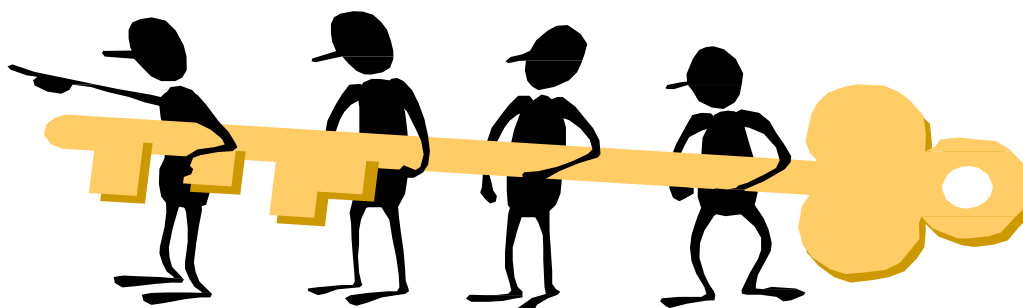


En vård värd samverkan

Vårt uppdrag till samverkan mellan äldreomsorg och
äldreomsorg



PRO



DRF
DIETISTERNAS
RIKSFÖRBUND



Sektionen för
Äldres Hälsa
SUKKOMMUNSTFÖRBUNDET



SENIORER I TIDEN

INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄNNEKÄNDIS



förbundet
sveriges arbetsterapeuter

AKADEMIKER
förbundet SSR

 Svenska Logopedförbundet

SGF SVENSK GERIATRISK FÖRENING
'Ett GERIATRISKT' team till alla som behöver det'

INLEDNING

Alla säger sig vara överens om behovet av samverkan inom vården och omsorgen av äldre. Ändå är den uppsplittrad och fragmentiserad. Vi nöjer oss inte längre med den allmänna välviljan utan efterlyser resultat. I vår plattform för samverkan, vill vi visa hur den kan utformas utifrån individens behov i tvärprofessionella team. Utgångspunkten för oss är att den enskilde ska kunna erbjudas en vård och omsorg av god kvalitet. Samtidigt vet vi att en väl fungerande samverkan också är ekonomiskt lönsam för landsting och kommuner. Dagens uppsplittrade vård och omsorg leder ofta till dyra insatser med t. ex upprepade sjukhusinläggningar och många besök inom primärvården.

Våra förslag utgår från äldre personer med stora och sammansatta behov och som därmed behöver insatser från olika yrkesgrupper inom vård, omsorg och rehabilitering. Samtidigt kommer en väl fungerande samverkan även att gynna andra där behoven är betydligt mindre.

Så bör samverkan utvecklas

Det finns ingen fix och färdig modell för hur samverkan praktiskt ska utformas vid alla situationer. Utgångspunkten för all samverkan är naturligtvis vilka behov den enskilde har. Det innebär att skilda yrkesgrupper kommer att samverka vid olika tidpunkter. Ofta tillsammans med en anhörig.

Det skiljer sig också åt mellan landsdelarna. En modell som passar för en stor tätort kan vara en mycket dålig lösning i glesbygden. Oavsett dessa skillnader finns dock vissa grundläggande förhållanden som alltid måste tillgodoses för att det ska bli en väl fungerande samverkan utifrån de behov den enskilde har. Dessa presenterar vi nedan i punktform.

Vi vill också understryka att den samverkan vi föreslår, kan börja byggas upp redan idag i alla landsdelar, utifrån de skilda förutsättningar som råder.

