

# Strategi och handlingsplan- Äldre

2015- 2017

I samverkan med länets kommuner och Region Jönköpings län

## Begreppsförklaring

Kommun och landsting/region	När begreppen omnämns i rapporten avses även privata aktörer som har avtal med respektive huvudman.
Region Jönköpings län	Den 1 januari 2015 bildade Regionförbundet Jönköpings län och Landstinget i Jönköpings län, Region Jönköpings län. När strategi och handlingsplanen belyser arbete som skett tidigare används benämningen Landstinget i Jönköpings län, vid redogörelser gällande pågående arbete samt framåtblickande arbete används benämningen Region Jönköpings län.
Äldre	I strategi och handlingsplanen avser begreppet ”äldre” personer 65 år och äldre.
ReKo	Ledningsgruppen för samverkan Region Jönköpings län och länets kommuner.
Strategi grupp Äldre	Strategigruppen består av en chef från kommun respektive Region Jönköpings län från vardera länsdel. En av dessa är ledamot i ReKO. Till varje grupp knyts personer från FoUrum och från avdelning för folkhälsa som föredragande av ärenden.

## Innehåll

<b>Bakgrund</b> .....	<b>4</b>
<b>Framåtblickande</b> .....	<b>4</b>
<b>Strategi- och handlingsplan</b> .....	<b>6</b>
<b>Framgångsfaktorer</b> .....	<b>8</b>
Hälsofrämjande arbete/Genomsyrande salutogen kultur .....	8
God läkemedelsanvändning .....	9
God rehabilitering efter stroke .....	10
God vård och omsorg vid psykisk ohälsa.....	10
Sammanhållen vård och omsorg .....	10
Ledning och styrning i samverkan/engagerade medborgare och medarbetare .....	13
Förebyggande arbetssätt genom användning av kvalitetsregister .....	13
Användning av teknik i vård och omsorg .....	14
<b>Bilagor</b> .....	<b>15</b>

## Bakgrund

Länet har deltagit i den nationella satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” i flera år, som nu nationellt upphört från årsskiftet 2014/2015. Förbättringsarbetet för att äldre ska kunna åldras i trygghet och självbestämmande, med tillgång till en god vård och omsorg, upphör inte i och med att det nationella stödet upphör, utan kommer gå vidare genom den nu lagda grunden för vår gemensamma struktur för ledning och styrning i samverkan. För kommunerna i länet och Region Jönköpings län finns en gemensam strategi- och handlingsplan, Äldre. Strategi- och handlingsplanen beskriver övergripande perspektiv och framgångsfaktorer för lärande och erfarenhetsutbyte.

Många av de mest sjuka äldre återfinns i både kommunernas såväl som Region Jönköpings läns vård och omsorg, vilket kräver samverkan mellan verksamheterna för genomförande av den gemensamma handlingsplanen. Ansvaret för måluppfyllelsen och förankring ligger hos respektive huvudman och i de samverkanstrukturer som finns, och som har ansvar att genomföra aktiviteter lokalt som bidrar till att uppfylla de övergripande målen.

Utifrån strategi- och handlingsplanen upprättar Region Jönköpings län och länets kommuner egna handlingsplaner, en för varje länsdel<sup>1</sup>. Förbättringsarbetet är integrerat i den ordinarie verksamheten och ansvaret för genomförandet bärs av respektive enhet och dess verksamhetsansvariga.

Fler blir allt äldre, de flesta mår bra och har varken omfattande sjukvård eller omsorg. Hela 82 procent klarar sin vardag utan hjälp från kommunen och endast cirka 2-4 procent av den totala befolkningen 65 år och äldre får både omfattande sjukvård och omfattande omsorg<sup>2</sup>. Utmaningen för regionen tillsammans med kommunerna är att bidra till en väl sammanhållen vård och omsorg till gruppen med ett helhetsperspektiv på individen. Med ett förhållningssätt där individen betraktas som kapabel med resurser och förmågor, och är en aktiv part i den gemensamt planerade vården, kan vi skapa en hög kvalitet på vården och omsorgen.

## Framåtblickande

Strategigrupp äldre har uppdraget att länsövergripande skapa förutsättningar för utveckling av de gemensamma delarna inom äldreområdet och följa upp resultat i de gemensamma framgångsfaktorerna varje tertiäl. Sedan starten av den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre har arbetet i länet engagerat många seniorer,

---

<sup>1</sup> I länet finns tre länsdelar; Norra - där Jönköpings sjukvårdsområde samt kommunerna Habo, Mullsjö och Jönköping ingår. Höglandet - där Höglandets sjukvårdsområde samt kommunerna Aneby, Tranås, Nässjö, Sävsjö, Eksjö och Vetlanda ingår. GGVV - där Värnamo sjukvårdsområde samt kommunerna Gnosjö, Gislaved, Vaggeryd och Värnamo ingår.

<sup>2</sup> Analysrapport 2, Sammanhållen vård och omsorg 2013 (SKL)

medarbetare, chefer och politiker. I arbetet finns många samtidiga förbättringsområden som används och prövas, både i nära situationer med den äldre och på organisationsnivå.

