvården eller på sjukhus med behov av stärkta insatser.

Erbjudande: verksamheterna ska erbjuda de identifierade personerna en första bedömning.

Första bedömning/behovskartläggning: kontakt etableras med personen, en enkel kartläggning av symtom som eventuellt kan bero på läkemedel och riskbedömningar utförs.

Stärkta insatser: om man tillsammans med personen anser att stärkta insatser behövs så upprättas en samordnad individuell plan tillsammans med den äldre, en fast vårdkontakt utses och en läkemedelsgenomgång görs.

Uppföljning: lämplig tidpunkt bestäms utifrån individuella behov

Vissa vårdavdelningar vid länets sjukhus och OBS-avdelningar har startat upp "förstärkt utskrivning" vilket bland annat innebär att identifiera och ringa upp så kallade fokuspersoner som riskerar onödiga återinskrivningar på sjukhus. Detta arbetssätt införs nu successivt på fler vårdavdelningar i länet. För fokuspersonerna är det viktigt att öppenvården snabbt tar vid efter utskrivning vilket innebär att dessa personer ska omfattas av de stärkta insatserna inom Trygg hemma.

1.4 Syfte

Syftet är att genom samverkan på flera nivåer och mellan huvudmännen, stärka och stimulera en mer sammanhållen vård och omsorg för de sjuka äldre inom hälso- och sjukvård och socialtjänst i Norrbottens län.

1.5 Mål

- Den äldres behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården och omsorgen tillgodoses. Den äldre erbjuds behovsanpassade insatser, ges möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och blir bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.
- Minska onödiga återinskrivningar på sjukhus för de sjuka äldre med 10 % (2015)

- Upprätta en lokal samverkansrutin för kommun och landsting

1.6 Målgrupp/ avgränsningar

För att kunna förbättra livssituationen för de sjuka äldre så krävs vetskap om vilka personer som omfattas och hur stor gruppen är. Socialstyrelsen har tagit fram en definition av gruppen mest sjuka äldre enligt följande:

- mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.

Personer återfinns i tre olika grupperingar:

- personer med omfattande sjukvård
- personer med omfattande omsorg
- personer med både omfattande sjukvård och omfattande omsorg

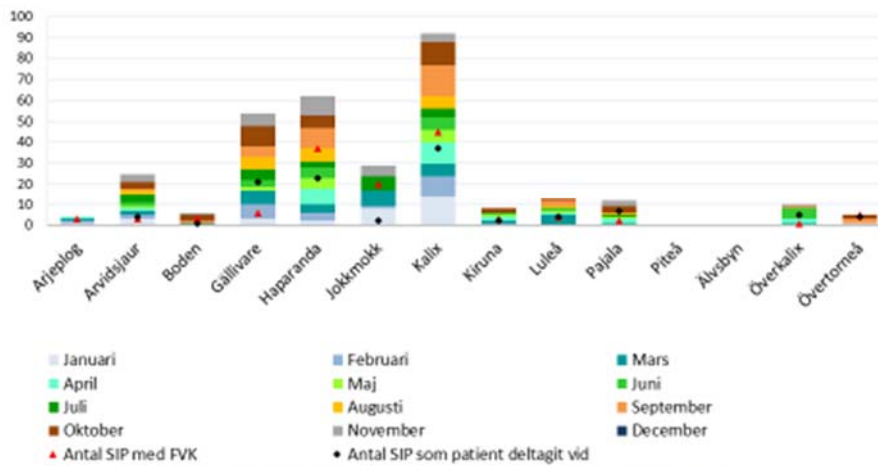
Denna grupp motsvarar ungefär ca 2 % av befolkningen 65 år och äldre. I Norrbotten innebär det cirka 1100 personer.

Tabell 1.1

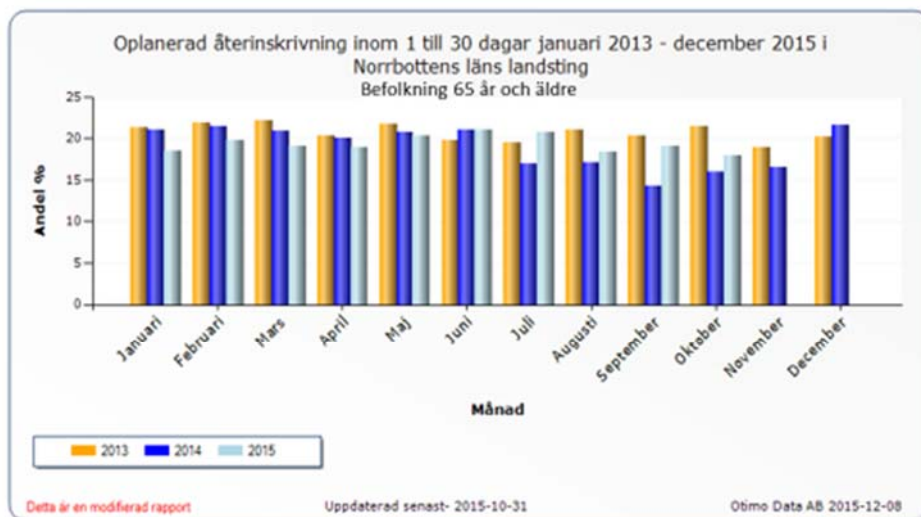
Kommun	Infört processen trygg hemma
Arjeplog	Nej
Arvidsjaur	Nej
Boden	Ja (några områden kvar)
Gällivare	Ja
Haparanda	Ja
Jokkmokk	Ja
Kalix	Ja
Kiruna	Ja
Luleå	Ja (några områden kvar)
Pajala	Ja
Piteå	Ja (några områden kvar)
Älvsbyn	Nej
Övertorneå	Ja
Övertorneå	Ja
Totalt i Norrbottens län	11 kommuner infört processen 3 kommuner har inte infört processen

