

Rapport analysarbete Norrbotten 2012

Bakgrund

Regeringen och SKL har kommit överens om en treårig satsning inom äldreområdet benämnd Bättre liv för sjuka äldre. I Norrbotten har inriktningen för 2012 varit att identifiera målgrupper, identifiera och skapa arbetsorganisation, stärka insatserna för målgrupperna, sprida information samt utveckla analysarbetet.

Det finns flera olika definitioner av målgruppen men vi har inte haft en samlad bild av hur det ser ut på övergripande eller individnivå i Norrbotten. Målgrupperna behöver identifieras för att kunna ta fram riktade åtgärder samt kunna göra uppföljningar av arbetsgruppernas insatser på kort och lång sikt.

I Norrbotten beslutade man att Boden och Luleå kommun ska utgöra pilotkommuner för förbättringsarbetet. Därför anställdes tre personer, en från vardera kommun samt en från Norrbottens läns landsting, för att arbeta med analyser och kartläggning.

Uppdrag

I överenskommelsen mellan staten och SKL är uppdraget för analysarbetet beskrivet. Det ska innehålla:

- Identifikation av målgruppen personer 65 år och äldre.
- Kartläggning av varför och när individerna i målgrupperna har behandlats i slutenvård, vilka diagnoser och patientgrupper som varit aktuella samt på vilket sätt slutenvården hade kunnat undvikas i de enskilda fallen.

För analysgruppen i Norrbotten har även ingått att hitta en metod för fortsatt gemensamt analysarbete i hela Norrbotten som kan stötta arbetet med sammanhållen vård och omsorg.

Metod

Analysarbetet delades upp i två delar, en målgruppsanalys och en kartläggning.

Ett samarbete med Health Navigator etablerades för att identifiera målgruppen samt analysera patientflöden mellan kommuner och landsting. Initialt var kommunerna Boden, Luleå och Piteå utvalda att delta i målgruppsanalysen, pga. svårigheter från Logica att leverera data för Bodens kommun har deras uppgifter inte kunnat tas med i analysarbetet.

Kartläggningen genomfördes av analysgruppen. Uppgifter till analysen inhämtades via Webbkollen. Intervjuer utfördes vid vårdavdelningar på Sunderby sjukhus under september månad med personer oplanerat återinlagda inom 30 dagar. I samband med intervjun gavs ett skriftligt medgivande om en fördjupad granskning av personens vård och omsorg.

För de personer som gav sitt medgivande, kartlades konsumtion av vård och omsorg ett år tillbaka. Personer med insatser från både vård och omsorg valdes ut för fördjupad granskning. Den bestod av två delar, granskning av journaler och omsorgsdokumentation under senaste året samt en intervju i hemmet efter utskrivning. Syftet med intervjun i hemmet var att fånga den enskildes upplevelse av stöd och kontakten med socialtjänst och vårdcentral, detta för att kunna förbättra stödet till målgruppen.

Resultat

Sammanfattning målgruppsanalys

Målgruppsanalysen har genomförts av Health Navigator. Arbetet med har genomförts i linje med äldresatsningens fokus på gemensamt analys- och förbättringsarbete och syftar till att bättre förstå vård- och omsorgstunga målgrupper inom Norrbottens Läns Landsting (NLL), Luleå kommun och Piteå kommun och vad som ligger bakom deras behov av vård- och omsorg. Arbetet ska i förlängningen kunna omvandlas till nya verktyg eller arbetssätt för att förebygga behov av slutenvård hos äldre genom exempelvis tidigare insatser inom närsjukvården eller den kommunala omsorgen.

Arbetet har visat att hälso- och sjukvårdens resursinsatser för den äldre befolkningen (65 år eller äldre) är koncentrerade kring en liten del av landstingets invånare. 1% av invånarna över 65 år i NLL (537 individer) står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 266 miljoner kronor av totalt ca 1,3 miljarder kronor). Dessa "högkonsumenter" av vård är ingen enhetlig grupp och har blandade kroniska och akuta diagnoser. En mycket stor del av vårdkonsumtionen (ca 85% av alla vård dagar) för dessa individer utgörs dock av oplanerad vård, vilket kan tolkas som att omhändertagandet om denna grupp inte fungerar optimalt. Även kommunernas resursinsatser för de äldre är koncentrerade kring en relativt liten grupp individer: 1% av invånarna över 65 år i Luleå och Piteå kommun står för ungefär en femtedel av de totala resursinsatserna för äldre (ca 250 mkr av totalt 1,5 mdr kr).

Det finns ca 2 400 mest sjuka äldre¹ i Luleå kommun och ca 1 500 i Piteå kommun. I båda kommuner motsvarar detta ca 18% av befolkningen 65 år eller äldre. De mest sjuka äldre är övervägande kvinnor (ca 60%) med en medelålder kring 80 år. De mest sjuka äldre definieras utifrån individernas vård- eller omsorgsbehov. Det är dock mycket få individer (endast 15-16% av gruppen i respektive kommun) som har både omfattande vård- och omfattande omsorgsbehov. Det är således inte samma personer som är "kommunens mest sjuka äldre" som "landstingets mest sjuka äldre".

Individerna i mest sjuka äldre-gruppen står för totala vård- och omsorgskostnader om i genomsnitt ca 450 000 kr per individ per år, varav drygt 80% av kostnaderna härrör till omsorgsinsatser. Totalt står de mest sjuka äldre för vård- och omsorgskostnader om ca 1,7 miljarder kronor per år vilket utgör ca 80% av de totala vård- och omsorgskostnaderna för äldre i Luleå och Piteå kommun (totalt ca 2,1 miljarder kronor).

Ca 16% av alla inläggningar i slutenvård i Norrbottens Läns Landsting är en oplanerad återinläggning inom 30 dagar, dvs. att patienten har skrivits ut från ett tidigare slutenvårdstillfälle under de 30 föregående dagarna. För invånare 65 år eller äldre i NLL är 18% av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. För mest sjuka äldre-gruppen är hela 26% av alla slutenvårdstillfällen en oplanerad återinläggning. Det är anmärkningsvärt att mer än en fjärdedel av all slutenvård för de mest sjuka äldre utgörs av oplanerade inläggningar som sker inom 30-dagar efter utskrivning från ett tidigare vårdtillfälle. Detta talar för att omhändertagandet av de mest sjuka äldre efter utskrivning från sjukhus kan förstärkas. Ingen enskild diagnos står dock för de oplanerade återinläggningarna. De vanligaste diagnoserna vid återinläggning är hjärtsvikt och KOL, men dessa motsvarar endast 5% respektive 4% av alla oplanerade återinläggningar för MSÄ-gruppen. Vid ungefär en tredjedel av alla oplanerade återinläggningar har den äldre vårdats för samma diagnos som vid det föregående vårdtillfället.