Våra förslag i åtta punkter för en fungerande samverkan

- Kring varje äldre person med stora och sammansatta behov ska det finnas ett för individens behov anpassat tvärprofessionellt team, med en huvudansvarig utifrån personens hela vård- och omsorgssituation. Huvudansvarig kan variera med de insatser den enskilde behöver. Det är den enskilde brukaren som i samförstånd med berörda yrkesgrupper avgör vem den huvudansvarige ska vara.
- Vård- och rehabiliteringsplan ska upprättas mellan vård- och omsorgstagaren och det team som övertar ansvaret efter utskrivning från slutenvården.
- Primärvården bör ha det samlade medicinska huvudansvaret för den enskilde vård- och omsorgstagaren. En fast kontaktperson ska finnas där, som antingen kan vara distriktssköterska eller läkare i primärvården. Utifrån den enskildes behov kan denne ingå i teamet eller på annat sätt stå till teamets förfogande. Ett alternativ till primärvårdens ansvar kan vara att det medicinska huvudansvaret läggs på en geriatrisk klinik, som utser en särskild kontaktperson. Valet av alternativ bedöms utifrån vad som är bäst för den enskilde. En viktig uppgift för det medicinska ansvaret är att det inte ska förekomma onödiga besök vid akutsjukvården.

- Teamen ska ha tillgång till geriatrisk kompetens, som vid en akut situation för vård- eller omsorgstagaren ska kunna besluta om direktinläggning till geriatrisk klinik eller vårdavdelning med tillgång till geriatrisk kompetens och övriga medicinska specialiteter, som det kan finnas behov av.
- För att få ut det optimala för varje enskild vård/omsorgstagare förutsätts att personella resurser finns i tillräcklig omfattning inom varje kommun och landsting. Som tidigare sagts, krävs att teamen är flexibla och kan ändra sammansättning över tid. Utifrån en fast grupp måste kompetens kunna kompletteras snabbt och enkelt då behov uppstår. Exempel på yrkesgrupper kan vara arbetsterapeut, dietist, geriatriker, logoped, sjukgymnast, tandsköterska etc.
- Det krävs en satsning på utbildning och kompetensutveckling av personal verksamma inom sjukvård och äldreomsorg. Idag råder en stor brist på personal med tillräcklig utbildning och kompetens rörande gerontologi, geriatrik, demenssjukdomar m.m. Förstärkningar behövs inom alla delar av vården och omsorgen om äldre. En väl fungerande samverkan förutsätter också att personalen har den tillräckliga kompetensen för sina uppgifter.
- Samverkan mellan personalgrupper kräver också en ekonomisk samverkan. Resurserna måste samlas runt den enskilde med en gemensam budget.
- För att skapa stabilitet bakom de politiska besluten om samverkan inom vård och omsorgsverksamheten, krävs tvärpolitiska lösningar som fungerar långsiktigt, oavsett politisk majoritet.

Bakgrund till dagens samverkansproblem

Äldres vård och omsorg är splittrad och fragmentiserad. Gränser har dragits upp och murar rests som förhindrar en verklig samverkan. Vi har fått en utveckling som ingen säger sig vilja ha. Flera förklaringar kan ges till detta.

Olika huvudmän är inblandade. Landstingen och kommunerna bevakar sina respektive områden och budgetar. Den s.k. stuprörsmodellen råder mellan de instanser som är inblandade i äldres vård och omsorg. I stället för samverkan splittras arbetet upp och fragmentiseras.

Även inom respektive huvudman är resurserna uppsplittrade istället för samordnade. I kommuner med kommunal hemsjukvård, dras ofta gränser upp mellan hemsjukvården och övrig äldreomsorg. Liknande gränser finns även mellan landstingens öppenvård/slutenvård.

Hemtjänsten beviljas ofta i form av bestämda insatser utifrån biståndshandläggarens bedömning. Många gånger kan det vara olika utförare inblandade i hemtjänsten. Detta kan försvåra kontinuitet och samverkan.

I samband med biståndsbedömningarna tvingas handläggarna rätta sig efter snäva budgetrestriktioner. Både formella och informella kommunala regelverk inskränker de rättigheter som anges i socialtjänstlagen.

Nära knutet till budgeten finns också en arbetsorganisation som försvårar samverkan över avdelnings- och enhetsgränser.

Både inom och mellan olika yrkesgrupper kan också skapas förhållningssätt som utgör hinder för samarbetet. Det kan gälla olika uppfattningar om vilka insatser som behövs i omsorgen och omvårdnaden. Hierarkier i en arbetsorganisation försvårar samverkan.

När allt fler olika utförare erbjuder vård och omsorg kan också nya hinder för samverkan uppstå. Som exempel kan nämnas uppsplittrade administrativa, tekniska och geografiska gränser.

