

Slutrapport strategi bättre liv för sjuka äldre

Sammanfattning

Hösten 2014 beslutade den politiska samverkansberedningen i Norrbotten att upprätta en strategi för äldre. Som komplement till strategin utformades en fyraårig handlingsplan kopplade till definierade inriktningsområden.

I handlingsplanen beskrivs mål och mått som möjliggör uppföljning av de prioriterade områdena som lyfts fram i strategin. Varje närsjukvårdområde i Region Norrbotten med tillhörande kommun/-er har haft som uppdrag att årligen upprätta gemensam aktivitetsplan och sammanställa resultaten för föregående år. Resultaten skulle analyseras och utgöra grund till förbättring i verksamheterna.

Redovisningen av följsamheten i aktivitetsplanen har varit varierande mellan de olika närsjukvårdområdena likaså vilka aktiviteter som planerades och slutligen genomförts.

Datainsamlingen har skett centralt, resultaten har redovisats via en matris som årligen presenterats till Länsstyrgruppen.

Bakgrund

Andelen äldre ökar stadigt, vi lever längre och har högre krav på livskvalité och god omvårdnad. För att förbättra livssituationen för de mest sjuka äldre krävs vetskap om vilka personer som omfattas och hur stor gruppen är. Socialstyrelsens definition av gruppen mest sjuka äldre är enligt följande:

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

Genom samverkan på flera nivåer inom organisationerna och mellan huvudmännen stärks och stimuleras en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Viktigt att den äldre blir bemött med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet. Visionen "Trygga äldre i Norrbotten – ett gemensamt ansvar" omfattar verksamheter inom kommuner, regionen och privata aktörer som arbetar med målgruppen.

Strategiska områden

Följande strategiska områden har identifierats:

- Patient- och brukarmedverkan
- Samverkan och samordning

- Sammanhållen vård och omsorg
- Kunskap, kvalitet, och kompetens
- God hälsa, vård, omsorg och rehabilitering

Resultat

Patient- och brukarmedverkan

Lagstiftningen som styr verksamheterna, i både region och kommun, är tydliga med att vård och omsorg ska bygga på respekt för den enskildes självbestämmande, integritet och delaktighet. Den enskilde och anhöriga/närstående ska i största möjliga utsträckning ges inflytande och medbestämmande över de insatser som ges. Patientens och närståendes upplevelser, erfarenheter och önskemål är en kunskapskälla som tillsammans med forskning och beprövad erfarenhet skapar förutsättningar för en personcentrerad och säker vård.

Resultatuppföljning:

För att ge kraft att förändra arbetssätt och skapa modeller för vård och omsorg som stärker och tydliggör patientens ställning, har en strategi för patient- och brukarmedverkan tagits fram i samverkan med Norrbottens kommuner och brukarorganisationerna. Revidering av strategin har påbörjats under 2018.

I strategin beskrivs medverkan patient och närstående på flera nivåer

1. Där patienten/brukaren möter verksamheten (individnivå)
2. På olika ledningsnivåer i verksamheten (verksamhetsnivå)
3. På övergripande nivå för ledning och styrning av organisationen som helhet (systemnivå).

Exempel på pågående aktiviteter:

- Patientråd finns idag på både systemnivå och verksamhetsnivå. När det gäller individnivå, där patienten själv ska vara delaktig i sin vård arbetar verksamheterna med att säkerställa en samordnad vård av god kvalitet. De personer som har behov ska erbjudas en samordnad individuell plan (SIP).
- För att stärka patientens ställning i vården utses en fast vårdkontakt vars syfte är att tillgodose patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning.
- En handlingsplan finns framtagen med praktiska modeller och arbetssätt för att stärka och stimulera patient- och brukarmedverkan.
- Beroendecentrum vid Sunderby sjukhus genomför ett utvecklingsarbete genom att brukarcertifera sin verksamhet.
- Utvecklingsenheten har anställt spetspatienter som är en patient eller närstående som vet, kan och vill mer än vad vården i allmänhet förväntar sig av dem. En spetspatient utvecklar strategier och metoder för att maximera "må-bra-tiden" för sig själv och/eller för andra.