¹ Mest sjuka äldre syftar på invånare som uppfyller Socialstyrelsens definition av gruppen mest sjuka äldre.

Stora skillnader i återinläggningsfrekvens syns mellan individer som omhändertas av olika särskilda boenden och olika hemtjänstdistrikt. Dessa skillnader har inte kunnat förklaras utifrån åldersskillnader, skillnad i vårdtider eller andra kända faktorer. Detta väcker frågan om skillnaderna kan härledas till skillnader i verksamheternas arbetssätt.

Mot bakgrund av att de mest sjuka äldre återinläggs i hög grad och att den första tiden efter utskrivning från sjukhus är kritisk föreslås att ett riktat kvalitetsutvecklingsarbete genomförs i syfte att stärka omhändertagandet av de mest sjuka äldre under den närmaste tiden efter utskrivning från sjukhus. Arbetet bör inledas under våren 2013 med att konkretisera hur målgruppen ska praktiskt identifieras i den löpande verksamheten och hur det förändrade arbetssättet kring dem bör organiseras. Målsättningen med ett sådant arbete bör vara att förebygga slutenvårdstillfällena och minska antalet återinläggningar så att målen i äldresatsningen kan uppnås. Det finns en signifikant resurs- och kvalitetsmässig potential i att förebygga oplanerade slutenvårdstillfällena för äldre: Varje oplanerad inläggning innebär i genomsnitt sex dagars vårdtid för den äldre och ca 40 000 kr i vårdkostnader för landstinget. Dessa resurser motsvarar kostnaden för ca 21 dagar i särskilt boende, 16 dagar i korttidsboende eller 52 timmar hemtjänst. Om ett kvalitetsutvecklingsarbete exempelvis riktar sig mot en tredjedel av de mest sjuka äldre i Piteå och Luleå kommun (ca 1 300 invånare) och lyckas sänka deras konsumtion av oplanerad slutenvård med 25% skulle detta frigöra resurser som motsvarar ca 19 miljoner kr eller 9 vårdplatser per år.

Health Navigators hela rapport presenteras i bilaga 1.

Kartläggning

Av de personer som återinlagts inom 30 dagar, var ca hälften inte aktuella för intervju på grund av att de tackade nej, hade kognitiv svikt eller var för sjuka för att delta. Fjorton personer intervjuades. Ur den gruppen togs registerdata som beskriver vård- och omsorgskonsumtion ett år tillbaka ut för 11 personer. Åtta personer fick sina journaler granskade. Av dessa åtta hade fem personer hemtjänstinsatser, en granskning av dessa personers omsorgsdokumentation genomfördes. Intervjuer i hemmet utfördes i gruppen med hemtjänstinsatser.

Resultat webbkollen

Många (83 %) av de intervjuade upplevde att man lades in av samma orsak som förra gången. De vanligaste orsakerna till inläggning var trötthet, andfåddhet, dålig aptit och ingen ork. Ett fåtal hade kontakt med primärvården innan de åkte in till sjukhuset. Hälften av de intervjuade upplevde att de inte var med och planerade inför sin hemgång. En fjärdedel visste inte till vem de kunde vända sig med eventuella frågor. Tretton procent hade kunnat stanna kvar hemma med annan hjälp men bara en person hade varit hjälpt av hembesök från primärvården. Sjuttiofem procent fick en skriftlig sammanställning över sina läkemedel och lika många upplevde att de har koll på sina mediciner. Hela fyrtio procent av de intervjuade förutspådde att de skulle komma att läggas in på sjukhuset igen inom den närmaste tiden.

Det går inte att dra några klara slutsatser av de fjorton intervjuer som är genomförda vid Sunderby sjukhus under kartläggningen. Man kan dock se att de totalt 24 personer som intervjuats i Norrbotten inte skiljer sig i någon större omfattning från landet i helhet. Webbkollen återinlagda kan användas för att få en bred bild av hur Norrbottningarna uppfattar sin vård och omsorg. Den skulle kunna användas som underlag i lokala

förbättringsarbeten och fyller sitt värde i att ge en bild av våra patienters upplevelse exempelvis i arbetet med att förbättra utskrivningsprocessen från sjukhuset.

Resultat registeruttag

Vård- och omsorgskonsumtion ett år tillbaka har sammanställts i form av två tidslinjer för varje person, en för vård och en för kommunala insatser (se bilaga 2). Vi har inte sett något entydigt konsumtionsmönster hos de vi intervjuat. Det blev i stället tydligt att det finns en stor variation i vård- och omsorgskonsumtionen hos denna grupp. Det finns de som har många insatser från primärvården och flera inläggningar på sjukhus, någon har många inläggningar men ingen kontakt med primärvård eller kommun.

Resultat journal- och dokumentationsgranskning

Personerna har valts ut utifrån intressanta vårdkonsumtionsmönster samt att de tar del av kommunala insatser. Gruppen som granskats inryms i hemsjukvårdsbegreppet. Fokus vid granskningen har varit att se hur samverkan inom och mellan huvudmännen fungerar samt hur det som är reglerat i lagar och riktlinjer följs.

Vi har inte gjort någon vetenskaplig utvärdering, underlaget är för litet och tiden för knapp. Man bör också vara medveten om att utvärderingen är beroende av hur väl insatser är dokumenterade. En gemensam analys av resultaten är gjord, där vi noterat avvikelser i åtgärder som borde vara utförda. Vi har även identifierat vårdprocesser med god och dålig samverkan inom landstinget samt mellan kommun och landsting.

Riskbedömning

Riskbedömning utförs inte alltid på sjukhuset. Åtgärder noteras, ibland sparsamt och ibland inte alls. Riskbedömning i hemmet är sällsynt, i åtta personers journaler förekom endast ett tillfälle med riskbedömning i hemmet. Denna bedömning dokumenterades enbart i journalanteckningen, inte på rätt ställe i journalen, där alla vårdgivare i landstinget kan se den. Resultat av riskbedömning på sjukhus noteras inte av primärvårdens och kommunens vårdgivare och leder inte till åtgärder i hemmet

Läkemedelsgenomgång

Det är svårt att följa upp om läkemedelsgenomgång är utförd. Finns få noteringar i journalen om det. Geriatriken är ett positivt undantag, där verkar det förekomma läkemedelsgenomgångar.