Det är i första hand två lagar som reglerar äldreomsorgen - socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen. Dessa båda lagar har helt olika konstruktion och har skapat två olika kulturer och traditioner inom kommuner och landsting. Socialtjänstlagen ger brukaren en viss lagstadgad rätt till stöd om behov föreligger medan hälso- och sjukvårdslagen anger en skyldighet för huvudmannen att erbjuda en god sjukvård. SOL ger därmed ett starkare rättsligt skydd än HSL.

I det praktiska arbetet har SOL ofta gett mindre utrymme för flexibilitet, många gånger krävs formella beslut för att en insats ska kunna komma ifråga. HSL är mindre reglerad vilket ofta leder till bättre möjligheter för ett informellt arbetssätt, där den aktuella situationen avgör insatserna.

Sverige är inte ensamt om svårigheterna att samverka över personal och budgetgränser. I rapporten "Who Cares" som presenterades vid konferensen "Healthy and Dignified Ageing" under det svenska ordförandeskapet, lyftes

bland annat bristen på samverkan fram som ett vanligt problem i vården och omsorgen om äldre personer i Europa.

Stimulansmedel- måste vara långsiktiga

De statliga stimulansmedlen har gett resultat som förhoppningsvis kommer att bidra till en utveckling av äldreomsorgen. Idag finns t.ex. dietister anställda i de flesta av landets kommuner. Även om syftet med dessa stimulansmedel har varit att åstadkomma varaktiga förändringar finns ändå en stor risk att satsningarna stannar på projektstadiet. Tidigare erfarenheter ger tyvärr anledning till oro. Ofta återgår förhållandena till det gamla när projekten upphör. Större krav på långsiktighet bör därför ställas när statliga stimulansmedel beviljas.

Politiska lösningar krävs

Vi har ovan presenterat våra förslag i åtta punkter. Vi vill här ge en mer allmän beskrivning av vad som behöver göras för att skapa en god grund för samverkan inom vården och omsorgen om äldre. I sista hand handlar det om politiska beslut som ger incitament för samverkan på alla samhällsnivåer.

Det finns goda exempel på samverkan men de bygger ofta på engagerade enskilda personer, vilket ger en bräcklig grund för en mer bestående organisation. En långsiktig samverkan ska klara personalbyten, politiska skiften och ekonomiskt svåra tider. Den måste vara byggd på en stabil organisation, där samverkan ses som ett självklart arbetssätt.

Det ska finnas en gemensam ekonomi för omhändertagandet av äldre mellan landsting och kommuner i stället för dagens två parallella skattefinansierade system för samma vård- och omsorgstagare. Oavsett vem som utför vård och omsorgsåtagandena, är det kommun och landsting som bär ansvaret för att tillräckliga resurser finns tillgängliga för att motsvara HSL och SoL:s krav på insatser.

Samverkan och samarbetet måste formas och utvecklas i det praktiska arbetet. Lagar och övriga författningar, budget, arbetsorganisation, statsbidrag m.m. ska ge förutsättningar för samverkan mellan olika personalgrupper runt äldre med stora och sammansatta behov. Hur denna samverkan sedan utformas i

praktiken måste avgöras av dem som är verksamma i det dagliga arbetet och naturligtvis tillsammans med den enskilde brukaren/vårdtagaren.

Som framgår ovan menar vi att dagens lagstiftning kan skapa svårigheter för en god samverkan. Mot den bakgrunden menar vi att en översyn behövs av både SOL och HSL när det gäller vården och omsorgen av äldre. De båda lagarna måste harmoniera vad gäller förhållningssätt och utgångspunkter, där tydliga rättigheter kombineras med den flexibilitet och det informella arbetssätt som ges i HSL.

I socialtjänstlagen 2 kap 6§ anges att "kommunen ska planera sina insatser för äldre" och då "ska kommunen samverka med landstingen samt med andra samhällsorgan och organisationer". Detta är uppenbarligen otillräckligt och mer tvingande regler med tydliga krav på samverkan behövs. Därutöver måste Socialstyrelsen vara tydligare i sina föreskrifter, råd och vägledningar.

