

Sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre

Primärvårdens och äldreomsorgens
uppdrag och insatser

Du får gärna citera Socialstyrelsens texter om du uppger källan, exempelvis i utbildningsmaterial till självkostnadspris, men du får inte använda texterna i kommersiella sammanhang. Socialstyrelsen har ensamrätt att bestämma hur detta verk får användas, enligt lagen (1960:729) om upphovsrätt till litterära och konstnärliga verk (upphovsrättslagen). Även bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten, och du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Artikelnr 2011-12-19

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2011

Förord

En av de främsta utmaningarna i vårt land är att erbjuda god hälso- och sjukvård och äldreomsorg till den äldre befolkningen. I ett längre perspektiv kommer kraven att bli fler, till följd av att de äldre blir en allt större andel av befolkningen och att gruppen sannolikt även kommer att förvänta sig högre kvalitet på tjänsterna.

De mest sjuka äldre har omfattande funktionsnedsättningar till följd av åldrande, skada eller sjukdom. För att ge dem god vård och omsorg ställs särskilda krav på hälso- och sjukvården och äldreomsorgen.

Regeringen satsar på insatser för att samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, och som ett led i det har Socialstyrelsen fått i uppdrag att kartlägga primärvårdens ansvar och insatser samt ta fram förslag till en sammanhållen vård- och omsorgstjänst. I denna rapport redovisar vi resultatet av uppdraget. Vi vill understryka att denna rapport är en förstudie och att fortsatt arbete krävs.

Projektledare för uppdraget har varit Malin Ahrne, Gunilla Fahlström, Monica Albertsson, Malin Bruce och Marianne Hanning. Mary Nilsson och Gert Alaby har samordnat arbetet.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

<i>Förord</i>	3
<i>Sammanfattning</i>	7
Primärvårdens ansvar och insatser	7
Virtuell vårdavdelning och annan hemsjukvård	8
Förebyggande hembesök och hälsosamtal	8
Sammanhållen vård- och omsorgstjänst	9
Vårdvalssystemets konsekvenser	10
Korttidsboende och mellanvårdsformer	10
Beskrivning av vård- och omsorgsprocessen	11
<i>Slutsatser</i>	12
<i>Uppdraget och dess genomförande</i>	14
Uppdraget	14
Metod och genomförande	14
Läsanvisning	15
Definitioner och andra beskrivningar	15
<i>Primärvårdens ansvar och insatser</i>	17
Inledning	17
Problemområden	20
Resultat – genomgång av förfrågningsunderlag	21
Sammanfattning av hearing	30
Diskussion och avslutande kommentarer	32
<i>Virtuella vårdavdelningar och annan hemsjukvård</i>	36
Inledning	36
Uppdraget	36
Metod och genomförande	37
Resultat	37
Diskussion och avslutande kommentarer	45
<i>Förebyggande hembesök och hälsosamtal</i>	51
Inledning	51
Syfte	52
Avgränsning	53
Resultat	53
Diskussion och sammanfattande slutsatser	72

<i>Sammanhållen vård- och omsorgstjänst</i>	77
Inledning	77
Metod och genomförande	78
Bakgrund	78
Resultat	84
Diskussion och avslutande kommentarer	94
<i>Vårdvalssystemets konsekvenser</i>	100
Inledning	100
Vårdval stärker enskildas ställning men inte med automatik och knappast för de mest sjuka äldre	101
Äldre och mest sjuka äldre i huvudmännens förfrågningsunderlag	104
Ersättningsmodeller i vårdval för primärvården med fokus på de mest sjuka äldre	104
Diskussion och avslutande kommentarer	117
<i>Korttidsboende och mellanvårdsformer</i>	119
Inledning	119
Uppdraget	120
Frågeställningar, metod och genomförande	120
Resultat	121
Diskussion och avslutande kommentarer	128
<i>Beskrivning av vård- och omsorgsprocessen</i>	131
Frågeställningar	132
Metod och genomförande	132
Resultat	133
Vårdadministrativa system i landstingen	137
Kommunernas datajournalssystem och ärendehanteringssystem	140
Kartläggningens begränsningar	142
Slutsatser	142
<i>Referenser</i>	145
Primärvårdens ansvar och insatser	145
Virtuella vårdavdelningar och annan hemsjukvård	147
Förebyggande hembesök och hälsosamtal	149
Sammanhållen vård och omsorgstjänst	152
Vårdvalets konsekvenser	155
Korttidsboende och mellanvårdsformer	156
Data för att beskriva vård- och omsorgsprocessen	158
<i>Bilaga 1 – Primärvårdens ansvar och insatser</i>	159
<i>Bilaga 2 – Förebyggande hembesök och hälsosamtal</i>	160

Sammanfattning

Socialstyrelsen fick i juni 2011 regeringens uppdrag att kartlägga primärvårdens uppdrag och insatser för de mest sjuka äldre, att inventera de mellanvårdsformer och korttidsboenden som finns och att samla in erfarenheter av förebyggande hembesök och hälsosamtal samt av s.k. virtuella vårdavdelningar. Vi fick också uppdraget att arbeta fram förslag till en sammanhållen vård- och omsorgstjänst, att kartlägga flöden och processer i vård- och omsorgskedjan, konsekvenser av vårdvalssystemet samt modeller för att identifiera och stötta enskilda personer inom gruppen mest sjuka äldre. Uppdraget ska redovisas senast den 15 december 2011.

Uppdraget är omfattande och uppdragstiden kort, och därför bygger Socialstyrelsens beskrivningar och analyser främst på tidigare publicerat material. De flesta delar i rapporten är förstudier där vi har klarlagt inriktningen på det fortsatta arbetet. Sist redovisar vi våra slutsatser.

Primärvårdens ansvar och insatser

Förfrågningsunderlaget är det centrala dokument där landstinget som beställare specificerar primärvårdens ansvar och innehåll. Genomgången av förfrågningsunderlagen visar att primärvården har ett brett ansvar för befolkningens hälso- och sjukvård, men ansvaret för de mest sjuka äldre i alla landsting inte är tydligt beskrivet. Däremot är det flera landsting som beskriver insatser till de mest sjuka äldre, t.ex. hembesök och läkemedelsgenomgångar. De flesta landsting nämner också förebyggande arbete, såsom hälsosamtal med äldre personer, som ofta sker i samband med ett hembesök tillsammans med kommunen. I detta avsnitt används de begrepp som landstingen själva använt. Landstingen beskriver också olika pågående arbeten för att förbättra vården och omsorgen för målgruppen och där primärvården är en tydlig aktör, t.ex. genom att utveckla s.k. äldreteam. Enligt det granskade materialet har primärvården inget system för att identifiera de mest sjuka äldre.

Primärvården behöver en tydligare framtida roll för de mest sjuka äldre gentemot den specialiserade vårdens och hemsjukvårdens uppdrag. Det blir allt svårare att avgöra vad som är primärvård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Detta beror på den medicintekniska utvecklingen som gjort det möjligt att bedriva även sådan sjukvård som tidigare krävde sjukhusens ”medicinska och tekniska resurser” i äldre personers hem.

Primärvårdens ansvar och insatser för målgruppen behöver studeras vidare, både från ett landstingsperspektiv och från ett vårdenhetsperspektiv. Den begränsade utredningstiden har endast medgivit dokumentstudier, vilket inte ger en fullgod bild av hur vårdenheterna uppfyller de krav som landstingen ställer i förfrågningsunderlagen och hur landstingen följer upp olika avtal och rutiner, både på verksamhets- och individnivå. Det är också viktigt att studera primärvårdens samverkan med akutsjukvården och äldreomsorgen i vården av de mest sjuka äldre. Inriktningen bör vara att identifiera de insat-

ser och arbetssätt som bidrar till ett gemensamt situationsorienterat arbete för målgruppen.

Virtuell vårdavdelning och annan hemsjukvård

Virtuella vårdavdelningar är en brittisk vårdmodell med två delar. Den ena delen är en prediktiv modell för att identifiera riskpatienter som har ett stort behov av preventiva insatser, framför allt sekundärpreventiva, med syftet att minimera oplanerade slutenvårdsinläggningar. Den andra delen gäller vårdinsatsen, som kan beskrivas som ”sjukhusvård i hemmet” och som påminner mycket om det som i Sverige kallas avancerad hemsjukvård. En viktig komponent i virtuell vård är samverkan med andra aktörer.

I Sverige finns en primärvårdsansluten hemsjukvård, och det är allt fler kommuner som tar över ansvaret för den. Utöver denna basala hemsjukvård finns på vissa håll avancerad hemsjukvård och olika former av multiprofessionella team, t.ex. äldreteam och demensteam. Den basala hemsjukvården har dock dålig tillgänglighet på jourtid samt otillräcklig läkarmedverkan och samverkan med andra aktörer. Många multiprofessionella team har däremot inte dessa brister. De skilda geografiska förutsättningarna i landets kommuner och landsting påverkar i hög grad förutsättningarna i dessa avseenden.

Den avancerade hemsjukvården liknar virtuell vård på flera sätt. Den innebär huvudsakligen palliativ vård för personer med cancersjukdom, KOL, hjärtsvikt och neurologiska sjukdomar, men patienterna är sällan personer i höga åldrar.

Det finns två viktiga verktyg för att skapa trygghet, kontinuitet, samverkan och en individcentrerad hemsjukvård, nämligen individuell vårdplanering och fast vårdkontakt. Vårdgivarna använder inte dem tillräckligt ofta, och därför behöver de bättre rutiner för att genomföra och följa upp dem.

I Storbritannien har man utvecklat en metod för att identifiera de som ofta besöker akutmottagningar. I Sverige finns också en sådan metod i bruk. Den är dock inte speciellt utvecklad för de mest sjuka äldre, utan för de som ofta besöker akutmottagningar i allmänhet.

Socialstyrelsen bör utreda metoder för att identifiera högriskpatienter (”case finding”) och för att samordna vård och omsorg (”case management”), specifikt för målgruppen mest sjuka äldre och för svenska förhållanden.

Förebyggande hembesök och hälsosamtal

Socialstyrelsen har gjort en litteraturgenomgång om förebyggande hembesök och hälsosamtal till hemmaboende äldre som inte har några regelbundna insatser från hemtjänsten eller hemsjukvården. Förebyggande hembesök innebär att medicinskt eller socialt utbildad personal besöker den äldre i hemmet för att ge dem information om möjligheterna till stöd och service, tillsammans med råd om livsstilsfaktorer m.m. som kan förbättra hälsan, funktionsförmågan och livskvaliteten samt förebygga ohälsa och vårdbehov. Hälsosamtal betyder att den äldre inbjuds till vårdcentralen för en hälsokontroll och ett samtal med sin husläkare eller distriktssköterska om faktorer som kan påverka hälsan. Vi fann ingen forskning om hälsosamtal som var relevant för detta uppdrag.

Effekterna av förebyggande hembesök har studerats både i Sverige och i andra länder, och det går att dra vissa försiktiga slutsatser även om forskarna inte är helt överens om effekterna. Det finns ett visst vetenskapligt stöd för att hembesöken kan förbättra äldres funktionsförmåga och bromsa utvecklingen av funktionsnedsättningar för personer som är i 75-årsåldern och som har god hälsa. Flera studier har också uppmätt en minskad dödlighet bland de äldre som har fått hembesök. Den enda kontrollerade svenska studien gäller hembesök i Nordmaling, och den visade dock att effekten var kortvarig. I vissa studier har man kunnat se att behovet av slutenvård minskade genom besöken, och i Nordmalingsstudien behövde gruppen med hembesök göra färre akuta besök hos husläkaren jämfört med kontrollgruppen. En kontrollerad studie i Danmark visar samtidigt att behovet av hemtjänst ökade genom hembesöken eftersom de som genomförde hembesöken identifierade fler äldre med behov. I Nordmalingsstudien var resultatet det motsatta – medan hembesöken pågick hade interventionsgruppen mindre behov av hemtjänst än kontrollgruppen. Vissa studier tyder på att de äldre kan bo kvar hemma längre med hembesöken, men resultaten är inte tillräckligt säkra för att kunna dra några generella slutsatser.

Flera studier tyder på att hembesöken kan ha bäst förebyggande effekt för dem som är under 80 år och relativt friska. De har inga effekter för personer som är över 80 år och äldre som redan har funktionsnedsättningar, även om det är ett sätt att identifiera behovet av olika insatser och lotsa dessa äldre personer in i vård- och omsorgssystemet.

För att hembesöken ska vara effektiva är nödvändigt med välutbildad personal. Dessutom bör besöken vara väl strukturerade med ett mångfacetterat innehåll samt regelbundet återkommande med möjlighet till täta uppföljningar.

Det finns många metodologiska svagheter i den refererade litteraturen, t.ex. populationer i varierande ålder, olikheter i rekrytering och avsaknad av bortfallsanalyser. De använder dessutom olika metoder för att samla in data och olika utfallsmått samt har kort uppföljningstid.

De studier som visar goda resultat är utförda som särskilda projekt och under speciella förhållanden. Sammantaget gör detta att resultaten bör tolkas med försiktighet.

Sammanhållen vård- och omsorgstjänst

De mest sjuka äldre har ofta vård och omsorg från flera vård- och omsorgsgivare och olika kombinationer av insatser från akutsjukvården, primärvården och äldreomsorgen förekommer. Det finns flera bestämmelser i de gällande regelverken som gäller samverkan och samordning. Huvudmännen har länge arbetat för att utveckla samverkan inom sina organisationer, och mellan dem. Ändå är samordningen inte tillräckligt bra för de mest sjuka äldre, och därför krävs ytterligare åtgärder.

Vård- och omsorgsgivarna bör utveckla den individuella vårdplaneringen, fasta vårdkontakter, fasta läkarkontakter samt multidisciplinära team där äldreomsorgen, hemsjukvården och primärvården samverkar. Det bör också finnas en samordningsfunktion som ger stöd till de äldre och samordnar deras vård och omsorg.

Begrepp som används synonymt med samordningsfunktion är det engelska begreppet case management och ”koordinering av vård- och omsorgsinsatser”.

Verksamhetschefen inom hälso- och sjukvården har ansvar för att det finns rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet och samverkan i vårdprocesserna. Den fasta vårdkontakten ska tillgodose en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet. Fast vårdkontakt ska utses om behov föreligger eller om patienten själv kräver det.

Personligt ombud är ett stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten syftar till att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få möjlighet att leva ett självständigt liv, på jämlika villkor. Ombuden arbetar på den enskildes uppdrag. Personliga ombud arbetar fristående från myndigheter och vårdgivare och verksamheten är frivillig och kostnadsfri för den enskilde. Modellen har starka influenser av case-management.

Case-management är en samlingsbeteckning för olika former av samordningsfunktioner där en utsedd person – case-managern – har huvudansvaret att den enskilde får adekvat vård och stöd. Ansvar kan gälla utredning, planering och genomförande av insatser. Rollen kan se olika ut och variera i omfattning beroende på i vilket sammanhang den finns. I mer omfattande varianter är samordning av stödet kring den enskilde så långt som möjligt samordnat och integrerat mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. Ett tvärdisciplinärt team arbetar gemensamt i klientens närmiljö. Stödet är omfattande och teamet finns tillgängligt dygnet runt.

En samordningsfunktion bör dels bestå av stöd till den enskilde, dels att koordinera vård- och omsorgskontakterna. Samordningsansvarets lokalisering i vård- och omsorgssystemet är beroende av vilka kontakter den enskilde har med vården och omsorgen.

Vårdvalssystemets konsekvenser

God personalkontinuitet värderas högt av de mest sjuka äldre. De riskerar att missgynnas i valfrihetssystemen eftersom de är svaga aktörer som saknar tillräcklig information och är obenägna att göra omval. Målgruppen behöver därför stöd för att kunna ta tillvara de möjligheter som valfrihetssystemen ger.

Ersättningssystemen inom primärvården innehåller oftast en basersättning som i olika grad är relaterad till patientens ålder, sjuklighet och socioekonomiska förutsättningar. I varierande grad förekommer även målrelaterade och prestationsrelaterade ersättningar. Men inget landsting har en ersättningsmodell med direkt koppling till gruppen mest sjuka äldre.

Korttidsboende och mellanvårdsformer

Korttidsboendet är en del av det särskilda boendet och regleras i socialtjänstlagen. Äldre personer kan ansöka om plats i ett korttidsboende om de tillfälligt behöver mer omfattande sociala, medicinska och rehabiliterande insatser. Det finns olika ändamål med vistelsen på korttidsboendet, såsom eftervård i samband med utskrivning från slutenvården, rehabilitering samt växelvård och avlastning för de anhöriga. Äldre kan också vistas på ett kort-

tidsboende medan socialnämnden utreder vilken boendeform som är lämplig.

Tidigare rapporter och statliga utredningar har betonat att de som bedriver korttidsboenden behöver ha ett tydligare innehåll i verksamheten. Antalet korttidsplatser i kommunerna är begränsat och skälen till vistelsen varierar, och därför är det svårt för utförarna att renodla enheter med verksamhet för t.ex. enbart boende som har beviljats eftervård. Därmed är det särskilt viktigt att varje enskild boende har en genomförandeplan som beskriver målet och innehållet för vistelsen. En sådan plan är nödvändig för att den äldre personen ska garanteras god kvalitet i vården och omsorgen under vistelsen och för att resultatet ska kunna följas upp.

Det behövs också en nationell kartläggning av behovet av platser, beläggningen på dem samt en beskrivning av deras verksamhet och innehåll. Dessutom är det viktigt att studera alternativen till korttidsboenden, t.ex. hemrehabilitering och hemsjukvård, för att identifiera vilka som behöver korttidsboenden och i vilka situationer.

Det finns ingen giltig definition av begreppet mellanvård och bara begränsad litteratur, vilket gör den svår att kartlägga. Socialstyrelsen föreslår därför att mellanvård ska definieras och kartläggas i fortsatta studier.

Beskrivning av vård- och omsorgsprocessen

För att beskriva vård- och omsorgsprocessen har Socialstyrelsen samlat in material genom intervjuer med ansvariga för patientadministrativa system i sju landsting och medicinskt ansvariga sjuksköterskor i tretton kommuner. För närvarande finns det inga data som gör det möjligt att följa en äldre persons användning av hälso- och sjukvård i landstinget och kommunen samt socialtjänsten. Förutsättningarna är bättre i landstingens vårdadministrativa system och i kommunernas socialtjänst än i kommunernas hemsjukvård.

För att få de data som behövs är det nödvändigt att sambearbeta data från journaler inom båda huvudmännens hälso- och sjukvård och inom kommunernas socialtjänst. Det är dock få landsting som använder hälsoärendenummer eller liknande som gör det möjligt att koppla samman vård- och omsorgsepisoder. Däremot finns goda möjligheter att identifiera målgruppen mest sjuka äldre i landstingens och kommunernas datasystem.

Slutsatser

Inom uppdraget har Socialstyrelsen gjort ett antal förberedande studier. Med stöd av resultaten drar vi följande slutsatser:

- Landstingens förfrågningsunderlag beskriver allför sällan primärvårdens ansvar för de mest sjuka äldres särskilda behov av primärvårdsinsatser. Det är anmärkningsvärt eftersom primärvården ska erbjuda god hälso- och sjukvård till alla utan avgränsning när det gäller sjukdom, ålder eller patientgrupp.
- Primärvårdens insatser och arbetssätt är inte tillräckligt anpassade till de mest sjuka äldres behov, även om en hel del utvecklingsarbete pågår.
- Primärvårdens uppdrag, insatser och arbetsformer behöver utvecklas i nära samverkan med äldreomsorgen och den specialiserade hälso- och sjukvården, för att skapa en väl samordnad vård och omsorg som ger de mest sjuka äldre en god vård och omsorg utanför sjukhusen.
- De mest sjuka äldre riskerar att missgynnas av vårdvalssystemet om de inte har en engagerad företrädare som kan söka information, bedöma kvaliteten i alternativen och välja utförare.
- Landstingens ersättningssystem till primärvården ger högre ersättning för äldre patienter, i varierande grad. Även om ersättningarna ligger i nivå med utförarens kostnader för äldre patienter, är det ändå osäkert om systemen ger tillräckliga drivkrafter för att utveckla insatser och arbetssätt som svarar mot de mest sjuka äldres behov.
- Många äldre behöver hjälp från olika vård- och omsorgsenheter. För att insatserna ska fungera bra krävs att personalen vid de berörda enheterna samarbetar väl, att organisationerna har en strukturerad samverkan och att insatserna som ges är koordinerade.
- Alla mest sjuka äldre bör ha en utsedd fast vårdkontakt inom hälso- och sjukvården och en individuell plan. Dessutom bör de ha en fast läkarkontakt.
- Personer i målgruppen bör alltid ha stöd av en samordningsfunktion. Den äldres vård- och omsorgskontakter avgör var den funktionen ska finnas, men i många fall är hemsjukvården en lämplig samordnare. Funktionen bör ge stöd till de äldre i deras kontakter med vården och omsorgen samt samordna insatser från olika yrkesgrupper och enheter.
- Personalen i det praktiska vård- och omsorgsarbetet behöver metoder för att identifiera personer som tillhör gruppen mest sjuka äldre eller som riskerar att göra det.
- Det finns erfarenheter från avancerad hemsjukvård och teamarbete inom vården och omsorgen om äldre. Dessa erfarenheter bör användas i arbetet med att utveckla en avancerad hemsjukvård för äldre personer.
- Förebyggande hembesök och hälsosamtal för äldre behöver studeras närmare. Därför behövs kontrollerade studier i ordinarie verksamheter i Sverige som under längre tid utvärderar effekterna av dessa besök och samtal, och deras kostnadseffektivitet.

- Uppgifterna om antalet besök i slutenvård och öppen specialistvård kan användas för att identifiera och avgränsa gruppen mest sjuka äldre i landstingens vårdadministrativa system. Däremot går det inte att få en samlad bild av vårdkontaktarna eftersom den vård som ges av kommunerna inte registreras på ett strukturerat sätt. Det är svårt att följa de vård- och omsorgsprocesser som även innefattar kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst, och möjligheterna begränsas av IT-systemens innehåll och sätt att fungera.
- Det är viktigt att kunna följa vården och omsorgen för de mest sjuka, vilket förutsätter att alla kontakter och insatser registreras på ett hälso-ärendenummer eller liknande. För närvarande är det mycket få landsting som använder sådana nummer.
- Korttidsboenden och olika mellanvårdsformer har en viktig funktion i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Dessa verksamheter behöver dock få ett tydligare innehåll och en tydligare målgrupp. Dessutom behöver verksamheterna bli bättre på att göra individuella planer för de äldre och följa upp resultaten.

Socialstyrelsens bedömning är att det krävs fortsatt arbete inom flera av de områden som behandlas i denna rapport. I dialog mellan socialdepartementet och Socialstyrelsen bör ställning tas till inriktningen på det fortsatta arbetet.

Uppdraget och dess genomförande

Uppdraget

Regeringen satsar på insatser för att samordna vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Som ett led i det fick Socialstyrelsen i juni 2011 uppdraget att bland annat

- kartlägga primärvårdens uppdrag och ansvar samt analysera vilka insatser som görs för de mest sjuka äldre
- ta fram förslag till en sammanhållen vård- och omsorgstjänst
- sammanställa erfarenheter av virtuella vårdavdelningar
- inventera olika typer av korttidsboenden och mellanvårdsformer
- redovisa erfarenheter av förebyggande hembesök och hälsosamtal
- redovisa konsekvenser av vårdvalsystemet för målgruppen
- kartlägga modeller för att identifiera och stötta enskilda personer
- kartlägga flöden och processer i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Uppdragen ska redovisas senast den 15 december 2011.

Metod och genomförande

Tidsramen för uppdragen ovan blev avgörande för valet av metod och arbetssätt. I samtliga uppdrag valde Socialstyrelsen att främst göra omfattande litteratursökningar och litteraturgenomgångar av allt från nationella och internationella forskningsrapporter, forskningssammanställningar och vetenskapliga artiklar till revisionsrapporter och förfrågningsunderlag.

I uppdraget om förebyggande hembesök och hälsosamtal gjorde Socialstyrelsen systematiska sökningar och beskrivningar av vetenskapligt publicerad litteratur. Tillvägagångssättet redovisar vi i detalj i bilaga 2.

Landstingens förfrågningsunderlag för vårdval i primärvården var centrala dokument för ett par av uppdragen. Andra relevanta källor var landstingens årsredovisningar och verksamhetsplaner som undersöktes utifrån ett antal frågor (se bilaga 1).

Utredningstiden var för kort för att göra några nya datainsamlingar, förutom i uppdragen om data för att beskriva vård- och omsorgsprocessen och den del som avser vårdvalssystemets konsekvenser. Däremot anordnade Socialstyrelsen i slutet av oktober en hearing om primärvårdens roll för de mest sjuka äldre. I samråd med Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bjöd vi in ett urval landstingsrepresentanter samt företrädare från olika professioners organisationer och kommuner.

Bland underlagen finns även patientnämndernas verksamhetsberättelser, dialogmöten, studiebesök och underhandskontakter med kommuner och landsting.

Vissa delar av uppdraget har Socialstyrelsen genomfört i samråd med SKL, Stiftelsen Leading Health Care, Tillväxtverket samt Socialdeparte-

mentet, och vi har förankrat det i ett urval av landsting, kommuner och organisationer.

Läsanvisning

Denna rapport redovisar sju deluppdrag. Först kommer tre avsnitt som är gemensamma för alla deluppdrag: sammanfattning, slutsatser och förslag samt uppdraget och dess genomförande. De följande kapitlen redovisar resultaten från respektive deluppdrag:

- Primärvårdens ansvar och insatser
- Virtuella vårdavdelningar och annan hemsjukvård
- Förebyggande hembesök och hälsosamtal
- Vårdvalssystemets konsekvenser
- Sammanhållen vård- och omsorgstjänst
- Korttidsboende och mellanvårdsformer
- Beskrivning av vård- och omsorgsprocessen.

Referenserna till dessa kapitel finns samlade i slutet av rapporten men är sorterade under respektive rubrik.

Bilaga 1 innehåller de frågeställningar som Socialstyrelsen använde för att granska dokumenten om primärvårdens ansvar och uppdrag. Bilaga 2 redovisar i detalj hur vi gjorde de systematiska sökningarna av vetenskapligt publicerad litteratur inom ramen för uppdraget om förebyggande hembesök och hälsosamtal.

I avsnittet om Primärvårdens uppdrag och insatser använder vi de begrepp som landstingen använder, även om de inte överensstämmer med de definitioner av begreppen som vi redovisar nedan.

Definitioner och andra beskrivningar

Här redovisar vi innebörden av några begrepp i rapporten. Om begreppen finns definierade i Sveriges officiella statistik eller Socialstyrelsens termbank använder vi dessa definitioner.

Förfrågningsunderlag är i detta sammanhang benämningen på dokument med kravspecifikationer som används vid upphandlingen av vårdval i primärvården.

Förebyggande hembesök är besök i den äldres hem av medicinskt eller socialt utbildad personal som ska informera om möjligheterna att få stöd och service, ge råd för att främja hälsan, funktionsförmågan och livskvaliteten samt tidigt upptäcka hälsoproblem.

Hembesök är öppenvårdsbesök i patients bostad eller motsvarande.

Hemsjukvård är hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden.

Kommentar och användningsområde: Åtgärderna/insatserna ska ha föregåtts av vård- och omsorgsplanering. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Hemsjukvårdsbesök är vårdkontakt inom hemsjukvård som innebär personligt möte mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Hälsosamtal är när personer bjuds in till vårdcentralen för en hälsokontroll och ett livsstilssamtal med läkare eller distriktssköterska. Syftet är att förebygga ohälsa, främja hälsa och livskvalitet och tidigt upptäcka tecken på ohälsa.

Hälsoärende är identitetsbärare för en vård- och omsorgsprocess. Observationer, uppfattningar, bedömningar samt planering och utförande av aktiviteter ingår i ett hälsoärende.

Korttidsboende är ett särskilt boende enligt socialtjänstlagen som efter en individuell bistanstprövning ger vård och omsorg dygnet runt under kortare tid.

Korttidsplats är en bäddplats utanför det egna boendet som är avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt.

Läkemedelsavstämning är en kartläggning av en patients samtliga ordinerade och använda läkemedel.

Läkemedelsgenomgång systematisk bedömning och omprövning av ordinerade läkemedels utifrån patientens hälsotillstånd och behov för att uppnå en effektiv och säker läkemedelsbehandling.

Mellanvårdsform är ett samlingsnamn för de vårdformer som finns mellan slutenvården (på sjukhus) och öppenvården. Det finns ingen vedertagen definition av begreppet.

Primärvård är hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder och patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser.

Virtuell vårdavdelning är en avdelning som finns som en organisatorisk enhet, men inte som en fysisk avdelning. Patienterna vårdas i hemmet.

Vårdenhet är en organisatorisk enhet som tillhandahåller hälso- och sjukvård. Vårdenhet kan vara t.ex. vårdcentral, sjukhus, klinik, basenhet, mottagning, vårdavdelning eller motsvarande.

Primärvårdens ansvar och insatser

Primärvården har ett brett ansvar för den grundläggande hälso- och sjukvården för hela befolkningen, även för de mest sjuka äldre. Alla landsting beskriver dock inte detta tydligt i sina förfrågningsunderlag.

Primärvårdens insatser till målgruppen består av de sedvanliga läkarinsatserna på vårdenheter, men också av förebyggande hembesök, hembesök och läkemedelsgenomgångar samt läkarmedverkan i hemsjukvården i särskilt och ordinärt boende.

Enligt Socialstyrelsens genomgång finns det inget system för att identifiera de mest sjuka äldre i primärvården.

Primärvårdens ansvar och insatser till de mest sjuka äldre, både från ett landstingsperspektiv och från vårdenheters perspektiv behöver studeras vidare och förtydligas. Landstingens uppföljning av avtalen med primärvårdsenheter behöver också studeras vidare.

Inledning

I vården av de mest sjuka äldre finns flera aktörer såsom den kommunala omsorgen, hemsjukvården, primärvården och den specialiserade hälso- och sjukvården. Det har under senare tid efterfrågats vilken roll primärvården har i vården av de äldre med stora vårdbehov. Kritik har riktats mot primärvården och flera frågor kan ställas. Vårdas de äldre på rätt vårdnivå när de vid upprepade tillfällen åker in för utredning och vård till akutmottagningen på sjukhusen? [1]. Är primärvården tillgänglig när den mest sjuka äldre personen söker den, också under kvällar och helger? Gynnar vårdvalet de mest sjuka äldre? Finns det en tillräcklig kompetens inom primärvården för att ta hand om de mest sjuka äldre? Hur är kvaliteten på läkemedelsbehandlingen för de mest sjuka äldre? [2] Har primärvården de organisatoriska förutsättningarna för att ta ett större ansvar för vården kring de mest sjuka äldre?

Primärvården utgör första linjens sjukvård och det gäller även för de mest sjuka äldre. Mot bakgrund av att allt fler som tidigare vårdades på sjukhusen idag kan vårdas hemma, att antalet slutenvårdsplatser minskar [2] och att väntetiden till särskilt boende varierar i landet [3] har primärvården ett allt större ansvar för vården av målgruppen. En kommunaliserad hemsjukvård [4] och en utveckling av mobila äldreteam [5] gör att primärvården behöver tydliggöra sin roll som koordinator i vården av målgruppen. I följande kapitel kartläggs primärvårdens ansvar och insatser, som ges till de mest sjuka äldre, utifrån genomgångna dokument. Avslutningsvis diskuteras förslag på områden som kan behöva studeras vidare.

Frågeställningar

Vid kartläggningen av primärvårdens roll för de mest sjuka äldre berörs följande frågeställningar:

- hur beskrivs ansvaret för målgruppen
- vilka insatser ges till målgruppen
- vilket förebyggande arbete bedrivs för äldre
- finns system för att identifiera målgruppen?

Definition av primärvård

I tidigare utredningar av Socialstyrelsen har det diskuterats om det finns en samsyn kring vad primärvård är [6-7]. Primärvårdens breda verksamhet har inte heller i samma utsträckning som specialistvården stått i fokus för nationella kvalitetsregister eller redovisningar av resultat. Primärvårdens uppdrag definieras främst utifrån 5 § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL, som lyder ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Det som brukar framhållas i samband med definitionen är att primärvårdsbegreppet inte definieras i sig, utan i relation till sin omgivning; att det är hälso- och sjukvårdsverksamhet ”som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Synen på primärvård och primärvårdens roll förändras därför successivt. Tack vare en snabb medicinteknisk utveckling kan mer hälso- och sjukvård utföras utanför sjukhusen än tidigare [8]. De mest sjuka äldre med stora vårdbehov kan numera vårdas i det egna hemmet. Denna stegvisa förändring och utveckling under lång tid mot kortare vårdtider i slutenvård och mer öppen specialistvård och utveckling av avancerad hemsjukvård, visar att även personer med svåra sjukdomstillstånd kan vårdas med gott resultat i hemmiljö.

De verksamhetsområden som brukar räknas som primärvård är: åtgärder av läkare som upprätthåller funktion som specialist i allmänmedicin, distriktssköterskeverksamhet, hemsjukvård, barn- och mödrahälsovård (exklusive specialistmödravård) och kommunal hälso- och sjukvård [9].

Kort beskrivning av primärvårdens utveckling

Lagändringar under senare år

Vårdvalet är en av de största och genomgående förändringar som skett inom primärvården sedan husläkarreformen i mitten av nittiotalet [6]. År 2009 antog riksdagen propositionen Vårdval i primärvården (prop. 2008/09:74, bet. 2008/09: SOU, 2008/09:172). Detta innebär att regionerna, landstingen och Gotlands kommun senast den 1 januari 2010 skulle ha infört vårdvals-system som ger patienten rätt att välja mellan olika vårdgivare i primärvården. Alla vårdgivare, som uppfyller de krav landstingen ställer, har rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning. Målen är att på detta sätt dels öka patienternas inflytande, dels öka antalet vårdgivare. Bestämmelserna i lagen (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) ska följas när landstingen utformar sina respektive valfrihetssystem. Primärvården har därmed organisatoriskt allt mer utvecklats från att ha bestått av landstingsdrivna vårdenheter, till att fler vårdenheter bedrivs i privat regi och har fri etableringsrätt oberoende av befolkningsunderlaget.

2007 infördes en ny bestämmelse 26 d § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) HSL som innebär att landstinget ska sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattningen och formerna för läkarmedverkan i särskilda boenden och i dagverksamhet samt i ordinärt boende i de kommuner som ansvarar för denna vård.

Sedan i juli 2010 har också en ändring i hälso- och sjukvårdslagen gjorts gällande fast vårdkontakt, förnyad medicinsk bedömning och utökad information till patienten som innebär att verksamhetscheferna fått ett tydligare ansvar för att patientens behov av trygghet, samordning, kontinuitet och säkerhet i vården tillgodoses.

Nationell statistik saknas för primärvården

Uppgifter för att kunna beskriva de mest sjuka äldres efterfrågan på primärvårdens resurser och vårdkvaliteten generellt inom primärvården är fortfarande begränsad i jämförelse med den statistik som finns om slutenvården. Det saknas nationell statistik om antal besök och orsak/diagnos för besöket i primärvården på individnivå. Sveriges kommuner och landsting för dock statistik om primärvård på verksamhetsnivå, delområden, antal besök, antal telefonkontakter och kostnader. Socialstyrelsen har ett uppdrag att förbereda ett individbaserat hälsodataregister för primärvården. Det gör att uppgifter om de mest sjuka äldres behov av primärvårdens insatser i dagsläget inte kan redovisas på nationell nivå, utan att särskild datainsamling sker.

Kvalitetsområden i primärvården

Det kvalitetsområde inom primärvården som på senare år fått ökat fokus är tillgänglighet, men också bemötandet av patienterna. I den nationella patientenkäten för primärvård 2009 redovisas ett övervägande positivt resultat för den patientupplevda kvaliteten beträffande tillgänglighet, väntetid för läkarbesök. Områden som skattades lägre var brist på information i samband med att ett läkarbesök inte skedde i tid och brist på information om biverkningar av läkemedel [11]. I lägesrapporten för primärvården från 2006 uppmärksammas andra kvalitetsområden, förutom primärvårdens tillgänglighet och att den ges i rimlig tid, såsom om den är kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, jämlik och om den är effektiv [7]. Läkemedelsbehandling av äldre och särskilt av de mest sjuka äldre är ett annat känt problemområde [2, 12]. Äldres användning av läkemedel har nästan fördubblats under de senaste 20 åren, huvudsakligen på grund av att många nya läkemedel och behandlingsprinciper introducerats under denna tid. Detta innebär större möjligheter att behandla åldrandets sjukdomar och besvär, men medför också en ökad risk för läkemedelsrelaterade problem såsom biverkningar och läkemedelsinteraktioner. Särskilt utsatta är de mest sjuka äldre, som på grund av sjukdom och sviktande funktioner också är mest känsliga för läkemedel. En av de mest allvarliga konsekvenserna av den omfattande läkemedelsanvändningen hos äldre är att en betydande andel, 10-30 procent, av akuta inläggningar av äldre på sjukhus idag, beror på läkemedelsbiverkningar [12].

Avsikten med följande kapitel är dock inte att redovisa huruvida primärvården utifrån nämnda kvalitetsområden är god för de mest sjuka äldre, utan att kartlägga vad som beskrivs i styrande dokument kring ansvaret och insatserna för målgruppen.

Problemområden

Landstingen har i och med införandet av vårdvalet utformat olika ersättningssystem som i varierad utsträckning utgår från ålderssammansättning, socioekonomiska förutsättningar, samt utifrån en mer eller mindre målrelaterad eller prestationsrelaterad ersättning. Då ersättning för ett kort såväl som långt läkarbesök kan vara lika har det ifrågasatts om kroniker och äldre personer med sammansatta vårdbehov missgynnas, eftersom de kan behöva längre läkarbesök [13].

Tillgängligheten hos vårdenheterna och deras anpassning till en äldre patientgrupp har också ifrågasatts eftersom det framkommit svårigheter med telefontillgängligheten för äldre. Det kan vara svårt att höra en digitaliserad telefonröst som uppmanar till att knappa in person- och telefonnummer. Ett annat problem som identifierats är primärvårdens tillgänglighet när ett vårdbehov uppstår på kvällen, natten eller under helgen och vårdenheten är stängd. Den trygghet som ges av den egna valda vårdenheten med känd personal finns då inte till hands. Detta kan bidra till att det vårdbehov man söker för utförs på fel vårdnivå, då akutsjukvården uppsöks i stället för primärvårdens jourcentral [14].

I landsting som brottas med vakanser inom allmänmedicin och läkarbemanningen på primärvårdsenheterna finns också problemet med en bristande läkarkontinuitet, något som kan vara särskilt viktigt för de mest sjuka äldre patienterna. En god läkarkontinuitet är en patientsäkerhetsfråga och särskilt viktig för målgruppen. Det gäller både i mötet mellan patient och läkare, men också för att uppnå en väl fungerande uppföljning av åtgärder. Hyrläkare ger försämrad kontinuitet, vilket kan bidra till en ökad risk bristfällig uppföljning av åtgärder [15].

Ökad geriatrisk kompetens har efterfrågats i alla led i vårdkedjan och inte bara hos läkare, utan även för andra yrkeskategorier [16]. Då antalet slutenvårdsplatser inom geriatriska vårdavdelningar blivit färre samtidigt som fler äldre vårdas i hemmet genom hemsjukvård och hemtjänst, så finns ett generellt ökat behov av geriatrikkompetens i hälso- och sjukvård och omsorg för äldre [16].

I Socialstyrelsens tillsynsrapport beskrivs att kommuner och landsting i de flesta fall har upprättat gemensamma rutiner för samverkan i vårdkedjan vid utskrivning från slutenvård, men att de överenskomna rutinerna inte alltid tillämpas [17]. Det finns också brister i informationsöverföring mellan sjukhus och primärvård. Information om aktuell läkemedelsbehandling stämmer inte alltid och epikrisen (slutanteckning från journalhandling) överlämnas ibland för sent [17].

Primärvårdens roll som koordinator i vården för de mest sjuka äldre har också lyfts fram av enskilda landsting, då målgruppen mest sjuka äldre är en patientgrupp som ofta har många diagnoser och därmed vårdkontakter vid flera specialistmottagningar vid sjukhus. I dessa situationer kan de äldre behöva någon som koordinerar vården. Primärvårdens möjlighet att fungera som koordinator har ifrågasatts, eftersom informationsutbytet av journalhandlingar, som vårdplaner och epikriser, mellan den specialiserade vården och primärvården inte alltid fungerar optimalt [13-14].

I SKL:s uppföljning av multisjuka äldre visade det sig att de äldre hade varit i kontakt med i genomsnitt fyra olika läkare i primärvården under en 18 månadersperiod med ett extremvärde på 16 olika läkare [18]. Under

samma tid hade de äldre också varit i kontakt med i genomsnitt sex olika sjuksköterskor med ett extremvärde på 36 olika sjuksköterskor. Problem med kontinuitet och frekvens i kontakten med läkare och sjuksköterska inom primärvården är ett område som också i andra studier framhållits som viktiga att uppmärksamma i vården av de mest sjuka äldre [19-20]. Betydelsen av en primärvårdsläkare som har ett tydligt ansvar för den äldre och en distriktssköterska som fungerar som en länk mellan läkaren och hemtjänstens omsorgspersonal är väsentligt för att vården ska fungera [21-22].

Ett annat område som lyfts fram i bl.a. Socialstyrelsens rapport om jämlikhet i vården 2011 är att läkares tid för besök på äldreboenden varierar mycket mellan olika län och också inom ett län [23]. Läkarmedverkan i särskilda boenden regleras i lokala avtal. Revisionsrapporter gjorda i enskilda landsting eller kommuner styrker bilden av en ojämn medverkan från primärvårdens läkare. Ett exempel är behovet av hembesök av läkare under jourtid [14, 24]. Även mer positiva resultat är att läkemedelsgenomgångar med primärvårdsläkare på de särskilda boendena sker i allt högre grad.

Resultat – genomgång av förfrågningsunderlag

Definition av de mest sjuka äldre

Det varierar i vilken utsträckning landstingen i sina förfrågningsunderlag tar upp och preciserar de mest sjuka äldre. När gruppen omnämns används begrepp som multisjuka äldre, äldre multisjuka, äldre med sammansatta vårdbehov etc. Andra begrepp som förekommer i förfrågningsunderlagen och som åtminstone delvis torde avse gruppen mest sjuka äldre är patienter med långvarig eller kronisk ohälsa, personer med behov av sammansatta insatser, kroniskt sjuka, personer med nedsatt autonomi etc. I förfrågningsunderlagen definieras begreppen sällan närmare.

Vilket ansvar har primärvården för de mest sjuka äldre?

Enligt Socialstyrelsens genomgång av förfrågningsunderlagen har primärvården ett brett hälso- och sjukvårdsansvar för hela befolkningens grundläggande vårdbehov. Ansvar innebär att ge vård utan avgränsning vad gäller sjukdomar (psykiska och fysiska), ålder, patientgrupp eller tid på dygnet och i det ingår också ansvaret för de mest sjuka äldre patienterna. Den verksamhet som bedriver primärvård ansvarar för att ge planerad och oplanerad vård i form av rådgivning, utredning, diagnostik, behandling, omvårdnad och uppföljning. Det beskrivs också i flera förfrågningsunderlag att primärvården ska vara en för patienten rådgivande instans, dit man vänder sig för råd och anvisningar, liksom hjälp för att få vård på rätt vårdnivå. Några landsting har formulerat krav på vårdcentralerna att bedriva hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på individnivå. Landstingen har utformat grunduppdraget på olika sätt. Det finns skillnader när det gäller om rehabilitering, barnhälsovård och mödrahälsovård ingår i vårdvalet eller inte. Primärvården ska också, enligt ett landsting, genom sina kontakter med befolkningen utgöra en mötesplats för samverkan med olika organisationer i hälso- och sjukvårdsfrågor.