Samordnad vårdplanering på sjukhus

Vård- och omsorgsplanering inför utskrivning från sjukhus sker via gemensamt möte på sjukhuset eller telefonmöte. Telefonmöte sker oftast för personer som har insatser i hemmet sedan tidigare. Vårdplaneringarna är i många fall dåligt dokumenterade i journalerna och i Meddix SVP, vilket gör att det är svårt att utläsa vilken hjälp respektive vårdgivare har ansvar för. Målsättning för insatserna och datum för uppföljning saknas i de flesta av planerna.

Samordnad individuell plan i öppenvård

Norrbottnens läns landsting och samtliga kommuner har ett gemensamt IT-stöd för samordnade individuella planer i hemmet. Det kan inte utläsas i dokumentationerna att personerna har erbjudits en samordnad individuell plan.

Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt används inte, åtminstone finns det inte dokumenterat enligt den riktlinje som finns fastställd.

Kognitiv svikt

I de fall där misstanke om kognitiv svikt finns ska, enligt nationella riktlinjer för demens, en basal utredning utföras. Detta har inte skett i något fall där det finns dokumentation om beteenden som tyder på kognitiv svikt.

Genomförandeplan

Genomförandeplaner saknas i den kommunala dokumentationen.

Samverkan

Det har framkommit både dåliga och goda exempel på hur samverkan fungerar inom landstinget samt mellan landsting och kommun.

När samverkan fungerar dåligt arbetar aktörerna var och en för sig. Vården blir fragmentiserad. Kontakten med anhöriga blir bristfällig. Den äldre blir undernörd och får fallskador utan att man tar ett helhetsgrepp om insatserna från vård och omsorg. Detta leder till slutenvård som borde ha kunnat undvikas samt till ett lidande för individen.

När samverkan fungerar uppmärksammas den äldres problematik på ett tidigt stadium och konsekvenserna blir inte lika omfattande. Snabba insatser gör att undernäring och fallskador minimeras. Goda kontakter mellan aktörerna ger förutsättningar för en helhetsbild av den äldres livssituation och därigenom en bättre, individanpassad vård och omsorg.

Intervju i hemmet efter utskrivning

Sammanställningen av intervjuer i hemmet visar att den enskilde i stor utsträckning upplever att man inte är delaktig i planeringen inför utskrivning från sjukhuset. Flertalet önskar en gemensam planering i hemmet med primärvård och socialtjänst, för upprättande av samordnad individuell plan (SIP). Den enskilde har god kännedom om vart vederbörande ska vända sig till angående sin hälsa d.v.s. till läkare eller distriktssköterska. Vad beträffar de kommunala insatserna finns en större osäkerhet av flertalet hos de intervjuade. I intervjuerna har det framkommit att biståndshandläggaren ofta är okänd för den enskilde individen. Ingen av de intervjuade kunde namnge biståndshandläggaren. Behov av förändrade insatser tas med hemtjänstpersonal, enhetschef för hemtjänsten eller distriktssköterska. Alla utom en person har nära anhöriga som hjälper dem med praktiska göromål och besöker dem regelbundet. Den personen som inte har närstående i sin närhet har täta återinläggningar. Anhörigas insats bidrar till stor del att personerna känner sig trygga i hemmet. Personerna upplever till viss del att de är en belastning för sina anhöriga. Alla uttrycker en önskan att inte behöva åka in till sjukhuset.

De intervjuade personerna kände sig trygga i sin hemmiljö, det är svårt att identifiera vad ordet trygghet står för, är så individuellt. Att veta vem som kommer från hemtjänsten och att det inte kommer för många olika personer är en form av trygghet. De flesta upplever inte att behovet av stöd och hjälp i hemmet har förändrats efter hemkomst från sjukhuset. Slutsatser som kan dras från intervjuerna är att fokus på vård- och omsorgsplaneringar ska förläggas från sjukhuset till hemmet. I samband med ett planeringsmöte i hemmet så får den enskilde en upprättad SIP samt namn på den person som blir samordningsansvarig för insatserna. Att ha en kontaktperson att vända sig till när det uppstår problem av olika slag i vardagen, bidrar till ökad trygghet i hemmet. En SIP underlättar även för anhöriga som vill komma i kontakt med olika aktörer kring anförvanten. Från vårdcentralen är distriktssköterskan den viktigaste aktören för personen. När det gäller socialförvaltningens aktörer är det hemtjänstpersonalen i första hand och därefter enhetschef som har en central roll. Övriga professioner inom landsting och kommun är perifera aktörer för den enskilde.

Uppdraget i överenskommelsen

Frågeställningarna varför och när individerna i målgrupperna har behandlats i slutenvård samt vilka diagnoser och patientgrupper som varit aktuella, besvaras i Health Navigators rapport (bilaga 1).

Vår kartläggning har gett en fingervisning om vilka områden vi bör utveckla vidare för att undvika slutenvård för mest sjuka äldre. Riskbedömningar i hemmet är en viktig faktor. I dagsläget används bedömningar enligt Senior Alert enbart i särskilda boenden och på sjukhus. Samordnad planering i hemmet är möjlighet som ännu inte används när det gäller sjuka äldre. En gemensam planering i hemmet är en förutsättning för det långsiktiga arbetet med att stödja den äldre i att hålla sig frisk och att kunna bo kvar hemma. Misstänkt kognitiv svikt hos en äldre människa bör utredas snabbt så att åtgärder kan sättas in tidigt både vad gäller medicin och omsorg. Den avgörande faktorn är ett förbättrat samarbete inom och mellan huvudmännens områden. För målgruppen sjuka äldre fungerar det inte med de fragmentiserade insatser som vi ger idag. Vi bör i stället arbeta tvärprofessionellt och tillsammans.

Förbättringsområden

Sammanställningen av vård- och omsorgskonsumtion samt granskning av journal och omsorgsdokumentation har gett många fingervisningar om vart vi brister i vård och omsorg. Nedan presenteras de vi tycker bör få särskild uppmärksamhet.

Riskbedömning

Arbetet med att systematisera riskbedömningar och åtgärder vid risk har pågått under ett antal år. Trots det verkar det inte fungera fullt ut. I slutenvården förekommer det att man inte gör riskbedömningar. Det varierar hur väl man dokumenterar bedömningar och åtgärder. Det verkar tyvärr som om en riskbedömning vid ett slutenvårdstillfälle enbart används för det specifika tillfället. Ingen dokumentation visar att man på ett systematiskt sätt för över kunskap om risker till primärvård och kommuner. Det verkar inte heller finnas en kunskap om vikten av att göra riskbedömningar i hemmet. Fall i hemmet borde vara en signal för vidare utredning av primärvårdens team men inte ens det leder automatiskt till riskbedömning.

