

---

Plats och tid	Kommunhuset, sammanträdesrum Almen kl 10.00-12.00	
Beslutande	Ragnar Lif (C), ordförande Bengt Mickelsson (S) Kerstin Sjölander (PRO) Jan Hansson (PRO) Bernth Nygren (PRO) Allan Ohlson (PRO) Åke Andersson (PRO) Erik J Nilsson (PRO) Pia Backman (SPF) Sigvard Wagenius (SPF), tjänstgörande ersättare Roma Lindström (PRO)	
Övriga Närvarande	Berit Nordkvist, sekreterare Inga-Brith Nilsson (c), ej tjänstgörande ersättare Karin Näsmark, ordförande socialnämnden, §§ 4-7 Monica Lundgren, socialchef, §§ 4-7 Gunilla Mellgren, projektledare, §§ 8-9	
Utses att justera Justeringens plats och tid	Bernth Nygren Strömsund, kommunhuset, vård- och socialförvaltningen, måndag den 11 februari kl 13.00	
Underskrifter	Sekreterare .....	Paragrafer 1-16
	Berit Nordkvist	
	Ordförande .....	
	Ragnar Lif	
	Justerare .....	
	Bernth Nygren	



## § 1

### **Godkännande av föredragningslistan**

Korrigerig i föredragningslista. I punkt 4 är felskrivet "ädelreform" ska vara "äldreforum", föredragshållare är informerade.

Föredragningslistan godkänns.

---

## § 2

### Val av justerare

Protokollet justeras av ordförande Ragnar Lif, samt ledamot i KPR  
Bernth Nygren

\_\_\_\_\_

### § 3

#### **Föregående protokoll**

I förra protokollet beslutades att kalla läkemedelsstrateg till detta sammanträde. Läkemedelsstrateg kunde inte medverka, men medverkar gärna i en kommande folkhälsodag.

Föregående protokoll 11 december 2012 läggs till handlingarna.

\_\_\_\_\_

## § 4

### Införande av äldreforum

Socialnämndens ordförande Karin Näsmark och socialchef Monica Lundgren för en dialog med ledamöterna i KPR om införande av äldreforum som ersättning för stugråd och brukarsamråd.

Stugråd fanns förut på de särskilda boendena. I dag jobbar man mer med individuella planer och har andra träffar med anhöriga som ersätter tidigare stugråd. Syftet med brukarsamråden var att dessa skulle finnas i alla kommundelar. I Hoting, Backe och Gäddede har detta fungerat hyfsat, i Strömsund och Hammerdal inte lika bra. Socialnämnden har därför uppdragit åt vård- och socialförvaltningen att utforma förslag till andra mötesformer där kommunmedborgarna kan föra dialog med politiker och tjänstemän i frågor som rör äldre.

Förvaltningens förslag är att ersätta brukarsamråden med äldreforum 1-2 ggr/år. Förslaget att byta ut namnet "brukarsamråd" till annat namn är även ett önskemål som framkommer på dagens sammanträde. Namnet "brukarsamråd" kan innebära att man tror att bara valda representanter kan komma. Socialnämndens ordförande tror på att behålla "forum för äldre frågor" som tidigare i de olika kommundelarna men att förändra formen, inte längre valda representanter. I kommundelarna Strömsund och Hammerdal kan ett gemensamt forum vara ett alternativ.

En synpunkt från en av rådets ledamöter är att man kan tolka bristande engagemang i tidigare brukarsamråd i Strömsund och Hammerdal positivt, att allt redan fungerat bra, men vi måste också se framåt, man måste också inse att framtidens pensionärer kanske inte är nöjda med samma sak som nuvarande pensionärer

Äldreforum (brukarsamrådet) bör vara ett öppet forum för alla som är intresserade av äldre frågor där man kan diskutera, ställa frågor och få information.

Tider för forum föreslås till ett på hösten och ett på våren i de olika kommundelarna i nära anslutning till KPR:s sammanträden så att synpunkter som kommer fram i brukarsamråden kan tas upp där om önskemål finns.



§ 4 forts.

För att det ska bli en bra marknadsföring av kommande "forum för äldrefrågor" önskar KPR:s ledamöter att det utgår annonsering om träffarna via pensionärsorganisationerna och frivilligföreningar i första hand. Annonser kan vara svåra att upptäcka, den personliga kontakten är viktig. Det bör tydligt framgå i annonseringen vad som är huvudtema på varje träff och att dessa forum är för alla som är intresserade av äldrefrågor

\_\_\_\_\_

## § 5

### Uppsagda avtal - personligt ombud

Karin Näsmark informerar om det uppsagda avtalet och hur den fortsatta verksamheten personligt ombud fortsätter i kommunen. Det finns inget lagstadgat krav om att kommuner ska ha personligt ombud, men däremot att kommunen ska söka upp de som behöver stöd.

Kommunen har för verksamheten personligt ombud under 2011 och 2012 samverkat via samordningsförbundet med övriga kommuner i länet, samt landsting, försäkringskassa och arbetsförmedling. Arbetsgi-  
varansvaret för personligt ombud har varit Krokoms kommun. Nu har samarbetet med övriga kommuner via samverkansförbundet upphört eftersom samverkansförbundet har frånsagt sig fortsatt delfinansiering för verksamheten personligt ombud från 2013, vilket innebär att varje kommun i länet framöver själv tar över ansvar för sin verksamhet.

Monica informerar lite om att i det personliga ombudets uppgift ingår att följa med till myndigheter, t.ex. kronofogde, försäkringskassa, hälsocentral m.m. För att uppgiften som personligt ombud ska fungera behövs tid för att bygga upp förtroende med klienten.