- För att möjliggöra delaktighet erbjuder huvudmännen arvode och reseersättning till de patienter och närstående som bjuds in av verksamheten för att delta i förbättringsarbeten på verksamhetsnivå eller systemnivå.

Samverkan och samordning

För att stimulera verksamheterna till fortsatt systematiskt förbättringsarbete och möjliggöra erfarenhetsutbyte mellan länsdelarna är det viktigt att samverkansarenor skapas.

För att uppnå en personcentrerad vård- och omsorg krävs att det upprättas samordnade individuella plan (SIP), tillsammans med den enskilde och/eller närstående. En fast vårdkontakt ska utses där behov finns för att tillgodose patientens trygghet, säkerhet, kontinuitet och samordning i vården men även där behov finns att stärka patientens ställning.

Resultatuppföljning:

Endast ett fåtal närsjukvårdsområden/kommuner har rapporterat omfattningen av samverkansträffar, därför kan inte en fullständig bild över hur samverkan bedrivits mellan huvudmännen redovisas.

En anvisning för fast vårdkontakt är framtagen i samverkan med Norrbottens kommuner vars syfte är att tydliggöra uppdrag och ansvar samt ansvarsfördelningen internt inom regionen, men även mellan regionen och Norrbottens kommuner

Under perioden 2015-2018 har antal patienter ≥ 65 år med fast vårdkontakt ökat med 7 procent och uppgick till nästan 1500 patienter vid årsskiftet 2018/2019. Datat är hämtat enbart från regionens vårdadministrativa system (VAS). Sannolikt är registreringen i VAS inte hundra procentig, detta gäller till exempel registreringen av fast vårdkontakt för patienter i särskilt boende.

Vid analys av de SIP:ar som upprättats för patienter ≥ 65 år så framgick att fast vårdkontakt var registrerad i 85 procent av planerna under 2018. Under 2015 var andelen 42 procent. Resultatet visar således att registrering av fast vårdkontakt har förbättrats under perioden och sannolikt även andel listade patienter som har en utsedd fast vårdkontakt.

Ledning och styrning i samverkan

I Norrbotten finns sedan 2012 en gemensam politisk samverkansberedning för vård, omsorg och skola med uppdrag att ansvara för och säkerställa att samverkansformerna mellan kommunerna och regionen fungerar och ytterligare förbättras. En Länsstyrgrupp är etablerad där samverkansfrågor på tjänstemannanivå mellan länets kommuner och regionen hanteras. Den politiska samverkansberedningen är styrgrupp för länsstyrgruppen, beredningen ska ta ansvar för och säkerställa att samverkansformerna mellan parterna fungerar och ytterligare förbättras.

Både den Politiska samverkansberedningen och Länsstyrgruppen har regelbundna möten fem gånger per år.

Resultatuppföljning:

2017 är en överenskommelse framtagen gällande organisering av länsstyrgruppens samverkan inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och skola mellan länets kommuner och Region Norrbotten.

Målet är att samverkan ska ge effekter i form av trygghet och säkerhet för den enskilde och bättre nyttjande av de totala resurserna, personalens kompetens och ekonomiska medel. Verksamheten hos respektive huvudman ska därför kännetecknas av ömsesidig respekt för varandras ansvars- och kompetensområden.

Sammanhållen vård och omsorg

Äldre personer har ett särskilt behov av individanpassad, samordnad och kontinuerlig vård och omsorg vilket ställer krav på helhetssyn, kontinuitet och samverkan. Den dagliga vården och omsorgen behöver säkerställas så att de mest sjuka äldre känner sig trygga i hemmet och onödiga sjukhusinläggningar minskar.