Samverkan kan utvecklas även utan en förändring av lagarna men en hel del av de svårigheter som idag uppstår i kontakterna mellan olika yrkesgrupper kommer att kunna undanröjas och planeringen av insatser underlättas om lagarna utformas utifrån ett gemensamt förhållningssätt.

Utöver Sol och HSL finns även lagen om kommunernas betalningsansvar som ger kommuner och landsting en skyldighet att samverka vid vårdplaneringen när en äldre patient är utskrivningsklar. Även om en vårdplanering oftast genomförs så brister kvaliteten många gånger.

Följande yrkesgrupper har hittills deltagit i arbetet med att ta fram plattformen

Allmänläkare, specialister i allmänmedicin, har ett patientfokuserat arbetssätt där andra engageras vid behov för en optimal insats för den specifika individen. Allmänläkaren följer människan genom livet, och har kompetens att ställa tidig diagnos, att följa sjukdomars förlopp och att ge rätt behandling vid rätt tidpunkt. Allmänläkaren har stor kunskap om det naturliga åldrandet och att ta hand om de äldre multisjuka. Allmänläkare är utbildade i läkemedelsanvändning generellt men också mer specifikt hos den äldre delen av befolkningen.

En specialist i allmänmedicin har överblick över den vård som finns tillgänglig för patienten och lotsar patienten rätt i vården, men ser också till att rätt resurser och kompetens finns på den egna vårdenheten.

Arbetsterapeuten sätter fokus på meningsfulla aktiviteter och stöttar den äldre i att öka eller upprätthålla sin aktivitetsförmåga och kunna vara delaktig i sitt vardagliga liv. Insatserna utgår från individens behov och eget uppsatta mål. De utförs genom individuell träning av aktivitetsförmågan, utredning och utprovning av hjälpmedel, bostadsanpassning och anpassning av den yttre miljön. Andra viktiga områden för arbetsterapeuten är fallprevention och handledning till personal och anhöriga.

Dietisten förebygger, undersöker och behandlar nutritionsrelaterade problem. Syftet är att stoppa ofrivillig viktnedgång och därmed bibehålla vikt och muskulatur, som är viktiga för den funktionella förmågan och möjligheten till autonomi. Mat, måltid och ätande skall också vara lustfyllt trots funktionsnedsättningar, här kan dietisten hjälpa till med individinriktade insatser. I arbetsuppgifterna ingår också utbildning av personal, och utveckling av goda rutiner för mat, måltid och nutritionsbehandling tillsammans med övrig personal.

Geriatrikerns ansvarsområde är kompetens inom gerontologi (läran om det friska åldrandet) och geriatrik (läran om det sjuka åldrandet) och omfattar en bred bedömning av den äldre patientens såväl medicinska som sociala funktionsförmåga. Målet är att för den enskilde individen minimera och kompensera de handikapp som följer av ett sjukdomstillstånd. Geriatrikern har en samordnande funktion vilket kräver ett tvärprofessionellt arbetssätt i nära samarbete med andra medicinska specialiteter, andra personalkategorier och övriga samhällsinstanser.

Logopeden är specialist på svårigheter med tal, språk, läsning/skrivning, munmotorik, det vill säga kommunikation och ätande. Logopeden undersöker, behandlar och tränar svårigheter som rör kommunikation och tal samt ät- och sväljningssvårigheter. Även förskrivning och/eller tillverkning av kommunikationshjälpmedel samt handledning av personal och anhöriga ingår i logopedens uppgifter. Vid behov ges rekommendationer om konsistensanpassning och annat som underlättar ett säkert födointag.

Medicinskt ansvarig sjuksköterska(MAS). I alla kommuner finns en MAS, med ett övergripande ansvar för att kommunal hälso- och sjukvård är god och

säker i enlighet med gällande författningar. Den medicinskt ansvariga sjuksköterskan ser till att det finns direktiv och instruktioner för hur vården ska bedrivas, samt följer upp att dessa efterlevs. MAS har inget primärt ansvar för den individuella inriktade vården av enskild patient men kan ingripa i enskilt fall och bestämma över vård och behandling.