Personligt ombud som i dag finns i vår kommun fortsätter som förut att vara ett stöd för de klienter han har kontakt med. Ombudet har en anställning som delas mellan Krokoms och Strömsunds kommuner. I Strömsunds kommun fortsätter samarbetet med Krokoms kommun till dess vi beslutat om en annan lösning t.ex. framtida samarbete med annan kommun.

### Beslut

Informationen läggs till handlingarna.

---

## § 6

### Hur kommer anhörigstödet att se ut framöver

Karin informerar om ny handlingsplan för anhörigstöd fr.o.m. i år, Mer att läsa om anhörigstöd finns på kommunens hemsida [www.stromsund.se](http://www.stromsund.se) under rubriken Stöd vård och omsorg/anhörigstöd. På sidan finns också telefonnummer och namn på kontaktpersoner för samtalsgrupper för anhörigvårdare. Anhörigkonsulent Majken Bergkvist har tidigare varit anställd på projekt tid för att bygga upp ett bra anhörigstöd, bl.a. har hon startat upp anhörigstödsgrupper, istället för anhörigkonsulent kommer det nu att finnas en kontaktperson i varje kommundel.

Anhörigstödet kan delas in i direkt och ett indirekt anhörigstöd .

Det direkta anhörigstödet innebär att man har någon att samtala med, det kan också innebära en hemtjänstinsats.

Indirekt anhörigstöd är bl.a. de avlastningsplatser som finns på korttidsboendet "Gästis" i Strömsund. Avlastning ska kunna erbjudas på flera sätt, ibland några timmar över dagen, en eller ett par dagar, eller en vecka, Avlastningen på korttidsboendet behöver inte nödvändigtvis vara på ett rullande schema. Bedömning av behov av avlastningsplats görs av biståndsbedömare.

En fråga från ledamot i KPR är om samma möjlighet att ta del av indirekt anhörigstöd genom avlastning/korttidsplats skulle kunna erbjudas på andra platser i kommunen. Socialchef Monica Lundgren svarar att en möjlighet skulle kunna vara att erbjuda olika individuella lösningar. Ett alternativ vore att kunna erbjuda avlastning några timmar under dagen. För många kan detta vara en stor hjälp. Man hinner t.ex. åka och handla, eller uträtta andra ärenden.

Det är svårt att veta hur stort behovet av anhörigstöd är i dag. Det kan finnas ett stort mörkertal, de som har behovet av stöd hör inte alltid av sig.

### Beslut

Information läggs till handlingarna



## § 7

### **Utbildning hjärtstartare för personal i särskilt boende och trygghetsboende**

Monika är positiv till att på äldreboenden där hjärtstartare finns, ge personalen utbildning i att använda hjärtstartare. Det finns många medarbetare som kan köra utbildningar i att använda hjärtstartare. Monica vill återkomma till frågan.

#### **Beslut**

Ärendet tas upp på nästa sammanträde i KPR.

\_\_\_\_\_

## § 8

### **Förslag på ny arbetsordning KPR**

Projektledare Gunilla Mellgren presenterar förslag till ny arbetsordning för KPR, bilaga 1. Ingen ändring i sak är gjord förutom att två av arbetsordningens tidigare delar har tagits bort som gällde brukarsamråd och stugråd. Dessa finns nu i andra former och ska enligt Gunilla inte ingå i en arbetsordning för KPR.

Synpunkter från ledamöter: tydligare, mer kortfattat, positivt att andra föreningar och organisationer står omnämnda.

Gunilla frågar om KPR kan godkänna förslaget som då ska skickas till kommunstyrelsen och sedan beslutas av kommunfullmäktige.

### **Beslut**

Förslaget godkänns och skickas vidare till kommunstyrelsen.

---

**Beslutsexpediering**  
Kommunstyrelsen

Titel: Kommunala pensionärsrådet - KPR

Id nr: 0:14  
Version: 0.3Typ: Arbetsordning  
Fastställd:Giltighetstid: Tills vidare  
Uppdateras:

## Arbetsordning för kommunala pensionärsrådet - KPR

### Innehållsförteckning, §

1. Ansvarsområde
2. Rådets sammansättning
3. Arbetsformer
4. Konferenser
5. Ersättning till ledamöter

### § 1 Ansvarsområde

Kommunen har såväl ett lagstadgat ansvar som intresse av att samverka med såväl enskilda som de organisationer som företräder äldre kvinnor och män. Samrådet med pensionärsorganisationerna sker bland annat genom kommunala pensionärsrådet - KPR.

Kommunala pensionärsrådet är ett viktigt organ för överläggning och ömsesidig information mellan kommunen och företrädare för pensionärsorganisationerna. Det är därför angeläget att rådet ges reella möjligheter att fullgöra sina uppgifter och att dess synpunkter beaktas.

Kommunala pensionärsrådet skall ha överläggningsrätt i frågor som rör pensionärernas ekonomiska och sociala situation.

Kommunen skall redan på beredningsstadiet och kontinuerligt under ärendenas behandling överlägga med rådet om planer för sådana förändringar av samhällsinsatsernas utformning och organisation som berör pensionärer samt använda rådet som remissorgan.

Pensionärernas representanter kan via rådet ta initiativ till och aktivt arbeta för förändringar och anpassningar av den kommunala verksamheten som berör äldres förhållanden i samhället.

### § 2 Rådets sammansättning

Kommunala pensionärsrådet skall organisatoriskt vara knutet till kommunstyrelsen.

Titel: Kommunala pensionärsrådet - KPR

Id nr: 0:14

Kommunstyrelsen utser av sina ordinarie ledamöter en ordförande till rådet och en ersättare för henne/honom.