Förbättringsarbetet har fått fart och riktning genom den nationella satsningen. Inom de flesta områden har några kommuner/sjukvårdsområden kommit längre än andra och det är nu viktigt att jobba vidare med att säkra en likvärdig vård och omsorg för äldre i hela länet. På lokal nivå finns många exempel på nya arbetssätt som bör ligga till grund för en bredare spridning och vårt fortsatta gemensamma arbete i länet. I flera av de goda exempel som lyfts i länets analysrapport framgår att förbättringsarbete och organisationsförändringar tar tid och att gediget arbete med engagerad stödjande ledning och motiverade medarbetare krävs för att få till stånd varaktiga förändringar med goda förbättringar för den äldre.

Inom andra områden, som i arbetet med återinskrivningar och undvikbar slutenvård har arbete gjorts, och det är påtagligt att arbetet kräver fortsatt ihållighet för att åstadkomma en förbättrad vård och omsorg för den äldre. Många av de satsningar som gjorts har berört äldre som bor i någon form av särskilt boende eller befinner sig på sjukhus. Det är angeläget att vårt förebyggande arbetssätt även kommer dem som bor kvar i sitt eget hem till del i större utstäckning. Att kunna behålla en god munhälsa innebär mindre risk att drabbas av undernäring, som i sin tur minskar risken att drabbas av en fallolycka. Det innebär större möjligheter att klara sig självständigt i sitt eget boende med en god livskvalitet under en längre tid.

Fortsatt satsning på samverkan mellan huvudmän och verksamheter behövs, samt utveckling inom informationsstruktur och dess teknik för att ytterligare förbättra vården och omsorgen för de äldre i Region Jönköpings län.

Framåt behöver vi arbeta för att bli bättre på att ta tillvara den äldres erfarenheter i vårt förbättringsarbete och hitta former för det. Vi behöver också utveckla våra verksamheter i att följa värdegrunden så att vi alla blir bärare av en gemensam målbild i alla processer. Vården och omsorgen om de äldre behöver vara salutogen för att fungera och skapa möjligheter för den äldre att må bra. Det innebär att vi arbetar för att den äldre ska uppnå en känsla av sammanhang och delaktighet. Detta är ett tanke- och arbetssätt som vi vill ska genomsyra allt arbete för äldre som sker i Region Jönköpings län.

Syftet med arbetet är att utifrån den äldres behov, med ett långsiktigt systematiskt förbättringsarbete, skapa förutsättningar för ett bättre liv för äldre i vardagen. Genom att tillsammans arbeta för en sammanhållen vård och omsorg med fokus på kvalitet, helhet och att vården och omsorgen i högre grad utgår från den äldres behov och att

de resurser som finns används på ett effektivt och, för den äldre, mest värdeskapande sätt.

Genom personal från Region Jönköpings län, kommuner och privata utförare i länet, ska de äldre erbjudas ett sammanhållet omhändertagande där verksamhetsgränser och huvudmannaskap inte utgör hinder för samverkan.

Det påbörjade arbetet med nya arbetssätt i vård och omsorg om äldre innebär ett mer strukturerat, förebyggande, evidensbaserat arbetssätt där vi använder oss av våra egna mätresultat, resultat från kvalitetsregister och öppna jämförelser i såväl styrning och ledning som i det dagliga förbättringsarbetet i verksamheterna. Det kräver ett långsiktigt och systematiskt arbetssätt med analyser av de överenskomna målområdena.

## **Strategi- och handlingsplan**

I handlingsplanen konkretiseras arbetet genom fyra perspektiv (BSC); medborgare och kund, process och produktion, lärande och förnyelse och ekonomi. För att uppnå vårt övergripande mål finns 11 identifierade framgångsfaktorer. Under strategi- och handlingsplanens period pågår förbättringsarbeten inom samtliga perspektiv genom framgångsfaktorerna:

1. Hälsöfrämjande arbete
2. God läkemedelsanvändning
3. God rehabilitering efter stroke
4. God vård och omsorg vid psykisk ohälsa
5. Sammanhållen vård och omsorg
6. Struktur för ledning och styrning i samverkan
7. Förebyggande arbetssätt genom användning av kvalitetsregister för systematiskt förbättringsarbete
8. Genomsyrande salutogen kultur
9. Motiverade och engagerade medarbetare
10. Användning av teknik i vård och omsorg
11. Dialog mellan huvudmän

Varje perspektiv består av ett antal framgångsfaktorer med tillhörande mål och aktiviteter, där utveckling och måluppfyllelse följs med hjälp av indikatorer som visar eller indikerar läget. Genom att följa indikatorernas utveckling får vi en uppfattning om i vilken riktning respektive framgångsfaktor utvecklas. Indikatorerna samt framgångsfaktorerna ses inte som mål i sig utan som drivkrafter för att uppnå en förbättring och se nyttan för den enskilde individen i dess vardag. Se bilaga 1-2.