Följande processer är beslutade för att uppnå en mer sammanhållen vård och omsorg:

- **Förstärkt utskrivning**

Personer i slutenvård med risk för oplanerad återinskrivning identifieras och får särskilda insatser. Dessa är bland annat muntlig och skriftlig information vid utskrivning (pinf), läkemedelsgenomgång och -berättelse samt uppföljning via telefon inom tre dygn efter att de skrivits ut.

- **Trygg hemma**

Den äldre personens trygghet i hemmet stärks med hjälp av insatser i form av att en samordnad individuell plan, fast vårdkontakt samt att en läkemedelsgenomgång är genomförd.

- **Utskrivningsklara patienter**

Äldre personer ska inte ligga kvar på sjukhus om behov av slutenvård inte föreligger. Detta är viktigt både för den enskilde och för att vårdplatserna på sjukhuset ska nyttjas av dem som behöver de mest.

Resultatuppföljning:**Förstärkt utskrivning**

Att stödja hemgång i samband med ett slutenvårdstillfälle innebär många olika insatser. Beträffande registrerad uppringning efter utskrivning så har samtliga närsjukvårdsområden haft vårdavdelningar som varit mer eller mindre aktiva under perioden 2015-2018. Registreringen har dock successivt minskat i de flesta närsjukvårdområden med undantag av Kalix. Trots hög andel patienter som blivit uppringda efter utskrivning kan inget säkert samband ses med minskad andel oplanerade återinskrivningar. För att göra skillnad behöver alla aktiviteter (pinf, läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser samt uppringning) utföras för att få effekt på oplanerade återinskrivningar.

Trygg hemma-Samordnad individuell planering (SIP)

En upprättad SIP ska ge patienten behovsanpassade insatser som ger möjlighet att leva självständigt under trygga förhållanden och med respekt för sitt självbestämmande och sin integritet.

Under 2018 har verksamheterna ställt om till den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård SFS 2017:612, som ersatt tidigare betalningsansvarslag. Från och med mars månad 2018 ersattes vårdplaneringsverktyget Meddix öppenvård ut till Lifecare. De nya arbetssätten har krävt en hel del utbildningsinsatser och huvudmännen har fortlöpande hanterat ansvars- och samarbetsfrågor. Positivt är att omställningen har medfört ett mer proaktivt arbetssätt med ökad personcentrering och inkludering av patienten.

Under 2018 hade primärvården varit delaktig vid 1556 SIP, nästan 90 procent av planerna omfattar personer ≥ 65 år. Patienterna i åldersgruppen hade varit delaktiga i över 80 procent av SIP-mötena. Under 2015 utarbetades 346 SIP i öppenvård. Dessvärre medger inte Lifecare i dagsläget att verksamheterna kan följa hur många SIP:ar som har utarbetats i samband med sjukhusvistelse och hur många som görs i mer preventivt syfte utan föregående inskrivning på sjukhus. Det får till följd att det inte går att fastställa om antal SIP i öppenvård faktiskt har ökat under perioden.

Utskrivningsklara

Den nya samverkanslagen med förändrat betalningsansvar innebär att kommunerna har kortare tid på sig att ta emot utskrivningsklara patienter från sjukhusen. Förändrade arbetssätt har krävts för både kommunerna och primärvården vilket har medfört att färre patienter har behövt ligga kvar på sjukhusen i onödan. De totala antal dagar som patienterna har varit utskrivningsklara har minskat med drygt 50 procent inom närsjukvården jämfört med föregående år. Däremot har andel vårdtillfällen där patienterna varit utskrivningsklara ökat något jämfört med helåret 2017. Totalt sett har vårdplatsläget förbättrats vilket har gett vårdavdelningarna möjlighet till effektivare utnyttjande av disponibla vårdplatser.

Kunskap, kvalitet och kompetens

En stor utmaning inom vård och omsorg är kompetensförsörjningen. Digitala lösningar behöver vidareutvecklas bland annat för att öka tillgänglighet för patienterna och säkerställa kompetensutveckling för personalen.