Socialnämnden utser av sina ordinarie ledamöter en ordinarie ledamot till rådet och ersättare för henne/honom.

Rådet kan inom sig utse vice ordförande som vid behov övertar ordförandens funktion.

De organisationer för pensionärer som finns i kommunen kan beredas representation i kommunala pensionärsrådet. Föreningar som önskar representation i kommunala pensionärsrådet skall före den 1 november det år allmänna val till kommunfullmäktige genomförs, lämna förslag till kommunstyrelsen om vardera en ledamot och ersättare.

Rådet utses av kommunstyrelsen för motsvarande tid som kommunens mandatperioder för nämnder och styrelser.

Pensionärsförening som nybildas under gällande mandatperiod kan därutöver ansöka hos kommunstyrelsen om representation i rådet.

Andra föreningar och organisationer som driver verksamhet inom kommunen med syfte att tillvarata pensionärers intressen kan inbjudas att delta i rådets överläggningar.

Representanter för andra samhällsorgan kan också inbjudas till rådet för information, diskussion eller samråd.

### § 3 Arbetsformer

Pensionärsrådet sammanträder med fyra gånger per år, och därutöver vid behov. Datum för sammanträdestillfällen fastställs senast i början på året.

Pensionärsrådet utser inom sig ett arbetsutskott bestående av ordföranden samt tre ledamöter respektive ersättare. Arbetsutskottet sammanträder då behov föreligger, och kan i brådskande fall avge yttranden i rådets ställe.

Kommunen svarar för sekreterar- och kansliservice till rådet.

Kallelse, samt förslag till föredragningslista med tillhörande handlingar skall på lämpligt sätt skickas varje ledamot och ersättare minst fem dagar före sammanträdet. Till ett arbetsutskott kan i brådskande fall en muntlig kallelse vara godtagbar.

Titel: Kommunala pensionärsrådet - KPR

Id nr: 0:14

En ledamot som är förhindrad att delta kallar själv sin ersättare.

Ersättare har rätt att närvara vid rådets sammanträden och har rätt att yttra sig i den omfattning som kommunfullmäktige beslutar för kommunens styrelser och nämnder.

Pensionärsrådet är ett remiss- och referensorgan. Rådet behöver därför inte ha en enhetlig uppfattning och regleras inte av kommunallagens bestämmelser avseende arbetsformer och beslutsföret.

Kommunala pensionärsrådets ställningstaganden skall redovisas genom protokoll efter varje sammanträde vilka justeras av ordföranden samt en av rådet utsedd ledamot.

Av protokollet skall framgå vilka förslag, yrkanden och avvikande uppfattningar som framförts. Protokollen skall delges rådets ledamöter, kommunstyrelsen, socialnämnden och övriga berörda kommunala nämnder.

#### **§ 4 Konferenser**

För att få bredare förankring i angelägna frågor bör kommunstyrelsen och/eller kommunal pensionärsrådet arrangera särskilda konferenser. Därigenom ges möjlighet att samla också andra organisationer med verksamhet för äldre, exempelvis bildningsförbund och studieorganisationer, andra huvudmäns företrädare och enskilda personer med intresse för äldres livsvillkor.

#### **§ 4 Ersättning till ledamöter**

Pensionärsorganisationernas representanter i rådet utses av och representerar sina organisationer och omfattas därför inte av kommunens bestämmelser för förtroendevalda kvinnor och män. Representanterna får för sitt deltagande i rådets och dess arbetsutskotts sammanträden reseersättning och traktamente enligt kommunens bestämmelser.

Ledamöter från kommunal nämnd eller styrelse erhåller under tjänstgöring i rådet arvode och ersättning enligt kommunens bestämmelser för ersättning till förtroendevalda.

## § 9

### Översyn utskick kallelser

Gunilla informerar om kommunens nämndsekreterargrupp som jobbar för en likriktad kompetensutveckling inom sitt område, gruppen har även påbörjat en översyn av det utskick av kallelser och protokoll som görs i kommunen. Varje år görs det ca 11 000 utskick. Efter översynen då man erbjudit utskick digitalt till de som vill, kommer pappersutskicken att minska med ca 4 000/år. De som vill få papperskopior kommer naturligtvis även i fortsättningen att få det.

Kallelser till arbetsutskott och sammanträde kommer som förut att skickas ut med brev. Samtliga protokoll skickas via brev till de lokala pensionärsföreningarna.

Under sammanträdet skickas en sändlista runt där ledamöterna får fylla i om man önskar protokoll utskickade via brev eller mail.

Gunilla tipsar också om att alla protokoll finns att läsa på kommunens bibliotek, hon visar också hur man kan hitta protokollen på hemsidan, [www.stromsund.se](http://www.stromsund.se), under fliken **Kommun och politik** (till höger längst upp på sidan) på nästa sida under fliken **Politik och nämnder** (till vänster på sidan). När du kommit till sidan **Politik och nämnder** hittar du protokoll under rubriken **Relaterade länkar** till höger på sidan. På sidan finns protokoll från kommunala pensionärsrådet, rådet för funktionshinderfrågor och alla nämnder från år 2008 och framåt.

Informationen läggs till handlingarna.

\_\_\_\_\_

## § 10

### Dokumentet " En vård värd samverkan"

Bernth Nygren presenterar dokumentet " En vård värd samverkan" för rådets ledamöter, bilaga 2. Dokumentet är ett gemensamt rikstäckande utrop från pensionärsföreningar och förbund för yrkesverksamma inom vård och omsorg. Dokumentets syfte är att påtala behovet av en ökad samverkan mellan olika yrkeskategorier i tvärprofessionella team i vården av äldre med stora sammansatta behov där individens behov ska stå i centrum. Varje team ska ha en huvudansvarig, teamet avgör tillsammans vem som ska ha detta huvudansvar.