## Målgrupp

Målgruppen för strategi- och handlingsplanen är personer 65 år och äldre. Målgruppen har i vissa samverkansområden omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. I strategi- och handlingsplanen används Socialstyrelsens definition av målgruppen; Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättning i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Målgruppen i Jönköpings län omfattar ca 12 600 personer<sup>3</sup> Ett stort antal omvårdnadspersonal och hälso- och sjukvårdspersonal arbetar gentemot målgruppen. Inom den kommunala vård och omsorgen arbetar över 10 000<sup>4</sup> personer med äldre i Jönköpings län (SKL, 2013). I Region Jönköpings län finns ca 4 875<sup>5</sup> anställda som arbetar inom områden där patientgruppen 65 år och äldre vårdas<sup>5</sup>.

## Övergripande mål

”Jag kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg”

## Värdegrund

Utgångspunkten för all samverkan är den gemensamt framtagna och beslutade värdegrunden;

- Vi utgår från medborgarnas behov
- Vi samarbetar aktivt över organisations- och huvudmannagränser så att de stärker den enskildes upplevelser av sammanhang och helhet.
- Vi bemöter varandra med respekt och visar tillit.
- Vi lär av varandra och tar tillvara varandras kompetens.

## Stödfunktioner

Som stödfunktioner i arbetet som bedrivs i samverkan finns;

- Utvecklingsledare, strateger, statistiker och liknande från länets kommuner och Region Jönköpings län.
- Verksamhetsnära medarbetare som ingår i utvecklingssatsningar.

---

<sup>3</sup> Ca 18 % av befolkningen 65 år och äldre har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom (Socialstyrelsen, 2013). I Jönköpings län är ca 70 000 personer 65 år och äldre (SCB, 2014).

<sup>4</sup> Innefattar personal inom äldre- samt funktionsnedsättningsomsorgen.

<sup>5</sup> Inkluderar ej privata vårdgivare och vårdcentraler

- Seniorsdialogen, ett nätverk i samverkan för erfarenhetsutbyte.

Medarbetare inom vård och omsorg fattar dagligen beslut som vilar på bästa möjliga kunskap utifrån forskning och erfarenhet. De äldres kunskaper, behov och delaktighet tillsammans med medarbetarnas kunskaper och lokala praktiska förutsättningar bidrar till att bästa möjliga insats genomförs. Forskningen ska vara en naturlig del i arbetet och vara nära knuten till verksamheterna. Till stöd för ett sådant arbetssätt finns bland annat Futurum – akademien för hälsa och vård inom Landstinget, Jönköping Academy for Health and Welfare, ett samverkanscentrum, mellan högskolan, Landstinget och länets kommuner för praktisk forskning och utbildning i kvalitetsförbättring och ledarskap. Övriga stödfunktioner är FoUrum, utvecklingspartnerskap med uppdrag att stödja kommunerna i arbetet att utveckla kvaliteten inom socialtjänsten samt Kultorum, Region Jönköpings läns centrum för utveckling av arbetssätt och nya metoder inom hälso- och sjukvård och avdelningen för folkhälsa och sjukvård.

## Framgångsfaktorer

De olika områdena i strategi- och handlingsplanen hör samman och påverkar varandra, och de är alla viktiga för att den äldre ska få en god sammanhållen vård och omsorg.

### Hälsofrämjande arbete/Genomsyrande salutogen kultur

Det salutogena perspektivet innebär fokus på hälsofrämjande faktorer, där hälsofrämjande arbete är den process som ger människor möjlighet att öka kontrollen över sin hälsa och främja den. För att detta ska kunna uppfyllas måste människan ges förutsättningar att kunna påverka de faktorer som kan begränsa dessa möjligheter. Med en salutogen kultur arbetar vi för att vår värdegrund ska utgöra verksamhetsnytta, vikten av att äldre ska kunna uppleva en känsla av sammanhang och mening. Synsättet får också stöd i nationell äldre politik<sup>6</sup>. Ett tydligt exempel är ett tillägg i socialtjänstlagen som anger att omsorgen ska leda till värdigt liv och välbefinnande för de äldre, vilket bygger på uppfattningen att vardagen ska vara begriplig, hanterbar och meningsfull<sup>7</sup>. Uttrycken salutogen och meningsfullhet tas även upp i Socialstyrelsens (2012) ”vägledningsmaterial” för personal om värdegrund.

Strategi och handlingsplan Äldre kopplas samman med folkhälsoarbetet i regionen. Förslag på en regional strategi med handlingsplan för jämlik hälsa är framtagen i bred samverkan med lokala och regionala aktörer. Den heter ”Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län” och förväntas antas under hösten 2015 i regionfullmäktige. Tre strategiska mål är föreslagna; Hållbara strukturer i styrning och

<sup>6</sup> SOU 2008:51; SOU 2008:126; prop. 009/10:116

<sup>7</sup> SFS 2010:427; jfr prop. 2009/10:116, s. 9.



ledning för en jämlik hälsa; Samverkan och samlärande regionalt och lokalt och Jämlik hälsa och bra livsvillkor genom hela livet. Det tredje strategiska målet innehåller ett specifikt handlingsområde för äldres livsvillkor och hälsa. Aktiviteterna i handlingsområdet är anpassade till såväl överenskommelsen om samverkan mellan kommunerna och Region Jönköpings län, som till Strategi- och handlingsplan Äldre. Även handlingsområden som statistik och analys, medborgarmedverkan, hälsoekonomi och samhällsplanering har bäring på äldres hälsa i föreslagen strategi och handlingsplan för jämlik hälsa.