I drygt hälften av alla förfrågningsunderlag finns beskrivet att verksamheten vid primärvårdsenheterna ska organiseras på sådant sätt att behov av hälso- och sjukvård hos äldre, patienter med sammansatta vårdbehov, kro-

niskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning särskilt kan tillgodoses. Det beskrivs dock inte närmare hur verksamheten ska organiseras eller vara inriktad för att tillgodose målgruppernas behov. Det är mindre vanligt att landstingen i sina målformuleringar särskilt anger mest sjuka äldre. För att säkerställa kontinuitet i vården hos målgruppen mest sjuka äldre beskrivs att primärvården har ett ansvar för att utse och ge patienterna en fast vårdkontakt, såsom namngiven läkare, distriktssköterska eller annan personalkategori utifrån patientens behov. Tre landsting beskriver i förfrågningsunderlaget att det är vårdgivarens ansvar att vara patientens lots och koordinatör i vårdprocessen för målgruppen.

Vilka insatser gör primärvården för de mest sjuka äldre?

Alla landsting och vårdenheter som bedriver primärvård ska erbjuda alla de patienter som behöver och önskar det, en fast vårdkontakt, enligt lagändring från 1 juli 2010 i hälso- och sjukvårdslagen. Detta beskrivs också i de flesta förfrågningsunderlagen. Ett landsting skriver att förutom fast vårdkontakt ska äldre multisjuka patienter också ha en fast läkarkontakt och erbjudas minst ett läkarbesök inom primärvården per år. De insatser som beskrivs i landstingens förfrågningsunderlag, landstingsplaner och årsredovisningar i samband med att målgruppen mest sjuka äldre nämns är: hälsosamtal/prevention, hembesök, hemsjukvård, särskilt boende och läkemedelsgenomgångar. Under följande rubriker redovisas vad som framgår för varje insats. De insatser som beskrivs gäller samtliga patienter och inte enbart de mest sjuka äldre.

Förebyggande hembesök och hälsofrämjande arbete

I flera förfrågningsunderlag beskrivs att primärvårdsenheterna ska erbjuda förebyggande hembesök till personer i åldern 75 år och äldre i ordinärt boende och som inte har vård- och omsorgsinsatser från kommunen.

Det finns olika formuleringar i förfrågningsunderlagen när det gäller från vilken ålder som hälsosamtal med äldre ska ske, vanligast är mellan 75 år och upp till 80 år. Hälsosamtalen kan innehålla frågor om livsstil, läkemedel och fallprevention. Samtalet kan ske i hemmet tillsammans med distriktsköterskan eller på vårdenheten och i samverkan med kommunen eller bara av kommunen. Några landsting beskriver t.ex. inte uttalat i förfrågningsunderlaget att de gör hälsosamtal med äldre, utan beskriver generellt det hälsofrämjande arbetet och god hälso- och sjukvård, där riskförebyggande arbete och fungerande vårdkedjor ingår. I årsredovisningarna för några landsting står det att de genomför hälsosamtal med äldre personer tillsammans med kommunen. Hälsosamtalen i den äldre personens hem (förebyggande hembesök) beskrivs av ett landsting i budgeten som mest kostnadseffektiva om de sker tillsammans med kommunen, dvs. som förebyggande hembesök. Några landsting beskriver att de i olika projekt arbetat med hälsosamtal med äldre, men att det är osäkert om det blir en fortsättning efter projekttiden. Flertalet landsting beskriver dock att ett förebyggande hälsoarbete kan ge positiva effekter även högt upp i åldrarna, då det har betydelse för den enskildes välbefinnande, samt för omfattning och kostnader för vård och omsorg.

Hembesök

Flertalet landsting skriver i förfrågningsunderlaget att patienter med sammansatta vårdbehov och äldre ska erbjudas hembesök, både planerade och oplanerade, av personal (alla personalkategorier) från vårdenheten om patientens sjukdomstillstånd, eller livssituation inte medger besök på vårdenheten eller då åtgärder motiverar besök i hemmet. Flera landsting anger också att dessa hembesök ska ske i samarbete med kommunen. I ett landsting betonas att det är hembesök av läkare som målgruppen mest sjuka äldre ska erbjudas. Ett annat landsting skriver exempelvis att ett hembesök kan tillföra kunskap om patientens situation. I underlagen från ytterligare ett landsting står det att hembesök ska göras när det medicinska tillståndet och komplicerande faktorer så kräver, för att den medicinska säkerheten inte ska äventyras. I landstingsplanen för 2011-2013 beskriver ett landsting att de ska arbeta för att hembesök hos sjuka äldre ska erbjudas i den utsträckning behandlande läkare bedömer att det är motiverat, men att det inte är något som patienten kan begära.

Hemsjukvård

Att den äldre befolkningen och andra patienter i behov av hemsjukvård ska få sina hemsjukvårdsbehov tillgodosedda så långt det är möjligt beskrivs i de flesta förfrågningsunderlagen. Landstingen ska, enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), erbjuda läkarresurser till de äldre som bor i särskilda boendeformer. Landsting och kommuner ska, enligt 26 § HSL, samverka så att patienter får den vård, behandling och de hjälpmedel som krävs.

Landstinget och kommunerna i länen har lokala samverkansavtal, så kallade Ädelavtal, som reglerar ansvars- och uppgiftsfördelningen och samverkansformer mellan huvudmännen. Vårdenheten som bedriver primärvård ska följa dessa avtal. Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Hemsjukvård är till för personer som behöver långvariga insatser från både hälso- och sjukvården. Uppdraget omfattar den hemsjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver slutenvård. Avancerad hemsjukvård ingår oftast inte i primärvårdens uppdrag. Den samordnade vårdplaneringen skall ligga till grund för vård, behandling och rehabilitering i hemsjukvården. Några landsting lyfter också fram att vårdplanering ska ske vid behov, även utan aktuell vårdperiod på sjukhus.

Läkarmedverkan i hemsjukvården regleras inom respektive kommun genom lokala avtal, rutiner och överenskommelse mellan ansvariga för den kommunala hälso- och sjukvården och respektive vårdenhet. Generellt beskriver avtalen att vårdenheten ska ansvara för läkarinsatser. Vårdenheten ska bistå med namngiven läkare till av kommunen registrerad hemsjukvårdspatient. Läkarkontakterna sker utifrån vald vårdenhet och en fast läkarkontakt ska erbjudas inom vårdenheten till personer med hemsjukvård i ordinärt boende. Rutiner för hur samverkan mellan vårdenheten och kommunen ska ske ska upprättas, både vad gäller planerad och akut verksamhet dygnet runt, och beskrivas i överenskommelsen. Att vårdenheten som ger läkarmedverkan i hemsjukvård särskilt ska beakta att god tillgänglighet och kontinuitet garanteras målgruppen beskrivs av några landsting. Dessa lokala läkaravtal för hemsjukvård har inte studerats inom ramen för detta uppdrag.

Individer som omfattas av ett kommunalt hälso- och sjukvårdsansvar ska vid behov erbjudas hembesök inom ett dygn av läkare enligt några landsting. Vidare beskrivs att den vårdenhet som har ansvar för läkarinsatsen inom hemsjukvården i det egna boendet också ansvarar för läkare i beredskap under hela dygnet. Ett landsting beskriver att vårdenheten har ansvar för anslutna patienter även under perioder då patienterna befinner sig på korttidsboende även om detta ligger utanför närområdet.

Allmänläkaravtal för särskilt boende

I förfrågningsunderlagen beskrivs att vårdenheterna ansvarar för läkarinsatser, vårdplanering och samverkan med den kommunala hälso- och sjukvården eller motsvarande för listade patienter i s.k. lokala avtal kring läkarmedverkan i särskilda boenden. Vad som ingår i läkarmedverkan beskrivs i de lokala avtalen. I grunduppdraget för läkarmedverkan ingår följande i förfrågningsunderlagen: att de särskilda boendena, med respekt för individens valfrihet, har tillgång till speciellt utsedd läkare och att denne läkare har schemalagd tid avsatt för boendet. Läkaren ska ge medicinsk konsultation inklusive telefonrådgivning till sjuksköterskorna vid boendet, se till att det finns kontinuerlig och aktuell journaldokumentation med diagnoser och aktuell läkemedelslista för varje vårdtagare vid boendet och utfärda delegation för influensavaccination till sjuksköterska som inte är distriktssköterska. Landstingen fördelar ansvaret för särskilt boende i dialog med vårdenheterna. Landstingen arbetar konkurrensneutralt och likabehandlande vad gäller tilldelning av uppdrag mellan offentligt och privat drivna vårdenheter. Vårdenheten ska ansvara för läkarmedverkan i de särskilda boenden som finns inom närområdet. Ett landsting skriver att läkare som ansvarar för särskilt boende är, för patienter som valt annan vårdenhet, endast skyldig att utföra akuta och oplanerade insatser. I ett landsting har den s.k. ”Hemvårdsenheten” för äldre vid landstingets primärvårdsförvaltning samordningsansvaret för läkarinsatser i särskilda boenden. Direktinläggningar kan göras av äldre multisjuka patienter med kända diagnoser i särskilda boenden, enligt riktlinjerna för direktinläggningar. Under dagtid görs direktinläggningar av läkare som ansvarar för läkarinsatser vid särskilda boenden. På kvällar, nätter och helger görs direktinläggningar av tjänstgörande beredskapsläkare.

Läkemedelsgenomgångar

I nästan alla förfrågningsunderlag beskriver landstingen hur arbete och rutiner med läkemedelsgenomgångar ska se ut för gruppen äldre patienter eller patienter med många läkemedel. I de fleråriga verksamhetsplanerna beskriver några landsting hur de tillsammans med kommunerna har skapat en gemensam rutin eller modell för läkemedelsgenomgångar, som regleras i avtal och koordineras av primärvården. Flertalet landsting beskriver att läkemedelsgenomgångar eller läkemedelsavstämningar ska ske årligen för målgruppen äldre med läkemedelsbehandling. Åldersgränsen för detta varierar från 75 år och uppåt. Genomförda läkemedelsgenomgångar ska dokumenteras i journalen. Några landsting skriver i förfrågningsunderlaget att för att säkerställa en god läkemedelsbehandling, ska den gemensamma läkemedelslistan uppdateras vid varje ordinationsändring eller då patienten sätts in på apotekets dosexpedierade läkemedel s.k. ApoDos och erbjudas patienten.

Införandet av läkemedelsgenomgångar beskrivs av flera landsting som en stegvis process med planering av gemensam rutin, införandet och planering av hur läkemedelsgenomgångar ska följas upp. Läkemedelsgenomgångar för de mest sjuka äldre följs årligen upp av revisionen i flera landsting.

Övriga områden

Andra områden som, i den mån de förekommer, studerats är: jouråtagande, samverkan med andra vårdnivåer/sammanhållen vårdkedja, system för att identifiera målgruppen, uppföljning och granskning av vården kring målgruppen, registrering i kvalitetsregister, kompetensen hos personalen, utvecklingsarbeten kring målgruppen, vårdprogram för de mest sjuka äldre och primärvårdens framtida roll i vården av de mest sjuka äldre.

Jouråtagande

Vårdenheterna som ger primärvård har ett ansvar för att personer som valt vårdenheten har tillgång till läkare även på tider då mottagningen är stängd. Samtliga vårdenheter inom vårdvalet har tillsammans med landstingen ett gemensamt ansvar för att medborgarna har tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård också under kvällar, nätter och helger genom medverkan i lokal jourorganisation, i enlighet med landstingets beslut. Vårdenheterna har enligt förfrågningsunderlagen ett dygnetruntansvar utifrån den jour- och beredskapsorganisation som landstinget fastställer. Ett landsting skriver att vårdenheterna ska dela solidariskt på åtagandet utifrån antalet listade personer och ansluta sig till landstingets webbaserade planeringssystem i samband med jour. Landstingen svarar primärt för jouråtagandet genom den länsgemensamma sjukvårdsrådgivningen (1177), som är öppen för hälso- och sjukvårdsrådgivning dygnet runt. Sjukvårdsrådgivningen 1177 bedömer via telefon patienters vårdbehov, prioriterar och bokar vid behov besök till jour- och beredskapsverksamheten.

Vårdenheten har ansvar för att det finns läkare i beredskap under hela dygnet. I ansvaret ingår: akuta besök i hemmet och i kommunala boendeenheter efter medicinsk bedömning, att konstatera dödsfall utanför sjukhus och att kontakta anhöriga/närstående såvida inte annan myndighet gör detta samt att kontakta patientens ordinarie läkare om dödsorsaksintyg, att genomföra undersökning och bedömning av eventuellt behov av vård enligt lagen om psykiatrisk tvångsvård. Tjänstgörande läkare kan vid behov begära polishandräckning, konsultationer till hälso- och sjukvårdspersonal och socialtjänst i akuta patientärenden inom jourområdet. Jourläkaren är högst medicinskt ansvarig inom primärvården under jourtid och ska vara medicinskt stöd till sjuksköterskor inom primärvården och inom den kommunala hemsjukvården. För att få arbeta som jour- eller beredskapsläkare ska lägsta kompetensen vara legitimerad läkare eller ST-läkare. AT-läkare kan tjänstgöra med allmänläkare som bakjour. Beredskapsansvar för distriktssköterskor och sjuksköterskor fastställs i de lokala samverkanavtalen där en del vårdenheter enligt överenskommelse har kvar kommunens beredskapsåtagande [4].

Samverkan och sammanhållen vårdkedja för mest sjuka äldre

I nästan alla förfrågningsunderlag tas samverkan mellan huvudmännen upp, exempelvis mellan primärvård och särskilda boenden. Flera landsting beskriver primärvården som koordinatör i vårdprocessen och i samverkan kring patienter med behov av kontinuitet i vården på grund av nedsatt autonomi, långvarig eller kronisk ohälsa och ålder och hänvisar till riktlinjer för informationsöverföring och SOSFS 2005:27 (Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård). Samverkan i vården kring målgruppen äldre ska ske även med andra samhällsaktörer än kommunen där det är relevant, som försäkringskassan, specialistvården, geriatrisk klinik, psykiatri och rehabilitering. Enligt några landsting ska samverkan även ske med anhöriga. I samband med övergångar mellan olika vårdgivare ska patienten veta vem som har samordningsansvaret. Förutom att samverkan är en förutsättning för kontinuitet i vården av patienten, så finns det även ett syfte att fördela ansvaret och insatserna till patienten. I de landsting och kommuner där det finns särskilda och egeninitierade nätverk kring den äldre patienten/brukaren, med representanter från båda huvudmännen, finns ytterligare förtydligat och beskrivet på deras hemsidor hur samverkan i vården och omsorgen av de mest sjuka äldre ska se ut. Ett exempel på nätverk är "Esther", som också är det äldsta av sitt slag med start 1997.

System för att identifiera mest sjuka äldre i primärvården

Inte i något förfrågningsunderlag beskrivs att vårdenheter behöver ha ett system för att identifiera de mest sjuka äldre. Däremot kan tidigare beskrivna hälsosamtal, förebyggande hembesök samt registrering i kvalitetsregister ses som aktiviteter som kan bidra till bättre information om tillstånd och utveckling av äldres livsvillkor och kvaliteten i vård och omsorg i en vidare mening.

Ett landsting arbetar med att utarbeta och införa identifiering av multisjuka äldre och att utifrån en vald definition på ett enkelt sätt "märka" dessa patienter så att de får så kallad "VIP-status".

Flera landsting beskriver på sina hemsidor satsningar i olika projekt som rör målgruppen mest sjuka äldre och ett landsting har på försök infört s.k. äldrelotsar, som ska ge en bättre och målgruppsanpassad vård. Lotsarna ska börja med att identifiera de personer som har en hög vårdkonsumtion, kontakta dem och erbjuda hjälp, stöd och vägledning i vårdorganisationen. Hur personer med hög vårdkonsumtion ska identifieras beskrivs dock inte närmare. I ett av de tidigare nämnda egeninitierade nätverken som finns kring målgruppen äldre, beskriver Västerbottens läns landsting att i nätverket "Helga" finns ett s.k. Helga-ID. Syftet med detta är att just den patienten ska handläggas med speciella rutiner och personalen markerar journalen med speciella klisterlappar. Landstinget beskriver också på hemsidan att primärvården har ett system för att identifiera de mest sjuka äldre tack vare att det finns en s.k. äldrehet i primärvården vid vårdheten, men beskriver inte närmare hur de äldre personerna identifieras. Flera landsting redovisar att de, i samband med den kvalitativa studien som SKL genomförde under 2010 [9], identifierade de mest sjuka äldre i ordinärt boende utifrån en manual. Sammanfattningsvis visar granskningen att primärvården i stort sett saknar ett system för att identifiera de mest sjuka äldre.

Registrering i kvalitetsregister för äldre patienter

Bedömningarna av risker hos äldre beskrivs som något som görs för patienter över en viss ålder (>80) eller när behov finns. De sker då främst i hemmet av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Flera landsting har i årsrapporter och i landstingsplaner målformuleringar kring kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret som är aktuella för primärvårdens verksamhet. De beskrivs i termer av att vården ska drivas mot hälsovinster och med säkra och effektiva metoder. Genom ett systematiskt arbete, som kvalitetsregistren bidrar till, ska riskerna för fall, undernäring och trycksår hos äldre förebyggas. Ett landsting har formulerat att all verksamhet ska registreras i befintliga kvalitetsregister, där insatser till äldre på detta sätt kan följas. Kvalitetsregistren Senior Alert och Svenska Palliativregistret beskrivs också som bidragande orsaker till att tydligare och fler riskbedömningar görs på den äldre patientgruppen, men också att åtgärder sätts in och att det sker uppföljningar av åtgärderna.

Uppföljning och granskning av vården av de mest sjuka äldre

Uppföljning av vårdenheterna beskrivs av alla landsting. Av förfrågningsunderlagen framgår emellertid i varierad utsträckning de uppföljningskrav landstingen har på vårdenheterna när det gäller kvalitetsområden och kompetensområden. Flera landsting anger i förfrågningsunderlaget att vårdenheterna ska organisera sin verksamhet så att behoven hos de mest sjuka äldre särskilt tillgodoses. Dock kan inte utläsas om eller hur landstingen kommer att följa upp att primärvården är så organiserad eller följer upp att de särskilda avtalen kring vården av målgruppen efterlevs. För området läkemedel och äldre finns det i några årsredovisningar beskrivet att t.ex. andelen äldre med tio eller fler läkemedel har minskat. I ett annat landstings årsredovisning beskrivs granskning av läkemedelsanvändning med fokus på äldre och att en oacceptabelt låg följsamhet mot gällande mål inom flera områden råder. Ett landsting beskriver att vårdcentralen särskilt ska rapportera till årsredovisningen hur man levt upp till fast läkarkontakt till de mest sjuka äldre och hur rapporteringen till Senior Alert varit.

Uppföljning eller granskning av vården av de mest sjuka äldre har skett i varierande utsträckning i landstingen, både av interna revisorer i landstingen och externa. Ett exempel är ett landsting, där externa revisorer på initiativ från landstingets egna revisorer har granskat vårdkedjan för äldre patienter som besöker akutmottagning, men som inte bedöms ha behov av inskrivning vid sjukhus [14]. Slutsatsen av granskningen är att det återstår en del arbete för att få till stånd en väl fungerande vårdkedja. Problemen innefattar bland annat otydlighet i styrande dokument inom primärvården om när akutvård bör sökas för gruppen långvarigt sjuka äldre, samt avsaknad av eller bristfälliga individuella planer för långsiktig planering av vård [14]. Exemplet ovan är inte unikt utan liknande slutsatser rapporteras från flera landsting. I ett landsting beskrivs att vårdenheterna följs upp genom att landstinget granskar antal vårdkontakter för personer äldre än 75 år. Andra kritiska synpunkter som framkommit i revisionsrapporter av vården kring de mest sjuka äldre är att primärvården endast i låg utsträckning är delaktig i vårdplaneringen av målgruppen. Ibland är det oklart när patientansvaret övergår från sjukhuset och slutenvården till primärvården och det förekommer brister i överföring av läkemedelsinformation [13,22,24].

Personalens kompetens inom primärvården

Generellt beskriver landstingen att vårdenheten ansvarar för att all personal i verksamheten har adekvat utbildning och kompetens i den omfattning som krävs för att tillhandahålla en god och säker vård enligt grunduppdraget. För att säkerställa en fortsatt god hälso- och sjukvård med hög kvalitet och hög servicenivå ska vårdgivaren se till att all personal fortlöpande erhåller nödvändig fort- och vidareutbildning. Ett annat krav från landstingen är att anställda som har kontakt med vårdsökande och närstående ska tala och förstå svenska språket. Något landsting skriver också att bemanningen ska vara så utformad att den säkerställer kontinuiteten för patienterna.

Alla landsting beskriver hur sammansättningen av kompetens ska vara på den vårdenhet som bedriver primärvård. De flesta landsting anger vidare att hälften eller den övervägande andelen av tjänstgörande läkare, exklusive utbildningsläkare, ska vara specialister i allmänmedicin. Ett har dock kravet att 75 procent av läkarna ska vara specialister i allmänmedicin. Läkare med annan specialistkompetens kan i ett fåtal landsting också ingå, exempelvis geriatriker. I några landsting formuleras det också att samtliga läkare även förväntas ha goda kunskaper i försäkringsmedicin. Sjuksköterskornas kompetens beskrivs av flera landsting som att den övervägande andelen av tjänstgörande sjuksköterskor ska vara utbildade distriktssköterskor eller ha vidareutbildning inom öppen hälso- och sjukvård eller annan vidareutbildning som bedöms lämplig för att säkerställa uppdraget. Några landsting anger att sjuksköterskorna bör ha forskrivningsrätt och att personal som ger hälso- och sjukvårdsrådgivning lägst ska ha sjuksköterskekompetens.

Patienter med kroniska sjukdomar såsom demens, astma, kol och diabetes ska erbjudas insatser av sjuksköterska med specialisering inom vårdområdet anges av några landsting. Majoriteten av landstingen skriver att vårdenheten ska tillhandahålla psykosocial verksamhet med kompetenser som psykolog, psykoterapeut, socionom och/eller psykiatrisjuksköterska för att förebygga och möta psykisk ohälsa. Endast ett par landsting anger att vårdenheten behöver ha kompetens i medicinsk fotvård. När det gäller krav att vårdcentralen ska tillhandahålla kompetensen för rehabilitering och erbjudandet av och behandling av legitimerad sjukgymnast och arbetsterapeut ser det olika ut beroende på om det ingår i vårdvalet eller inte. Några landsting har därför specificerat vilka kompetenskrav de har på sjukgymnast, men då det inte ingår i basuppdraget för vårdvalet i primärvård för alla landsting beskrivs det inte här. Personalens kompetens beskrivs inte utifrån patientgruppen mest sjuka äldre i förfrågningsunderlagen.

Exempel på pågående utvecklingsarbeten

Flera landsting skriver i de genomgångna underlagen att regeringen har tilldelat kommuner och landsting pengar för att förbättra vården och omsorgen om personer 65 och äldre. Dessa satsningar beskrivs dock inte specifikt utifrån ett primärvårdsperspektiv, utan som en generell landstingssatsning med syfte att förbättra vården för de äldre patienterna. Ett exempel, som beskrivs av flera landsting, är den nationella satsningen för ökad patientsäkerhet inom områdena fall, trycksår och undernäring. Där är statens bidrag prestationsbaserade och avser ersättning för bl. a. registrering i kvalitetsregistret Senior Alert och registrering i Svenska Palliativregistret, samt krav på utökad samverkan mellan kommun och landsting. Många landsting be-

skriver på sina respektive hemsidor lokala förbättringsprojekt med syfte att exempelvis utveckla närsjukvården, obruten vårdkedja och sammanhållande journalföring för målgruppen mest sjuka äldre. Ett stort antal landsting har träffat överenskommelser med kommunerna i länet samt SKL om ett stöd till ett långsiktigt förbättringsarbete för de mest sjuka äldre. Inom landstingen tillämpas en rad metoder för förbättringsarbeten där "Genombrottsmetodiken" är den mest tillämpade och LEAN tillämpas för flödesanalyser. Några landsting redogör för de tidigare nämnda försöksverksamheterna som får statligt stöd via SKL för att främja utvecklingen av en bättre vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Flera landsting beskriver att de arbetar med att förbättra det akuta omhändertagandet av äldre multisjuka patienter med att använda direktinläggningar till vårdavdelning.

De tidigare beskrivna nätverken, med fokus på den äldre sköra personen exempelvis "Esther", "Linnea" och "Stina", har alla bidragit till att det pågår olika samverkansprojekt kring en förbättrad vård och omsorg för målgruppen mest sjuka äldre.

Vårdprogram för mest sjuka äldre

Endast ett landsting har tagit fram och börjat omsätta ett länsgemensamt vårdprogram för de multisjuka äldre och har sedan 2009 riktlinjer som de använder i vården av målgruppen, där primärvården är en av flera aktörer. Enligt landstingets årsredovisning från 2010 har arbetet påbörjats för att förverkliga vårdprogrammet utifrån de tre sjukhusens lokala förutsättningar [26]. På länssjukhuset har ett försök med akutgeriatriska vårdplatser för multisjuka äldre genomförts. Utifrån försöket kommer tio akutgeriatriska vårdplatser att inrättas. Dessutom har en planerad äldremottagning etablerats på geriatriska kliniken. På ett annat sjukhus i landstinget har flödet av de mest sjuka äldre från akuten till vårdavdelningar noggrant kartlagts. Dessa kartläggningar ligger till grund för en handläggningsrutin på akutmottagningen. Även på sjukhusets geriatriska vårdavdelning har arbetet med att ta fram rutiner för vården av de mest sjuka äldre påbörjats. På det tredje sjukhuset i landstinget har under året ett projekt i samverkan med medicin- och akutklinikerna pågått med inriktning mot de mest sjuka äldre. Ett exempel från ett annat landsting, har också identifierats, där endast den specialiserade vården har testat ett vårdprogram för multisjuka äldre och där målen handlar om läkemedelsförskrivningar, återinläggningar på sjukhus och mångbesökande äldre på akuten [27].

I revisionsrapporter från några landsting [22,24], som gjorts kring mest sjuka äldre, beskrivs problemen med vårdprogram för målgruppen. Målgruppen mest sjuka äldre kan omfattas av flera existerande vårdprogram t.ex. både det för KOL och diabetes. Det kan bidra till att vården kring dem kan bli otydlig, när flera vårdprogram är aktuella parallellt och någon insats kanske måste prioriteras före någon annan. Därför har frågan väckts om ett särskilt vårdprogram för gruppen kan underlätta vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Primärvårdens framtida roll

Några landsting beskriver i landstingsplanerna och budgetarna att arbete med effektivare arbetsprocesser och samverkan bör ske kring de mest sjuka

äldre och att de är en prioriterad målgrupp under kommande år. Ett landsting skriver att de långsiktigt måste prioritera geriatrisk kunskap, där analys och handläggning av mest sjuka äldre samordnas. Vidare beskrivs av ett landsting att forskningen kring de mest sjuka äldre och äldres hälsa generellt behöver stärkas, samt att den ska ske tillsammans med landstinget, kommunerna och universiteten.

Flera landsting har, som tidigare nämnts, tillsammans med kommuner fått statsbidrag för att bedriva försöksverksamheter med den mest sjuka äldre i centrum. Ett sådant projekt är "Äldreuppdraget" i ett landsting, där projektet ska bygga upp kunskap för att sedan synkronisera besluts- och prioriteringsprocesser mellan länets 13 kommuner och landstinget med s.k. dirigenter [5]. Ett annat landsting har drivit ett egenfinansierat primärvårdsprojekt med äldreteam och i utvärderingen av detta beskrivs att det i framtiden ska det finnas avtal om att varje multisjuk äldre ska ha en kontaktperson på varje vårdenhets [28].

Flera landsting anger att antalet äldre än 85 år kommer att öka kraftigt från 2020, vilket beskrivs också beskrivs i termer som en stor andel multisjuka äldre. Ett landsting planerar för en ökad andel äldre genom ett gemensamt vårdinformativt system för slutenvården respektive primärvård för att möta behovet av samordning inom stora geografiska områden [29]. Landstinget har också tillsatt en områdessamordnare, med beredande och samordnande uppgifter, mellan sjukhusens specialiteter, mellan primärvård och specialiserad sjukvård, samt gentemot kommuner och politiska fora. I syfte att möta behovet av samordning inom primärvården som helhet, har det även tillsatts en primärvårdssamordnare, med beredande och samordnande uppgifter inom primärvårdsverksamheten i hela landstinget. Det framtida målet med gemensamt journalsystem för hela landstinget (både specialistvården och primärvården) delas av flera landsting och beskrivs som mycket viktigt för en säker vård av bl.a. sjuka äldre som har flera diagnoser och flera vårdkontakter på olika vårdnivåer.

Sammanfattning av hearing

Den 28 oktober 2011 samlades företrädare för Socialstyrelsen samt ett tjugotal personer från landsting och organisationer till en gemensam hearing för att diskutera dels hur en sammanhållen vård- och omsorgstjänst för de mest sjuka äldre bör vara utformad, dels vilken roll och ansvar som primärvården har för de mest sjuka äldre personerna.

Ett av inslagen i hearingen utgjordes av att Socialstyrelsen bad deltagarna att skriva ner och rangordna vilka viktigare hinder respektive förutsättningar som finns för att primärvården ska ha en tydligare roll i vården kring de mest sjuka äldre. Sammantaget lyfte deltagarna fram ett antal faktorer. Dominerande bland dessa var faktorer som kan hänföras till primärvårdens organisation och dess samverkan med andra vårdnivåer, ansvarsförhållanden, och arbetssätt. Exempel på vilka hinder som framhölls av deltagarna:

- hälso- och sjukvårdens struktur passar inte de mest sjuka äldre
- det råder en oklar ansvarsfördelning, t.ex. att det inte är tydligt att primärvården har samordningsansvaret eller att det är otydliga överrenskommelser mellan kommun och landsting gällande ansvarsfördelning
- det brister i samarbetet mellan olika vårdgivare

- primärvården har dålig tillgång till sjukhusens utredningsresurser.

Samtidigt lyfte deltagarna fram flera organisatoriska förutsättningar som de menade skulle kunna möjliggöra för primärvården att ha en tydligare roll. Här handlade det bl.a. om, återigen utan att kunna generalisera, vikten av att specialteam utgår organisatoriskt från primärvården, att koordinatorsfunktion utvecklas, att patienten tydligt sätts i fokus och att de som arbetar inom vården kan fungera som ett team runt patienten oavsett om de kommer från kommun eller landsting, om det är privat eller offentlig vård- och omsorgsgivare etc.

Vad gäller primärvårdens resurser, så uppfattade några deltagare, att de var ett hinder för vården av de mest sjuka äldre. Det handlar dels om för lite resurser till att anställa läkare, men också att resurser behöver öronmärkas för gruppen mest sjuka äldre. Flera deltagare framhöll också ersättningssystemens betydelse i sammanhanget, bl.a. med utgångspunkt i de incitament som de ger vårdgivare att arbeta med denna grupp. Här återfinns både hinder och möjligheter. Några deltagare lyfte t.ex. fram att ersättningssystemen i dagsläget utgör ett hinder. Här menade de bland annat att ersättningsmodellerna inte styr ersättningen till denna målgrupp och att det därför inte är lönsamt att arbeta med dessa personer. Samtidigt som detta således uppfattades som hinder så menade flera deltagare också att ersättningssystemen likaväl kan utformas så att de belönar arbete med de mest sjuka äldre, t.ex. genom att hembesök belönas. Förenklat kan det uttryckas som att det ska finnas drivkrafter för att arbeta med gruppen.

Ett annat område som flera deltagare lyfte fram var det synsätt och den attityd som finns vad gäller gruppen mest sjuka äldre. Här handlade det t.ex. om att målgruppen inte är en tydligt prioriterad målgrupp eller deras vårdbehov av beställarna. Andra hinder som deltagarna lyfte fram i denna del var att problem löses i takt med att de dyker upp snarare än att arbetet sker framåtsyftande, exempelvis genom individuella vårdplaner eller systemtänkande i linje med Lean-konceptet. Ett annat sätt att uttrycka det på är att det saknas ett tydligt gemensamt uppdrag för slutenvården, primärvården och socialtjänsten om vad som ska uppnås för de mest sjuka äldre. Detta leder i sin tur till ad hoc-mässiga insatser. Någon deltagare framhöll också att primärvården ses som en lägre vårdnivå och därigenom inte är lika prioriterad inom landstinget. Förslag från deltagarna på hur dessa hinder kan hanteras var bl.a. att det behövs en tydlig markering från den politiska nivån att detta är en grupp som ska prioriteras samt att det också behövs ett nationellt fokus på målgruppen. Vidare framhölls att olika kunskapsområden inom vården behöver ”väga lika tungt” för att de mest sjuka äldre ska få en god och säker vård. Några deltagare efterlyste också tydliga mål och ett tydliggörande av vilka effekter som förväntas av en ökad samverkan, samt att det behövs ett arbete för att identifiera och formulera det ”goda förhållningssättet” i vården och omsorgen om den mest sjuka äldre.

Kompetens var ytterligare ett område som flera deltagare pekade på som viktigt. Dels i termer av att det är brist på läkare med rätt kompetens, men också att den kompetens som finns inte används fullt ut. Av den anledningen menade dessa deltagare att primärvården behöver förstärkas med geriatrisk kompetens, samtidigt som det kan behövas en allmän kompetenshöjning hos den personal som arbetar med målgruppen.

Några deltagare lyfte också fram att det finns ett behov av att se över lagstiftningen och mer specifikt hälso- och sjukvårdslagen samt socialtjänstlagen ur ett helhetsperspektiv. Vidare pekade några deltagare på vikten av att informationsöverföringen mellan vårdnivåer och huvudmän fungerar bättre än i dagsläget. Några framhöll också vikten av tydliga krav och förbättrad uppföljning och att resultaten verkligen efterfrågas såväl regionalt som nationellt. Någon deltagare menade slutligen att kvalitetsindikatorer behöver utvecklas.

Diskussion och avslutande kommentarer

Primärvårdens ansvar för de mest sjuka äldre

Primärvårdens ansvar för de mest sjuka äldre är i drygt hälften av landstingens förfrågningsunderlag inte direkt beskrivet. Samtidigt har primärvården ett ansvar för alla medborgare utifrån det breda och generella uppdrag som beskrivs i HSL för primärvård där gruppen mest sjuka äldre ingår: ”hälso- och sjukvårdsverksamhet som utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svarar för befolkningens behov av grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering och som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser”. Definition av vad primärvård *är* kan anses vara en grundförutsättning för att landsting, kommuner och vårdenheterna sedan kan beskriva sitt ansvar och uppdrag, som i detta fall, för en särskild patientgrupp. När det gäller vilka insatser som primärvården ger, finns det i dokumenten tydligare beskrivet vad som bör erbjudas de sjuka äldre såsom hembesök och läkemedelsgenomgångar.

Landstingen kan behöva se över primärvårdens roll och det ansvar som de har för patientgruppen mest sjuka äldre. Primärvårdens roll beskrivs som basen i hälso- och sjukvården och dess möjlighet att vara förstahandsval och koordinator i vården av de mest sjuka äldre behöver utifrån de genomgånga dokumenten och litteraturen bli än mer tydlig. En fråga som kan lyftas är om det skulle behövas en större förändring av synsättet och arbetssättet i primärvården för de mest sjuka äldre. Från att ha arbetat diagnosorienterat, så kan arbetet mer behöva utgå från aktuell situation för målgruppen. Dessutom har primärvården, bortsett från barn- och mödrahälsovården, ett individorienterat synsätt på en patient. Det kan behöva studeras vidare om primärvården även för de mest sjuka äldre kan behöva organiseras på ett mer målgruppsorienterat sätt. Ett landsting beskriver i de granskade underlagen att de påbörjat ett arbete med framtagning av ett vårdprogram för de mest sjuka äldre, vilket kan vara ett sätt att tydliggöra vården kring målgruppen för huvudmännen och att det kan klargöras vem som gör vad inom de olika vårdnivåerna [31]. Ett vårdprogram för de mest sjuka äldre är kanske inte lösningen på de hinder som identifierats för en optimal primärvård för de mest sjuka äldre, men tydliga rutiner och avtal mellan huvudmännen och inom huvudmännens organisationer är viktiga förutsättningar i vården av dessa äldre personer.

Hembesök till målgruppen

Tröskelprincipen gäller i de flesta landsting dvs. att så långt som det är möjligt utifrån hälsotillstånd ska patienten komma till vårdenheten i samband med ett läkarbesök och hembesök av läkare utlovas inte eller kan inte utfö-

ras på begäran av patient, vilket beskrivs i flera förfrågningsunderlag. Ändå beskrivs hembesök till målgruppen som en insats till sjuka äldre. Det förutsätter god patientkännedom i primärvården inför att ett läkarbesök bokas in för en äldre patient. En fråga som bör uppmärksammas är hur tröskelprincipen beaktas innan patienten är känd av vårdpersonalen i primärvården? Givetvis kan det finnas vårdenheter som är mer generösa med hembesök tack vare en helhetssyn på den äldre patientens situation eller där vårdenheten har en tydlig rutin för hembesök, inte bara till äldre patienter redan inskrivna i hemsjukvården.

Ett förslag som diskuterades på den hearing som Socialstyrelsen anordnade är hembesök av läkare till de mest sjuka äldre. Det skulle öka möjligheterna för de äldre som inte kan ta sig till mottagningen att ändå få tillgång till läkare från primärvården. Det är också rimligt med hänsyn till definitionen av primärvård, där den beskrivs som giltig för "... hela befolkningen utan avgränsning för ålder eller sjukdom ...". Huruvida arbetssättet och organiseringen av vårdenheternas verksamhet tillåter hembesök i större utsträckning än idag behöver studeras vidare. En ytterligare aspekt för att läkare i primärvården ska kunna göra hembesök diskuterades i samband med hearingen, nämligen landstingens olika ersättningssystem för hembesök till äldre patienter. Ersättningssystemen kan idag vara utformade så att hembesök av läkare inte stimuleras då ersättningen är densamma för ett kort läkarbesök, som för ett längre hembesök.

Resultatet av genomgången av förfrågningsunderlagen visar att landstingen arbetar på olika sätt eller snarare beskriver arbetet i dokumenten olika utförligt. Reservationen måste därför göras att landstingen faktiskt kan ha ett mer uttalat arbete kring de mest sjuka äldre än vad som redovisas här. Därför föreslås ytterligare studier för att få en fördjupad bild av hur landstingen både på central nivå och på vårdenhetsnivå arbetar med de mest sjuka äldre.

Läkemedelsgenomgångar

En insats som mer eller mindre utförligt beskrivs av alla landsting är läkemedelsgenomgångar och att de ska ske minst en gång per år till sjuka äldre eller till patienter med många läkemedel inom primärvården. Läkemedelsgenomgångar är ett av de områden som landstingen beskriver som ett samverkansområde med kommunen och som de senaste åren fått en ansevärd mängd statsbidrag. Detta måste ses som en framgång inte bara för kvaliteten på läkemedelsbehandlingen kring den äldre patienten, utan också för samverkan mellan huvudmännen. Samtidigt har Socialstyrelsen kunnat visa på stora brister när det gäller kvaliteten på läkemedelsbehandling hos de mest sjuka äldre.

System för att identifiera målgruppen

Landstingen saknar enligt de granskade dokumenten system för att identifiera de mest sjuka äldre i primärvården, bortsett från dem som finns inom hemsjukvården och därmed redan är kända. Presumptiva mest sjuka äldre skulle kunna bli identifierade i samband med ett förebyggande hembesök oavsett om de genomförs av primärvården själv, av kommunen eller av dessa båda tillsammans. Socialstyrelsens uppföljning av 2010 års stimulansmedel visar dock att förebyggande hembesök inte når alla som skulle behöva

nås. Det kan därför även behövas andra sätt att identifiera svaga och sköra äldre. Flera av de förbättringsarbeten som pågår inom primärvården för att stimulera till att vården av de mest sjuka äldre och deras anhöriga blir bättre handlar just om samverkan mellan huvudmännen och ett exempel som nämns av flera är s.k. äldreteam.

Förslag från hearingen

Vid den hearing som Socialstyrelsen anordnade inom ramen för uppdraget föreslog deltagare även strategier med syfte att förtydliga primärvårdens ansvar och roll i vården kring de mest sjuka äldre. Ett mer genomgripande förslag är ”öronmärkt ersättning” i samband med att vårdinsatser till de mest sjuka äldre ges. Förslaget skulle enligt deltagare kunna bidra till att öka tydligheten i primärvårdens ansvar för målgruppen, samtidigt som det skulle ges ekonomiska förutsättningar att faktiskt göra särskilda, riktade insatser till de mest sjuka äldre. Vidare skulle, i enlighet med hur rehabiliteringsteam byggts upp i primärvården, mest sjuka äldreteam kunna byggas upp. För att öka informationsutbytet mellan vårdnivåer föreslogs att det rutinmässigt skickas information och epikris till primärvårdsläkaren i samband med ett besök på akutmottagning av en äldre patient. Ytterligare förslag på att förtydliga primärvårdens roll i vården av de mest sjuka äldre skulle kunna vara att införa en särskild kod i journalsystemet för målgruppen. Det skulle kunna bidra till att vårdtyngd och resursbehov för patienten blir tydligare. Det skulle också kunna bidra till att tydligare för vilka patienter som kommunen skulle behöva ökade insatser från primärvården. De förslag som diskuterades kring ekonomiska förutsättningar för att primärvården ska kunna ge de mest sjuka äldre en god vård visar att ekonomiska förutsättningar är ett viktigt område att uppmärksamma i samband med att primärvården får ta hand om allt större andel sjuka äldre som tidigare vårdades inom slutenvården.

Den traditionellt uppbyggda primärvården, liksom den specialiserade vården, är uppbyggda från ett diagnosorienterat synsätt. Kvalitetsindikatorer för primärvård behöver utvecklas. En indikator som nämndes var läkarkontinuitet. Socialstyrelsen har tidigare beskrivit att bristfällig läkarkontinuitet är ett bekymmer, särskilt i de landsting som brottas med vakanser och brist på specialister i allmänmedicin. Även kvalitetsgruppen i Svensk förening för allmänmedicin (SFAM) har beskrivit vad kvalitet i primärvården kan vara och de nämner bl.a. god telefontillgänglighet, hög kontinuitet vid läkarbesök, att kallelsesystem finns för patienter med kronisk sjukdom som vill bli kallade, tillgång till årlig läkemedelsrevision för patienter boende på särskilt boende, tillgång till årligt hembesök av läkare/distriktssköterska för patienter i hemsjukvården och att vårdenheten deltar i systematiskt förbättringsarbete [30].

Vid hearingen framhölls också betydelsen av attityden till patientgruppen mest sjuka äldre och hur viktigt det är med ett ökat intresse för målgruppen, från såväl nationell som regional och lokal nivå. Vidare framhölls att i vården kring de mest sjuka äldre kan det vara viktigt med ett situationsorienterat arbetssätt i enlighet med den geriatrika vården och att de som arbetar med patientgruppen har ett sådant synsätt. För att kunna ge en så anpassad vård som möjligt till de mest sjuka äldre är ökade kunskaper i geriatrik en förutsättning och något som Socialstyrelsen framfört i tidigare rapport kring bristen på geriatrikkompetens [16].

Områden för fortsatta studier

Socialstyrelsen har i den här kartläggningen inte studerat hur landstingens uppföljning av avtalen med utförande vårdenheter ser ut. Det bör genomföras i det fortsatta arbetet. Andra områden som kan anses vara viktiga att studera är: vilka kostnader primärvården och vårdenheterna faktiskt har för målgruppen, vårdenheternas ekonomiska förutsättningar för att ge en ändamålsenlig och säker primärvård och i vilken mån landstingen omfördelar medel från den specialiserade slutenvården då primärvården kan förhindra s.k. onödig slutenvård genom ett ökat ansvar för de mest sjuka äldre. Vidare vad en mer generös inskrivning av patienter i hemsjukvården skulle kunna innebära kostnadsmässigt för den enskilda vårdenheten, då det finns resultat som indikerar att de totala kostnaderna för hälso- och sjukvård sjunker för patienter som skrivs in i kommunal hemsjukvård [32].

