Region Stockholm

7

Yttrande över remiss - SIS-Remiss 19814 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst

VKN 2020-0100

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Rehabilitering-Habilitering-Hjälpmedel
Linda Lefvert

TJÄNSTEUTLÅTANDE
2020-05-29

VKN 2020-0100

Vårdens
kunskapsstyrningsnämnd

Yttrande över remiss - SIS-Remiss 19814 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst

Ärendebeskrivning
Svenska Institutet för Standarder (SIS) har översänt remiss 19814 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst för Region Stockholms yttrande.

Beslutsunderlag
Hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande
SIS-remiss 19814 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst

Förslag till beslut
Vårdens kunskapsstyrningsnämnd beslutar följande:

Vårdens kunskapsstyrningsnämnd antar hälso- och sjukvårdsdirektörens tjänsteutlåtande över remiss – SIS-remiss 19814 Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst som nämndens yttrande och överlämnar det till SIS.

Förvaltningens motivering till förslaget

Bakgrund
De tjänster som anges i standardförslaget Kvalitet i särskilt boende och hemtjänst är hälso- och sjukvårdstjänster respektive omsorgstjänster för äldre personer som tillhandahålls av hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom social omvårdnad. Förslaget har översänts till Region Stockholm för yttrande.

Överväganden
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen bedömer att förslaget är välskrivet och innehåller bra principer och tillstyrker förslaget utan kommentarer.

TJÄNSTEUTLÅTANDE VKN 2020-0100
2020-05-29

Magnus Thyberg
Avdelningschef

Anna Ingmanson
Avdelningschef

Beslutet ska skickas till
SIS – Svenska Institutet för Standarder

Godkänd av Magnus Thyberg, 2020-05-29

CEN/TC 449

Date: 2020-04

prEN 17500:2020

Secretariat: SIS

Quality of care and support for older persons

Qualität der Pflege älterer Menschen — Dienstleistungen, die in der eigenen Wohnung erbracht werden, einschließlich betreutem Wohnen

Qualité des soins et de l'accompagnement des personnes agées

ICS:

Innehåll

Sida

Europeiskt förord ... 4

Orientering ... 5

1 Omfattning ... 8

2 Normativa hänvisningar ... 8

3 Termer och definitioner ... 8

4 Organisatoriska och tekniska processer ... 16
4.1 Organisation, ledning och resurser ... 16
4.2 Personal – kunskap, kompetens och antal ... 18
4.3 Etiska principer ... 21
4.4. Främjande av hälsa och välbefinnande ... 22
4.5 Hjälpmedel – system, teknologi och relaterade tjänster ... 23
4.6 Tillgänglighet och byggd miljö ... 24
4.7 Städning, hygien och infektioner ... 26

5 Inledande processer, bedömning, överenskommelse och dokumentation ... 27
5.1 Inledande behovsbedömning ... 27
5.2 Överenskommelser och kontrakt relaterade till den äldre personen ... 27
5.3 Dokumentation – planer, överenskommelser, insatser och resultat ... 28

6 Huvudprocesser – Socialt liv och samhällsliv ... 30
6.1 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande ... 30
6.2 Trygghet och säkerhet ... 31
6.3 Kommunikation och information ... 32
6.4 Aktiviteter ... 33
6.5 Anhörigvårdare – närstående till den äldre personen och volontärer ... 35

7 Huvudprocesser – Hälsa och välbefinnande ... 36
7.1 Hälsokompetens ... 36
7.2 Vård- och omsorgsbedömning under pågående vård och omsorg ... 36
7.3 Kognitiva funktioner och psykisk hälsa ... 37
7.4 Mat, dryck, måltider och nutrition ... 39
7.5 Mun- och tandhälsa ... 40
7.6 Urinblås- och tarmfunktion ... 41
7.7 Personlig vård, hud och sår ... 42
7.8 Smärta ... 43
7.9 Läkemedel ... 43
7.10 Livets slut och palliativ vård ... 45

8 Kvalitetssäkring ... 46
8.1 Systematiskt kvalitetsarbete ... 46
8.2 Kvalitetsförklaring ... 47
8.3 Kvalitetsledningssystem ... 48
8.4 Förslag och klagomål ... 49
8.5 Förebyggande och hantering av risker ... 49
8.6 Avvikelser och negativa händelser ... 50
8.7 Utvärdering av processer, aktiviteter och resultat ... 51
8.8 Brukaråterkoppling ... 52
8.9 Interna revisioner ... 53
8.10 Självbedömning ... 53

Bilaga A (informativ) Det integrerade begreppet vård och omsorg, hälso- och sjukvård och social omsorg 55

Bilaga B (informativ) Behov, önskemål, bedömning och bedömningsinstrument 58

Bilaga C (informativ) Efterlevnad av krav och rekommendationer 62

Tabell C.1 Exempel på instrument för bedömning av överensstämmelse baserat på kraven och rekommendationerna, för att mäta framgången i att implementera kvalitet i vård, omsorg och stöd för äldre personer 63

Litteraturförteckning 64

Europeiskt förord

Detta dokument (prEN 17500:2020) har framställts av den tekniska kommittén CEN/TC 449 ”Quality of care for older people”, som SIS är sekretariat för.

Detta dokument har sänts ut av CEN för omröstning och kommentarer.

Orientering

Värdegrund och utvecklingen av omsorg

Populationen av äldre personer i Europa ökar, liksom antalet äldre personer som kräver vård- och omsorgstjänster. De flesta äldre personer bor hemma och endast en minoritet får vård och omsorg i vård- och omsorgsboende.

Äldre personer definieras i allmänhet enligt en rad egenskaper som inbegriper kronologisk ålder, förändring av social roll och förändringar av funktionsförmågan. I länder med gott om resurser brukar ålderdom i allmänhet definieras i förhållande till pensionering från avlönad anställning och mottagande av pension.

Det finns ett behov av förändring av hur samhällen är organiserade och en förändring av hur äldre personer och åldrande i allmänhet uppfattas. Med utgångspunkt från begreppen aktivt åldrande och åldersanpassade miljöer framhålls i detta dokument, kvalitet i omsorgen om äldre personer, vikten av att den äldre personen som är i behov av vård och omsorg blir delaktig och får möjlighet att besluta om hur behov, förväntningar och önskemål kan uppfyllas så att denne kan leva så självständigt som möjligt.

Detta dokument främjar idén att den äldre personen har rätt att åldras med värdighet, att bli respekterad och att vara inkluderad som en fullvärdig medlem av samhället. Främjandet av ett rättighetsbaserat synsätt innebär t.ex. att bekämpa åldersdiskriminering, skydda brukarnas rättigheter, säkerställa tillgång till tillförlitlig och allsidig information, främjande av en mer tillgänglig miljö och stöd för rörelseförmåga, kommunikation, samråd och delaktighet.

Tillgång på vård- och omsorgstjänster och deras tillgänglighet spelar också en viktig roll för att säkerställa den äldre personens delaktighet. Detta innebär att den äldre personen ska kunna använda en tjänst oberoende av ålder, sjukdom, funktionsnedsättning eller funktionsbegränsning.

Viktiga faktorer i kvalitetsutvecklingen är att den äldre personen behåller kontrollen över sitt eget liv och att den äldres behov och önskemål beaktas vid planeringen och tillhandahållandet av omsorgen. Det bör prioriteras att utveckla ett personcentrerat förhållningssätt i alla vård och omsorgstjänster för att upprätthålla värdigheten, deltagandet och inflytandet för den äldre personen i behov av vård.

Tillhandahållandet av vård och omsorg behöver utvecklas på radikala sätt

I de flesta fall tillhandahålls vård och omsorg för den äldre personen på ett bra sätt. Trots detta kan hot mot kvaliteten i vård och omsorg komma från förlegade idéer och arbetssätt, som ofta är inriktade på att hålla den äldre personen vid liv snarare än på att stödja ett värdigt liv och upprätthålla den äldres inneboende kapacitet. Den äldre personen kan betraktas som en passiv mottagare av vård och omsorg, och tjänsterna kan vara organiserade kring utföraren i stället för den äldre personens behov och önskemål. Vård och omsorg kan fokuseras på att uppfylla den äldre personens grundläggande behov, t.ex. att äta, bada eller klä sig, på bekostnad av bredare mål för att säkerställa välbefinnandet, att livet har en mening och att den äldre personen känner sig respekterad.

Med dessa aspekter i åtanke bör vården och omsorgen utvecklas radikalt om äldre personers växande behov ska tillgodoses på ett hållbart sätt. Omvandlingen kommer att kräva en samordnad och sektorsövergripande respons som engagerar en rad olika intressenter, både inom och utanför den offentliga sektorn. Den viktigaste deltagaren är utföraren, i den bemärkelse att det är utföraren som kan säkerställa att den äldre personens autonomi och vilja respekteras. På ett mer grundläggande plan bör inställningen till vad vård och omsorg är omprövas. Nya tänkesätt om integrerad vård och omsorg och systemen för att tillhandahålla den behöver utvecklas. Alla relevanta intressenter behöver vara lyhörda, empatiska, proaktiva och innovativa.

Förändringarna behöver omfatta två breda områden. För det första behöver vård och omsorg erkännas som en kollektiv nyttighet både i samhället och politiken. För det andra behöver vård och omsorg omdefinieras. I stället för att betrakta vård och omsorg som ett minimalt och grundläggande skyddsnät som tillhandahåller elementärt stöd till äldre personer som inte länge klarar sig själva, behöver uppfattningarna förskjutas mot en mer positiv och proaktiv agenda. Inom detta nya ramverk bör vård och omsorg inriktas mot att både optimera den egna förmågan och kompensera för funktionsnedsättningar för att bibehålla den äldre personens funktionsförmåga och säkerställa dennes värdighet och välbefinnande.

Nya färdigheter och nya yrken kan behövas. Många yrken är fångade i egna begreppsmässiga världar, såväl när det gäller hälsa som social omsorg. Integrerade tjänster kan möjliggöra mer flexibla och personcentrerade förhållningssätt, där det finns ett ömsesidigt erkännande och stöd mellan olika personalkategorier.

En integrerad verksamhet säkerställer att tillhandahållandet av vård och omsorg optimeras.

I flera europeiska länder är kompetensen inom hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänster uppdelad mellan hälso- och sjukvårds- och socialtjänstsystemen. Vård och omsorg av äldre personer betraktas inte som en specifik eller separat sektor i socialförsäkringssystemet, och hälso- och sjukvårdsinsatser och socialtjänster regleras inte av ett gemensamt regelverk och administreras inte heller av ett enda nationellt och/eller regionalt organ. Verksamhetsområdena hälso- och sjukvård och social omsorg tillhandahålls således av olika aktörer, som registreras, utvärderas och drivs enligt olika roller och organisatoriska strukturer för hälso- och sjukvårdsinsatser respektive sociala omsorgstjänster. Beroende på graden av integration mellan hälso- och sjukvårdssystemet respektive systemet för social omsorg, kan vården och omsorgen av den äldre personen hanteras av en eller flera utförare.

Integrationen mellan social omsorg och hälso- och sjukvård, både på administrativ nivå och vid det faktiska utförandet av tjänsten, är en viktig kvalitetsfaktor. Den strikta uppdelningen av omsorgstjänster respektive hälso- och sjukvårdstjänster kan resultera i en fragmenterad täckning, luckor i tillhandahållandet av vård och omsorg samt onödig användning av akutvårdstjänster. Mer och bättre samordning behövs på systemnivå. Se även bilaga A (informativ).

En integrerad respons till vård och omsorg omfattar mycket olika typer av vård och omsorg: hälso- och sjukvård, social omsorg, vård av kognitiva sjukdomar, palliativ vård och vård vid livets slut, tjänster som tillhandahålls i hemmet, i dagcenter eller på vård- och omsorgsboende, offentligt eller privat finansierad vård och omsorg, informell vård och omsorg eller vård och omsorg som tillhandahålls av volontärer.

Anhörigvårdare tillhandahåller en stor mängd vård och omsorg, i många fall till en make eller maka. Anhörigvårdarens livskvalitet är nära förknippad med livskvaliteten för den äldre personen som är i behov av vård och omsorg. Dessutom kan utföraren underlätta byggandet av nätverk så att personal ska kunna ge stöd till anhörigvårdarna.

Ett integrerat svar på den äldre personens behov av vård och omsorg anses vara det bästa sättet att säkerställa att tillhandahållandet av vård och omsorg optimeras och anpassas till den äldre personens behov.

Hälsofrämjande och förebyggande metoder förbättrar äldre personers livskvalitet

Hälsofrämjande och riskförebyggande åtgärder erbjuder potential att förbättra livskvaliteten för den växande populationen av äldre personer, samtidigt som den ekonomiska bördan för hälso- och sjukvårdssystemet minskar.

Världshälsoorganisationen beskriver hälsofrämjande som: ”Processen att göra det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och förbättra den.” Det sträcker sig från att enbart fokusera på individuellt beteende till ett bredare spektrum av sociala och miljörelaterade insatser.

Hälsofrämjande och förebyggande metoder inom vård och omsorg kan innebära flera fördelar. Det kan ge den äldre personen ett bra och självständigt liv under längre tid. Många olyckor, såsom fallolyckor, kan

undvikas. God och näringsriktig mat, fysisk aktivitet och starka sociala nätverk kan bidra till att förebygga kroniska och andra sjukdomar. Hälsokonsultation/kontroll, rådgivning, och säkrare medicinering är andra sätt att förebygga hälsorisker bland äldre personer.

Förståelse och tillämpning av dokumentet

Detta dokument är avsett att vara till nytta för utförare av alla typer och storlekar inom den privata, offentliga och ideella sektorn. Även om inte alla delar av detta dokument kommer att vara lika användbart för alla typer av utförare, är principerna relevanta för alla utförare.

Tillhandahållandet av vård och omsorg består av processer som ingår i komplexa system vilket innebär att det finns andra standarder som är förknippade med eller behövs för processerna t. ex. tillgänglighet (för processer, produkter och tjänster), ergonomi, socialt ansvar, hantering av personalresurser, hjälpmedel och produkter, hållbar utveckling i samhället, smarta hem, kognitivt tillgängliga användargränssnitt, personlig integritet och datahantering. Detta dokument är ett exempel på en tvärvetenskaplig standardisering som har särskilt fokus på vård och omsorg, och det är viktigt att utföraren identifierar behovet av kompletterande standarder.

I detta dokument används termen vård och omsorg för kombinationen av hälso- och sjukvårdsinsatser och sociala omsorgstjänster. Dokumentets syfte är att underlätta utvecklingen av vård- och omsorgstjänster genom att upprätta gemensamma nämnare som anses vara fundamentala för vård och omsorg.

När dokumentet börjar användas identifierar varje utförare innehållet i sina tjänster och därmed vilka frågor som är relevanta och betydelsefulla att utgå från.

För att uppnå kvalitet i vård och omsorg av äldre personer krävs kunskap, kompetens och en positiv inställning till att utveckla vård- och omsorgstjänster. Deltagande och engagemang från den högsta ledningen är av avgörande betydelse när kvalitet i vård och omsorg av äldre personer ska börja tillämpas. När ledningen är engagerad och utbildad i kvalitetskrav och rekommendationer, förmedlar de kunskapen till sin personal och motiverar dem att delta. God kommunikation hjälper till att skapa en engagerad och stödjande atmosfär och har därigenom ett positivt inflytande på tillämpningen av detta dokument och fortsatt kvalitetsförbättring.

De krav och rekommendationer som lämnas i detta dokument är åtgärder som vidtas av utföraren. Kraven och rekommendationerna förtecknas i avsnitt 3–8 i detta dokument efter orienteringen och förklaringen av den terminologi som används. Dessa avsnitt börjar med korta allmänna orienteringar som ger en kortfattad bakgrund till de därefter följande kraven och rekommendationerna.

I detta dokument används orden allmänt och specifikt i samband med kraven och rekommendationerna på följande sätt:

- Allmänna krav och allmänna rekommendationer är tillämpliga på alla vård- och omsorgstjänster oberoende av om de tillhandahålls i hemmet eller på ett vård- och omsorgsboende.

- Specifika krav och specifika rekommendationer gäller främst vård- och omsorgstjänster som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende men ska/bör också tillämpas på vård- och omsorgstjänster som tillhandahålls i hemmet om sådana tjänster ingår i utförarens tjänstebeskrivning.

1 Omfattning

De tjänster som anges i detta dokument är hälso- och sjukvårdstjänster respektive omsorgstjänster för äldre personer som tillhandahålls av hälso- och sjukvårdspersonal och personal inom social omvårdnad.

Detta dokument:

- anger krav och rekommendationer för tjänster som tillhandahålls till den äldre personen i hemmet och i vård- och omsorgsboenden, baserat på den äldre personens individuella behov och önskemål för att assistera självbestämmande, delaktighet samt en säker ålderdom.

- anger krav och rekommendationer för systematiska metoder vad gäller tjänsteutförarens förmåga att tillhandahålla god kvalitet i vård, omsorg och stöd till den äldre personen.

- omfattar tjänster oberoende av den rättsliga formen för äganden och om tjänsten är offentligt eller privat finansierad.

- är tillämplig på vård- och omsorgsutförare oberoende av struktur, organisation, ägandeförhållanden eller typen av vård- och omsorgstjänster som tillhandahålls.

- kan användas av tjänsteutföraren på alla ledningsnivåer i organisationen för att planera, leda, tillämpa, underhålla, utveckla och förbättra kvaliteten på tjänsten.

- kräver att utföraren beskriver organisationens tjänsteinnehåll i en tjänstebeskrivning, som inbegriper t.ex. ett uttalande om omsorgstjänstens ändamål och karaktär, åtgärder för att säkerställa de äldres välbefinnande och trygghet, de etiska principerna, de tjänster och resurser i form av t. ex. hjälpmedel och anordningar som tillhandahålls, hantering och personal ifråga om kompetens och antal, metoder för kvalitetskontroll och utvärdering av tjänsten.

- kräver att utföraren jämför tjänstebeskrivningen med innehållet i detta dokument och när så behövs lämnar en förklaring som beskriver vilka avsnitt, krav och rekommendationer som inte ingår i tjänstebeskrivningen och som därför inte är tillämpliga på utförarens tjänster.

- kan användas av utföraren för interna revisioner eller självbedömning och/eller externa parter för certifiering/ackreditering för att bedöma utförarens förmåga att tillgodose den äldre personens behov och förväntningar.

- kan användas för att tillhandahålla grundläggande information för upphandling och utbildning.

- omfattar inte standardisering av medicintekniska produkter och kliniska riktlinjer.

2 Normativa hänvisningar

Det finns inga normativa hänvisningar i detta dokument.

3 Termer och definitioner

I detta dokument gäller följande termer och definitioner.

ANM. 1 till termpost: Se även bilaga A (informativ) för ytterligare information.

ISO och IEC upprätthåller terminologiska databaser för användning i standardisering på följande adresser:

- IEC:s Electropedia: http://www.electropedia.org/

– ISO:s plattform för online sökningar: https://www.iso.org/obp

3.1
IT-stöd i hemmet
kombination av intelligenta system för hjälpmedel och tjänster, som är integrerade i den önskade livsmiljön, och som utgör "intelligenta miljöer" för att kompensera i huvudsak åldersrelaterade funktionsnedsättningar samt stödja ett självständigt, aktivt och hälsosamt liv

ANM 1 till termpost: motsvaras av det svenska begreppet välfärdsteknik som definieras som digital teknik som syftar till bibehållen eller ökad trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning KÄLLA: Socialstyrelsens termbank, modifierad

[KÄLLA: Europeiska kommissionen, digital inre marknad, ordlista]

3.2
övergrepp
enstaka eller upprepad handling eller avsaknad av lämplig handling som orsakar skada eller lidande för en äldre person eller kränker mänskliga och medborgerliga rättigheter

ANM. 1 till termpost: Övergrepp kan inkludera fysiskt övergrepp, psykiskt övergrepp, sexuellt övergrepp, ekonomiskt utnyttjande och försummelse. Övergrepp mot äldre sker överallt, inklusive i hemmet med närstående, i hemmet med tjänster eller inom vård och omsorg. Det kan vara överlagt eller oöverlagt.

[KÄLLA: WeDO: Wellbeing and Dignity of Older people, 2012]

3.3
tillgänglighet
den utsträckning i vilken produkter, system, tjänster, miljöer och verksamheter kan användas av människor i en population som omfattar bredast möjliga spektrum av egenskaper och förmågor, för att uppnå ett specificerat mål i ett specificerat användningssammanhang

ANM. 1 till termpost: Användningssammanhang inkluderar direkt användning eller användning med stöd av assisterande teknologi.