Sjukgymnasten förebygger, undersöker och behandlar rörelsesvårigheter som begränsar eller riskerar att begränsa den äldre personens rörelseförmåga och hälsa, t.ex. att förebygga komplikationer vid långvarigt sängläge och ett stillasittande liv genom att anpassa aktiviteter och träning för att nå bästa möjliga rörelseförmåga och hälsa. I arbetsuppgifterna ingår också att hitta lämpliga hjälpmedel, bedöma risken att falla, behov av hjälp i hemmet tillsammans med arbetsterapeut, samt handledning till personal, personliga assistenter och studenter.

EXEMPEL PÅ HUR SAMVERKAN KAN UTFORMAS, UTIFRÅN SITUATIONEN FÖR TVÅ PERSONER

Doris – ett dåligt exempel på samverkan

Doris är 81 år och ensamboende i lägenhet. En morgon ramlar hon och slår i den ena höften. Trots smärta och lite omtumlad, lyckas Doris nå telefonen som står på ett bord i sovrummet. Ambulans och snabb färd till sjukhus där ortopedjouren undersöker henne. Hon blir liggande några timmar på britsen på akuten innan hon skickas till röntgen där man konstaterar att inget är brutet. Doris ger ett förvirrat intryck och växlar lite i hur klar i huvudet hon är, så ortopedjouren misstänker att det kan vara något fel på hjärnan och skickar en remiss till neurologjouren där han undrar om Doris kan ha fått en stroke. Neurologjouren är upptagen med mycket annat, men efter en tid bedömer neurologjouren Doris och skickar en remiss för skiktröntgen av hjärnan. Så småningom blir skiktröntgen av hjärnan gjort och man kan där inte se någon säker stroke utan åderförkalkningsförändringar i hjärnan. Då Doris således inte har någon neurologisk sjukdom återgår ansvaret för henne till ortopedjouren.

Dagen har nu nästan gått. Doris mår inte bra. Hon har varken fått något att äta eller dricka på hela dagen, och ortopedjouren bedömer nu att det blir svårt att skicka hem henne. Det går ytterligare tid innan personal från Akutmottagningen hinner transportera Doris till avdelningen som ligger en bit bort, men klockan 8 på kvällen är hon där. Sjuksköterskan på avdelningen konstaterar att hon vid ankomsten är förvirrad, har kissat ner sig i sängen och ojar sig lite. All väntan på Akutmottagningen – i början på brits – har medfört att Doris tyvärr hinner få ett trycksår i ryggslutet under den tiden.

Smärtan från höften är ringa jämfört med smärtan från trycksåret och det är svårt för henne att över huvud taget röra sig; hon behöver hjälp med det mesta under lång tid. Hon skickas till ett korttidsboende för vila, vidare träning och ny bedömning av situationen. Doris, som innan denna händelse, verkat frisk och utan några speciella

kontakter med vården eller omsorgen, blir nu ett fall för densamma. Hon är i och för sig listad inom primärvården, men har inte besökt den sedan flera år tillbaka, och har inte varit i kontakt med sin ansvarige läkare. Denna behandlar nu Doris med smärtlindring men inleder aldrig någon utredning av minnet eller nedstämdheten eftersom dessa uppgifter aldrig når läkaren från boendet där detta är uppenbart för personalen.

Så småningom genomförs ett vårdplaneringsmöte på korttidsboendet. Samarbetet mellan kommunen och landstinget fungerar tyvärr dåligt varför både personalen på boendet och biståndshandläggaren är illa förberedda inför mötet. Man upptäcker under sittande möte att varken distriktssköterska eller anhöriga kallats, och mötet får skjutas upp ett par veckor till stor frustration för alla inblandade. Kostnaderna för de extra veckorna på korttidsboendet blir upptakt till en långdragen träta mellan kommunen och landstinget.

Vid det andra planeringsmötet står det klart att varken Doris lägenhet eller hennes tillstånd kommer tillåta en hemgång, och man beslutar att erbjuda Doris ett särskilt boende i närheten av hennes nuvarande bostad. Detta blir också verkställt. Med fortsatt träning kan Doris så småningom förflytta sig med hjälp av rollator korta sträckor inomhus.