Avslutningsvis visar kartläggningen att primärvårdens uppdrag för målgruppen behöver tydliggöras och utvecklingsområden identifieras, som exempelvis hur arbetsformer kring de mest sjuka äldre kan utvecklas och det i nära samverkan med äldreomsorg och specialiserad hälso- och sjukvård.

Virtuella vårdavdelningar och annan hemsjukvård

Virtuella vårdavdelningar är en brittisk modell för att ge samordnad, avancerad vård i hemmet i kombination med en prediktiv modell för att identifiera målgruppen för insatsen.

I Sverige finns flera olika modeller för sjukvård i hemmet: basal hemsjukvård, avancerad hemsjukvård, äldreteam, demensteam etc. Det finns brister i den basala hemsjukvården för de mest sjuka äldre, t.ex. när det gäller tillgänglighet och läkarmedverkan vid samordnade vårdplaneringar. Dessutom varierar möjligheten att få avancerad vård i hemmet för de mest sjuka äldre.

Fördjupade analyser om hur hemsjukvården bättre kan motsvara de mest sjuka äldres behov behövs. Det arbetet bör exempelvis omfatta frågor som rör ökad integrering av vård och omsorg, metoder för att identifiera högriskpatienter och en samordningsfunktion.

Inledning

Virtuell vård är inte en form av telemedicin, utan en organisationsmodell för vård utanför sjukhuset. En virtuell vårdavdelning är en avdelning som finns som en organisatorisk enhet, men patienterna vårdas i hemmet.

För att kunna föra en diskussion om virtuella vårdavdelningar ges i det här avsnittet en översiktlig bild av de modeller för vård i hemmet som förekommer i Sverige. De olika formerna beskrivs kortfattat. Avslutningsvis görs en jämförelse av de olika modellerna.

Uppdraget

Socialstyrelsen har inom ramen för uppdraget om att utreda primärvårdens roll för de mest sjuka äldre och att ta fram förslag på en sammanhållen vård- och omsorgstjänst, även fått uppdraget att kartlägga vad virtuella vårdavdelningar innebär.

Inledningsvis ges en beskrivning av modellen med virtuella vårdavdelningar. Sedan presenteras andra modeller för vård i hemmet som finns i Sverige översiktligt, med en sammanfattning av skillnaderna mellan de olika formerna. Slutligen förs en diskussion om några av de frågor som kommit upp.

Några frågeställningar:

- Vad innebär virtuella vårdavdelningar?
- Vilka former av hemsjukvård finns idag i Sverige?
- Vilka likheter och skillnader finns det mellan virtuella vårdavdelningar och vård och omsorg i hemmet som ges i Sverige?

- Finns det något vi kan lära oss av virtuella vårdavdelningar?

Metod och genomförande

Socialstyrelsen använder i denna rapport begreppen basal hemsjukvård respektive avancerad hemsjukvård när vi diskuterar olika former av hemsjukvård. Det kan vara landstinget likväl som kommunen som är huvudman. Primärvård ska här förstås som en vårdnivå, inte en organisationsform. Fokus ligger på innehållet i vården snarare än på vem som är huvudman eller vem som är utförare, även om det är ofrånkomligt att komma in på olika organisering och huvudmannaskap. [1, 2]

I statistiken har hemsjukvård delats in i tre kategorier [3] nämligen primärvårdsansluten hemsjukvård, specialiserad somatisk hemsjukvård och specialiserad psykiatrisk hemsjukvård. Hemsjukvård kan vara en del av antingen primärvården eller den specialiserade hälso- och sjukvården. Hemsjukvård som utgår från den specialiserade hälso- och sjukvården kallas i den här rapporten genomgående för avancerad hemsjukvård.

Resultat

Virtuella vårdavdelningar

Virtuella vårdavdelningar ("virtual wards") har prövats framgångsrikt på flera håll i England, och även i USA och Kanada, och är en modell för avancerad vård i hemmet som har utvecklats för att minska antalet oplanerade slutenvårdstillfällen. Med att vårdavdelningarna är virtuella avses att de inte existerar i fysisk mening på en samlad plats, utan vården sköts av ett mobilt team i patienternas egna hem. Man erbjuder patienter med hög risk för återinläggning på sjukhus att få vård i hemmet av multidisciplinära team. Virtuella vårdavdelningar kombinerar en modell för att identifiera patienter med förhöjd risk för återinläggning inom slutenvården med en insats i form av avancerad hemsjukvård. Man talar också om "intensiv prevention", där man har ett tydligt syfte att förhindra ett försämrat allmäntillstånd, sämre funktion samt återinläggning.

"Case finding"- identifiering av riskpatienter

I England har man inte haft de mest sjuka äldre som primär målgrupp i utvecklingen av virtuell vård. Man har identifierat dels mångbesökare på akuten, framförallt framtida mångbesökare, alltså personer som har en hög kalkylerad risk att återvända till akuten inom de kommande 12 månaderna, som målgrupp för den här typen av intervention. Case finding innebär att man försöker hitta riskpatienter för att kunna sätta in åtgärder i ett tidigare skede. Begreppet case finding översätter vi till modell för identifiering av riskpatienter.

Prediktiva modeller

Av de individer som använder mycket slutenvård idag kommer de flesta att bli bättre och därmed inte använda lika mycket slutenvård om ett år. Alla mångbesökare på akuten behöver därför inte självklart vara en grupp som behöver riktade åtgärder och extra stöd. För många är det befogat att uppre-

pade gånger söka akutsjukvård, och det innebär inte i sig att de kommer att använda mycket slutenvård ett år senare. Det finns ett stort in- och utflöde i gruppen mångbesökare. För att kunna utforma riktade preventiva åtgärder till de individer som har störst risk för en framtida akutsjukvårdskonsumtion är det betydelsefullt att kunna identifiera vilka individer det handlar om. Ett stort antal modeller för detta har utvecklats framförallt i USA, men också i England. Det är en form av elektronisk screening för att hitta riskgrupper där åtgärden är intensiv sekundärprevention.

I England är de vanligaste modellerna Patients at Risk of Rehospitalisation Tool (PARR) och Combined Predictive Model.

PARR är en enklare variant där man använder demografiska data som ålder, bostadsort osv., i kombination med sjukvårdsdata som diagnoser och sjukvårdskonsumtionen under tre år. Modellen genererar ett visst antal poäng för en enskild patient i samband med ett slutenvårdsbesök.

Combined Predictive Model är en mer komplex modell där man förutom de variabler som används i PARR lägger till data från den elektroniska primärvårdsjournalen samt data från socialtjänsten. Den här modellen kan generera uppgifter om högriskgrupper på befolkningsnivå. Det krävs naturligtvis tillgång till de dataset som krävs. Combined Predictive Model är mer precis än PARR men den är krävande eftersom det inte är en färdig mjukvara utan systemet måste riggas lokalt och kräver programmerare och statistiker [4,5].

Prediktiva modeller för att spåra utsatta individer, där man förutspår en hög, framtida akutsjukvårdskonsumtion, kan uppnå en hög grad av precision när det gäller att ringa in riskgrupper, men det finns inte tillräcklig evidens för att säga att de bidrar till att med riktade åtgärder minska förebyggbar slutenvårdskonsumtionen [4,6].

Under 2005–2007 togs dessa programvaror fram och National Health Service UK (NHS) bekostade detta utvecklingsarbete, samt erbjöd det gratis till alla sina verksamheter. Under 2011 har Department of Health, Englands motsvarighet till Socialdepartementet, tagit ett beslut om att inte längre uppdatera och bekosta de prediktiva modellerna, åtminstone tillfälligt. Anledningen är bland annat att precisionen när det gäller att förutspå konsumtionen av slutenvård har varit ifrågasatt och att det krävs stora datakunskaper i primärvården som är kostsamma [7].

Case management och vård i hemmet

Högriskgrupperna eller individerna som man identifierat med hjälp av en prediktiv modell erbjuds insatser i form av ”virtuell vård” i hemmet. Ett viktigt inslag är ”case management”, dvs. att teamet koordinerar vården kring patienten. Insatser samordnas med insatser av sjuksköterskorna och övrig vård- och omsorgspersonalen i motsvarigheten till vår svenska hem-sjukvård. [5] Case management kan definieras som ”processen att planera, koordinera, styra och följa upp vården av en individ”. Case management kan skötas av t.ex. sjuksköterskor med ett sådant uppdrag och mandat. På den virtuella vårdavdelningen kallas de Community Matrons. Samverkan med den sociala omsorgen är en viktig del, eftersom det ofta handlar om personer med komplexa behov.

En annan viktig komponent är ”intensiv prevention”, där fokus ligger på att förhindra oplanerade akuta inläggningar inom slutenvården.

I konceptet med virtuell vård har man kombinerat vård i hemmet enligt en case management modell med en prediktiv modell för case finding. [4]

Organisering

De virtuella vårdavdelningarna har samma struktur, personalsammansättning och rutiner som en sjukhusavdelning. Varje vårdavdelning har ca 100 virtuella bäddar och en Community Matron som är en senior sjuksköterska som håller ihop arbetet och koordinerar insatserna, motsvarande en chefs-sjuksköterska. Arbetet är organiserat som på en vårdavdelning med rond, undersökningar, behandling osv. I England utgår de virtuella vårdavdelningarna organisatoriskt från primärvården (General Practitioners) [4,5].

Basal hemsjukvård i ordinärt boende

Med hemsjukvård avses hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden. Uppdraget omfattar den hemsjukvård som ges i patientens hem och som inte kräver slutenvård eller avancerad hemsjukvård. Patienten ska vara registrerad som mottagare av hemsjukvård och insatserna ska ha föregåtts av en vårdplanering. Den samordnade vårdplaneringen skall ligga till grund för vård, behandling och rehabilitering i hemsjukvården. Att vårdplanering ska ske vid behov, även utan aktuell vårdperiod på sjukhus, lyfts också fram i förfrågningsunderlagen av några landsting. Formerna för läkarmedverkan i hemsjukvården regleras mellan respektive kommun och landsting genom lokala avtal, rutiner och överrensommelse. Generellt beskriver avtalen att primärvården ska ansvara för läkarinsatser. En äldre person kan idag få hemsjukvård genom remissförfarande, kallelse till individuell vårdplanering och kommunikation mellan exempelvis hemsjukvård, biståndsbedömare, hemtjänst osv. Det finns även andra möjligheter som förebyggande hembesök och kontakt via en anhörig.

Avgränsningar av hemsjukvården

En vanligt förekommande princip för avgränsning mellan mottagningsverksamhet och hemsjukvård i avtalen mellan kommun och landsting är den s.k. tröskelprincipen. Den innebär att ett kriterium för att vara berättigad till hemsjukvård är att individen har svårt att ta sig till en vårdinrättning. Andra vanliga avgränsningar handlar om att behovet av hemsjukvård ska vara varaktigt, eller i vart fall inte vara av akut eller tillfällig karaktär och att det finns ett behov att minst två besök/månad [2, 8, 9].

Tillgängligheten till hemsjukvården varierar, dvs. det ser olika ut med möjligheterna att få hjälp på kvällar, nätter och helger. Ibland är det den ordinarie organisationen som har ansvaret under jourtid, ibland är det utlagt på någon annan aktör.

Individuell vårdplanering

I 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453), 3f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763), HSL står ”När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om lands-

tinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål”.

Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det.

Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Det saknas väl genomförda studier om hur individuell vårdplanering används. En del rapporter pekar på att de inte används i den utsträckning som det var tänkt. [10]

För att bli inskriven i hemsjukvården krävs att en samordnad individuell vårdplanering görs. På många håll arbetar man mycket aktivt med modeller för samordnad vårdplanering, med specialutbildade sjuksköterskor på sjukhuset, speciella hemtagningsteam med biståndsbedömare, sjuksköterska osv. [11, 12] På andra håll finns brister när det gäller rutiner för detta, och det är ett område där det finns stort utrymme för förbättringar. Individuell vårdplanering i hemmet är ett av de allra viktigaste medlen för att få till stånd en samordnad, individuell vård och omsorg. [10]

Läkarmedverkan i den basala hemsjukvården

Enligt 26 § andra stycket HSL ska landstinget sluta avtal med kommunerna inom landstinget om omfattning och former för läkarmedverkan i särskilt boende. Om kommunen har övertagit ansvaret för hemsjukvården i ordinärt boende ska avtalet även omfatta läkarmedverkan i hemsjukvård till personer som bor i ordinärt boende.

Läkaren har en viktig roll när det gäller hemsjukvårdens patienter. Tiden som är avsatt per inskriven patient är dock knapp. Antalet hembesök varierar mycket mellan olika mottagningar. [9, 13] Läkarens arbete inom hemsjukvården grundar sig till stor del på bedömningar utförda av sjuksköterskorna. Samarbetet mellan läkarna och sjuksköterskorna är därför viktigt. I en avhandling från 2011 [14] konstateras att läkaren gör en hel del insatser och åtgärder utan direktkontakt med hemsjukvårdspatienten. Utgångspunkten i avhandlingen är läkarens perspektiv. Det kan upplevas som problematiskt för läkarna i primärvården att släppa ifrån sig en del av kontrollen till sjuksköterskorna, trots att samarbetet oftast fungerar väl enligt studierna som gjorts. Läkarna upplevde att det var svårt att behålla kontrollen över den medicinska behandlingen, bland annat när det gällde äldre personer med komplexa problem. Problemen handlade om att som läkare få tillräcklig insyn i patienternas situation, att kunna fatta rätt beslut gällande patienternas behandling och att ha kontroll över att behandlingen upprätthålls. För att hantera dessa problem är läkarna beroende av sjuksköterskornas och annan personals information om patienternas tillstånd och av att övervakning,

provtagning och behandling utförs i enlighet med läkarens instruktioner. Läkarna i studien hanterar den här situationen genom att antingen anta rollen som ett slags ”konsult”, eller kan försöka bibehålla totalansvaret för den medicinska vården. Flera faktorer har betydelse för vilken roll läkaren antar, t ex arbetsbördan i respektive yrkesgrupp, förtroendet för sjuksköterskan, attityder etc. Det måste finnas utrymme för att läkaren ska kunna ha möjlighet att spela en mer aktiv roll. Båda rollerna kan dessutom vara värdefulla i olika situationer. Om läkaren har en mer konsultativ roll (antingen självpåtagen eller påtvingad) gentemot hemsjukvården, och det samtidigt finns brister när det gäller exempelvis kompetens eller rutiner för övervakning i hemsjukvården uppstår däremot risker för patienterna. [14]

En annan studie bekräftar den här bilden av att läkarna ofta är ganska frånvarande i hemsjukvården. [13]

Case management inom hemsjukvården

I förfrågningsunderlaget för husläkarmottagningarna i Stockholms län står uttryckligen att för de patienter som är inskrivna i hemsjukvården har distriktssköterskan en koordinatorsfunktion genom att ansvara för att, i samverkan med andra yrkeskategorier, samordna insatser för att tillgodose patienternas totala vårdbehov. På andra håll pekar man inte ut en speciell yrkeskategori; t ex. i Västra Götaland så anger man att istället att ”vårdenheten har ett ansvar för att koordinera och samordna sjukvården för den enskilde samt samverka med omsorgen”. [15] Samtidigt har sjuksköterskorna eller distriktssköterskorna inte alltid den tid som krävs för att vara ett verkligt stöd och vara tillgänglig i den utsträckning som krävs. [16]

Samordningsfunktionen som sådan för de mest sjuka äldre behandlas mer utförligt under avsnittet om Sammanhållen vård- och omsorgstjänst.

Vårdval och hemsjukvården

Från och med 1 januari 2010 infördes Vårdval inom primärvården i alla landsting, enligt Lagen om valfrihetssystem (LOV2008:962). Vårdval i primärvården ger medborgarna rätt att fritt välja mellan olika vårdgivare, samt ger alla vårdgivare rätt att etablera sig i primärvården med offentlig ersättning, förutsatt att man uppfyller de krav respektive sjukvårdshuvudman ställer. Vad detta har fått för konsekvenser för de mest sjuka äldre ingår också i detta uppdrag och detta redovisas mer utförligt på annan plats i denna rapport. Det är dock viktigt att ha Vårdvalet i åtanke när man diskuterar förutsättningarna för olika typer av hemsjukvård, eftersom kartan över vårdgivare, huvudmän, beställare och utförare ser annorlunda ut nu än för bara ett par år sedan, och den ser dessutom väldigt olika ut i olika landsting och kommuner. Vissa kommuner har också infört valfrihetssystem inom äldreomsorgen.

Den uppdelning av åtaganden inom primärvården och äldreomsorgen som i vissa landsting och kommuner uppkommit genom införandet av valfrihetssystem har bidragit till en ökad fragmentisering av vården och omsorgen. Detta ställer större krav på samverkan och på olika former av integrerad vård och omsorg. Hur modeller utformas, exempelvis vilka incitament och belöningsystem som införs, samt vilken tyngd man ger de olika komponenterna påverkar i hög grad effekterna av systemet. [17] Lyckad samverkan

mellan hälso- och sjukvården och hemtjänsten är en viktig framgångsfaktor för en god helhetslösning för den enskilde. Huvudmännen bör sträva efter helhetslösningar för de mest sjuka äldre där man kan erbjuda integrerade, multiprofessionella team. Samfinansiering och gemensam ledning och styrning är viktiga faktorer för att detta ska fungera. [10, 18, 19]

I en rapport från Äldrecentrum från 2011 har man studerat hur hemsjukvården är organiserad vid åtta husläkarmottagningar i Stockholm, med fokus på äldre med långvariga behov och en komplex problembild. [13] Man har också studerat skillnader före och efter införandet av Vårdvalet i Stockholm. När det gäller former för hur hemsjukvården är organiserad så fann man att tre husläkarmottagningar hade organiserat team bestående av läkare, sjuksköterska och undersköterska för att ta hand om de mest sjuka äldre. Läkarna i den verksamheten uttryckte tillfredsställelse över just sådana faktorer som att ha sett patienterna i sin hemmiljö, att ha en helhetsbild av patienterna. Av intervjuerna fann man att läkare som ingick i den här typen av team gjorde fler hembesök än läkarna på de andra husläkarmottagningarna. Enligt studien fungerar vården bättre och blir säkrare för patienten om hemsjukvården och läkaren finns på samma mottagning, vilket får till följd att många väljer en läkare på den mottagning där hemsjukvården finns. [13] Därmed inte sagt att det är just att hemsjukvården och läkaren finns på samma mottagning som är framgångsfaktorn här. Det kan likväl vara så att det är det upparbetade samarbetet i sig som är nyckeln och inte det faktum att de tillhör samma organisatoriska enhet.

När det gäller tillgängligheten inom Vårdval Stockholm framkommer det i intervjuerna att man genomför fler hembesök av läkare efter Vårdvals införande och att tillgängligheten och tiden som avsätts för hemsjukvårdspatienterna inte har påverkats i någon större utsträckning. På vissa håll har man dock dragit ner på eller tagit bort underskötersketjänster vilket naturligtvis får konsekvenser. I övrigt anser man att ersättningssystemet inte är anpassat för de mest sjuka äldre och det finns önskemål om att man ska ta hänsyn till vårdtyngd, diagnoser och socioekonomiska förhållanden, samt att de mest sjuka äldre inte är en aktiv grupp när det gäller att välja vård och omsorg. [13]

Kommunalisering av hemsjukvården

I Socialstyrelsens kartläggning av hemsjukvården från 2008 [9] gjorde man en jämförelse mellan hemsjukvård i kommunal regi och hemsjukvård där landstingets primärvård ansvarar för verksamheten. Både hemsjukvård i kommunal regi och i landstingsregi benämns primärvårdsansluten hemsjukvård. Socialstyrelsen fann att patienterna hade en bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret var kommunalt. Framförallt var det den organisatoriska närheten till hemsjukvården i särskilt boende som innebar en fördel, samt större möjligheter till samordning med den kommunala hemtjänsten.

Utredningen Kommunaliserad hemsjukvård [8] föreslår bland annat att kommunerna skall ges ett utvidgat mandat att även bedriva hemsjukvård som är ansluten till den somatiska och psykiatriska slutenvården. Med hemsjukvård skulle då avses alla hälso- och sjukvårdsinsatser i den enskildas hem, dvs. både i ordinärt och särskilt boende, som tillhandahålls av legitimerad personal, dock inte läkare, samt annat personal som utför uppgifter

efter delegation. Detta skulle innebära en lagändring, eftersom kommunerna idag bara får utföra hemsjukvård upp till primärvårdsnivå. Vad som avses med insatser på primärvårdsnivå är inte helt klarlagt, och typen av insatser förändras över tid, mycket på grund av den medicinska och medicintekniska utvecklingen. En hel del insatser som tidigare kvävde sjukhusvård kan idag med fördel utföras i hemmet.

Utredningen föreslår också att kommunerna inte ska ges befogenheter att anställa läkare [8]. Man bedömer inte att detta är en faktor som skulle på något avgörande sätt lösa samverkans- eller samarbetsproblemen som kan uppstå, särskilt kring äldre med komplexa och sammansatta behov av insatser från flera professioner och organisationer. När det gäller de mest sjuka och omsorgskrävande äldre så lyfter man fram strukturerad samverkan och multidisciplinära team som en lösning.

Avancerad sjukvård i hemmet

Den avancerade hemsjukvården utgår vanligtvis från den öppna specialistvården eller slutenvården. Synonyma begrepp och tillhörande förkortningar är till exempel avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), medicinskt omfattande hemsjukvård (MOH), sjukhusansluten hemsjukvård (SAH) och lasarettansluten hemsjukvård (LAH). [9]

Det finns också på många håll palliativ hemsjukvård, med olika avgränsningar och inriktning, samt specialiserad psykiatrisk hemsjukvård.[9]

I vissa fall har den avancerade hemsjukvården dels egna patienter där de har ett helhetsansvar, och där patienterna inte samtidigt kan vara inskrivna i den basala hemsjukvården, dels ett konsultativt uppdrag där de fungerar som konsulter till den basala hemsjukvården. [20]

I en rapport från Socialstyrelsens tillsynsavdelning från 2008 har man granskat patientsäkerheten inom den avancerade hemsjukvården [21]. Man har beskrivit 15 verksamheter som bedriver avancerad hemsjukvård. Där konstaterar man att enligt hälso- och sjukvårdslagen ska all vård som bedrivs utanför sjukhus definieras som öppenvård, trots att en del verksamheter själva definierar sig som slutenvård. De vanligast förekommande diagnoserna är cancer, KOL, hjärtsvikt och infektioner, samt neurologiska sjukdomar. Av de 15 verksamheter som ingick i granskningen hade två en nedre åldersgräns på 18 år och en hade inriktat sig på patienter över 65 år. Samtliga erbjöd hembesök av läkare och sjuksköterska dygnet runt. Rutinerna för samverkan med slutenvården, primärvården och den sociala omsorgen varierade, likaså rutinerna för riskanalys och avvikelshantering.

Det pågår ett arbete på Socialstyrelsen med att fram nationella riktlinjer för den palliativa vården. Riktlinjerna beräknas vara klara under 2012. I en uppföljning av den palliativa vården gjord av Socialstyrelsen 2006 [22] konstaterar man att denna bygger på samverkan mellan läkare, sjuksköterskor, rehabiliteringspersonal, kuratorer och andra yrkeskategorier. I vissa fall krävs kvalificerade palliativa insatser dygnet runt, medan det i andra fall inte krävs några specifika palliativa insatser. För många äldre är vården i livets slutskede en naturlig fortsättning på den vård de fått i ett tidigare skede. Under den senaste femtonårsperioden har det skett en väsentlig förskjutning av dödsplatsen från sjukhus till särskilda boendeformer och det egna hemmet. Specialiserad palliativ vård utgör ofta en del av den avancerade hemsjukvården som utförs under ledning av läkare. Trots att det finns etablerade

palliativa rådgivningsteam på de flesta håll, finns fortfarande stora brister när det gäller tillgång till palliativ vård och vård i livets slutskede generellt. [22]

Äldreteam

På flera håll finns äldreteam. Hur de är organiserade ser olika ut, och kan förstås förändras över tid, utifrån behov, utförare, resurser, ny kunskap osv. En del skulle kunna klassificeras som hemsjukvård med integrerad hemtjänst, andra som mer avancerad hemsjukvård. Det finns en stor variation när det gäller hur äldreteamen ser ut. Några exempel presenteras nedan.

Äldreteamet i Huddinge har utvärderats under 2011. [23] I det teamet ingår en projektledare, läkare, chef för sjuksköterskorna, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och dietist. Teamets medlemmar har olika organisatorisk tillhörighet och olika chefer. Man har bemanning varje dag mellan 7–21. Övrig tid har man avtal med en jourorganisation. Från början var det tänkt att hemtjänsten skulle ingå i teamet. Införandet av kundval i hemtjänsten i Huddinge omöjliggjorde detta, och de äldre får nu hemtjänst från det företag som de har valt själva, oberoende av äldreteamet. Teamet har funnits sedan 2007 och innebär ett nära samarbete mellan landstinget och kommunen.

Målgruppen är de som har svårt att ta sig till husläkarmottagningen, de som har återkommande behov av snabb medicinsk bedömning av läkare i hemmet, och de som har behov av rehabilitering och funktionsbevarande insatser som det är mest ändamålsenligt att ge i hemmet.

Resultat är övervägande positivt. Vårdtagarna och deras anhöriga är överlag mycket nöjda med den trygghet som teamet skapar. Personalen tycker att detta är en bra vårdform för den här målgruppen och kände tillfredsställelse över sättet som de arbetar på. De problem som framkommer i utvärderingen är t.ex. behovet av en gemensam chef för alla i teamet och att det är viktigt att få en viss volym på verksamheten. Det vore också önskvärt att få med hemtjänstinsatserna i teamet och att verksamheten permanentades. Kostnaderna har blivit något högre i vissa verksamheter, samtidigt som de minskat i andra. Slutenvårdskonsumtionen har minskat kraftigt bland de som får ta del av äldreteamets insatser. Efterfrågan och behovet av särskilda boendeformer anses också ha minskat. [23]

Äldreteamen i Gävle har också följts upp systematiskt. [24] Äldreteam bildades 2007 på nio hälsocentraler i Gävle. Huvudansvaret för att bilda teamen låg på respektive hälsocentralers verksamhetschef. Samverkansavtalet kring äldreteamen omfattade sjukhuset, primärvården och kommunen. Initalt tillsattes en ledningsgrupp för att förverkliga avtalets intentioner. Tillsammans med enhetscheferna inom hemtjänsten skulle verksamhetscheferna på hälsocentralerna skapa förutsättningar för ett teamarbete kring de som identifierades som de mest sjuka. Varje individ som blev inskriven i teamen skulle få en namngiven kontaktperson inom resp. verksamhet (en på hälsocentralen och en på kommunen). I teamen ingick distriktssköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare, verksamhetschef från hemtjänsten och hemtjänstpersonal. Läkare deltog vid behov samt genomförde minst ett hembesök per år till de som var inskrivna i teamet. Geriatriker på sjukhuset hade både en operativ och konsultativ roll i teamet efter behov. I ett första skede blev teamen inte fungerande operativa team. Det saknades en led-

ningsfunktion och teamen blev mest ett samtalsforum. Man inledde en del gemensamma vårdplaneringar osv. men man konstaterade vid uppföljningen att samverkansavtalet i sig inte var nog för att skapa den framgångsrika samverkan i multidisciplinära team kring individen som var avsedd. [24]

Äldreteamet i Kalmar har en sammansättning med fem professioner: geriatriker, sjuksköterska, arbetsterapeut, apotekare och biståndshandläggare. Till skillnad från det traditionella sjukdomsorienterade förhållningssättet har man valt att ha ett situationsorienterat arbetssätt, som utgår från patientens faktiska behov. Istället för att fokusera på en äldre persons diabetes, för-maksflimmer, kärlkramp, dåliga höft, så flyttar man kanske fokus till den dåliga aptiten, problem med att ta sig upp ur sängen och att nattsömnen störs av värk. När pilotprojektet inleddes fungerade äldreteamet som en kvalifice-rad bedömningsinstans som slussade de äldre vidare i vårdkedjan, och som hade till uppgift att skapa hållbara former för detta förhållningssätt. [25]

Av dessa tre exempel på äldreteam har två utvärderats. Vi vill understryka att det finns behov av effektstudier som genomförs med god vetenskaplig metod för att få fram tillförlitlig kunskap om vilka metoder och arbetssätt som är kostnadseffektiva.

Demensteam

Av Socialstyrelsen nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demens-sjukdom framgår att all vård, omvårdnad och omsorg för personer med de-menssjukdom bör bygga på ett personcentrerat förhållningssätt och mul-tiprofessionellt teambaserat arbete. Socialstyrelsen anser att multiprofessio-nellt arbete initialt ökar, men på sikt minskar, kostnaderna för hälso- och sjukvården och socialtjänsten för personer med demenssjukdom. Rekom-mendationen avser personer med demenssjukdom i både ordinärt boende och särskilt boende.[26] Personer med demenssjukdom är särskilt i behov av trygghet och kontinuitet och samordning av de medicinska och sociala in-satserna. [27]

Diskussion och avslutande kommentarer

Nedan visas en tabell som illustrerar skillnaderna schematiskt mellan de olika formerna av hemsjukvård. Det kan finnas avvikelser från detta runt om i landet, t.ex. när det gäller tillgänglighet osv., eftersom variationerna är så stora.

Tabell 1 Olika hemsjukvårdsformer

	Virtuell vård- avdelning	Basal hemsjukvård	Avancerad hemsjukvård	Äldreteam, Demensteam
Huvudman	I England- GPs.	Kommunen eller landstinget	Landstinget, specialistvår-den	Kommunen, primärvården eller specialistvården (t ex. geriatriska kliniker)
Identifiering av patienter	Prediktiv mo-dell, typ aktiv hälsostyrning och liknande	Remiss/IVP	Remiss	Remiss/IVP

Målgrupp	Alla med komplexa problem, ingen åldersgräns	Alla åldrar, dock mest äldre.	Olika, ibland alla, eller över 18 år eller bara vissa diagnoser. Finns även med inriktning äldre.	Äldre. Personer med demenssjukdom.
Typ av insats	Tillgång till sjuksköterska och läkare dygnet runt.	Tillgång till sjuksköterska dygnet runt. Ibland läkare kontorstid, ibland hembesök, ibland inte.	Tillgång till sjuksköterska och läkare dygnet runt.	Olika, ibland dygnet runt (sjuksköterska) och läkare kontorstid, ibland mer eller mindre.
Läkare	Dygnet runt	Dagtid må-fre (ibland ej hembesök)	Dygnet runt, hembesök	Oftast dagtid må-fre, hembesök + jouravtal
Hemtjänst	Separat	Separat eller delvis integrerat	Separat	Ibland integrerat, ibland separat.
Förhindra att behov av slutenvård uppstår.	Intensiv prevention för att förhindra att behov av slutenvård uppstår.	Indirekt. Äldre ska kunna bo hemma så länge som möjligt.	Prevention för att förhindra att behov av slutenvård uppstår. Ibland finns platser inom slutenvården om behov uppstår.	Prevention för att förhindra att behov av slutenvård uppstår. Ibland finns platser inom slutenvården om behov uppstår.

De skillnader som finns mellan virtuella vårdavdelningar och modeller för hemsjukvård i Sverige är inte större än att det finns en lika stor spännvidd inom Sverige. Variation är stor inom landet när det gäller vilka typer av hemsjukvård som erbjuds, både när det gäller innehåll, tillgänglighet, organisation, samverkan med äldreomsorgen, samordningsansvar, läkarmedverkan, hembesök osv. Modellen för att identifiera högriskpatienter genom elektroniska sökningar saknas dock i de svenska hemsjukvårdsmodellerna.

Virtuella vårdavdelningar

Modeller som påminner om virtuella vårdavdelningar finns på många håll i Sverige redan idag, t.ex. i Uppsala. [28] Där har man en central primärvårdsorganisation med ett multiprofessionellt team bestående av läkare (även geriatriker), dietist, apotekare, logoped osv. Teamet har ett välstrukturerat och välutvecklat samarbete med de kommunala distriktssköterskorna och med äldreomsorgen. Möjlighet till hembesök finns dygnet runt genom en sammanhållen jourorganisation. Verksamhetsledaren är en specialistutbildad sjuksköterska (motsvarande Community Matron) som är finansierad av både kommunen och landstinget. Patienterna blir remitterade från husläkarna, sjuksköterskorna i hemsjukvården samt via slutenvården. Man därmed inte samma modell för att identifiera högriskpatienter som i England. Vi har inte fått kännedom om något landsting som använder någon prediktiv modell för identifikation av riskpatienter och som samtidigt erbjuder hemsjukvård. Några landsting har intresse och planer på att testa detta i framtiden, bland annat Västernorrland och Kronoberg.

Identifikation av högriskpatienter och prevention

När det gäller användandet av prediktiva modeller för att identifiera högriskgrupper och mångbesökare i slutenvården och primärvården, så att de kan erbjudas inskrivning i någon form av hemsjukvård eller annan åtgärd, så kan sådana modeller sannolikt vara ett bra komplement till de metoder som

är vanliga idag. Rent teoretiskt vore det önskvärt att hitta personer innan de blir storkonsumenter av akutsjukvård, för att kunna erbjuda skraddarsydda åtgärder. Det är ett område där det behövs fortsatt utvecklingsarbete och utredning.

Det förebyggande arbetet bland de äldre behöver också utredas ytterligare. Sannolikt behöver arbetet med sekundärprevention bli mer framträdande och strukturerat inom hemsjukvården. Det är ofta förenat med svårigheter att mäta resultatet av hälsofrämjande och preventivt arbete. Det är viktigt att tydliggöra detta ansvar och utveckla metoder att mäta utfallet

Samordnare

Samordnarens uppgift är att planera, koordinera, styra och följa upp vården av en individ.

På många håll arbetar biståndsbedömare, sjuksköterska och annan personal tillsammans och utreder den äldre personens behov. Det skapar förutsättningar för en samordnad, koordinerad vård och omsorg. Det krävs fördjupade studier om hemsjukvårdens möjligheter att ta ett tydligare ansvar för samordning, och i vilken mån man gör detta redan idag. Inom den basala hemsjukvården är samordningsfunktionen sannolikt inte tillräckligt utvecklad eller tydliggjord. Samordningsfunktionen för de mest sjuka äldre diskuteras mer utförligt i avsnittet om Sammanhållen vård- och omsorgstjänst.

Hemsjukvård för de mest sjuka äldre

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), Svensk och Svensk Internmedicinsk förening (SIM) tog 2008 fram ett gemensamt policyprogram för vården av de mest sjuka äldre, Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram, som även PRO har ställt sig bakom. [29] Flera av punkterna i programmet berör hemsjukvård:

- Kring varje multisjuk äldre person ska finnas ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team.
- Varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

I en annan rapport redovisas liknande tongångar för hur den basala hemsjukvården för äldre personer med långvariga vårdbehov kan förbättras. [20] Utgångspunkten har varit de äldres behov och strukturella förutsättningar för hemsjukvården när det gäller samverkan och samarbete kring individen och därför är innehållet intressant i ett större perspektiv. Några av de viktigaste punkterna är:

- Sammanhållen vård och omsorg trots många aktörer.
- Resurserna måste finnas även utanför kontorstid.
- Basal hemsjukvård ska ses som en egen vårdform.
- Mer förebyggande arbete.
- Se över kostnader och ekonomiska incitament.

I de avslutande reflexionerna i rapporten Sköra länkar [10] kommer man till liknande slutsatser; fokus för de mest sjuka äldre bör ligga på vård och omsorg i hemmet och man måste eftersträva en helhetssyn på individens situation. I den rapporten tar man också upp beställarfunktionernas betydelse för att ”beställa helheter”; så att man kan skapa en samordnad verksamhet så väl över dygnets timmar som över professionsgränserna.

I de försöksverksamheter och nätverk för de mest sjuka äldre som finns ute i landets landsting och kommuner har man samma tankegångar. Det råder samstämmighet om att kontinuitet, trygghet, samordnad vård och omsorg i hemmet, möjlighet till hembesök samt direktinläggning inom slutenvården vid behov är viktiga komponenter för att förbättra omhändertagandet för de mest sjuka äldre. [30]

Kommunaliseringen av hemsjukvården syftar till att förbättra förutsättningarna för hemsjukvården att samverka med äldreomsorgen. Närheten till hemsjukvården i särskilt boende är också en viktig faktor. Det är dock viktigt att man inte skapar en integrerad hemsjukvård och äldreomsorg på bekostnad av samverkan med läkarna inom primärvården. Andra faktorer är också viktiga, som vi har varit inne på, så som jourorganisationen, tillgänglighet och flexibilitet. En lösning kan vara multidisciplinära team som ett komplement till dagens hemsjukvård. Ett alternativ är att den basala hemsjukvården ges möjlighet att själva organisera team. Ett annat alternativ är att man inrättar speciella team för den här målgruppen.

Det har inte varit möjligt inom ramen för det här uppdraget att göra en mer utförlig kartläggning av hur pass integrerad vård och omsorg om äldre i ordinärt och särskilt boende är idag. Det kan behöva kartläggas framöver.

Avgränsningar av hemsjukvården

Att vara inskriven i hemsjukvård kan i sig vara en viktig trygghetsskapande faktor. Det finns många äldre som tillhör målgruppen de mest sjuka äldre, men som inte är i behov av regelbundna hembesök. Den s.k. tröskelprincipen kan eventuellt utesluta en viktig grupp. Det handlar om de som kanske visserligen kan ta sig till vårdcentral eller motsvarande, men där funktionsstillståndet kan fluktuera och där otrygghet, oro, ensamhet, social situation, smärta osv. kan vara en orsak till upprepad slutenvårdskonsumtion. Man kanske är i ett skede där funktionstillståndet håller på att försämrans stegvis. Det bör utredas vidare om det skulle vara möjligt att inom den basala hemsjukvården vara mer flexibel när det gäller exempelvis vem som får vara inskriven i hemsjukvården.

Hemsjukvård respektive team

I betänkandet om kommunaliseringen av hemsjukvården föreslås en utvidgning av vad som menas med primärvårdsnivå för att göra det juridiskt möjligt för kommunen att bedriva hemsjukvård även på somatisk och psykiatrisk specialistnivå.

Många äldre med komplexa behov, och med behov av både vård och omsorg skulle sannolikt uppleva större trygghet och få en mer säker och ändamålsenlig vård och omsorg om de hade tillgång till mer avancerad hemsjukvård i form av multidisciplinära team. Tryggheten dygnet runt skulle öka genom möjligheten till hembesök, teamen är flexibla och har bättre förut-

sättningar att ge en individcentrerad vård och omsorg utifrån individens behov och i den vardagsmiljö där individen vistas. Det skulle sannolikt också kunna förhindra ett stort antal förebyggbara, oplanerade slutenvårdstillfällena. Mer läkarmedverkan, hembesök av läkare och möjlighet till direktinläggning inom slutenvården om behovet uppstår är några faktorer som skulle kunna bidra till detta. Framgångsrika team kännetecknas av stabilitet och långsiktighet, där en speciell teamkultur har kunnat utvecklas. [27] Men det behövs mer forskning om vad som kännetecknar ett framgångsrikt team och hur teamet bör vara sammansatt och organiserat. Säkerligen finns det flera tänkbara lösningar som fungerar lika bra.

Samordnad individuell vårdplanering och fast vårdkontakt

Samordnad individuell vårdplanering och fast vårdkontakt är två viktiga verktyg för att skapa samordning, samsyn, trygghet och kontinuitet för den enskilde och måste användas mycket mer aktivt och konstruktivt, samt följas upp bättre. Fast vårdkontakt utesluter inte på något vis fast läarkontakt. Dessa verktyg beskrivs mer utförligt i avsnittet om Sammanhållen vård- och omsorgstjänst.

Hemsjukvård respektive slutenvård

Alla människor i Sverige ska erbjudas en god och likvärdig hälso- och sjukvård, oavsett ålder, var man bor eller funktionstillstånd. Sjukhusvård innebär en rad risker om man redan är skör, bland annat ökar riskerna för fallskador, trycksår, infektioner och undernäring. Det är en stor påfrestning för en äldre, skör individ att vistas på sjukhus. För många sjuka äldre med komplexa problem och stora vård- och omsorgsbehov kan den bästa lösningen vara att erbjudas vård i hemmet. Samtidigt är gruppen de mest sjuka äldre ofta svårt multisjuka och ofta i behov av specialistkompetens. Många akuta, oplanerade besök i akutsjukvården borde kunna förebyggas på ett bättre sätt än idag, genom faktorer som tillgänglighet på jourtid, ökad läkarmedverkan och besök av läkare i hemmet, kanske även av specialistläkare. Många äldre mest sjuka är också i behov av mer avancerad hemsjukvård, inklusive palliativ vård, än vad som kan ges idag inom ramen för den basala hemsjukvården. En möjlighet är att etablera ett samarbete med slutenvården om direktinläggning av personer ur målgruppen mest sjuka, så att när behovet att skicka in en person till sjukhus uppstår så ska man i vart fall slippa akuten och kunna få en gräddfil till en sjukhussäng.

Områden att studera vidare

Inom ramen för det här arbetet har det inte funnits utrymme att undersöka målgruppen mest sjuka äldre med hemsjukvård mer ingående. I framtiden vore det intressant att göra fördjupade analyser av hur väl hemsjukvården kan svara upp mot behoven i målgruppen mest sjuka äldre, och om en ökad integrering mellan olika aktörer skulle innebära påtagliga skillnader för de mest sjuka äldre.

Möjligheten att i högre grad bilda multiprofessionella team behöver utredas närmre, både med avseende på innehåll, organisation och effektivitet.

Olika modeller för att identifiera högriskpatienter behöver testas för gruppen mest sjuka äldre i svensk miljö; både kliniskt och med hjälp av olika prediktiva modeller. Kriterierna för att vara inskriven i hemsjukvården bör också ses över.

Koordinering/samordning av vård och omsorg är en funktion som behöver ses över i alla modeller för hemsjukvård som förekommer i Sverige. Den här aspekten tas upp mer utförligt under avsnittet om en sammanhållen vård och omsorg.

Förebyggande hembesök och hälsosamtal

Det finns forskning som tyder på att förebyggande hembesök kan förebygga ohälsa och vård- och omsorgsbehov för äldre, men resultaten är inte entydiga och bör tolkas med försiktighet. Det finns endast en kontrollerad studie i Sverige (Nordmalingstudien).

De studier som visar goda resultat är utförda som särskilda projekt och under speciella förhållanden. Då finns det alltid en risk för att resultatet blir bättre än när man inför samma modell i den ordinarie verksamheten.

I dag finns inga säkra resultat om insatsernas effekter för de äldre eller om insatsernas kostnadseffektivitet. Därför behövs mer kunskap innan man tar ställning till värdet av förebyggande hembesök eller av hälsosamtal.

Inledning

Förbättrade levnadsvillkor har lett till att vi idag har förutsättningar för att leva ett långt liv med i stort sett bibehållen hälsa och funktionsförmåga till hög ålder. Medellivslängden har ökat avsevärt under de senaste decennierna och därmed också de äldres andel av befolkningen. År 2030 beräknas de över 80 år ha ökat till 8 procent av befolkningen (källa: Statistiska Centralbyrån). Det är naturligtvis glädjande att kunna förvänta sig ett långt liv, med det gör det också angeläget att fundera över vad som kan göras, både av den enskilde själv och av samhället, för att man som äldre ska kunna bevara hälsan och leva ett självständigt liv så länge som möjligt.

I hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) såväl som i socialtjänstlagen (2001:453) finns ett tydligt ansvar för huvudmännen att arbeta med att främja hälsa och förebygga ohälsa. Enligt SoL har kommunen dessutom en skyldighet att göra sig förtrogen med äldres levnadsförhållanden till exempel genom uppsökande verksamhet. Under årens lopp – särskilt under 1980-talet – gjorde man runt om i landet, både inom den kommunala äldreomsorgen och inom primärvården olika försök att erbjuda äldre personer hembesök eller hälsokontroller på vårdcentral, ofta med syfte att identifiera okända sjuka eller hjälpbehövande äldre. Förutom detta och vissa informationsinsatser hade förebyggande arbete i praktiken sällan riktats till de äldre innan regeringen avsatte stimulansmedel för en nationell försöksverksamhet med förebyggande hembesök 1999-2002 (1). Regeringens övergripande syfte med försöksverksamheten var att bygga upp kunskap om hur man förebygger ohälsa och vårdbehov bland äldre. I Danmark hade man sedan 1980-talet forskat inom området (2) och i Sverige användes den danska modellen som förebild (3).