Det är av vikt att personal från hemtjänsten får kunskap om riskbedömningar i Senior alert för att kunna påtala behov av riskbedömningar i hemmet. Det är den personalen som arbetar närmast patienterna som har störst möjlighet att uppmärksamma risker som uppstår. Det borde finnas gemensamma rutiner för hur man ska utföra riskbedömningar i ordinärt boende. Här bör huvudmännen samverka för bästa resultat för den enskilde.

Läkemedelsgenomgång

Det har varit svårt att genom journalgranskning se om och hur läkemedelsgenomgångar utförs.

Samordnad vårdplanering på sjukhus

I många fall görs en samordnad vårdplanering vid utskrivning via telefon. Detta underlättar för berörda parter som inte behöver åka in till sjukhuset. Det är dock tveksamt om det är det bästa sättet att planera för de personer som har många inläggningar på sjukhus.

I vår kartläggning har det framkommit att de flesta av de intervjuade upplever att de inte varit delaktiga i vårdplaneringen. De hänvisar till anhöriga eftersom de själva varit för trötta för att medverka i planeringen på sjukhuset. Flertalet tycker att det vore bättre om

planeringen sker i hemmet efter utskrivning. Man upplever att det är först när man kommer hem som man vet vad man behöver hjälp med.

I kartläggningen kan vi se, att för patienter som redan har en etablerad kontakt med primärvård och kommun sker ofta en vårdplanering per telefon. Man skrivs ut med oförändrade insatser i hemmet. För de som har upprepade återinläggningar måste man kanske tänka annorlunda vid utskrivning och erbjuda en planering i hemmet.

Samordnad individuell plan i öppenvård

Användandet av Meddix öppenvård, Norrbottens verktyg för att göra en samordnad individuell planering i öppenvård, SIP, har ännu inte tagit fart. I samband med att hemsjukvården går över till kommunerna ska alla hemsjukvårdspatienter få en SIP. Förhoppningsvis kan detta arbete bidra till att man ser fördelen med att planera i hemmiljön istället för på sjukhuset och att användandet tar fart. Många av de intervjuade har uppgett att det skulle uppskatta ett gemensamt hembesök från primärvård och kommun för att upprätta en SIP.

Fast vårdkontakt

Fast vårdkontakt regleras sedan 1 juli 2010 i HSL 29 a §. En fast vårdkontakt ska utses om det behövs för att den enskildes trygghet, säkerhet och kontinuitet i vården ska tillgodoses. Vad vi har kunnat se i dokumentationsgranskningen har inte rutinen börjat användas.

Kognitiv svikt

Av journalgranskningen framgår att ingen av de personer där man funnit misstanke om kognitiv svikt har blivit utredda för detta. Enligt de demensriktlinjer som finns, är det viktigt att hitta personer med kognitiv svikt och eventuell begynnande demens tidigt i förloppet. Detta för att kunna sätta in medicinering och för att kunna ge hjälpmedel i hemmet för att stötta minnet och göra det enklare och bättre för individen.

Genomförandeplan

Enligt 11 kap. 5§ första stycket SoL, finns bland annat bestämmelser om vad som ska framgå av dokumentationen i samband med genomförande av en insats. Granskningen av omsorgsdokumentationen visar att man inte skriver genomförandeplaner i kommunerna i den omfattning som man borde. En genomförandeplan är viktig för att den enskilde, anhöriga och hemtjänstpersonalen ska veta vad, hur och när insatser ska göras i hemmet. Arbetet med genomförandeplaner måste förbättras i kommunerna.

Samverkan

När det gäller samverkan inom landstinget samt mellan landsting och kommuner, verkar det bero mer på de inblandade personerna än på rutiner hur samverkan sker. Vi ser att en dialog mellan alla inblandade gör att insatserna kan utformas utifrån den enskildes behov, det ger en trygg individ och trygga anhöriga. Goda kontakter och implementerade rutiner, mellan primärvård och slutenvård ger förutsättningar för att insatser fortsätter efter byte av vårdnivå. Med ett välfungerande teamarbete i primärvården undviker man onödiga risker för den äldre.

En god samverkan mellan primärvård och enhetschef för hemtjänsten gör att insatser kan planeras och att man vet vad den andra parten gör. Ger effektivt nyttjande av resurser och kunden får vara i fokus. Det är viktigt att enhetschefen för hemtjänsten tar

arbetsledaransvar för hur insatserna ska skötas. En bra enhetschef ser till att insatserna utformas utifrån individens behov i dialog med kund, anhörig och hemtjänstpersonal.

En generell slutsats när det gäller samverkan är att den måste förbättras, både inom och mellan huvudmännen, för att undvika oplanerade återinläggningar. Ett sätt att förbättra vård och omsorg för målgruppen är att utveckla teamarbetet.

Frågor för fortsatt arbete

Kartläggningen har väckt en del funderingar och frågeställningar som vi inte kunnat besvara men som kan vara viktiga att ta med sig i det fortsatta arbetet. Några av dem är:

- Hur tryggar vi den oroliga personen som inte vill ha eller kanske inte kräver insatser av hemtjänst? Den som åker till akuten när ångesten blir för stor. Kan primärvården trygga med regelbundna kontakter, telefonjour eller annat utifrån individens behov?
- Det finns en fragmentisering inom slutenvården. Man åtgärdar symtomen men ser inte den samlade bilden av den äldres situation och verkar inte ta ansvar för den. Hur förändrar vi det?
- Riskbedömningar används på sjukhus och i särskilda boenden. Hur får vi medarbetare i hemtjänsten och primärvården att ta del av och åtgärda de bedömningar som är utförda? Hur får vi de som arbetar i den äldres hem att signalera om och utföra riskbedömningar i hemmet på ett systematiskt sätt?
- Det finns en problematik med de personer som tackar nej till insatser i hemmet. Vart går gränsen för integritet? Undersöker vi varför de tackar nej, återkommer vi med erbjudandet eller lämnar vi ärendet tills det blir akut?
- En av de intervjuade personerna upplevde planeringen på sjukhuset som kränkande, där de deltagande personerna pratade över huvudet på honom. Eftersom vårdplaneringen på sjukhus styrs av betalningsansvarslagen finns en risk för att patienten blir en bifigur i samtalet. Hur kan vi förbättra vårdplaneringen så att patienten känner sig delaktig? Det vill säga fokus på patientens behov i stället för ekonomin?
- Som biståndshandläggare är det lika viktigt att följa upp effekten av en minskning av insatser som av en ökning. Vilka insatser är det som gör att det fungerar bra i hemmet? Är det insatsen eller hur den utförs som är skillnaden? SIP är ett verktyg som kan fungera som planering och uppföljning av insatser.
- Vad kan kommunen hitta för lösningar för att trygga upp personer i hemmet för att undvika slutenvård?
- Hur ska teamarbetet byggas upp i kommunerna i samband med att hemsjukvården ska bli kommunaliserad?
- Insatserna till den enskilde ska vara i paritet med behovet. Vilka rutiner bör finnas mellan enhetschef och biståndshandläggare för att personerna ska ha rätt nivå på sin hjälp i hemmet?
- Den dagliga dokumentationen kring den enskildes hälsa och insatser i hemmet saknas på grund av bristfällig dokumentation i hemtjänstens daganteckningar. Den dokumentationen måste utföras för att man ska kunna följa och utvärdera insatta åtgärder. Hur kan vi förbättra hemtjänstpersonalens dokumentation?
- Finns det fungerande verktyg i våra verksamhetssystem så att genomförandeplaner kan upprättas, om så är fallet varför upprättas inga?
- Överensstämmer länets gemensamma rutiner så att samverkan fungerar när kommunerna tar över hemsjukvården?