ANM. 2 till termpost: När tillgängligheten utvärderas kan de tre måtten för användbarhet (ändamålsenlighet, effektivitet och tillfredsställelse) vara viktiga.

[KÄLLA: ISO 26800:2011, 2.1, modifierad]

3.4
avvikelse
oavsiktlig händelse som har en negativ påverkan på hälso- och sjukvårdsprocesser

ANM. 1 till termpost: Mer vanligt förekommande begrepp i Sverige. "händelse som medfört eller som hade kunnat medföra något oönskat" (Socialstyrelsens termbank)

[KÄLLA: EN ISO 13940:2016]

ANM. 2 till termpost: I European Vigilance System beskrivs en avvikelse som: Varje ogynnsam medicinsk eller icke-medicinsk händelse eller förekomst, oavsiktlig sjukdom eller skada eller ogynnsamma kliniska tecken, inklusive onormala laboratorieresultat hos patienter under eller kort efter behandling oavsett om det är relaterat till behandlingen eller inte.

[KÄLLA: EN 15224:2016, 3.5.2]

3.5
byggd miljö
yttre och inre miljöer samt beståndsdel, komponent eller inredning som tas i drift, konstrueras och hanteras för att användas av människor

ANM. 1 till termpost: Lösöre undantas eftersom beslut beträffande deras placering inom den byggda miljön mer sannolikt står under daglig kontroll av verksamheternas ledning och inte av de som beställer, utformar eller konstruerar den byggda miljön.

[KÄLLA: ISO 21542:2011]

3.6
vård och omsorg
kombination av hälso- och sjukvård och social omsorg

3.6.1
hälso- och sjukvårdsinsatser
aktiviteter som vidtas av hälso- och sjukvårdspersonal och som är avsedda att bevara och förbättra hälsa, förebygga skada och sjukdom, fördröja försämring av hälsa, samt lindra smärta och lidande

[KÄLLA: 2006/123/EG och artikel 3 i 2011/24/EU, modifierad]

3.6.2
sociala omsorgstjänster
aktiviteter som genomförs av social omsorgspersonal och som är fokuserade på hjälp och stöd för att klara av aktiviteter i vardagslivet

EXEMPEL: Sköta hemmet och röra sig i hemmet, socialt välbefinnande, självständighet och socialt samspel som gör att den äldre personen fullt ut kan delta i samhället samt stöd i känsliga situationer som att klä på sig, äta, komma ner i eller upp ur säng eller stolar, personlig hygien, t.ex. bada eller duscha och använda toaletten

ANM. 1 till termpost: Innehållet i den sociala omsorgen varierar mellan de europeiska länderna och i vissa länder är hälso- och sjukvård och social omsorg integrerade och uppgifterna i äldreomsorgen kan inte delas upp i hälso- och sjukvård eller social omsorg.

ANM. 2 till termpost: Social omsorg syftar också till att förhindra övergrepp och försummelse.

3.6.3
anhörigvårdare
närstående, som familj och vänner, vilka tillhandahåller vård och omsorg till en äldre person i behov av vård och omsorg. De har i regel ingen formell status och brukar inte vara avlönade

ANM. 1 till termpost: Anhörigvårdare, person som vårdar närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller har funktionsnedsättning (Socialstyrelsens termbank)

3.6.4
integrerad vård och omsorg
sammanhängande uppsättning av metoder och definierade processer för att integrera vård och omsorg mellan sjukhus och primärvård, hälso- och sjukvård och social omsorg, formell och informell vård och omsorg, samt offentlig och privat vård och omsorg

ANM. 1 till termpost: Syftet med integrerad vård och omsorg är att utforma och tillämpa individuella modeller för vård- och omsorgstjänster som är ekonomiskt och administrativt samordnade i syfte att uppnå bättre resultat när det gäller ändamålsenlighet och brukarnöjdhet. Tillhandahållandet av lämplig vård och omsorg vid rätt tidpunkt

och i rätt sammanhang förutsätter samarbete i multidisciplinära team tillsammans med den äldre personen som är i behov av vård och omsorg och dennes anhörigvårdare i förekommande fall.

3.7
Vård- och omsorgsboende
ANM. 1 till termpost: Verksamheten tillhandahåller tillsyn dygnet runt, omvårdnad, rehabiliteringsprogram och sociala aktiviteter samt förmedlar kontakt med den sociala omgivningen, inklusive hjälp med att hävda rättigheter och berättigade intressen samt att ta hand om personliga angelägenheter.

ANM. 2 till termpost: särskilda boenden och serviceboenden kallas ofta vårdhem i andra europeiska länder

ANM. 3 till termpost: Ett vård- och omsorgsboende kan vara specialiserat på vissa typer av funktionsnedsättningar eller tillstånd som till exempel demenssjukdom.

ANM. 4 till termpost: I Sverige används även begreppen särskilt boende och serviceboende

bostad för sköra äldre personer som har fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar och som kan kräva omvårdnadsinsatser för att klara sina dagliga livsaktiviteter, t.ex. assistans med måltider, bad, påklädsel, toalettbesök och medicinering

3.8
kliniska riktlinjer
uppsättning systematiskt utvecklade uttalanden för att ge stöd för de beslut som fattas av hälso- och sjukvårdsaktörer rörande de hälso- och sjukvårdsaktiviteter som ska utföras med avseende på angivna hälsobesvär

ANM. 1 till termpost: Kliniska riktlinjer är vanligen ganska allmänna och avser inte en viss specifik vårdtagare. Även om de i allmänhet återspeglar ett allmänt uttalande om beprövad erfarenhet kan de ibland inbegripa flera operativa detaljer.

ANM. 2 till termpost: Kliniska riktlinjer bör vara strukturerade och innehålla gemensamt överenskomna kriterier och indikatorer för mätning

ANM. 3 till termpost: I Sverige används begreppet Nationella riktlinjer som utarbetas av Socialstyrelsen

[KÄLLA: EN ISO 13940:2016, 9.2.4]

3.9
funktionsnedsättning
sammanfattande term för funktionsnedsättningar, aktivitetsbegränsningar och delaktighets-inskränkningar. Den betecknar de negativa aspekterna av samspelet mellan en person (med ett hälsotillstånd) och den personens kontextuella faktorer (miljömässiga och personliga faktorer)

[KÄLLA: Klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa, WHO 2001:213]

3.10
skörhet
extrem sårbarhet för endogena (t.ex. biologiskt åldrande) och exogena (t.ex. sjukdomar eller medicinering) stressfaktorer som utsätter en person för en högre risk för negativa hälsorelaterade utfall

ANM. 1 till termpost: Skörhet utsätter också en person för en högre risk för negativa sociala händelser.

[KÄLLA: WHO. Världsrapport om åldrande och hälsa. 2015, modifierad]

3.11
habilitering
process som syftar till att hjälpa en person med medfödd eller tidigt förvärvade funktionsnedsättningar, att utifrån dennes behov och tillstånd utveckla och bibehålla bästa möjliga funktionsförmåga och skapa goda förutsättningar för självständigt liv och aktivt deltagande i samhällslivet

[KÄLLA: Socialstyrelsen, 2017, modifierad]

3.12
hälsa
tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller svaghet

ANM. 1 till termpost: Hälsa har många dimensioner (anatomiska, fysiologiska och psykiska) och är i stor utsträckning kulturellt definierad.

ANM. 2 till termpost: Definitionen avser 'god' hälsa.

[KÄLLA: WHO Ageing and Health Technical Report, Vol.5[4], modifierad – ANM. 2 till termpost har lagts till]

3.13
hälsofrämjande
kombination av hälsoutbildning och därmed sammanhängande organisatoriska, politiska och ekonomiska insatser utformade för att underlätta beteende- och miljörelaterade anpassningar för att förbättra eller skydda hälsa

[KÄLLA: WHO Ageing and Health Technical Report, Vol. 5]

3.14
hem
privat plats, t.ex. en lägenhet eller ett hus, utan institutionell karaktär, det stadigvarande boendet för den äldre personen och dennes närstående

ANM. 1 till termpost: Den äldre personens hem kan finnas inom ett boende som är särskilt avsett för äldre personer

3.15
vård och omsorg i hemmet
inkluderar hälso- och sjukvård och social omsorg för att bevara och öka den funktionella förmågan och göra det möjligt för den äldre personen att bo kvar i hemmet

ANM. 1 till termpost: Vård och omsorg tillhandahålls till äldre personer i deras egna hem med målet att bidra till deras livskvalitet och funktionella hälsostatus, men också att ersätta sjukhusvård med vård i hemmet av samhällsskäl. Vård och omsorg i hemmet täcker ett brett spektrum av aktiviteter, från preventiva besök till vård vid livets slut.

[KÄLLA: Tomé et al. Vård och omsorg i hemmet beträffande definition, mottagare, innehåll och utfall: systematisk litteraturgenomgång. 2003. modifierad]

3.16
individuell vårdplan/genomförandeplan
plan eller uppsättning av planer, som tagits fram utifrån inledande och fortlöpande behovsbedömning, förväntningar, mål och individuella resurser som utarbetats av utförarens team (inklusive planer som

utarbetats av hälso- och sjukvårdspersonal, se 3.22) eller beställare i samarbete och överenskommelse med den äldre personen

ANM. 1 till termpost: Den äldre personens individuella vårdplan/genomförandeplan täcker alla aspekter av hälso- och sjukvård och social omsorg och visar hur dessa ska uppfyllas i det dagliga livet och i mer långsiktiga utfall. Planen inkluderar även planer för hur och när utvärderingar och nya bedömningar ska utföras.

ANM. 2 till termpost: I många europeiska länder hanteras planer och journaler avseende hälso- och sjukvård och social omsorg som separata enheter och regleras av olika lagar. När så är fallet är det kanske det inte är möjligt att hålla ihop hälso- och sjukvård och social omsorg i en plan. När planer för hälso- och sjukvård och social omsorg hanteras separat, är det nödvändigt att förmedla information mellan utförare och anställda i den utsträckning som är tillåten.

ANM. 3 till termpost: Vård- och omsorgstjänster regleras av lagar som skiljer sig åt mellan de europeiska länderna. För den vård och omsorg som samhället ansvarar för att tillhandahålla, måste vårdplanen ibland tillämpas tillsammans med ett administrativt beslut/godkännande.

3.17
läkemedelsgenomgång
formell granskningsprocess som genomförs vid angivna intervall eller när det är relevant, där hälso- och sjukvårdspersonal samarbetar med den äldre personen för att säkerställa korrekt och tillräcklig läkemedelsförskrivning samt säkerställa att informationsöverföring sker vid alla övergångar mellan olika vård- och omsorgsaktörer.

ANM. 1 till termpost: Det innebär en systematisk process för att erhålla en förskrivningshistorik och användande av den informationen för att jämföra läkemedelsförskrivningar för att identifiera och lösa avvikelser och förhindra potentiella medicineringsfel och läkemedelsbiverkningar.

3.18
palliativ vård
palliativ vård är ett tillvägagångssätt som förbättrar livskvaliteten för patienter och deras familjer som drabbats av problem i samband med en livshotande sjukdom, genom förebyggande och lindring av lidande med hjälp av tidig identifiering, bedömning och behandling av smärta och andra problem, fysiskt psykosocialt och andligt

ANM. 1 till termpost: Palliativ vård inkluderar symtombehandling under både akut och kronisk sjukdom och vård vid livets slut (terminalvård).

[KÄLLA: WHO: https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/]

3.19
personcentrerad vård
sätt att tänka och utföra åtgärder/insatser där äldre personer som använder vård- och omsorgstjänster betraktas som jämlika parter vid planering, utveckling och kontroll av tjänsterna för att säkerställa att de uppfyller deras behov

ANM. 1 till termpost: Detta innebär att sätta äldre personer och deras familjer i centrum för beslut och att betrakta dem som experter som arbetar sida vid sida med personalen.

3.20
riktlinje
en organisations avsikter och inriktning, formellt uttalade av dess högsta ledning

ANM. 1 till termpost: Detta är en av de vanliga termerna och en av de viktigaste definitionerna för ISO-ledningssystemstandarder som anges i bilaga SL i den konsoliderade ISO-bilagan till ISO/IEC-direktiven, del 1.

[KÄLLA: EN ISO 9000:2015, 3.5.8]

3.21
personal
personal som medverkar vid tillhandahållandet av vård- och omsorgstjänster

[KÄLLA: EN 15224:2012, 3.6.2 modifierad]

3.22
hälso- och sjukvårdspersonal/legitimerad personal
personal med behörighet att arbeta inom ett formellt reglerat professions/verksamhetsområde

ANM. 1 till termpost: Professionell behörighet inom ett formellt reglerat verksamhetsområde beskriver krav som utfärdats av en behörig myndighet och som ska uppfyllas för att vara kvalificerad genom formell, officiell eller lagstadgad legitimation, certifiering, registrering eller autentisering för att utföra t.ex. rättsligt giltigt beslutsfattande, diagnos, terapi eller behandling.

[KÄLLA: EN 15224:2012, 3.6.3 modifierad]

3.23
rutin
fastställt sätt att utföra en aktivitet eller en process

ANM. 1 till termpost: Rutiner kan vara dokumenterade eller odokumenterade.

[KÄLLA: EN ISO 9000:2015, 3.4.5]

3.24
utförare
organisation som tillhandahåller vård och omsorg till äldre personer som har behov av sådana tjänster

ANM. 1 till termpost: Beroende på den äldre personens behov kan vård och omsorg tillhandahållas i personens eget hem, i dagcenter eller på särskilt boende eller serviceboende.

ANM. 2 till termpost: Tjänsten kan tillhandahållas av offentliga, privata eller ideella organisationer.

ANM. 3 till termpost: Tjänsten kan vara hälso- och sjukvård, social omsorg eller en kombination av båda.

3.25
journal
dokument som anger uppnådda resultat eller ger belägg för utförda aktiviteter

ANM. 1 till termpost: Det kan t.ex. vara patientjournaler, omvårdnadsjournaler från ansvariga sjuksköterskor eller social dokumentation från undersköterskor.

[KÄLLA: EN ISO 9000:2015, modifierad]

3.26
rehabilitering
åtgärder inriktade på personer som har eller sannolikt riskerar funktionsnedsättning för att assistera dem i att uppnå och bibehålla optimal funktionsförmåga i samspelet med deras omgivning

[KÄLLA: WHO. Världsrapport om åldrande och hälsa. 2015]

3.27
begränsnings- och skyddsåtgärd
avsiktlig begränsning av en persons rörelse eller beteende

ANM. 1 till termpost: Fysisk begränsning är en manuell metod, eller fysisk eller mekanisk anordning, material eller utrustning fäst vid eller intill personens kropp som personen inte enkelt kan ta bort, och som begränsar rörelsefriheten eller normal åtkomst till ens kropp.

ANM. 2 till termpost: Kemisk begränsning är avsiktlig användning av medicinering för att kontrollera eller modifiera en persons beteende eller för att säkerställa att en person är medgörlig eller inte kapabel att göra motstånd, när inget medicinskt diagnosticerat tillstånd behandlas eller om behandlingen inte är nödvändig för tillståndet.

ANM. 3 till termpost: Miljömässig begränsning är den avsiktliga begränsningen av en persons normala tillgång till sin omgivning i avsikt att förhindra att personen lämnar området eller förvägra en person dennes normala medel för självständig rörelseförmåga.

[KÄLLA: Ireland Department of Health. Toward a Restraint Free Environment in Nursing Homes, 2011, förkortad]

3.28
tjänst
prestation från en organisation där minst en aktivitet måste utföras mellan organisationen och kunden

ANM. 1 till termpost: De dominerande kännetecknen på en tjänst är i allmänhet immateriella.

ANM. 2 till termpost: En tjänst inbegriper ofta aktiviteter i gränssnittet mot kunden för att definiera kundens krav samt vid leverans av tjänsten, och kan inbegripa en kontinuerlig relation, såsom för banker, revisionsfirmor eller offentliga organisationer, till exempel skolor eller sjukhus.

ANM. 3 till termpost: En tjänst uppfattas i allmänhet av kunden.

[KÄLLA: ISO 9000:2015, 3.7.7 modifierad – definition har förkortats]

3.29
telehälsa
medel genom vilka personer får åtkomst till tekniker och relaterade tjänster avseende hälsa och välbefinnande som tillhandahålls till dem oberoende av plats

ANM. 1 till termpost: telehälsa inkluderar teleomsorg.

Anm 2 till termpost: motsvaras av det svenska begreppet välfärdsteknik som definieras som digital teknik som syftar till bibehållen eller ökad trygghet, aktivitet, delaktighet eller självständighet för en person som har eller löper förhöjd risk att få en funktionsnedsättning. KÄLLA: Socialstyrelsens termbank, modifierad

3.30
kompetenskartläggning/kompetensanalys
granskning av behovet av kompetensutveckling bland personalen

ANM. 1 till termpost: I detta ingår normalt fyra viktiga steg:

i) identifiering av organisationens mål och inriktning,

ii) insamling av den information om kunskap, kompetens och inställning hos personalen som för närvarande behövs och som kommer att behövas i framtiden;

iii) analys av den insamlade informationen, och

iv) identifiering av de prestationsluckor som finns mellan den aktuella situationen och vad som krävs/kommer att krävas.

3.31
volontär/volontärarbete
aktivitet som innebär att ägna oavlönad tid för att utföra något som syftar till att vara till nytta för miljön eller enskilda personer eller grupper och som inte är, eller utgör tillägg till aktivitet riktad till nära anhöriga

ANM. 1 till termpost: Volontärarbete är ett frivilligt val som görs av varje enskild person

[KÄLLA: The National Council for Voluntary Organisations (NCVO) England]

3.32
visselblåsning - meddelarfrihet
göra en anmälan om oegentligheter inom en organisation

ANM. 1 till termpost: Farhågan måste vara en verklig farhåga om ett brott, tjänstefel, fara för hälsa, säkerhet och miljö, värdighet, självbestämmande, försummelse, övergrepp och våld antingen från den äldre personens eller personalens sida – och döljandet av något av detta.

ANM. 2 till termpost: Vissa EU-länder tillåter inte anonym rapportering.

[KÄLLA: The Whistleblowing Helpline. UK, modifierad]

4 Organisatoriska och tekniska processer

4.1 Organisation, ledning och resurser

4.1.1 Allmänt

Viktiga faktorer för att skapa en bra och säker vård- och omsorgstjänst för den äldre personen är etiska principer och resurser, särskilt dessa: organisationsstruktur, ansvarsfördelning, anställningsvillkor, personal – kvantitet och kompetens, ekonomi, inklusive ekonomiskt stöd från myndigheter eller privata institutioner, resurser i form av t. ex. hjälpmedel och anordningar, lokaler, infrastruktur, hjälpmedel och teknik.

Organisationen tillhandahåller vård och omsorg i överensstämmelse med t.ex. behörighet, tillstånd, kontrakt eller upphandlingsavtal för att säkerställa att den äldre personens behov tillgodoses.

Värdering och beskrivning av verksamhetens tjänster vad gäller hälso- och sjukvård och social omsorg, dess personal, de teknologier som används och uttalanden beträffande tjänstens resultat beskrivs tydligt, styrks på vederbörligt sätt och kan förstås av den äldre personen. God marknadsföringssed refererar till gedigen, validerad och allmänt tillgänglig forskning och/eller utvärderingar som specifikt gäller tjänsten.

Effektivt ledarskap och styrning i användningen av tillgängliga resurser är av avgörande betydelse för att tillhandahålla en personcentrerad, säker och effektiv vård- och omsorgstjänst som tillgodoser den äldre personens behov samt respekterar dennes värdighet och önskemål. En välfungerande vård- och omsorgstjänst använder resurser effektivt och söker efter möjligheter att tillhandahålla en hållbar och kontinuerligt förbättrad tjänst, som uppnår optimalt utfall för den äldre personen. Resursbeslut beaktar den äldre personens synpunkter och behov.

Kvaliteten i samspelen och relationerna mellan den äldre personen och utföraren formas av teamet och organisationens "vård- och omsorgsklimat". Effektivt ledarskap innebär att, ledning och personal arbetar i en stödjande kontext som underlättar eller avhjälper många problem som den äldre personen stöter på både i hemmet och i vård- och omsorgsboendet. Åtgärder kan vidtas på olika nivåer av organisationen

för att hantera denna fråga, men ansvaret för kvalitet och utfall för den äldre personen finns alltid på teamnivå. Huvudsyftet med beslut och åtgärder som vidtas på andra nivåer i organisationen bör vara att göra det möjligt för personal som har direktkontakt med den äldre personen att tillhandahålla en bra och säker vård- och omsorgstjänst. Förutsättningarna för en personcentrerad vård av hög kvalitet är en organisation som är flexibel och arbetar i multidisciplinära team där den äldre personen är delaktig.