I många kommuner fortsatte man efter försöksperiodens slut att erbjuda sina äldre invånare någon form för hembesök, även om man inte följde det program som användes under försöksverksamheten med regelbundna besök

under en längre period. Många kommuner nöjde sig med att erbjuda sina seniorer ett besök det år man fyller 75.

Enligt Socialstyrelsens redovisning av hur huvudmännen använde 2007–2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer (4) var det 219 ansökningar från kommuner och 41 från landsting som handlade om någon form för förebyggande insatser. Det finns emellertid i dag ingen samlad information om hur många kommuner och landsting som erbjuder sina äldre förebyggande insatser genom hembesök, genom hälsosamtal vid vårdcentralen eller annan typ av förebyggande verksamhet som till exempel fallskadeprevention. Det finns inte heller någon samlad information om vilken effekt de förebyggande insatserna har.

I Danmark har man sedan 1996 lagstiftning som reglerar kommunernas skyldighet att erbjuda alla förebyggande hembesök. Från början gällde att alla personer 75 år och äldre hade rätt till två förebyggande hembesök per år. Lagen har sedan modifierats två gånger och från och med 2010 gäller att alla personer 75 år och äldre och som är hemmaboende utan regelbundna insatser från hemtjänst eller hemsjukvård har rätt till ett hembesök per år. I både Norge och Finland diskuteras frågan och det finns förslag om att lagstifta, så att äldre ges rätt till förebyggande insatser. I England har husläkarna haft en skyldighet att genomföra förebyggande hembesök, men lagen upphävdes 2004, eftersom det var tveksamt om hembesöken hade avsedd effekt.

Syfte

I samband med regeringens satsning på samordnad vård av de mest sjuka äldre har Socialstyrelsen under 2011 fått i uppdrag att samla in kunskaper och erfarenheter av förebyggande hembesök och hälsosamtal för äldre. Ett delmål med arbetet är att identifiera viktiga generella förutsättningar för förebyggande hembesök respektive hälsosamtal för äldre, särskilt i Sverige och övriga Norden.

Följande frågeställningar blir belysta i rapporten.

- Vilket vetenskapligt stöd finns det för förebyggande hembesök och hälsosamtal?
- Vilka aktuella erfarenheter har man i Sverige och i övriga Norden?
- Vilka grupper av äldre når man med förebyggande hembesök respektive hälsosamtal?
- Vilka är utförarna av förebyggande hembesök respektive hälsosamtal och vilka utförare i Sverige kan visa positiva resultat?
- Finns det forskning som visar att det är vissa grupper av äldre för vilka förebyggande hembesök respektive hälsosamtal har positiv effekt, ingen effekt eller negativ effekt och hur ser det ut för olika grupper av äldre?
- Hur ska förebyggande hembesök eller hälsosamtal utformas för att ge avsedd effekt – det vill säga vara hälsofrämjande och förebyggande? Vad ska besöket eller samtalet innehålla? Vilken personalkategori är mest lämpad för att utföra insatsen?

Avgränsning

Målet med detta arbete har varit att identifiera viktiga generella förutsättningar för förebyggande hembesök och hälsosamtal. Uppdragets karaktär har inneburit att det inte har varit möjligt att genomföra en fullständigt systematisk översikt för frågeställningen. Systematiska sökningar av vetenskapligt publicerad litteratur har dock genomförts och arbetet har genomförts i linje med systematiskt översiktsarbete. Någon bedömning av den vetenskapliga tillförlitligheten i underlaget enligt evidensgraderingsmodellen GRADE har inte genomförts.

I bilaga 2 beskrivs hur materialet – studier och rapporter – har identifierats, valts ut och sammanställts.

Resultat

Forskares värdering av förebyggande hembesök

I inledningen av denna rapport konstaterades att intresset för förebyggande arbete bland äldre är stort, men att forskarna inte är helt överens om värdet av förebyggande hembesök, vilka effekter som uppnås och vilka metoder som är bäst. De erfarenheter som inledningsvis redovisats i rapporten ger inte heller några entydiga svar, även om det finns resultat både från den studie som gjorts i Nordmalings kommun och från de danska studierna som talar för att förebyggande hembesök – målmedvetet genomförda – kan bidra till bättre funktionsförmåga, minskat vårdbehov, högre livskvalitet och ett längre liv. I våra litteratursökningar fann vi sex systematiska översikter och 16 primärstudier som var relevanta. Här redovisas resultaten från dessa.

Systematiska översikter

De systematiska översikterna baseras på mellan 7 och 21 primärstudier, tre av dem innehåller också en metaanalys, dvs. en sammanvägning av alla resultat. I referenslistorna ser man att ett tiotal studier återkommer i samtliga översikter och har fått en slags status som klassiker inom området, bl. a. Hendriksens studie från det danska Rödovreprojektet (2). De utfallsmått som redovisas är funktionsstatus, dödlighet och inflyttning till särskilt boende.

Även om vi i denna rapport inte gör någon bedömning av den vetenskapliga tillförlitligheten i underlaget har vi här valt att lyfta fram översikten av Huss et al. från 2008 (7) som den viktigaste. Den är den senaste, den inkluderar en metaanalys och man har sammanställt 21 randomiserade och kontrollerade primärstudier av förebyggande hembesök. För att studierna skulle inkluderas krävdes att hembesöken hade ett allsidigt innehåll, var riktade till personer som var 70 år och äldre och hemmaboende, samt att ett av följande tre utfallsmått redovisats: flyttning till särskilt boende, funktionsstatus eller dödlighet.

Författarnas hypotes var att de hembesök som innehöll klinisk undersökning som en del i ett allsidigt program mest sannolikt skulle ge effekt som kunde mätas med alla tre utfallsmåtten.

Analysen visade att hembesök har goda möjligheter att förebygga nedgång i fysisk funktionsförmåga under förutsättning att de baseras på allsidig bedömning och klinisk undersökning.

När det gäller flyttning till särskilt boende är effekten mer osäker och beror antagligen på flera faktorer som till exempel vilka som ingår i målgruppen, vad interventionen innehåller och hur hälso- och sjukvårdssystemet ser ut. I de program som fokuserat på yngre äldre (från 70 år) har hembesöken haft viss effekt på dödligheten.

Det påpekas i översikten att flera av primärstudierna har visat att förebyggande hembesök i form av försöksverksamheter har haft gynnsamma effekter. Frågan författarna ställer är om resultaten blir sämre när man sedan ska implementera insatserna i ordinarie verksamhet och då kanske plockar bort vissa komponenter. Framtida program för hembesök bör därför utformas i ordinarie verksamhet och effekterna på hälsa och vård utvärderas i den kliniska och praktiska miljö där insatsen genomförs. Författarnas konklusion är att allsidiga hembesök under vissa förutsättningar har en potential när det gäller att minska funktionsnedsättningar hos hemmaboende äldre. Man betonar att det är viktigt att de förebyggande insatserna samtidigt riktas mot flera riskfaktorer.

I en tidigare översikt, från 2000 av van Haastregt et al. (8), menar man att det är viktigt att få en bättre förståelse av hur specifika delar av innehållet i hembesöken hänger samman med ett önskvärt resultat.

Elkan et al. (9) fann i sin översikt 2001 att de förebyggande hembesöken hade haft positiv effekt både genom minskad dödlighet och genom minskad inflyttning till särskilt boende och att resultatet gällde både för äldre som ingick i en normalgrupp och för äldre som tillhörde gruppen svaga äldre. Däremot fann man inga effekter när det gällde sjukhusvård. Elkan förklarar skillnaden mellan sina och van Haastregts resultat med att de hade använt olika metoder för att analysera data. Elkan hade gjort en meta-analys till skillnad från van Haastregt.

I en översikt från 2002 finner Stuck et al. (10) att om man ser till hela materialet (18 primärstudier) har hembesöken haft liten effekt på funktionsförmågan, men ser man på de enskilda studier som ingår är resultatet mycket olika i de olika studierna. Positiva effekter på funktionsförmågan ser ut att höra ihop med att hembesöken innehöll en allsidig geriatrisk bedömning med uppföljning. I samtliga 18 studier fanns uppgifter om dödligheten. Hembesöken såg ut att minska dödligheten, men återigen varierade resultaten mellan de olika studierna.

Hypotesen i Stucks översikt var att förebyggande hembesök är effektiva om programmet baseras på en allsidig geriatrisk bedömning med uppföljning som sträcker sig över tid. Stuck menar att resultaten från denna översikt bekräftar den hypotesen under förutsättning att:

- interventionen baseras på en allsidig geriatrisk bedömning
- flera uppföljande hembesök ingår i programmet
- målgruppen består av personer med relativt låg risk för att avlida och relativt unga äldre.

Markle-Reid et al. (11) menar i en översikt från 2006 att det inte går att göra en metaanalys av de 12 primärstudier de har i sitt underlag, eftersom studierna är så heterogena när det gäller ämnesval, interventionens art, uppföljningstidens längd och utfallsmått. I stället gör man en kvalitativ analys av hembesökens effekter och en bedömning av studiernas metodologiska kvali-

tet. Utfallsmåtten är de äldres hälsa, funktionsförmåga, dödlighet, sjukhusvård, flyttning till särskilt boende och kostnader.

Trots de metodologiska bristerna i primärstudierna kommer författarna fram till att förebyggande hembesök av sjuksköterskor kan ha en gynnsam påverkan på hälsa, funktionsförmåga, dödlighet, behov av sjukhusvård och särskilt boende samt samhällskostnader. När det gäller vem som gynnas mest av hembesöken – friska äldre eller sjukliga äldre tar författarna inte ställning, utan hänvisar till att man i primärstudierna kommer fram till så olika resultat och åsikter.

Bouman et al. från 2008 (12) fokuserar på förebyggande hembesök till sköra hemmaboende äldre utan insatser. Översikten baseras på sju randomiserade och kontrollerade studier av förebyggande hembesök till hemmaboende personer, 65 år och äldre, med dålig hälsa eller någon typ av funktionsnedsättning. Besöksprogrammen var av mer intensiv karaktär, med minst fyra besök per år och noggrann uppföljning. Besöken utfördes av sjuksköterskor eller läkare.

Utfallsmåtten är dödlighet, hälsa, vårdkonsumtion och kostnader. Ingen av primärstudierna i översikten visade att hembesöken hade gynnsam effekt på vare sig dödligheten, hälsan eller kostnaderna för denna målgrupp. Författarnas slutsats är att de i sina data inte fann argument för att erbjuda sköra äldre förebyggande hembesök – det ger inget mer än vad kontakt med den vanliga hälso- och sjukvården ger.

Sammanfattning av resultat från inkluderade översikter

Forskarna påpekar att primärstudierna i flera fall har metodologiska brister, när det till exempel gäller randomisering, beskrivning av interventionen, bedömning av effekter och data från uppföljningarna. Resultaten är alltså osäkra och bör därför tolkas med stor försiktighet.

Det finns ändå en samstämmighet om att förebyggande hembesök kan ha viss effekt på funktionsförmåga, dödlighet och inflyttning till särskilt boende. Det förutsätter emellertid att interventionen baseras på en allsidig bedömning av den äldres hälsa och funktionsförmåga och innehåller flera uppföljande besök.

Med ett undantag (9) visar översikterna att hembesöken har haft bättre effekt för yngre äldre, de under 80 år, och de med god hälsa och funktionsförmåga än för dem med begynnande funktionsnedsättning och de riktigt gamla. Den översikt som handlar om sköra äldre (12) gav inget stöd för att hembesök till den gruppen skulle ha bättre effekt än vad kontakt med den vanliga vården ger.

Ingen av översikterna innehåller någon analys av vilken personalkategori som skulle vara den mest lämpade att göra hembesök. Den personalkategori som dominerar är sjuksköterskor.

I samtliga översikter framhålls att resultaten är osäkra och att det är viktigt med mer forskning på området för att vi ska kunna veta vad ett effektivt hembesök ska innehålla och till vilken målgrupp det ska riktas.

De primärstudier som ingår i översikterna är så gott som samtliga utförda i någon form av försöksverksamhet. Vill man studera förebyggande hembesök som på bred bas är implementerade i ordinarie verksamhet får man vända sig till Danmark.

Förebyggande hembesök i ordinarie verksamhet i Danmark

Danska forskare har sedan i början av 1980-talet intresserat sig för att studera effekterna av hembesöken avseende de äldres hälsa, funktionsförmåga, vård- och omsorgsbehov samt samhällets kostnader. En av de första artiklarna som publicerades internationellt och som blev banbrytande var – som tidigare nämnts – den om *Rödovreprojektet* (2). Projektet genomfördes som en randomiserad och kontrollerad studie av Hendriksen m.fl. Resultaten visade att förebyggande hembesök var en metod som gjorde det möjligt att minska behovet av sjukhusvård för de äldre och fördröja behovet av att flytta till särskilt boende. Artikeln fick stor betydelse för implementeringen av förebyggande hembesök som ett ordinarie inslag i dansk äldreomsorg.

I slutet av 1990-talet fick ett danskt forskarlag statliga anslag för att undersöka vad som behövdes för att man skulle kunna utföra de förebyggande hembesöken på allra bästa sätt. I ett antal kontrollerade studier, både från Danmark och från andra länder, hade man redan visat att förebyggande hembesök kunde ge vissa positiva effekter som till exempel flera aktiva levnadsår och minskat behov för särskilt boende. Vad man däremot inte hade kunskap om var om hembesöken också skulle ha lika goda effekter om de erbjöds som ett ordinarie inslag i vård- och omsorg om äldre. I sin doktorsavhandling *Preventional decline in older people* har Vass (5) beskrivit den stora randomiserade interventionsstudie som genomfördes för att få svar på den frågan. Avhandlingen baseras på sju delarbeten som behandlar olika aspekter av hembesöken – de äldres hälsa och funktionsförmåga när studien började (13), hembesökens effekt för kvinnor jämfört med för män (14), personalutbildningens effekt på de äldres hälsa (15), en uppföljning av dödlighet och flyttning till särskilt boende (16), hembesökens betydelse för utvecklingen av funktionsnedsättning (17), hembesökens betydelse för behov av sjukhusvård (18), husläkarens betydelse i hembesöksprogrammet för att minska funktionsnedsättning hos 80-åringar (19).

I studien ingick också att värdera om hembesöken i interventionskommunerna var kostnadseffektiva, om utbildningsinsatsen lönade sig (20).

Eftersom lagstiftningen om rätt till hembesök redan hade trätt i kraft gick det inte att genomföra en kontrollerad studie där erbjudandet om hembesök gavs i vissa kommuner och inte i andra. I stället valde forskarna personalutbildning som intervention. Det innebar också att man lade fokus för studien på vilka kompetenser och förutsättningar som skulle finnas för att uppnå bästa möjliga effekt av hembesöken.

Studien kom att inkludera 34 kommuner, som följde lagstiftningen, hade rehabiliteringsresurser och där husläkarna kunde delta i projektet. Över 5 700 hemmaboende danskar, 75 år och 80 år blev erbjudna att ingå i studien. Av dem deltog 70 procent i studien, som kom att inkludera drygt 4 000 personer. Sedan lottades kommunerna till en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. De äldres funktionsförmåga var det huvudsakliga utfallsmåttet och de personer som deltog i studien kom att följas under fyra och ett halvt år.

Interventionen startade med att alla professioner som arbetade med äldre personer i kommunen blev inbjudna till ett informationsmöte. Mellan 1999 och 2001 fick de som arbetade med hembesök i de 17 interventionskommunerna utbildning. Två representanter från varje kommun samlades två gånger om året för undervisning i relevanta geriatriska och gerontologiska äm-

nen. Deltagarna på dessa temadagar hade sedan ansvar för att sprida kunskaperna vidare i hembesöksorganisationen i sin kommun. I de 17 kontrollkommunerna gavs ingen sådan utbildning till personalen, där utfördes de förebyggande hembesöken som vanligt.

Hembesökarna fick lära sig att försöka ha en helhetssyn på hur den äldre fungerade i sin vardag, där såväl sociala, som psykiska och fysiska aspekter skulle ingå i bedömning. Den äldres autonomi och självbestämmande skulle respekteras. Fokus skulle ligga på att bedöma hur de äldre klarade vardagslivet genom att mäta funktionsförmåga och ge akt på tidiga tecken på funktionsnedgång, som bland annat kan ta sig uttryck i att man blir trött av att utföra enkla dagliga aktiviteter. En del i utbildningen bestod av att hembesökarna fick lära sig att använda olika verktyg för att bedöma funktionsförmåga under hembesöken. Minsta misstanke om något hälsoproblem skulle leda till kontakt med husläkaren.

Under det första året av studien blev husläkarna inbjudna till smågruppsbaserad undervisning – en till två timmar per gång. I nio av de 17 kommunerna tackade läkarna ja till erbjudandet. Huvudinnehållet i undervisningen var en uppmaning att ta alla remisser från förebyggande hembesök på stort allvar. Man lärde ut en minnesregel: 5D som i Demens, Depression, Delirium (förvirring), Droger och Drycker, för att viktiga sjukdomar inte skulle förbises helt eller underbehandlas. Man introducerade också en generell medvetenhet om ålderism, som en tänkbar orsak till att äldre människor inte alltid får den behandling som kan gagna dem.

De viktigaste resultaten från Vass studier:

- Utbildningsprogrammet genomfördes enligt planerna och budskapen gick fram. Dömer man efter i vilken utsträckning de äldre använde sig av äldreomsorg och sjukvård under studiens gång, så kan man se att mönstret ändrades: De äldre i interventionskommunerna blev i större utsträckning hänvisade till olika slags träningsprogram än de i kontrollkommunerna och husläkarna gjorde oftare hembesök.
- Utbildningsinsatsen kunde kopplas samman med positiva resultat för de 80-åringar som inte hade några funktionshinder när studien startade. I den gruppen kunde man se att hembesöken gav förbättrad funktionsförmåga och färre inflyttningar till vårdboende.
- 80-åringarna i interventionsgruppen hade större nytta av hembesöken än 75-åringarna. Det såg också ut som om kvinnor hade större nytta än män. Fem olika mönster för funktionsnedsättning identifierades, och utbildningen kunde kopplas samman med minskad risk för ”progressiv” funktionsnedsättning.
- En annan effekt av utbildningen var att fler äldre fick fler hembesök (mer än fyra). Husläkarna gjorde också fler hembesök.
- Utbildningen var kostnadsneutral.

I sin avhandling sammanfattar Vass resultatet av utbildningsinterventionen och understryker de positiva möjligheter som utbildning ger. Ökad kompetens hos personalen kan i sin tur leda till bättre funktionsförmåga för de äldre.

Fyra svenska studier

Fyra av de primärstudier som inkluderades handlar om förebyggande hembesök i Sverige. En studie är utförd i Hässleholm av Theander et al 2005 (21), två i Nordmaling av Sahlén et al. 2006 och 2008 (22, 23) och en i Helsingborg av Löfqvist et al 2011 (24). Studierna från Hässleholm och Nordmaling är utvärderingar av den försöksverksamhet med förebyggande hembesök som finansierades med statliga stimulansmedel 1999 -2002 (1).

I Hässleholm erbjöds samtliga 412 personer som var 78 år att delta i försöksverksamheten. Av dem deltog 231 personer det första året, 213 det andra året och 202 det tredje året. Totalt tog 150 personer emot samtliga tre hembesök under försöksperioden.

Utvärderingen (21) visar bland annat att antalet använda läkemedel minskade bland de äldre som tog emot de tre besök som ingick i projektet. Man kunde också se att såväl fysisk som social aktivitet ökade hos deltagarna. Även om resultaten ska tolkas med viss försiktighet eftersom man inte hade en kontrollgrupp att jämföra med, menar författarna att besöken var positiva både för de äldre och för personalen som utförde besöken.

I Nordmaling lade man redan från början upp försöksverksamheten som en kontrollerad studie. Av de 249 personer 75 år och äldre, som hade lottats till en interventionsgrupp och inbjudits att delta i projektet accepterade 196 personer. Dessa följdes sedan under hela projektiden. I kontrollgruppen ingick 346 personer.

Besöken som riktade sig till hemmaboende relativt friska äldre följde ett noga upplagt program med ett huvudtema för varje besök. Deltagarna fick ett besök var sjätte månad i två år, totalt fyra besök. Data som samlades in under projektiden har sedan bearbetats och publicerats (22, 23). Artiklarna är också med i Sahléns doktorsavhandling *An ounce of prevention is worth a pound of cure* (6).

Resultaten visade bland annat att i den grupp äldre som fick hembesök var dödligheten lägre än i kontrollgruppen (22). Två år efter att hembesöken upphört hade emellertid skillnaden i dödlighet jämnats ut mellan grupperna.

En annan fråga som belystes i Nordmaling var om hembesöken var kostnadseffektiva (23). Den slutsats man kom fram till var att det som besöken kostade samhället uppvägdes av att de äldre som ingick i interventionsgruppen hade mindre behov av akuta läkarbesök och mindre behov av hemtjänst än de i kontrollgruppen. Hembesöken förbättrade alltså deltagarnas hälsa och livskvalitet utan att samhällets utgifter ökade.

Erfarenheterna från studien i Nordmaling säger att förebyggande hembesök ska utföras i samarbete med primärvården för att gynna både de äldre och primärvården.

Slutsatsen från studien av försöksverksamheten i Nordmaling är att förebyggande hembesök är en bra strategi om man vill främja hälsa bland äldre som klarar sig själva, under förutsättning att besöken har ett strukturerat innehåll, är regelbundet återkommande och utförs av medicinskt eller socialt utbildad personal.

I en pilotstudie som genomförts i Helsingborg (24) har ett forskarlag från Lund försökt utforma ett evidensbaserat protokoll för förebyggande hembesök, med utgångspunkt i de kunskaper man samlat från relevanta studier. Syftet är att konstruera ett så väl utformat protokoll att det ska kunna användas av personal med olika professionella bakgrunder. Så långt som möjligt

ska innehållet i protokollet baseras på validerade skattningsskalor och täcka flera områden som rör äldres hälsa och riskfaktorer. Även om denna pilotstudie inte uppfyller kraven enligt våra inklusionskriterier och tillför kunskaper om effekter av hembesök, har den ett visst värde eftersom den syftar till att utveckla en evidensbaserad metod för hembesök.

Det man hittills kommit fram till när man testat protokollet i praktiken är att ett förebyggande hembesök bör bestå av en intervju med både öppna och slutna frågor som gör det möjligt att samtala på ett personligt sätt. Författarna föreslår att hembesöksprotokollet består av en del, som innehåller frågor och skattningar som gäller alla som besöks och en annan del, som anpassas efter behovet hos den enskilda äldre, beroende på vilka riskfaktorer som identifieras.

Hittills är Nordmalingsstudierna de enda kontrollerade svenska studier där en grupp äldre följts under fyra år – två år med hembesök och sedan uppföljning av registerdata efter ytterligare två år.

Förebyggande hembesök riktade till sköra äldre

Ett exklusionskriterium är att en studie beskrev förebyggande hembesök till en specifik riskgrupp eller grupp med specifik diagnos. Vi har som tidigare nämnt trots det valt att inkludera en systematisk översikt (12) och två primärstudier som fokuserar på sköra hemmaboende äldre, eftersom vi har bedömt att studierna har relevans för helheten i vår rapport.

Den första studien ingår också som en av primärstudierna i översikten om sköra äldre (12). I studien av Nicolaides-Bouman et al. från 2007 (25) ingår 160 personer i en interventionsgrupp och 170 personer i en kontrollgrupp. Deltagarna rekryterades genom att en enkät skickades med post till 4901 hemmaboende äldre, mellan 70 och 84 år, i en nederländsk stad. Svarsfrekvensen var 74 procent och inklusionskriteriet är att man i enkäten har skattat sin hälsa som dålig (1–5 på en skala från 1–10). De personer som stod på väntelista till särskilt boende eller redan hade regelbunden hemsjukvård exkluderades.

Besöksprogrammet bestod av åtta hembesök, ett varannan månad under en period på 18 månader och av samma sköterska. Besöken utfördes av undersköterskor som fått särskild utbildning för detta. De registrerade uppgifter i ett standardiserat formulär om:

- vilka ämnen som tagits upp under besöket
- vilka åtgärder som vidtagits avseende hälsoproblem
- hur den äldre följt råd som getts vid tidigare besök.

I artikeln redovisas inga mätningar av effekter på de äldres hälsa och funktionsförmåga. Resultaten handlar om hur de äldre följt hembesöksprogrammet och hur de tagit till sig olika förslag och råd från hembesökaren, till exempel att kontakta sin husläkare. I genomsnitt följdes 61 procent av de råd och förslag som gavs.

Författarna drar följande slutsatser: Undersköterskor klarar av att utföra hembesök, men upplärningsperiod behövs. Sköterskorna remitterade många äldre till husläkaren, vilket visar att det krävs god kontakt mellan hembesökarna och husläkarna. Det är viktigt att sköterskorna är väl förtrogna med hur vård- och omsorgssystemet fungerar lokalt.

Den andra studien som rör sköra äldre är av van Hout et al. från 2010 (26). Den är randomiserad och kontrollerad. Studien omfattar 331 hemmaboende personer 75 år och äldre i en interventionsgrupp och 320 i kontrollgrupp. Deltagarna rekryterades genom primärvårdens listor på patienter 75 år och äldre och hemmaboende. De fick en enkät i posten som innehöll frågor om allmänt hälsotillstånd, förändringar i hälsotillstånd, fysisk form, dagliga aktiviteter, psykisk hälsa och sociala aktiviteter. De personer som fick låg poäng på minst två av de sex skalorna betraktades som sköra och kunde inkluderas i studien. Personer som bodde i särskilt boende, de som av sin husläkare bedömdes vara svårt sjuka, de som enligt själskattning hade demenssymptom samt de som deltog i andra forskningsprojekt exkluderades.

Studien jämför effekterna av proaktiva hembesök av distriktssköterskor till deltagarna i interventionsgruppen med vanlig vård för de i kontrollgruppen.

Hembesöksprogrammet var ambitiöst både till innehåll och till frekvens. Det innehöll noggrann geriatrisk bedömning, individuell vårdplanering, skräddarsydda interventioner, i genomsnitt tre hembesök samt täta telefonkontakter.

Primära utfallsmått var funktionell hälsa och hur man klarade dagliglivets aktiviteter. Sekundära utfallsmått var sjukhusvård, särskilt boende och dödlighet.

Konklusionen av studien är att man med den här typen av hembesöksprogram inte lyckats uppnå någon effekt för de sköra äldre. En slutsats som vi känner igen från de systematiska översikterna.

Stimulansmedel till förebyggande hembesök ***Försöksverksamheten 1999-2002***

Inom ramen för den Nationella handlingsplanen för äldrepolitiken (Prop. 1997/98:113) avsattes stimulansmedel för en treårig försöksverksamhet med uppsökande verksamhet bland äldre 1999–2002. Kommuner och landsting inbjöds att söka pengar för att delta i verksamheten. Socialstyrelsen hade regeringens uppdrag att stödja försöksverksamheten och följa upp och utvärdera resultaten (1).

De 21 försöken lokaliserades till orter med skiftande sociodemografiska och strukturella förutsättningar. Gemensamt för alla försöksverksamheterna var att de baserades på regelbundna hembesök, var riktade till hemmaboende äldre och att personalen som arbetade i projekten hade både medicinsk och social kompetens. I samtliga projekt fick deltagarna information om kommunens äldreomsorg, goda råd om kost, motion och hur man kan undvika olyckor i hemmet. Besökarna samlade också in uppgifter om seniorernas egen syn på den fysiska hälsan, det psykiska välbefinnandet och möjligheterna att upprätthålla sociala nätverk – uppgifter, som följdes upp vid nästa besök. De olika huvudmännens sätt att genomföra projekten skilde sig emellertid åt när det gällde hur man organiserade verksamheten, hur man valde ut sin målgrupp, hur ofta man erbjöd besök och vad de innehöll.

Som samtalsguide vid besöken och stöd för uppföljning av projektet användes ett frågeformulär. Det användes i samtliga projekt och vid alla hembesök. Det innehöll frågor om de äldres egen upplevelse av fysisk, psykisk och social hälsa och välbefinnande. Som komplement till det obligatoriska frågeformuläret fanns också en dansk funktionsskala (3, 27) där deltagarna

fick skatta hur ansträngande de uppfattade fysiska aktiviteter och en enkel test av gånghastighet (28). Flera huvudmän lade till egna frågor – till exempel om läkemedel.

Det att varje projekt hade frihet att utforma verksamheten utifrån lokala förutsättningar innebar att de drygt 4000 äldre som deltog i verksamheterna inte kunde betraktas som en försöksgrupp och att resultatet från ett projekt inte kunde generaliseras till att gälla hela försöksverksamheten. Om projektet som helhet kunde sägas att både deltagarna och personalen som genomförde besöken var nöjda med verksamheten och önskade att den skulle fortsätta. De tre faktorer som bedömdes ha påverkat deltagarnas hälsa och funktionsförmåga var:

1. målgruppens sammansättning
2. besöksfrekvensen
3. besökens innehåll

Projektarbete drivs i regel av engagerade personer och deras entusiasm får stor betydelse för resultatet. Man tror på sin idé och därför fungerar den. När andra, som inte tror lika starkt, sedan ska införliva konceptet med ordinarie verksamhet brukar glöden falna snabbt. I mer än hälften av de deltagande kommunerna fortsatte man att erbjuda förebyggande hembesök efter projektidens slut och flera nya kommuner, som inte hade deltagit i försöksverksamheten startade besöksverksamhet. Emellertid tunnades konceptet ut och begränsades till ett hembesök till dem som fyllt 75 år under året i stället för de regelbundet återkommande besöken, som var projektets grundidé.

Statliga stimulansmedel 2007 – 2010

Enligt Socialstyrelsen rapport (4) handlade 219 ansökningar från kommuner och 41 från landsting om någon form för förebyggande insatser för äldre 2007–2009. Även om det idag inte finns exakta uppgifter om hur pengarna har använts finns det anledning att tro att många av dessa projekt handlar just om förebyggande hembesök. Det är svårt att veta i vilken utsträckning projekten följts upp och utvärderats. Fem av de rapporter som refereras i detta avsnitt hittades via FoU Välfärds hemsida (www.fouvalfard.se) och en rapport på Dalarnas forskningsråds hemsida (www.dfr.se).

Gävleborg

FoU Välfärd Region Gävleborg har presenterat en studie av förebyggande hembesök hos äldre i fyra kommuner i Gävleborg – Gävle, Söderhamn, Hudiksvall och Ljusdal (29). Studiens ansats är kvalitativ och den bygger på intervjuer med hembesökare, ledning från kommun och landsting samt seniorer som fått förebyggande hembesök. Målet med studien är dels att skapa ett kunskapsunderlag för att utveckla metod och organisation för framtida förebyggande hembesök och dels att utvärdera resultaten i relation till de nationella målen för förebyggande hembesök.

De fyra kommunerna hade utvecklat verksamheter som både liknade varandra men också skiljde sig åt beträffande metod, inriktning, samarbetsformer och organisation. Gävle sökte inte stimulansmedel för projektet, medan de övriga tre kommunerna hade ansökt var och en för sig. Landstinget Gävleborg ansökte om stimulansmedel för hela länet samtidigt. Dessa pengar

fördelades sedan på länets olika delar i proportion till befolkningsstorleken. Ansvarsförhållandet mellan kommun och landsting kom att se olika ut i de fyra kommunerna, beroende på vilken huvudman som tagit initiativet till hembesöken och vem som sedan genomförde besöken.

I *Gävle* gjordes hembesöken av en person anställd vid kommunens anhörigenhetsenhet, som senare blev Enheten för förebyggande verksamhet. Det främsta syftet var att skapa kontakt mellan kommunen och den äldre, informera om vad kommunen kunde bidra med och förmedla kontakter. Dessutom ville man samla kunskap om hur kommunens äldre hade det. Målsättningen var att först besöka alla 80-åringar i kommunen och sedan successivt besöka dem som hade fyllt 80. Man gjorde endast ett besök hos varje person. Primärvården hade inbjudits att delta i projektet men hade tackat nej, med motivering att de som ingick i målgruppen för hembesök redan hade kontakt med sjukvården genom hälsocentralen eller sjukhuset. Under 2009 fick 421 personer erbjudande om hembesök och 388 (92 procent) tog emot besök.

I *Söderhamn* deltog både kommunen och primärvården i projektet, även om kommunen stod som huvudman. Kommunens uppsökare och primärvårdens distriktssköterska gjorde besöken tillsammans och hade ansvar för var sin del av besöket. Endast ett besök gjordes. Från början var det meningen att alla kommuninvånare, 80 år och äldre, skulle ingå i målgruppen. På grund av tidsbrist fick man begränsa sig till att erbjuda 621 personer besök och av dem tog 53 procent emot besök. För de äldre som hade behov av serviceinsatser, som till exempel städhjälp eller hjälp av kommunens "Fixare", förmedlade uppsökaren kontakt med kommunen. Det att distriktssköterskan med sin medicinska kompetens medverkade vid alla hembesöken gjorde det möjligtvis mindre nödvändigt för de äldre att besöka vårdcentralen.

När *Hudiksvalls* kommun hade fått stimulansmedel för förebyggande hembesök tog man kontakt med primärvården för att diskutera samarbete. Det ledde till att man enades om att ha fallprevention som fokus för besöken, som påbörjades 2008. Verksamheten organiserades i tre delar, en del i Dellenbygden och två i centrala Hudiksvall. I Dellenbygden drevs tre olika men samverkande projekt; kommunens, hälsocentralens och rehabenhetens. Där genomfördes besöken av uppsökare från kommunen – och i 25 procent av fallen tillsammans med distriktssköterska, sjukgymnast eller arbetsterapeut. I centrala Hudiksvall var det kommunen som stod för besöken och primärvården anlätades i mån av seniorernas behov och personalens tid. Seniorerna erbjöds ett besök.

Under 2008–2009 totalt erbjöds 440 personer besök och 87,5 procent tog emot besök. Vid besöken använde kommunens uppsökare det frågeformulär som Socialstyrelsen hade tagit fram för försöksverksamheten 1999–2002 (1). Uppgifterna sammanställdes sedan och redovisades på gruppnivå.

I *Ljusdal* drevs förebyggande hembesök som två självständiga projekt, kommunens och primärvårdens. Kommunen anställde en biståndshandläggare och primärvården en distriktssköterska som var och en arbetade fram sitt material för hembesöken, med bland annat riskbedömningsinstrument, intervjuformulär och blanketter. Med jämna mellanrum träffades man för att stämma av projekten.

För kommunen handlade projektet främst om att nå ut till de äldre med information, identifiera dem med behov av insatser, förebygga fallskador och förmedla kontakt med primärvården. Alla som fyllde i en medgivandeblan-

kett fick sedan kontakt med distriktssköterskan, som hörde av sig ett par veckor senare.

Distriktssköterskans besök innehöll information om landstingets resurser och bedömning enligt olika riskbedömningsinstrument. Distriktssköterskan gjorde också en mindre hälsoundersökning; mätte längd och vikt, blodtryck och blodsocker. Vid behov förmedlades kontakt vidare inom sjukvården eller till någon av kommunens tjänster som till exempel anhörigstöd.

Distriktssköterskan förde patientjournal och förde bland annat in uppgifter om hälsosamtalets riskberäkningar. I de fall riskpoängen låg farligt högt meddelades patientens läkare. Det uppskattades av läkarna.

Under 2008–2009 erbjöds 506 personer besök av den kommunala uppsökaren, 62 procent tog emot besök. Av dem som var äldre än 85 år var det hela 83 procent som tog emot besök. Besöken ledde i 41 procent av fallen till någon form av åtgärd; trygghetslarm, hemtjänst, kontakt med rehab för träning, hjälpmedel eller bostadsanpassning. Uppsökaren kunde också hjälpa till med att ansöka om färdtjänst eller glesbygdsstöd för inköp. Det kunde också handla om att förmedla kontakt till demenssköterskan eller väntjänst. Ibland togs kontakt med en hyresvärd för installation av timer eller brandvarnare, eller lokaltrafiken. Uppsökaren informerade också kommunens gatu- och parkavdelning om behov av parksoffor.

Efter projekttidens slut var situationen följande:

- Söderhamn har slutat helt med förebyggande hembesök
- Gävle kommun gör hembesök, men utan primärvårdens medverkan
- Hudiksvalls kommun gör hembesök. Primärvård och sjukhus kopplas in enligt den samarbetsmodell som utvecklades under försöksverksamheten, men då betalar senioren vanlig patientavgift
- I Ljusdal fortsätter både kommun och primärvård med hembesök enligt den modell som utvecklades under projektiden. Först gör kommunens uppsökare sitt besök. Om den äldre så önskar, kommer distriktssköterskan på sitt besök några veckor senare.

Jämtland

FoU Jämt har sammanställt hur Jämtlands åtta kommuner arbetar med förebyggande hembesök (30). Ett syfte med rapporten är att komma med förslag om hur man ska kunna utveckla en gemensam modell för förebyggande hembesök i Jämtlands län. Samtliga åtta kommuner i länet hade ansökt om och beviljats stimulansmedel för att utveckla ett systematiskt uppsökande arbete bland äldre. Kommunerna hade kommit olika långt i arbetet. I Strömsund, som var med i försöksverksamheten 1999 – 2002, hade förebyggande hembesök ingått i kommunens ordinarie verksamhet sedan 2003. Ytterligare en kommun införde besöken i den ordinarie verksamheten under 2009. I fyra kommuner bedrevs hembesöken under 2009 i projektform. Två kommuner beslöt att vänta på rapporten från FoU Jämt och starta 2010.

Arbetet med FoU Jämts förslag till modell för förebyggande hembesök genomfördes i huvudsak som en så kallad forskningscirkel, en typ av gruppsamtal, med deltagare från samtliga kommuner och från Jämtlands läns landsting, samt en forskningscirkelhandledare. Deltagarna träffades vid fem tillfällen under hösten 2009. Som underlag för diskussionerna användes relevanta studier som gjorts i Sverige och Danmark. Man gick också igenom

olika modeller för att organisera förebyggande hembesök. Man undersökte också hur samverkan med primärvården fungerar i det förebyggande arbetet och studerade kostnadseffektiviteten. Slutligen utarbetade man ett förslag till gemensam modell för hembesök i Jämtlands län.

I den jämtländska modellen är målgruppen för förebyggande hembesök länets 75-åringar, men det finns ingen uppgift om hur många äldre som kommer att erbjudas besök. Man föreslår att hälsosamtalet (får inte förväxlas med hälsosamtal som det definieras tidigare i rapporten) som är den centrala delen i de förebyggande hembesöken genomförs av en distriktssköterska antingen från kommunen eller från vårdcentralen. Man säger vidare att ett framgångsrikt arbete med förebyggande hembesök i samverkan mellan kommun och landsting förutsätter ett väl fungerande samarbete på alla nivåer mellan huvudmännen och ett strukturellt stöd i form av:

- Tydlig reglering i ÄDEL-avtalet mellan kommunerna och Jämtlands läns landsting samt eventuella andra aktörer med tanke på Lagen om valfrihetssystem som trädde i kraft 1 januari 2010.
- Fastställd och erkänd rutin för tidig kontakt med identifierade riskgrupper.
- Gemensam återkommande utbildning för berörd personal inom kommun och landsting som utför hälsosamtalen. Tydlig efterfrågan och uppföljning av resultatet och tillämpning av rutin från förvaltning, nämnd eller motsvarande.

Slutligen säger man i rapporten att baserat på en sammanvägning av de erfarenheter som finns, tillgängliga studier och de äldres erfarenheter är förebyggande hembesök en framkomlig strategi.

Norrbotten

FoU Norrbotten har kartlagt hur de kommuner i Norrbotten, som erhållit stimulansmedel arbetar med förebyggande hembesök hos äldre (31). Av Norrbottens 14 kommuner var det nio som ansökte om och beviljades stimulansmedel till förebyggande hembesök. Av dessa nio kommuner deltog sju i denna studie.

Studien genomfördes i två steg. Först en enkät till den person som genomförde hembesöken i respektive kommun. Enkäten innehöll frågor om strukturen på hembesöken, vilka iakttagelser och åtgärder som vidtagits rörande de äldre och om hembesökarens kompetens. Enkätsvaren kompletterades sedan med personliga samtal med hembesökarna.

I sex av kommunerna erbjöds personer 80 år och äldre förebyggande hembesök vid ett tillfälle. I en av de mindre kommunerna erbjöds återkommande hembesök vid tre tillfällen till personer mellan 80 och 83 år. I samtliga kommuner vände man sig till hemmaboende äldre. I en kommun inkluderades även personer som redan hade hemtjänst, medan de övriga kommunerna exkluderade dem med hemtjänst men inkluderade dem med vissa serviceinsatser som t.ex. larm, färdtjänst eller matdistribution. Alla kommuner utom en använde sig av någon typ av frågeformulär vid besöket. Teman som togs upp var fysisk aktivitet, kost, hälsa, fallrisk och livskvalitet. I alla kommuner lämnade man vid hembesöken skriftligt material om kommunens utbud av verksamheter för äldre.

I genomsnitt har 70 procent av de över 80 år tagit emot hembesök, 2611 personer. De behov av åtgärder som kommit fram vid besöken har i huvudsak varit kontakt med primärvården och biståndshandläggare, kontakter som hembesökarna har förmedlat. I två kommuner förmedlade hembesökaren också kontakt med primärvårdens sjukgymnast eller arbetsterapeut.

Annat som hembesökarna kunde hjälpa till med var att förmedla kontakt till anhörigstöd, aktiviteter, fixartjänster, äldreinformatör, pensionärsservice, demensteam, hörcentral, fotvård samt till olika föreningar. I en kommun blev man genom hembesöken uppmärksam på sådant som saknades i kommunen – träffpunkter, seniorboende och hjälp med snöskottning, gräsklippning och sandning.

Hembesökarna upplevde, enligt rapporten, att de äldre var piggare, friskare och mer aktiva än de hade förväntat sig. Ensamheten var inte heller så stor som man hade kunnat tro. De äldre var dessutom välinformerade om betydelsen av att ha en sund livsstil. Alla hembesökare menade att återkommande hembesök var ett bra sätt att förebygga ohälsa och vårdbehov. Att ordna sociala mötesplatser för de äldre och kunna erbjuda punktinsatser var andra hälsofrämjande förslag från hembesökarna.

I fem kommuner samverkade kommun och landsting kring hembesöken. Det upplevdes av hembesökarna som mycket positivt eftersom man fick en helhetssyn och arbetade mot samma mål.

Endast en kommun i Norrbotten har lyft frågan om att fortsätta med förebyggande hembesök till sin ledningsgrupp. Två kommuner avslutade arbetet med förebyggande hembesök när stimulansmedlen var slut. Inget talar för att de övriga kommer att göra på annat sätt.

Stockholms läns landsting

I de förebyggande verksamheter som hittills beskrivits är det kommunen som har haft det huvudsakliga ansvaret för hembesöken, även om primärvården varit med som samarbetspartner i några fall. I Stockholm finner vi ett av de få projekt där landstingets primärvård varit ensam aktör.

CeFam (Centrum för allmänmedicin) och *Äldrecentrum* (Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum) har tillsammans följt upp Stockholms läns landstings verksamhet med förebyggande hembesök hos äldre (32, 33). Med hjälp av statliga stimulansmedel valde Stockholms läns landsting att från och med 2008 erbjuda alla som under året fyllde 75 år ett så kallat hälso-samtal i hemmet. Dessa förebyggande hembesök skulle vara en del av husläkarverksamhetens åtagande och förväntades ingå i distriktssköterskorna ordinarie arbete.