### **Pågående förbättringsarbete**

I Landstingets regi har arbete skett genom personcentrerad vård, ett arbetssätt som integreras i den ordinarie verksamheten där hela vårdprocessen utgår från patienten och vad som i alla lägen är bäst för patienten. Arbetssättet har visat ge gott resultat och stärka patienters trygghet, förtroende, delaktighet och oberoende<sup>8</sup>. Inom flertalet kommuner bedrivs värdegrundsarbete utifrån den nationella värdegrunden för socialtjänstens omsorg om äldre<sup>9</sup> som fokuserar på att den äldre ska få leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Utbildningsinsatser för omsorgspersonal i värdegrundsfrågor som etik, bemötande, livskvalitet, meningsfullhet och delaktighet för äldre har bedrivits i kommuner i länet.

### **God läkemedelsanvändning**

Arbetet med äldre och läkemedel har pågått under en längre tid i länet. År 2009 uppmärksammades behovet av en regional satsning och 2011 kom ”Äldre och läkemedel – handlingsplan för Jönköpings län”. Målet för framgångsfaktorn God läkemedelsanvändning för äldre är att följa gällande handlingsplan.

### **Pågående förbättringsarbete**

Då Läkemedelskommittén i Jönköpings län gått ut med restriktioner gällande förskrivning av läkemedel via dosdispensering startade, i april 2014, projektet "Förbättrad läkemedelshantering i ordinärt och särskilt boende". Nässjö valdes ut som pilotkommun och har blivit en betydelsefull del i det större projektet, där de positiva resultaten ska användas för spridning i övriga kommuner i länet. Syftet var att pröva nya arbetssätt som underlättar läkemedelshanteringen, från ordination till administrering. Projektet syftade även till att stimulera samverkan mellan kommunen, primärvården och lokala apotek för att underlätta läkemedelshanteringen som nu startas upp i länets samtliga kommuner.

---

<sup>8</sup> Se mer information via Hälsohögskolan, Jönköping <http://hj.se/hhj/om-oss/press/pressmedelande-2013/2013-05-15-personcentrerad-var-d-ar-karnan-i-reumatologisk-omvardnad.html>

<sup>9</sup>”Socialtjänstens omsorg om äldre ska inriktas på att äldre personer får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande (värdegrund)” (5 kap. 4§ socialtjänstlagen (2001:453), SoL).

## God rehabilitering efter stroke

Framgångsfaktorn god rehabilitering efter stroke har som mål att patienter som vårdats för stroke ska få rehabilitering enligt nationella riktlinjer. Kvalitetsregistret RiksStroke genomför årliga uppföljningar med patienter som drabbats av stroke, där bland annat patientens upplevelse av rehabilitering 12 månader efter stroke studeras.

## Pågående förbättringsarbete

Arbete tillsammans med kommunerna i ett sjukvårdsområde har pågått sedan 2012 med att säkra vårdkedjan för äldre som fått stroke. En överenskommelse mellan Region Jönköpings län och kommunerna har skapat ökad säkerhet för den äldre att få god rehabilitering vid stroke. Överrapportering mellan slutenvård, primärvård och kommun sker via rehabplan i pappersform, informationsöverföring i Meddix samt via telefon. I början av 2014 gjordes en satsning på hembesök och överrapportering i hemmet, nu jobbar man vidare med satsningen för att göra hembesök endast hos de individer där man bedömer att ett besök gör faktisk skillnad. Inom slutenvården följer rehabarbetet de nationella föreskrifterna och teamet följer noga arbetet för varje individ, för att säkerställa att god rehabilitering sker. Bland de resultat som ses är en minskning av lunginflammationer ett exempel. Samrehab strävar efter jämlikhet i insatser och poängterar att det är en kvalitetssäkring för den äldre.

## God vård och omsorg vid psykisk ohälsa

Äldres psykiska ohälsa är ett område som varit eftersatt trots att behoven är stora, och förekomsten av depressionssjukdom relativt vanlig. I länet genomfördes en kartläggning år 2014 genom en behovsinventering<sup>10</sup> inom vård och stöd till äldre personer med psykisk ohälsa/sjukdom med en plan för kompetensutveckling. Syftet var undersöka vilken kunskap personer som arbetar med äldre med psykisk ohälsa har utifrån frågeställningarna; Hur fungerar samordningen av enskilda ärenden i kontakter mellan olika verksamheter? Hur ser de olika yrkeskategoriernas möjlighet till kunskap och kompetens ut? Vilka särskilda åtgärder behöver göras för att säkerställa rätt kompetens hos berörda personalgrupper? I kartläggningen identifierades tre förbättringsområden organisering, kunskap och kompetens, trygghet och välbefinnande. Planen för insatser för att stödja kompetensutveckling till medarbetare utifrån dessa områden är under framarbetande genom en arbetsgrupp i länet.