Skriftliga riktlinjer och rutiner ger personalen vägledning och främjar en konsekvent tillämpning. För att uppnå detta resultat dokumenteras riktlinjer och rutiner tillräckligt detaljerat och kommuniceras på ett strukturerat sätt så att personalen kan utföra vård- och omsorgsaktiviteterna på ett säkert och konsekvent sätt.

4.1.2 Organisation, ledning och resurser – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. säkerställa att organisationen har system för att identifiera, tillämpa och säkerställa efterlevnad av alla relevanta och tillämpliga regler beträffande planering, tillämpning, utvärdering och uppföljning av tjänsten.

b. definiera den organisatoriska strukturen och tydligt beskriva befogenheter och ansvar för individuella roller.

c. säkerställa att riktlinjer och rutiner för hälso- och sjukvården grundas på medicinska/kliniska riktlinjer och befintliga rekommendationer som upprättats av behöriga myndigheter och läkarsamfund.

d. säkerställa att det finns ett offentliggjort och tillgängligt uttalande om vård- och omsorgstjänstens ändamål som tydligt beskriver vård- och omsorgsmodellen inklusive de äldre personernas välbefinnande och säkerhet, det etiska ramverket, de tjänster och resurser i form av t. ex. hjälpmedel och anordningar, ledningens och personalens kunskap, kompetens och antal.

e. säkerställa att ansvaret för vårdens och omsorgens kvalitet tydligt beskrivs i kontrakt och överenskommelser mellan utföraren och andra utförare, underleverantörer samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

f. ha skriftliga riktlinjer och rutiner som inbegriper men inte är begränsade till vård och omsorg, social omgivning, fysisk miljö, resurser i form av t. ex. hjälpmedel och anordningar, säkerhet och trygghet, personal och administration:

    1. för att säkerställa att användningen av tillgängliga resurser planeras och hanteras för att tillhandahålla personcentrerad, effektiv och säker vård och omsorg till den äldre personen.

    2. för att klargöra och underlätta samordningen av vård och omsorg mellan utföraren och andra utförare, underleverantörer samt legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

    3. för att säkerställa att styrdokument/vägledande dokument för vård- och omsorgstjänsten fastställer tydliga mål för tillhandahållandet av personcentrerade, säkra och effektiva tjänster med fokus på att förbättra utfallet för den äldre personen.

    4. för att säkerställa att personalens anställningsvillkor (t.ex. kollektivavtal och företagsbaserade avtal) beskrivs och är tillgängliga.

    5. för att säkerställa en god arbetsmiljö, hälsa och säkerhet för personalen så att den kan utföra sina uppgifter effektivt och säkert.

g. säkerställa att riktlinjer och rutiner kommuniceras och är tillgängliga för personalen och för relevanta intressenter och myndigheter.

h. säkerställa att personalen får nödvändig information och utbildning för att möjliggöra en effektiv tillämpning av riktlinjer och rutiner.

i. ha ett system för att utveckla och underhålla riktlinjer och rutiner och säkerställa att dessa regelbundet granskas.

4.1.3 Organisation, ledning och resurser – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att riktlinjer och rutiner upprättas i samråd med personal.

b. erbjuda den äldre personen vägledning och information för hänvisning till andra utförare/annan hälso- och sjukvårdspersonal om tjänsteutföraren saknar resurser som motsvarar den äldre personens behov.

c. säkerställa att hållbara åtgärder införlivas i planeringen, hanteringen och användningen av resurser.

d. säkerställa att det finns remitteringsarrangemang för att erhålla de tjänster som krävs för att den äldre personen ska uppnå optimalt fysiskt funktionstillstånd och självständighet.

4.2 Personal – kunskap, kompetens och antal

4.2.1 Allmänt

Personalens antal, dess kunskap, kompetens och inställning är tillsammans med kompetenta första linjens chefer nära förknippade med vårdens och omsorgens kvalitet och effektivitet. Dessa faktorer är viktiga och har ett avgörande inflytande på möjligheten för den äldre personen att få den vård och omsorg som anges av de bedömda behoven.

Tillhandahållandet av vård- och omsorgstjänster för äldre personer kan vara komplext och en utmaning för personalen. Varje medlem av personalen har en viktig roll att spela i tillhandahållandet av personcentrerad, effektiv, trygg och säker vård och omsorg. All personal måste ha kunskap, kompetens och inställning som säkerställer att den äldre personen tillförsäkras värdighet och respekt och för att identifiera tecken på övergrepp och försummelse. Viktig kompetens inkluderar även att vara uppmärksam, lyhörd och ha förmåga att observera. Personalens kompetens att utföra arbetet baseras på vetenskap, beprövad erfarenhet samt evidensbaserad praktik.

Det är utförarens ansvar att se till att det finns en tillräckligt stor personalstyrka med nödvändig kunskap, kompetens och inställning för att tillgodose den äldre personens behov och tillhandahålla tjänster av hög kvalitet.

Ledningen lyssnar till och svarar på personalens synpunkter och skyddar dem mot arbetsmiljörisker, inklusive fysiska, sociala, psykiska, ergonomiska, miljörelaterade och andra relevanta faktorer. Utveckling av personalens kompetens främjar också välbefinnandet i arbetet och gör att anställda i större utsträckning stannar kvar på arbetsplatsen. Handledning ger t.ex. stöd vid hantering av svåra situationer och personalens egna reaktioner som kan uppstå vid genomförandet av insatser. Det är också bra att ge möjlighet till reflexion som ett verktyg för kompetensutveckling och ett sätt att arbeta systematiskt på daglig basis.

4.2.2 Personal – kunskap, kompetens och antal – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att

1. säkerställa att vård- och omsorgstjänsten har kompetenta chefer med adekvata kvalifikationer samt tillräcklig och adekvat erfarenhet för att leda vården och omsorgen.

2. identifiera den kunskap, den kompetens och de personliga egenskaper som krävs hos personalen och rekrytera i enlighet därmed.

3. säkerställa att personalen har nödvändig kunskap och kompetens som är lämplig för deras roll och att personalen får regelbunden kompetensutveckling.

4. säkerställa att det finns kompetent personal för att tillhandahålla vägledning och övervakning om studenter engageras för utbildning och upplärning.

5. säkerställa att det finns kompetent personal för att tillhandahålla vägledning och övervakning om volontärer engageras för att ge stöd i specifika situationer.

EXEMPEL 1: Aktiviteter, sällskap, transporter, livets slutskede

6. säkerställa att personalenkäter ingår i utvärderingen av vård- och omsorgstjänstens kvalitet.

ANM. 1: Enkäten kan inkludera frågor om tillfredsställelse med arbete, ledning, information, kompetensutveckling, hälsa och säkerhet i arbetet samt personalens delaktighet.

b. säkerställa att all personal

1. har skriftliga befattningsbeskrivningar, individuella anställningsavtal och en kopia av sina anställningsvillkor, inklusive uppgifter om lön.

2. ges orientering och introduktionsutbildning när de börjar arbeta i vård- och omsorgstjänsten.

c. säkerställa att en korrekt och säker personalakt, med t.ex. meriter, anställningsform, tjänstgöringsgrad och kompetens, förs för all personal.

d. säkerställa att det alltid finns tillräckligt med personal som har den kunskap och kompetens som krävs för att fullgöra den individuella vårdplanen för den äldre personen, och att beredskapsplaner finns i händelse av personalbrist eller en förändring av den äldre personens hälsa/tillstånd.

ANM. 2: Många länder anger ”tillräckligt antal” som kvalitetskrav för vård och omsorg av äldre personer i form av en beskrivning, t.ex.: ”Vård- och omsorgsenheter måste ha personal vars antal, utbildningskvalifikationer och uppgiftsstruktur motsvarar antalet äldre personer som erhåller tjänster från enheten så att de kan tillgodose det behov av tjänster som krävs beroende på de äldre personernas funktionella kapacitet och för att garantera tjänster av hög kvalitet. Om den funktionella kapaciteten hos en äldre person som får vård och omsorg i vård- och omsorgsenhetens verksamhet försämras till den grad att den äldre personen kanske behöver tillsyn vid alla tider på dygnet, måste vård- och omsorgsenheten ha tillräckligt med personal dygnet runt.”

e. säkerställa att personalen har kunskap och kompetens och får regelbunden kompetensutveckling inom följande områden när det anses relevant. Områdena kan innefatta, men är inte begränsade till:

1. främjande av hälsa och välbefinnande

2. hjälpmedel, system, teknik och relaterade tjänster
3. städning, hygien och infektioner
4. rättigheter, mångfald, integritet och deltagande
5. kommunikation och information
6. trygghet och säkerhet
7. aktiviteter
8. kognitiva funktioner och psykisk hälsa
9. mat, dryck, måltider och nutrition
10. mun- och tandhälsa
11. urinblås- och tarmfunktioner
12. personlig vård, hud och sår
13. smärta
14. läkemedel
15. livets slut och palliativ vård

ANM. 3: Detta kan ske genom en kompetenskartläggning.

f. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom på de områden som nämns ovan under punkt e när det bedöms vara relevant och relaterat till vården och omsorgen av den äldre personen.

g. säkerställa att personalen har lämplig kommunikations- och språkkompetens så att den kan kommunicera med den äldre personen, dennes närstående samt med annan personal.

h. säkerställa att personalen har tillräcklig läs- och skrivkunnighet, räknefärdighet och digital kompetens för sin roll så att de kan utföra dokumentation när det krävs.

i. säkerställa att personalen med regelbunden och återkommande kontakt med den äldre personen har tillgång till regelbunden vägledning och reflexion om arbetsupplevelser med hänsyn till organisationens etiska principer.

j. säkerställa regelbundna personalmöten om planering, införande och utvärdering av verksamhetens vård och omsorg anordnas (t.ex. information om nya arbetsmetoder som ska införas).

k. säkerställa att alla verksamhetsstödjande funktioner har beaktats och tilldelats resurser

EXEMPEL 2: städtjänster, tvättjänster

4.2.3 Personal – kunskap, kompetens och antal – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att vård och omsorg arrangeras med så hög personalkontinuitet som möjligt beträffande den äldre personens trygghet och igenkänning av personal.

b. säkerställa att det finns mätmetoder för att anpassa organisationens personalnivåer efter den äldre personens behov med beaktande av kontinuitet och personalomsättning.

c. säkerställa att data/information om personalantal och deras arbetstider och kompetens i förhållande till klientantal och behov av vård och omsorg kan tillgängliggöras på begäran för relevanta intressenter och myndigheter.

d. säkerställa att personcentrerad vård inkluderas när personal får utbildning och kompetensutveckling på olika områden.

e. säkerställa att personalen får regelbunden handledning och stöd av personal med lämpliga kvalifikationer och erfarenheter.

f. säkerställa att personal om det behövs får nödvändig utbildning för att uppnå lämplig kommunikations- och språkkompetens i nationella eller regionala språk.

4.3 Etiska principer

4.3.1 Allmänt

Utförarens etiska principer är främst avsedda att förstärka den äldre personens rättigheter och åtagandet att respektera dem. De etiska principerna bekräftar att:

- vården och omsorgen av den äldre personen syftar till ett värdigt liv och välbefinnande
- den äldre personens självkänsla och självförtroende för sin förmåga stärks
- den äldre personens privatliv och integritet respekteras
- den äldre personen får stöd i självbestämmandet
- vården och omsorgen av den äldre personen är personcentrerad
- den äldre personen känner sig trygg och säker
- den äldre personen ges möjlighet att ha ett aktivt och meningsfullt socialt liv
- vården och omsorgen är av god kvalitet och utvecklas systematiskt och kontinuerligt

4.3.2 Etiska principer – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. säkerställa att etiska principer inkluderas i befintliga dokument, dvs. organisationens uttalande om ändamål och informationen till äldre personer.

b. säkerställa att personal deltar i anpassning, tillämpning, utvärdering och utveckling av de etiska principerna.

4.3.3 Etiska principer – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna ska säkerställa att den äldre personen och dennes närstående deltar i utvärderingen och utvecklingen av etiska principer.

4.4.Främjande av hälsa och välbefinnande

4.4.1 Allmänt

Hälsofrämjande fokuserar på att hålla människor friska. Hälsofrämjande är en process som syftar till att möjliggöra och uppmuntra människor till att öka kontrollen över sin hälsa genom att bygga upp hälsokompetens och att stödja hälsosamt beteende. Hälsofrämjande brukar inriktas på beteenderiskfaktorer såsom tobaksanvändning, fetma, diet och fysisk inaktivitet samt områden som psykisk hälsa, förebyggande av skador, bekämpning av narkotikamissbruk, bekämpning av alkoholmissbruk, hälsobeteende relaterat till hiv och sexuell hälsa.

Begreppet välbefinnande består av två huvudsakliga beståndsdelar: att må bra och att fungera väl. Känslor av lycka, nöjdhet, glädje, nyfikenhet och engagemang är kännetecknande för någon som har en positiv upplevelse av sitt liv. Lika viktigt för välbefinnandet är att fungera i samhället. Att uppleva positiva relationer, att ha kontroll över sitt liv och ha en känsla av mening är alla viktiga beståndsdelar i välbefinnandet.

Många äldre personer uttrycker en önskan att leva självständigt och behålla kontrollen över sina liv så länge som möjligt, trots krämpor som kan följa med ålderdom. I vissa vård- och omsorgssituationer kan spänningar och oklarheter uppstå mellan personal och den äldre personen när deras åsikter om hälsofrämjande eller förebyggande av sjukdom kan skilja sig åt. Därför är det viktigt att både den äldre personen och personalen har en öppen inställning och försöker förstå varandras perspektiv och talar med varandra och att personalen beaktar den äldre personens livshistoria.

4.4.2 Hälsofrämjande och välbefinnande – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för hälsofrämjande.

b. säkerställa att den äldre personen erbjuds program och insatser för att främja hälsa och välbefinnande, i överensstämmelse med tjänstens mål.

EXEMPEL: Dessa kan inkludera men är inte begränsade till diet- och nutritionsråd, råd om träning och fysisk hälsa, råd om sexuell hälsa, alkohol, råd om att sluta röka, fysisk och psykisk rehabilitering.

4.4.3 Hälsofrämjande och välbefinnande – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör med tanke på hälsofrämjande och välbefinnande:

a. överväga hur vård- och omsorgsboendet är utformat, byggt och underhålls, de fysiska egenskaperna samt förekomsten eller avsaknaden av säkerhetsanordningar.

b. överväga hur vård- och omsorgsboendet ser ut i fråga om arkitektur, färger/tapeter på väggarna och färger på golv, belysning, möbler och inventarier, tavlor och dekorationer etc.

c. överväga den psykosociala atmosfären i boendet, inklusive personalens inställningar till och relationer med den äldre personen och dennes närstående.

d. överväga presentationen av och innehållet i måltider samt sociala och fysiska aktiviteter.

4.5 Hjälpmedel – system, teknologi och relaterade tjänster

4.5.1 Allmänt

Det primära syftet med hjälpmedel och tekniker är att upprätthålla eller förbättra den äldre personens funktionsförmåga och självständighet, för att underlätta deltagande och öka det allmänna välbefinnandet. Hjälpmedel, system, teknik och relaterade tjänster kan stödja den äldre personen att åldras i sitt eget hem och, när detta inte är möjligt, i ett vård- och omsorgsboende. Assisterande teknologi inkluderar såväl traditionella produkter som IKT-baserad assisterande teknologi och inkluderar området trygghet och säkerhet, kompensation och välbefinnande, social kontaktteknik samt teknik för behandling, vård och omsorg.

EXEMPEL: Hjälpmedel inkluderar t.ex. rullstolar, proteser, hörapparater, synhjälpmedel samt specialiserad datorprogramvara och maskinvara som ökar rörelse-, hörsel-, syn- eller kommunikationsförmågan. IKT-baserad assisterande teknologi inkluderar t.ex. trygghetslarm, videokommunikation via TV, datorer, pekplattor, bärbara datorer, smarta telefoner och minnesstödjande anordningar för att påminna personer om att ta nödvändiga läkemedel eller för att organisera deras dag och påminna dem när aktiviteter ska utföras.

Trygghetslarm ger säkerhet och möjlighet att få socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdstjänstens uppmärksamhet i situationer då den äldre personen inte kan använda telefonen. För många äldre personen är det viktigt att kunna bo i sitt eget hem för livskvaliteten, tryggheten och ett hälsosamt liv. Trygghetslarmets tjänster stöder och gör det möjligt för äldre personer att bo kvar längre i sina egna hem vilket är viktigt för många människor.

Användningen av IKT-baserade tjänster såsom telehälsa och teleomsorg för äldre personer i deras hem kan minska personalens restid och frigöra resurser. Välutformade hjälpmedel, system, tekniska lösningar och relaterade tjänster kan även säkerställa goda arbetsförhållanden för personalen.

4.5.2 Hjälpmedel – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att hjälpmedel, system, teknik och relaterade tjänster köps i enlighet med tillämpliga standarder, används i överensstämmelse med tillverkarens instruktioner, är ändamålsenliga och underhålls i enlighet med tillverkarens instruktioner, underhållsplaner och utförarens riktlinjer.

b. säkerställa att personalen, när det anses nödvändigt, har tillgång till hjälpmedel för att hjälpa dem att flytta och transportera den äldre personen.

c. säkerställa att det finns rutiner för anmälan av incidenter och olyckor med hjälpmedel till den behöriga myndigheten.

4.5.3 Hjälpmedel – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att assisterande teknologi och kommunikationsstöd tillhandahålls till den äldre person med kommunikationssvårigheter.

b. säkerställa att den äldre personen har tillgång till och kan använda trygghetslarm, när så är möjligt.

c. säkerställa att den äldre personen har tillgång till och kan använda anpassade hjälpmedel, system, teknik och relaterade tjänster för att främja självständighet när det gäller aktiviteter i det dagliga livet samt träning/rehabilitering/habilitering.

d. säkerställa att den äldre personen erbjuds information och/eller kontakt med den relevanta organisationen om möjligheter till hjälpmedel för att underlätta vård, omsorg, stöd, rehabilitering/habilitering och aktiviteter.

e. säkerställa att den äldre personen är ordentligt informerad om funktionen och driften och hur man använder hjälpmedel, system, teknik och relaterade tjänster som tillhandahålls av leverantören för en säker och effektiv användning av dessa tekniker.

4.6 Tillgänglighet och byggd miljö

4.6.1 Allmänt – den äldre personens hem

En viktig faktor för den äldre personens livskvalitet är det egna hemmet, som stöder rätten till självbestämmande, självständighet och meningsfulla saker att göra. Många äldre personer bor i sina egna hem och har valt att stanna kvar där på ålderdomen.

Samhället reformerar visserligen långsamt sina servicestrukturer genom att skära ned på institutionsvården, men denna förändring har varit ganska måttlig. Institutioner dominerar fortfarande servicestrukturen i många europeiska länder och äldre personer fortsätter att hänvisas till vård- och omsorgsboenden med vård och omsorg dygnet runt på grund av bostadsrelaterade problem.

Det är ofta svårt att anpassa befintliga bostäder när förändringar behövs på grund av invånarnas höga ålder. I nybyggda bostäder har man inte nödvändigtvis beaktat äldre personers behov, t.ex. rörelseutrymme runt sängar och lämpliga badrum. En förutsättning för att uppdatera servicestrukturen till en struktur som stöder att äldre bor kvar hemma är att åtgärder vidtas samtidigt för att reformera bostäder, livsmiljöer och service med tanke på åldersanpassning. Ett åldersanpassat samhälle erbjuder den äldre personen olika bostadsalternativ, välfungerande kombinationer av bostad och service samt tillgängliga och säkra livsmiljöer när funktionsnedsättningar börjar visa sig.

4.6.2 Tillgänglighet och byggd miljö – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. informera den äldre personen och/eller tillhandahålla en kontakt till relevant organisation om möjligheterna för modifieringar av hemmet för att underlätta vård, omsorg, rehabilitering/habilitering, aktiviteter och personalens arbetsmiljö genom att t.ex. minska risken för fall, vidta ergonomiska säkerhetsåtgärder och åtgärder för infektionskontroll.