20 DECEMBER 2012

Fortsatt arbete

Det fortsatta arbetet med analyser och uppföljning kommer att ske i samverkan med arbetsgruppen för sammanhållen vård och omsorg. Kartläggningen och målgruppsanalysen kommer att ligga till grund för det arbete som ska påbörjas. Det finns en ambition att hitta metoder för analys och mätning av resultat på lokal nivå.

Luleå 2012-12-20

Anita Gustavsson

Analysledare

Norrbottens läns landsting

Karin Sundström

Utvecklingsledare

Kommunförbundet

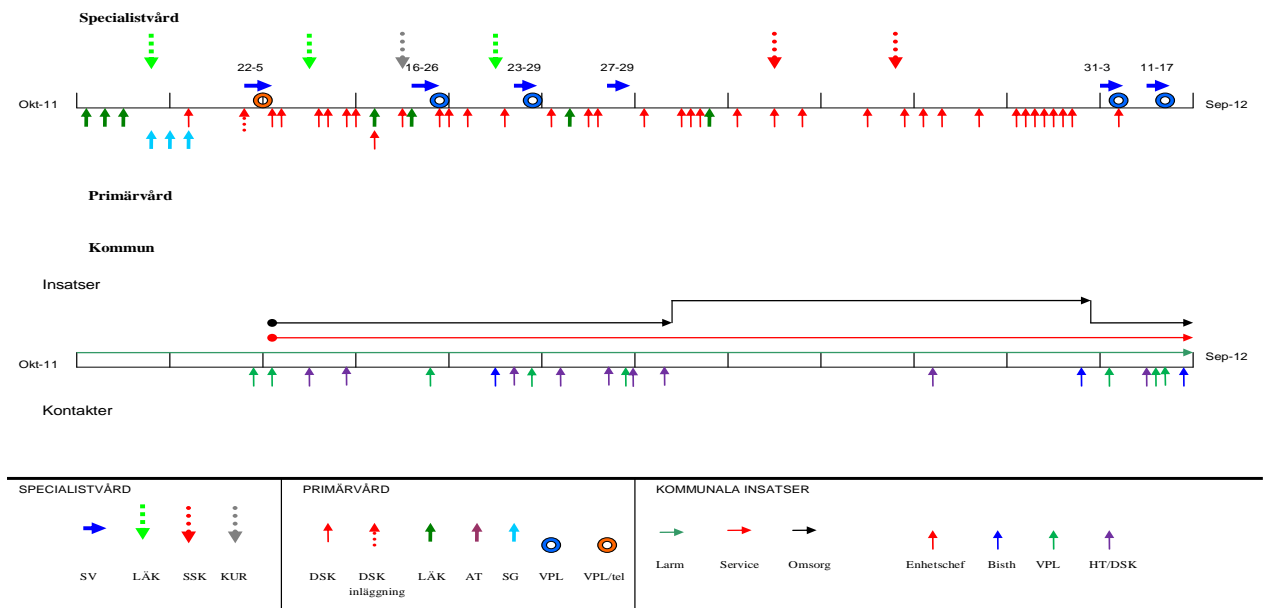
Annika Vikström

Utvecklingsledare

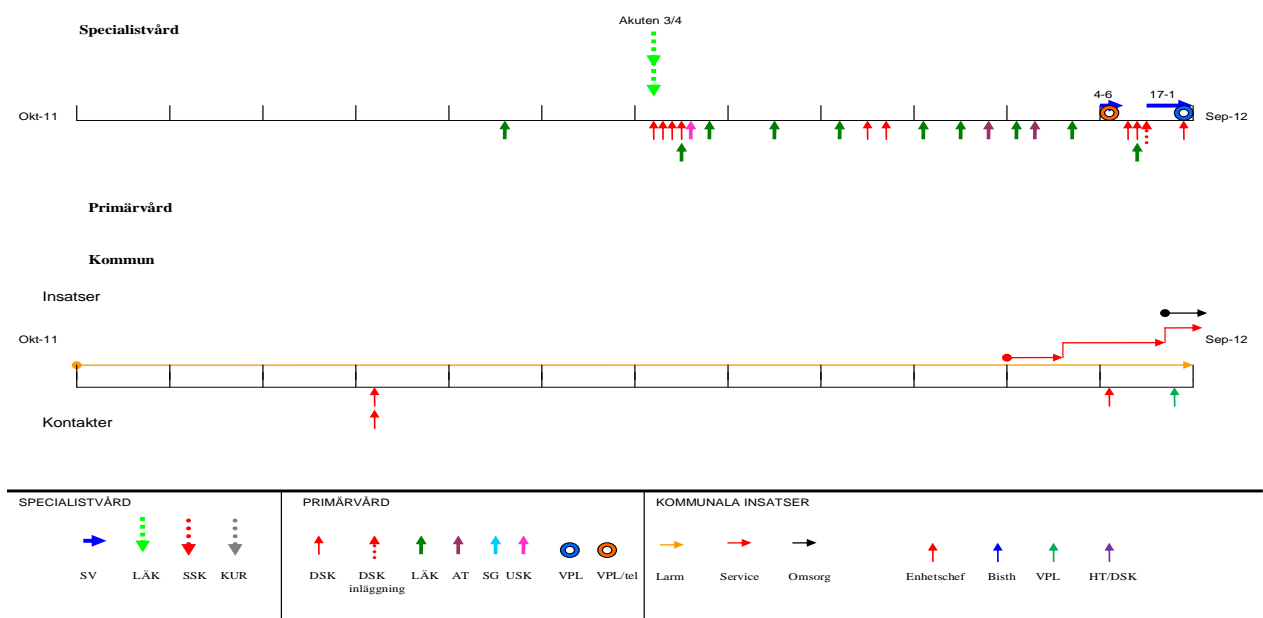
Kommunförbundet



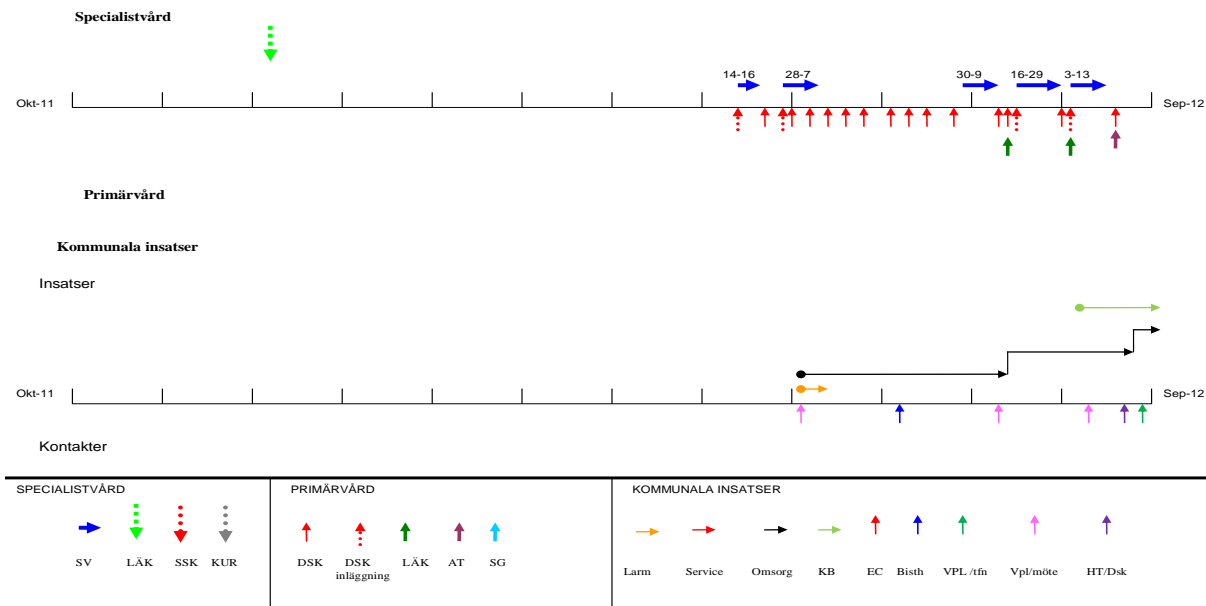
Vård- och omsorgskontakter person 295605