## Sammanhållen vård och omsorg

Sjuka äldre har ett särskilt stort behov av en individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg, då flera olika symtom och diagnoser ofta förekommer, samt att kontakter med olika huvudmän kan vara svåra att överblicka. För framgångsfaktorn Sammanhållen vård och omsorg finns målen att minska undvikbar

---

<sup>10</sup> Rapporten *Vård och stöd till äldre personer med psykisk ohälsa/sjukdom, 2014*  
[http://www.regionjonkoping.se/web/Aldre\\_rapporter\\_1.aspx](http://www.regionjonkoping.se/web/Aldre_rapporter_1.aspx)

slutenvård och återinskrivning inom 30 dagar samt fokusera på utskrivningsklara dagar på sjukhus, och att följa antal avvikelser i samverkan per år.

### **Pågående förbättringsarbete**

Många förbättringsarbeten bedrivs inom Sammanhållen vård och omsorg. Några av dessa: fokuspatient, trygg hemgång, samordnad individuell plan, projektet Individens behov i centrum (IBIC) samt projektet Färre hjärtsviktspatienter i sjukvården – bättre hälsa hemma. Det finns inte en enskild åtgärd som är lösningen utan det krävs att vi fortsätter och strävar efter flera olika aktiviteter på flera olika nivåer som påverkar rätt vårdinsats på rätt vårdnivå.

### **Fokuspatienter**

Den dagliga vården och omsorgen om äldre ska säkerställa och förebygga att den enskilde inte drabbas av sjukdomstillstånd och besvär som hade kunnat undvikas och inte heller behöver åka till sjukhus i onödan. Under 2013 började det länsgemensamma arbetet kring fokuspatienter. Syftet är att genom länsgemensam rutin förbättra utskrivningsprocessen och uppföljning utanför sjukhus för patienter med hög risk för återinskrivning, så kallade fokuspatienter. Målet är att undvika för patienten onödiga sjukhusvistelser. Med fokuspatient<sup>11</sup> menas att patienten har identifierats via en specifik checklista och antas riskera bli inskriven igen inom 30 dagar.

### **Trygg hemgång**

Som en del i det systematiska arbetet för en sammanhållen vård och omsorg har 10 av 13 kommuner i länet implementerat, eller är i startfasen, av koncept för att skapa trygg hemgång från slutenvård. Konceptet innebär att personal från hemsjukvården och/eller hemtjänst tar emot individen hemma när hen kommer från slutenvård eller korttidsplats.

### **Mobila geriatriska teamet (MGT)**

I samtliga sjukvårdsområden i länet finns någon form av mobila team som riktar sig till äldre. Grundtanken är att etablera ett symtomriktat, personcentrerat arbetssätt som skapar bättre symtomkontroll, ökad trygghet och även kunna minska antalet icke värdeskapande inläggningar på sjukhus. Navet i verksamheten är samarbetet mellan geriatriska kliniken och kommunens hemsjukvård. Arbetssättet innebär kontinuerlig telefonkontakt och hembesök av MGT-teamet för målgruppen 75 år och äldre, med tre eller fler inläggningar de senaste 12 månaderna, som bor i eget boende med kommunal hemsjukvård. Flera faktorer har påverkat projektet positivt: en ledningsstruktur som inbegripit samtliga parter (slutenvård, primärvård och kommunal hemsjukvård); stöd från ledning på klinik-, sjukvårds- och regionnivå; god förankring i involverade verksamheter; stöd från utvecklingsledare och samtidigt

---

<sup>11</sup> För en ingående beskrivning av vad fokuspatient innebär, se Länsgemensamma rutiner kring Fokuspatienter ([http://plus.rjl.se/info\\_files/infosida41730/Dokument\\_Fokuspatienter\\_mars.pdf](http://plus.rjl.se/info_files/infosida41730/Dokument_Fokuspatienter_mars.pdf)) .

intresse att beforska förändringsarbetet; samt kontinuitet i läkar- och sjuksköterskegrupp och i ledningsgruppen. De äldre och deras anhöriga är nöjda med insatsen och upplever trygghet, förtroende och god kontinuitet. Många säger att detta är det bästa som hänt i deras sjukdomstid. En medarbetarenkät med kommunala hemsjukvårdssjuksköterskor och distriktsläkare ger goda omdömen kring arbetssättet. Antal vårdtillfällen, vårddygnsamtal och besök på akuten och i primärvården har minskat för de som varit inskrivna i MGT.

### **Samordnad individuell plan (SIP)**

Även om möjligheter och verktyg finns för att genomföra en SIP har arbetet inte kommit igång i en större utsträckning i länet.

### **Individens Behov i Centrum (IBIC)**

IBIC är ett behovsinriktat arbetsätt inom kommunerna som börjar med att ta reda på; vad vill den äldre uppnå, vad är viktigt, stödjande eller hindrande i det dagliga livet. I länet pågår ett arbete med att sammanföra införandet av IBIC för SoL<sup>12</sup>- och HSL<sup>13</sup>-personal, en strukturerad och processbaserad dokumentationsmodell. Ett stöd i att behålla fokus på den äldres individuella behov, vilket införandet av dessa modeller medför, bidrar till att uppnå kommunernas mål för sammanhållen vård och omsorg. En strukturerad dokumentation möjliggör jämförelser mellan olika delar av hälso- och sjukvård och service- och tjänsteverksamheter över tid, men också en ökad möjlighet för informationsöverföring och förståelse över såväl professions- som verksamhetsgränser. I takt med att vi närmar oss ett läge där individen får tillgång till sin egen journal via nätet, blir gemensamma begrepp och högre strukturering i dokumentationen en viktig komponent för en tydligare och mera sammanhängande dokumentation som är lättillgänglig för medborgaren. Strukturerad dokumentation i kommunal vård och omsorg gör att den äldre får stöd och hjälp utifrån sina behov, får själv vara delaktig i att värdera och följa upp insatser genom ökad insyn och inflytande, ger en ökad rättssäkerhet samt en likvärdig handläggning och dokumentation.