Formen för hembesöken hade utarbetats under tidigare försöksverksamheter och en randomiserad interventionsstudie 2006–2007 (32, 33) där 16 vårdcentralsområden lottades till två grupper en interventions- och en kontrollgrupp med 8 vårdcentraler i varje grupp. Hembesöken genomfördes av välutbildad personal, i det här fallet distriktssköterskor som fått särskild utbildning. Däremot erbjöds varje person endast ett hembesök. Detta avsteg från idealet gjordes av ekonomiska skäl. Landstinget ville prova en modell som var resursmässigt genomförbar och samtidigt byggde på beprövad erfarenhet. Att bara ett besök erbjöds skulle kompenseras av att det var den äldres ordinarie distriktssköterska som genomförde besöket och att hon vid behov kunde erbjuda flera samtal eller annan form för uppföljning.

Alla 75-åringar som bodde i interventions- och kontrollområdena fick under 2006 en enkät med frågor om hälsa och livsstil m.m. Enkäter skickades till 790 personer och 583 svarade. Samma enkät skickades ut igen 2007 till 750 personer och svaren från 561 jämfördes med de från året innan. Resultatet visade att hälsosamtalen hade haft vissa positiva effekter. De äldre i interventionsgruppen hade signifikant bättre kunskap om vart man vänder sig för hemtjänst och hjälpmedel än de i kontrollgruppen. Man hade också bättre kunskap om utbudet av aktiviteter i närområdet. De äldre i kontrollgruppen rapporterade att de hade sämre rörlighet och kände sig tröttare än de i interventionsgruppen. När man slog samman vissa svar till ett hälsoindex fann man emellertid inga statistiskt säkerställda skillnader.

Innan interventionsstudien startade fick alla distriktssköterskor en dags utbildning för att öka kunskaperna inom områden som äldres hälsa och välbefinnande, teorier om hälsofrämjande synsätt, omvårdnadsdokumentation och samverkan med kommunen och andra organisationer. När sedan förebyggande hembesök skulle införas på en bredare bas 2008, utökades distriktssköterskornas utbildning till två dagar som kompletterades med verksamhetsförlagd utbildning och reflektion.

Med samma struktur som i interventionsstudien breddades sedan den förebyggande verksamheten. Från och med 2008 var det tänkt att alla som under året fyller 75 år skulle erbjudas ett förebyggande hembesök. Hembesöken skulle vara en del av husläkarverksamhetens åtagande och förväntades ingå i distriktssköterskornas ordinarie arbetsuppgifter. Hälso- och sjukvården hade också valt ut tio socioekonomiskt svaga områden där 65–69-åringar skulle erbjudas hembesök.

Det visade sig vara svårt för husläkarmottagningarna att hinna med den nya arbetsuppgiften. Under samma period infördes Vårdval Stockholm och hösten 2009 tog vaccinationskampanjen mot den nya influensan en stor del av resurserna. Under 2008 var det endast var fjärde listad 75-åring som fick hälsosamtal. Under 2009 hade andelen ökat något, till 28 procent. Av de listade 75-åringar som erbjöds hembesök 2009 tackade nio procent nej.

Det fanns ändå husläkarmottagningar som lyckades. Under 2008 genomförde ett tiotal och under 2009 ett tjugutal husläkarmottagningar – med olika regiform, olika storlek och i olika områden – hembesök hos tre fjärdedelar eller fler av sina listade 75-åringar. De hade till synes samma förutsättningar som de som inte kom igång alls.

De äldre var i regel nöjda med besöken. De tyckte att de hade fått god information. Många menade att de redan hade kunskaper om kost, motion och annat som är viktigt för hälsan, men att det ändå var bra att få det bekräftat. Man uppskattade också att ha fått ställa frågor och prata om sådant som var viktigt med distriktssköterskan, som man uppfattade som lyhörd.

När man bestämde sig för att begränsa erbjudandet om hälsosamtal till ett samtal i stället för regelbundet återkommande, var tanken att distriktssköterskorna skulle följa upp kontakten med de äldre som hade behov av det. Ingen av de intervjuade äldre hade emellertid fått något uppföljande samtal. Både av journalgranskningen och av intervjuerna med distriktssköterskorna framgår det att de inte hade följt upp samtalen som det var tänkt enligt det ursprungliga konceptet.

Samarbetet med kommunerna medförde en del svårigheter. I vissa kommuner konkurrerade hembesökarna med varandra, eftersom kommunen hade egen verksamhet med förebyggande hembesök till samma målgrupp.

Från båda huvudmännen krävs ett starkare stöd på ledningsnivå för att underlätta för dem som utför de förebyggande hembesöken genom att ge dem mandat och tid för samverkan.

Nedanstående punkter är slutsatser hämtade från Äldrecentrums och Ce-Fams uppföljning av primärvårdens förebyggande hembesök i Stockholms län (32).

- Det går att integrera hälsosamtalen i det dagliga arbetet på en husläkarmottagning.
- Hälsosamtalen uppskattades såväl av de äldre som av distriktssköterskorna.
- Hälsosamtalen i hemmet ger distriktssköterskan möjlighet att lära känna sina patienter och etablera en relation som kan vara värdefull för framtida kontakter.
- Hälsosamtalen bör kombineras med en enklare hälsokontroll – blodtryck, blodsocker, läkemedelsgenomgång, nutritionsbedömning, minneskontroll och liknande.
- Åldersgruppen 75 år kan vara lämplig målgrupp, men i socioekonomiskt svaga områden kan det finnas skäl att erbjuda hälsosamtal till personer 67–69 år.

Falu kommun

Dalarnas forskningsråd har på uppdrag av omsorgsförvaltningen i Falu kommun följt upp projektet ”Förebyggande hembesök riktat mot äldre personer i ordinärt boende” (34). Hembesöken genomfördes med stöd av statliga stimulansmedel 2007–2010 och riktades till personer 80 och 81 år (födda 1927 och 1928) utan insatser från omvårdnadsförvaltningen. Syftet med projektet var att vidareutveckla en befintlig modell av förebyggande hembesök, fastställa material och rutiner för hembesöken och utveckla en modell för samverkan med primärvården i det förebyggande arbetet.

Kommunens biståndshandläggare planerade och genomförde samtliga besök. Frågeformulär och övrigt material till hembesöken togs fram i samarbete med vårdutvecklare och distriktssköterska från primärvården. Dalarnas forskningsråd bearbetade de frågeformulär om de äldres hälsa och hjälpbehov som fylldes i vid besöken, de bedömningar biståndshandläggaren gjorde vid besöken samt de enkäter som de äldre själva fyllde i för att i efterhand ge sina synpunkter på besöken.

Det var 211 äldre som fick besök. I gruppen född 1928 uppgav 73 procent att de inte behövde någon form för stöd eller hjälp med städning, matinköp, matlagning, sopor eller tvätt. I den grupp som var född 1927 gav 53 procent samma svar.

Mindre än 10 procent av deltagarna uppgav att de hade dåligt hälsotillstånd. Däremot var det en betydligt större andel som besvärades av smärtor, drygt hälften av kvinnorna födda 1927 och cirka 40 procent av männen. I gruppen född 1928 var andelen lägre, cirka 14 procent av kvinnorna och 10 procent av männen. Ungefär var femte person kände sig ständigt trött – något man i Danmark har uppmärksammat som en markör för att hälsan sviktar och som därför bör föranleda ett besök hos husläkaren (27).

De som ingick i årskull 1928 fick frågor om hur de bedömde sitt minne. Cirka 17 procent av männen och cirka 3 procent av kvinnorna uppgav att de hade minnesproblem. Mellan 10 och 20 procent av deltagarna, flest i årskull 1927, uppgav att de hade sömnproblem. Däremot var det endast ett fåtal personer som ofta kände oro, ångest eller nedstämdhet.

De flesta äldre uppgav att de hade någon att anförtro sig åt. De hade också regelbunden telefonkontakt med någon närstående eller vän. Det var emellertid inte lika vanligt med besök av släkt, vänner eller bekanta. Drygt 70 procent av de äldre menade att det viktigt att kunna bo kvar i samma bostadsområde.

De flesta äldre var nöjda med hembesöket och tyckte att de fick värdefull information och god kontakt med hembesökaren. De skulle också rekommendera andra att ta emot förebyggande hembesök.

Enligt biståndshandläggarnas sammanfattade bedömning var det inte särskilt många personer som var i behov av större insatser eller åtgärder. Främst handlade det om praktiska saker som badbräda, larm eller rollator.

När det gällde hur många som vårdade anhöriga skiljde sig biståndshandläggarnas bedömning från de äldres egen. Biståndshandläggarna såg ett större behov av insatser för anhängvårdare än vad de äldre själva uppgav. Författarna till rapporten sammanfattar att: För att äldre och deras anhöriga ska få relevant hjälp och stöd är det viktigt att fortsätta det uppsökande arbetet och identifiera de personer som har behov av insatser eller åtgärder.

Täby kommun

FoU Seniorum och Täby kommun har redovisat sina erfarenheter av projektet "Uppsökande hembesök" som pågick åren 2009–2010 i en slutrapport (35). Syftet med projektet är att kartlägga de äldres hälsa och välbefinnande, behov av vård och omsorg samt ge information om vad Täby kommun och primärvården kan erbjuda av hälsofrämjande och fallförebyggande åtgärder.

Projektet vände sig till personer 80 år och äldre som inte hade insatser från äldreomsorgen eller var sammanboende med någon som hade omsorgsinsatser. Deltagarna erbjöds två hembesök med ett års mellanrum. Vid besöken användes en samtalsguide med frågor om hälsa och välbefinnande, fritidsintressen, sociala och fysiska aktiviteter samt bostad och närmiljö. Man lämnade också information om kommunens utbud av tjänster, vart de äldre kan vända sig vid behov av hjälpmedel, bostadsanpassning färdtjänst med mera. Man lämnade också information om fallprevention. Informationen anpassades efter individens behov.

Första året inbjöds 220 personer att delta i projektet. Av dem tog 69 procent, 152 personer emot besök. Av de 68 personer som tackade nej till besök motiverade vissa det med att de kände sig pigga och inte hade något behov av hembesök, medan andra angav som skäl att de inte orkade ta emot besök på grund av sjukdom. Andra året föll ytterligare 69 personer bort. De flesta för att de inte ansågs ha behov av ytterligare hembesök. Några föll bort för att de hade flyttat till särskilt boende under året och några hade avlidit.

Hembesöken visade att de flesta äldre mår bra, hade goda relationer med sina anhöriga och var fysiskt aktiva. Flertalet hade planerat för sitt boende och ville bo kvar i sitt eget hem. Många av de äldre fick hjälp av sina anhöriga. Ibland fick hembesökaren förmedla kontakt till biståndshandlägg-

gare, färdtjänsthandläggare, anhörigkonsulent, bostadsanpassningsenhet eller primärvårdens arbetsterapeut.

Många av de äldre hade tänkt kontakta kommunen med frågor om äldreomsorgen, men det hade inte blivit av. Bland annat undrade man över vad man skulle kunna få hjälp med den dag man var i behov av det, vad det skulle kosta och hur man skulle gå till väga. Några uttryckte att de hade en viss misstänksamhet mot äldreomsorgen, en bild som hade förmedlats via media. Därför var det bra att få ställa frågor under hembesöket. Under hembesöket blev det också tillfälle för den äldre att få berätta om sitt liv och sin vardag. Många av de äldre och även deras anhöriga återkom senare till projektledaren med ytterligare frågor.

Erfarenheterna från projektet visade att anhöriga var mycket viktiga som resurs och hur angeläget det är att lyfta fram deras behov och önskemål. I det avseendet kan uppsökande verksamhet fylla en funktion genom att förmedla kontakter till anhörigkonsulenter och andra anhörigstödande verksamheter.

Drygt 10 procent av deltagarna i Täby uttryckte att de besvärades av ensamhet. Det bedömdes angeläget att uppmärksamma dessa personer och följa dem över tid, till exempel genom förebyggande hembesök.

Slutsatsen i rapporten är att de äldre fick sina hjälpbehov tillgodosedda i större utsträckning genom den uppsökande verksamheten jämfört med om de skulle ha sökt sig fram själva till socialtjänsten eller sjukvården.

Rapporten avslutas med förslaget att verksamheten bör fortsätta, med utgångspunkt i metoden från detta projekt. Vidare föreslås att metoden utvecklas så att man kan erbjuda mer individuellt inriktade insatser till de äldre som besvärades av ohälsa eller lider av ensamhet och att det skapas möjligheter att följa dessa personer över tid.

Sammanfattning av erfarenheterna från stimulansmedlen

Hembesöken i de aktuella projekten följde i stort sett samma struktur som besöken i den nationella försöksverksamheten 1999–2002 (1). Den stora skillnaden var att 1999–2002 fick varje deltagare fyra hembesök under en tvåårsperiod. Perioden 2007–2010 handlar det om att varje person endast fått ett besök, i enstaka fall två besök.

I Stockholm, där landstinget var ensam huvudman för projektet hade besöken ett tydligt medicinskt inslag. Även på andra orter där distriktssköterskor gjorde besöken och där man hade ett aktivt samarbete med primärvården förekom hälsokontroller i hembesöken.

I Jämtland och i Stockholm riktade man besöken till 75-åringar. I Stockholm gjordes också ett försök med hembesök till 67–69-åringar i utsatta områden. I de övriga projekten var det 80-åringar eller de som var 80 år och äldre som fick erbjudande om hembesök. Vilken målgrupp som har mest nytta av besöken beror kanske på vad man vill uppnå, något vi får återkomma till i diskussionen.

Jämför man hur de äldres hälsa och livssituation har beskrivits i de sex olika rapporterna, liknar de varandra. Hembesökarna upptäckte att det fanns vissa behov av serviceinsatser och hjälp med att ta kontakt med äldreomsorgen eller sjukvården. I cirka 10 procent av fallen var det ensamhet och isolering som var huvudproblemet. I stor sett mådde emellertid de äldre bra och

var nöjda med sin livssituation. Hembesöken var uppskattade och de flesta kunde tänka sig att rekommendera andra att ta emot besök.

Reflexioner från Falun får avsluta detta avsnitt: För att äldre och deras anhöriga ska få relevant hjälp och stöd är det viktigt att fortsätta det uppsökande arbetet och identifiera de personer som har behov av insatser eller åtgärder.

Erfarenheter från våra nordiska grannländer

Danmark

Danmark är det land i norden som har den största erfarenheten av förebyggande hembesök till äldre. Redan i början av 1980-talet föreslog *Ældre-kommisionen* att man skulle prova förebyggande initiativ riktade till äldre personer för att bevara funktionsförmåga och oberoende så länge som möjligt. Inspirerade av *Rödovreprojektet* (2), började sedan flera danska kommuner erbjuda sina invånare förebyggande hembesök på försök. Den första lagen om kommunernas skyldighet att erbjuda förebyggande hembesök trädde i kraft 1996. Från och med 1998 kom lagen att ge alla personer 75 år och äldre rätt till två hembesök per år. Från och med 2005 ändrades lagen så att kommunerna inte längre är skyldiga att erbjuda hembesök till dem som redan har insatser från äldreomsorgen, utan att det i så fall är frivilligt. Från och med 2010 har kommunernas skyldighet minskat ytterligare till att gälla endast ett hembesök per år. Lagen om kravet på kommunerna att erbjuda hembesök ingår numera i *Lov om social service, § 79a*.

Den danska myndigheten *Ankestyrelsen* har regeringens uppdrag att följa upp och utvärdera hur kommunerna uppfyller lagens krav om förebyggande hembesök. Ankestyrelsen har också gett ut en handbok riktad till dem som planerar för och arbetar med förebyggande hembesök (36). I oktober 2010 presenterades resultaten av en ny uppföljning (37). I den undersökningen har samtliga 98 kommuner svarat på frågor i en enkät och chefer och medarbetare i 11 kommuner har blivit intervjuade. Undersökningen handlar om hur kommunerna tillämpar lagen i praktiken när det gäller hembesökens målsättning, organisation och innehåll.

Sammanlagt visar undersökningen att kommunerna i hög grad har fokuserat på prevention och hälsofrämjande aspekter i de förebyggande hembesöken. En tendens som ökat de senaste åren. Kommunerna prioriterar förebyggande och hälsofrämjande insatser på olika sätt, till exempel genom att strukturera hembesöken och att specialisera medarbetarna i hur man arbetar hälsofrämjande. Kommunerna har också tagit många nya initiativ, såväl med förebyggande som med hälsofrämjande och social inriktning, för att uppfylla lagens övergripande syfte att skapa helhet och meningsfullhet med insatsen. Här följer några resultat ur rapporten:

Organisation av förebyggande hembesök, utbildning och samarbetspartners

- 88 procent av kommunerna har utformat särskilt informationsmaterial om de förebyggande hembesöken. Materialet finns för det mesta tillgängligt på bibliotek, vårdcentraler och kommunens hemsida
- 81 procent av kommunerna har anställt sjuksköterskor som hembesökare

- 84 procent av kommunerna prioriterar fortbildning för hembesökarna och 94 procent deltar i så kallade *ERFA-grupper* – för erfarenhetsutbyte och kunskapsutveckling
- 91 procent av kommunerna har etablerat samarbete mellan hembesökare och demenskoordinator
- 78 procent av kommunerna har etablerat samarbete mellan hembesökare och husläkare.

Riskgrupper, fokusområden och det förebyggande samtalet

- 68 procent av kommunerna har särskilt fokus på änkor och änkemän
- 40 procent av kommunerna har fokus på utsatta äldre, till exempel ensamma och isolerade äldre
- 27 procent av kommunerna har särskilt fokus på dementa äldre
- 93 procent av kommunerna har fokus på äldre med kroniska sjukdomar, till exempel diabetes och KOL
- 20 procent av kommunerna använder screeninginstrument för att upptäcka personer som tillhör olika riskgrupper.

Målsättningar, dokumentation och erfarenheter av handboken

- 64 procent av kommunerna samlar systematiskt in uppgifter om innehållet och utförandet av hembesöken
- 47 procent av de kommuner som samlar in uppgifter använder dem
- 94 procent av kommunerna känner till Ankestyrelsens handbok om förebyggande hembesök
- 16 procent av kommunerna uppger att handboken har betytt att man har gjort ändringar när det gäller det praktiska utförandet av hembesöken och 13 procent uppger att handboken har betytt att man genomfört ändringar på förvaltningsnivå.

Medan Ankestyrelsen har utvärderat hur lagstiftningen om kommunernas skyldighet att erbjuda förebyggande hembesök tillämpas, har danska forskare sedan början av 1980-talet intresserat sig för att studera effekterna av hembesöken avseende de äldres hälsa, funktionsförmåga, vård- och omsorgsbehov samt samhällets kostnader.

Norge

Förebyggande hembesök

Norge har ingen lagstiftning om förebyggande hembesök, men staten har avsatt anslag för försöksverksamhet. Projekten utgår från Utviklingsenter som är en organisation med verksamhet i varje fylke (län, Norge har 19 fylken). I Stavanger har ett projekt kommit igång.

Hälsosamtal

Husläkarna erbjuder på vissa platser sina patienter hälsosamtal eller hälsokontroller. Det finns enligt Helse- og omsorgsdepartementet emellertid i dagsläget ingen samlad information om hur det fungerar och vilka husläkare

som verkligen genomför hälsosamtal med äldre. Det har också debatterats en hel del om värdet av denna insats, exempelvis Tidsskrift för Den norske legeforening. Vid Helse- og omsorgsdepartementet funderar man just nu på hur man ska hitta ett system för uppföljning av denna verksamhet.

Finland

I Finland finns en diskussion om vad man ska göra för att främja äldres hälsa och välfärd. I en rapport från Social- och hälsovårdsministeriet (2009:36) talar man om rådgivningstjänster för äldre, välfärdsfrämjande hembesök och hälsogranskningar.

Det finns idag ett lagförslag som innehåller förslag om att göra det obligatoriskt att erbjuda äldre både hälsosamtal vid vårdcentral och förebyggande hembesök. Förslaget har varit ute på remiss och enligt pressmeddelanden kommer Riksdagen att fatta beslut om lagen under 2012 och då kan den träda i kraft 2013. Från *Institutet för Hälsa och Välfärd* har vi fått hjälp med att utreda hur lagstiftningen ser ut idag.

I 20 § i Hälso- och sjukvårdslag (30.12.2010/1326) anges kommunernas ansvar för rådgivningstjänster till äldre: Kommunen ska se till att i kommunen bosatta personer med ålderspension får rådgivningstjänster som främjar deras välbefinnande, hälsa och funktionsförmåga. Till rådgivningstjänsterna hör att:

1. tillhandahålla rådgivning som syftar till att främja sunda levnadsvanor och förebygga sjukdomar och olyckor
2. identifiera hälsoproblem som beror på försvagad hälsa och funktionsförmåga hos äldre kommuninvånare och att ge tidigt stöd i samband med hälsoproblemen
3. ge handledning beträffande sjukvård och säker läkemedelsbehandling.

Kommunen kan också ordna hälsokontroller som främjar de äldre kommuninvånarnas hälsa och hembesök som främjar deras välbefinnande, på det sätt som särskilt överenskomms i kommunen. Den kommunala primärvården ska samarbeta med socialvården när den ordnar rådgivningstjänster och hembesök för de äldre.

Det finns inget i den finländska socialtjänstlagen som reglerar förebyggande insatser. Men Socialministeriet har förberett ett lagförslag som innebär förändring.

I rapporten 2009:36 nämns hälsogranskning (hälsokontroller). Det är de lokala hälsocentralerna (vårdcentralerna) som ska sköta detta. Det finns emellertid enligt Institutet för Hälsa och Välfärd ingen statistik på området.

Diskussion och sammanfattande slutsatser

Syftet med uppdraget som redovisas i denna rapport var att sammanställa kunskap om förebyggande hembesök och hälsosamtal för äldre. Målet var att identifiera viktiga generella förutsättningar för förebyggande verksamhet. Vi har därför koncentrerat oss på arbeten som publicerats under 2000-talet då detta troligt har störst relevans för slutsatser. Vi gör inte anspråk på att ha hittat alla relevanta studier på området, men bedömningen är att de viktiga publikationerna när det gäller förebyggande hembesök har identifierats. Det

är en relativt liten krets forskare i Norden, England, Schweiz och Nederländerna som är aktiva på detta område.

När det gäller hälsosamtal hos husläkare eller distriktssköterska fann vi inga studier som var relevanta. De studier som fanns om hälsosamtal vid vårdcentral riktades antingen till yngre personer eller äldre som redan hörde till specifika risk- eller diagnosgrupper.

Studiernas kvalitet och forskningens tillförlitlighet

I översiktsartiklarna påpekas genomgående att det egentligen är svårt att lägga samman resultat från de olika primärstudierna och dra slutsatser, då de är utförda i olika miljöer och med olika förutsättningar. Populationerna är inte enhetliga avseende ålder eller hur deltagarna rekryterats. De skiljer sig också åt när det gäller hur man utfört hembesöken och vilka utfallsmått man använt. I många studier saknas mer exakta beskrivningar av besökens procedur, struktur och innehåll. Den tid man följt upp de äldres hälsa och funktionsförmåga är i de flesta studier ganska kort, som längst tre år i Danmark och fyra år i Nordmaling. Det finns alltså anledning att tolka alla resultat med stor försiktighet.

Vilket vetenskapligt stöd finns det för förebyggande hembesök

Det råder fortfarande delade meningar om vilka effekter de förebyggande hembesöken har. I denna rapport har vi visat att det går att utläsa positiva effekter, särskilt för de äldre som ännu är relativt friska och har god funktionsförmåga. Samtidigt är det tydligt att det är svårt att göra studier med hög kvalitet inom detta område.

I både de svenska studierna där man kan se positiva effekter av hembesöken har de utförts i projektform och alltså inte varit en del av ordinarie verksamhet.

I de första danska studierna från 1980-talet (2) genomfördes hembesöken av en geriatriker, med intresse för forskning på området. I den stora danska studien som genomfördes i början av 2000-talet utfördes emellertid de förebyggande hembesöken i den ordinarie verksamheten. Där var studiens intervention en exklusiv utbildningsinsats till personalen.

Nordmalingsstudierna var en försöksverksamhet, som innehöll många gemensamma aktiviteter för medarbetarna, som var särskilt utvalda.

I översikten av Huss et al. (7) efterlyser författarna program för förebyggande hembesök som har utvecklats i ordinarie vård- och omsorgsverksamhet och genomförs och utvärderas i det sammanhang där de används. Först då kan vi säga om förebyggande hembesök verkligen har effekt.

Slutligen måste man också fråga sig om de ekonomiska och personella resurser som behövs för genomföra förebyggande hembesök skulle göra bättre nytta på annat sätt i vård- och omsorgssystemet.

Effekter av förebyggande hembesök

Även om man tolkar resultaten försiktigt vågar man dra vissa slutsatser. Det finns studier som visar att funktionsförmågan kan förbättras och utvecklingen av funktionsnedsättningar kan bromsas av hembesöken, bland annat i de danska studier där man mätt de äldres trötthet och rörlighet i vardagsaktiviteter (27). Detta gäller särskilt för de yngre äldre, de i 75-årsåldern och de

som hade god funktionsförmåga vid studiens början. I översikten av Stuck et al. (10) ser man att hembesöken har haft viss effekt på funktionsförmågan om man ser till hela materialet. Däremot är resultaten mycket olika i de 16 studier som redovisar funktionsförmåga som utfallsmått.

Lägre dödlighet för dem som fick hembesök har registrerats i vissa studier, bland annat i den kontrollerade svenska studien som genomfördes i Nordmaling (22) och i översikten av Elkan et al. (9). I Nordmalingsstudien såg man emellertid att effekten inte varade över längre tid. Skillnaderna mellan interventions- och kontrollgrupperna hade utjämnats efter två år. Något man tog till intäkt för att förebyggande hembesök har effekt medan de pågår, men att effekten inte kvarstår efter att insatsen upphört.

I Nordmalingsstudien kunde man se att de som fick hembesök hade mindre behov av att besöka husläkaren akut (23). Man kunde också se att behovet av hemtjänst var mindre i den gruppen än i kontrollgruppen. I en tidig studie av Hendriksen (2) ökade de äldres behov av hemtjänst efter hembesöken, antagligen för att man identifierade behov som inte tillgodosetts tidigare.

Inflyttning i särskilt boende var ett annat utfallsmått, där man inte såg någon effekt av hembesöken i Nordmaling, medan Elkan et al. (9) kunde avläsa viss effekt. Det kan vara svårt att jämföra data i detta fall eftersom villkoren för att flytta till särskilt boende ser så olika ut i olika länder och till och med på olika orter i vårt land.

I de svenska FoU-rapporterna (30–35) tar man upp att för de äldre som är mycket ensamma kan hembesöken vara ett sätt att få hjälp att bryta isoleringen.

Förebyggande hembesök från 75 eller 80 år

Det har diskuterats om förebyggande hembesök ska ges från 75 eller 80 års ålder. I de projekt som finansierats med stimulansmedel 2007–2010 har man i de flesta fall riktat sig till dem som fyllt 80 under året. I försöksverksamheten 1999–2002 riktades hembesöken till personer 75 år och äldre. Likadant gör man i Danmark.

I de allra flesta av de studier vi tagit del av har de mätbara effekterna av hembesök varit bättre för gruppen yngre äldre, de omkring 75 år och de som fortfarande är relativt friska, har god funktionsförmåga och kan tillgodogöra sig god råd om till exempel fysiska och sociala aktiviteter.

Kvinnor visade det sig, i de danska studierna, få bättre effekter av hembesöken än män. Kanske var de mer receptiva och följde de råd om kost och motion som de fick genom hembesöken. För sköra äldre och de riktigt gamla kan hembesöken tänkas ha en annan innebörd än den rent hälsofrämjande. Hembesökaren kan fungera som lots in i det komplicerade vård- och omsorgssystemet och därtill vara till hjälp när det gäller att bryta ensamhet och isolering.

För dem som inte vill ta emot besök i hemmet – antingen för att de är för pigga eller för sköra – kan ett alternativ vara att de grupperna i stället erbjuds hälsosamtal hos husläkaren eller distriktssköterskan. Vi saknar emellertid kunskapsunderlag för att föreslå en sådan åtgärd.

Aktuella erfarenheter i Sverige och i Norden

Det är i Danmark man har de största erfarenheterna av förebyggande hembesök genom att alla 75 år och äldre sedan 1996 har haft laglig rätt till hem-

besök. Sedan 2010 har lagen förändrats så att två lagstadgade hembesök per år minskats till ett besök per år. Skälen till varför man har gjort så är inte kända. Det är inget som hindrar att kommunerna ändå fortsätter att erbjuda två besök per år, men det är ännu för tidigt att säga hur man kommer att göra och det kommer förmodligen att visa sig i Ankestyrelsens nästa rapport. Det är också i Danmark man har forskat längst och mest och samlat data under längre tid om hembesökens effekter och hur de ska utföras för att fungera bäst.

I Sverige har vi en mer begränsad erfarenhet. Frånsett åren 1999–2002 har det inte gjorts några uppföljningar över tid. De verksamheter som pågår idag handlar om att äldre får ett hembesök antingen när de fyller 75 eller 80 år. Det besöket innebär snarare en kartläggning av äldres levnadsförhållanden än ett förebyggande hembesök.

Vanligtvis är det kommunerna som utför hembesöken. Det finns landsting som är med som samarbetspartners. I Stockholm erbjuder primärvården ett hembesök till dem som fyllt 75 år.

Norge och Finland har inga erfarenheter på nationell nivå, men det förekommer lokala försöksverksamheter med förebyggande hembesök och hälsosamtal.

Vilka grupper av äldre når man med hembesök

I Danmark vet man genom Ankestyrelsen en del om vilka äldre man når genom hembesöken, hur stor andel av de äldre och vilka åldersgrupper. Deltagandet varierar i hög grad mellan olika kommuner. I de svenska projekten och Nordmalingstudien var deltagandet generellt ganska högt, i genomsnitt ca 70 procent och högre i glesbygd än i städerna. Det finns, enligt tidigare rapporter från danska Ankestyrelsen och erfarenheter från svenska försöksverksamheter, två huvudsakliga skäl för att tacka nej till besöken. Det ena att man känner sig ung och pigg och inte anser sig behöva förebyggande hembesök. Det andra att man är för sjuk och trött för att vilja ta emot någon i hemmet.

I stort sett innehåller bortfallsanalyserna i studierna endast uppgift om antal personer som avböjt besök. Där man har försökt beskriva bortfallet ser det ut ungefär som i Danmark.

Utformning av förebyggande hembesök

I de allra flesta av de studier vi tagit del av framhålls hur viktigt det är att hembesöket innehåller flera dimensioner; skattning av den äldre hälsa, fysiska och psykiska funktionsförmåga, sociala nätverk och närmiljö. Det finns två danska handböcker som ger enkla och detaljerade anvisningar om hur man kan göra det (3, 36).

I Sverige har hembesökarna till största delen varit biståndshandläggare eller distriktssköterskor, med viss övervikt för de med social utbildning. I de internationella studierna är det för det allra mesta sjuksköterskor som utför hembesöken. Någon utvärdering av vilken personalkategori som passar bäst för uppgiften har emellertid inte gjorts. I många av de studier vi tagit del av lyfter man ändå fram att hembesökarnas professionalitet har stor betydelse för resultatet. De senaste danska studierna (13-19) bygger på hypotesen att gedigen utbildning av personalen skulle kunna förbättra effekten av hembesöken och den hypotesen bekräftas. Effekterna av hembesöken var bättre i

de kommuner där personalen fått särskild utbildning. Det kan finnas ett skäl att tro att sjuksköterskor är de mest lämpade, om det är så att besöken ska innehålla hälsokontroller.

Skattningskalor och instrument för att dokumentera besöken behövs för att kunna följa upp arbetet både på individ- och gruppnivå. Ett väl utformat formulär fungerar också som samtalsguide och stöd så att besöket får struktur och man täcker av alla viktiga områden. I så gott som alla artiklar har detta tagits upp. För att hantera detta behövs utbildning.

Flera besök och kontinuitet framhålls i flera studier, bl. a. de danska och den från Nordmaling, som en framgångsfaktor. Om den äldre bara får ett besök och det inte följs upp handlar det mer om en kartläggning av äldres levnadsförhållanden än om förebyggande insatser. Det är i kontakten mellan den äldre och besökaren som förutsättningarna för livsstilsförändringar skapas menar man. Det är de danska forskarna övertygade om.

I Falun (34) gjorde biståndshandläggarna som genomförde hembesöken en iakttagelse. De såg ett större behov av insatser för anhängigvårdare än vad de äldre själva uppgav. Man bedömde det viktigt att fortsätta det uppsökande arbetet och identifiera de personer som har behov av insatser eller åtgärder och som inte själva ger sig till känna.

Slutsatser

Det finns forskning som visar att förebyggande hembesök kan vara ett sätt att förebygga ohälsa och vårdbehov för äldre, men resultaten är inte entydiga och bör tolkas med försiktighet. De studier som visar goda resultat är utförda som särskilda projekt eller under speciella förhållanden. Det finns alltid en risk för att resultatet då blir bättre än när man implementerar samma modell i ordinarie verksamhet.

Det saknas säkra kunskaper både om insatsernas effekter för de äldre och om kostnadseffektivitet. Effekterna av hembesök är bättre för relativt friska och yngre äldre. Innan man tar ställning till värdet av förebyggande hembesök eller hälsosamtal behövs svenska välgjorda kontrollerade studier, utförda i ordinarie verksamhet och med uppföljning över längre tid.

Sammanhållen vård- och omsorgstjänst

För att vården och omsorgen ska bli sammanhållen krävs att insatserna är koordinerade, att personalen samarbetar väl och att organisationerna har en strukturerad samverkan.

Vårdgivarna bör bli bättre på att göra individuella planer och alltid utse en fast vårdkontakt för den äldre personen. De bör även utveckla multi-professionella team, med tillgänglighet dygnet runt, liksom avancerad hemsjukvård och ökade möjligheter att få besök av en läkare i hemmet. Det är viktigt att undersöka förutsättningarna för en sådan utveckling, och vilka drivkrafter som krävs.

Utformningen av samordningsfunktionen för de mest sjuka äldre, bör övervägas ytterligare med stöd av erfarenheter från verksamheten med personliga ombud för personer med psykiska funktionshinder. I sammanhanget är det också viktigt att beakta funktionen god man, liksom arbetet med att utveckla fasta vårdkontakter för de äldre.

Inledning

Problemen med äldre personer som så att säga faller mellan stolarna mellan olika vård- och omsorgsgivare är välkända och väldokumenterade. De problem som ofta identifierats handlar om att det saknas strukturerad samverkan, att det brister vad gäller helhetssyn, att de äldre som bor hemma är sjukare idag och har ett mer komplext behov av hjälp, svårigheter med att koordinera vården och omsorgen, splittrat ansvar mellan aktörer, otrygghet för de äldre, fler aktörer inblandade i och med olika typer av kundval, informationsöverföring mellan vård- och omsorgsgivare, risker med slutenvård osv. [1-6]

I en intervjustudie av äldre multisjuka av Meranius 2010 diskuteras en rad teman som är viktiga för förståelsen av hur det är att vara äldre, sjuk och i en utsatt situation med nedsatt funktionsförmåga och beroende av andra människor i sin vardag. Till exempel så diskuteras behovet av självständighet vs. trygghet, vikten av kontinuitet och stabilitet och av samordning av vården och omsorgen. Så här beskrivs situationen för många av de mest sjuka äldre: ”Många multisjuka äldre har ett veckoschema som påminner om stressade barnfamiljers, men i samhällsdebatten nämns inte deras svårigheter med att få livspusslet att gå ihop.” [7]

En rad andra faktorer påverkar naturligtvis också upplevelsen av trygghet, så som personaltäthet, omfattningen av beviljade insatserna och hemsjukvård, tekniska lösningar som larm, möjligheten att få flytta till annat boende om man är i behov av det och så önskar, vissheten om att man får bästa möjliga vård och omsorg, bemötande, kompetens hos personalen osv. Många av dessa faktorer ligger utom ramen för det här uppdraget att beakta. Några

faktorer tas dock upp, så som tillgängligheten jourtid och att åstadkomma en individcentrerad vård med en balans mellan rutiner och flexibilitet.

I det här avsnittet ges en överblick och en analys av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre, med fokus på vad som redan görs för att försöka skapa en sammanhängande vård och omsorg. Slutligen förs en diskussion om vad en sammanhållen tjänst skulle kunna innebära. Frågor som behöver belysas ytterligare tas upp.

Några frågeställningar

- Vilken målgrupp är det som behöver en sammanhållen vård- och omsorgstjänst?
- Hur ser regelverket ut när det gäller samverkan?
- Vilka aktörer och vilka former för samverkan finns redan och hur fungerar de?
- Hur kan en sammanhållen vård- och omsorgstjänst se ut?
- Vad krävs för att lyckas med en sammanhållen vård- och omsorgstjänst?

Metod och genomförande

Tidsramen för uppdraget har medfört begränsningar när det gäller datainsamling och metodval. Det har inte gjorts någon systematisk litteraturläsa, på grund av den begränsade tiden. Det finns mycket ”grå litteratur” på området, som ändå får anses relevant. Materialet har inte gått att evidensgradera. Samråd har skett med Socialdepartementet, SKL och stiftelsen Leading Health Care.

Framförallt bygger detta avsnitt på

- Litteraturläsa; vetenskapliga artiklar, avhandlingsarbeten, rapporter, utvärderingar och revisionsrapporter etc.
- Hearing med representanter för sjukvård och äldreomsorg.

Vårdenhet används för att beskriva den öppenvårdsmottagning som bedriver primärvård, men som inte nödvändigtvis bedriver hemsjukvård. I Landstingen används olika benämningar, t.ex. hälsocentral, vårdcentral, familjeläkarmottagning eller husläkarmottagning.

Bakgrund

Hur ser målgruppen ut?

Målgruppen de mest sjuka äldre beskrivs enligt de nya definitioner som tagit fram av Socialstyrelsen hösten 2011:

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med omfattande sjukvård och omfattande omsorg. År 2010 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (35 000 personer).
2. Förutom kärngruppen, innefattar avgränsningen ”omfattande omsorg” ytterligare personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen. De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. Med omfattande omsorg menas: permanent särskilt boende, beslut om 25 eller fler timmar

hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). År 2010 utgjorde denna grupp 9 procent av befolkningen 65 år och äldre (162 000 personer).

3. Den vidaste avgränsningen innefattar samtliga personer med omfattande sjukvård eller omfattande omsorg. Denna avgränsning kan exempelvis användas när kärngruppen ger otillräckligt underlag för att kunna statistiskt säkerställa skillnader mellan grupper, såsom i jämförelser mellan mindre kommuner. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2010 utgjorde denna grupp 17 procent av befolkningen 65 år och äldre (297 000 personer). [8]

Vård- och omsorgsnätverket

Vård- och omsorgsnätverket ser olika ut för olika kategorier av individer inom målgruppen. Detta gör att behovet av samordning ser olika ut. Vård- och omsorgsnätverket är föränderligt över tid och ser olika ut även för samma individer över tid. Under vissa perioder kanske man har stort stöd av anhöriga, och inget behov av hemtjänst. Om man är bosatt i ett landsting där hemsjukvården är landstingsansluten har man således kanske bara insatser från en huvudman. Det kan ändå föreligga ett behov att förbättra samordningen av insatser mellan aktörerna.

En annan infallsvinkel är mångbesökare på akuten. Täta besök på sjukhusens akutmottagningar kan ses som en indikator på att det finns eftersatta behov, som skulle kunna hanteras i primärvården. Andelen mångbesökare ökar med stigande ålder. [9] I en rapport från Stockholms läns landsting från 2006 anger man att en helhetssyn på patienten och ett tvärprofessionellt omhändertagande där information förs vidare i vårdkedjan är faktorer som kan minska problemen med mångbesökare på akuten. Dessutom säger man att det kan finnas behov av att utveckla vårdadministrativa stödsystem som uppmärksammar täta besök på akuten och följer upp verksamhetens mångbesökare. [9]

Primärvården är första linjens vård för de mest sjuka äldre, och har ansvar för hemsjukvården som är en viktig del av sjukvården för de äldre. Primärvårdens roll är bland annat att tillhandahålla läkare för hemsjukvården både i särskilt och ordinärt boende. På många håll drivs hemsjukvården i landstingets regi och utgår från en vård enhet. På andra håll är hemsjukvården kommunaliserad men kategoriseras fortfarande som sjukvård på primärvårdsnivå. Primärvårdens roll för de mest sjuka äldre samt hemsjukvården beskrivs utförligt under respektive avsnitt i den här rapporten.

Äldreomsorgspersonalen är de som kommer allra närmast den äldre personen, som lär känna individen och de anhöriga och som har möjlighet att först upptäcka förändringar i allmäntillståndet och slå larm om någonting inte står rätt till. Inom äldreomsorgen arbetar man med genomförandeplaner, kontaktmannaskap och dokumenterar i enlighet med bestämmelserna i socialtjänstlagen (2001:453), SoL. Äldreomsorgens personal utför dessutom en rad sjukvårdsinsatser som hantering av läkemedel, provtagningar, sårläggningar, skötsel av urinkatetrar och förebyggande och hälsofrämjande insatser. Detta sker både i särskilt och i ordinärt boende, och även i kommu-

ner där landstinget fortfarande har ansvar för hemsjukvården. Arbetsuppgifterna utförs med delegering från behörig personal. [10]

Många av bristerna när det gäller samordning handlar om informationsöverföring och rutiner för samarbete kring individer med komplexa och sammansatta behov, mellan primärvården och slutenvården. I Gurners studie av vårdkonsumtion mm hos gruppen de mest sjuka äldre i ordinärt boende har det visat sig att primärvården står för en relativt liten del av vården till målgruppen, jämfört med äldreomsorgens insatser samt slutenvården.[11]

Förutsättningarna för organisationerna

Landstingen och kommunerna väljer i mångt och mycket själva hur de vill organisera vården och omsorgen om äldre. Det finns stora skillnader i hur vården och omsorgen är organiserad och det är alltid en balansgång hur mycket styrning av vården och omsorgen som skall ske på nationell nivå. En god, jämlik och säker vård och en värdig äldreomsorg kan uppnås på olika sätt.

Geografiska skillnader påverkar förutsättningarna, det kan till exempel handla om stora avstånd, svårigheter att rekrytera läkare och specialister osv. Andra skillnader kan bero på den demografiska sammansättningen i en befolkning i t.ex. storstadsområdena, med höga ohälsotal i vissa relativt avgränsade områden. Det viktigt att göra en lokal inventering av vilka resurser som finns och vilka förutsättningarna är för att genomföra förändringar när det gäller vården och omsorgen för äldre.

Samverkansbegrepp

Samverkan, samordning och samarbete kan ses som uttryck för olika grad av integration av olika verksamheter, samt för om integreringen sker framförallt vertikalt eller horisontellt. Med vertikal integrering avses integrering uppifrån och ner i en hierarkisk organisation. Med horisontell integrering avses integrering mellan organisationer som verkar parallellt. Axelsson och Axelsson-Bihari [12] beskriver fyra integrationsformer som är vanliga inom vård och omsorg

- Kontraktsstyrning; innebär en låg grad av integrering både vertikalt och horisontellt.
- Samordning; innebär en hög grad av vertikal integrering men låg grad av horisontell integrering. Vanligt i hierarkiska organisationer.
- Samarbete; innebär en hög grad av horisontell integrering men en låg grad av vertikal integrering. Samarbete kan ske i form av ett nätverk; integreringen bygger på en ömsesidig vilja av att samarbeta.
- Samverkan; innebär en mer komplex integrationsform där det samtidigt finns en hög grad av både vertikal och horisontell integrering. Där skall alltså finnas både beslut och styrning från ledningsnivå, och ett gränsöverskridande professionellt samarbete. [12]

Den enklaste formen av samverkan, enligt samma författare, innebär att man har en gemensam plattform, t.ex. regelbundna möten, där aktörerna kan mötas. Nästa steg är när organisationerna ingår formella överenskommelser; t.ex. tar fram gemensamma riktlinjer och vårdprogram. Särskilda samord-

ningsorgan eller samrådsgrupper kan också bildas, med representanter för respektive organisation. Man kan även utse "case managers" eller "processledare" som har som uppgift att lotsa patienter eller brukare rätt mellan aktörerna. En mer intensiv form av samverkan utgörs av multidisciplinära team, som kan fungera relativt fristående, men som i allmänhet kombineras med en styrgrupp med representanter för de olika organisationerna. Sedan finns ytterligare förstärkningar av samverkan, t.ex. genom samlokalisering, gemensam budget och gemensamt dokumentationssystem osv. [12]

Hinder för samverkan kan delas in i dels strukturella hinder, dels kulturella hinder. Strukturella hinder kan handla om olika regelsystem, olika finansiering och ansvarsområden. Med kulturella hinder avses t.ex. skillnader i normer och värderingar som kan hänga ihop med utbildning och kompetensområden, eller att man "talar olika språk".