När dokumentet presenterades för vård- och socialchef Monica Lundgren på KPR:s senaste arbetsutskott informerade hon om att vår kommun redan är lite inne på denna väg.

Bernth framhåller att primärvården bör ha det samlade medicinska huvudansvaret, en fast kontaktperson (distriktssköterska eller läkare) bör ingå i teamet. En viktig uppgift för det medicinska ansvaret är att det inte ska förekomma onödiga besök i akutsjukvården.

Dokumentet framhåller att det tvärprofessionella teamet ska ha tillgång till geriatrikkompetens, en punkt som hela länet måste ta tag i men vi kan börja i vår kommun med att ställa det kravet. Viktigt är att teamen är flexibla och kan ändra sammansättning efter behov.

Synpunkter från KPR:s ledamöter:

- Det bör vara bara en huvudman i vården, det är inte bra att det i dag är två huvudmän, landsting och kommun, vilket blir dyrare och mera krångligt att "bolla" mellan två huvudmän. Att all vård samlas under en huvudman kan vara en utopi, men är en önskan från rådets medlemmar.
- Hur ska krafterna enas mellan kommun och landsting? Uppfattningen är att det i dag är "täta skott" även inom landstinget mellan sluten vård och öppen vård och detta är inte bra.
- Det behövs en gemensam ekonomi mellan kommun och landsting för omhändertagande av äldre.



- Samverkan måste fungera i det praktiska arbetet. Därför behövs en översyn av lagstiftning Socialtjänstlag och hälso- och sjukvårdslag så att dessa utformas utifrån ett gemensamt förhållningssätt.
- Dokumentet " En vård värd samverkan" kan vara ett underlag för det politiska arbetet. Budskapet i dokumentet är något som måste verkas för, lokalt regionalt och framförallt på riksnivå.

### **Beslut**

1 Synpunkterna delges socialchefen.

2 Synpunkter och dokumentet " En vård värd samverkan" skickas till socialnämnden och kommunstyrelsen för yttrande.

Återrapportering till KPR

\_\_\_\_\_

### **Beslutsexpediering**

Kommunstyrelsen

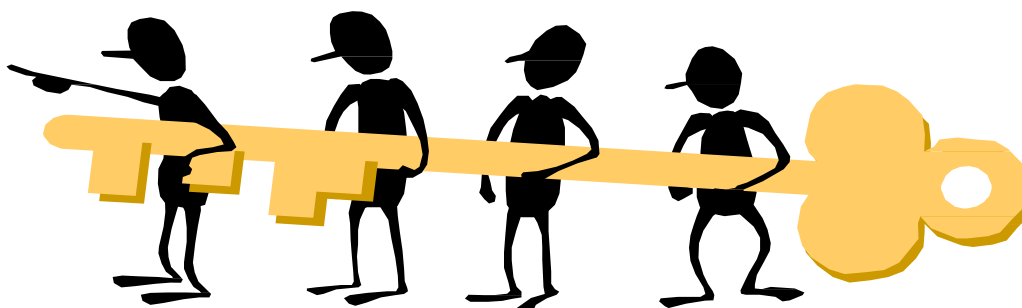
Socialnämnden

Socialchefen



# En vård värd samverkan

Vårt upprop till samverkan mellan äldreomsorg och  
äldreomsorg



**PRO**



SENIORER I TIDEN

INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET



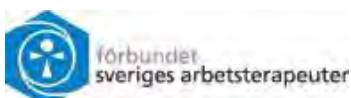
DRF  
DIETISTERNAS  
RIKSFÖRBUND



Sektionen för  
Äldres Hälsa  
Sjukvårsnättyöförbundet



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNMEICIN



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.

**Tandhygienisten** förebygger, undersöker och behandlar vuxna inom både offentlig och privat tandvård. En undersökning innebär registrering av karies och parodontit, kontroll av slemhinnor och bettförhållande, saliv- och bakterieprov, röntgen samt allmänna uppgifter om hälsan. Vid behov ges behandling av munsjukdomarna karies och parodontit. Det innebär t.ex. borttagning av tandsten och missfärgningar, polering och putsning samt göra fyllningar och ge fluorprofylax. Genom kostutredning och individuell information och instruktion ges en möjlighet till att behålla en god munhälsa hela livet. Tandhygienisten är den person inom tandvården som till största delen ansvarar för uppsökande tandvård till äldre och gör individuella besök i hemmet samt ordnar utbildning för personal och anhörigvårdare. Vid behov kan recept på tandhälsovårdsfrämjande preparat skrivas ut. Tandhygienisten ger information till olika pensionärsgrupper samt kan finnas på apotek och ge hälsoinformation.

## 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 vanligt<sup>1</sup>. 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

---

<sup>1</sup> 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 stötts 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 inneliggande 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.

Om det finns tillgång till dagrehab ges möjlighet till social samvaro och fortsatt långsiktigt rehabilitering. Knutet till dagrehab finns arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist och logoped. Inge uppskattar att komma hemifrån och träffa andra i liknande situation samtidigt som han tränar gång, får handträning och deltar i språkträning. Logopeden följer upp Inges sväljsvårigheter under måltiderna på dagrehab och vid behov tas kontakt med dietist. Inges sjukdom innebär en kontinuerlig och livslång rehabilitering.

## Patientfall

Det här är autentiska personer där berättelsen förenklats för att underlätta diskussionen av vilket behov av samverkan som behövs för att vården ska fungera och för att stimulera till en diskussion om vad som händer när förutsättningen för samverkan försämras.