Efter ett halvår på boendet så har Doris problem med minnet och humöret blivit så stora att läkaren kontaktas på nytt och inleder en utredning. Doris får slutligen en demensdiagnos ett drygt år efter den första skadan. Man hamnar nu i ett dilemma eftersom hon börjat rota sig på boendet men detta boende är mindre lämpat för patienter med besvärande demenssymptom. Hade man vetat om hennes diagnos tidigare så kunde hon ha kommit rätt från början. Bekymren växer till problem och till sist blir man tvungen att flytta Doris till ett demensboende vilket i och för sig är bra med tanke på sjukdomen – men att bryta upp igen och flytta bryter ner Doris ytterligare.

Doris – ett gott exempel på samverkan

Doris är 81 år och ensamboende i lägenhet. En morgon ramlar hon och slår i den ena höften. Trots smärta och lite omtumlad, lyckas Doris nå telefonen som står på ett bord i sovrummet. Ambulans och snabb färd till sjukhus. På sjukhuset finns akutgeriatrik och geriatrikjour där Doris tas om hand som alla patienter över 75 år som har ramlat. Redan på akutrummet har man vid en rutinkontroll lagt märke till att Doris har lite svårt med minnet och att hon ter sig lätt förvirrad. Då Doris har mycket ont och medtagen måste hon läggas in på sjukhuset. Rehabiliteringen går långsamt och hon skickas till ett korttidsboende för vila, vidare träning och ny bedömning av situationen. Vid utskrivningen från sjukhuset har geriatrikaren noterat i journalen att Doris kan ha en begynnande demensutveckling och att detta bör utredas när hon åter mår mera som vanligt¹. Doris som innan denna händelse, verkat frisk och utan några speciella kontakter med vården eller omsorgen, blir nu ett fall för densamma. Hon är i och för sig listad inom primärvården, men har inte besökt den sedan flera år tillbaka, och har inte varit i kontakt med sin ansvarige läkare. Denna utreder nu vidare och utredningarna tyder på en demenssjukdom samt depression. Tillsammans med geriatriker på Minnesmottagningen på sjukhuset så fastställs diagnosen Alzheimers sjukdom. Man sätter in en "bromsmedicin" och planerar för några uppföljande besök på Minnesmottagningen för att utvärdera bäst möjliga behandling och dosering samt hur demenssjukdomen utvecklas. Doris får också behandling med antidepressiva mediciner och dagvårdsinsatser. Relativt snart upplever Doris tillvaron som betydligt ljusare.

Efter två månader på korttidsboendet väcks frågan om den fortsatta planeringen för Doris. Man kontaktar kommunens biståndsbedömare. Det finns ett väl inarbetat samarbete mellan kommunen och landstingsvården. Man genomför ett vårdplaneringsmöte med Doris, biståndsbedömaren, personal från korttidshemmet

¹ Det är viktigt att inte göra demensutredning i samband med akut kroppslig sjukdom då ett tillfälligt förvirringstillstånd kan misstolkas som demenssjukdom

och distriktssköterskan inom primärvården där Doris är listad. Man upprättar en vårdplan som Doris känner sig bekväm med. Inför mötet har arbetsterapeut och sjukgymnast gjort ett besök hemma hos Doris för att bedöma möjligheten att återvända hem. De har konstaterat att en återgång till bostaden är i stort omöjlig, då Doris lägenhet ligger på tredje våningen utan hiss. Lägenheten är också svår att anpassa efter hennes behov i övrigt, och man beslutar därför att erbjuda Doris ett särskilt boende i närheten av hennes nuvarande bostad. Detta blir också verkställt. Med fortsatt träning kan Doris så småningom förflytta sig med hjälp av rollator korta sträckor inomhus.

En äldresjuksköterska blir ansvarig för Doris på det särskilda boendet, tillika sammankallande för teamet kring Doris. Boendet besöks varje vecka av en geriatriker inom primärvården, hos vilken Doris nu blir listad. Var tredje månad gör teamet runt Doris en strukturerad genomgång av hennes fortsatta behov av stöd i sin vardag samt tar ställning till övriga behandlingsinsatser. Smärtorna klingar så småningom av och man kan minska ner och sedan ta bort de smärtlindrande medicinerna.