### **Färre hjärtsviktspatienter i sjukvården – bättre hälsa hemma**

Hjärtsvikt är ett komplext och livslångt tillstånd där många professioner och vårdgivare måste samverka för en god och säker vård. Förbättringsprojektet syftar till att förbättra vardagen för patienter med hjärtsvikt genom minskade onödiga återinläggningar och ökad samverkan mellan professioner och vårdgivare. Projektet är nationellt och i Jönköpings län har Värnamo sjukhus deltagit. Ett mobilt geriatriskt team inriktat på hjärtsviktspatienter har startat. En liten personalgrupp gör hembesök och har telefonkontakt med den äldre, vilket skapar fördjupad patientkontakt. Projektet har bidragit till högre följsamhet till riktlinjer gällande behandling och diagnostik och förbättrad teamsamverkan för de svårast sjuka. För att lyckas med

<sup>12</sup> SoL-personal är personal som lyder under Socialtjänstlagen.

<sup>13</sup> HSL-personal är personal som lyder under Hälso- och sjukvårdslagen.

detta projekt har bland annat en intresserad ledning som efterfrågar resultat samt patient- och närståendemedverkan varit viktigt.

## **Ledning och styrning i samverkan/engagerade medborgare och medarbetare**

Kommunalt forum antog i september 2013 beslut om en struktur för ledning och styrning i samverkan med kommunerna och Region Jönköpings län. Ledningssystemet<sup>14</sup> för samverkan utgår från invånarens behov och fokuserar på att uppnå bästas möjliga kvalitet. Det handlar både om att arbeta mer systematiskt med att säkra verksamheternas kvalitet, men också om att fånga medarbetarnas och invånarnas kunskaper och engagemang och omsätta idéer i handling genom att bedriva ett systematiskt förbättringsarbete. Vi arbetar och utvecklar gemensamt förmågan att; sätta upp mål för de olika prioriterade områdena, följa upp målen och besluta om förfining och utveckling.

## **Förebyggande arbetssätt genom användning av kvalitetsregister**

Systematiskt förbättringsarbete leder till vinster för den enskilde och verksamheten. För att kunna utveckla och säkra vården och omsorgens kvalitet används nationella kvalitetsregister. Registren gör det möjligt att följa upp och förbättra vården och omsorgen för den enskilde.

### **Pågående förbättringsarbete**

Syftet med arbetet är att utifrån den äldres behov, med ett långsiktigt systematiskt förbättringsarbete, skapa förutsättningar för ett bättre liv för sjuka äldre i vardagen. Arbetet i kvalitetsregistren innebär att personal får stöd i att bedriva ett aktivt förbättringsarbete med ett förebyggande syfte.

### **Senior alert**

Målet är att åstadkomma ett systematiskt och preventivt arbetssätt där antalet fall, trycksår och undernäring ska minska och munhälsan hos äldre förbättras. Som stöd för det systematiska arbetssättet används kvalitetsregistret Senior alert där riskbedömningar, planerade åtgärder samt utförda åtgärder registreras. Det förebyggande arbetssättet ska användas inom såväl slutenvård och primärvård som inom kommunal verksamhet.

Riskbedömningar i Senior alert har blivit ett naturligt arbetssätt i omvårdnaden runt äldre över 65 år genom vårdteamträffar där omvårdare, chef, sjuksköterska och vid behov, administrativ assistent träffas varannan vecka och följer upp arbetet med riskbedömningar. En tydlig rollfördelning samt ett aktivt stöd från den administrativa assistenten gjorde att arbetssättet fungerar bra. För den enskilde äldre innebär arbetssättet att risker upptäcks tidigare.

---

### **God vård och omsorg vid livets slut**

God kvalitet i vård och omsorg den sista tiden i livet och ett värdigt slut för den enskilde och närstående utgör ett av de nationella målen för vård och omsorg. Arbetet sker med hjälp av användning av Svenska Palliativregistret, vilket bidrar till systematiska arbetssätt samt möjlighet att regelbundet följa upp arbetet. Att använda skattningsskalor, ROAG och Abby pain Scale, och ett teamarbete runt registreringarna där arbetet inte är beroende av några få individer utan involverar hela teamet.

### **God vård och omsorg vid demenssjukdom**

Demenssjukdomar kan skapa lidande både för den som drabbas och deras närstående. Eftersom sjukdomarna inte går att bota inriktas insatserna på att diagnostisera, symtomlindra och ge en god omvårdnad. Svenska Demensregistret (SveDem) och Svenskt register för Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens (BPSD) är de två kvalitetsregister som används för att säkerställa och ytterligare utveckla och förbättra vård och omsorg för personer med demenssjukdom.