## Astrid 85 år gammal

### A. Astrid utvecklar demens

Astrid är en ensamboende kvinna. Hon är 85 år gammal och har Astma och Diabetes.

Hon bor i ett hus som tidigare var ett särskilt boende, typ servicehus, där kommunen hade sjuksköterska och speciell personal. Sedan några år har det gjorts om till ett äldreboende vilket innebär att kommunen inte längre har någon personal här. Distriktssköterskorna på vårdcentralen ansvarar för sjuksköterskevården som behövs. Patienten har hela tiden haft sin allmänläkare på vårdcentralen.

Hon kom tidigare på regelbundna kontroller och hennes sjukdomar var under kontroll. Under senaste åren har hon istället sökt akut upprepade gånger och både hennes sockervården och hennes astma har legat dåligt. Det tog ett tag innan allmänläkaren insåg att hon inte längre förstod hur hon skulle sköta sina sjukdomar. Han började misstänka att höll på att utveckla en demens, även om han inte kunde märka något sådant när han träffade patienten.

Distriktssköterskan och allmänläkaren gjorde ett gemensamt hembesök där misstanken om att hon höll på att utveckla en demens stärktes. Allmänläkaren och distriktssköterskan gjorde en demensutredning med tester för att identifiera nedsatt kognitiv funktion, provtagning, datortomografi av skallen samt intervjuer med närstående till patienten. Det gjorde att misstanken kunde bekräftas och diagnosen Alzheimers Demens kunde sättas.

Det blev uppenbart att Astrid inte klarade sin medicinering själv längre. Distriktssköterskan kom hem till henne varje morgon och såg till att hon fick sina mediciner inklusive insulinsprutor. Hennes sockervården fortsatte att ligga dåligt. Läkaren och

distriktssköterskan arbetade då tillsammans för att få ordning på detta. Distriktssköterskan tog prover i hemmet som allmänläkaren använde som underlag för medicinjustering.

Distriktssköterskan tog kontakt med biståndsbedömaren eftersom det blev klart att Astrid inte klarade av att handla och laga mat och ofta glömde att äta. Astrids medicinering med Insulin för diabetes innebar att det var viktigt att Astrid fick i sig mat regelbundet så att hon inte skulle få för låga sockervärden. Låga sockervärden är mycket farligt och när man har en demenssjukdom glömmer man ofta bort att äta. Biståndsbedömaren beslutade att hemtjänst skulle kopplades in för att hon skulle kunna få hjälp med att få mat regelbundet.

Biståndsbedömaren ordnade också med ett larm så att Astrid skulle kunna larma hemtjänst om kände att hon mår dåligt eller blev orolig. Situationen stabiliserades långsamt, även om det fortfarande var osäkert om hon fick i sig de inhalationer för astma som hon behövde. Hemtjänst försökte påminna henne om det när de märkte att hon var andfådd.

## B. Astrid får lunginflammation

Allmänläkaren ser hela tiden till att patienten kommer på regelbundna läkarkontroller på vårdcentralen. En morgon ringer hemtjänst och berättar att Astrid inte mår riktigt bra.

Allmänläkaren ringer upp Astrid som säger "Det är väl inte så farligt med mig. Jag har lite hosta och kanske lite feber." Eftersom hemtjänst larmat kommer allmänläkaren ändå överens med henne om att hon ska komma på akutbesök samma dag.

När Astrid kommer har hon över 40 graders feber och andningen är ordentligt påverkad. Läkaren konstaterar att hon har en lunginflammation och tycker att hon är så dålig att hon kanske skulle behöva komma in på sjukhus för övervakning. Det vill inte Astrid, hon vill vara hemma. Läkaren beslutar sig då för att försöka ordna vård hemma men säger att om hon blir sämre måste hon in. Skulle det bli aktuellt kan han ordna så att hon kommer direkt in på en geriatrisk avdelning på sjukhuset. Man har en överenskommelse med den geriatriska kliniken att vårdcentralens läkare kan ordna med direktinläggning på avdelning utan att man behöver passera akuten.

Astrid åker hem med mediciner. En distriktssköterska kommer hem och kontrollerar hur hon mår och att hon får i sig sina mediciner och tillräckligt med vätska. Distriktssköterskorna

kommer hem flera gånger under dagen och även någon gång under kvällen och natten. Astrid blir långsamt bättre och vården återgår till det vardagliga.

### C. Astrid har legat på sjukhus tidigare

Astrid har tidigare legat inne på sjukhus för lunginflammation. När hon kom hem fick allmänläkaren en utförlig berättelse om vad som gjorts på sjukhuset, hur medicinerna ändrats och ett önskemål om att allmänläkaren skulle följa upp att Astrid verkligen blev frisk igen.

Allmänläkaren berättar att så här fungerar det när en patient kommer hem från Geriatriska klinken på deras sjukhus. När patienter skrivs ut från andra kliniker är det inte säkert att man får någon information överhuvudtaget, varken om att patienten kommit hem eller vad som gjorts på sjukhuset.

Ibland kom det ett utskrivningsmeddelande där det framgick att man förväntade sig att vårdcentralen skulle följa upp. Meddelandet skickades till vårdcentralen i det område där patienten bodde men om patienten inte hade någon kontakt där arkiverades meddelandet bara, eftersom utskrivningsmeddelande bara är information inte propå om övertagande. Kommer det en remiss däremot är man från vårdcentralen ansvarig för att ta kontakt med patienten så att hon får den hjälp som remissen gäller.