Kapitel 2 RESULTAT

Antal registrerade SIP i Meddix öppenvård per månad och kommun under perioden jan-nov 2015, personer ≥ 65 år



Norrbottens ≥ 65 år 2015 jämfört med samma period 2014:
314 SIP (199) – en ökning med ca 58 %



I snitt 19,4 % återinskrivningar inom en månad av utskrivna personer ≥ 65 år under perioden jan – okt 2015
En ökning med 2% jämfört med 2014 då 18,9 % blev återinskrivna (ffa äldre äldre 85+: 10 % ↗)

Kapitel 3 SLUTSATSER

Syftet med detta arbete för utvecklingsledare inom Kommunförbundet Norrbotten har varit att stödja processen med införandet av trygg hemma i kommuner och landsting i samverkan med landstingets verksamhetsutvecklare, för att förbättra livssituationen för de sjuka äldre genom att vara uppmärksamma på tidiga tecken och samverkan på flera nivåer mellan huvudmännen.

Under processen där kommuner och landsting har haft ett tydligt, aktivt ledarskap, tidigare utformade samverkansrutiner mellan chefer i kommun och landsting har man haft större möjlighet till framgång i denna process. Framgången har också varit där personalen har varit engagerad med fokus på den enskilde och förstått sin roll i processen. I dessa kommuner har man lyckats genomföra hela arbetsmetoden från identifiering av focus personer, upprättade av SIP, fast vårdkontakt, en läkemedelsgenomgång samt uppföljning av SIP.

Tolkningen av hemsjukvårdsavtalet har varit aktuell i samtliga kommuner och en dialog har förts vem som gör vad och vilket ansvar huvudmännen har gentemot varandra.

Att upprätta en lokal samverkans rutin har tagit längre tid än beräknat och det är viktigt att en tidplan görs när den lokala rutinen skall var klar och när den första uppföljningen skall genomföras, annars finns det risk att arbetet dra ut tiden och man kommer inte igång med arbetet fullt ut.

Utifrån samlade erfarenheter från införandeprocesser i länet rekommenderas följande för att få en långsiktighet i arbetet med processen, genom att;

- samla kommun och landstingets gemensamma dokument på en lokal, lättillgänglig webbsida.
- implementera den gemensamma rutinen för att underlätta det dagliga arbetet i vardagen
- samordna samverkansmöten på olika nivåer, för att där diskutera gränsdragning eller andra utvecklingsfrågor som berör verksamheterna när det gäller samverkan.
- återkoppla resultat kontinuerligt till berörd personal
- använda distansöverbyggande teknik för att underlätta samverkan oavsett det geografiska läget.

Länsstyrgruppen har tagit ett beslut 2015-12-09 att följande kriterier gäller för kommun och landsting för att få godkänt att man infört och arbetar vidare med "Trygg hemma" processen i verksamheterna.

- Lokala (per kommun) och regelbundna samverkans möten där man lyfter lokala samverkansfrågor. Möten ska genomföras både på chefs- och utförarnivåer.
- Lokal rutin för samverkan där Trygg hemma ingår ska vara upprättad mellan kommun och aktuella hälsocentraler. Rutinen ska följas och uppdateras regelbundet av aktuella verksamhetsområden.
- SIP ska registreras i Meddix öppenvård enligt " Gemensamma riktlinjer för samverkan". Upprättade planer där den enskilde har medverkat och uppföljningsmöten ska vara registrerade

Regelverk och lagar som styr verksamheterna

- Socialtjänstlagen (SOL 2001:453)
- Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS 1993:387)
- Hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763)
- Patientsäkerhetslag (2010:659)

Föreskrifter och allmänna råd

- Bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård (SOSFS 2009:6)
- Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20)
- Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård (SOSFS 1997:14)
- Läkemedelshantering i hälso- och sjukvården (SOSFS 2001:1)
- Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården (SOSFS 2005:12)
- Ledningssystem för kvalitet i verksamhet enligt SOL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:11)

Meddelandeblad och cirkulär

- Gemensamma överenskommelser om samarbete och gemensam individuell planering mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten (SKL Cirkulär 09:66)
- Egenvård (Socialstyrelsens Meddelandeblad Nr 6/2013, april 2013)

Länsgemensamma riktlinjer

- Gemensamma riktlinjer för samverkan, samordnad individuell plan (Kommunförbundet Norrbotten, Norrbottens läns landsting juni 2013)

Luleå 2015-12-15

Karin Sundström
Utvecklingsledare
Kommunförbundet
Norrbotten

Nina Stålnacke
Utvecklingsledare
Kommunförbundet
Norrbotten