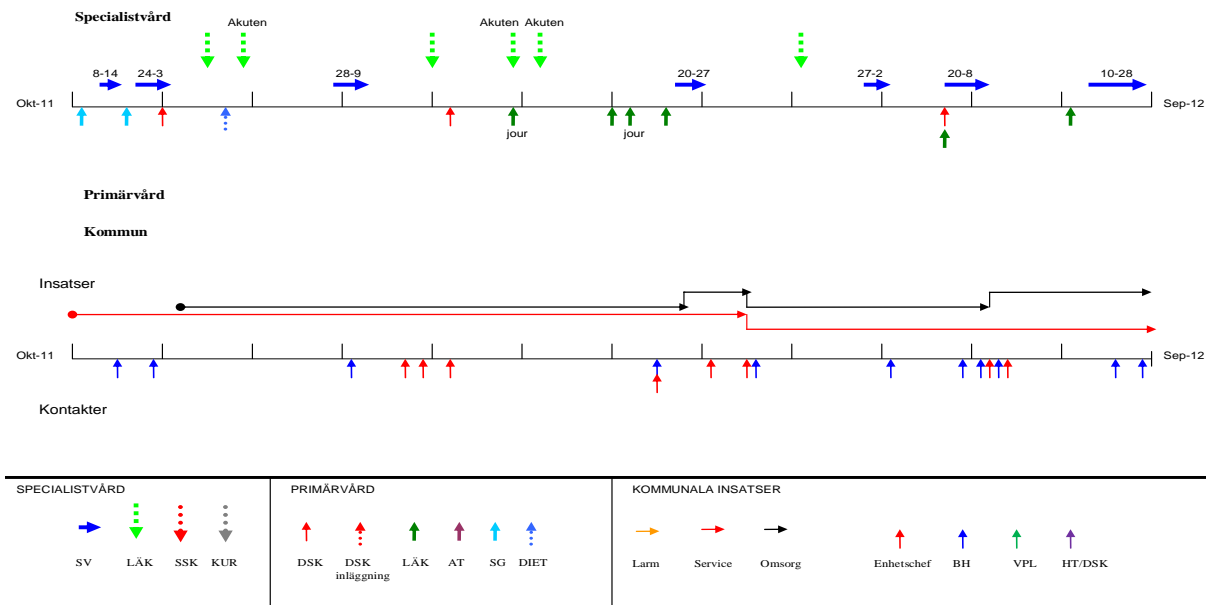
Vård- och omsorgskontakter person 55915



Vård- och omsorgskontakter person 238017

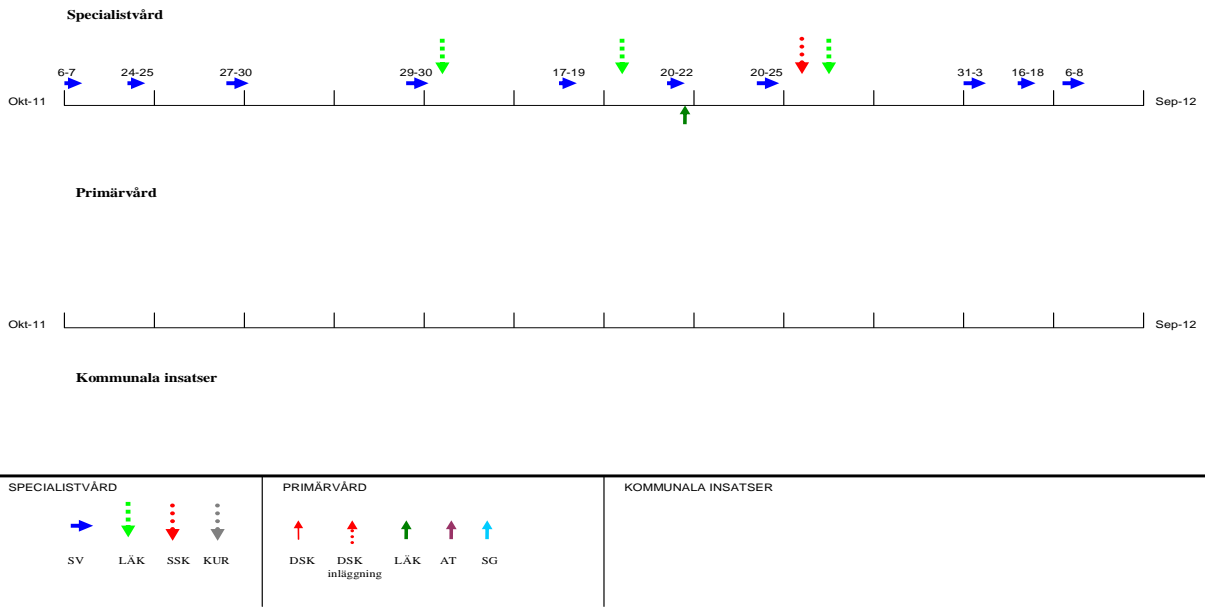


Vård- och omsorgskontakter person 31664

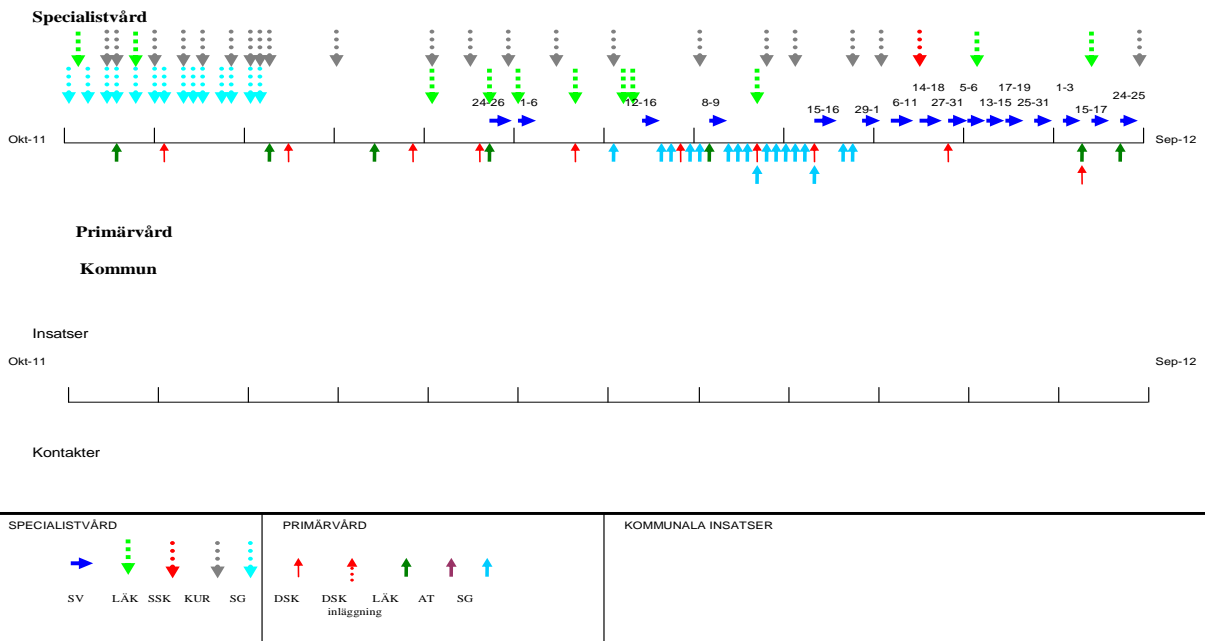


20 DECEMBER 2012

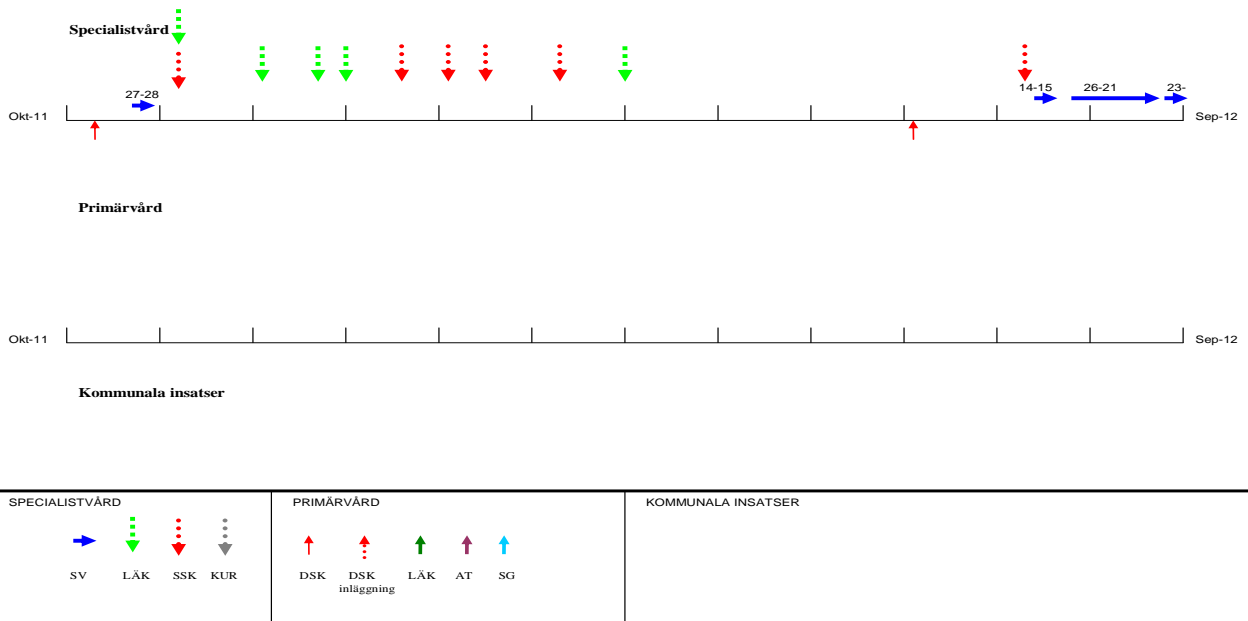