Registrering görs i SveDem, för att nå en likvärdig behandling för individer med demenssjukdomar. SveDem är ett register som följer individen från diagnos till livets slut.

För den enskilde betyder användningen av BPSD-registret att minska BPSD och lidandet som detta innebär, och därigenom öka livskvaliteten för individen. Arbetssättet identifierar åtgärdsområden, genererar en individuell plan med evidensbaserade omvårdnadsåtgärder för att minska BPSD samt innehåller verktyg för utvärdering av insatta åtgärder. Personalen tar extra tid och uppmärksammar den enskildes behov, små som stora för att göra dagen mer begriplig och hanterbar. För personalen ger arbetssättet legitimitet till det självklara, att ta sig tid med den enskilde och göra helt vanliga saker. Arbetssättet uppfattas ge ett gott stöd till personal att kunna ge rätt insats.

### **Användning av teknik i vård och omsorg**

För att klara vård och omsorg framåt behövs ny syn på hälsa och sjukdomar. En stor del av vården måste skiftas om från sjukvård till att fokusera på "riskvård", att minska risken för att sjukdomar och funktionsnedsättningar uppstår, eller skjuta upp debuten. Med användning av teknik i vård och omsorg kan vi bidra till ett mer självständigt liv samt frigör personella resurser och som ger möjlighet till värdefulla mänskliga insatser. "Om vi har hög ambition på att införa ny arbetsbesparande teknologi kan vi istället avsätta resurser till den nödvändiga empatin"<sup>15</sup>. Vi tror att

---

<sup>15</sup> Empati och high tech. Delresultat från LEV-projektet, Regeringskansliet, 2012  
<http://www.swecare.se/Portals/swecare/Documents/high-tech-och-empati.pdf>.

vanan och viljan leder till att själv utföra sina tjänster med hjälp av teknologi med den traditionella sjukvården som sköts hemma och av den äldre själv. Människors behov av integritet och att klara sig själv är drivkraften. Det handlar om att hitta lösningar som kan ge större frihet och trygghet till de äldre, och samtidigt ge personalen en bättre överblick och möjlighet att prioritera sina insatser.

### **Pågående förbättringsarbeten**

Exempel på lösningar man har utvecklat eller testat inom Region Jönköpings län är E-tjänster för brukare och anhöriga, digitaliserade trygghetslarm samt videomöten.

## Handlingsplan äldre 2015-2017

	Medborgare och kund	Process och produktion	Lärande och förnyelse	Ekonomi
<b>Utgångspunkter/ värdegrund - Ledningsgrupp för samverkan region Jönköpings län och länets kommuner (Reko)</b>	Vi utgår från medborgarnas behov	Vi samarbetar aktivt över organisation- och huvudmannagränser så att det stärker medborgarens upplevelser av sammanhang och helhet	Uppnå bästa möjliga kvalitet för medborgarna  Systematisk säkra verksamheternas kvalitet	Tillgodose nuvarande och förändrade behov med tillgängliga ekonomiska resurser
<b>Mål - äldre Region Jönköpings län</b>	Alla medborgare kan åldras i trygghet och självbestämmande med tillgång till en god vård och omsorg	Ständig utveckling av samverkan mellan länets kommuner och region Jönköpings län i att främja medborgarnas hälsa	En innovativ vård och omsorg i samverkan, som ständigt utvecklas och förbättras.	Effektiv användning av resurser för vård och omsorg
<b>Framgångs- faktorer</b>  Vad är allra viktigast för att vi ska kunna uppnå vår vision?	<ol style="list-style-type: none"> <li>Hälsofrämjande arbete</li> <li>God läkemedelsanvändning</li> <li>God rehabilitering efter stroke</li> <li>God vård och omsorg vid psykisk ohälsa</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Sammanhållen vård och omsorg</li> <li>Struktur för ledning och styrning i samverkan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Förebyggande arbetssätt genom användning av kvalitetsregister för systematiskt förbättringsarbete</li> <li>Genomsyrande salutogen kultur</li> <li>Motiverade och engagerade medborgare och medarbetare</li> <li>Användning av teknik i vård och omsorg</li> </ol>	Dialog mellan huvudmän



<b>Nyckeltal/indikator</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Etablera organisation för coacher för "Passion för livet" i länet. b) Mötesplats för medborgare och anhöriga</li> <li>Länsgemensam handlingsplan "Äldre och läkemedel" är upprättad, följd och utvärderas årligen</li> <li>Andel medborgare som är nöjda med rehabilitering, 12 månader efter stroke (årlig uppföljning, ÖJ)</li> <li>Länsgemensam handlingsplan "Äldre med psykisk ohälsa" är upprättad, följd och utvärderas årligen</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Undvikbar slutenvård b) Återinskrivningar inom c) Utskrivningsklara dagar på sjukhus</li> <li>Antal avvikelser i samverkan per år</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Följsamhet i planerade och genomförda åtgärder</li> <li>Deltagande i kompetensförsörjning gällande salutogent synsätt</li> <li>Nöjdhet medarbetarindex</li> <li>Antal nya eTjänster i länet, införda för medborgare</li> </ol>
<b>Aktiviteter</b>	<p>Passion för livet</p> <p>Lärcafé</p> <p>Läkemedelsprojektet – Förbättrad läkemedelshantering i ordinärt och särskilt boende</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Beslutsstöd, fokuspatientarbete, trygg hemgång,</li> <li>Mötesplatser mellan länets kommuner och Region Jönköpings län för att främja samverkan</li> <li>Följsamhet av överenskommelser mellan länets kommuner och Region Jönköpings län</li> <li>Överkommelse om samverkan angående bedömning av egenvård,</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>a) Att fullt ut använda nedanstående kvalitetsregister i vardagen <ul style="list-style-type: none"> <li>Svedem</li> <li>BPSD</li> <li>Svenska Palliativregistret</li> <li>Senior Alert</li> </ul>           b) Regional fallprevention</li> <li>Kompetensförsörjning – salutogent ledarskap</li> <li>Kompetensförsörjning – salutogent synsätt</li> <li>Utveckla 1177 till en</li> </ol>