För att nå målet med en sammanhållen vård och omsorg för den enskilde behöver den äldre personen ges möjlighet till delaktighet och få möjlighet att påverka sin vård. Digital informationsöverföring mellan huvudmännen ger en säkrare och effektivare vård för den enskilde.

Resultatuppföljning:

Inom regionen har installation av utrustning och utveckling av arbetssätt för digitala besök och möten med patient i huvudsak hanterats inom Vård på distans-projektet som avslutades vid årsskiftet. Nästa alla hälsocentraler i länet har en videoanläggning installerad. På samtliga länsdelssjukhus finns videoanläggningar installerade för att möjliggöra vård på distans för patienter på hälsocentraler och möjliggöra samverkan med specialister i Sunderbyn

eller i hela världen. Antalet distansbehandlingar inom närsjukvården har ökat från 351 till 2530 mellan 2016 fram till och med 2018.

En femtedel av hälsocentralerna uppger att de arbetar med digitala vårdplaneringsmöten vid SIP. Detta kräver både teknik, utrustning och trygghet med arbetssättet och är det inte löst ännu i alla delar av länet. Området har således stor utvecklingspotential.

God hälsa, vård, omsorg och rehabilitering

De mest sjuka äldre kan drabbas av olika symtom och diagnoser, som ställer krav på att vården och omsorgen bygger på en helhetssyn utifrån personens samlade livssituation, behov, symtom och besvär.

För att tillgodose god vård och omsorg behöver följande områden prioriteras och utvecklas:

Preventivt arbetssätt

Vårdpreventivt arbetssätt främjar hälsa och förhindrar vårdskador. Syfte med att arbeta vårdpreventivt är att upptäcka personer med risk för exempelvis infektioner, fall, trycksår, undernäring, ohälsa i munnen och blåsoverfyllnad.

Resultatuppföljning:

Region Norrbottens verksamheter

Riskbedömningar av Fall, Trycksår, Undernäring och Munhälsa ska göras på patienter ≥ 70 år vid inskrivning i slutenvård. För att nästa vårdnivå ska känna till om det finns fortsatta risker efter vårtdagens slut så fordras riskbedömning även vid utskrivning. Inom regionen har riskbedömningar registrerats i 48 procent av inskrivningarna och 32 procent av utskrivningarna under 2018. 2017 års resultat var 43 procent respektive 26 procent vilket tyder på att dokumentationen har förbättrats och sannolikt även antal riskbedömda patienter. Det återfinns något fler trycksår vid in- än vid utskrivning. Den markörbaserade journalgranskningen som genomfördes inom närsjukvården under 2018 visar på minskad förekomst av trycksår jämfört med 2017. Under 2019 kommer regionen att lägga till blåsoverfyllnad till de områden som ska riskbedömas med syfte att minska de vårdskador som en överfylld urinblåsa kan ge.

Kommunernas verksamheter

Antalet dokumenterade riskbedömningar i det nationella kvalitetsregistret Senior alert av fall, trycksår, undernäring och munhälsa sker i varierande grad inom kommunernas verksamheter. I de 12 kommuner som är införda i kvalitetsregistret ses en minskning på 8 procent av antalet registreringar mellan åren 2016-2018. Positivt är att hälften av kommunerna har ett ökat antal registreringar vilket kan tolkas som att kommunerna infört ett systematiskt arbetssätt.

God vård och omsorg i livets slutskede

Personer i livets slutskede ska ges en jämlik, säker, god vård och omsorg.

Resultatuppföljning:

Utifrån översynen av den palliativa vården som genomfördes 2017, framkom ett antal prioriterade områden. En länsövergripande samordnings-sjuksköterska finns idag vars uppdrag är att säkerställa att palliativa patienter får en likvärdig vård i länet bland annat genom kompetensutveckling till personal på Palliativa Vårdavdelningar (PAVA) samt till Palliativa Rådgivningsteam (PRT). En satsning på specialistsjuksköterskor inom palliativ vård är genomförd och kompetensen finns idag vid Luleå/Boden, Piteå, Kalix och Gällivare närsjukvårdsområden. I Piteå finns även en läkare med specialistkompetens inom palliativ vård. För att bredda den allmänna kompetensen inom området så genomför personalen en webbaserad grundutbildning inom palliativ vård. Registrering/resultat i palliativa registret kan ligga till grund för utvecklingsinsatser inom verksamheterna.