Inge – ett dåligt exempel på samverkan

Inge, 76 år, drabbas av en stroke i sitt hem. Inge behandlas sedan tidigare för högt blodtryck och diabetes. Hemtjänsten hittar Inge liggandes på köksgolvet och larmar ambulans, som tar honom till akutmottagningen på regionsjukhuset. Det tar tid innan man på akuten får uppgifter om hur Inge varit tidigare, det dröjer innan man kan konstatera att han har en färsk stroke och kanske hjärnskadan blev onödigt stor. Inge har fått funktionsnedsättningar till följd av stroke, vilket innebär en försämrad balans och gång samt svårigheter att tala och svälja. På den vårdavdelning där Inge ligger finns vare sig geriatriker eller andra doktorer med inriktning på äldre sköra patienter men man rehabiliterar Inge efter de förutsättningar som man har. Inge tränar med sjukgymnast och arbetsterapeut men någon egentlig rehabiliteringsplan blir inte upprättad och därför vet inte personalen riktigt vilka mål som skall uppnås innan hemgång. Det är brist på logopedier på Inges sjukhus men han får i alla fall träffa en logoped för bedömning (någon egentlig träning av talet finns det inte tid till), men dietist tillkallas inte för utredning av konsistensanpassning.

För att undvika nya slaganfall så har Inge fått en hel del mediciner insatta, både kraftfulla blodförtunnande och blodfettssänkande tabletter. Eftersom ingen strukturerad bedömning har gjorts av Inge som helhet så tänker ingen på de andra mediciner som Inge tar och att några av dem är olämpliga för honom. Han får också en hel del biverkningar i form av sura uppstötningar och muskelvärk men innan han hunnit berätta om dessa för doktorn på avdelningen så har det blivit dags att skrivas ut.

Inge som är listad inom primärvården, har där sin ansvariga läkare, som haft kontakten med Inge i hans tidigare sjukdomar. Inför utskrivningen träffar Inge personal från primärvården samt biståndshandläggaren för att planera hemgången. Inges hjärnskada gör att han har svårt att tala och göra sin vilja hörd på mötet. Han känner sig inte trygg hemma och vill helst inte hem direkt. Detta förstår Inges barn, men ingen av dem har kallats till planeringsmötet. De närvarande bestämmer att

Inge kan klara sig i det egna boendet med förstärkt hemtjänst. Det behöver göras en hel del anpassningar i hemmet för att det skall fungera tillfredsställande där för Inge; han får gå hem i väntan på dessa anpassningar men ingen får i uppgift att följa upp att anpassningarna sker. Bland annat är det några trösklar som tas bort först efter två månader och upprepade påstötningar av anhöriga som är oroliga att Inge, med sin släpande gång, skall snava.

I praktiken blir Inge mest sittande i TV-soffan efter hemkomsten. Någon träning blir inte av vilket var tanken på sjukhuset – överrapporteringen till rehabteamet inom primärvården har tyvärr inte fungerat. Ingen har heller uppmärksammat att Inge har kvarstående sväljproblem.

Inges läkemedel följs inte upp som tänkt; någon samlad läkemedelsberättelse där man redovisar medicinändringarna som gjorts, når aldrig hans ansvariga läkare i primärvården. När värken och magsmärtorna förvärras så kopplar man därför inte samman dessa symptom med medicineringen och han får ytterligare mediciner för att behandla vad som egentligen är biverkningar.

Ett år efter stroke får Inge plats på ett omsorgsboende; han har då ont i hela kroppen, hans år i hemmet har karaktäriserats av kronisk värk, otrygghet och nedstämdhet, samt viktnedgång till följd av dåligt matintag.