Samverkan löser dock inte alla problem, utan kan också leda till nya gränssytor där nya samverkansproblem uppstår. Samverkan måste ses som en process för att uppnå ett mål, inte som ett mål i sig. [13] Samverkan tar mycket tid i anspråk och det kan vara svårt att mäta resultat och förbättringar av samverkan, särskilt för den enskilde. Samverkan kan också vara problematiskt för den enskilde medarbetaren då det t.ex. kan uppstå lojalitetskonflikter gentemot hemmaorganisationen. [12] I en undersökning bland sjuksköterskor i kommunal äldreomsorg ställde man en fråga om vilken åtgärd som man ansåg vara viktigast att genomföra för att förbättra äldreomsorgen. 9 procent ansåg att bättre samverkan mellan huvudmännen var viktigast. Mer personal och personal med högre utbildning ansågs som viktigast av drygt 50 procent av respondenterna. [14]

Regelverket

Samverkan och medverkan av olika slag regleras ofta i avtal. I HSL 2a § står det att "Olika insatser för patienten skall samordnas på ett ändamålsenligt sätt." Vidare står det i 26 d § första stycket HSL om samverkan mellan landsting och kommun när det gäller läkarvård att:

"Landstinget skall till kommunerna inom landstinget avsätta de läkarresurser som behövs för att enskilda skall kunna erbjudas god hälso- och sjukvård i särskilt boende och i verksamheter som avses i 18 § första stycket. Detsamma gäller i ordinärt boende om en kommun ansvarar för vården enligt 18 § andra stycket.

Landstinget skall med kommunerna inom landstinget sluta avtal om omfattningen av och formerna för läkarmedverkan."

Fast vårdkontakt har sedan den 1 juli 2010 enligt 29 a § HSL den enskilde rätt till, om individen själv kräver detta eller om verksamhetschefen utser sådan. Om det är nödvändigt för att tillgodose en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet, eller om en patient begär det, ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten.

Individuell vårdplanering ska upprättas för alla individer som har behov av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Enligt 3f § HSL och 2 kap. 7 § SoL gäller följande:

"När den enskilde har behov av insatser både från hälso- och sjukvården och från socialtjänsten ska landstinget tillsammans med kommunen upprätta en individuell plan. Planen ska upprättas om landstinget eller kommunen bedömer att den behövs för att den enskilde ska få sina behov tillgodosedda,

och om den enskilde samtycker till att den upprättas. Arbetet med planen ska påbörjas utan dröjsmål. Planen ska när det är möjligt upprättas tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta i arbetet med planen, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. Av planen ska det framgå:

1. vilka insatser som behövs
2. vilka insatser respektive huvudman ska svara för
3. vilka åtgärder som vidtas av någon annan än landstinget eller kommunen
4. vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Genomförandeplaner ska upprättas för personer med insatser från socialtjänsten enligt Socialstyrelsens föreskrift och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomförande av insatser enligt SoL, LVU, LVM och LSS (SOSFS 2006:5). En genomförandeplan ska beskriva hur en beslutad insats praktiskt ska genomföras, och bör innehålla t.ex. när och hur en insats ska genomföras, om den enskilde varit delaktig och haft något inflytande på planeringen, målsättningar, hur planen ska följas upp osv.

Socialstyrelsens föreskrifter Samordning av insatser för habilitering och rehabilitering (SOSFS 2008:20) reglerar hur landsting och kommuner ska samverka när det gäller rehabilitering, både övergripande och kring den enskilde. Dessa föreskrifter omfattar alla åldersgrupper.

En nationell värdegrund för äldreomsorgen infördes den 1 januari 2011 i 5 kap. 4 § SoL som tydliggör den äldre personens ökade möjligheter till inflytande vid genomförandet av insatser. I korthet innebär den nationella värdegrunden att äldreomsorgen ska inriktas på att den äldre personen får leva ett värdigt liv och känna välbefinnande. Verksamheten bör bidra till att den enskilde känner trygghet och meningsfullhet.

Vilka är utmaningarna för vården och omsorgen?

I en rad revisionsrapporter från landsting och kommuner granskas vården och omsorgen samt vårdkedjorna kring de mest sjuka äldre. Problem i vårdkedjorna innefattar bland annat otydlighet i styrande dokument bristfälliga individuella planer för långsiktig planering av vård, brister när det gäller läkarmedverkan, brister i samverkan och samordning av insatser, brister relaterat till läkemedelshantering, problem relaterade till dokumentation och informationsöverföring osv. [15-20]

Olika yrkeskategorier behövs i vården och omsorgen om den enskilde. Ingen kan ersätta den andre helt, även om ansvarsområden kan överlappa. Oftast är flera kategorier inblandade, som allmänläkare, specialistläkare, omsorgspersonal, sjuksköterska, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, fotvård etc. Attityder, statusskillnader samt kompetens är viktiga faktorer som påverkar hur dessa olika professioner samarbetar kring patienten, och hur samverkan fungerar. Av tradition har delvis olika normsystem utvecklats utifrån de två lagstiftningarna; hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen. I en studie från 2005 av Carlström [21] visar på en del av svårigheterna med att integrera hemsjukvård och hemtjänst efter Ädel, och att en del av

svårigheterna beror just på att man har olika normer och synsätt i de olika professionerna. Mellan sjuksköterskor och undersköterskor råder också ibland viss konkurrens om ansvarsområden och arbetsuppgifter som bland annat beror på vissa överlappningar när det gäller utbildning och kompetens. [22]

Flera av de framgångsfaktorer som lyfts fram i Sveriges kommuners och landstings (SKL) analys av kommunernas resultat i Öppna jämförelser 2009 handlar om styrning och ledning. Det ska t.ex. finnas en välutvecklad personalstrategi, verksamhetsstyrningen ska vara förankrad i organisationen, och rollfördelningen mellan politiker och tjänstemän ska vara tydlig. Man ska arbeta systematiskt med kvalitetsutveckling och skapa en brukarorienterad organisationskultur. [23]

Interaktionen mellan mottagarna av vården och omsorgen och personalen är en viktig faktor, som påverkar bland annat bemötandet och de äldres inflytande. Den här interaktionen påverkas i sin tur av de komponenter som lyftes fram ovan i SKLs analys av framgångsfaktorer så som att skapa en brukarorienterad kultur och verksamhetsstyrning. Frågor som interaktion mellan äldre och personalen samt om förhållandet mellan standardisering och flexibilitet behandlas i två intressanta avhandlingsarbeten. Lokalt kan ”rutinkulturer” utvecklas inom vård och omsorg om äldre som kan få negativa konsekvenser för bemötande och inflytande, men som också kan utnyttjas av de äldre för att få mer inflytande och utrymme för sina önskemål. [24] När det gäller ledning och styrning av verksamheter inom vård och omsorg om äldre så handlar det ofta om att införa rutiner och standardisera så lång det är möjligt, samtidigt som en individcentrerad vård och omsorg förutsätter ett större mått av flexibilitet. Det gäller att skapa rutiner för vården, omsorgen och för samverkan som ger utrymme för och uppmuntrar flexibilitet och individuella lösningar. [25]

Några brister utöver de som nämnts ovan, som lyfts fram i stor utsträckning i litteraturen är brister när det gäller den samordnade individuella vårdplaneringen och primärvårdsläkarnas roll för de mest sjuka äldre. [4, 26]

Trygghet

Otrygghet kan till exempel uppstå när vårdens och omsorgens rutiner inkräktar på tillvaron för den äldre individen alltför mycket, eller när personalen inte är tillgänglig vissa tider, eller när individen själv måste koordinera olika vård- och omsorgsinsatser i en utsträckning som överstiger personens förmåga. [5, 7] Trygghet är inskrivet i både HSL och SoL men det finns ett stort tolkningsutrymme när det gäller vad som upplevs som tryggt och hur man kan skapa samt mäta och följa upp trygghet. Trygghet kan ses som en konsekvens av att vården och omsorgen samverkar och samarbetar, när den enskilde kan känna sig säker på att få rätt hjälp vid rätt tidpunkt på rätt vårdnivå. Trygghet handlar också om att det ska finnas någon att tala med inom vården och omsorgen som känner till den enskilde; alltså om kontinuitet. Likaså ska den enskilde kunna känna sig trygg dygnet alla timmar, veckans alla dagar. Trygghet handlar alltså om flera saker, t.ex. samordning, kontinuitet, tillgänglighet, bra kvalitet på vården och omsorgen, patientsäkerhet, trygghet i sin boendesituation, bemötande, medverkan och inflytande. [27] I en utvärdering av det äldsta nätverket för mest sjuka äldre, ”Esther” i landstinget i Jönköpings län, undersökte man upplevelsen av

trygghet i fokusgrupper med målgruppen mest sjuka äldre inom ramen för projektet. De allra flesta, 27 av 29, kände sig helt eller delvis trygga när de var i behov av hjälp. Samtidigt framkommer i studien situationer där det brister och där de äldre upplever otrygghet. Ibland är otryggheten direkt länkad till samverkansproblem.[26] Utfallsmått som mäter trygghet behöver tas fram och testas i större utsträckning.

Kontinuitet och tillgänglighet

Vårdenheterna som ger primärvård har ett ansvar för att de personer som valt vårdenheten har tillgång till läkare även på tider då mottagningen är stängd. Samtliga vårdenheter har tillsammans med landstingen ett gemensamt ansvar för att medborgarna har tillgång till nödvändig hälso- och sjukvård utifrån grunduppdraget också under kvällar, nätter och helger genom medverkan i lokal jourorganisation. (Se även avsnittet om primärvård.)

Det ser väldigt olika ut i olika kommuner och landsting med lösningar för en jourorganisation. Det man kan konstatera är att man anser generellt att det är viktigt att öka tillgängligheten till vård utanför kontorstid och att öka möjligheten till hembesök av läkare. [4, 28, 29]

För att främja den äldre personens trygghet är det också viktigt att den enskilde har en namngiven person att kontakta vid behov, en fast vårdkontakt, kontaktperson eller samordningsansvarig. Medverkan av den enskilde och all inblandad personal i vårdplaneringen är också viktig för att skapa kontinuitet, för att insatser och rutiner ska vara anpassade efter den enskildes önskemål i så hög grad som möjligt.

För kontinuiteten i hemsjukvården och upplevelsen av trygghet hos individen är det viktigt med en sammanhållen organisation över dygnet och under hela veckan. [26, 30]

Helhetssyn

Genomgående i de dokument som beskriver åtgärder och insatser för de mest sjuka äldre, eller multisjuka äldre etc., ofta försöksverksamheter eller projekt, så anges att man bör ha en helhetssyn på individen, alternativt ha ett individcentrerat eller situationsanpassat förhållningssätt. [4, 31-35]

En helhetssyn som genomsyrar hela vården och omsorgen kan motverka de organisatoriska bristerna när det gäller samverkan. [36]

Resultat

Koordinering av vård- och omsorgsinsatser

Begrepp som används synonymt med koordinering av vård- och omsorgsinsatser i det här avsnittet är samordningsfunktion och det engelska begreppet case management. Case management kan definieras som ”processen att planera, koordinera, styra och följa upp vården av en individ”. Vilken aktör har ansvar för detta idag? Vilken aktör är bäst skickad att axla detta ansvar? Samordning och case management tas också upp under avsnittet om virtuella vårdavdelningar och hemsjukvård.

Fast vårdkontakt

Den fasta vårdkontakten ska enligt 29 a § HSL utses för att ”tillgodose en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet”.

I samband med lagändringen om fast vårdkontakt gav Socialstyrelsen ut en handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal som på ett tydligt sätt beskriver ansvaret i vården för samordning och kontinuitet.

Verksamhetschefens ansvar för kontinuitet och samordning

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner som gör det möjligt att upprätthålla en god kontinuitet och samverkan i vårdprocesserna inom och mellan yrkesgrupper, olika funktioner, enheter, nivåer, verksamheter och ansvarsområden samt olika vårdgivare (4 kap. 4 § SOSFS 2005:12).

Olika typer av lösningar kan övervägas där rutiner, team eller andra tillvägagångssätt för att uppnå syftet kan konstrueras, till exempel rutiner för när en fast vårdkontakt bör utses, vilken personal som kan ta på sig en sådan uppgift samt vilken typ av uppgifter som kan ingå i uppdraget. Rutinerna behöver också stämmas av med angränsande verksamhetsområden och vårdnivåer. Eftersom patienten kan möta många olika personer under vårdprocessen behöver det vara tydligt uttalat och finnas rutiner för vem som informerar om vad och när. Varje övergång innebär en säkerhetsrisk för patienten. Samordningsansvaret ligger på hälso- och sjukvården, inte patienten själv.

Hälso- och sjukvårdspersonalens ansvar för kontinuitet och samordning

En fast vårdkontakt kan vara någon ur hälso- och sjukvårdspersonalen, till exempel en läkare, sjuksköterska eller psykolog. Det kan i vissa fall också vara en mer administrativ funktion som samordnar patientens vård (prop. 2009/10:67 s. 61). Att patienten vet vem som är fast vårdkontakt och hur han eller hon kan nås är lika viktigt som att ha namn och kontaktuppgifter till ansvarig läkare. En fast vårdkontakt kan till exempel hjälpa patienten att samordna vårdens insatser, informera om vårdsituationen, förmedla kontakter med andra relevanta personer inom hälso- och sjukvården och vara kontaktperson för andra delar av hälso- och sjukvården och för socialtjänsten samt i förekommande fall med andra berörda myndigheter, till exempel Försäkringskassan (prop. 2009/2010:67 s. 62). I förarbetena till lagtexten står det också att vissa patienter som har kontakt med flera olika delar av sjukvården, olika enheter, vårdgivare och kommunal och landstingskommunal hälso- och sjukvård kan behöva mer än en fast vårdkontakt. De fasta vårdkontaktarna ska då kunna samverka och samordna insatser för en enskild patient. Samordning av insatser och förmedling av information med till exempel andra myndigheter förutsätter dock samtycke från patienten och att bestämmelser om sekretess beaktas. Det finns också en begränsning i att det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten. Vårdkontaktens ansvarsområde begränsas därför av verksamhetschefens ansvarsområde (prop. 2009/10:67 s. 62).

Handboken tar också upp samverkan vid in- och utskrivning samt samverkan vid gemensam vårdplanering och samverkan när det gäller rehabilitering. [37]

I en delrapport från Socialstyrelsen om uppdraget att följa upp lagändringen om fast vårdkontakt säger man att om det behövs eller om en patient begär det ska verksamhetschefen utse en fast vårdkontakt för patienten. Exempel på när det kan vara aktuellt är när en patient har kontakt med flera enheter och vårdgivare. Den fasta vårdkontakten kan då samordna vårdens insatser eller vara kontaktperson gentemot andra delar av hälso- och sjukvården eller andra berörda myndigheter såsom socialtjänsten eller Försäkringskassan. Landsting, kommuner och övriga vårdgivare ska se till att det finns rutiner och modeller på en övergripande nivå för att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården. Olika vårdgivare ska skapa rutiner sinsemellan. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns sådana rutiner. Det kan handla om när en fast vårdkontakt ska utses, vilken personal som kan tänkas ta på sig en sådan uppgift och vilken typ av uppgifter som ingår i uppdraget. Den fasta vårdkontakten behöver inte tillhöra hälso- och sjukvårdspersonalen utan det kan även röra sig om någon ur den administrativa personalen. Vissa patienter som har kontakt med flera olika delar av sjukvården kan behöva två eller fler fasta vårdkontakter. De fasta vårdkontakterna måste då samordna sina insatser. Denna typ av samordning förutsätter samtycke från patienten och att bestämmelser om sekretess beaktas. [38]

Case management

Case management som arbetssätt växte fram inom socialt arbete med personer med psykiska funktionshinder i USA på 1970-talet. Syftet är att koordinera vården kring en individ så att de kan leva ett så självständigt liv som möjligt. Case management är egentligen ett samlingsnamn för flera delvis liknande insatser och en rad olika modeller har utvecklats. Gemensamt för insatserna är att en särskilt utsedd person - en case manager - har huvudansvaret för att en person får adekvat vård och stöd. Case-managern är den samordnande funktionen med ansvar för utredning, planering och att adekvata insatser genomförs. Casemanagerns roll i behandling och rehabilitering, intensiteten i kontakten och graden av samordning kan se olika ut för olika modeller.

Konkreta målsättningar är:

- att fler patienter håller kontakt med vård- och stödsystemet
- att minska eller undvika återinläggningar på sjukhus (också längd på inläggningar)
- att förbättra för klienten, framför allt när det gäller social funktion och livskvalitet.

I den ursprungliga mäklarmodellen har case managern ofta ingen klinisk expertis och genomför inte några egentliga egna behandlingsinsatser. Uppgiften är att utreda behov, planera och samordna insatser, förmedla och följa upp kontakter med olika vårdgivare etc. I kliniskt case management har case managern förutom det samordnande ansvaret också en roll som behandlare och terapeut och genomför egna behandlingsinsatser. ”Intensive Case Management” betonar intensiva insatser och kontakten mellan case managern och klienten är tät. I resursmodellen fokuseras speciellt klientens förmågor och färdigheter som är utgångspunkten i planeringen av insatser. I den mest

omfattande varianten av insatsen Case Management, Assertive Community Treatment (ACT) är samordning av stödet kring klienten så långt som möjligt samordnat och integrerat mellan de olika vårdgivarna. Ett helt tvärdisciplinärt team arbetar gemensamt i klientens närmiljö. Stödet är omfattande och teamet finns tillgängligt dygnet runt.

Omfattningen av insatsen kan se olika ut beroende på vilket behov av vård och stöd den enskilde har och vilken modell man arbetar utifrån. Insatsen kan variera i tid från några månader till ett flertal år.

En case managers yrkesbakgrund kan variera och utbildningsbehovet kan se olika ut beroende på vilken modell det handlar om. I Sverige finns många olika aktörer som anordnar utbildningar. Omfattningen på utbildningen kan vara från ett par heldagar till högskoleutbildningar som sträcker sig över hela och ibland flera terminer. [39]

Personligt ombud

Inom andra områden finns också funktioner för vård- och omsorgstagare med syfte att skapa trygghet och samordning av insatser, t.ex. personligt ombud. Personligt ombud är ett stöd för personer med psykisk funktionsnedsättning. Verksamheten syftar till att personer med psykisk funktionsnedsättning ska få möjlighet att leva ett mer självständigt liv, med möjlighet att ta del av samhällets utbud av vård, stöd och service på jämlika villkor. Ombuden arbetar på den enskildes uppdrag. Personligt ombud arbetar fristående från myndigheter och vårdgivare. Personligt ombud är en frivillig och kostnadsfri verksamhet för den enskilde. [40] [41] Modellen med personliga ombud är starkt påverkad av case management konceptet. I en rapport från 2005 om personliga ombud i glesbygd går man så långt att man kallar personliga ombud för "case management på svenska". [42] Inom psykiatriområdet när det gäller personliga ombudsfunktionen talar man även om "case management-team" för personer med komplexa problem.

Äldrelots, äldreombudsman, äldresamordnare

På vissa håll i landet finns verksamhet med så kallade äldrelotsar, t ex i Landstinget Blekinge. Där har man nio äldrelotsar och dessa kan inneha en individuell samordningsfunktion gentemot den enskild om individen så önskar. [43] Det finns också olika funktioner som t ex samordningssjuksköterska, socialt ansvarig samordnare, äldresamordnare och äldreombudsman runt om i landet, som har varierande uppdragsbeskrivningar och som finns inom olika organisationer, men som har delvis överlappande uppgifter. Det kan handla om att ge information och lotsa rätt i vården, avvikelse- och klagomålshantering, att ha ansvar för den övergripande samverkansnivån, dvs. att vara en länk mellan två samverkande organisationer, planera samverkansarbetet osv. [44-46] Äldreombudsmannen i Uppsala beskriver i en rapport verksamheten kortfattat under de nio år som funktionen funnits. Vanliga frågor som äldreombudsmannen får handlar om bostäder för äldre, bristande kontinuitet inom hemsjukvården och hemtjänsten, bristen på socialt innehåll i omsorgen. De äldre som tar kontakt med äldreombudsmannen visar enligt rapporten stor förståelse för att det inte är hos den enskilda personalen som bristerna ligger, utan i organisation, ledning, resurser etc. En annan viktig fråga som lyfts är behovet av kuratorer inom äldreomsorgen och vården.

Många äldre personer har behov av exempelvis stödsamtal, sorgebearbetning, ekonomisk och juridisk rådgivning, relationsproblem osv. [44]

Coach

På några platser har man testat att införa coacher inom akutsjukvården för mångbesökare och multisjuka. Coacherna är erfarna sjuksköterskor som hjälper och lotsar patienterna rätt i vården, samt ger stöd per telefon efter utskrivning. Modellen bygger på att det finns ett system för att identifiera riskgrupperna, som sedan får ta del av stödet. [47] Interventionen består av två delar; att identifiera riskgrupper genom prediktiva modeller och sedan insatsen eller åtgärden som är att ge stöd av en erfaren sjuksköterska efter utskrivning, framförallt via telefon.

I Stockholms läns landsting har man beslutat att under hösten 2011 om att införa vårdcoacher i större skala i landstinget. Under en försöksperiod har tio vårdcoacher hjälpt omkring 500 patienter på två sjukhus i Stockholm. Den modell som man har utgått ifrån i Stockholm för detta kallas Aktiv hälsostyrning (AHS) vilket är en översättning av begreppet ”managed care”. [48] Målgruppen har inte i första hand varit de mest sjuka äldre utan vårdtunga patienter och mångbesökare inom slutenvården. [49] Målsättningen i Stockholm är nu att öka omfattningen till 100 vårdcoacher. En personlig vårdcoach (dvs. i det här fallet en specialutbildad sjuksköterska) ska erbjudas patienter som ”ofta besöker vården, har flera diagnoser och behöver extra stöd”. [50]

Preliminära resultat från pilotverksamheten i Stockholm indikerar att man kan minska kostnaderna för slutenvård markant genom att fånga upp högriskpatienter och erbjuda dem stärkt stöd. [51]

I några projekt används benämningen coach för en slags ambassadörsfunktion för projektet. I Esther-projektet har man Esther-coacher som har en sådan ambassadörsfunktion, genom att alltid ha ”Esthers bästa för ögonen”. [26]

God man

Kommunerna har ett ansvar för att utse god man för personer som av någon anledning inte kan sköta sina egna angelägenheter. Godmanskap är frivilligt och kräver den hjälpbehövandes samtycke när individen kan ge detta. En god man skall hjälpa sin huvudman med att t.ex.

- bevaka och tillvarata den enskildes intressen t.ex. i dödsbo eller ansöka om bidrag eller kommunala hjälpinsatser m.m.
- förvalta egendom – förvalta pengar, betala räkningar m.m.
- sörja för person, dvs. ombesörja att den enskildes får den omsorg och det stöd han eller hon är berättigad till. Gode mannen skall ha ett samarbete med den enskilde och även ha kontakt med t.ex.. överförmyndarnämnden, vårdgivare, sjukvård, myndigheter m.m. [52]

Samordning hos olika aktörer

Primärvården

Tre landsting beskriver i sina förfrågningsunderlag primärvården som koordinator i vårdprocessen och i samverkan kring patienter med behov av kon-

tinuitet i vården på grund av nedsatt autonomi, långvarig eller kronisk ohälsa och ålder och hänvisar till riktlinjer för informationsöverföring och Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (SOSFS 2005:27). Vården för målgruppen äldre ska ske i samverkan även med andra samhällsaktörer än kommunen där så är relevant, som specialistvården, geriatrisk klinik, psykiatri och rehabilitering. I samband med övergångar mellan olika vårdgivare ska patienten veta vem som har samordningsansvaret. Samverkan beskrivs som en förutsättning för kontinuitet i vården av patienten. (Granskningen av förfrågningsunderlag; se avsnittet om primärvårdens roll.)

I Socialstyrelsens kartläggning av hemsjukvården från 2008 [30] föreslår man att en ”patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar” inför i hemsjukvården för att tillgodose patientens behov av samordning av vårdinsatser. [30] Inom hemsjukvården har ofta distriktssköterskan en samordnande funktion, men det är oklart i vilken mån man axlar rollen, och i vilken mån detta finns beskrivet i förfrågningsunderlag och andra uppdragsbeskrivningar för sjuksköterskan eller distriktssköterskan. Den här bilden av sjuksköterskan i äldreomsorgen som ett slags ”case manager” är vanligt förekommande. I en litteratursammanställning från 2004 har man tittat på sjuksköterskan som case manager för äldre i eget boende, och funnit att vad man lägger in i begreppet skiljer sig åt, t ex avseende i vilken utsträckning man inkluderar anhöriga, hur mycket man interagerar med annan personal runt individen osv. [53]

I ett avhandlingsarbete av Kristensson utfördes bland annat en randomiserad, kontrollerad studie av en insats med två sjuksköterskor som case managers till 18 äldre personer (kontrollgrupp med 17 individer). Under tre månader fick dessa personer insatser av fyra olika slag; 1) hembesök och vårdplanering; 2) samordna och koordinera vård- och omsorgsinsatser; 3) allmän- och specifik information och utbildning om egenvård etc. samt 4) skapa trygghet genom att öka tillgängligheten under interventionen. Här bör dock noteras att tillgängligheten endast gällde under kontorstid. Efter tre månader fanns inga signifikanta skillnader mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen.[54]

För de äldre som har äldreomsorg men som inte är inskrivna i hemsjukvården, eller som varken har äldreomsorg eller hemsjukvård, kan primärvården ges ett större utrymme och ansvar för att identifiera riskpatienter och för att samordna vården.

Samordningsfunktionen skulle kunna läggas på en fast vårdkontakt på vårdcentralen, t ex en sjuksköterska i enlighet med förslaget från Socialstyrelsen 2008. Funktionen skulle till exempel kunna innebära att hålla kontakten med den äldre personen t.ex. via telefon, att kalla till återbesök, planera läkemedelsgenomgångar och hembesök etc. samt att om behoven ökar erbjuda en individuell vårdplanering och hemsjukvård.

Primärvårdens bör utarbeta system och rutiner för att identifiera riskgrupper och individer som är i behov av mer stöd, exempelvis mångbesökare på akuten. Man skulle kunna tänka sig någon form av screening av äldre, elektroniskt; kliniskt eller en kombination. Detta diskuteras också under avsnittet om primärvårdens roll samt i avsnittet om virtuella vårdavdelningar och hemsjukvård.

- För personer i målgruppen som inte har hemsjukvård eller hemtjänst kan med fördel den fasta vårdkontakten inom primärvården ges ansvaret för att koordinera individens läkarkontakter, upprätthålla en dialog med ev. anhöriga, slutenvården etc. samt vid behov initiera en individuell vårdplanering.
- Stärkt stöd behövs till de äldre som konsumerar mycket slutenvård eller ligger i riskzonen för framtida hög slutenvårdskonsumtion. Om man har en vilja att föra över resurser från slutenvården till primärvården skulle med fördel denna stödfunktion kunna rymmas inom ramen för primärvårdens organisation.
- Primärvården bör ta fram rutiner för att identifiera målgruppen samt rutiner för vilken typ av stöd och insatser man erbjuder dessa.

Hemsjukvården

Hemsjukvården har redan idag på vissa håll ett uttalat ansvar för att koordinera vården och omsorgen för patienter som är inskrivna i verksamheten. I Socialstyrelsens rapport Hemsjukvård i förändring (2008) föreslås att en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar införs i hemsjukvården för att tillgodose patientens behov av samordning av olika vårdinsatser. Lagen om fast vårdkontakt har senare tillkommit. [30]

Äldreomsorgen

I äldreomsorgen arbetar man med kontaktmannaskap. Äldreomsorgens personal är den personalkategori som arbetar närmast den enskilde och de anhöriga. En stor del av den dagliga koordineringen av vården, omsorgen och stödet till den enskilde sker här. Omsorgsinsatserna sker utifrån myndighetsbeslut av biståndsbedömare. En nära dialog med hälso- och sjukvården är avgörande för att omhändertagandet och samordningen ska bli så bra som möjligt.

Slutenvården

Akutmottagningarna skulle kunna bidra mer aktivt till att identifiera äldre personer som riskerar upprepade återinläggningar i slutenvården. Olika typer av vårdadministrativa stödsystem skulle kunna signalera om att en individ löper en förhöjd risk. Liknande system finns inom ramen för konceptet med virtuella vårdavdelningar som beskrivs mer utförligt på annat håll. Det har också gjorts försök med detta i Stockholm genom konceptet med Aktiv hälsostyrning. En sammanhållen vård- och omsorgstjänst skulle indirekt kunna bidra till att antalet äldre med komplexa problem som mångbesökare på akuten minskar.

Det är dessutom viktigt med en etablerad samverkan mellan primärvården och slutenvården, t.ex. i form av avtal med ambulanssjukvården eller i form av avtal om direktinläggning inom slutenvården. Direktinläggning förekommer redan idag på vissa håll. Det är ett exempel på hur man kan organisera vården för de mest sjuka äldre om samverkan fungerar mellan vårdgivarna.

Vilka samverkansformer finns redan och hur fungerar de?

Det finns många olika samverkansmodeller på äldreområdet. Precis som när det gäller samordningsfunktionen, så beror behovet av samverkan på att vården och omsorgen är komplex för den här målgruppen. Det har gjorts otaliga försök att få till stånd en fungerande samverkan, på olika nivåer. Man har testat samverkansavtal, olika helhetslösningar med en huvudman samt projekt över huvudmannaskapsgränserna. [55, 56] Ädelreformen 1992 var i sig i stor utsträckning ett försök att skapa en sammanhållen vård och omsorg för äldre. [57, 58]

Gemensamma nämnder förekommer. Det finns till exempel en lag om gemensam nämnd inom vård- och omsorgsområdet (2003:192), som innebär att kommuner och landsting om de så önskar får införa en gemensam nämnd på vård- och omsorgsområdet. Lagen, och de möjligheter som den innebär, har inte fått stor spridning.

Det finns en rad initiativ i landsting och kommuner där man har kommit väldigt långt i sitt arbete med att förbättra omhändertagandet och framförallt samverkan när det gäller de mest sjuka äldre. Många fungerar som nätverk och har namn som Linnea i Kronoberg, Helga i Västerbotten och TryggVE i Södra Älvsborg osv. Dessa och många andra initiativ utvärderas för närvarande och det projektet ska vara avslutat 2013. Försöksverksamheterna och nätverken finns beskrivna på SKLs hemsida samt delvis i avsnittet om primärvårdens roll. [59] Gemensamt för de här verksamheterna är att man har identifierat snarlika problemområden; det handlar återigen om trygghet, kontinuitet, samordning osv. Man har dessutom lösningar som påminner om varandra. Det handlar om olika varianter av multiprofessionell samverkan, bättre samarbete kring patienten eller brukaren och att skapa en situationsorienterad vård och omsorg. Komponenter som ingår i ett flertal av dessa är äldreteam, direktinläggning i slutenvården vid behov, att utse samordningsansvariga, registrera i kvalitetsregistren, IT lösningar som främjar samverkan etc. För en lista på några av de projekt som pågår se bilaga sist i avsnittet.

SKL har under flera år arbetat mycket aktivt med de mest sjuka äldre, samt betalat ut stimulansmedel till en rad försöksverksamheter och projekt. Under 2011 har utvecklingsledare tillsatts i nästan alla landsting som ska jobba med satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre”. [60]

Andra områden utöver äldreområdet

Samverkan mellan huvudmän och mellan organisationer är ett välkänt problem som uppstår på alla områden där organisationer behöver samverkan. Inom vård och omsorg behöver ofta myndigheter och organisationer samverka för att få ett optimalt omhändertagande kring en individ, t.ex. inom rehabilitering, barn, psykiatri, missbruk osv. Ett exempel på reglerad samverkan är FINSAM; finansiell samordning inom rehabiliteringsområdet som styrs av lagen om finansiell samordning av rehabiliteringsinsatser (2003:1210). Där samverkar fyra parter, försäkringskassan, arbetsförmedlingen, kommunen och landstinget genom att bilda lokala samordningsförbund med en gemensam budget för insatser för målgruppen. [61]

Hur kan en sammanhållen vård- och omsorgstjänst se ut?

Koordinering av vård- och omsorgsinsatser, trygghet, kontinuitet och ett salutogent förhållningssätt är några av de behov som brukar lyftas fram när man talar om de mest sjuka äldre. [4, 5, 32, 62]

Marknadsanpassade modeller för vård- och omsorg har bidragit till den ökade fragmentiseringen av vården och omsorgen. För att inte de negativa konsekvenserna av detta ska slå igenom förespråkar man alltmer olika former av integrerad vård och omsorg och att arbeta horisontellt med vårdkedjor. Huruvida det går att kombinera en marknadsanpassad modell med integrerad vård och omsorg beror i mångt och mycket på hur man utformar modellerna, exempelvis vilka incitament och belöningssystem man väljer att ha samt vilken tyngd man ger de olika komponenterna. [63]

Behovet av en samordningsfunktion som lyfts ovan, är på sätt och vis en konsekvens av att vården och omsorgen är organiserad enligt stuprörsmodellen och den ökade fragmentiseringen av vården och omsorgen. Förutom att förbättra samordningen kan man också organisera vården på ett sådant sätt att samordning underlättas. Case managers har som uppgift att lotsa patienter eller brukare rätt mellan aktörerna. En mer intensiv form av samverkan utgörs av multidisciplinära team, som kan fungera relativt fristående, men som i allmänhet kombineras med en styrgrupp med representanter för de olika organisationerna.

Samverkan mellan aktörer inom vården och omsorgen organiseras ofta i gränsöverskridande, multidisciplinära team. Ett team kan definieras som en ”liten grupp personer, oftast från olika professioner, som arbetar tillsammans tvärs över de formella organisatoriska gränserna, med syfte att ge service åt en speciell grupp av patienter/kunder”. [12] För den här gruppen av mest sjuka äldre som bor i eget boende är olika former av multiprofessionella team en insats som prövats mer och mer. [13, 32, 33, 35, 55, 56] Teamen som finns runt om och som provas ser dock väldigt olika ut organisatoriskt och innehållsmässigt. Graden av integrering mellan primärvård (läkare) respektive hemsjukvård och hemtjänst skiljer sig åt i de olika modellerna.

Svensk förening för allmänmedicin (SFAM), Svensk geriatrisk förening (SGF), och Svensk Internmedicinsk förening (SIM) tog 2008 fram ett gemensamt policyprogram för vården av de mest sjuka äldre; Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre - ett policyprogram, som även PRO har ställt sig bakom. [28]

Programmet innehåller följande punkter

- Varje multisjuk äldre person ska ha en namngiven huvudansvarig vårdgivare såväl inom kommunens hemtjänst som inom primärvården.
- Den multisjuka äldre med större vårdbehov ska också ha en inom slutenvården huvudansvarig namngiven vårdgivare med geriatrisk kompetens.
- Kring varje multisjuk äldre person ska finnas ett för individens behov anpassat multidisciplinärt och multiprofessionellt team.
- Ansvarig läkare inom primärvården, respektive geriatriken, ska ha tillgång till snabb särskild konsultkontakt inom övriga medicinska specialiteter. Detta inte minst för att minska behovet för den äldre multisjuka att ta sig till sjukhusens öppenvårdsmottagningar.

- Vid behov av sluten vård ska den multisjuka äldre ha en ”gräddfil”, dvs. inläggning ska kunna ske på särskild vårdplats genom direkt kontakt mellan primärvård och geriatrisk avdelning, ej via akutmottagning.
- Varje multisjuk äldre person ska vid behov ha tillgång till situationsorienterad hemsjukvård.

Det finns flera exempel på multiprofessionella team för den här målgruppen. Dessa beskrivs mer utförligt under avsnittet om virtuell vård och annan hemsjukvård.

Vad krävs för att lyckas med en sammanhållen vård- och omsorgstjänst?

För att kunna erbjuda optimal vård till äldre multisjuka krävs enligt samma policyprogram som ovan bland annat en anpassning av ersättningssystemen så att ett situationsorienterat arbetssätt uppmuntras och möjliggörs, samt att man inför ett system som ger möjlighet till säker och snabb informationsöverföring. [28]

I SKLs rapport Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen [23] har man identifierat åtta viktiga framgångsfaktorer för att få en god äldreomsorg

1. att ge en individuellt anpassad omsorg
2. att ha en välutvecklad personalstrategi
3. att verksamhetsstyrningen är förankrad i organisationen
4. att skapa en tydlig rollfördelning mellan politiker och tjänstemän
5. att arbeta systematiskt med kvalitetsutveckling
6. att skapa en brukarorienterad organisationskultur
7. att samarbete strukturerat med landstinget
8. att etablera ett aktivt samarbete i kommunala nätverk.

Punkten 7, att samarbete strukturerat med landstinget omfattar att man:

- har en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som fastställs i övergripande och lokala överenskommelser
- etablerar samverkansforum på både strategisk och operativ nivå;
- driver gemensamma projekt som syftar till att överbrygga gapet mellan sjukvården och äldreomsorgen
- har väl fungerande rutiner för att tillgodose vård- och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap. [23]

När det gäller samverkan i multiprofessionella team, så kännetecknas framgångsrika team av stabilitet och långsiktighet, där en speciell teamkultur har kunnat utvecklas. [12]

Många initiativ för att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre har genomförts i projektform och inte blivit en del av den ordinarie verksamheten. Anledningen kan vara att man inte ha bra metoder för att mäta resultaten av insatserna, eller att uppföljningen är tillräcklig. Trots goda erfarenheter och nöjda patienter så läggs alltså en del sannolikt lyckade projekt ned. [4]

Vad som krävs för att lyckas med en sammanhållen vård- och omsorgstjänst är naturligtvis en omfattande fråga som kräver många fördjupade analyser.

Diskussion och avslutande kommentarer

Koordinerade vård- och omsorgsinsatser

Samordningsfunktionen, eller det som på engelska kallas "case management" är viktig för att skapa trygghet och kontinuitet för de äldre individer som inte längre klarar av att själva sköta samordningen av sina vård- och omsorgsinsatser, eller har anhöriga som gör det.

Samordningsaspekten i en sammanhållen vård- och omsorgstjänst förstås här som dels att rent faktiskt samordna olika vårdkontakter och att koordinera vården och omsorgen för en individ. Den enskilde ska också få ett personligt stöd till som skapar trygghet. Framförallt ska den äldre lotsas rätt i vården och omsorgen vilket bidrar till att behovet av oplanerade besök i slutenvården kan undvikas. Samordningen består alltså av

- stöd till den enskilde; bidra till att skapa trygghet och kontinuitet
- koordinera vård- och omsorgskontakterna för den enskilde; "vårdlogistiken".

På andra områden finns så kallade "case managers" redan i Sverige, i form av personliga ombud inom psykiatrin. Det finns inte idag någon *direkt* mot-svarighet till personliga ombud eller case managers inom äldreomsorgen eller primärvården. Det finns dock flera funktioner inom primärvården och äldreomsorgen som delvis innebär just att "planera, koordinera, styra och följa upp vården av en individ" vilket är en definition av case management. Till exempel så har den fasta vårdkontakten till uppgift att tillgodose en patients behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Ansvar för samordningen är kopplat till var någonstans i vårdkedjan man som individ blir identifierad, var behovet upptäcks. Tabellen nedan försöker åskådliggöra att samordningsfunktionen måste finnas där individen finns; i vårdnätverket. Tabellen täcker inte in alla tänkbara scenarier utan är tänkt att illustrera hur komplext vårdnätverket och behovet av samordning kan se ut.

Tabell 2 Olika vårdnätverk och behovet av samverkan & samordning

	Samverkan på organisationsnivå	Samarbete och samordning på individuell nivå	Samordningsansvar kring individen/"ingång"
Eget boende; besöker primärvården regelbundet	-	Fast vårdkontakt inom primärvården. IVP vid behov	Primärvården enda kontakteten. <i>Primärvården måste identifiera målgruppen, inventera behov, följa upp.</i>
Eget boende; mångbesökare inom slutenvården.	Samverkan som reglerar informationsöverföring från slutenvården till primärvården samt system för hur man identifierar riskgrupper.	Fast vårdkontakt bör utses av verksamhetschef inom slutenvården <i>eller</i> primärvården. IVP	Slutenvården främsta kontakten. <i>Slutenvården måste identifiera målgruppen (hög risk), inventera behov, följa upp. Informationen måste vidarebefordras till primärvården.</i>
Eget boende; har hemsjukvård.	Avtal primärvården-hemsjukvården om läkarmedverkan o hembesök av läkare vb. Avtal med slutenvården om direktinläggning.	Fast vårdkontakt utses av relevant verksamhetschef, förslagsvis inom hemsjukvården (en dsk/ssk). IVP	Hemsjukvården är främsta kontakten. Hemsjukvården har ett samordningsansvar.
Eget boende; Hemtjänst, mångbesökare slutenvården.		Fast vårdkontakt inom primärvården. Kontaktperson inom hemtjänsten. IVP	Hemtjänsten samt slutenvården. främsta kontakten Hemtjänsten eller slutenvården identifierar behov och initierar vårdplanering.
Eget boende; hemtjänst, hemsjukvård, primärvård, slutenvård.	Avtal som möjliggör team med medarbetare från olika huvudmän och organisationer. Hög grad av integrering. Ev. gemensamma beställningar av integrerad vård och omsorg?	Multidisciplinärt team; primärvårdsnivå Kontaktperson inom hemtjänsten. Fast vårdkontakt + IVP Vid behov flera fasta vårdkontakter.	Teamet samordnar.
Eget boende; behov av avancerad sjukvård i hemmet. ^{x)}	Avtal som möjliggör team med medarbetare fr olika huvudmän/organisationer. Hög grad av integrering.	ASIH och palliativ hemsjukvård, virtuella vårdavdelningar etc. Fast vårdkontakt + IVP Kontaktperson inom hemtjänsten.	Teamet samordnar.
Särskilt boende med flera läkarkontakter eller mångbesökare inom slutenvården.	Avtal primärvården-hemsjukvården om läkarmedverkan o hembesök av läkare vb.	Kontaktperson inom hemtjänsten. Fast vårdkontakt + IVP V.b. flera fasta vårdkontakter.	Hemsjukvården i särskilt boende samordnar.

^{x)} Eventuellt kan gränsen för vad som är basal- resp. avancerad hemsjukvård komma att förändras. Mer avancerad vård kanske kan utföras av hemsjukvården på primärvårdsnivå om befogenheterna vidgas.

Samordningsfunktionen kan inte placeras hos en aktör som per automatik utesluter en del av målgruppen. En samordnande funktion måste finnas inom olika vårdnivåer och organisationer, beroende på om individen är föremål för den typen av vårdform eller ej. Ibland kanske den samordnande funktionen kan rymmas inom ramen för ett ordinarie uppdrag, ibland inte.

Man måste skilja på behovet av att koordinera vården och omsorgen och behovet av att vara ett stöd för den enskilde. Man måste också beakta den enskildes aktuella vårdnätverk. Det stöd som ett personligt ombud utgör och erbjuder för personer med psykiskt funktionshinder är viktigt. Samma funktion kan tydliggöras för gruppen de mest sjuka äldre, men för att avgöra om funktionen ryms inom ramen för den ordinarie verksamheten eller inte behövs ytterligare utredning. Det är också viktigt att beakta risken att skapa nya gränssnitt där nya samordningsbehov uppstår. Dessutom ryms mycket av stödet och samordningen i funktioner som redan finns. Med bättre rutiner, tydligare mandat och utrymme i befintliga organisationer borde t.ex. den fasta vårdkontakten kunna fylla mer ut av den funktion som en case manager har. En väsentlig skillnad är dock att ett särskilt värde med personliga ombud är just att de står lite vid sidan av vården och omsorgen.