I Piteå och Kalix arbetar PRT teamen med videokonsultationer, framförallt tillsammans med patient och sjuksköterskor inom kommunen. Den digitala tekniken har vidare utvecklats under 2018. I Luleå har PRT-sjuksköterskorna samarbetat med kommunen när det gäller handledning och konsultation för de svårast sjuka

För att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet ska alla patienter med palliativ diagnos ha en behandlingsstrategi och brytpunktssamtal dokumenterade i journal. Sammanställning visar att andelen med dokumenterad behandlingsstrategi har ökat från 6 procent 2015 till 40 procent 2018. Även andelen som har ett dokumenterat brytpunktssamtal har ökat då resultatet var 33 procent 2018 jämfört med 18 procent 2015.

Revidering av det Nationella vårdprogrammet i palliativ vård pågår och beräknas vara slutfört under våren 2019.

God vård och omsorg vid demenssjukdom

Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom ligger till grund för en jämlik vård med god kvalitet. Vården vid demenssjukdom inriktar sig på att diagnostisera, symtomlindra och ge en god omvårdnad.

Resultatuppföljning:

Diagnossättningen har ökat något under perioden 2015-2018, detsamma gäller andel patienter med demensdiagnos som hämtat ut demensläkemedel. Antal registrerade BPSD-bedömningar (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) i länets kommuner har ökat med 15 procent sedan 2016 och uppgick till sammanlagt 960 bedömningar 2018.

God vård vid psykisk ohälsa

Psykisk hälsa är ett komplext område som berör hela samhället. En viktig del i det långsiktiga arbetet är att sätta fokus på förebyggande och tidiga insatser framförallt när det gäller barn, unga och äldre samt till de patienter som drabbats av samsjuklighet. De äldres psykiska hälsa är ett område som varit eftersatt trots att behoven är stora och förekomst av depressionssjukdom relativt vanliga. Som stöd i arbetet finns en ”Överenskommelse om samarbete inom området psykisk ohälsa – mellan kommuner och landsting i Norrbottens län”.

Resultatuppföljning:

En strategi i psykisk hälsa har upprättats i samverkan med Norrbottens kommuner och patient och brukarorganisationerna. Strategin ska vara ett stöd för det långsiktiga arbetet med ledning, styrning och utveckling av vård, stöd och omsorg för en god hälsa för länets medborgare under åren 2018-2021. Strategin med tillhörande handlingsplaner ligger till grund för de satsningar som görs inom området. Exempel på aktiviteter som presenterats i handlingsplanerna är utbildningsinsatser till vårdpersonalen när det gäller överenskommelsen om samarbete inom området psykisk ohälsa mellan kommuner och landsting i Norrbottens län.

Akut omhändertagande

Med ökad ålder följer ett ofta ökat behov av akut omhändertagande. Patienter över 75 år står för ungefär 23 procent av alla besök på sjukhusens akutmottagningar. För att förhindra onödiga inskrivningar på sjukhus måste samverkan utvecklas och förbättras mellan akutsjukvård, öppenvård och socialtjänst.

Resultatuppföljning:

Under perioden 2015 -2018 har andel personer ≥ 75 år som har besökt länets akutmottagningar inte förändrats nämnvärt. I snitt har det årligen varit 22-23 procent av besöken som utgjordes av patienter i aktuell åldersgrupp. Variationen är dock stor mellan sjukhusen; akutmottagningen i Kalix har 7-10 procentenheter högre andel besök av äldre i jämförelse med Kiruna sjukhus som har lägst andel äldre som besöker akuten. Ser man på totala *antalet* besök på akuten för personer i målgruppen så har det minskat något sedan 2016. På akutmottagningarna vid Piteå, Sunderbyn och Gällivare sjukhus har besöken av personer i målgruppen minskat medan akutmottagningarna i Kiruna och Kalix har ett ökat antal besök sedan 2016. I Gällivare har man aktivt och på olika sätt arbetat för att undvika onödiga besök på akuten för patienter i målgruppen och de uppvisar följaktligen den största minskningen (-8 %).