1. Hur hade det sett ut om patienten inte hade haft någon fast läkare på vårdcentralen som kände henne och hennes problem? På många håll är många personer listad på vårdcentralen och kan få träffa olika läkare som bara sköter det som sker vid det enskilda besöket.
2. Här arbetade distriktssköterska och allmänläkaren på samma vårdcentral och hade en nära samverkan. Distriktssköterskan arbetade både vårdcentralen och i hemmet. Hur hade det sett ut om några distriktssköterskor satt på vårdcentralen och inte gjorde hembesök och några distriktssköterskor satt i en speciell hemsjukvårdsorganisation på annat håll. Vem ska utreda situationen där misstanke om demens uppstår.  
Hur hade det sett ut om patienten dessutom inte haft en fast läkarkontakt på vårdcentralen.
3. Här har läkaren en öppen telefon dit både patienter, anhöriga och hemtjänst kan ringa när patienten blir sämre.  
Vad hade hänt om
  - a. Patienten inte hade haft en fast läkarkontakt?
  - b. Hemtjänst inte kunde få kontakt med vårdcentralen?
4. Distriktssköterskan är ofta den som förmedlar information från patient, anhöriga eller hemtjänst till läkaren.  
Hur fungerar det om det inte finns en fast läkarkontakt  
Hur fungerar det om kommunikationen mellan distriktssköterskan i hemsjukvården och läkaren på vårdcentralen inte fungerar.
5. Hur Astrids socker ligger beror på hur hon äter. Vad hon äter kan ses som en del av den medicinska behandlingen. Om den inte fungerar kan sockervärdena antingen ligga för högt eller för lågt.  
Hur fungerar det om ingen gemensam planering mellan, allmänläkare, hemsjukvård och hemtjänst finns  
Hur fungerar det när distriktssköterskan inte vem inom hemtjänst som är ansvarig för Astrids hjälp i hemmet  
Hur fungerar det när hemtjänst inte vet vem som är ansvarig distriktssköterska, respektive läkare när de börjar märka att det inte fungerar hemma.

6. Här finns det en överenskommelse om att patienter som Astrid kan komma in direkt till den geriatriska kliniken utan att passera akuten.

Hur hade det varit om allmänläkaren bedömt att Astrid var så dålig att hon måste åka in till sjukhuset och hon hamnat på sjukhusets akutmottagning där äldre multisjuka ofta få vänta länge på att bli omhändertagna.

# Mats 67 år gammal

Mats är gift och är 67 år gammal. Det finns många med hjärt- kärlsjukdom i släkten och Mats själv har också problem med det. Han hade under lång tid högt blodtryck som var svårt att få under kontroll. Han utvecklade kärlekskramp med ont i bröstet vid ansträngning som tecken på åderförkalkning i hjärtats kärl. Han arbetade som lastbilschaufför, ett tungt arbete med långa arbetspass och delvis skiftarbete. Vid 58 års ålder fick han en hjärtinfarkt och vid 62 års ålder fick han en till. Han blev då arbetslös eftersom han inte längre klarade sitt tunga arbete.

## A. Mats drabbas av stroke och behöver hjälp i hemmet

Hösten 2010 när Mats var 65 år insjuknade han med en stroke på grund av en propp i ett av hjärnans blodkärl. Han blev delvis förlamad i höger ben och helt förlamad i höger underarm. Han fick partiell så kallad afasi med svårigheter att hitta rätt ord när han talade. Dessutom fick han vissa svårigheter att formulera orden vilket gjorde att det kunde vara svårt att förstå vad han sade. Till det kom att han fick så kallad kognitiv svikt, dvs. svårigheter med minnet, svårt att hitta och svårt att värdera en situation. Exempelvis kunde han följa med fel färdtjänstchaufför och hamna på helt fel adress om han inte hade någon med sig som kunde se till att han hamnade i rätt taxibil.

Mats kom hem från sjukhuset efter 3 månader. Han och hustrun fick beskedet att han fått så lång sjukhusvård som var möjligt och nu skulle resten av rehabiliteringen ske hemifrån. Han var då helt rullstolsbunden och behövde levande stöd för att ta sig till och från rullstolen till t.ex. säng eller toalett. Han behövde hjälp med all hygien, på och avklädning samt hjälp att dela maten eftersom han bara har en fungerande arm.

Hustrun arbetade, så vid vårdplaneringen på sjukhuset beslutade biståndsbedömaren att han behövde hemtjänst för att klara sig hemma. De kom morgon och kväll samt i samband med alla måltider när inte hustrun var hemma. Han fick ett larm för att kunna kontakta hemtjänst och få hjälp om något skulle hända. Hemmet handkappanpassas så att Mats ska kunna ta sig fram med rullstolen som han relativt snabbt lär sig att manövrera inomhus men inte ute.

Distriktssköterskan i hemsjukvården kopplades in och kom förbi först två gånger per vecka, senare var fjortonde dag. Han hade fått ett sår på ena foten där hans fot tryckt emot rullstolen som behövde läggas om. För att förebygga nya proppar har han dessutom fått blodförtunnande tabletter som krävde regelbunden provtagning vilket gjordes hemma eftersom han hade svårt att ta sig till vårdcentralen. Det var viktigt att hans blodtryck låg bra för att inte belasta hans blodkärl i onödan. Blodtrycket var fortfarande svårt att få under kontroll och kontrollerades regelbundet av distriktssköterskan som rapporterade till allmänläkaren som justerade medicinerna. Mats hade haft samma allmänläkare sedan 2007. Läkaren kände således Mats redan innan han fick sin stroke. Allmänläkaren hade varit hemma ett par gånger men oftast träffat Mats på vårdcentralen då även hustrun varit med och berättat hur situationen utvecklats. Läkarintyg för färdtjänst utfärdades och biståndsbedömaren skrev underlag för beslut så att Mats idag har färdtjänst där också en ledsagare kan följa med så att han får hjälp att hitta rätt under resan.