4.6.3 Allmänt – vård- och omsorgsboendet

Den äldre personen kan i viss utsträckning välja var han eller hon vill bo. Den äldre personen kan bo kvar i sitt vanliga hem eller flytta till ett alternativt boende. Om den äldre personen har funktionsnedsättningar eller är mycket skör är ett vård- och omsorgsboende ofta den sista bostaden. Livsmiljön i ett vård- och omsorgsboende påverkar den äldre personens välfärd och har fysiska och sociala dimensioner.

Fysisk tillgänglighet är ofta en förutsättning för deltagande. Fysisk tillgänglighet kan förbättras genom personliga hjälpmedel, t.ex. hjälpmedel för rörelseförmågan, hörsel-/synhjälpmedel eller ledarhund. Fysiska arrangemang som hissar, ramper och belysning samt transporttjänster stöder möjligheterna till deltagande.

Social tillgänglighet stöds av en atmosfär och miljö där den äldre personen har rätt till ett privatliv där fysisk integritet, självbestämmande och deltagande respekteras. Den äldre personen ges möjlighet att behålla sin värdighet och livskvalitet genom en trygg, överblickbar, tillgänglig, begriplig och bekväm miljö med stimulans för att kunna utnyttja sin fysiska, intellektuella, emotionella och sociala förmåga. Den äldre personen erbjuds aktiviteter där årstider, veckoslut, helger och traditioner iakttas och firas.

Att flytta in i ett vård- och omsorgsboende är att flytta till en ny miljö. Varje äldre person reagerar olika på att flytta. Det kan vara en välkommen och positiv förändring, men det kan också vara en oönskad flyttning och en stressig tid, särskilt för äldre personer med kognitiva störningar.

4.6.4 Tillgänglighet och byggd miljö – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. säkerställa att den äldre personen får information om alla relevanta frågor i ett tillgängligt format före flytten till vård- och omsorgsboendet.

b. säkerställa att den äldre personen får en guide i ett tillgängligt format till tillgängliga tjänster i vård- och omsorgsboendet.

c. säkerställa att den äldre personen har möjlighet att prata om vad som är viktigt, identifiera viktiga bekymmer, ställa frågor och fatta välunderrättade beslut om vård, omsorg och stöd.

d. säkerställa att den äldre personen har tillgång till möbler och inventarier, inklusive hemifrån, som är hemtrevliga och uppfyller personens behov och önskemål.

e. säkerställa att den äldre personen vid ankomsten presenteras för personalen och dem som bor på vård- och omsorgsboendet och får en rundtur där.

f. säkerställa att den äldre personen har tillgång till kommunikationsteknik.

g. säkerställa att områden i vård- och omsorgsboendet som är tillåtna för den äldre personen är lätta att upptäcka och få tillträde till även för äldre personer med reducerad rörelseförmåga och/eller orienteringsförmåga

EXEMPEL: gångvägar, matsal, sällskapsrum, strömbrytare,

h. säkerställa att standarder relaterade till fysisk och kognitiv tillgänglighet har tillämpats.

4.6.5 Tillgänglighet och byggd miljö – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att lokalerna inkluderar trygga och säkra utomhusutrymmen som den äldre personen uppmuntras och stöds att använda och som ger positiv sensorisk stimulans. Utomhusutrymmen är tillgängliga för äldre personer med funktionsnedsättningar och inkluderar sittplatser och rekreationsanordningar.

b. säkerställa att den äldre personens rum dekorerats enligt personens önskemål. Alla rum har lämpliga möbler och säker förvaring för personliga ägodelar, vilket underlättar funktionell aktivitet och främjar självständighet.

c. säkerställa tillgång till lämpliga och tillgängliga rekreationsområden inomhus.

d. säkerställa tillgång till en livsmiljö som är utformad för att främja självständighet och rekreation.

e. upprätta, underhålla och tillämpa riktlinjer och rutiner för att hålla husdjur.

f. tillhandahålla möjlighet till tillfällig övernattning för anhöriga, om möjligt.

g. säkerställa att entréer och hissdörrar, gångvägar, matsal, sällskapsrum, trappor och ramper, samt strömbrytare, hissknappar etc. är enkla att upptäcka och komma åt även för äldre personer med reducerad rörelseförmåga och/eller orienteringsförmåga.

h. vidta åtgärder för att skydda personlig integritet/utan intrång från andra boende, besökare etc.

4.7 Städning, hygien och infektioner

4.7.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Utföraren upprätthåller en ren och lämplig miljö i förvaltade lokaler som gör det lättare att förebygga och kontrollera infektioner. Effektivt förebyggande och kontroll av infektioner samt renlighetsåtgärder bidrar till kvalitet och trygghet för den äldre personen, personal och besökare. Effektivt förebyggande och kontroll av infektioner ingår i den dagliga rutinen och tillämpas genomgående av personalen.

Den äldre personen har ofta en större känslighet för infektioner och behöver skyddas mot onödig exponering. Genom att fokusera på rutiner för att förebygga och kontrollera infektion är det möjligt att påverka förekomsten av vårdrelaterade och andra infektioner och därigenom reducera användningen av antibiotika och förekomsten av resistenta bakterier.

EXEMPEL: Förebyggande och kontroll av infektion inbegriper faktorer såsom handhygien, användning av rena/väl underhållna skyddskläder, säker avfallshantering av nålar och sprutor, sammanhängande och kontrollerad hantering av tvätt- och avfallsverksamhet och tillgång till lämpliga vaccinationer för den äldre personen och personalen.

4.7.2 Städning, hygien och infektioner – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, tillämpa och underhålla riktlinjer och rutiner för städning, tvätt, hygien samt förebyggande och kontroll av infektioner, inklusive rutiner för hantering av infektionsutbrott.

b. säkerställa att en hög nivå vad gäller handhygien främjas bland de äldre personerna, personalen och besökarna.

4.7.3 Städning, hygien och infektioner – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att arrangemangen för städning och infektionskontroll är samordnade, och att den äldre personen får vård och omsorg i en ren miljö, där riskerna för vårdrelaterade infektioner hålls så låga som möjligt.

b. säkerställa att tvätt- och sänglinnesservice tillämpas i enlighet med tillämpliga standarder, och att den faktiska hygiennivån i textilier kontrolleras.

c. ha ett städschema som anger områdena och frekvensen för städningsaktiviteterna.

5 Inledande processer, bedömning, överenskommelse och dokumentation

5.1 Inledande behovsbedömning

5.1.1 Allmänt

Utgångspunkten för den kommande vården och omsorgen är den inledande bedömningen. Denna process inkluderar en bedömning av fysiska, psykiska, funktionella, sociala och ekonomiska faktorer för att identifiera den vård och omsorg som krävs för att uppfylla den äldre personens behov. Detta inkluderar att identifiera hur preventiva tjänster som enkla hjälpmedel, anpassningar av hemmet eller information om stöd som är tillgängligt i samhället kan uppfylla den äldre personens behov. Den identifierar också om den äldre personen har en högre behovsnivå som kan leda till att vård- och omsorgstjänster tillhandahålls i den äldre personens egna hem eller på ett vård- och omsorgsboende. Bedömningen sträcker sig från den äldre personens förmåga att genomföra aktiviteter i det dagliga livet till en bedömning av personens hälsostatus, som kopplas till ett läkarutlåtande om det behövs. Se bilaga B (informativ) för information om bedömning och bedömningsverktyg.

Möjligheten att diskutera behov relaterade till fysisk och psykisk hälsa och existentiella behov när en inledande bedömning görs av behoven av vård och omsorg säkerställer att den äldre personens behov av såväl hälso- och sjukvård som social omsorg identifieras. Genom att beakta den äldre personens styrkor, behov och önskemål, möjliggör bedömningen att utförare av hälso- och sjukvård respektive social omsorg arbetar tillsammans för att uppfylla den äldre personens behov.

Behovsbedömningen är personcentrerad, respekterar den äldre personens behov, intressen, livsstil, social och kulturell bakgrund. Resultatet av bedömningen är i vissa länder grupperade på nivåer som motsvarar en kategorisering av olika individuella vård- och omsorgskrav i relation till den äldre personens hälsostatus. Kategoriseringen är viktig för att tillhandahålla tjänster eftersom informationen definierar vad som kommer att inkluderas i kontraktet om vad som ska tillhandahållas till den äldre personen.

Behovsbedömningen kan utföras av en utsedd myndighet som kommunicerar resultatet till utföraren eller av utföraren själv.

5.1.2 Inledande behovsbedömning – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. säkerställa att den äldre personen får nödvändig information före bedömningen och så långt det är möjligt deltar som en fullvärdig partner när behovsbedömningen utförs, samt att behovsbedömningen vid behov ska inkludera närstående

b. säkerställa att den äldre personen och, när så är lämpligt, en legal företrädare är informerad om behovsbedömningens resultat på ett tydligt och begripligt sätt och har tillgång till en kopia av resultaten av behovsbedömningen.

5.2 Överenskommelser och kontrakt relaterade till den äldre personen

5.2.1 Allmänt

Den formella relationen mellan den äldre personen och utföraren kan ha olika former i olika europeiska länder.

Ofta är sådana relationer ensidiga. En ansökan från den äldre personen resulterar i ett beslut eller ett godkännande från ett offentligt organ vilket i sin tur resulterar i ett erbjudande om att tillhandahålla vård och omsorg. När beslutsfattaren är ett offentligt organ (t.ex. kommun, provins, region) i dessa länder får den äldre personen endast tillgång till beslutet/godkännandet av den vård och omsorg som föreslås

tillhandahållas. I detta fall ingås överenskommelsen/kontraktet mellan beslutsfattaren och utföraren/producenten.

Informationen om tjänsten kommuniceras till den äldre personen med beaktande av personens perception och förståelse på ett sådant sätt och i en sådan utsträckning att personen kan förstå om personens behov uppfylls och kan fatta ett informerat beslut om att använda tjänsten eller inte. Beslutet/godkännandet kan anta formen av eller utvecklas till en vårdplan. Ibland regleras en del av tjänsten, t.ex. boendet och måltiderna, av ett formellt kontrakt.

En annan vanlig form är en bilateral diskussion/förhandling mellan den äldre personen och utföraren som resulterar i ett kontrakt om tillhandahållandet av vård och omsorg. När så är fallet utgör kontraktet grunden för tillhandahållandet av tjänsterna. Det är den rättsligt bindande omfattning av tillhandahållande av tjänster som är resultatet av förhandlingen om kontraktet.

Den definierar urvalet av tjänster som tillhandahålls. Individuell planering är resultatet av kontraktet. Det är utförarens ansvar att planera tillhandahållandet av tjänster enligt den äldre personens mål, behov och färdigheter, att föra skriftliga individuella journaler medan tjänsterna tillhandahålls och att bedöma tillhandahållandet av tjänster.

Det är också utförarens ansvar att inhämta den äldre personens samtycke före tillhandahållandet av tjänster.

5.2.2 Överenskommelser och kontrakt relaterade till den äldre personen – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. säkerställa, när det gäller beslut/godkännande, att en kompletterande överenskommelse om innehållet i vården och omsorgen ingås mellan utföraren och den äldre personen eller, när så är lämpligt, en legal företrädare.

b. säkerställa, när det gäller kontrakt, att de anger omfattningen, innehållet och kostnaden för de tjänster som tillhandahålls. Alla begränsningar eller undantag ska tydligt påpekas för den äldre personen eller, när så är lämpligt, en legal företrädare.

c. säkerställa att den äldre personen och, när så är lämpligt, en legal företrädare har enkel tillgång till beslut, formella överenskommelser och kontrakt.

d. säkerställa att den äldre personen eller, när så är lämpligt, en legal företrädare, ger sitt samtycke till den tjänst som tillhandahålls.

5.3 Dokumentation – planer, överenskommelser, insatser och resultat

5.3.1 Allmänt

När ett avtal har ingåtts eller om ett beslut/godkännande föreligger kan en individuell vårdplan/genomförandeplan utarbetas. Planen behöver vara så detaljerad att den äldre personen vet vilken vård och omsorg som ska tillhandahållas.

Planen baseras på den inledande och fortlöpande bedömningen av den äldre personens behov och önskemål. Planen tillämpas, utvärderas och granskas, avspeglar de föränderliga behoven och beskriver den vård och omsorg som krävs för att maximera livskvaliteten i enlighet med den äldre personens önskemål.

Den äldre personens åsikter efterfrågas under hela utarbetandet av planen. Detta är särskilt viktigt om den äldre personen har svårigheter att kommunicera eller visar tecken på kognitiv funktionsnedsättning. Den äldre personens synpunkter, behov och önskemål registreras i planen. Språkbehov ingår också i planen.

Den äldre personens personakt innehåller en journal samt andra upprättade och inkomna handlingar av betydelse för genomförande och/eller uppföljning av vård- och omsorgsinsatser.

Dokumentation sammanställs för att garantera den äldre personens trygghet och rättssäkerhet. En förutsättning för att systematiskt kunna undersöka resultatet av beslutade och genomförda insatser är också att de dokumenteras. Dokumentation av insatser och resultat är nödvändiga för utförarens aktiviteter vad gäller planering, uppföljning, utvärdering, kvalitetssäkring och förbättring.

5.3.2 Dokumentation – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. säkerställa att en vårdplan utarbetas tillsammans med den äldre personen och, när så är lämpligt, en legal företrädare så snart som möjligt efter bedömningen.

b. säkerställa att vårdplanen beaktar alla aspekter av den äldre personens fysiska och psykiska hälsa, välbefinnande, behov av personlig och social omsorg samt eventuella ytterligare behov som identifieras i det fortlöpande bedömningen.

c. säkerställa att den äldre personen har en aktuell läkemedelslista som en del av vårdplanen.

d. säkerställa att vårdplanen regelbundet ses över, minst en gång per år, eller när behov eller omständigheter förändras. Granskningen av den individuella vårdplanen är multidisciplinär, och genomförs på ett sätt som säkerställer ett maximalt deltagande av den äldre personen.

e. säkerställa att om den äldre personen avböjer att delta i planeringsprocessen för den individuella vårdplanen, arrangemang görs för att hantera den äldre personens bedömda behov och att den äldre personens förväntningar och önskemål inkluderas i den mån de kan konstateras. En förteckning förs över alla försök att engagera den äldre personen under planeringsprocessen.

f. säkerställa att den äldre personen har tillgång till sina journaler och möjlighet att ge uttryckligt samtycke.

g. säkerställa att den äldre personen är informerad om vilken personlig information (journaler) som hanteras av utföraren och vilka som har tillgång till den informationen.

h. känna till den äldre personens hälsotillstånd och hälsohistoria när så är relevant, t.ex. om läkarvård behövs eller om det medicinska tillståndet påverkar omsorgen.

EXEMPEL: Diabetes.

ANM. Detta är tillämpligt när hälso- och sjukvårdspersonal är inkluderad i personalen.

i. upprätta, tillämpa och underhålla riktlinjer och rutiner för hanteringen och skyddet av den äldre personens personliga information för att förhindra obehörig åtkomst.

j. säkerställa att dokumentation beträffande den vård och omsorg som tillhandahålls till den äldre personen arkiveras under en adekvat period.

k. säkerställa att personal som är skyldig att dokumentera har sakkunskap och resurser på dokumentationsområdet, tid för dokumentation och får regelbunden kompetensutveckling på detta område.

l. säkerställa att en förteckning förs över de vård- och omsorgstjänster som tillhandahålls med anledning av de behov som identifieras i bedömningen.

l. fastställa mål tillsammans med den äldre personen, hälso- och sjukvårdspersonal och/eller social omsorgspersonal.

5.3.3 Dokumentation – Specifika krav

Vårdplanen på ett vård- och omsorgsboende ska innehålla uppgifter om hur den äldre personens behov ska uppfyllas, inklusive fysiska, sociala, emotionella, psykiska, kulturella och andliga behov tillsammans med eventuella relaterade risker.

EXEMPEL: Behov kan inkludera grundläggande saker som behovet av att bo nära familjen så att besök och stöd är enkelt eller att få mat som uppfyller religiösa eller dietmässiga behov.

6 Huvudprocesser – Socialt liv och samhällsliv

6.1 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande

6.1.1 Allmänt

Den äldre personen är aktivt involverad i utformandet av de mottagna tjänsterna och har möjlighet att utöva sina mänskliga och individuella rättigheter. Deltagandet ger den äldre personen möjlighet att påverka livssituationen i samråd och överenskommelse med personalen.

Den äldre personens och närståendes bedömning av kvaliteten på vård- och omsorgsaktiviteterna är av betydelse för att få en heltäckande bild av möjligheterna att utveckla vård- och omsorgsaktiviteterna. Det ger också den äldre personen och närstående möjligheten att påverka vård- och omsorgsaktiviteternas innehåll och utveckling.

Den äldre personen förutsätts ha förmåga att fatta beslut och får hjälp att fatta informerade beslut. En optimal nivå av autonomi kan bibehållas trots beroende av vård och omsorg om den äldre personen behåller möjligheten att fatta beslut i frågor som påverkar den äldre personen och kan styra genomförandet av dessa val.

Utföraren är medveten om äldre personers förmåga att komma fram till informerade beslut. Den äldre personen kan ibland behöva hjälp med beslutsfattandet om personliga angelägenheter. Olika personer i närheten av den äldre personen fullgör olika funktioner, och det är nödvändigt att komma överens med den äldre personen om vilken eller vilka personer som kan och får kontaktas angående olika angelägenheter. När den äldre personen har svårigheter att kommunicera sina önskemål, erbjuder utföraren det nödvändiga stödet och arbetar i nära samarbete med närstående och/eller utsedd legal företrädare för att ta reda på den äldre personens önskemål.

Endast när alla andra medel har uttömts kan ett beslut fattas på den äldre personens vägnar. Sådana beslut baseras på bästa möjliga tolkning av den äldre personens vilja och önskemål, och oberoende företrädare för att föra den äldre personens talan eftersöks.

6.1.2 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa skyddandet och främjandet av den äldre personens rättigheter.

b. säkerställa att det finns en undertecknad och dokumenterad överenskommelse med den äldre personen beträffande vilka i dennes närhet som ska kontaktas när det uppstår behov av kontakt.

c. identifiera en legal företrädare om det behövs och tillsammans med den personen komma överens om hur kommunikation ska ske och vilka delar som ska ingå i den legala företrädarens förordnande, vilket dokumenteras och om möjligt undertecknas av den äldre personen.

d. säkerställa att all relevant personal får information om den legala företrädarens uppgifter och ansvar.

e. involvera den äldre personen i alla överenskommelser och beslut om den vård och omsorg som tillhandahålls och, när det anses relevant, ger sitt samtycke.

f. säkerställa att den äldre personen har rätt att välja och få sina behov och önskemål beaktade vid planeringen, utformningen och tillhandahållandet av vården och omsorgen.

g. säkerställa att den äldre personens rättigheter, integritet och personlighet respekteras och värnas. Jämställdhet främjas i förhållande till den äldre personens ålder, könsidentitet och könsuttryck, sexuella läggning, funktionsnedsättning, familjerättsliga ställning, civilstånd, trosövertygelse och etnicitet.

h. säkerställa att de äldre personernas rätt till integritet, värdighet och intimitet respekteras och i alla avseenden värnas.

i. säkerställa att den äldre personen får lämplig assistans och det stöd som krävs för att göra sina rättigheter gällande och utöva sin rättsliga handlingsförmåga.

j. säkerställa att den äldre personen erbjuds möjligheter att diskutera önskemål och åsikter om vården och omsorgen.

k. säkerställa att den äldre personen och, när så är lämpligt, en legal företrädare har möjlighet att berätta den äldre personens livshistoria för utföraren som en del av dokumentationen.

l. säkerställa att den äldre personens rätt att avböja vård, omsorg och behandling respekteras. Anledningarna till att vård, omsorg och behandling avböjs ska diskuteras till fullo med den äldre personen och dokumenteras.

6.1.3 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska säkerställa att den äldre personen får hjälp att rösta i lokala, nationella och europeiska val och folkomröstningar enligt sina önskemål.

6.1.4 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att regelbundna möten arrangeras mellan personal och den äldre personen och/eller dennes närstående om planeringen, genomförandet och utvärderingen av vården och omsorgen och därmed förknippade frågor.

6.1.5 Rättigheter, mångfald, integritet och deltagande – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i vård- och omsorgsboendet ska erbjuda den äldre personen information, stöd och möjlighet att diskutera existentiella frågor, t.ex. meningen med livet och andra frågor av vikt.

6.2 Trygghet och säkerhet

6.2.1 Allmänt

Den äldre personen har rätt att känna sig och vara säker och trygg i alla avseenden. Utföraren främjar säkerheten och tryggheten för den äldre personen genom att utvärdera risker och dra lärdom av avvikelser, incidenter, förslag och klagomål.