God och säker läkemedelsanvändning

Läkemedelsanvändningen hos äldre har ökat kontinuerligt under de senaste 20 åren. Idag har äldre personer i medeltal 8-10 olika läkemedel/person. Den omfattande läkemedelsanvändningen innebär en påtaglig risk för biverkningar och negativa läkemedelsreaktioner. Länsgemensamma riktlinjer för läkemedelsgenomgångar och läkemedelsberättelser finns upprättade för verksamheterna att följa.

Resultatuppföljning:

Riktlinjerna för läkemedelsberättelse omfattar patienter 75 år eller äldre som är ordinerade minst fem läkemedel. Syftet med riktlinjerna är att patienten vid utskrivning från slutenvård ska delges en fullständig och korrekt läkemedelslista med en läkemedelsberättelse som beskriver syfte och mål med läkemedelsbehandlingen, eventuella ordinations ändringar samt vad patienten kan förvänta sig för resultat.

Målet för 2018 var att 75 procent av målgruppen ska ha fått en läkemedelsberättelse. Andelen patienter med registrerad läkemedelsberättelse uppgick till 55 procent för kvinnor och 57 procent för män. Det är en förbättring på 8-10 procentenheter jämfört med 2015 års resultat. Förekomsten av läkemedelsberättelse i journalen varierar i snitt mellan sju och 71 procent beroende på inom vilken division vården har skett.

Andel listade patienter 75 år eller äldre med minst fem läkemedel, som har en journalförd läkemedelsgenomgång var 32 procent december 2018. Resultatet för olika hälsocentraler i länet varierar mellan tio och åttio procent. Detta är en ökning med 23 procentenheter jämfört med januari 2015 då andelen var omkring nio procent.

Rehabilitering

Äldre människor drabbas oftast av sjukdom och multisjuklighet. Rehabilitering är en stor och viktig del i omhändertagandet och möjliggör att den äldre kan återta sina funktioner, förmågor och vardagliga aktiviteter. Rehabilitering kan öka tryggheten så att den äldre kan bo kvar i sitt hem.

Resultatuppföljning:

Under 2017 gjordes en revidering av den rehabiliteringsöverenskommelse som togs fram 2011. De nya riktlinjerna för rehabiliteringsansvar i Norrbotten omfattar både region Norrbotten och den kommunala hälso- och sjukvården. Riktlinjerna är indelade i tre olika vårdnivåer och omfattar geriatriska patienter samt patienter med stroke eller neurologiska sjukdomar. Inför revideringen genomfördes intervjuer av rehabiliteringsaktörer från primärvården och den kommunala hemsjukvården. Vid dessa framkom att det sker mycket begränsad rehabilitering för målgruppen. Under 2018 presenterades utfallet av den nationella patientenkäten som hösten 2017 för första gången genomfördes inom området rehabilitering. Resultatet visade att Norrbotten låg 4-8 procentenheter lägre än riket inom samtliga indikatorer. I Riksstroke's 1-års uppföljning för 2016, framgår att endast 49 procent av norrbottningarna var nöjda med den rehabilitering de erhållit jämfört med rikets 60 procent. Nio procent av norrbottningarna uppgav att de behövt men inte fått rehabilitering motsvarande siffror för riket var sex procent. Norrbotten låg sämst i landet för båda indikatorerna. Mot bakgrund av det aktuella läget så har regionen beslutat om en kartläggning av den rehabilitering som bedrivs inom regionen. Kartläggningen ska utgöra underlag för utveckling av rehabiliteringsverksamheten i Norrbotten