För att utreda om det finns ett behov av personliga ombud eller liknande uttalad samordningsfunktion inom primärvården eller äldreomsorgen krävs en mer omfattande utredning än den som kunna genomföras inom detta uppdrag. Funktionen fast vårdkontakt håller på att utredas inom ramen för ett pågående uppdrag hos Socialstyrelsen. Sannolikt behöver ytterligare vägledningar, rutiner eller dylikt tas fram för att den fasta vårdkontakten ska fungera som det var avsett.

Sammanhållen vård och omsorg

För en sammanhållen vård- och omsorgstjänst för de äldre som har både vård och omsorg i hemmet, och som tillhör målgruppen mest sjuka äldre, krävs att

- vård- och omsorgsinsatserna är koordinerade
- vård- och omsorgspersonalen samarbetar väl kring individen
- vård- och omsorgsorganisationerna har en strukturerad samverkan som understödjer samarbetet.

Dessa tre nyckelkomponenter är viktiga för känslan av trygghet och kontinuitet hos den enskilde. Den första komponenten har beskrivits ovan. De två andra komponenterna beskrivs nedan. För att skapa en sammanhållen vård- och omsorgstjänst för de mest sjuka äldre krävs förslagsvis en högre grad av både horisontell och vertikal integrering i och mellan vård- och omsorgsorganisationerna. En mer intensiv form av samverkan med en hög grad av integrering horisontellt och vertikalt utgörs av multidisciplinära team.

Samarbete kring individen

Individuell vårdplan och fast vårdkontakt

Vård- och omsorgsgivare behöver bli bättre på att arbeta med individuella vårdplaner. De behöver följas upp och revideras regelbundet, och kan an-

vändas som ett mått vid resultatuppföljning. Viktigt att primärvården rutinemässigt medverkar.

Fast vårdkontakt bör alltid utses för den här målgruppen. Om individen är inskriven i hemsjukvården bör en fast vårdkontakt utses inom hemsjukvården.

Multidisciplinära team

Möjligheten att erbjuda äldre sammanhållna tjänster i form av multidisciplinära team, i linje med förslaget i betänkandet Kommunalisera hemsjukvården och i "Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre – ett policyprogram". [28, 64] bör utvecklas ytterligare. Det krävs en fördjupad utredning om sammansättning, innehåll, avgränsningar, målgrupp och organisation om detta för att kunna ge några mer konkreta förslag.

Det finns en rad frågor som behöver utredas närmre innan man eventuellt skulle kunna föreslå en teammodell eller ta fram en vägledning för multiprofessionellt omhändertagande för de mest sjuka äldre; bland annat kostnadseffektivitet, avgränsningar och vilket patientunderlag som krävs. "Case finding" och "case management" är två funktioner som bör specificeras ytterligare, och rollen för ett team på dessa två områden klargöras. Som det ser ut idag så besvaras dessa och liknande frågor av landstingen och kommunerna vid utformande av målgruppsanpassade insatser.

Betydelsen av tillgängligheten och olika aspekter av tillgänglighet behöver utredas ytterligare. Tillgängligheten ska vara god dygnet runt för att skapa en trygg, patientsäker organisation för de mest sjuka äldre och det inkluderar även möjligheten till hembesök av läkare, men det finns också andra aspekter av tillgänglighet som geografisk närhet, avgifter etc. Teamet kring den äldre individen bör ha möjlighet att knyta till sig rehabiliteringspersonal, dietist, apotekare etc. men det behövs fördjupade analyser även för detta.

Det finnas redan modeller för detta som avancerad sjukvård i hemmet (ASIH), äldreteam, virtuella vårdavdelningar, demensteam (beskrivs mer utförligt i avsnittet om hemsjukvård) etc. Dessa modeller bör granskas mer utförligt för att dra lärdomar av de befintliga verksamheter i form av team som finns.

Sammanfattning när det gäller samarbete kring individen:

- Rutiner för samordnad individuell vårdplanering samt bättre uppföljning behövs.
- Fast vårdkontakt för alla i målgruppen bör finnas.
- Huvudmännen bör erbjuda multiprofessionella team i högre utsträckning.
- Tillgänglighet dygnet runt bör finnas.
- Större möjlighet till hemsjukvårdsbesök av läkare bör skapas.
- Utbudet av avancerad vård i hemmet för mest sjuka äldre bör utvecklas.

Strukturerad samverkan och incitament

Formerna för samverkan, samordning och samarbete måste tas fram på ledningsnivå, och det måste finnas en stark vilja och övertygelse om att det är

viktigt med samverkan för den här målgruppen. I SKLs rapport om framgångsfaktorer lyfter man fram flera punkter som handlar om ledning; bland annat att det finns en tydlig ansvarsfördelning mellan landsting och kommun som fastställs i övergripande och lokala överenskommelser; att man etablerar samverkansforum på både strategisk och operativ nivå; att man driver gemensamma projekt som syftar till att överbrygga gapet mellan sjukvården och äldreomsorgen och att man har väl fungerande rutiner för att tillgodose vård- och omsorgsbehov oavsett huvudmannaskap. [23]

En förutsättning är att det finns en väl fungerande samverkan på alla nivåer i organisationerna från politisk nivå och verksamhetsledningsnivå ända ner till samverkan mellan vårdbiträden, undersköterskor, sjuksköterskor, läkare och andra närmast den äldre personen. Det måste finnas tydliga rutiner för samverkan på alla nivåer. Närmast den äldre personen måste det dock finnas ett stort mått av flexibilitet så att det finns goda förutsättningar för en helhetssyn, som ser till hela människan och som kan ge en individcentrerad vård och omsorg. Rutiner ska vara ett stödsystem för god vård och omsorg och får inte användas som en förevändning för att inte se hela människan. "Utrymme i systemen" är ett uttryck som återkommer, både när det gäller vård och omsorg. Detta är ett ledningsansvar.

En annan förutsättning är att det finns ekonomiska incitament för att organisera team för de mest sjuka äldre så att samverkanslösningarna blir långsiktiga och hållbara. Det bör löna sig med teamarbete kring individer med komplexa och sammansatta behov inom gruppen de mest sjuka äldre. Det är viktigt inte minst för att undvika förbättringsarbete i projektform som upphör när det inte avsätts särskilda medel för att driva projektet vidare. Samverkanslösningar skall vara integrerade i den ordinarie verksamheten, men det måste finnas inbyggda ekonomiska incitament för att lösningarna ska bli långsiktiga och hållbara.

Sammanfattning när det gäller strukturerad samverkan & incitament:

- Det bör undersökas vidare om det är möjligt att göra gemensamma beställningar av sammanhållen vård- och omsorg i större utsträckning.
- De ekonomiska incitamenten bör studeras ytterligare.
- Samverkan på alla nivåer i organisationerna bör främjas.

Områden att studera vidare

Case management för gruppen de mest sjuka äldre behöver analyseras mer grundligt än vad som har varit möjligt inom ramen för det här uppdraget. Skulle den fasta vårdkontakten kunna vara en motsvarighet till case manager? Ska funktionen och ansvaret för samordningen ligga hos en person som jobbar i den kliniska vården och omsorgen eller hos någon annan kategori som när det gäller personliga ombud? Detta kräver ett utförligare tillvägagångssätt och omfattande analyser.

Fast vårdkontakt och samordnad individuell vårdplanering är två områden som behöver ytterlig uppföljning, med avsikt på till exempel efterlevnad, implementering, rutiner, uppföljning, målgrupp osv.

Det krävs ytterligare kartläggningar av vilka kriterier man har idag inom olika teamverksamhet för att kunna föreslå kriterier och former för hur man "rekryterar" äldre individer till verksamheten. Detsamma gäller vilken vo-

lym som är lämplig för den här typen av verksamhet. Vid en fördjupad kartläggning kan man också på ett mer ingående sätt undersöka vilka möjligheter som finns, och om det vore kostnadseffektivt, att i större skala identifiera personer inom målgruppen mest sjuka äldre i slutenvården och primärvården, dvs. personer som löper en förhöjd risk att konsumera mer slutenvård inom den närmaste framtiden.

Det finns en rad frågor när det gäller multiprofessionella team och målgruppen de mest sjuka äldre som inte har kunnat besvaras inom ramen för det här uppdraget. Det saknas systematiska uppföljningar och jämförande studier i större skala, och det är oklart vilka utfallsmått som egentligen är relevanta vid en uppföljning. Tänkbara utfallsmått skulle kunna vara funktionsstatus, kvarboende/särskilt boende, konsumtion av slutenvård, dödlighet osv. Dessa utfallsmått speglar dock inte på ett adekvat sätt syftet med en sammanhållen vård och omsorg som framförallt är upplevelsen av kontinuitet och trygghet hos de mest sjuka äldre.

Frågor som behöver belysas ytterligare handlar t.ex. om just hur man kan följa upp och mäta resultat av insatser med multiprofessionella team; vad som bör ingå i teamet i form av kompetens; hur teamet bör vara organiserat; om det har någon betydelse vem som är huvudman respektive utförare; vilken grad av integrering av verksamheter är önskvärd.

Vårdvalssystemets konsekvenser

De mest sjuka äldre är svaga aktörer och en missgynnad grupp i vårdvalssystemet,

- ur informationshänseende
- när omval och inte kontinuitet prioriteras
- när den enskildes ansvar för att samordna vårdinsatser ökar
- när nybesök prioriteras även om det inte är motiverat ur medicinsk synpunkt.

Det finns också risk för kvalitetsskillnader i vården av de mest sjuka äldre beroende på om de har engagerade anhöriga eller inte.

De mest sjuka äldre behöver stöd i valet av utförare, både för att söka information, bedöma kvalitet och välja utförare.

Verksamheten vid vårdenheterna ska organiseras så att de särskilt kan tillgodose behovet av hälso- och sjukvård hos äldre personer, patienter med sammansatta vårdbehov, kroniskt sjuka samt personer med funktionsnedsättning. Det framhåller de flesta landsting i sina förfrågningsunderlag. Det är mindre vanligt att landstingen särskilt nämner de mest sjuka äldre i sina målformuleringar.

Landstingens ersättningssystem till primärvården ger högre ersättning för äldre patienter, i varierande grad. Ersättningarna ligger i nivå med utförarens kostnader för äldre patienter, men det är ändå inte säkert att systemen ger tillräckliga drivkrafter för att utveckla insatser och arbetssätt som svarar mot de mest sjuka äldres behov.

Inledning

Socialstyrelsen har sedan tidigare ett regeringsuppdrag om att följa upp valfrihetssystem inom primärvård och socialtjänst ur ett patient- och befolkningsperspektiv, som ska redovisas i februari 2012. Uppföljningen görs utifrån nationella mål om jämlikhet, jämställdhet och likvärdighet i hela landet och vårdvalets och valfrihetssystemens konsekvenser för utsatta patient- och befolkningsgrupper ska uppmärksammas särskilt. Inom ramen för detta uppdrag har dialogmöten genomförts i sex kommuner. Även en hearing med representanter för frivilligorganisationer har genomförts. En del av de synpunkter som framkommit i dessa sammanhang finns med i underlaget till detta kapitel.

De mest sjuka äldre är en utsatt grupp, vars situation kommer att belysas i samband med slutredovisningen av uppdraget om att följa upp valfrihetssystem inom primärvård och socialtjänst ur ett patient- och befolkningsperspektiv. I detta kapitel fokuseras på frågor som handlar om huruvida landstingen i utformningen av sina respektive vårdvalssystem i primärvården

prioriterar insatser till denna grupp med tyngdpunkt på ersättningssystemens utformning.

Frågeställningar

Ur de mest sjuka äldres perspektiv belyser Socialstyrelsen i det följande tre övergripande frågeställningar

- bidrar vårdvalet till att deras ställning i primärvården stärks
- är de en prioriterad grupp i huvudmännens förfrågningsunderlag
- bidrar ersättningssystemens utformning till att styra insatser till dem?

Vårdval stärker enskildas ställning men inte med automatik och knappast för de mest sjuka äldre

Den enskilda människans ställning stärks inte med automatik i ett valfrihetssystem. Vissa förutsättningar måste finnas. Den enskilt viktigaste förutsättningen är att ersättningen till vårdgivaren följer den enskildes val ”Det är den enskildes möjlighet till val och omval som är själva kärnan i systemet och som avses bidra till att kvaliteten i tjänsterna upprätthålls och vidareutvecklas.” [SOU 2008:15, sid 19]. Men det måste också finnas flera utförare att välja mellan och det måste vara lätt att byta utförare. Vårdcentraler som drivs av privata utförare finns i alla landsting, även om förekomsten varierar både mellan landsting och inom ett landsting. Det är också i alla landsting, ur administrativt hänseende, enkelt att byta vårdgivare [1].

Om den enskildes val ska kunna påverka kvaliteten inom vård och omsorg måste hon eller han kunna göra rationella och väl underbyggda val. De tjänster som erbjuds behöver då vara tydligt definierade och möjliga att följa upp. Vidare måste resultaten av uppföljningarna vara tillgängliga för hela befolkningen. Det finns emellertid stora brister när det gäller möjligheterna att göra väl underbyggda val med hjälp av den information som idag finns [2]. Det gäller såväl informationens innehåll som dess tillgänglighet.

Med undantag av vårdenheterna i Stockholms läns landsting, där varje enhet själv bestämmer hur många personer den kan ha på sin lista, kan en vårdenhet inte neka eller avvisa någon som väljer att lista sig på enheten i fråga. Den kan få viss tid på sig att anpassa sin verksamhet för att säkerställa den medicinska säkerheten när ytterligare listade tillkommer, men den kan aldrig säga nej, bara få en tidsfrist. I detta avseende stärks även de mest sjuka äldres ställning och omvänd selektion eller så kallad ”cream-skimming” - dvs. att utförarna av vård och omsorg bara är intresserade av dem med relativt sett mindre behov för att på så sätt få högre vinst - kan i viss mån förebyggas.

De mest sjuka äldre är svaga aktörer och en utsatt grupp i valfrihetssystem

... ur informationshänseende

Statskontoret har listat fem kriterier för vilken information den enskilde behöver i ett valfrihetssystem [1]. Information måste finnas om

- att det finns en valmöjlighet

- vad som händer om man inte väljer och hur omval går till
- vilka utförare det finns och vilka tjänster de erbjuder
- skillnader och likheter mellan utförarna
- olika kvalitetsaspekter på utförarnas tjänster.

Bristen på saklig och relevant information, som också är lätt att förstå, är ett stort problem när det gäller befolkningens och patienters möjligheter att utnyttja sin valfrihet inom vård och omsorg. Det är framför allt när det gäller kvaliteten i de tjänster olika utförare erbjuder som den stora informations-utmaningen ligger. Ofta saknar befolkningen relevant information både om vårdgivare och om behandlingsalternativ. Det är också en svår uppgift att ge befolkningen ett bra underlag och en oberoende information för välgrundade val [2].

Kunskapen om vilken information befolkningen önskar är begränsad. Konkurrensverket har emellertid inom ramen för sin uppdragsforskning låtit göra en så kallad brukarundersökning baserad på invånarpaneler om vårdvalet i primärvården [3]. Av resultaten framgår att personer utan egna aktuella erfarenheter av primärvård i sina val av vårdgivare beaktar information från familj, vänner och bekanta. Personer med aktuella erfarenheter av primärvården baserar sina val i huvudsak på sina egna erfarenheter och lägger framför allt vikt vid kontinuitet och tillgänglighet.

Den enskilda människans förmåga att fatta självständiga beslut begränsas vid sjukdom eller bristande kognitiv förmåga. Valfrihetsmodeller tar i regel inte hänsyn till att den faktiska förmågan att välja inte står i paritet med önskan att välja.

...eftersom äldre personer önskar kontinuitet i sina vårdkontakter medan omval är centrala delar av vårdvalssystem

I den ovan nämnda undersökningen som Konkurrensverket lät göra sågs kontinuitet generellt som en viktig faktor, men särskilt bland de ålderspensionärer, som deltog i undersökningen. Yngre personer lade större vikt vid att snabbt kunna få läkartid för sig eller sina barn.

Den viktigaste aspekten av tillgänglighet var för ålderspensionärerna det geografiska avståndet till vårdcentralen. Även vårdpersonalens bemötande sågs som en viktig faktor för valet av vårdgivare, särskilt som en exkluderande faktor i samband med byte av vårdgivare [3].

Liknande resultat har Socialstyrelsen fått i samband med ett antal dialogmöten under 2011 med personer som själva har erfarenheter av att välja vårdcentral och utförare av hemtjänst [4]. Tillgängligheten när det gäller telefon och öppettider, liksom det geografiska läget, är viktiga faktorer. Man vill ha nära till vårdcentralen och man vill möta samma personal så att man blir känd av och med den. Alla som kom till tals vid dialogmötena framhöll också vikten av kontinuitet, att man får träffa samma läkare och att man känner förtroende för henne eller honom.

Av de dokumenterade erfarenheter som hittills finns att tillgå, tycks kontinuitet vara av sådant värde för den enskilda, äldre människan, att det till viss del kan förklara varför så få tycks utnyttja möjligheten att byta utförare.

... om den enskildes ansvar för att vårdinsatser samordnas ökar

Hälso- och sjukvården är inte jämlik i dag och valfrihetssystem i sig bidrar knappast till ökad jämlikhet. Det finns snarare risk för att resursstarka individer gynnas i förhållande till mer resurssvaga individer. Vårdval erbjuder inte bara möjligheter utan ställer även krav på den enskilde att genom välgrundade val bidra till att kvaliteten i vården utvecklas.

Det finns också farhågor om att ökade valmöjligheter kan medföra att människor förväntas ta ett större ansvar för att hålla samman vård- och omsorgsinsatser som involverar flera parter [5]. Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting har t.ex. i en projektrapport påtalat att det saknas incitament som främjar vårdprocessen i gränssnitten mellan utförare. Vården av äldre med sammansatta behov styrs inte utifrån en helhetssyn. Vården blir fragmentiserad och det saknas en sammanhållande funktion för de äldres vård [6].

I några patientnämnders verksamhetsberättelser 2010 finns ärenden beskrivna som handlar om att alltmer ansvar läggs över på patienten när det gäller att ta initiativ till efterkontroller/återbesök. Det finns också ärenden som handlar om bristande samordning mellan verksamheter vid svårdiagnostiserade sjukdomstillstånd och multisjuka patienter.

För att komma till rätta med problem av detta slag har en verksamhet med vårdcoacher med gott resultat prövats i Stockholms läns landsting under 2011. Vårdcoach är en tjänst som riktar sig till patienter med stora vårdbehov och många vårdkontakter. En specialutbildad sjuksköterska stöttar patienten i förståelsen av sina symtom och sin behandling och samordnar vårdkontakterna. Under försöksperioden arbetade tio vårdcoacher åt omkring 500 patienter. Efter försöksperioden har antalet vårdcoacher utökats till 100.

...när nybesök premieras oavsett medicinsk angelägenhetsgrad

I några patientnämnders verksamhetsberättelser från 2010 finns exempel på att verksamheter premierar nybesök oavsett medicinsk angelägenhetsgrad för att korta väntetiderna. Detta anses vara en effekt av vårdgarantin och den så kallade kömiljarden. Om det är vanligt förekommande eller sker i undantagsfall i primärvården är inte möjligt att bedöma för närvarande men det finns anledning att följa utvecklingen när det gäller undanträngningseffekter av detta slag. Hur ersättningssystemen för primärvårdens vårdval är utformade har betydelse i detta sammanhang.

...när anhörigas engagemang kan bidra till kvalitetsskillnader

En god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen är målet för hälso- och sjukvården (2 § HSL). Men i en norsk avhandling i ekonomi, där marknadsstyrning och specifikt valfrihetsmodeller inom sjukhemsvården analyseras, drar författaren slutsatsen att modeller av detta slag riskerar att leda till ökad ojämlikhet. Han menar att det är problematiskt att säkra kvalitet genom ”brukarval” när det gäller svårt sjuka människor [7].

I avhandlingen används begreppet ”svag konsumentsoveränitet” för att karakterisera sjukhemspatientens situation. Att byta utförare är förenat med stora personliga kostnader och människor med omfattande hjälpbehov är beroende av en stabil omgivning och stabila personliga relationer [7].

Brugarval kan till och med leda till sämre omsorgskvalitet för de mest sårbara genom att de som har resursstarka anhöriga har störst chans att få del av de bästa verksamheterna, menar författaren. Eftersom engagerade anhöriga har en central roll för att övervaka omsorgens kvalitet i sjukhem, kan dåliga hem bli sämre över tid om där finns få äldre med resursstarka anhöriga. För att undvika detta är det offentligas roll i att kontrollera verksamheten central [7].

Äldre och mest sjuka äldre i huvudmännens förfrågningsunderlag

I sina förfrågningsunderlag kan landstingen styra insatser till de mest sjuka äldre i den mån de önskar prioritera denna målgrupp. De kan göra detta t.ex.

- i målbeskrivningarna
- genom krav på årsredovisningar och verksamhetsplaner med särskilt fokus på riktade insatser för äldre
- genom krav på rapportering till Palliativa registret och Senior Alert
- genom uppföljning och granskning
- genom ersättningssystemets utformning.

I kapitlet om ”Primärvårdens ansvar och insatser” (sid 21) redovisas resultatet av en genomgång av förfrågningsunderlagen ur nämnda avseenden, varför det inte upprepas här. Däremot beskrivs i detta kapitel olika ersättningsmodeller som tillämpas vid vårdval i primärvården.

Ersättningsmodeller i vårdval för primärvården med fokus på de mest sjuka äldre

Primärvården ersättningsmodeller – grundläggande principer

Primärvårdens ersättning har historiskt sett byggt på anslag som formats i en övergripande budgetprocess. När husläkarlagen infördes 1994 bröts detta mönster och olika former av kapitationsmodeller växte fram. Dessa byggde nästan uteslutande på åldersviktning, dvs. ersättning relaterad till olika åldersgrupper. Sättet att beräkna åldersviktning innebar oftast att man mätte antalet läkarbesök som olika åldersgrupper gjorde under en viss tidsperiod.

Senare har landstingen utvecklat grunderna för kapitationsersättning genom att vårdtyngdsmått och socioekonomi många gånger vägs in i modellerna. Även målrelaterad ersättning och andra prestationsbaserade delar utvecklas och vägs i ökad utsträckning in i kapitationsersättningen.

Omfattningen av primärvårdens åtagande varierar något mellan de olika landstingen. Som följd är grunderna för ersättningsmodellernas konstruktion olika. En större del av ersättningen utgörs generellt sett av en ”vårdpeng”, kapitering, när vårdvalsmodellen innebär ett större sammanhållet vårdåtagande, jämfört med modeller med ett prestationsperspektiv där en större del av ersättningen utgörs av besöksersättningar etc.

Ersättningsmodellerna i primärvården är med dessa utgångspunkter mixade på olika sätt med skillnader i ersättningsnivåer mellan de olika delarna, figur 1.

Figur 1. Struktur för mixade modeller i primärvård

Målrelaterad ersättning Ersättning för att uppnå: • viss kvalitet • medicinskt resultat • tillgänglighet • samverkan	Stimulerar på resultatnivå Snabbare/bättre måluppfyllelse såsom • ökad effektivitet • samverkan • tillgänglighet
Prestationsrelaterad ersättning Ersättning för produktion: • olika former av besöksersättningar • täckningsgrad • riktade insatser	Stimulerar på aktivitetsnivå Stimulera • produktion • produktivitet • prioriterade aktiviteter
Uppdragets "basersättning" Kan bygga på olika bedömningar av åtagande/sjukdomsbörda beskrivna genom: • åldersviktad kapitation • Adjusted Care Groups, ACG – metod att mäta sjukdomsbörda via en gruppering av individers sjukvårdskonsumtion • Care Need Index, CNI – metod att mäta sjukdomsbörda via socioekonomiska och sociodemografiska variabler.	Bygger på det formulerade generella uppdraget om att vara befolkningens första-hands-kontakt med sjukvårdssystemet

Kapitationsmodellerna

Oftast diskuterar landstingen en mix av de ålderviktade, vårdtyngdsbaserade och socioekonomiska modellerna.

Åldersviktad modell

En vårdpeng/grundersättning innebär att ett förutbestämt genomsnittligt "antal kronor" följer med respektive invånare som listar sig till den utförande enheten. För att få bättre överensstämmelse i åtagandet har landsting som tillämpar denna modell relaterat ersättningen till olika åldersgrupper.

Eftersom behoven av insatser skiljer sig mellan olika åldergrupper har mätningar gjorts för att vikta behovet av insatser. Sambandet mellan ålder och vårdbehov är en stark gradient. Men viktningen i åldersklasser är olika i olika landsting och skiljer sig avseende antalet åldersklasser och hur stor korrigeringsfaktor (viktning) det är i de olika åldergrupperna.

Några landsting har valt en modell med breda åldergrupper med många individer inom varje grupp. Behovet av vård varierar då kraftigt mellan dem som ingår i respektive grupp. Landsting som på dessa sätt har få ålderklasser viktar i regel de äldsta grupperna 4–6 gånger högre än de yngre grupperna, t.ex. Landstinget Västernorrland, tabell 1.

Tabell 1. Exemplet Landstinget Västernorrland

Ålderklass	Uppräkningsfaktor
0–6	2,00
7–64	0,60
65–74	2,00
75–w	2,73

Källa: Landstinget Västernorrland. Regelbok 2011, kapitel 7.

Flera landsting har en kapitationsersättning med både fler åldersgrupper och ”brantare” uppräkningsfaktorer för de äldre grupperna. De äldsta grupperna viktas alltså högre i dessa modeller jämfört med Västernorrlands modell. Jönköping är t.ex. ett landsting med ganska få åldersgrupper i modellen, men med en mycket brant kurva på ersättningen för den äldsta åldersgruppen, tabell 2. På motsvarande sätt är Östergötland ett exempel på ett landsting där den äldsta gruppen 80 år och äldre har en hög vikt, 8,86, men med åtta åldersgrupper jämfört med Jönköpings fem.

Tabell 2. Exemplet Landstinget i Jönköpings län

Ålder	Ålderspoäng	Ersättning per individ och år
0–24	0,3	937 kr
25–44	0,5	1 561 kr
45–64	1,0	3 123 kr
65–79	2,3	7 182 kr
80–	6,2	19 361 kr

Källa: Landstinget i Jönköpings län. Regelbok för vårdval, kapitel 6.

Det landsting som har den mest detaljerade uppdelningen av den åldersrelaterade ersättningen är Västra Götalandsregionen som baserar ersättningen på dels kön, dels varje ålder, dvs. helt utan indelning i åldersgrupper. Ersättning lämnas för det antal listningspoäng som de personer som valt vårdenheten bär med sig. Antalet listningspoäng beräknas enligt gällande viktlista, vilken utgår från historisk konsumtion inom de verksamheter som ingår i vårdenheternas uppdrag.

Vårdtyngd genom Adjusted Care Groups, ACG

Vid samma åldersstrukturer kan det finnas skillnader i sjukdomspanorama och vårdtyngd. I utvecklingen av kapitationsersättningen har landstingen därför sökt kompletterande verktyg till åldersviktning för att kompensera vårdenheterna för eventuella skillnader i vårdtyngd/sjukdomsburda inom de olika åldersgrupperna.

Det finns en lång tradition av att mäta vårdtyngd inom sjukvården. Inom den slutna vården används ofta DRG (diagnosrelaterade grupper) för att vikta vårdkontakter. Men för kapitationsersättning i primärvården har landstingen sökt ett verktyg som både kan mäta vårdtyngd baserad på individens samlade sjuklighet och vara mer populationsbaserat. I det perspektivet har landstingen börjat tillämpa ACG (Adjusted Clinical Groups), som är ett

verktyg för att gruppera patienter, dvs. personer som kan ha flera sjukdomar. Det samlade tillståndet hos varje individ utgör grupperingsgrund. ACG-systemet kan på så sätt användas för att både beskriva hälsotillståndet i befolkningen och för att fördela resurser till primärvårdsenheterna efter faktisk vårdtyngd hos deras listade personer.

ACG är ett uppföljningssystem som utvecklats vid John Hopkins-universitetet i Baltimore. Systemet bygger på en möjlighet att via registrerade diagnoser värdera sjukdomsbörda. Dess särdrag i förhållande till andra grupperingssystem är att "objektet" för grupperingen är patientens samlade tillstånd, såsom det framgår av redan registrerade uppgifter ur den datoriserade journalen (identitet, ålder, kön och angivna diagnoser). Fokus ligger alltså inte på en enskild diagnos och inte heller på typ eller omfattning av åtgärder eller insatser. ACG är på så sätt ett system för att beskriva "case-mix" och sorterar in individer i homogena grupper, såväl medicinskt som resursmässigt.

Flera studier har visat att det så kallade kliniska "förklaringsvärdet" med ACG inom primärvård är större än med enbart ålder och kön. Ytterligare träffsäkerhet har uppnåtts genom att de vikter som tidigare var inlånade från det amerikanska standardsystemet nu är ersatt med vikter baserade på svenska kostnadsberäkningar, Kostnad Per Patient, KPP.

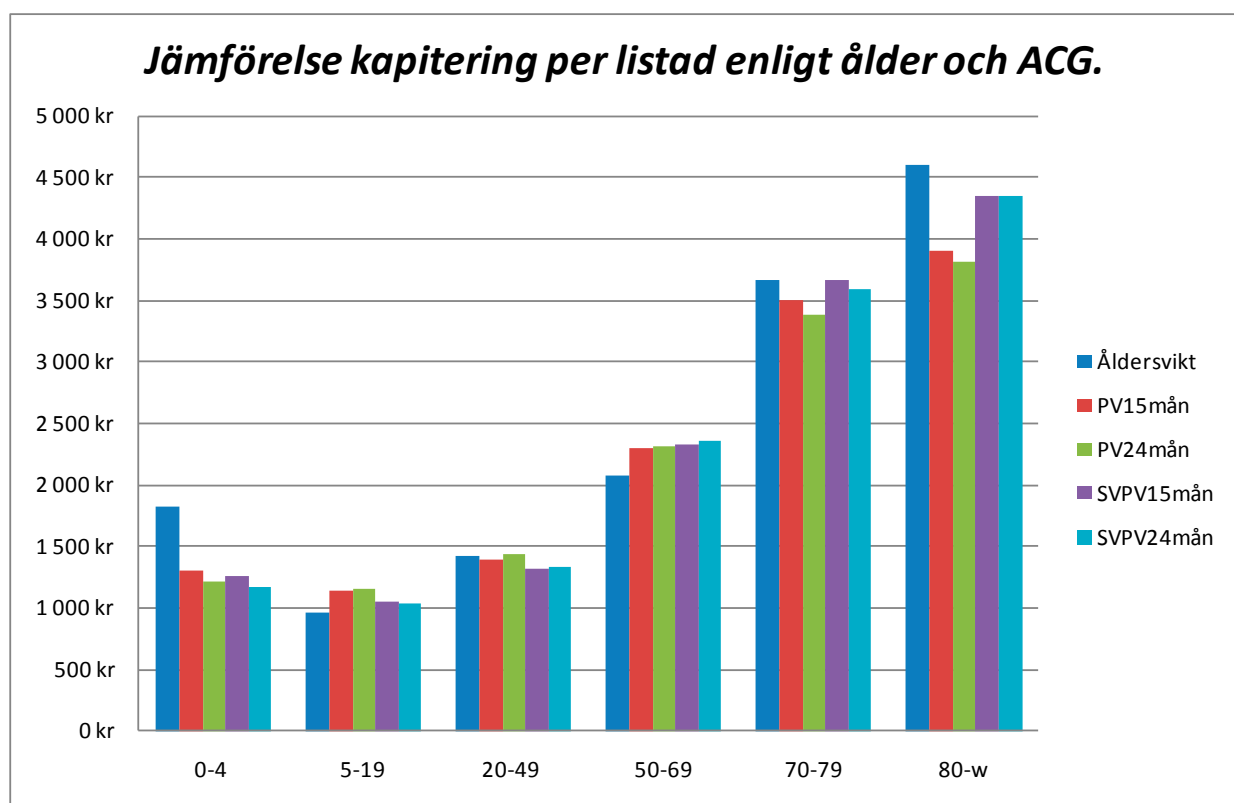
När landstingen använder ACG baseras mätningarna på 12, alternativt 15, månaders registrerade diagnoser. Vissa landsting använder sig endast av diagnoser satta i primärvården, medan andra även använder diagnoser satta i slutenvården.

Av en studie från Landstinget Gävleborg framgår vilka olika utfall man får om man jämför den ålderviktade modellen med ACG som viktningsinstrument, figur 2. Jämförelsen bygger på

- ålderviktad modell i 6 åldersklasser
- ACG-vikt med endast primärvårdsdiagnoser satta under de närmast föregående 15 respektive 24 månaderna
- ACG-vikt med såväl primärvårdsdiagnoser som diagnoser från sjukhusvård under de närmast föregående 15 respektive 24 månaderna.

Resultatet av denna studie, liksom av andra studier, visar att den åldersviktade modellen ger högre ersättning än ACG-baserade för de äldsta åldersgrupperna. ACG som tar med diagnoser satta vid sjukhusvård resulterar också i högre ersättning för de äldsta jämfört med dem som bara använder diagnoser satta i primärvård, figur 2.

Figur 2. Jämförelse av kapiteringsersättningar per listad enligt ålder och ACG

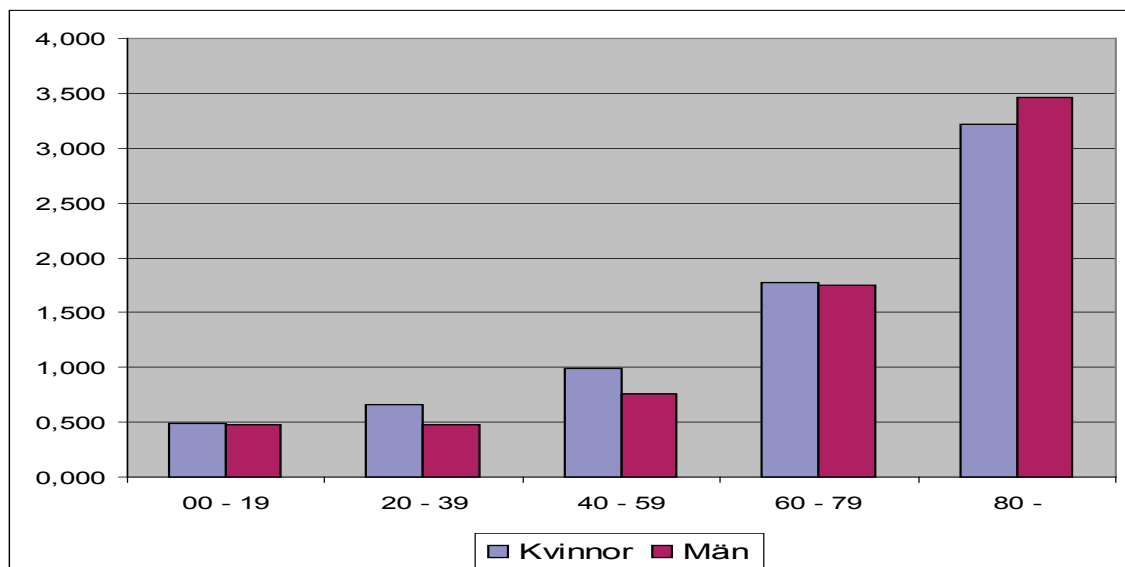


Källa: Landstinget Gävleborg. Eget arbetsmaterial.

I ett tidigare pilotprojekt i Gävleborg, som omfattade 6 vårdenheter och 61 887 listade, använde man ACG för att undersöka vårdtyngd hos de sjukaste personerna i åldrarna 75 år och däröver och hur många de var. Med ACG:s huvudgruppering i RUB-grupper (resource utilization bands, RUB) utvisas hög genomsnittsvikt för gruppen äldre och mest sjuka. Urvalskriterier för gruppen 75 år och äldre var minst 3 diagnoser satta under de närmast föregående 12 månaderna. I den på detta sätt redovisade tyngsta gruppen skulle ACG motivera en resurs som motsvarade genomsnittsvikten 5.37, jämfört med 1.0 för hela populationen. Sammanlagt 404 individer hänfördes till denna grupp, RUB 5, dvs. de allra ”sjukaste” bland samtliga i åldrarna 75 år och äldre och de som i materialet kategoriseras som multisjuka äldre.

Av en fördjupad analys i Västra Götalandsregionen, också med ACG som analysverktyg, framgår hur befolkningens behov av hälso- och sjukvård påverkas bland annat av befolkningens sammansättning avseende ålder och kön. Kvinnor har högre registrerad sjuklighet än män i alla åldersgrupper utom den äldsta. Högst relativ ACG casemix har alltså gruppen män 80 år och äldre, figur 3.

Figur 3. Relativ ACG casemix per åldersgrupp och kön

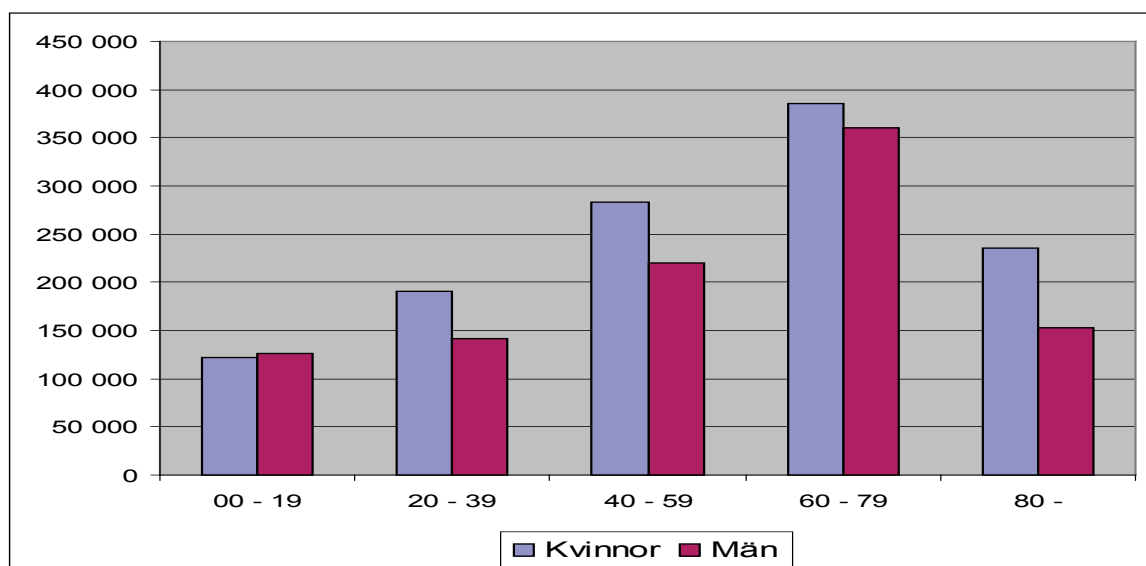


Källa: Västra Götalandsregionen. Eget arbetsmaterial.

Av figur 3 kan man också utläsa att individer i den äldsta åldersgruppen i genomsnitt har en relativ ACG casemix som är cirka fyra gånger högre än individer i gruppen medelålders och cirka sju gånger högre än individer i den yngsta åldersgruppen.

Summan av alla individers ACG-vikt kallas den absoluta ACG-tyngden, figur 4. Av denna framgår den absoluta ACG-tyngden fördelad på åldersgrupper och kön. Såväl varje individs vårdtyngd som antalet individer i respektive grupp påverkar alltså staplarnas höjd i detta diagram. Kvinnorna har en högre absolut ACG-tyngd än männen i samtliga åldersgrupper utom den yngsta. Trots att män 80 år och äldre har en högre relativ ACG casemix än kvinnor i samma ålder har kvinnorna en högre absolut ACG-tyngd. Det beror på att det finns fler kvinnor än män i denna åldersgrupp.

Figur 4. Absolut ACG-tyngd per åldersgrupp och kön



Källa: Västra Götalandsregionen. Eget arbetsmaterial.

I den studie som gjordes i Västra Götalandsregionen med fördjupade analyser berörde man också de mest sjuka äldre. Syftet var bland annat att undersöka om ACG värderar särskilt utsatta grupper och deras behov av insatser tillräckligt högt i relation till andra befolkningsgrupper. Under förutsättning att det går att identifiera och definiera en grupp på ett tydligt och entydigt sätt är det möjligt att ange dess ACG-tyngd eller dess relativa ACG-casemix och därigenom besvara frågan om gruppens vårdtyngd är högre eller lägre än den genomsnittlige invånarens.

I denna studie ansågs en i primärvård registrerad hemsjukvårdsinsats indikera att en person tillhörde en befolkningsgrupp med mer omfattande behov. De flesta individer med hemsjukvårdsinsatser fanns, som väntat, bland de äldre. Det är emellertid värt att notera att det var först i åldersgrupper över 90 år som mer än hälften av individerna i respektive grupp hade fått hemsjukvårdsinsatser, som registrerats i primärvården.

Av resultatet framgick att ACG-vikten i alla åldersgrupper var påtagligt högre för individer med registrerad hemsjukvårdskontakt än för individer utan sådan kontakt. Vårdtyngdsmätning med ACG visade alltså på ganska stora skillnader i "sjuklighet" även inom en åldersgrupp. Åldersviktade modeller kan på så sätt ges större förklaringsvärde om de kompletteras med vårdtyngdsbedömningar.

Vårdbehov genom socioekonomisk bedömning, Care Need Index, CNI

Care Need Index, CNI, är i grunden ett instrument för att genom effektivare resursfördelning öka kvaliteten inom primärvården. Det bygger på en engelsk förebild vars ambition var att finna underlag för att styra resurser efter socioekonomiska variabler.

Det är främst två argument som gjort CNI intressant som en kompletterande del av underlagen för att fastställa nivån för kapitationsersättning. Det ena är målet att fördela resurser mer rättvist. Då behövs en objektiv och allmänt accepterad metod för att kunna identifiera risker för ohälsa. Utifrån ett samhällsmedicinskt perspektiv finns det god kunskap om de socioekonomiska faktorernas påverkan på hälsa och sjukdomsförekomst.

Det andra argumentet är att såväl åldersviktning som vårdtyngdsmätning bygger på mätningar av det som har skett i vården (besök, diagnossättning etc.). En socioekonomisk modell som också lyfter eftersatta behov och strävar efter att utjämna skillnader bidrar till att stödja hälso- och sjukvårdslagens mål att den som har störst behov av hälso- och sjukvård också ska ges företräde till vården (2§ HSL).

Mot den bakgrunden har intresset växts för att använda CNI som ett komplement vid resursfördelning mellan vårdenheter i primärvård. CNI inkluderar sju variabler med olika vikter, tabell 3.

Tabell 3. Variablerna och deras relativa vikter

Ensamstående äldre än 64 år	6,15
Utlandsfödda (Syd- och Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)	5,72
Arbetslösa	5,13
Ensamstående föräldrar	4,19

Individer som flyttat sista året	4,19
Lågutbildade	3,97
Barn under fem år	3,23

Källa: Marianne Malmström. Care Need Index, Social Deprivation and Health Care. Lunds universitet, 2000.

I ett utvecklingsarbete mellan Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, och Statistiska Centralbyrån, SCB, har CNI utvecklats så att det numera är möjligt att vikta de olika vårdenheternas relativa vikt inom ett landsting. Tidigare var det bara möjligt att vikta för geografiska områden med hjälp av befintliga områdeskoder.

Flera studier har visat på sambandet mellan vårdbehov och socioekonomiska mönster. Det socioekonomiska utfallet syns vara en stark indikator för vårdbehov på populationsnivå. I en registerstudie från Östergötland påvisas att kostnadsvariationen mellan vårdcentraler i högre grad förklaras av socioekonomi, CNI, än av sjukdomsbörda, ACG [8]. Detta även om sjukdomsbörda på individnivå var den viktigaste prediktorn.