Användningen av begränsnings- och skyddsåtgärder följer internationella överenskommelser om de mänskliga rättigheterna. Den följer principen om den minst ingripande effektiva åtgärden, är tydligt dokumenterad och föremål för översyn av lämplig hälso- och sjukvårdspersonal som medverkar i bedömningen av insatser, om möjligt tillsammans med den äldre personen.

6.2.2 Trygghet och säkerhet – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner

    1. för att identifiera, bedöma och rapportera alla risker för den äldre personens säkerhet som faller inom utförarens uppdrag.

    2. för att säkerställa att personalen får fortlöpande utbildning i förebyggande, upptäckt och rapportering av övergrepp.

    3. för att identifiera, rapportera, registrera, utreda och lära sig av avvikelser som berör den äldre personens trygghet och säkerhet.

    4. för säker hantering av den äldre personens ägodelar.

b. skydda den äldre personen mot övergrepp och försummelse och främja säkerhet och välbefinnande.

6.2.3 Trygghet och säkerhet – Specifika krav

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner

    1. för att identifiera, bedöma, hantera eller reducera, övervaka och rapportera alla risker för den äldre personens säkerhet som faller inom utförarens uppdrag.

    2. för att förebygga och hantera situationer relaterade till våld och övergrepp.

    3. som beskriver de villkor under vilka användningen av begränsnings- och skyddsåtgärder tillåts.

    4. för att säkerställa att om övervakningsteknik används för att skydda säkerhet, trygghet och integritet för den äldre personen, är dessa övervakningsprinciper överenskomna och godkända av alla relevanta parter (den äldre personen, personal och besökare).

b. dokumentera eventuell användning av begränsnings- och skyddsåtgärder i den äldre personens vårdplan med mål och tidsgränser identifierade för att när så är lämpligt reducera och/eller avbryta denna användning.

6.3 Kommunikation och information

6.3.1 Allmänt

God kommunikation mellan utförare och den äldre personen är väsentligt. Informationen tillhandahålls i ett format som är lämpligt för den äldre personens kommunikationsförmåga. Tydlig, saklig och korrekt information krävs för att tillåta att den äldre personen deltar och påverkar det dagliga livet.

Den äldre personens möjligheter till god kommunikation är en förutsättning för medverkan, självbestämmande och socialt deltagande. Med god kommunikation avses den äldre personens förmåga att förstå och tolka det som sägs och görs, att kunna uttrycka grundläggande behov, önskemål och känslor, be om och få uppmärksamhet, samspela med andra och delta i samtal. Faktorer som kan påverka tal-, språk- och kommunikationsförmågan är bland annat neurologiska sjukdomar, stroke eller demenssjukdom, hörselnedsättning samt social inaktivitet. Språkbarriärer kan också hindra kommunikation och deltagande och därmed möjligheten att förstå råd och vägledning för den äldre personen som inte talar eller läser det eller de nationella språken.

För personalen är det viktigt att vara lyhörd, erbjuda stöd, konversation och vara närvarande. Det handlar även om att ge stöd till närstående i form av information och möjlighet till samtal.

Den äldre personen och dennes närstående träffar ibland flera olika aktörer inom hälso- och sjukvård och social omsorg, såväl offentlig som privat. Välfungerande samarbete och korrekt informationsöverföring mellan alla aktörer, både inom utförarens organisation och med externa aktörer, säkerställer servicekvaliteten för den äldre personen.

6.3.2 Kommunikation och information – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att all information om tjänster som erbjuds/är tillgängliga är korrekt, beskriver alla relevanta aspekter av tjänsten inklusive kostnader, och är i ett format och medium som är lämpligt för den äldre personens förmåga att hantera information och kommunikation.

b. ge den äldre personen tillgång till information om utförarens erbjudna/tillgängliga tjänster.

ANM: Detta inkluderar tillgång till information via webbplatser eller skriftligt material.

c. erbjuda den äldre personen information, stöd och vägledning om tillgängliga hjälpmedel för kommunikation, anpassade om så behövs.

6.3.3 Kommunikation och information – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör ha tillgång till en tolk när det anses nödvändigt.

ANM. Med tolk avses till exempel språk-, tecken- och skrivtolk.

6.4 Aktiviteter

6.4.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Aktiviteter omfattar fysisk, sensorisk, kognitiv, social och kommunikativ stimulans. Aktiviteter är också en del av det förebyggande arbetet. Ett sätt att övervinna social isolering och ensamhet är t.ex. genom program som erbjuder aktiviteter av intresse för äldre personer.

Den äldre personens funktionsförmåga påverkas positivt av välplanerade och anpassade aktiviteter, vilket är av avgörande betydelse för att förhindra och reducera åldersrelaterade fysiska och psykiska nedsättningar. Den äldre personen kan också förbättra kondition och styrka, samt balans och rörlighet, genom träning.

Den äldre personen kan behöva insatser för rehabilitering/habilitering för att bibehålla eller förbättra sitt fysiska funktionstillstånd. Rehabiliterings-/habiliteringsinsatser rör den äldre personens förmåga att förflytta sig och utföra aktiviteter i omgivningen.

Aktiviteter är en integrerad del av den äldre personens liv, och vård- och omsorgsboendet tillhandahåller ett brett urval av meningsfulla aktiviteter som främjar fysisk och psykisk hälsa, välbefinnande och möjligheter för den äldre personen att umgås.

Utföraren inser vikten av att fokusera på meningsfulla aktiviteter som kan vara individuella eller organiserade i grupp. Meningsfulla aktiviteter främjar engagemang och förverkligande och en bra livskvalitet. Ett varierat program av lämpliga rekreations- och stimulansaktiviteter inom- och utomhus, som uppfyller behoven och önskemålen, erbjuds till den äldre personen. Den äldre personens rätt att avstå från gemensamma aktiviteter respekteras.

När den äldre personen inte längre klarar av att kommunicera med personalen om vilka aktiviteter som stimulerar och förbättrar den äldre personens välbefinnande, kan den äldre personens dokumenterade livshistoria och information från närstående vara till hjälp. Aktiviteterna anpassas så att även de mest sjuka och sköra äldre personerna får social, psykisk och fysisk stimulans utifrån sina behov.

6.4.2 Aktiviteter – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för inom- och utomhusaktiviteter.

b. säkerställa att programmet för aktiviteter och rehabilitering/habilitering utvärderas och förbättras kontinuerligt, efter återkoppling från den äldre personen.

c. erbjuda den äldre personen aktiviteter utifrån önskemål, intressen och förmåga.

d. involvera den äldre personen i planeringen av aktiviteterna så långt möjligt

e. erbjuda den äldre personen daglig social samvaro och intellektuell stimulans baserat på identifierade behov.

f. erbjuda den äldre personen möjligheter till och assistans för att tillbringa tid utomhus enligt behov och önskemål.

g. erbjuda den äldre personen fysisk aktivitet och träning enligt behov och önskemål.

h. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för tillgång till relevant hälso- och sjukvårdspersonal inom området rehabilitering/habilitering, där detta är relevant.

6.4.3 Aktiviteter – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att programmet visas i lämpliga format och på lämpliga platser så att den äldre personen som bor i vård- och omsorgsboendet vet i förväg vad som är tillgängligt.

b. säkerställa att fysiska och sociala aktiviteter är lämpade för den äldre personens kognitiva funktioner.

c. säkerställa att den äldre personen har möjligheter att delta i aktiviteter i enlighet med sina intressen och sin förmåga.

d. säkerställa att utomhusaktiviteter görs tillgängliga på vård- och omsorgsboendets mark.

e. säkerställa att aktiviteterna inkluderar rekreation och resor utanför vård- och omsorgsboendets lokaler.

f. säkerställa att aktivitetsprogrammet stöder den äldre personen i utvecklandet och bibehållandet av relationer och kopplingar till samhället.

6.5 Anhörigvårdare – närstående till den äldre personen och volontärer

6.5.1 Allmänt

ANM. Detta avsnitt gäller vård och omsorg som tillhandahålls i hemmet.

Olika former av stöd kan utvecklas för anhörigvårdare. De flesta anhörigvårdare behöver utbildning och vägledning, oftast om den äldre personens hälsotillstånd och dess konsekvenser, förväntade utveckling och sätt att hjälpa den äldre personen att klara sig hemma. Anhörigvårdare behöver också information om hur man tillämpar ett personcentrerat perspektiv vid tillhandahållandet av vård och omsorg för den äldre personen och hur man arbetar tillsammans med ett multidisciplinärt team. Dessutom kan anhörigvårdare läras en rad olika praktiska färdigheter, till exempel hur den äldre personen kan förflyttas från en stol till sängen på ett säkert sätt eller hur man hjälper till med bad och terapier och ser till att den äldre personen tar sina läkemedel. Information om samhällsbaserade resurser som är tillgängliga för den äldre personen kan också tillhandahållas.

All personal respekterar och samarbetar med anhörigvårdare. Förutom att närstående i regel har en mycket viktig roll i den äldre personens liv är närstående också en viktig partner för personalen och deras möjlighet att göra ett bra arbete. I enlighet med den äldre personens önskemål skapar utföraren möjligheter till meningsfulla relationer mellan personalen och den äldre personen och dennes närstående.

Den äldre personens närstående kan under perioder behöva stöd beroende på den äldre personens situation och de närståendes egna behov. Det är viktigt att personalen är lyhörd och ger information och stöd utifrån identifierade behov.

Det kan också finnas möjlighet att engagera samhället och grannar mer direkt i att stödja vården och omsorgen, särskilt genom att uppmuntra lokal volontärverksamhet och göra det möjligt för samhällets pensionärer och pensionärsorganisationer att bidra.

EXEMPEL: För att ta itu med problemen med social isolering och ensamhet har många samhällen utvecklat både telefonjourer och vänskapsprogram där volontärer besöker äldre personer.

6.5.2 Anhörigvårdare – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa utbildning för och handledning av anhörigvårdare om den äldre personens hälsotillstånd och dess konsekvenser, förväntade utveckling och sätt att hjälpa den äldre personen att klara sig hemma.

b. informera anhörigvårdare om stödalternativ och vem de ska kontakta för att ansöka om det.

c. informera anhörigvårdare om möjligheten att gå med i en anhöriggrupp (i förekommande fall) för att diskutera frågor av betydelse för den vård och omsorg som tillhandahålls av utföraren.

d. tillhandahålla möjligheter för personal och anhörigvårdare att träffas.

7 Huvudprocesser – Hälsa och välbefinnande

7.1 Hälsokompetens

7.1.1 Allmänt

Hälsokompetens beskrivs som den individuella kapaciteten att komma åt, förstå och använda grundläggande hälsoinformation och tjänster för att fatta lämpliga hälsobeslut. Ökad informationstillgänglighet och större betoning på egenvård har ökat äldre personers hälsokompetens. Dessa färdigheter gäller särskilt hälsoinformation på internet. Skillnader och brister i tillgången till vård och omsorg har lett till att den äldre personen spelar en mer aktiv roll i skötseln av sin hälsa och därför behöver sätt att främja hälsokompetens finnas tillgängliga.

Äldre personer löper större risk att ha begränsad hälsokompetens än andra befolkningsgrupper vilket resulterar i sämre hälsoutfall. Den äldre personens hälsokompetens påverkas av en rad faktorer, bland annat grundläggande hälsokompetens, vård- och omsorgspersonalens kommunikationskompetens och de situationer som de möter inom hälso- och sjukvård och social omsorg. Dessa frågor påverkar hur den äldre personen förstår instruktioner om medicinering och andra hälsorelaterade åtgärder. För att vidta sådana åtgärder behöver den äldre personen ofta en realistisk förståelse av hälsa och sjukdom. Hälsoinformationens natur och åldrandet försämrar dock äldre personers möjlighet att använda den.

7.1.2 Hälsokompetens – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att hjälpa den äldre personen med problem som är relaterade till hälsokompetens.

b. underlätta, stödja och uppmuntra den äldre personen att aktivt söka efter hälsoinformation.

c. närma sig den äldre personen på ett sätt som kommunicerar respekt, acceptans och stöd och därigenom skapa en lärande miljö där den äldre personen kan känna sig bekväm med att uttrycka vad personen förstår och inte förstår i hälsoinformationen.

d. se till att hälsoinformationen är praktisk och relevant för den äldre personens dagliga aktiviteter och fysiska funktion.

e. koppla införandet/tillhandahållandet av ny kunskap till den äldre personens tidigare erfarenheter

ANM. Genom att minnas får den äldre personen hjälp att återknyta till tidigare erfarenheter.

f. ge den äldre personen mer tid att bearbeta ny information och använda terminologi som den äldre personen känner igen.

7.2 Vård- och omsorgsbedömning under pågående vård och omsorg

7.2.1 Allmänt

Den äldre personens hälsa övervakas och bedöms regelbundet av personalen för att man så tidigt som möjligt ska upptäcka eventuella behov som kräver åtgärd, och när så är relevant kompletteras detta med bedömningar och åtgärder som görs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal.

Bedömning/diagnos av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal och ordination av läkemedel är en kompletterande del av vården och omsorgen och underlättar utförarens förmåga att tillgodose den äldre personens behov. Därför upprätthålls god kommunikation mellan utföraren och relevant hälso- och sjukvårdspersonal för att den äldre personen ska få bästa möjliga vård och omsorg. För optimal vård och

omsorg är det viktigt att utförarens insatser samordnas med den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens insatser.

7.2.2 Vård- och omsorgsbedömning under pågående vård och omsorg – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. kunna presentera de bedömningsinstrument som används i organisationen.

ANM. Se bilaga B (informativ) för information om bedömning och bedömningsinstrument

b. ha tillgång till personal med kunskap, kompetens och erfarenhet av att utföra behovsbedömningar under tillhandahållandet av vård och omsorg.

c. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för tillgång till legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för regelbunden översyn av den äldre personens hälsa och välbefinnande och/eller när det uppstår förändringar av symtom eller behov.

7.2.3 Vård- och omsorgsbedömning under pågående vård och omsorg – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal samarbetar med vård- och omsorgsteamet för att bedöma och följa upp de föreskrivna/ordinerade insatserna

b. säkerställa att legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal förser personalen med vägledning/samråd om behandling och uppföljning av enskilda fall.

7.3 Kognitiva funktioner och psykisk hälsa

7.3.1 Allmänt

Biologiska åldersförändringar, sjukdomar som stroke, kognitiva störningar, depression, fysisk och social inaktivitet och effekterna av läkemedel är faktorer som kan påverka kognitiv funktion och psykisk hälsa. Olika former av kognitiva störningar hör till de vanligaste orsakerna till försämring av förmågan att kommunicera, förstå och tolka sin omgivning, vilket ofta leder till otrygghet.

Om en äldre person med en kognitiv funktionsnedsättning uppvisar symtom som orsakar betydande lidande eller utvecklar beteendemässiga eller psykiska symtom och tecken på demenssjukdom ska en bedömning göras så tidigt som möjligt för att fastställa försvårande faktorer eller underliggande orsaker. Den äldre personen bedöms kontinuerligt därefter om oroande symtom eller beteendemässiga och psykiska symtom och tecken på demenssjukdom kvarstår. Tidiga insatser som kan förebygga att ett sådant beteende eller lidande förvärras används och registreras i den äldre personens individuella vårdplan och deras effektivitet utvärderas. Levnadsberättelsen är ett användbart verktyg för att skapa förståelse för den äldre personen.

Tillhandahållandet av vård och omsorg och utformningen av vård- och omsorgsboendet uppfyller de specifika behoven hos äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning och bibehåller och främjar fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande. Miljön är tillåtande, underlättar orientering och främjar självständighet.

Det är viktigt att de läkemedel som ordineras till den äldre personen är lämpliga och passande för den äldre personens fysiska och psykiska funktion. En begränsningsfri miljö främjas alltid. Begränsnings- och skyddsåtgärder utan samtycke används endast om det finns överhängande risk att den äldre personen eller andra personer skadas allvarligt och om mindre ingripande strategier har uttömts.

7.3.2 Kognitiv funktion och psykisk hälsa – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. ge den äldre personen det stöd som krävs för att upprätthålla rätten att utöva sin rättsliga handlingsförmåga.

ANM. Det finns effektiva arrangemang som värnar om den äldre personens vilja och önskemål om denne saknar förmåga att ge informerat samtycke.

b. bedöma den äldre personens behov i förhållande till beteendemässiga och psykiska symtom på demenssjukdom i en specificerad vårdplan, om det behövs.

c. vid behov förse den äldre personen med individuellt anpassade kognitiva hjälpmedel.

7.3.3 Kognitiv funktion och psykisk hälsa – Specifika krav

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner som fastställer vård- och omsorgsboendets bemötande av beteendemässiga och psykiska symtom och tecken på demenssjukdom.

b. regelbundet övervaka boendets förhållningssätt till beteendemässiga och psykiska symtom och tecken på demenssjukdom, enligt beskrivningen i inrättningens riktlinjer och rutiner.

7.3.4 Kognitiv funktion och psykisk hälsa – Specifika rekommendationer

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att de läkemedel som ordinerats till den äldre personen är lämpliga och passande för den äldre personens fysiska och psykiska funktion samt ordineras och övervakas av hälso- och sjukvårdspersonal med lämpliga kvalifikationer.

b. rådgöra med tidigare utförare och familjemedlemmar, om möjligt med den äldre personens informerade samtycke, för att få veta hur beteendemässiga och psykiska symtom och tecken på demenssjukdom bäst hanteras.

c. säkerställa att positiva (icke-ingripande och icke-farmakologiska) insatser är de prioriterade metoderna att stödja den äldre person som har beteendemässiga och psykiska symtom och tecken på demenssjukdom.

d. säkerställa att personalen känner till och tillämpar riktlinjer för adekvat bemötande i olika situationer, t.ex. användning av begränsnings- och skyddsåtgärder, upptäckt av övergrepp och försummelse samt verbal och icke-verbal kommunikation som kan tyda på ett bekymmer eller ett underliggande problem av klinisk natur, inklusive upplevelse av smärta.

7.4 Mat, dryck, måltider och nutrition

7.4.1 Allmänt

Måltider är viktiga när det gäller att bibehålla och främja god hälsa och välbefinnande samt förebygga/behandla undernäring. Ett vanligt sätt att förebygga och behandla undernäring är att ge den äldre personen kosttillskott som innehåller energi och protein, som ett komplement till den dagliga kosten.

Personalen är vaksam i sin övervakning av den äldre personens intag av mat och vätska. Utföraren agerar när risk för otillräckligt näringsintag eller uttorkning identifieras och remitterar till lämplig instans.

Den äldre personen erbjuds mat och dryck som passar individen, det finns valfrihet att få den mat och dryck som den äldre personen tycker om och är van vid och måltiderna är en angenäm upplevelse. Under måltiderna finns det möjlighet att upptäcka och åtgärda nutritionsrelaterade problem i ett tidigt skede. Måltidsmiljön har stor betydelse för aptiten och därmed näringsintaget och det är viktigt att maten serveras på ett trevligt och tilltalande sätt. Måltiderna har även en roll som källa till sociala kontakter och gemenskap.

Nutritionsbehandling omfattar utredning och behandling utifrån kroppsvikt, fysisk funktion, energi-, närings- och vätskebehov. Det kan vara en del av omedelbart livsuppehållande medicinsk behandling (t.ex. insulin).

7.4.2 Mat, dryck, måltider och nutrition – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner beträffande mat, dryck, måltider och nutrition samt distribution och hantering av mat och dryck.

b. erbjuda den äldre personen en meny med möjlighet att välja den huvudrätt som motsvarar den äldre personens preferenser och dietkrav. Menyn varieras och man beaktar härvidlag synpunkter från den äldre personen.

c. stödja den äldre personen att äta och njuta av maten utan brådska. Personal är tillgänglig för att assistera äldre personer som kan behöva hjälp med måltider. Assistans erbjuds diskret, finkänsligt och individuellt.

d. bedöma den äldre personen beträffande problem med mat, dryck, måltider och nutrition, vilket vid behov utmynnar i en specificerad vårdplan.

e. beakta den äldre personens kostkrav, etiska, kulturella och religiösa övertygelser när det gäller mat, dryck och måltider som tillhandahålls.

f. fördela den äldre personens måltider jämnt över dygnets vakna timmar.

ANM. Mellanmål kan delas ut eller göras tillgängliga för den äldre personen mellan den sista måltiden och frukost för att undvika fasta på natten.

g. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för tillgång till specialister på området mat, dryck, måltider och nutrition när det behövs.