Vård- och omsorgskontakter person 78938



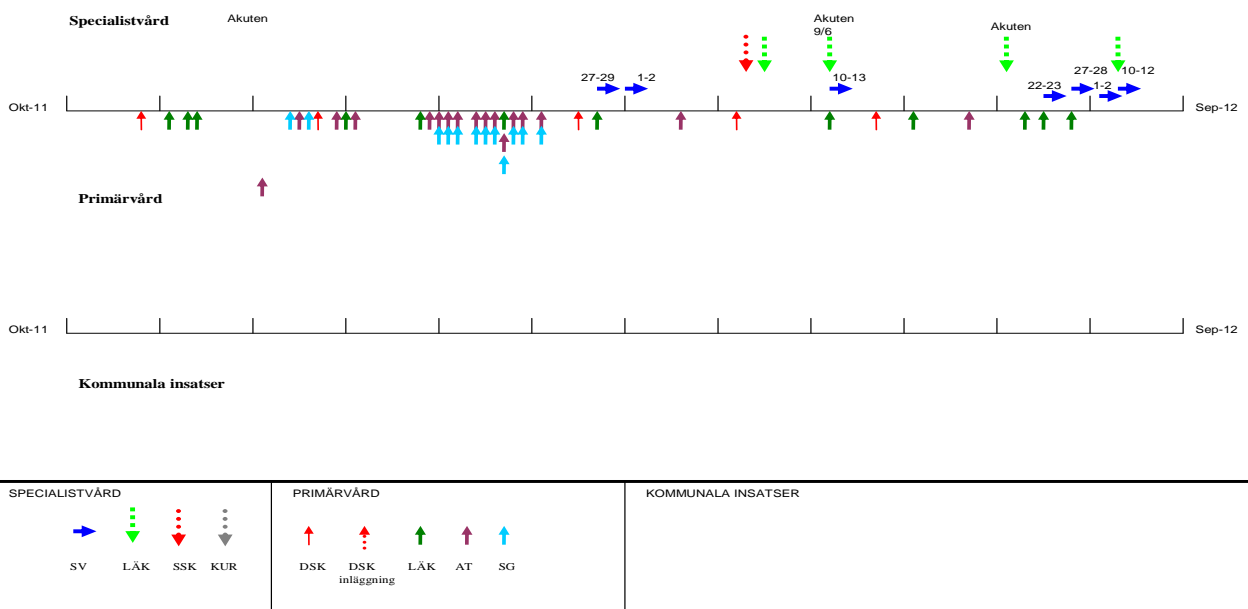
Vård- och omsorgskontakter person 53680



Vård- och omsorgskontakter person 46500

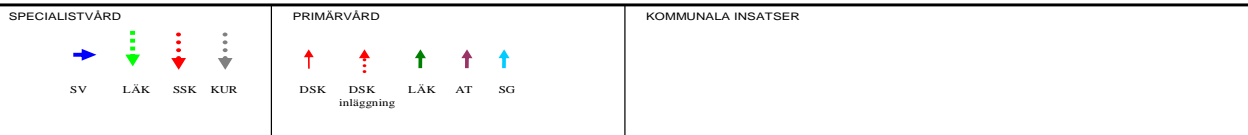
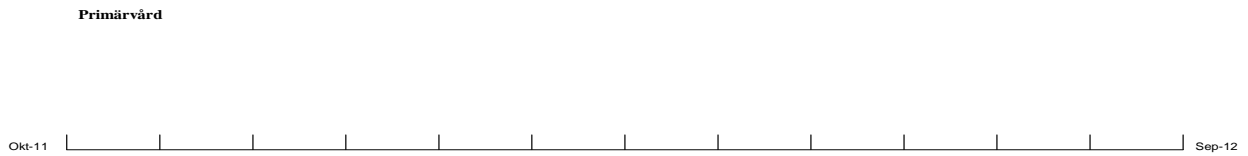
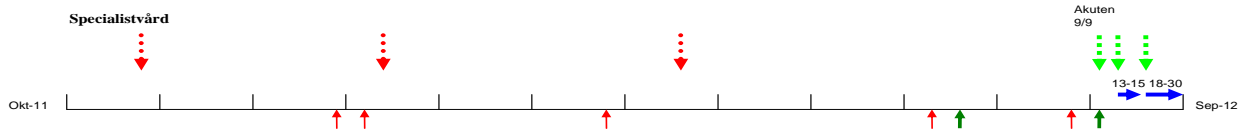