Inge – ett gott exempel på samverkan

Inge, 76 år, drabbas av en stroke i sitt hem. Inge behandlas sedan tidigare för högt blodtryck och diabetes. Hemtjänsten hittar Inge liggandes på köksgolvet och larmar ambulans, som tar honom till akutmottagningen på regionsjukhuset. Man konstaterar stroke, och sätter in behandling omgående. Inge har fått funktionsnedsättningar till följd av stroke, vilket innebär en försämrad balans och gång samt svårigheter att tala och svälja. I början av hans rehabilitering kopplas ett geriatriskt team in, med såväl sjukgymnast som arbetsterapeut, logoped och läkare. De gör först en strukturerad bedömning av Inges sjukdomstillstånd och livssituation, och gör tillsammans med honom upp en plan för träning och övriga fortsatta behandlingar. Logoped och dietist finns med i teamet. Logopeden för att bedöma och följa upp samt träna tal-, tugg- och sväljförmågan, vilket är viktigt för Inges allmäntillstånd och möjlighet till kommunikation med omgivningen. Dietisten för utprovning av rätt konsistens på mat och dryck och för ordination av näringsdryck. För att undvika nya slaganfall så har Inge fått en hel del mediciner insatta, både kraftfulla blodförtunnande och blodfettssänkande tabletter. Inge har tidigare ätit blodsockersänkande mediciner men eftersom Inges njurfunktion försämrats så börjar den medicineringen bli riskabel, och geriatrikern hjälper till med insättande och inställning av insulin istället.

Efter några veckors behandling och rehabilitering är det dags att skrivas ut. Inge som är listad inom primärvården, har där sin ansvariga läkare inom primärvården, som haft kontakten med Inge i hans tidigare sjukdomar. Inför utskrivningen samlas Inge, personal från det geriatriska teamet och från primärvården, biståndshandläggaren och ansvarig från hemtjänsten för att planera hemgången. Tillsammans bedömer man att Inge kan klara sig i det egna boendet med förstärkt hemtjänst och hembesök av sjukgymnast och arbetsterapeut någon gång i veckan inledningsvis. Inge fick också beviljat omsorgsmåltid och stöd i vardagens aktiviteter. Logoped informerar personal och anhöriga om hur Inges tal och språk är påverkat och hur Inges

kommunikation och tal bäst stöttas i samtal. Arbetsterapeuten föreslår vidare att lägenheten ska anpassas efter den nya situation Inge befinner sig i. Genom hjälpmedel och bostadsanpassning kan toaletten förhöjas, badkaret bytas ut till dusch och trösklar tas bort. En automatisk dörröppnare på ytterdörren till fastigheten gör det också möjligt för Inge att själv ta sig ut och in. Detta sker också några dagar efter att Inge kommit hem. Inge bedöms ha fortsatt behov av konsistensanpassad kost via matdistribution och näringsdrycker. Dietisten informerar personalen.

Inge får en kontinuerlig uppföljning i hemmet av det geriatriska teamet för att stödja honom i hans fortsatta träning och i att hantera sin nya situation. Det är av stor vikt att Inge trots sina begränsningar får möjlighet att vara aktiv och utföra de aktiviteter han känner är meningsfulla och viktiga för honom.

Eftersom Inge har flera kroniska sjukdomar och bedöms vara skör så behåller han kontakt med det geriatriska team som gjort en strukturerad bedömning av hans tillstånd i början av den ineliggande rehabiliteringen. En gång i halvåret görs också en läkemedelsgenomgång med teamet för att följa upp resultatet av behandlingen, och väga effekter av behandlingen mot möjliga biverkningar. Teamets roll blir alltmer rådgivande till primärvården, i takt med att Inges livssituation stabiliseras.

En vård värd samverkan



Alla säger sig vara överens om behovet av samverkan inom vården och omsorgen av äldre. Ändå är den uppsplittrad och fragmentiserad. Vi nöjer oss inte längre med den allmänna välviljan utan efterlyser resultat. I denna plattform för samverkan, vill vi visa hur den kan utformas utifrån individens behov i tvärprofessionella team. Våra förslag utgår från äldre personer med stora och sammansatta behov och som därmed behöver insatser från olika yrkesgrupper inom vård, omsorg och rehabilitering. Samtidigt kommer en väl fungerande samverkan även att gynna andra där behoven är betydligt mindre.

Stockholm Juni 2010

Reviderad oktober 2011

PRO



SENIORER I TIDEN
INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR
ALLMÄN MEDICIN



AKADEMIKER
förbundet SSR

 **Svenska Logopedförbundet**

SGF SVENSK GERIATRISK FÖRENING
"Ett GERIATRISKT team till alla som behöver det"