7.4.3 Mat, dryck, måltider och nutrition – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att all hantering, distribution, tillagning och förvaring är säker och inte påverkar mat och dryck på ett negativt sätt.

b. säkerställa att eventuella specifika dieter (t.ex. vegetarisk) eller terapeutisk diet (t.ex. med modifierad konsistens eller hög

c. proteinhalt) tillämpas och registreras i den äldre personens vårdplan

7.4.4 Mat, dryck, måltider och nutrition – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att menyer visas i lämpliga format och på lämpliga platser så att den äldre personen vet vad som är tillgängligt vid matdags.

b. stödja den äldre personens val av var och när personen ska inta måltider och uppmuntra självständigt middagsätande.

c. servera mat, inklusive terapeutiska dieter och dieter med modifierad konsistens, på ett sätt som är tilltalande och lockande, när det gäller smak, konsistens och utseende.

d. stödja den äldre personen i tillagning av egen mat och dryck, utanför måltiderna om det är lämpligt och säkert att göra det.

e. säkerställa att närstående underlättas att assistera den äldre personen vid måltider med vederbörligt beaktande av andra äldre personers integritet, i överensstämmelse med lokala riktlinjer.

f. säkerställa att möjligheter ges för den äldre personens närstående att inta måltider med denne.

g. säkerställa att en revision av organisationens hantering av mat och dryck utförs minst en gång per år.

7.5 Mun- och tandhälsa

7.5.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

En förutsättning för allmänt välbefinnande är att behålla en god mun- och tandhälsa och att kunna äta, tugga, tala och vara smärtfri i munhålan. En god mun- och tandhälsa påverkar livskvalitet och den sociala situationen.

Mun- och tandhälsan kan vara eftersatt hos en äldre person med funktionsnedsättning och/eller vid en längre tids sjukdom. Vanliga förändringar i munhålan är att salivmängd och muskelaktivitet minskar. Det kan då leda till muntorrhet, skador på slemhinnor och tänder som innebär svårigheter att äta, prata och svälja samt ökad risk för att kariesskador och/eller tandlossning uppstår.

7.5.2 Mun- och tandhälsa – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för upptäckt, bedömning, behandling och assistans med mun- och tandhälsa.

b. säkerställa att den äldre personen om det är nödvändigt får hjälp att komma i kontakt med lämpliga tandvårdstjänster.

7.5.3 Mun- och tandhälsa – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. assistera den äldre personen att upprätthålla en god munhygien.

b. känna igen/upptäcka problem med mun- och tandhälsa hos den äldre personen, vilket vid behov resulterar i en specificerad vårdplan.

7.6 Urinblås- och tarmfunktion

7.6.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Kontroll över blås- och tarmtömning är en fråga om hälsa, hygien och värdighet. Blåsdysfunktion är inte ett inslag i naturligt åldrande och orsaken är ofta en underliggande sjukdom eller funktionsnedsättning. Medicinska såväl som sociala aspekter behöver övervägas vid bedömning av den äldre personens urinblås- och tarmfunktioner. Vård, omsorg och stöd till den äldre personen ska tillhandahållas med respekt och grundas på den äldre personens behov och önskemål.

För att säkerställa den äldre personens självständighet och värdighet samt undvika negativa konsekvenser relaterade till den äldre personens urinblås- och tarmfunktion, ska den äldre personens specifika villkor beaktas i vården och omsorgen. Assistans med toalettbesök ges ur ett förebyggande och återställande perspektiv och med sikte på att tillåta att den äldre personen bibehåller/återfår kontrollen över toalettbesök. Hjälpmedel ska tillhandahållas baserat på individuella behov, för att säkerställa ett mer självständigt och värdigt liv för den äldre personen.

7.6.2 Urinblås- och tarmfunktion – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för upptäckt, bedömning, stöd och assistans av äldre med dysfunktion med urinblås- och tarmfunktioner.

b. vid behov bedöma den äldre personen i fråga om problem med urinblås- och tarmfunktion och upprätta en individuell vårdplan.

c. vid behov hjälpa den äldre personen att så långt möjligt fortsätta att själv gå på toaletten eller med assistans för att bibehålla eller återställa urinblås- eller tarmfunktioner som en del av en vårdplan för kontinens.

7.7 Personlig vård, hud och sår

7.7.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Den personliga vården omfattar hjälp med att äta och dricka (behandlas i 7.4), mun- och tandhälsa (behandlas i 7.5), sköta toalettbehov (behandlas i 7.6), intimhygien samt skötsel av händer och fötter. Den personliga hygienen har stor betydelse för hälsa och förebyggande av sjukdom.

Den äldre personen har rätt att fatta beslut om sin kropp och hur den personliga vården ska hanteras vad gäller de mest intima åtgärderna, som av- och påklädning, dusch, tvätt, hårvård, rakning, sminkning, hand- och fotvård eller andra aktiviteter som ingår i personlig vård, när den äldre personen begär det.

När människor blir äldre blir huden också skörare. Det gör att den äldre personen lättare kan få hudskador som leder till svårläkta sår. Därför är förebyggande arbete grundläggande. Målet för sårbehandling är att förebygga nya sår, underlätta läkning, förhindra infektioner och underlätta den äldre personens dagliga liv.

Trycksår, även kallat liggsår, är skador på hud och underliggande vävnad på grund av långvarigt tryck mot huden. Äldre personer som löper störst risk för trycksår är de som har ett medicinskt tillstånd som begränsar deras förmåga att ändra ställning och de som tillbringar sin mesta tid i en säng eller stol.

7.7.2 Personlig vård, hud och sår – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för upptäckt, bedömning, behandling och assistans med personlig hygien och hudproblem.

b. bedöma den äldre personen i fråga om hud och sår vilket vid behov resulterar i en specificerad vårdplan.

c. säkerställa att personalen arbetar i enlighet med basala hygienrutiner när arbete utförs som medför kontakt med äldre personers hud eller sår för att förebygga sårinfektioner och/eller smittspridning.

d. säkerställa att den äldre personen får individuellt utprovade sårhjälpmedel om det behövs.

7.8 Smärta

7.8.1 Allmänt

Människor uppfattar och uttrycker smärta på olika sätt, och detta påverkas av fysiologiska, psykiska, sociala och kulturella faktorer. Information till den äldre personen om vad som orsakar smärta och hur den behandlas, ger trygghet. Det grundläggande målet med smärtbehandling är att minska lidande och förhindra uppkomst av smärtrelaterade komplikationer.

Äldre personer som har svårt att uttrycka smärta med ord kan uppvisa tecken på smärta genom kroppsspråk och beteendeförändringar. Bedömningen av smärta hos äldre personer med kognitiv funktionsnedsättning eller demenssjukdom som har svårt att rapportera smärta baseras på kunskap om hur den äldre personen normalt reagerar, dokumentation avseende den äldre personen och samråd med närstående som känner den äldre personen väl.

7.8.2 Smärta – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för upptäckt, bedömning och behandling av smärta.

b. bedöma äldre personer som uttrycker smärta beträffande typen och nivån av smärta, vilket vid behov utmynnar i en specificerad vårdplan för att kontrollera smärtan.

c. säkerställa att personalen förstår och reagerar på beteendemässiga och psykiska symtom samt verbal och icke-verbal kommunikation som kan tyda på smärtupplevelse.

7.9 Läkemedel

7.9.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Många äldre personer kan hantera och ta sina läkemedel självständigt. Andra behöver stöd för att hantera sina läkemedel. Äldre personers behov skiljer sig från yngre personers behov när det gäller behandling med läkemedel, och äldre personer drabbas oftare av biverkningar, interaktioner eller ibland överdosering på grund av ordinationer och/eller hantering. Om den äldre personens ökade känslighet för läkemedel inte noteras och hanteras korrekt, finns det risk för lidande för den äldre personen. Läkemedelssäkerhet ingår i den äldre personens allmänna säkerhet och består av åtgärder för att förebygga, undvika och korrigera avvikelser i samband med användning av läkemedel.

Läkemedelshantering omfattar uppgifter som att bedöma, tillhandahålla, ordinera, lämna ut, administrera, granska och assistera äldre personer med deras läkemedel.

En personlig läkemedelsplan, som innehåller alla läkemedel inom ramen för egenvård och ordinerade läkemedel som den äldre personen använder, utarbetas för personer som tar många läkemedel och kan ingå i vårdplanen. Effekten av den äldre personens medicinering övervakas och eventuella förändringar i medicineringen registreras.

7.9.2 Läkemedel – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende ska:

a. säkerställa att alternativ till farmakologisk behandling har beaktats.

b. säkerställa att personal har kunskap och kompetens på området administrering av läkemedel och får regelbunden kompetensutveckling på området.

c. upprätta, införa och underhålla riktlinjer:

   1. för att säkerställa att läkemedel som ordinerats och administrerats antecknas i den äldre personens journal.

   2. för att säkerställa att alla läkemedelsincidenter och misstänkta negativa reaktioner registreras, rapporteras och analyseras.

   3. för att hantera korrekt tillhandahållande, utlämning, administrering, övervakning, granskning, förvaring, avfallshantering och avstämning av läkemedel.

   4. för att säkerställa att läkemedel administreras och/eller intas i enlighet med ordinering och farmaceutisk information/vägledning.

d. säkerställa att den äldre personens val att själv administrera läkemedel underlättas, om riskerna har bedömts och den äldre personens kompetens för egen administrering har bekräftats. Alla ändringar av riskbedömningen registreras och arrangemangen för egen administrering av läkemedel hålls under uppsikt.

e. kontinuerligt övervaka och tillse den äldre personens läkemedelsordinationer för att bevara och öka livskvaliteten.

f. genomföra översyn av den äldre personens läkemedel genom en läkare eller farmaceut med angivna intervall (6 månader till 1 år) för att säkerställa att ordinerade läkemedel är lämpliga och passande för personens fysiska och psykiska funktion. Resultaten av denna översyn dokumenteras i den äldre personens journal.

g. stödja den äldre personen när så är lämpligt att delta i behandlingen med läkemedel och hanteringen av läkemedel.

h. säkerställa att den äldre personen får effektivt och säkert stöd att hantera läkemedel när sådan assistans krävs med särskild uppmärksamhet på övermedicinering och interaktioner vid samtidig behandling med olika läkemedel.

i. ha riktlinjer för läkemedel och rutiner för att säkerställa vilka rättigheter och skyldigheter olika anställda har som hanterar den äldre personens läkemedel. En personlig läkemedelsplan inkluderar också information om vilka anställda som ansvarar för vad i medicineringsprocessen.

7.9.3 Läkemedel – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. säkerställa att personal som medverkar vid läkemedelshantering aktivt främjar den äldre personens förståelse av sin medicinering.

b. säkerställa att en revision av organisationens hantering av läkemedel utförs minst en gång per år.

c. informera den äldre personen, när så är lämpligt, om effekterna och sidoeffekterna av ordinerade läkemedel.

d. ge den äldre personen möjlighet att rådfråga en farmaceut, förskrivaren eller annan lämplig oberoende legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal om de ordinerade läkemedlen.

e. granska den äldre personens läkemedel särskilt när det gäller behandling med flera läkemedel och vid flytt mellan hemmet, vård- och omsorgsboendet och/eller sjukhuset.

7.10 Livets slut och palliativ vård

7.10.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls i ett vård- och omsorgsboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

När beslut fattas av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal om att gå över till palliativ vård sker det med uppmärksamhet på smärta och andra oroande symtom. Emotionellt, andligt och praktiskt stöd tillhandahålls på ett respektfullt sätt som respekterar värdighet och autonomi. Palliativ vård är inriktad på att lindra symtomen och stressen från en allvarlig sjukdom. När den äldre personen inte kan uttrycka sina önskemål rådfrågas närstående eller en legal företrädare.

Förhandsplanering av vård (Advance care planning, ACP) är en kommunikationsprocess där den äldre personen planerar för en framtid när personen inte kan fatta egna beslut. Det inkluderar reflexion, övervägande och bestämmande av den äldre personens värdegrunder och önskemål eller preferenser i fråga om behandling vid livets slut. Förhandsplanering av vård inkluderar också kommunikation mellan den äldre personen och dennes närstående, de framtida ställföreträdande beslutsfattarna (Substitute Decision Maker, SDM) och utförare inom hälso- och sjukvården om dessa värdegrunder och önskemål.

Brytpunktssamtalet är en kommunikation mellan den äldre personen och läkaren om övergången till vård vid livets slut. Vid brytpunkten förändras vårdens mål från att förlänga livet till att tillhandahålla tröst och fysiskt, psykiskt och andligt stöd.

Vård vid livets slut omfattar omsorg, stöd, valfrihet och kontroll av hög kvalitet och bör undvika övermedikalisering i det som är en naturlig fas i den äldre personens livscykel. Hänsyn visas mot närstående innan den äldre personen avlider och efter bortgången.

7.10.2 Livets slut och palliativ vård – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att den äldre personens önskemål när det gäller religiösa, andliga och kulturella sedvanor respekteras.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att tillhandahålla palliativ vård.

c. när det bedömts att den äldre personen har nått fasen vid livets slut, ha planer för att hantera ytterligare palliativa vårdbehov.

d. erbjuda den äldre personen ett brytpunktssamtal med målet att uppfylla den äldre personens önskemål på bästa möjliga sätt.

e. ge den äldre personen assistans i diskussioner och planer för livets slut. Den äldre personens önskemål dokumenteras i vårdplanen, inklusive önskemål som kan inkludera symtomkontroll samt nutritions- och hydreringsönskemål.

f. respektera den äldre personens önskemål och preferenser om återupplivning, om fortsatt eller avbrytande av livsuppehållande behandling.

g. vidta alla rimliga steg för att maximera den äldre personens deltagande i beslutsprocessen om den äldre personen har svårt att kommunicera önskemål och preferenser eller har nedsatt funktionell kapacitet.

h. säkerställa att personalen är hos den äldre personen när livets slut är nära, om den äldre personen eller närstående så önskar.

i. säkerställa att all personal får stöd i form av möjligheter till diskussion, vägledning och reflexion vid vård vid livets slut enligt vad som är lämpligt för deras roll.

j. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för verifiering och dödsattest för den äldre personen.

k. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att den äldre personens avlidna kropp behandlas enligt önskemål, kulturella och religiösa övertygelser.

7.10.3 Livets slut och palliativ vård – Specifika rekommendationer

Utföraren av tjänsterna i ett vård- och omsorgsboende bör:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för respektfullt avlägsnande av den äldre personens ägodelar i enlighet med den äldre personens önskemål. Återlämnandet av personliga ägodelar utförs på ett värdigt sätt och dokumenteras formellt och undertecknas.

b. säkerställa att tjänsten är utrustad för att stödja vård vid livets slut i enlighet med den äldre personens önskemål och att den äldre personen inte i onödan överförs till en akutvårdsmiljö annat än av specifika medicinska skäl. Alla ansträngningar görs för att säkerställa att den äldre personens val av plats att dö på, inklusive alternativet med ett enkelrum eller att återvända hem, identifieras och respekteras så långt det är praktiskt möjligt.

c. efter den äldre personens bortgång, ge tid och avskildhet samt stöd till närstående och vårdare. En atmosfär av lugn och stillhet upprätthålls.

d. säkerställa att det i överensstämmelse med den äldre personens önskemål underlättas för närstående att vara hos den äldre personen när denne är mycket sjuk eller döende och att övernattningsmöjligheter är tillgängliga för dem att använda.

e. efter en äldre persons bortgång ge stöd till andra boende och personal på ett finkänsligt sätt. Om andra boende vill ha en minnesstund ska detta underlättas.

f. efter en äldre persons bortgång säkerställa att närstående erbjuds stöd och praktisk information.

8 Kvalitetssäkring

8.1 Systematiskt kvalitetsarbete

8.1.1 Systematiskt kvalitetsarbete – Allmänt

För att säkerställa den äldre personens säkerhet och trygghet genomför utföraren systematiskt kvalitetsarbete, ständig förbättring, utveckling och innovation, med betoning på förebyggande åtgärder.

Genom att välja och tillämpa relevanta kvalitetsindikatorer, behandla avvikelser och negativa händelser, förslag och klagomål, mäta och övervaka tillfredsställelsen genom brukarundersökningar, utvärdera strukturer, processer och utfall, genomföra självbedömningar, interna och om möjligt externa revisioner och använda riskhanteringssystem, kan trender som kan tyda på brister i kvaliteten identifieras och åtgärdas. Se även bilaga C (informativ) om efterlevnad av kraven och rekommendationerna.

Alla dessa rutiner ger en mångsidig information om kvaliteten i vården och omsorgen. Ju mer detaljerad denna information är, desto mindre behöver den tolkas och desto lättare är den att förstå.

Omsorgsjournaler och patientjournaler innehåller specifik information och, när detta godkänts av den äldre personen, medger dessa kontinuerlig uppföljning av resultaten av vården och omsorgen.

Vård- och omsorgstjänsten kan också förbättra och utveckla kvaliteten genom att tillägna sig ny kunskap. När ny kunskap tillämpas i vård- och omsorgsprocessen kan det dagliga arbetet utföras enligt aktuell vetenskap, beprövad erfarenhet och evidensbaserad praktik. Detta leder till ständig förbättring, utveckling och ibland även till innovation inom vården och omsorgen.

8.1.2 Systematiskt kvalitetsarbete – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att fastställa, samla in och analysera lämpliga data för att påvisa vårdens och omsorgens lämplighet och ändamålsenlighet och utvärdera om ständig förbättring av dess ändamålsenlighet kan ske. Detta ska inkludera data som genereras både från utförarens vård- och omsorgstjänst och data från andra relevanta källor.

b. lägga fram en kvalitetsrapport varje år, tillgänglig för alla intressenter, som presenterar det arbete som lagts ned på att systematiskt och kontinuerligt utveckla kvaliteten på vården och omsorgen under föregående år, vidtagna åtgärder samt de resultat som uppnåtts.

8.1.3 Systematiskt kvalitetsarbete – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. säkerställa att synpunkter från den äldre personen, närstående och personalen om kvalitetsarbete, förbättring och utveckling av vården och omsorgen tas emot, övervägs och besvaras.

b. lägga fram en årlig granskning av kvalitet och säkerhet i vården och omsorgen och göra den tillgänglig för relevanta intressenter.

c. säkerställa att det finns rutiner för att underlätta och främja deltagande i forskning.

d. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att rapportera till, analysera och använda data från relevanta kvalitetsregister och offentliga nationella databaser som en del av organisationens kunskapsutveckling och kvalitetsförbättring.

8.2 Kvalitetsförklaring

8.2.1 Kvalitetsförklaring – Allmänt

Kvalitet i vården och omsorgen innebär att den äldre personen erbjuds effektiv, tillgänglig, säker, lämplig och aktuell vård och omsorg. Fullständig hänsyn till och respekt för den äldre personens rätt till självbestämmande och integritet betonas särskilt. Därför måste vård- och omsorgsprocesser planeras och utföras i samråd med den äldre personen och med respekt för den äldre personens kulturella och religiösa preferenser. Dessa principer återspeglas i kvalitetsförklaringen, som i sin tur gör det möjligt att sätta upp mätbara kvalitetsmål.

Kvalitetsförklaringen uttrycks av vård- och omsorgsutförarens högsta ledning och den visar vad organisationen vill bli erkänd för. Kvalitetsförklaringen uttrycks i ord som är bekanta för personalen och hänvisar till deras dagliga arbetsuppgifter. Kvalitetsförklaringen baseras på organisationens etiska principer och kvalitetsegenskaper, inklusive den äldre personens säkerhet och trygghet. Kvalitetsförklaringen utgör ett ramverk för kvalitetsmålen.

8.2.2 Kvalitetsförklaring – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. aktivt eftersträva ständig förbättring och stimulera och kontrollera det systematiska arbetet beträffande kvaliteten på vården och omsorgen för äldre personer tillsammans med personalen och andra intressenter.

b. säkerställa att ledningen och personalen har lämplig kunskap och kompetens för att utföra sina roller i organisationens kvalitetsarbete.

c. säkerställa att det finns en dokumenterad kvalitetsförklaring som är offentligt tillgänglig.

d. säkerställa att kvalitetsförklaringen kommuniceras, förstås och tillämpas inom organisationen.

e. årligen verifiera att kvalitetsförklaringen beaktas inom organisationen.

8.3 Kvalitetsledningssystem

8.3.1 Kvalitetsledningssystem – Allmänt

Ett ledningssystem är ramverket för riktlinjer, processer och rutiner som används av utföraren för att säkerställa att organisationen kan fullgöra alla uppgifter som krävs för att uppnå sina mål.