Vård- och omsorgskontakter person 198961

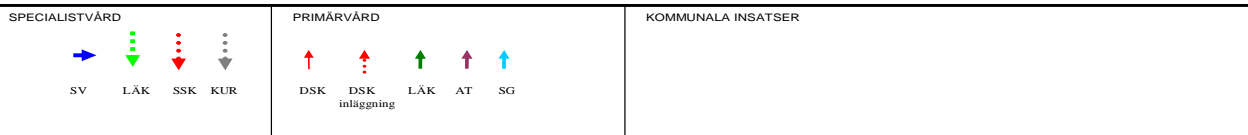
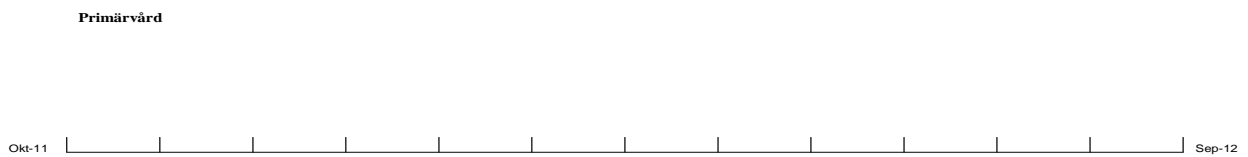
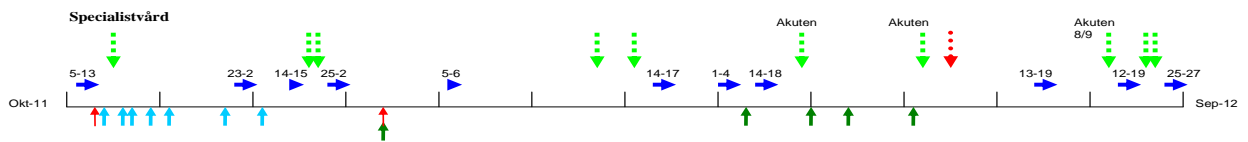


20 DECEMBER 2012

Vård- och omsorgskontakter person 248799



Vård- och omsorgskontakter person 26892



Vård- och omsorgskontakter person 36960