- 2014.
  - Avtal om läkarmedverkan från primärvård i hemsjukvård i ordinärt boende och i särskilda Boendeformer, 2015.
  - Överenskommelse om samordnade insatser mellan landstinget och kommunerna i Jönköpings län med utgångspunkt från aktuell lagstiftning i hälso- och sjukvårdslagen, socialtjänstlagen samt i föreskrifter och allmänna råd, 2010.
  - Rutiner för samverkan kring utskrivningsklara patienter, 2003.
  - Samverkansrutiner vid vårdplanering
- informationshelhet för äldre medborgare

# Indikatorer som visas på mätavlan

<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?nodeId=40884>

Bilaga 2

	Medborgare och kund	Process och produktion	Lärande och förnyelse	Ekonomi
<b>Mätavlan</b>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Uppföljning årligen genom fokusgrupp</li><li>2. Läkemedel:<ul style="list-style-type: none"><li>- Andel äldre (75 år och äldre) med 10 läkemedel eller fler (Källa: ÖJ)</li><li>- Andel äldre (75 år och äldre) med olämpliga läkemedel (Källa: Kvalitetsportalen)</li><li>- Andel äldre med antipsykotiska läkemedel (Källa: Kvalitetsportalen)</li><li>- Andel äldre (75 år och äldre) med tre eller fler psykofarmaka (Källa: ÖJ)</li><li>- Andel äldre (75 år och äldre) med antiinflammatoriska läkemedel (Källa: Kvalitetsportalen)</li></ul></li><li>1. Rehabilitering efter stroke:<ul style="list-style-type: none"><li>- Tillgodosedda rehabiliteringsbehov 12 månader efter stroke (Källa: ÖJ)</li></ul></li><li>2. Äldre med psykisk ohälsa<ul style="list-style-type: none"><li>- Kompletteras då handlingsplanens mätetal</li></ul></li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Sammanhållen vård och omsorg:<ul style="list-style-type: none"><li>- Undvikbar slutenvård</li><li>- Återinskrivning inom 30 dagar</li><li>- Utskrivningsklara</li></ul></li><li>2. Avvikelser i samverkan</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Kvalitetsregister: Svenska Palliativregistret:<ul style="list-style-type: none"><li>- Täckningsgrad</li><li>- Palliativindikatorer (Ej trycksår vid dödsfallet, Injektionsläkemedel mot ångest), injektionsmedel mot smärta, dokumenterad munhälsa, dokumenterat brytpunktsamtal, smärtskattning, övrig symptomskattning)</li></ul></li></ol> <p>Senior alert</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Andel med genomförd riskbedömning i särskilt boende</li></ul> <p>SveDem</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Antal registrerade demensdiagnoser</li><li>- Antal registrerade demensuppföljningar</li></ul> <p>BPSD</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Antal genomförda BPSD-bedömningar</li></ul>	

är satta

# Informationsinhämtning

## Bilaga 3

I arbetet med strategigrupp äldres handlingsplan har information och kunskap inhämtats från:

- Chefsträff, tema äldre, 23 februari 2015
- Kommunala chefsnätverket, äldre
- Nationell äldreöverenskommelse mellan SKL och Socialdepartementet (preliminärt fokus: samverkan, rehabilitering, förebyggande och e-hälsa)
- Regional utvecklingsstrategi för Region Jönköpings län >> 2025
- Struktur för ledning och styrning i samverkan, 2013
- Tillsammans för jämlik hälsa och ett bra liv i Jönköpings län. Regional strategi 2015-2025. Handlingsplan 2015-2017. (Version 20150227).
- Äldre och läkemedel, handlingsplan för Jönköpings län, 2014-2017
- Handlingsplan för äldre med psykisk ohälsa (arbetsversion)
- Bättre liv för sjuka äldre i Jönköpings län, strategi- och handlingsplan 2014 och framåt
- Analysrapport, Bättre liv för sjuka äldre, Oktober 2013 - september 2014, sammanställd av länets kommuner och Region Jönköpings län
- eHälsoutveckling – vision för Jönköpings län, i samverkan.
- Handlingsplan Äldre i Norra Distriktet 2015
- Handlingsplan Äldre i GGVV 2015
- Esthers handlingsplan 2015