Olika ledningssystem ställer i många fall liknande krav i styrdokument och vägledande dokument på områden som visioner, mål, riktlinjer, affärskoncept, processer, rutiner, fördelning av ansvar, skyldigheter och befogenheter, regelbundna uppföljningar samt förebyggande och korrigerande åtgärder. Detta underlättar gemensam hantering av ledningssystemet och möjliggör effektivitet genom integration av olika ledningssystem. Integrerade ledningssystem för kvalitet i vård och omsorg, hälsa och säkerhet i arbetet samt miljön kan bygga på och dra fördel av delade och/eller relaterade processer, dokument och rutiner etc.

Styrdokument och vägledande dokument har en viktig roll som grund för kvalitetssäkringsaktiviteter. De är utformade för att säkerställa att verksamheter leds, planeras, genomförs, utvärderas och övervakas. De anger olika typer av dokumentation för att säkerställa att utföraren kan verifiera att olika aspekter av aktiviteterna utförs i enlighet med kraven.

8.3.2 Kvalitetsledningssystem – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. kunna presentera ledningssystem(en) som används i organisationen.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner:

   1. för att utarbeta, uppdatera och avsluta föråldrade dokument om kvalitetssäkring.

   2. för att säkerställa att ledningssystem(en) införs, är tillgängliga för och tillämpas av personalen.

   3. för att säkerställa att ledningssystem(en) utvärderas och ständigt förbättras.

8.4 Förslag och klagomål

8.4.1 Förslag och klagomål – Allmänt

En kultur av öppenhet och transparens välkomnar farhågor över något samt framförandet av förslag och klagomål. De är en värdefull informationskälla som används för att förbättra den service som tillhandahålls.

Den äldre personen uppmuntras att uttrycka eventuella farhågor och försäkras om att det inte blir några negativa konsekvenser av att ta upp farhågor, oavsett om det sker informellt eller genom förfarandet för formella klagomål. Förslagen och klagomålen avspeglar förväntningarna hos den äldre personen som lägger fram ett förslag eller klagomål och säkerställer att dessa förväntningar beaktas och åtgärdas under processen.

Personalen är utbildad för att förstå beteenden som tyder på ett bekymmer eller klagomål som en äldre person kanske inte kan kommunicera med andra medel. Personalen är också medveten om sitt ansvar att anmäla i händelse av övergrepp, försummelse eller andra problem med vårdens och omsorgens kvalitet utan rädsla för sanktioner.

8.4.2 Förslag och klagomål – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att inge ett formellt klagomål.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att förslag, klagomål och farhågor utreds, åtgärdas och rapporteras tillbaka till de berörda.

c. säkerställa att den äldre personen har tillgång till information i ett tillgängligt och lämpligt format om hur personen kan komma med förslag eller klagomål.

d. säkerställa att man lyssnar på den äldre personens förslag, klagomål och farhågor på ett stödjande sätt.

e. säkerställa att personalen har information om att stödja och ge den äldre personen och dennes närstående möjlighet att komma med förslag eller klagomål.

f. säkerställa att personalen har information om hur de kan komma med förslag eller klagomål om kvaliteten på vården och omsorgen, inklusive övergrepp eller försummelse.

g. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa att personalen är skyddad i händelse av anonym rapportering.

8.5 Förebyggande och hantering av risker

8.5.1 Allmänt

ANM. Detta underavsnitt gäller främst för vård och omsorg som tillhandahålls på ett särskilt boende eller serviceboende, men det kan också helt eller delvis tillämpas på vård och omsorg i hemmet när det är relevant.

Riskhantering är identifieringen, bedömningen och prioriteringen av risker följt av samordnad och ekonomisk tillämpning av resurser för att minimera, övervaka och kontrollera sannolikheten och/eller konsekvensen av olyckliga tilldragelser eller maximera genomförandet av möjliga åtgärder.

Vård- och omsorgsorganisationen kan ställas inför allmänna risker som exceptionella omständigheter, inklusive brand, storm, översvämning och andra miljörisker. Vård- och omsorgsorganisationen ställs också inför risker som är direkt relaterade till vård- och omsorgsrutiner när den planerar och genomför

undersökningar, behandlingar, vård och omsorg. Alla situationer där den äldre personen är utsatt för risk är identifierade och kontrollerade. Särskilda anvisningar och föreskrifter behövs ofta för att befrämja säkerheten.

Vård- och omsorgsorganisationen väljer och tillämpar processer för att utvärdera allmänna risker som rör t.ex. personal, verksamhet och egendom, och även individuella risker i processer direkt riktade mot den äldre personen.

8.5.2 Förebyggande och hantering av risker – Specifika krav

Utföraren av tjänsterna på ett särskilt boende eller serviceboende ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för riskhantering.

EXEMPEL 1: ISO 31000 Riskhantering — Vägledning

b. säkerställa att personalen känner till riskhanteringssystemet och vet hur de ska rapportera upptäckta risker.

c. alltid utföra en riskanalys när någonting förändras i processerna eller i organisationsstrukturen.

EXEMPEL 2: Feleffektanalys (FMEA, Failure Modes and Effect analysis) är ett exempel på en proaktiv metod för riskanalys. En SWOT-analys är också en metod att överväga, särskilt för mindre insatser på daglig basis.

d. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att identifiera, bedöma, hantera eller minska, övervaka och rapportera alla risker inom utförarens uppdrag beträffande den äldre personens individuella säkerhet.

ANM. 1: De metoder som presenteras i bilaga B (informativ) innehåller också metoder för riskanalys.

e. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att säkerställa kontinuitet i vården och omsorgen som täcker den äldre personens grundläggande behov i händelse av exceptionella omständigheter.

ANM. 2: Att den äldre personen är välhydrerad, varm, mätt och medicinerad.

EXEMPEL 3: Strömavbrott, haveri i kommunikationsnätverk, brand, extrem hetta på grund av klimatet, influensaepidemier, översvämning etc.

8.6 Avvikelser och negativa händelser

8.6.1 Avvikelser och negativa händelser – Allmänt

Behandling av avvikelser är en metod för att identifiera och hantera oönskade incidenter och negativa händelser. Exempel på avvikelser kan innefatta defekter, misstag och fel i processer, överträdelser och avvikelser från föreskrifter eller rutiner, skada tillfogad äldre personer eller personal, komplikationer vid behandling, problem med utrustning, missbruk av konfidentiell information och klagomål.

En negativ händelse är en oväntad konsekvens i samband med vården och omsorgen. Sådana händelser kan tyda på ett kvalitets- eller säkerhetsproblem som behöver hanteras.

Det är viktigt att uppmuntra öppenhet i rapporteringen av avvikelser, negativa händelser eller misstag. Rapporteringen av oönskade incidenter, negativa händelser och misstag som avvikelser och granskningen av dem är en grundläggande mekanism för att undvika att de upprepas och för att förbättra vård- och omsorgsprocesserna. Detta kräver att hanteringen av avvikelser blir en integrerad del av organisationens kvalitetskultur som värdefulla synpunkter för förbättring.

Syftet med granskningen av negativa händelser är att fastställa vad som hänt, hur det hände, varför det hände och om det finns några lärdomar för vård- och omsorgstjänsten. Den bör följa principerna om en rättvisekultur och tillämpa ett systemtänkande, vilket innebär att inte fokusera på att klandra enskilda personer.

Granskningen präglas av en öppen och rättvis kultur. I detta sammanhang innebär ”öppen och rättvis kultur” att ändamålet med granskningen är att identifiera orsakerna och/eller svagheterna i systemen. Personal klandras inte för sådana brister eller deras konsekvenser. Enskilda personer har dock fortfarande ansvaret för sina egna handlingar eller brist på handlingar. Olika yrkeskategorier kan ha ytterligare skyldigheter enligt den etiska uppförandekoden för respektive yrke.

Användningen av kvantitativ och kvalitativ information om negativa händelser samt effektiv kommunikation om trender och utfall av negativa händelser, inklusive incidenter, är viktigt för att driva på förbättringen av processer, rutiner och system, inklusive identifiering av bidragande faktorer.

8.6.2 Avvikelser och negativa händelser – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för rapportering, utredning och granskning av avvikelser och negativa händelser inom organisationen.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för att rapportera avvikelser och negativa händelser till den relevanta myndigheten.

c. säkerställa att personalen känner till rapporteringssystemet och vet vad som ska rapporteras.

8.7 Utvärdering av processer, aktiviteter och resultat

8.7.1 Utvärdering av processer, aktiviteter och resultat – Allmänt

Kvalitet avser vård- och omsorgstjänstens förmåga att systematiskt och effektivt svara upp mot den äldre personens bedömda behov.

Kvalitetsindikatorer kan användas för utvärdering av vård- och omsorgstjänsten i syfte att identifiera aspekter av vården och omsorgen som kan behöva förbättras. Kvalitetsindikatorer kan fastställas av organisationen, myndigheter, yrkesorganisationer och andra organisationer. Tillämpning av både nationellt och internationellt tillämpade kvalitetsindikatorer/instrument rekommenderas.

Målen för en kvalitetsutvärdering kan klassificeras som strukturella faktorer, processrelaterade faktorer och utfall.

Strukturella faktorer ger förutsättningar för aktiviteterna. Dessa inkluderar organisationsstruktur, ledningsmetoder, antal anställda, ansvarsfördelning, vård- och omsorgsmiljöer samt verksamheter, inklusive fastigheter och utrustning. Processrelaterade faktorer omfattar hela verksamhetsprocessen, som börjar när den äldre personen börjar använda tjänsterna och slutar när personen inte längre behöver dem.

Utvärderingen av utfallet avser om den önskade förändringen skedde i den äldre personens tillstånd eller beteende.

8.7.2 Utvärdering av processer, aktiviteter och resultat – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. kunna presentera de kvalitetsindikatorer som används i organisationen.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner:

1. för att utvärdera strukturella faktorer.
2. för att utvärdera processrelaterade faktorer.
3. för att utvärdera utfallet av aktiviteter relaterade till den äldre personen.

8.8 Brukaråterkoppling

8.8.1 Brukaråterkoppling – Allmänt

Den äldre personens bedömning av kvaliteten på vården och omsorgen är av betydelse för att få en heltäckande bild av möjligheterna att utveckla vården och omsorgen. Det ger den äldre personen möjlighet att påverka innehållet i och utvecklingen av vården och omsorgen. Systematiska metoder för att få återkoppling som respekterar den äldre personens konfidentialitet kan användas. Dessa kan upprepas och följas av definierade åtgärder när så är lämpligt.

Systematiska metoder kan klargöra om det förväntade resultatet från den aktuella tjänsten uppnås. Exempel på sådana metoder är att intervjua den äldre personen, skicka ut en enkät till den äldre personen, intervjua den äldre personens närstående etc.

Systematisk och regelbunden användning av återkoppling från brukare ger utföraren information om aktiviteternas kvalitet och effektivitet och ger ledningen en grund för att styra och förbättra kvaliteten på aktiviteterna.

8.8.2 Brukaråterkoppling – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. kunna presentera den eller de metoder för brukaråterkoppling som används i organisationen.

b. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner som säkerställer att metoder för brukaråterkoppling ingår i utvärderingen av vård- och omsorgstjänstens kvalitet.

8.8.3 Brukaråterkoppling – Allmänna rekommendationer

Utföraren av tjänsterna bör:

a. samla in återkoppling från den äldre personen och dennes närstående samt använda metoder för återkoppling som är anpassade efter den äldre personens kognitiva förmåga.

b. säkerställa att frågor om den äldre personens vård och omsorg är medtagna vid införandet av metoder för brukaråterkoppling.

EXEMPEL: Integritet, självbestämmande och delaktighet, behandling, säkerhet och trygghet, övergrepp, inflytande, deltagande, mat och måltider, personlig hygien, tid utomhus, aktiviteter, hjälpmedel, tillgänglighet och personalkontinuitet.

c. ha rutiner för att analysera och använda data från resultaten av extern brukaråterkoppling som en del av utförarens kunskapsutveckling och förbättring av aktiviteterna.

d. dokumentera återkopplingsresultat och vidtagna åtgärder och återrapportera dessa till den äldre personen och personalen.

ANM. Återkopplingsresultaten kan presenteras vid ett möte, på en anslagstavla och/eller en webbplats.

8.9 Interna revisioner

8.9.1 Interna revisioner – Allmänt

Interna revisioner utförs mot fastställda kriterier i form av kvalitetsindikatorer, riktlinjer och standarder.

För att fullt ut kunna medverka i en vård- och omsorgsrevision som en del av ett strukturerat program för att förbättra kvalitet och säkerhet behöver personalen särskilt avsatt tid för detta som inte ägnas åt de dagliga arbetsuppgifterna. Alla anställda som tillhandahåller vård- och omsorgstjänster och deltar i revisionen bör medges tillräcklig tid och resurser för att uppfylla detta krav. Resultatet av en revision är information som granskas av ledningen och utgör ett värdefullt underlag för kvalitetsförbättringar.

8.9.2 Interna revisioner – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för genomförande av interna revisioner.

b. genomföra interna revisioner med planerade intervall för att avgöra om kvaliteten på vården och omsorgen uppfyller kraven i detta dokument och i det kvalitetsledningssystem som fastställts av organisationen.

c. upprätta en dokumenterad rutin för att definiera ansvar och krav för planering och genomförande av revisioner, upprättande av protokoll och rapportering av resultat.

d. säkerställa att revisionsprogrammet innehåller definierade kriterier, omfattning, frekvens och metoder för revisionen.

e. säkerställa att valet av revisorer och genomförandet av revisioner säkerställer objektivitet och opartiskhet i revisionsprocessen.

f. säkerställa att protokollen från revisionerna och deras resultat dokumenteras och bevaras.

ANM. Inkluderandet av rekommendationer i revisionen är frivilligt och kan göras för att öka förtroendet för revisionsresultatet.

g. säkerställa att den ledning som har ansvar för det område som revideras säkerställer att eventuella nödvändiga korrigeringar och korrigeringsåtgärder utförs utan onödigt dröjsmål för att avhjälpa konstaterade avvikelser och deras orsaker.

h. säkerställa att uppföljande aktiviteter inkluderar verifiering av vidtagna åtgärder och rapportering av verifieringsresultat.

8.10 Självbedömning

8.10.1 Självbedömning – Allmänt

Självbedömning genomförs av ledningen och personalen själva och görs när organisationen vill göra en kritisk analys av sitt eget arbete. Det innebär regelbunden utvärdering av planering, genomförande, resultat och nödvändiga uppföljningsåtgärder. Självbedömning har vissa fördelar: det är enkelt att använda och förstå, det kräver minimalt med extra resurser och det hjälper till att förbättra organisationens kvalitetsledningssystem. De interna processerna analyseras med avseende på de kvalitetsmål som har fastställts.

8.10.2 Självbedömning – Allmänna krav

Utföraren av tjänsterna ska:

a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för genomförandet av självbedömning.

b. säkerställa att uppföljande aktiviteter inkluderar verifiering av vidtagna åtgärder och rapportering av verifieringsresultat.

c. säkerställa att protokollen från självbedömning och resultaten dokumenteras och bevaras.

Bilaga A
(informativ)

Det integrerade begreppet vård och omsorg, hälso- och sjukvård och social omsorg

A.1 Det integrerade begreppet vård och omsorg

Europeiska länder väljer olika vägar när de fördelar ansvaret för äldreomsorgen till offentliga myndigheter, marknaden, familjen, ideella/välfärdsorganisationer eller kombinationer därav. I detta dokument görs ett försök att fastställa en gemensam grund för utveckling, med full vetskap om skillnaderna mellan de europeiska länderna när det gäller demografi, ekonomi, traditioner och nationella organisatoriska strukturer för äldreomsorgen.

Ett av målen i dokumentet är att vidareutveckla och konkretisera innehållet i FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning. Konventionens syfte är att ”främja, skydda och säkerställa det fulla och lika utövandet av alla mänskliga rättigheter och grundläggande friheter för alla personer med funktionsnedsättning samt att främja respekten för deras inneboende värdighet”. När äldre personer inte längre kan sköta sina egna behov har de oftast en eller flera funktionsnedsättningar.

Nuvarande hälso- och sjukvårdssystem är ofta bättre utformade för att hantera akuta hälsotillstånd än mer komplexa och kroniska hälsobehov som tenderar att uppkomma med stigande ålder såsom skörhet, undernäring, demenssjukdom och geriatriska syndrom. Det finns ett överhängande behov av att utveckla och införa heltäckande och samordnade vård- och omsorgsstrategier som kan förebygga, bromsa upp eller vända avtagande förmåga, och om det är oundvikligt hjälpa äldre personer att kompensera på sätt som maximerar deras funktionsförmåga. Dessa strategier bör utformas kring den äldre personens behov snarare än utförarens, vara tillgängliga på samhällsnivå och – om personen blir vård- och omsorgsberoende – effektivt samordnade med vård- och omsorgsutförare (både formella och informella).

Dokumentet erkänner att det inte finns någon standardlösning som passar alla för att klara den ökade efterfrågan som orsakas av de åldrande europeiska samhällena. Samtidigt finns det en övertygelse om att det finns ett stort värde i att de europeiska länderna lär sig av varandra och att innovativa metoder för vård och omsorg om äldre personer kan demonstrera att det är möjligt att klara den ökade efterfrågan, göra vården och omsorgen mer effektiv och säkerställa värdighet om åtgärder vidtas baserat på bästa tillgängliga kunskap, beprövad erfarenhet och evidensbaserad praktik.

Vad som ingår i hälso- och sjukvård respektive social omsorg varierar från land till land, exempelvis:

- de organisatoriska former/sätt som omsorgen tillhandahålls på,
- hur hälso- och sjukvård och social omsorg kommunicerar med varandra,
- förordningar om vad som tillhandahålls eller inte,
- hur rutiner för tillämpning och bedömning tillämpas,
- rättigheter och skyldigheter för den äldre personen och vård- och omsorgspersonalen.

I allmänna termer kan hälso- och sjukvård beskrivas i relation till behandling, kontroll eller förebyggande av sjukdom, skador eller funktionsnedsättning.

I allmänna termer kan social omsorg och därmed förknippade tjänster beskrivas genom sin inriktning på stöd till aktiviteter i det dagliga livet, bevarande av självständighet, socialt samspel som gör att individen fullt ut kan delta i samhället och stöd i känsliga situationer.

Citat från EN ISO 13940:2016 0.4, Hälso- och sjukvårdsinformatik – Begreppssystem som stöd för kontinuitet i vården:

”Sjukvården har liksom socialvården målet att påverka, återställa och upprätthålla hälsa enligt WHO:s definition. Alla slags aktiviteter som har potential att påverka någon av de fem hälsokomponenter som nämns i ICF-modellen kan vara en del av sådan vård. Det är uppenbart att sjukvårdsaktiviteter och socialvårdsaktiviteter överlappar varandra. Denna internationella standard har inriktning på den del av sjukvården som (i de flesta kulturer) inte inbegriper socialvården. Vårdtagarens roll definieras i förhållande till sjukvården, och de termer som används är från denna sektor. Dock är många av begreppen relevanta för socialvårdssektorn, och genom samarbete med sjukvårdens olika områden bör denna internationella standard också vara tillämplig för socialvården.”

Världshälsoorganisationen (WHO) definierar hälsa som ”ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte enbart avsaknad av sjukdom eller svaghet”. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), från WHO, identifierar fem hälsokomponenter: kroppsfunktion, anatomisk struktur, aktivitet, delaktighet och omgivningsfaktorer.

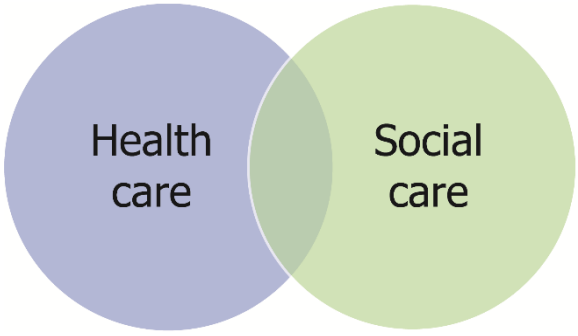
Inom forskning, nationell tradition och den politiska arenan gör man ofta åtskillnad mellan dels hälso- och sjukvårdstjänster, dels sociala omsorgstjänster. Från systematisk synpunkt är detta problematiskt och i den äldre personens perspektiv är det inte särskilt meningsfullt.

Begreppet hälsa har relation till både hälso- och sjukvård och social omsorg, och detta dokument är inriktat på båda aspekterna.