## B. Mats behöver mer rehabilitering

Från sjukhuset skrivs en remiss till en Rehabilitering. De planerade vården så att Mats skulle komma varannan vecka för träning på Rehabiliteringen, resten av tiden skulle sjukgymnasterna lära upp hemtjänstpersonalen så att de skulle kunna hjälpa Mats att träna i vardagen.

När allmänläkaren kom på ett första hembesök var makarna mycket upprörda. Mats var mycket motiverad att träna men träningen fungerar inte, han blev inte bättre. Det gick bra när han var på Rehabiliteringen, där har han kunnat gå några steg med stöd av en sjukgymnast. Hemma var det tolv olika personer som kom från hemtjänst. Sjukgymnastens tid hemma gick åt till att lära upp alla dessa 12, samtidigt som Mats inte vågade gå med någon av dem. Han kände att de inte visste hur de ska göra och han var rädd för att ramla.

Något gemensam planering fanns inte. Var och en skötte sin egen bit utan samordning. Ingen vårdplanering hade skett sedan Mats kom hem. Allmänläkaren ringde upp Rehabiliteringen som sade att de förstår problemet med hur träningen är upplagd, men detta var vad de kunde erbjuda. De bedömde att mer intensiv rehabilitering, än vad de kunde erbjuda behövdes. Hustrun hade tagit reda på att Mats skulle kunna få dagrehabilitering på den geriatriska klinik där han vårdades tidigare. Allmänläkaren skrev då en remiss dit och



patienten fick tre månaders dagrehabilitering med god effekt. Hemsjukvård och hemtjänst fortsatte att hjälpa patienten i hemmet.

Efter de tre månaderna dagrehabilitering remitterades Mats tillbaka till Rehabenheten. Han var nu mycket bättre. Han kunde gå ca 150 meter utanför hemmet tillsammans med hemtjänst men vågade inte gå utan att någon gick med rullstolen bakom honom om han skulle förlora balansen. Hemtjänst stöttade honom så att han också tränade inomhus genom att gå korta sträckor t.ex. från sovrummet till toaletten när de var med. Han hade nu ett mindre antal personer från hemtjänst som han kände och som visste hur de skulle hjälpa honom, personer som han kände sig trygg med. När han var ensam åkte han rullstol.

Rehabenheten har sagt att han högst kan få 20 behandlingar/halvår hos dem. Mats hade en träningsperiod under februari och mars men har inte varit där sedan dess. Hans gångförmåga har försämrats sedan dess, han kan idag bara gå mycket korta sträckor utomhus med hemtjänst och balansen har blivit sämre så att han ramlat flera gånger, dock utan att skada sig allvarligt. Man ser fram emot en ny behandlingsperiod under oktober och november. Allmänläkaren planerar ett intyg till Rehabenheten om att Mats behöver regelbunden träning för att inte förlora funktionsförmåga.

### C. Även efter en stroke behöver man ett socialt liv

Mats initiativförmåga har försämrats efter stroke. Första året låg eller satt han hemma och tittade på TV när hustrun var på arbetet. Hustrun kontaktade biståndsbedömaren och idag är Mats på ett dagcentrum tre förmiddagar i veckan och träffar andra och deltar i olika aktiviteter vilket han uppskattar mycket. Han är i grunden en glad, social och positiv person. Han har via hustrun också ansökt om att få ledsagare som kan hjälpa honom när han ska resa någonstans. Han klarar varken rullstol, eller hittar själv. Hustrun kan inte alltid följa med eftersom hon arbetar. Idag kan han t.ex. inte följa med på de utflykter som dagcentret gör med jämna mellanrum. Han ser fram emot att kunna följa med på dem.

Mats bor i Stockholm. På pappret ska alla med hemsjukvård ha en vårdplan. I praktiken sker vårdplanering med Mats själv, hustrun, biståndsbedömare och sjukhusets personal på avdelningen innan Mats åkte hem.

Den viktiga vårdplaneringen borde ha varit i hemmet när Mats kommit hem och han och hustrun märker hur det fungerar. Då borde de själva och alla de som deltog i Mats vård ha samrått t.ex. via en telefonkonferens så att man kunde ha arbetat mot en gemensam målsättning, och planerat vården efter det. Någon sådan vårdplanering sker inte.

Nu har Mats en hustru som har samordnat allt, som har tagit kontakter och stridit för att se till att Mats få den hjälp han behöver.

Hur hade vården kunnat underlätta för henne?

Hur hade det varit för Mats om inte hustrun hade funnits?

Situationen idag är bra om man bortser från att han skulle behöva mer rehabilitering för att inte förlora gång och balansförmåga. Vägen dit har dock varit krokig.

Hur skulle man redan vid utskrivningen respektive efter ett par månader ha kunnat planera för att Mats skulle ha återfått funktion, bra hjälp och social samvaro så snabbt som möjligt?

## 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 augusti 2012

**PRO**



SENIORER I TIDEN

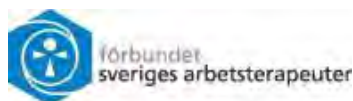
INFLYTANDE • VALFRIHET • LIVSKVALITET



DRF  
DIETISTERNAS  
RIKSFÖRBUND



Sektionen för  
Äldres Hälsa  
SUKKEMANSTFÖRBUNDET



SFAM SVENSK FÖRENING FÖR  
ALLMÄNNECIN

AKADEMIKER  
förbundet SSR

 Svenska Logopedförbundet

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

## § 11

### Rapport folkhälsoarbete 2012

Berit Nordkvist som haft huvudansvaret för arrangemangen redovisar kortfattat det folkhälsoarbete som vård- och socialförvaltningen har haft för äldre under året 2012

#### *Folkhälsodagen i Strömsund*

Arrangemanget anordnades i samarbete med kommunala pensionärsrådet och vård- och socialförvaltningen den 8 maj på Folkets Hus och riktade sig till alla äldre i kommunen och innehöll en mängd olika aktiviteter; föreläsningar om kost, fysisk aktivitet, läkemedel och färdtjänst. sjuksköterskor från landsting och kommun utförde hälsokontroller, utställningar, underhållning, dansuppvisning och dataspel (sportspel).