Sammanfattning och slutledning

Vården står inför stora utmaningar vad gäller omhändertagandet av den växande äldre befolkningen i Norrbotten. Utvärdering och sammanställning av de resultat som följer utifrån strategin och tillhörande handlingsplan för de mest sjuka äldre visar både på förbättringspotential och tydliga framsteg men även för att vård och omsorg ska fortsätta vidareutvecklas *så behöver följande områden förbättras:*

- Dokumentation

Användning och analys av data från kvalitetsregister och journalsystem utgör underlag för de resultat som presenteras i denna rapport. Underregistreringen är uppenbar för vissa parametrar. En sann och rättvis bild av nuläget ger givetvis en bättre grund för att förbättra och kvalitetssäkra vård och omsorg. Följsamhet till registrering och dokumentation behöver förenklas genom satsning på automatisk överföring av registrerade uppgifter mellan olika datasystem, nationella register och journalsystem så att dubbeldokumentation kan undvikas. I väntan på detta behöver arbetet för ökad följsamhet till dokumentationsrutiner ständigt pågå.

- Patient- och brukarmedverkan

Vården och omsorgen behöver ställa om till ett mera personcentrerat arbetssätt, där patienten är en medspelare och medutvecklare av vård och omsorg, snarare än en passiv mottagare vilket kräver mod hos personalen att även förändra arbetssätten. Patienten/brukaren är expert på sig själv som person och sin livssituation medan vårdpersonalen är experter på själva sjukdomen. Genom samarbete framhålls personen bakom sjukdomen och vikten av att se dennes behov och styrkor, vilket framkommer bland annat i patientens berättelse. När kompetenser sammanförs, dokumenteras och följs upp, kan resultatet bli tryggare, nöjdare och mer jämlika patienter samt vården både effektivare och säkrare. Vid utvecklingsarbeten som genomförs inom vård och omsorg ska patient/brukare eller närstående bjudas in till deltagande både på system- och verksamhetsnivå.

- Samverkan och samordning

Det är viktigt med samverkansarenor på alla nivåer i organisationerna för att fortlöpande hantera ansvars- och samarbetsfrågor. Samverkansarenor på lokal nivå mellan hälsocentral, hemsjukvård, hemtjänst och handläggning inom socialtjänsten finns i länet, men behöver både nyetableras och vidareutvecklas.

Fast vårdkontakt ska utses till alla patienter/brukare i målgruppen för att tillgodose samordning och skapa trygghet. Den fasta vårdkontakten bör bland annat fungera som vårdlots så kontakten med vården blir enklare för patienten/brukaren.

- Sammanhållen vård och omsorg

Arbetet med omställning till den nya lagen om samverkan vid utskrivning har varit betydelsefull för den fortsatta utvecklingen av den sammanhållna vårdkedjan. Omställningen har inneburit ett mer proaktivt arbetssätt med ökad personcentrering och inkludering av patienten. Det är viktigt att samordnade individuella planer upprättas i ett mer preventivt syfte utan föregående inskrivning på sjukhus.

- Kunskap, kvalitet, och kompetens

Det är viktigt att prioritera resurser för fortsatt utveckling av den digitala tekniken. Med digitala tjänster och nya arbetssätt kommer vården närmare patient/brukare så att de känner sig trygga i vetskapen att ha den vård som de har behov av. Vården kommer närmare patient/brukare och de mest sjuka äldre kan besparas resor till hälsocentral eller sjukhus då vården kan ges i hemmet eller på annan plats.

Nya arbetssätt och digitala tjänster ger en god tillgänglighet och ökad delaktighet utifrån personens behov. Det finns dock patienter som av olika skäl inte kan ta del av digitala lösningar och därför måste vården ta hänsyn och ge utrymme för deras behov så att inte ett digitalt utanförskap uppstår.

En förutsättning för fortsatt progress är att ledning och styrning efterfrågar och följer resultat inom beskrivna områden.