I detta dokument används därför ganska medvetet en bredare definition av vård- och omsorgstjänster för äldre personer för att beakta hela det spektrum av tjänster som den äldre personen tar emot. I dokumentet definieras följaktligen alla hälso- och sjukvårdstjänster och sociala omsorgstjänster som tillhandahålls till den äldre personen som integrerade vård- och omsorgstjänster. Målet är att sätta den äldre personen som behöver vård och omsorg i främsta rummet och inte följa respektive tjänstesystems logik så som den är definierad i de olika europeiska ländernas respektive nationella struktur.

Hälso- och sjukvård har komponenter av social omsorg och social omsorg har komponenter av hälso- och sjukvård (se figur A.1).

Tjänster för äldre personer i behov av vård och omsorg behöver omfatta främjande, förebyggande, rehabilitering/habilitering samt sjukvård och omsorg, inklusive vård vid livets slut. De kombinerar hälso- och sjukvård och social omsorg för aktiviteter i det dagliga livet, som t.ex. att äta, bada, klä på sig, vårda sitt yttre och sköta hushållet. De omfattar även de viktiga aktiviteterna i det dagliga livet som att hantera sin egen ekonomi, handla, använda telefonen, transporter och andra aktiviteter som att ta sina läkemedel. De kan tillhandahållas i olika inramningar i ett kontinuum som sträcker sig från den äldre personens hem till ett särskilt boende eller serviceboende.



Figur A.1 Hälso- och sjukvård och social omsorg

Dessa tjänster sammanfaller inte helt men behöver beaktas tillsammans. För den äldre personen och dennes närstående är trots allt en blandning av båda typerna en del av deras liv. Det finns olika begrepp för tjänsterna i olika länder.

Men hänsyn till olika överlappningar och skärningspunkter, definieras därför i det här dokumentet integrerade vård- och omsorgstjänster som en kombination av hälso- och sjukvårdstjänster och sociala omsorgstjänster. Termen integrerade vård- och omsorgstjänster bör förstås som summan av respektive tjänster även om de tillhandahålls av olika utförare.

Bilaga B
(informativ)

Behov, önskemål, bedömning och bedömningsinstrument

B.1 Allmänt

Behoven sträcker sig från grundläggande överlevnadsbehov (som är gemensamma för alla människor) till kulturella, intellektuella och sociala behov (som varierar från plats till plats och grupp till grupp). Se även Maslows behovshierarki. Behoven är ändliga men önskningar är en längtan efter eller ett hopp om att någonting ska hända. (Maslow A. H. (1943) A Theory of Human Motivation. Psychological Review. 50 (4): 370–96.)

Bedömningen av den äldre personens behov och önskemål kräver en omfattande insamling av information om den äldre personens fysiska, biologiska, psykosociala och funktionella aspekter.

En behovsbedömning är en systematisk process för att bestämma och åtgärda behov eller skillnader mellan aktuella förhållanden och önskade förhållanden eller ”önskningar”. Skillnaden mellan det aktuella förhållandet och det önskade förhållandet ska mätas för att behovet ska kunna identifieras ordentligt. Behovet kan vara ett önskemål om att förbättra aktuella prestationer eller korrigera en brist. Detta beskrivs ofta som ett integrerat strukturerat omhändertagande av äldre (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA). Bedömningen utförs genom att använda olika bedömningsinstrument.

CGA är en flerdimensionell, multidisciplinär bedömning utformad för att utvärdera den äldre personens funktionsförmåga, fysiska hälsa, kognitionsmässiga och psykiska hälsa samt sociala och miljörelaterade omständigheter. Det inkluderar en uttömmande granskning av ordinerade och receptfria läkemedel, vitaminer och örtprodukter samt en granskning av immuniseringsstatus. Denna bedömning hjälper till i diagnosen av medicinska och sociala tillstånd, utveckling av behandlings- och vårdplaner, samordning av ledningen av vård och omsorg, utvärdering av långsiktiga behandlings- och omsorgsbehov och en optimal plats att bo på.

CGA skiljer sig från en typisk medicinsk utvärdering genom att inkludera icke-medicinska domäner genom att betona funktionell kapacitet och livskvalitet och ofta genom att inbegripa ett multidisciplinärt team exempelvis bestående av läkare, nutritionister, socialarbetare, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Denna typ av utvärdering ger ofta en mer komplett och relevant lista över medicinska problem, funktionsproblem och psykosociala problem.

En behovsbedömning är en del av planeringsprocesserna och bedömningen utgör grunden för en utredning där problemområden identifieras och analyseras, varefter initiativ kan planeras. Planerade insatser dokumenteras ofta i en vårdplan, där även målet med insatsen eller insatserna anges.

Kommunikation och diskussion med behöriga myndigheter och hälso- och sjukvårdspersonal om valet av bedömningsinstrument rekommenderas. Det är en bra praxis att använda instrument som beaktar de fyra aspekterna av funktionalitet (fysisk, psykisk, kognitiv och social). Därför bör i regel inte mätinstrument användas vart och ett för sig. yrkesorganisationer har utvecklat bedömningsinstrument. De instrument som nämns nedan är exempel för att illustrera bedömningsområdets länder och

Många länder och yrkesorganisationer har utvecklat bedömningsinstrument. De instrument som nämns nedan är exempel för att illustrera bedömningsområdets omfattning och komplexitet. Det finns också andra metoder/instrument som kan vara likvärdiga eller bättre i en given situation.

B.2 Bedömningsinstrument

B.2.1 Allmänt

International Classification of Functioning, Disability and Health, mer känt som ICF, är en klassificering för hälso- och hälsorelaterade domäner. ICF är WHO:s ramverk för att mäta hälsa och

funktionsnedsättningar på både individuell nivå och populationsnivå. Eftersom en individs funktioner och funktionsnedsättningar förekommer i ett sammanhang, inkluderar ICF också en lista över miljörelaterade faktorer. ICF erkänns officiellt som den internationella standarden och måttet på hälsa och funktionsnedsättning.

Department of Health and Human services, USA. Centers for Medicare and Medicaid Services. Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) User's Manual October 2018

InterRAI Community Health (CHA) Assessment System utvecklades på begäran av användare som ville ha ett modulärt instrument som effektivt kunde bedöma en äldre persons välmående och identifiera de personer som kräver ytterligare bedömning för att förhindra eller stabilisera tidigt avtagande funktionsförmåga eller hälsa. CHA-instrumentet består av en kort grundläggande bedömning och fyra tillägg: Functional (CHA-FS), Mental Health (CHA-MH), Assisted Living (CHA-AL) and Deafblind (CHA-Db). Målpopulationen för CHA-instrumentet är vuxna som lever i samhället och i serviceboenden av olika slag.

InterRAI Long-Term Care Facilities Assessment System (interRAI LTCF) möjliggör en omfattande och standardiserad utvärdering av behoven, styrkorna och önskemålen hos personer som får kortsiktig postakut vård i konvalescenthem samt personer som bor på långvårdsinstitutioner och vårdhem.

InterRAI Home Care Assessment System (HC) har utformats för att vara ett användarvänligt, tillförlitligt och personcentrerat bedömningssystem som informerar och vägleder heltäckande planering av vård, omsorg och service i samhällets regi. Det fokuserar på personens funktion och livskvalitet genom att bedöma behov, styrkor och önskemål samt underlätta remittering när så är lämpligt.

InterRAI Contact Assessment (interRAI CA) Screener ger information för att stödja inläggningen på akutmottagningar och från samhället/sjukhus.

B.2.2 Livskvalitet

Världshälsoorganisationen har utvecklat en rad instrument.

WHOQOL-100 är ett generiskt mått på hälsorelaterad livskvalitet som baseras på ett frågeformulär som fylls i av patienterna själva och som har utvecklats samtidigt på 15 platser i världen. Det är fokuserat på den definition av livskvalitet som förespråkas av Världshälsoorganisationen, vilken inkluderar den kultur och det sammanhang som påverkar en persons uppfattning om hälsa.

WHOQOL-BREF är ett instrument som har utvecklats för kulturövergripande jämförelser av livskvalitet och finns på fler än 40 språk.

I WHOQOL-OLD-enkäten ställs frågor om tankar och känslor om vissa aspekter av livskvalitet och den tar upp frågor som kan vara viktiga för en äldre samhällsmedlem. WHOQOL-OLD-modulen kan användas som komplement till WHOQOL-100 eller WHOQOL-BREF.

B.2.3 Det dagliga livets aktiviteter

Bedömningsinstrumenten Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) och Barthel-index som används för att bedöma Basic Activities of Daily Living (BADL) för personer med sänkt funktionsförmåga kan användas för att bedöma problem i samband med aktiviteter i det dagliga livet.

Bedömningsskalan AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources) är den som oftast används i Frankrike. Skalan styr så kallade instrumentella dimensioner, vilka motsvarar relativt komplexa aktiviteter med en dominerande kognitiv komponent (matlagning, läkemedelsanvändning, ekonomi etc.) samt dimensioner med en dominerande fysisk komponent (s.k. fundamentala dimensioner som är relaterade till aktiviteter som att gå, klä på sig, gå på toaletten etc.).

Canadian Occupational Performance Measure (COPM) är ett bedömningsverktyg som möjliggör personanpassad hälso- och sjukvård. Måttet används för att identifiera problem av personlig betydelse för den äldre personen och för att upptäcka förändringar i den äldre personens uppfattningar om

yrkesprestationer över tiden. Multidisciplinära hälso- och sjukvårdsteam har även i hög grad använt COPM som en inledande personcentrerad bedömning.

B.2.4 Socialt stöd

Social Provisions Scale kan användas för egenbedömning av socialt stöd, ensamhet och deras inbördes förhållande för att bedöma i vilken grad den äldre personens sociala relationer ger olika dimensioner av socialt stöd.

B.2.5 Fysiskt funktionstillstånd

Timed Up and Go (TUG) är ett test som används för att identifiera personer i riskzonen för att falla på grund av balans- eller gångproblem. Short Physical Performance Battery (SPPB) är en grupp mått som kombinerar resultaten av test av gånghastighet, att ställa sig upp från en stol och balansförmåga.

B.2.6 Kognitiva funktioner och mental hälsa

Det finns inget enkelt bedömningsverktyg som säkert kan fastställa om en person har en sjukdom av demenstyp. I första hand bör hälso- och sjukvården genomföra en grundläggande utvärdering av demenssjukdom som baseras på en balansering av strukturell amnesi, intervjuer med personens närstående, bedömning av fysiskt eller psykiskt tillstånd, bedömning av kognition genom kognitiva test, strukturerad bedömning av funktions- och aktivitetsförmåga, provtagning för att utesluta andra tillstånd som kan orsaka kognitiv försämring samt strukturell MRI med datortomografi som kan bidra till att identifiera kognitiv försämring och utesluta andra tillstånd i hjärnan som kan orsaka kognitiv försämring.

Kommunikationssvårigheter är ett brett begrepp. Vid signaler från närstående eller personal om att det är svårt att förstå den äldres personens tal/språk/kommunikationssätt eller om den äldre personen inte förefaller förstå vad som sägs behövs utredning. Diagnos kring tal-, språk och kommunikation ställs genom utredning av de olika förmågorna.

Mini Mental Test (MMT), även kallat MMS eller MMSE (Mini Mental State Examination), är ett enkelt test för uppskattning av kognitiva funktioner som har använts i stor utsträckning för screening och identifiering av demenssjukdom. Klockritningstestet är ett enkelt verktyg som används för att screena personer för tecken på neurologiska problem, som alzheimers och andra demenssjukdomar. Det används ofta i kombination med andra, mer grundliga screeningtest, men även ensamt. Det kan ge en användbar insikt i en persons kognitiva förmåga.

Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) är ett instrument för en kort kognitiv screening utformat för att minimera effekterna av kulturell inlärning och språkskillnader vid bedömningen av grundläggande kognitiva prestationer.

Montreal Cognitive Assessment (MoCA) är ett verktyg för en kort screening för lindrig kognitiv försämring.

En depressionsdiagnos är rent klinisk och ställs baserat på den typiska kliniska bilden. För närvarande finns det inga etablerade kriterier för depression hos en äldre person. Det är viktigt att ställa diagnosen baserat på den kliniska bild som finns istället för att tolka denna bild som en normal reaktion på livssituationen. Bedömningsskalor som t.ex. Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D) eller Geriatric Depression Scale (GDS-15) som används för att bedöma depressionsnivån är viktiga hjälpmedel.

Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease (CERAD) är ett neuropsykologiskt bedömningsverktyg som detekterar och förutsäger alzheimers sjukdom och demenssjukdom.

B.2.7 Mat, måltid och nutrition

Bedömningsinstrumentet Mini Nutritional Assessment (MNA) kan användas för att bedöma problem med nutrition/näringsstatus. Det går också att använda t.ex. riskkriterierna 1) ofrivillig viktminskning, 2) lågt kroppsmasseindex (BMI), 3) förekomst av ätproblem. För närvarande (2014) finns det bara ett

instrument som täcker in dessa tre kriterier, Minimal Eating Observation and Nutrition Form, version II (MEONF-II).

B.2.8 Mun- och tandhälsa

Bedömningsinstrumentet Revised Oral Assessment Guide (ROAG) kan användas för att bedöma problem med munhälsa.

B.2.9 Äta och svälja

Bedömningsinstrumentet Standardized Swallowing Assessment, på svenska SSA-S, kan användas för att bedöma problem med att svälja.

B.2.10 Urinblåsa och tarm

Department of Health and Human services, USA. Centers for Medicare & Medicaid Services. Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument (RAI) User's Manual October 2018 SECTION H: BLADDER AND BOWEL.

B.2.11 Hud och sår

Bedömningsinstrumentet Modifierad Norton kan användas för bedömning av problem med trycksår.

B.2.12 Fall

Det finns fler verktyg för att bedöma fallrisk, som t.ex. Falls Risk for Older People in the Community (FROP-Com) för personer som bor hemma, Falls Risk Assessment Tool (FRAT) för personer vars funktion inte är så bra, Morse Falls Scale för personer på sjukhus eller långtidssjukvård samt Downton Fall Risk Index.

B.2.13 Smärta

Bedömningsinstrumentet Visual Analogue Scale (VAS) som numerisk skala eller ansiktsskala, eller Abbey Pain Scale, kan användas för att bedöma problem med smärta.

B.2.14 Skörhet

Många länder och yrkesorganisationer har utvecklat bedömningsinstrument för skörhet. Screeninginstrumentet FRESH för skörhet och Edmonton Frail Scale är exempel som kan användas för bedömning av skörhet på akutmottagningar och andra kliniska miljöer. Andra exempel på verktyg är Clinical Frailty Scale och Fried frailty phenotype assessment.

Bilaga C
(informativ)

Efterlevnad av krav och rekommendationer

C.1 Efterlevnad av krav och rekommendationer

Exemplet på bedömningsinstrument som beskrivs nedan är avsett att hjälpa utföraren att fastställa överensstämmelse/efterlevnad av kraven och rekommendationerna i detta dokument.

Tabell C.1 ger exempel med krav och rekommendationer från dokumentets huvudtext. Användaren kan fylla i tabellen eller välja de krav och rekommendationer som är av intresse för utföraren.

Användarna av självbedömningsinstrumentet kan ange överensstämmelse, partiell överensstämmelse, ingen överensstämmelse eller ej tillämpligt samt ange belägg för överensstämmelse, korrigerande åtgärder, uppgiftsfördelningar eller annan information i kolumnen Kommentarer.

Belägg för att styrka överensstämmelse kan erhållas från följande källor. De tillämpliga anges i kommentarsfältet tillsammans med information om var mer uttömmande uppgifter kan återfinnas i form av rapporter eller liknande.

- Dokument, t.ex. skriftliga riktlinjer, rutiner, planer, avtal, protokoll om insatser och resultat;
- Förslag och klagomål;
- Riskhantering;
- Avvikelser och negativa händelser;
- Feedback genom enkäter och/eller intervjuer;
- Självbedömning;
- Revisioner.

Tabell C.1 Exempel på instrument för bedömning av överensstämmelse baserat på kraven och rekommendationerna, för att mäta framgången i att implementera kvalitet i vård, omsorg och stöd för äldre personer

Uppskatta hur mycket du instämmer i följande påstående	**Överensstämmer**	**Överensstämmer delvis**	**Överensstämmer inte**	**ej tillämplig**	**Kommentarer**
7.4 **Mat, dryck, måltider och nutrition**					
Utföraren av tjänsterna ska: a. upprätta, införa och underhålla riktlinjer och rutiner för utdelning och hantering av mat och dryck.					
b. erbjuda den äldre personen en meny för huvudmålen med möjlighet att göra val som motsvarar den äldre personens preferenser och dietkrav. Menyn varieras regelbundet och synpunkter från den äldre personen beaktas härvidlag.					
c. stödja den äldre personen att äta och njuta av maten utan brådska. Personal är tillgänglig för att assistera den äldre personen som kan behöva hjälp med måltider. Assistans erbjuds diskret, finkänsligt och individuellt.					
d. bedöma den äldre personen beträffande problem med mat, dryck, måltider och nutrition, vilket vid behov utmynnar i en specificerad vårdplan.					
e. beakta den äldre personens dietkrav, etiska, kulturella och religiösa övertygelser när det gäller mat, dryck och måltider som tillhandahålls.					
f. fördela den äldre personens måltider jämnt över dygnets vakna timmar.					
Etcetera					

Litteraturförteckning

[1] ANEC. Services standards and supervision. Kristensson. Karlstad University, Sweden, 2017

[2] ANEC. Models of special accommodation for older people across. Europe. 2013. 1-103.

[3] Angermann, Eichhorst. Observatory for Sociopolitical Developments in Europe/IZA Research Report No. 45. Eldercare Services – Lessons from a European Comparison. 2012

[4] CEN Guide 15:2012, Guidance document for the development of service standards.

[5] CEN. Strategic plan on services standardization to implement the ambitions 2020. 2017

[6] CEN/CLC Guide 6:2017, Guide for addressing accessibility in standards

[7] CEN/TS 16118:2012, Sheltered housing — Requirements for services for older people provided in a sheltered housing scheme

[8] EN 15224:2016, Quality management systems — EN ISO 9001:2015 for healthcare

[9] EN 17161:2019, Design for All — Accessibility following a Design for All approach in products, goods and services — Extending the range of users

[10] EN 301549:2019, Accessibility requirements for ICT products and services

[11] EN ISO 9241-210:2019, Ergonomics of human-system interaction — Part 210: Human-centred design for interactive systems (ISO 9241-210:2019)

[12] EN ISO 13940:2016, Health informatics — System of concepts to support continuity of care (ISO 13940:2015)

[13] European Charter of the rights and responsibilities of older people in need of long-term care and assistance. EUSTaCEA project, under Daphne III programme. 2010

[14] European Commission, European Social Policy Network (ESPN), Challenges in long-term care in Europe – A study of national policies. 2018

[15] Finland, Ministry of Social Affairs and Health 2013:19. Quality recommendation to guarantee a good quality of life and improved services for older persons

[16] France NF X50-056:2014. Services for persons residing at home

[17] France NF X50-058:2003. Residential homes for elderly people – Ethical framework and service commitments

[18] Ireland 2016. National Standards for Residential Care Settings for Older People

[19] ISO 9000:2015, Quality management systems — Fundamentals and vocabulary

[20] ISO 26000:2010, Guidance on social responsibility

[21] ISO 31000:2018, Risk management — Guidelines

[22] ISO/IEC Guide 76:2008, Development of service standards — Recommendations for addressing consumer issues.

[23] ISO IWA 18:2016, Framework for integrated community-based life-long health and care services in aged societies

[24] Sweden SS 872500:2015. Quality of care, service, nursing and rehabilitation for elderly people with extensive needs in ordinary and residential care facilities

[25] The Social Protection Committee and the European Commission. Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society. 2014

[26] UK PAS 150:2010. Providing rehabilitation services. Code of practice

[27] UK PAS 800:2010. Use of Dementia Care Mapping for improved person-centred care in a care provider organization. Guide

[28] UK PAS 1365:2015. Code of practice for the recognition of dementia-friendly communities in England

[29] WeDO. European Quality Framework for long-term care services. Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance. 2012

[30] World Health Organization. World report on ageing and health. 2015

[31] United Nations Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD). 2006

[32] United Nations. World Population Ageing, Report. 2017

European Commission, Digital Single Market, Glossary [viewed 2020-02-07]. Available at https://ec.europa.eu/digital-single-market/en/glossary#letter_a

ISO/IEC Directives, Part 1 — Consolidated ISO Supplement — Procedures specific to ISO. 2019. Available at https://www.iso.org/sites/directives/current/consolidated/index.xhtml