En utvärdering visar att dagen var uppskattad och välbesökt, ca 250 personer.

#### *Säkerhetsdagen "Peppar Peppar"*

Säkerhetsdagen arrangerades på orterna Strömsund och Hoting den 1 oktober av vård- och socialförvaltningen i nära samarbete med pensionärsorganisationerna, samt i Strömsund även Länkarna.

Dagen bjöd på filmvisning, brandsäkerhetsutbildning, utställning, tipsrunda m.m.

En utvärdering visar att dagen blev uppskattad. En liknande dag önskas även nästa år. Ca 30 personer/ort

#### *Friskvårdsveckan "Ett friskare Sverige"*

Under kampanjveckan "ett friskare sverige" inbjöd vård- och socialförvaltningen boende på de särskilda boendena Granbacken och Solbacken, samt gruppboendet "Utsikten" i Strömsund att komma till samlingsalen på Solbackens äldreboende en eftermiddag då de fick testa att spela bowling med hjälp av dataspel, det bjöds också på fruktsallad och underhållning.

Ca ett 15-tal äldre kom i sällskap med vårdpersonal, många provade på att spela och tyckte det var kul.

**§ 11** forts.

I Backe inbjöd vård- och socialförvaltningen i samarbete med RSMH de boende på Älvgården samt besökare på RSMH:s café att prova på att spela bowling med dataspel under två eftermiddagar. Det bjöds på fruktsallad samt underhållning med sång och dragspelsmusik av RSMH:s personal.

Ca ett 15-tal äldre kom i sällskap med vårdpersonal vid de två tillfällen som erbjöds. Många provade att spela och tyckte det var kul, musiken inbjöd även till dans då både personal och boende tog sig en svängom.

I Backe har man på äldreboendet Älvgården fortsatt att testa att spela bowling med hjälp av dataspel. En utvärdering av detta kommer att göras längre fram.

**Delgivning KPR**

En utförlig folkhälsorapport

\_\_\_\_\_

## § 13

### Kommande folkhälsodag/dagar

En dialog förs under sammanträdet om datum, ort, hur lång dagen bör vara och vad dagen ska innehålla. Om dagen ska anordnas på flera olika ställen krävs det att många kan engagera sig på varje ort, för att dagen ska blir lyckad. Rådet anser att om man anordnar folkhälsodag på en ort så är Strömsund ett lämpligt alternativ eftersom den är centralort.

Alla enas om att folkhälsodagen anordnas i Strömsund den 6 maj. Det förslås att dagen pågår mellan 9-16. Dagen börjar kl 9 med fika. Föransmälans till fikats föreslås.

#### *Dagens utformning*

Rådet föreslår att man istället för flera stora föreläsningar har mindre seminarier, samma seminarium kan ges både för- och eftermiddag. Ca 6-7 ämnen.

#### *Förslag på ämnen och ansvarig för seminarium*

- Ny matpolicy - Ulrika Sjölund, kostchef
- Alternativ medicin t.ex. medicinsk yoga
- Friskvård t.ex. dataspel
- Hjärtlungförening/visning hjärtstartare
- Reumatikerförening t.ex. reumatism
- Vad händer i Irkutsk - Kerstin Sjölander, Pia Backman m.fl.
- Kultur i vården (sången och musikens betydelse)
- Apoteket (rådgivning om läkemedel) eller läkemedelsstrateg

Hälsokontroller kommer att finnas som förra året, men nu under hela dagen, kanske även Hb-kontroller, samt motionstest och HB.

Förhoppningsvis kommer många av kommunens företag att delta som utställare.

Resebidrag kan utlovas enbart till KPR:s ordinarie ledamöter eller deras ersättare eftersom detta är en dag då KPR lagt in konferens istället för sammanträde. KPR:s ledamöter enas om att erbjuda att andra kan samåka, övriga får själva bekosta sin resa eller söka resebidrag via sina föreningar.



**§ 13** forts.

En planering för kommande folkhälsodag påbörjas så snart som möjligt av tidigare arrangör Berit Nordkvist, vård- och socialförvaltningen.

Ett mer detaljerat förslag presenteras på nästa arbetsutskott i KPR den 17 april

\_\_\_\_\_



## § 14

### **Sent inkomna ärenden**

Till detta sammanträde har det inte inkommit något sent ärende.

\_\_\_\_\_



## § 15

### Övriga frågor

Berit informerar om att föreningen för Psykisk hälsa startat en "Äldretelefon" som är öppen vardagar mellan 10.00 och 15.00.

Numret är 020-22 22 23 och samtalet kostar bara en markering.

Syftet är att erbjuda medmänskligt stöd och vid behov hänvisa till professionellt stöd

Affischer i A3-format samt visitkort finns att beställa.

### Delgivning

E-post från föreningen för Psykisk hälsa  
Affischer i A4

### Beslut

Affischer skickas ut till de olika pensionärsföreningarna

\_\_\_\_\_



## § 16

### **Mötet avslutas**

Nästa gång möts vi på folkhälsodagen den 6 maj på Folkets Hus i Strömsund.

\_\_\_\_\_