CNI är ett bra verktyg för att beskriva bakgrunden till vårdbehov och risk för ohälsa. För att testa CNI som ett verktyg för att värdera dess möjlighet för analys av äldres vårdbehov har Socialstyrelsen uppdragit åt SCB att beräkna CNI-index i de äldre åldersgrupperna. I en övergripande analys av utfallet i CNI-beräkningarna för äldre i relation till genomsnittsvärden kan konstateras att CNI är ett instrument för mixade populationer. Även om den högst viktade indikatorn är ensamstående äldre, så blir bortfallet i övriga parametrar så stort att det inte kan kopplas direkt som en indikator till de mest sjuka äldres vårdbehov.

De olika landstingens CNI-index för gruppen 75 år och äldre visar små variationer kring ett justerat riksgenomsnitt på 1,0, där minimivärdet är 0,96131205 (Halland) och maximala värdet 1,05593768 (Stockholm).

Modellerna i relation till utfall

En angelägen fråga att besvara är om de ersättningsmodeller som används ger ett adekvat resursutrymme för vården av ”de mest sjuka äldre”. Men den avgränsningen är svårfångad och bedömningarna kan i princip bara relateras till ”äldre”.

Bedöma kostnadsnivån för de mest sjuka äldre

Under våren 2010 drev SKL projektet *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre* enligt en modell som utvecklats vid Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Undersökningen omfattade 18 månader i den äldre multisjukas liv och bestod av intervjuer med den äldre och dennes anhöriga/närstående, insamling av register- och journaldata, fakta om läkemedelsanvändning samt kostnadsdata.

Undersökningsgruppen utgjordes av personer 75 år och äldre som bodde i ordinärt boende, vilka under en tolv månadersperiod hade vårdats tre eller fler gånger inom slutet sjukhusvård och under denna tidsperiod fått diagnoser från tre eller flera olika sjukdomsgrupper enligt ICD10. Undersökningen baserades på ett urval av 264 personer med spridning i tio olika projektområden.

I de kostnadsunderlag som redovisades i projektet fanns bland annat en redovisning av medelkostnaden för gruppen uppdelad i tredjedelar. De 264 personerna som fanns i urvalet av ”mest sjuka äldre” delades in i en lågkostnadsgrupp, en mellankostnadsgrupp och i en högkostnadsgrupp.

Avgörande för kostnadsbilden enligt denna analys är kostnader inom slutenvård och kommunal omsorg, medan primärvårdens kostnadsandel är i det närmaste oförändrad mellan grupperna, tabellerna 4 och 5.

*Tabell 4. Sammanställning och överblick, gruppen ”Lågkostnad”
Totalkostnader för medelpatienten*

Sluten specialistvård	16 906 kr
Öppen specialistvård	35 359 kr
Primärvård	18 971 kr
Totalt landsting	71 236 kr
Kommunal omsorg	2 440 kr
Totalt landsting och kommun	73 676 kr

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdens och omsorgens kostnader för multisjuka äldre. Observationer under utveckling. Rapport 15 mars 2011

*Tabell 5. Sammanställning och överblick, gruppen ”Högkostnad”
Totalkostnader för medelpatienten*

Sluten specialistvård	609 902 kr
Öppen specialistvård	92 791 kr
Primärvård	20 451 kr
Totalt landsting	723 144 kr
Kommunal omsorg	304 728 kr
Totalt landsting och kommun	1 027 872 kr

Källa: Sveriges Kommuner och Landsting. Vårdens och omsorgens kostnader för multisjuka äldre. Observationer under utveckling. Rapport 15 mars 2011

Några enstaka personer har en kostnadsbild i primärvård som väsentligt överstiger genomsnittet. Men sammantaget konstateras att det inte är primärvården som bär de stora kostnaderna även om de mest sjuka äldre redovisar stora vårdbehov.

Västernorrland är ett av de få landsting som har KPP-material (KPP - Kostnad Per Patient) för primärvården. I KPP beräknas en kostnad för varje typ av vårdkontakt. Det är då möjligt att få fram en kostnadsbild för varje patients alla patients vårdkontakter. Med hjälp av KPP-materialet har antalet patienter i olika åldergrupper på så sätt kunnat sorteras in i olika kostnadsintervall, tabell 6.

Tabell 6. Antal patienter i olika åldersgrupper inom skilda KPP-intervall

Åldersgrupp	KPP-kostnadsintervall				
	5000–9999	10000–14999	15000–19999	20000–29999	30000–
Antal					
75–79	140	17	4	0	0
80–84	83	3	4	0	1
85–	45	3	2	0	0

Källa: Landstinget Västernorrland. Eget arbetsmaterial.

Sammanlagt var det 302 personer 75 år och äldre som under ett år, 2010, hade en vårdkostnad som översteg 5 000 kronor. En person hade en vårdkostnad som översteg 30 000 kronor.

Kostnad i paritet med ersättningsnivå

Inget landsting har en ersättningsmodell som brutit ut just den definierade gruppen mest sjuka äldre. Men alla landsting har, som tidigare framgått, modeller som viktat vårdbehoven med fokus på gruppen äldre. För ytterligare kunskaper om hur resurser står i paritet till åtagande skulle emellertid fler analyser med hjälp av KPP-material och analyser av den definierade gruppens vårdbehov behöva göras. Men det går ändå att i viss mån beskriva vilka indikatorer landstingen utgått från vid sin resurstilldelning.

I stort sett alla ersättningsmodeller utgår från mätningar av vårdkonsumtion, vilken strukturerats i åldergrupper och/eller diagnospanoraman. Samstämmigheten mellan kostnadsnivåer och resurstilldelningsnivåer blir därmed relativt stor.

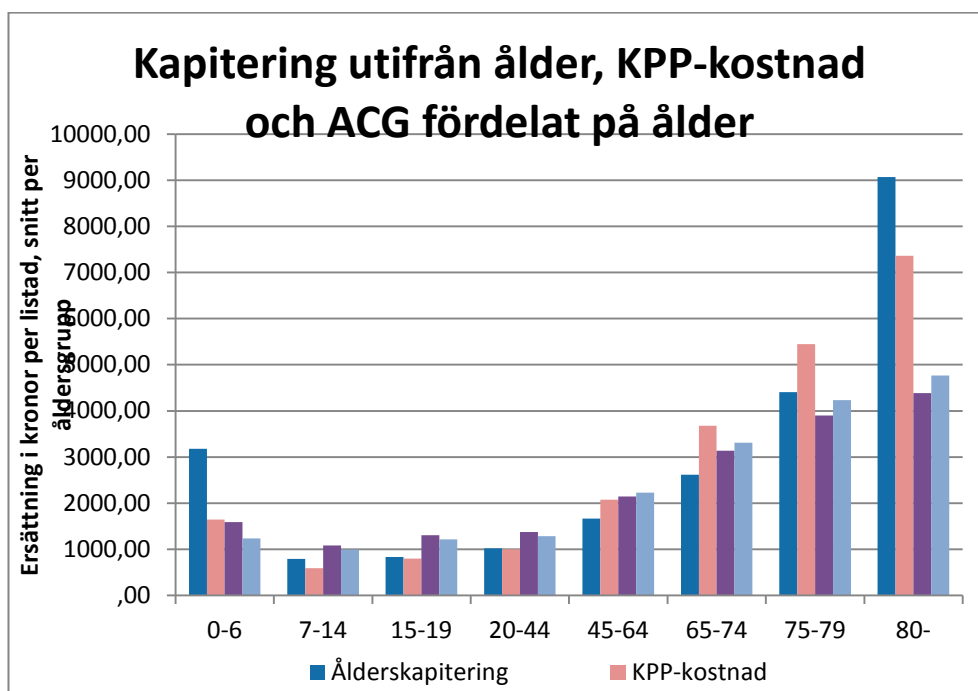
Landstinget i Östergötland har bäst kvalitet på och mest erfarenhet av att använda KPP-mätningar. I ett projekt för att bedöma ACG har landstinget tagit fram underlag för att beskriva kostnadsnivå i relation till ersättningsnivåer. Mot bakgrund av den indelning i åldergrupper och den åldersviktnings som landstinget tillämpar, tabell 7, framgår att åldersviktnings överstiger den kostnadsnivå som redovisas enligt KPP för dem i åldrarna 80 år och däröver, figur 5.

Tabell 7. Åldersviktnings i Landstinget i Östergötland

Åldersgrupp	Vikt
0–6	3,10
7–14	0,77
15–19	0,82
20–44	1,00
45–64	1,63
65–74	2,56
75–79	4,30
80–	8,86

Källa: Landstinget i Östergötland. Regelbok för auktorisation, kapitel 6.

Figur 5. Kapitering efter åldersviktning, KPP-kostnad, ACG PV18 och ACG Alla18



Källa: Landstinget i Östergötland. Eget arbetsmaterial.

De flesta landsting har inte något KPP-material att utgå ifrån. Analysenheten i Västra Götalandsregionen har bidragit med underlag från ett sådant landsting, där ersättningsnivån relateras till de äldres vårdkonsumtion och vårdtyngd enligt ACG.

De äldre i åldrarna 75 år och däröver utgör 9 procent av befolkningen i regionen och gruppen 80 år och äldre utgör 5 procent. För att bedöma vårdkonsumtionen inom respektive grupp har varje kontakt med primärvården tilldelats en särskild ”vikt” beroende på vilken slags kontakt det gäller. Exempel på denna ”viktning” av vårdkonsumtion framgår nedan:

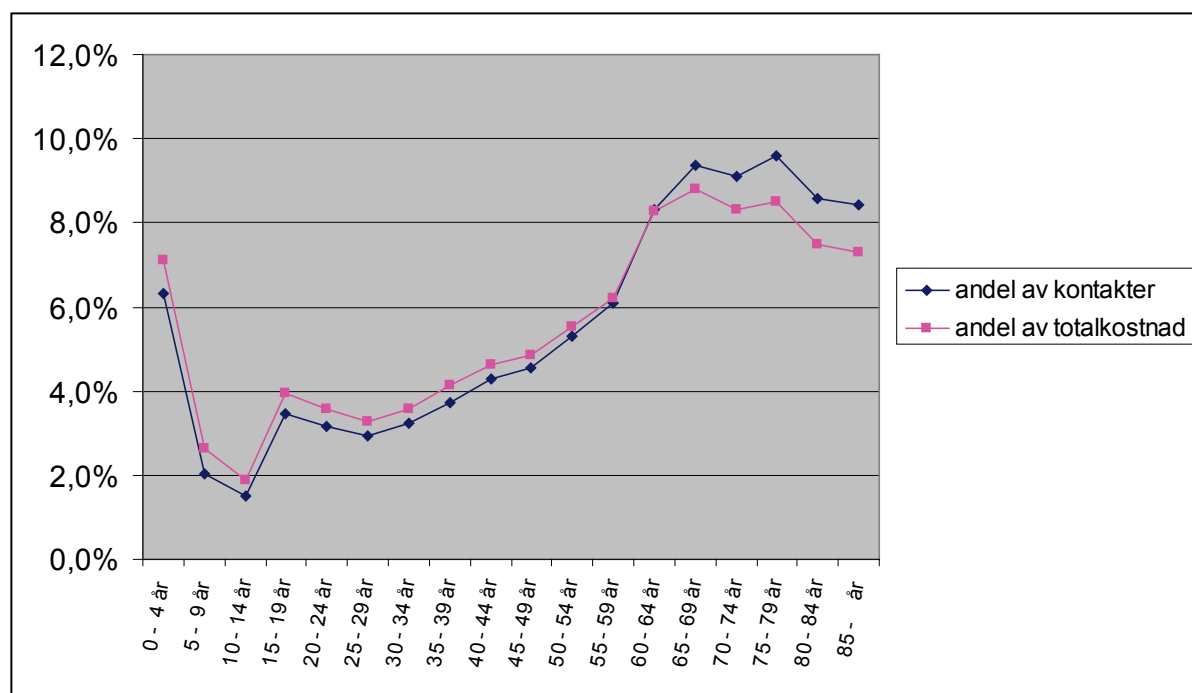
Hemsjukvårdsbesök i ordinärt boende	2
Mottagningsbesök	1
Hembesök	2
Telefonkontakt	0,33
Hemsjukvårdsbesök i särskilt boende	1
Besök utanför mottagning	2

I den kompletta listan återfinns alla vårdgivarkategorier och alla kontakttyper. Denna lista tillämpas när kapiteringsersättningen i Västra Götalandsregionen beräknas. I regionen tillämpas en modell där den ålderviktade delen är en ”multiplikator” till vårdtyngden. Denna sammanvägda ersättning överstiger den ersättning som såväl viktad konsumtion som nivå för vårdtyngd skulle ha resulterat i.

De nämnda exemplen indikerar att landstingen strävar efter ersättningsmodeller som fördelar resursutrymmet på sådant sätt att ersättningen står i relation till de behov som beräknats och det åtagande som primärvården i de olika landstingen har.

Från tidigare refererat material från Västernorrland (sid.113) har frekvensen besök i relation till kostnader enligt KPP bedömts, figur 6. Med den funktion primärvården har i landstinget indikerar resultatet att det snarare är antalet besök än vårdtyngden per besök som är den mest avgörande faktorn vid vård av äldre personer. Vad som tidigare framgått vid diskussion om mest sjuka äldre (tabellerna 4 och 5) dvs. att den ”tunga” vården ur kostnadshänseende inte hänför sig till primärvården, ger också stöd för detta. Det är alltså volymen vårdkontakter som mest skiljer äldre från yngre åldersgrupper.

Figur 6. Olika åldersgruppers andel av kontakter med primärvården respektive deras andel av primärvårdens totalkostnad

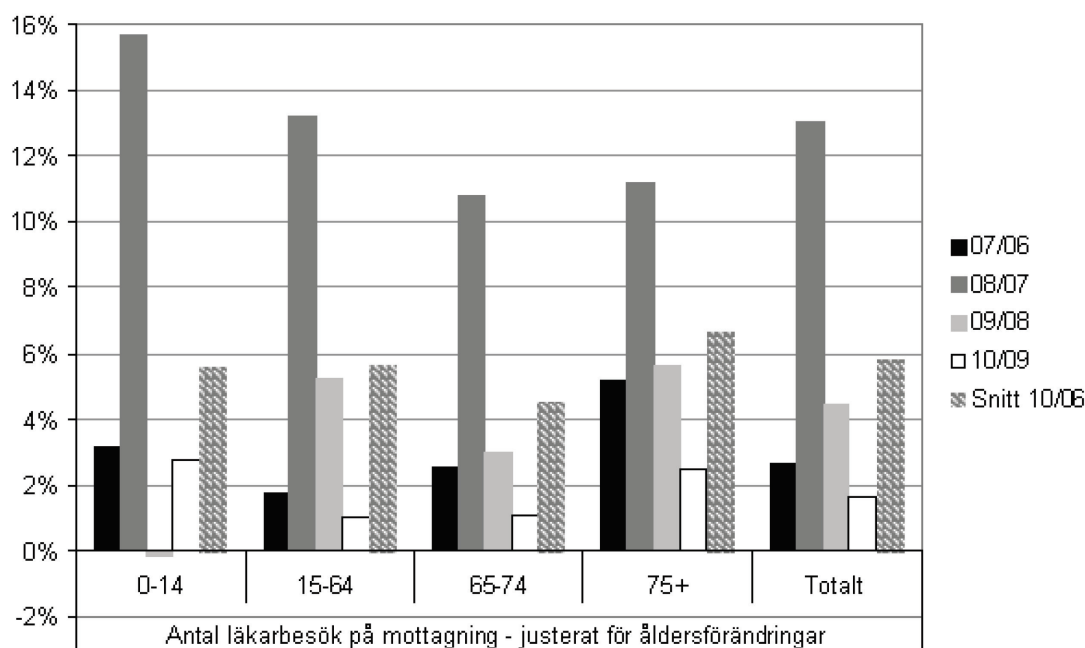


Källa: Landstinget Västernorrland. Eget arbetsmaterial.

Riktade ersättningar för gruppen äldre

Stockholms läns landsting införde vårdval i primärvården 2008. Ersättnings-systemet baseras till största delen på besöksersättningar och skiljer sig på så sätt från övriga landsting. Karolinska Institutets folkhälsoakademi följer på uppdrag av landstinget löpande Vårdval Stockholm ur olika aspekter. De har bland annat belyst frågan om besöksersättningen medfört att husläkarverksamheten fått fler besök av ”friskare” yngre personer som trängt undan vården av äldre personer [9]. På gruppnivå och i relation till antal läkarbesök per individ tycks detta inte ha hänt, figur 7.

Figur 7. Procentuell förändring av besök per individ inom respektive åldersgrupp och år mellan 2006 och 2010. Samtliga husläkarmottagningar för husläkaruppdrag och basal hemsjukvård.



Källa: Karolinska Institutets folkhälsoakademi 2011:15. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm – år 2010.

Under första året med reformen ökade antalet läkarbesök inom samtliga åldersgrupper kraftigt – mellan cirka 10 och 15 procent i de olika åldersgrupperna. Ökningen var något lägre i de äldre åldersgrupperna. Följande år ökade läkarbesöken med mellan cirka tre och sex procent för dem i åldrarna 15 år och däröver, medan antalet besök per individ i gruppen 0–14 år i stort sett var oförändrat. Ökningen fortsatte under 2010 i samtliga åldersgrupper, fast på en generellt sett lägre nivå.

Sett över hela tidsperioden är den kraftiga ökningen av antalet läkarbesök per individ inom de olika åldersgrupperna tämligen jämt fördelad och uppgår i genomsnitt till drygt 5 procent per år. Sköterskebesöken per invånare uppvisar däremot en minskning på i genomsnitt cirka 2 procent per år under motsvarande tid.

Av den uppföljningsrapport som avsåg åren 2008-2009 framgick att mottagningsbesöken hos sjuksköterskor minskade mer bland barn och äldre jämfört med andra åldersgrupper [10].

Målrelaterade och riktade ersättningar för gruppen äldre

De flesta landsting har i sina ersättningsmodeller även målrelaterade ersättningar. Men av den sammanlagde kapiteringsersättningen utgör dessa bara mellan en och tre procent. De flesta måtten/indikatorerna är också allmänt orienterade utan särskilt fokus på äldre eller mest sjuka äldre. Men eftersom sjukligheten och behoven av vård följer åldersstrukturen blir en del av måtten indirekt kopplade till äldre personer.

Tabell 8. De vanligaste målområdena i landstingens målbaserade ersättningar till primärvård år 2009

Målområde	Antal landsting
Läkemedel	13
Tillgänglighet	11
Hälsofrämjande insatser	11
Medverkan i kvalitetsregister	9
Täckningsgrad	9
Patientsäkerhet/samverkan/rutiner	5
Patienterfarenheter	4
Diabetes respektive astma/KOL	3

Källa: Anell, A. Värden i vården – en ESO-rapport om målbaserad ersättning i hälso- och sjukvården,

Inom läkemedelsrådet är det ofta antal genomförda läkemedelsgenomgångar/-revisioner som ligger till grund för den målrelaterade ersättningen. Även följsamhet till läkemedelsrekommendationer och förskrivningsmönster för t.ex. antibiotika kan ligga till grund för sådan ersättning.

Hälsofrämjande aktiviteter som stimuleras med målrelaterad ersättning avser ofta tobaksanvändning, övervikt och hälsosamtal. Dessa områden är oftast inte riktade mot äldre grupper. Hälsosamtal t.ex. erbjuds huvudsakligen yngre personer, t.ex. 30–40-åringar. Men det finns också exempel på att extra stimulans ges för insatser av detta slag till äldre. I Västernorrland ersätts en vanlig hälsoundersökning med 700 kronor/undersökning, medan hälsosamtal för 75 åringar ersätts med 1000 kronor per samtal.

Det är vanligt förekommande att målrelaterad ersättning ges för att registrera i kvalitetsregister och det blir allt vanligare. Andra målrelaterade ersättningar är kopplade till medverkan i samverkansaktiviteter och till upprättande och revisioner av individuella vårdplaner.

Bland åtgärdsersatta aktiviteter finns exempel där en väsentligt högre ersättning ges för ”hemsjukvårdsbesök” än för ”hembesök” för att de sjukaste ska prioriteras. Denna ersättning är inte specifikt riktad mot äldre personer, men då de flesta som får hemsjukvård är äldre blir det ändå indirekt en prioritering av denna grupp.

Diskussion och avslutande kommentarer

I vårdvalen för primärvård söker landstingen ersättningsmodeller som så långt möjligt motsvarar det uppdrag varje vårdenhet har och de behov som finns hos den befolkning de har att bistå. Alla landstings ersättningsmodeller baseras på att äldre personer konsumerar vård i större omfattning än andra befolkningsgrupper och ”viktas” i regel de äldre grupperna väsentligt mycket högre än genomsnittet. Eftersom viktningen baseras på mätningar av tidigare vårdkonsumtion torde förklaringsgraden vara relativt god. Den modell för vårdtyngd som kompletterar, eller i något fall ersätter, ålderviktade modeller ger en ytterligare dimension till ersättningen eftersom vårdtyngden inom en och samma åldersgrupp kan variera mellan olika vårdenheter.

De socioekonomiska modeller som används bygger på att hela populationer värderas och ger då en god grundval för att värdera sjukdomsburda och risk för ohälsa. Däremot kan de inte självständigt bidra till att ringa in äldre

personers hälso- och sjukvårdsbehov. Trots att ålder i socioekonomiska modeller är den tyngsta indikatorn blir bortfallet i andra variabler alltför stort.

Mot bakgrund av vad som framkommit i denna genomgång av vissa landstings ersättningsmodeller tycks dessa ligga i paritet med de åtagande som formuleras. Kostnaden på primärvårdsnivå för vård av mycket sjuka äldre är inte dramatiskt skild från den allmänna genomsnittliga nivån inom åldersgruppen. Vid omfattande sjukvårdsbehov är det idag i huvudsak kommunernas vård och omsorg och sjukhusens sluten- och öppenvård som belastas.

Landstingen söker aktivt kvalitetsindikatorer och andra parametrar för att utveckla den målrelaterade ersättningen. Det är relativt få områden som direkt kan kopplas till vården av äldre.

Korttidsboende och mellanvårdsformer

Korttidsboenden kan ha flera funktioner, såsom rehabilitering, eftervård, utredning och observation, avlastning samt vård i livets slutskede. Vår genomgång visar att det ofta finns brister i planeringen, genomförandet och uppföljningen av de beviljade insatserna. Det är vanligt att äldre personer med olika tillstånd och syften med vistelsen blandas, vilket gör det svårt för boendena att bedriva en god vård och omsorg.

Det finns ingen vedertagen definition av begreppet mellanvårdsform, och inte heller några uppgifter om hur vanlig vårdformen är i Sverige.

De korttidsboenden som finns i landet bör kartläggas för att belysa deras funktion och förändringsbehov inom området. Dessutom behövs en definition av mellanvårdsform, innan det går att kartlägga dem.

Inledning

Korttidsboende har sedan Ädelreformen genomfördes 1992 [1] funnits som en biståndsbedömd insats som äldre personer med behov av vård och omsorg kan ansöka om hos socialtjänsten. Behovet av korttidsboende beror delvis på de allt kortare vårdtiderna inom slutenvården och att den äldre personen har ett fortsatt behov av särskilt stöd för exempelvis återhämtning och rehabilitering innan hemgång [2]. De kommunala särskilda boendena kom efter Ädelreformen 1992 att ersätta de tidigare landstingsdrivna sjukhemmen med långvårdsplatser och gruppboenden för exempelvis personer med demenssjukdom. I och med att kommunerna tog över ansvaret för boendeformerna för äldre med stora vård- och omsorgsbehov har standarden i det särskilda boendet både för dem som vistas en kort tid och permanent höjts och den tidigare institutionsmiljön i stor utsträckning kunnat byggas bort [2-3]. Det finns fortfarande korttidsboenden som har en bristfällig och alltför torftig boendemiljö [4].

Förtjänster av Ädelreformen som framhållits, men som inte diskuteras närmare i detta kapitel, är att vården och omsorgen om personer med demenssjukdom har blivit bättre. Uppföljningen av kvaliteten i vården och omsorgen om de äldre har förbättrats tack vare den medicinskt ansvariga sjuksköterskan i kommunerna och det har skett en kompetenshöjning av personalen inom äldreomsorgen [5]. Begreppet särskilt boende innefattar dels den boendeform som ett beslut om korttidsplats innebär och dels den boendeform som innebär en kontinuerlig vård och omsorg i ett permanent särskilt boende. I föreliggande kapitel beskrivs endast den del av det särskilda boendet som innebär vistelse på en korttidsplats under en avgränsad tid.

I enlighet med Ädelreformen inrättades i kommunen särskilda boendeformer för service och omvårdnad med möjlighet att få omfattande vård-

och omsorgsinsatser efter individuella behov. En sådan boendeform är korttidsboende, som skulle ha resurser för växelvård, avlastning för närstående och rehabilitering. En s.k. korttidsplats kan vara en plats för rehabilitering, eftervård efter en sjukhusvistelse, fortsatt utredning eller avlastning för anhöriga. Det finns olika orsaker till att en äldre person ansöker om korttidsboende i kommunen och att bistånd beviljas. De äldre hjälpsökande som beviljats korttidsplats har olika individuella behov och mål med vistelsen. De äldres olika behov ska tillgodoses av verksamheten och styra dess inriktning och innehåll på korttidsboendet.

Mellanvård för somatisk vård anser vi vara en form av vård som befinner sig i gränslandet mellan slutna hälso- och sjukvård och särskilt boende. Korttidsboende och mellanvårdsformerna anses fylla en viktig funktion för den äldre personen och bidra till ökad trygghet för den enskilde i samband med exempelvis en övergång från en vårdepisod vid sjukhus eller i väntan på en flyttning till permanent särskilt boende.

Uppdraget

Regeringen gav Socialstyrelsen i uppdrag att kartlägga korttidsboende och mellanvårdsformer. Det finns begränsat med uppgifter som på nationell nivå beskriver korttidsboende och dess innehåll, vistelsetid och resultat för den äldre personen efter vistelse på korttidsboende. Det saknas idag en enhetlig definition av vad mellanvård är, vilket medför svårighet att kartlägga dessa. Därför bör detta kapitel ses som en förstudie där områden för fortsatta studier har identifierats utifrån genomgångna befintliga rapporter, studier och statistik. En problematisering olika former av korttidsboende, antalet platser och utvecklingen av korttidsboendet över tid redovisas. Kapitlet har för avsikt att ge en övergripande lägesbild och beskriva de utvecklingsbehov som identifierats för korttidsboende och mellanvårdsformer.

Frågeställningar, metod och genomförande

Frågeställningar:

- Vilka olika former av korttidsboenden och mellanvårdsformer finns det?
- Hur ser tillgången till korttidsplatser ut?
- Vilka hinder och förutsättningar finns för väl fungerande korttidsboende?

För att besvara frågeställningarna har en litteraturstudie genomförts av tidigare rapporter från Socialstyrelsen och andra relevanta studier och rapporter. Sveriges officiella statistik har också använts. Befintlig statistik över antalet biståndsbeslut om korttidsboende vid en viss tidpunkt och antal boendedygn redovisas. Uppgifter om korttidsboendenas inriktning saknas i den nationella statistiken, liksom uppgifter om genomsnittlig vistelsetid. I uppdraget används begreppet korttidsboende, som ges som en individuellt behovsprövad insats enligt socialtjänstlagen. Korttidsplats innebär enligt Socialstyrelsens termbank ”en bäddplats utanför det egna boendet avsedd för tillfällig vård och omsorg dygnet runt”.

Mellanvårdsform saknar en vedertagen definition. Begreppet finns inte beskrivet i Socialstyrelsens termbank och är ett begrepp som kanske inte används i större utsträckning inom vården och omsorgen om äldre, men som

kan få en allt större framtida roll. Den beskrivs därför kort i ett avsnitt i kapitlet.

Den begränsade utredningstiden medgav inte en nationell kartläggning av korttidsboenden och mellanvårdsformer. Däremot gjordes en mycket avgränsad rundringning till drygt tio kommuner i fem län, för att få en uppdaterad bild av olika former av korttidsboende och förekomst och användning av s.k. mellanvårdsformer.

Resultat

Olika former av korttidsboenden och mellanvårdsformer

Korttidsboende och dess innehåll har varit föremål för tidigare statliga utredningar och i slutbetänkandet av Äldreboendedelegationen ”Bo bra hela livet” [2] konstateras att kunskapen om korttidsvård som vårdform är generellt begränsad. Äldreboendedelegationen förespråkar att begreppet korttidsvård används istället för korttidsboende, då det handlar om mer än bara en boendeform och att det dessutom inte är en permanent sådan. Korttidsvård som begrepp saknar dock stöd i lagstiftningen, varför begreppet korttidsboende används här. Korttidsboende och dess verksamhet har av forskare beskrivits som en insats, ett bistånd, vars innehåll inte är tydligt och organiserat utifrån dess beskrivna inriktning och där resultatet av vården för äldre funktionsförmåga och livskvalitet behöver bli mer synligt [4,6]. Korttidsboende är i huvudsak en vård- och omsorgsform och kännetecknas av att de personer som vistas där behöver insatser dygnet runt. Inom följande områden erbjuds insatser av korttidsboenden:

- Rehabilitering efter akutsjukvård
- Eftervård efter slutenvård
- Utredning kring lämplig framtida boendeform
- Avlastning/växelvård för att den anhörige ska få vila
- Placering i väntan på permanent särskilt boende
- Vård i livets slutskede.

Mellanvård kan anses vara en vårdform mellan specialiserad sluten hälso- och sjukvård och landstingsdriven eller kommunal primärvård och särskilt boende, som består av heldygnsvård och -omsorg. En form av utrednings- och behandlingsform där huvudmannaskapet kan vara antingen landsting eller både kommun och landsting. Mellanvård kan tolkas lite olika beroende på inom vilket vårdområde det används inom. Förutom inom äldreområdet finns det beskrivet inom vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Socialstyrelsen har i samband med frågor som uppkommit i samband med socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) beskrivit det juridiska läget för mellanvårdsformer så här [7]:

”Mellanvård är ingen form av vård som regleras i den lagstiftning som gäller för hälso- och sjukvården. I hälso- och sjukvårdslagen regleras sluten respektive öppen hälso- och sjukvård (5 § HSL). Mellanvård är inte heller något begrepp som används i den lagstiftning som reglerar socialtjänstens verksamhet. Inom socialtjänsten görs en åtskillnad mellan dels olika boen-

deformer för psykiskt funktionshindrade (bostad med särskild service enligt 5 kap. 7 § SoL) respektive hem för vård eller boende (HVB-hem enligt 6 kap. 1 § SoL) och dels övriga öppna socialtjänstinsatser.

I juridisk mening blir olika s.k. mellanvårdsformer att betrakta som verksamheter eller en vårdform utöver de som uttryckligen regleras i hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen. Definitionen av s.k. mellanvårdsformer blir i allt väsentligt beroende av överenskommelser eller avtal mellan de berörda huvudmännen (landstinget och kommunen). Enkelt uttryckt kan en mellanvårdsform överenskommas för de patienter eller brukare som inte får sina behov tillgodosedda genom det befintliga utbudet av insatser (sluten eller öppen hälso- och sjukvård respektive socialtjänstinsatser). Man kan här tala om enskilda med sammansatta behov av sociala, psykiatriska och medicinska insatser vars behov motiverar en samverkan mellan huvudmännen. Vem som bär ansvaret för specifika delar av den sammansatta vården blir beroende av vad som avtalats mellan huvudmännen. Rättsligt finns dock den begränsningen att huvudmännen inte utan vidare kan överföra ansvaret för insatser som enligt lagstiftningen åligger den ena eller andra huvudmannen.”

Mellanvård kan därför vara en verksamhet eller vårdform som kan variera utifrån överenskommelser eller avtal mellan de berörda huvudmännen (landstinget och kommunen). I den tidigare Äldrevårdsutredningen från 2004 [3] ges i ett avsnitt om samverkan mellan kommun och landsting, i samband med omsorg och vård om personer med sammansatta sjukdomstillstånd, exempel på mellanvårdsform som då fanns i Sverige. Inledningsvis beskrivs att s.k. mellanvårdsformer uppstod i Norge på grund av de ständiga konflikter som kunde uppstå mellan kommun och sjukhus kring den fortsatta vården och betalningsansvar för den äldre personen, där en samfinansierad mellanvårdsavdelning på ett sjukhus blev en lösning [3]. Ett exempel från Sverige är ett samfinansierat projekt mellan huvudmännen som bedrivs av FyrBoDal i Västra Götalandsregionen där primärvården, länssjukvården och kommunerna har ett avtalsreglerat samarbete i vilket organisation, arbetssätt, uppdrag och driftskostnader regleras. Syftet med denna mellanvård beskrivs som att resurser ska användas på ett optimalt sätt för patienter och att insatserna ska upplevas som en helhet av den enskilde. Avslutningsvis nämns att det inte finns någon garanti för långsiktighet i denna samverkansform, då samarbetet lätt upphör när ekonomin hos en part blir sämre [3].

Ytterligare exempel på en mellanvårdsform är den slutenvård som endast ett fåtal vårdenheter i primärvården har. Det är fyra landsting med vårdenheter i glesbygden som har möjlighet att låta patienter med ett medicinskt behov få stanna över natten inom vårdenhetens/sjukstugans regi och då det är långa avstånd till närmaste sjukhus [8]. Andra exempel på mellanvårdsformer som beskrivs är när landstinget har några korttidsplatser för geriatrisk rehabilitering eller eftervårdsplatser inom kommunens korttidsboende. Även de avdelningar inom den geriatriska verksamheten som inte är akutverksamhet, utan mer av karaktären hospice skulle kunna utgöra exempel på mellanvårdsform.

Ett sätt att använda korttidsboende är s.k. trygghetsplatser. Den enskilde beviljas insatsen men den äldre personen avgör när boendet ska användas efter egen kontakt med trygghetsboendet. Dessutom ska en plats på trygg-

hetsboendet kunna fås under kvällar och helger, vilket gör att det är en vård- och omsorgsform som ska kunna tillgodose den äldre personens plötsligt uppkomna behov av omsorg och trygghet.

Generellt finns inte vetenskapligt stöd för att en specifik boendeform skulle vara bättre än någon annan sett till personens livskvalitet enligt Äldreboendedelegationen [2]. I den studie som Äldrecentrum genomfört på Södermalm i Stockholm, kunde de med en kontrollerad randomiserad studie dock visa att just en ökad trygghet och ökad livskvalitet kunde uppnås för de personer som fått en korttidsplats direkt i anslutning till en sjukhusvistelse i jämförelse med de personer som lottades till direkt hemgång med utökad hemtjänst [4].

Under oktober månad 2011 gjorde Socialstyrelsen en rundringning till ett begränsat antal kommuner för att få svar på vilken form av korttidsboende de har och hur den är organiserad. De 13 kommunerna som intervjuades bekräftar bilden av att korttidsplatserna är avsedda för olika ändamål och att korttidsboendena är organiserade utifrån just variationen av behov som den äldre personen har. Nästan hälften av de tillfrågade har ett bestämt antal platser som enbart är avsedda för personer med demenssjukdom, rehabilitering och palliativ vård. Alla kommuner beskriver att platserna används för att täcka de behov som de äldre har för tillfället. Flexibiliteten kring skiftande behov och därmed inriktningen på insatsen på boendet verkar vara generell oavsett storlek på boendet, utifrån det begränsade resultat som intervjuerna visar.

Tillgång till korttidsplatser

Mellan åren 2001 till 2007 minskade antalet platser i kommunernas särskilda boenden (permanent särskilt boende) med 20 procent, från 118 600 till 95 200 för äldre personer [9]. Den 1 november 2010 bodde ca 90 900 äldre personer i permanent särskilt boende [10]. Antalet boendedygn i korttidsboende har minskat de senaste åren. Utvecklingen framgår av tabellen nedan.

Tabell 1. Antal boendedygn i korttidsboende under oktober månad år 2007, 2008, 2009 och 2010.

	Totalt	Därav i		
		Egna kommunens regi	Enskild regi	Landstingets eller annan kommuns regi
2007*	Omkring 247 900			
2008**	248 573	220 187	27 380	1 006
2009***	233 577	206 136	26 455	986
2010****	232 404	202 651	28 675	1 090

* Äldre - vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.

** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

*** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2009. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

**** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

Som framgår av tabellen har antalet boendedygn under oktober månad minskat med mer än 16 000 mellan åren 2008 och 2010. Antalet personer som erhöll korttidsboende den 1 oktober åren 2007 till 2010 har även minskat. Utvecklingen framgår av tabellen nedan.

Tabell 2. Antal personer i åldern 65 år och äldre som erhöll korttidsboende 1 oktober 2007, 2008, 2009 och 2010

	Totalt	Därav i		
		Egna kommunens regi	Enskild regi	Landstingets eller annan kommuns regi
2007*	Omkring 8 900			
2008**	8 720	7 681	1 000	39
2009***	8 546	7 616	887	43
2010****	8 117	7 130	940	47

* Äldre - vård och omsorg år 2007. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen.

** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2008. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

*** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2009. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

**** Tabell 4, Äldre och personer med funktionsnedsättning – regiform m.m. för vissa insatser år 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen.

Antalet personer i åldern 65 år eller äldre som erhöll korttidsboende har minskat med drygt 800 personer mellan åren 2007 och 2010. Socialstyrelsens statistik från hösten 2010, över antalet biståndsbeslutade insatser enligt socialtjänstlagen (2001:453), SoL den 1 november 2010 till personer äldre än 65 år visar att drygt 12 100 äldre hade ett biståndsbeslut om korttidsboende och att majoriteten (66 procent) var 80 år eller äldre [10]. Den 1 oktober 2007 hade drygt 11 000 äldre ett biståndsbeslut om korttidsboende.

Andelen äldre personer över 65 år som får korttidsplats varierar mellan kommunerna i landet. Exempelvis hade 1,4 procent av de äldre i Göteborg korttidsplats 2008 medan motsvarande andel i Stockholm var 0,25 procent [4]. Socialstyrelsens lägesrapport 2011 visar dock att skillnaderna mellan

kommunerna i andelen personer som får särskilt boende minskar [11]. Där-
emot varierar väntetiderna för ett särskilt boende kraftigt mellan kommu-
nerna. En förklaring till det är att det finns stora skillnader i landet är att
kommunerna valt att arbeta olika med vården och omsorgen om de äldre.
Vissa kommuner har istället för att öka antalet korttidsplatser valt att öka
antalet permanenta särskilda boenden vilket bidrar till att vistelselängden
inom korttidsboendet minskat och platser snabbare frigörs. I andra kommu-
ner med färre antal korttidsplatser och ingen utbyggnad av permanent sär-
skilt boende kan korttidsplatserna vara belagda under en längre tid av perso-
ner som väntar på ett permanent särskilt boende och skapar på så vis en
längre väntetid. Idag kan behovet av tillgängliga permanenta särskilda bo-
enden och väntetiderna variera stort mellan kommunerna, även om skillna-
derna generellt sett har minskat [12]. Skillnaderna i täckningsgrad har för-
klarats med att det finns skillnader i behov bland de äldre personerna i
kommunerna, att det är uttryck för olika prioriteringar som kommunerna
gör, att det är olika traditioner och kulturella skillnader eller att kommuner-
na kan vara olika effektiva [2]. Under den beskrivna tidsperioden från 2002
till 2009 har kostnaderna för kommunernas korttidsboende för äldre ökat
med 24 procent och under samma period ökade antalet personer som är 80
år och äldre med 5 procent [11].

Vad som också framkommer i rapporter är att de personer som idag bor i
särskilda boenden är mer vård- och omsorgskrävande än de var för tio år
sedan och att det inte finns något som talar för att den trenden skulle vända
[2,4,9]. Karaktäristiska för dem som bor tillfälligt i ett korttidsboende är att
de är äldre än tidigare, en majoritet är kvinnor och den främsta anledningen
till vistelsen är rehabilitering efter sjukhusvård följt av fortsatt utredning för
ett eventuellt permanent särskilt boende [2, 13]. När det gäller vilka perso-
ner som vistas i korttidsboenden för växelvård, så är det övervägande män.
Stockholm skiljer sig i det avseendet då det framförallt är personer som vän-
tar på ett permanent särskilt boende som får korttidsplats[14].

Hinder för väl fungerande korttidsboenden

I syfte att besluta om insatser på rätt nivå efter utskrivning från slutenvård
ska det, enligt 2 kap. 3 § i Socialstyrelsens föreskrifter (2005:27) om sam-
verkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård, finnas en upprättad
skriftlig rutin. Av rutinen ska framgå hur vårdplaneringen inför utskrivning-
en ska genomföras samt hur information ska överföras mellan olika vård-
och omsorgsgivare. I samband med vårdplaneringsmötet beslutas om vilken
vårdsnivå personen är i behov av efter utskrivning från sjukhuset. I Socialsty-
relsens nationella tillsyn av vård och omsorg om äldre beskrivs resultatet av
den tillsyn som gjorts på 31 korttidsboenden och 41 hemtjänst/hemsjuk-
vårdsverksamheter under sommaren 2011 [15]. En positiv utveckling är att
det i allt större utsträckning finns gemensamma rutiner för samverkan kring
vårdplanering och överföring av information mellan landsting och kommu-
ner i samband med utskrivning från slutenvård till primärvård och/eller so-
cialtjänst. Vidare visar resultatet att för ca 75 procent av de äldre personer
som följdes i vårdkedjan, hade vårdplaneringen resulterat i en vårdplan och
den hade överförts till mottagande verksamhet. En fjärdedel av de äldre sak-
nade dock vårdplan och ca en tredjedel av de granskade vårdplanerna be-
dömdes som ofullständiga eftersom den enskildes behov inte framgick. En

del av de äldre personer som intervjuades i studien kände inte till att information förts över eller att det fanns en vårdplan eller en genomförandeplan, men de flesta ansåg att hemtjänsten eller korttidsboendet fått nödvändig kunskap om deras behov. Biståndsbedömningarna och besluten om en korttidsplats har kritiserats av både Socialstyrelsen och av forskare för att de innehåller standardmotiveringar och inte anpassats till den enskilde äldres behov.

Även genomförandeplanerna har kritiserats av tillsynen. Genomförandeplanerna ska överensstämma med Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om dokumentation vid handläggning av ärenden och genomföranden av insatser enligt SoL (SOSFS 2006:5). Tillsynsrapporten visar också att den äldre personen inte alltid är delaktig i genomförandeplaneringen, att mål saknas för insatserna och att planerna inte alltid följs. En tredjedel av de granskade genomförandeplanerna hade inte utformats med utgångspunkt i biståndsbeslutet. En förklaring som ges är att biståndshandläggaren fattat ett så kallat rambeslut om plats i korttidsboende, utan att ange vilka insatser den enskilde beviljats där. Därför blir det personalen på korttidsboendet som bedömer och beslutar om vilka insatser den äldre ska få, något som kan göra det otydligt för den äldre personen vilken vård och omsorg han eller hon har beviljats i samband med vårdplaneringen [16]. Tillsynsrapporten betonar därför att korttidsboendets organisation och roll kan behöva utvecklas, så att förutsättningarna för att bedriva en ändamålsenlig verksamhet blir tydligare.

Ett annat närliggande område som kritiserats är innehållet i korttidsboenden. Kritiken består av att det är innehållet i verksamheten är otydligt formulerat. Verksamheterna bör ha ett tydligt innehåll och mål, så att den äldre personens medicinska, omvårdnads- och sociala behov kan tillgodoses på bästa sätt [13,17-18]. Då det råder platsbrist sammanförs ibland personer med vitt skilda behov på samma enhet. Korttidsboendena har också olika förutsättningar att dela upp korttidsplatserna på respektive enhet i boendet strikt utifrån det behov personen har vilket bidrar till att innehållet och organiseringen av korttidsboendet blir otydligt. Personer med exempelvis växelvärd kan dela enhet eller till och med rum med personer med kraftigt nedsatt kognitiv förmåga. Detta bidrar till att verksamheten upplevs av både de äldre själva och anhöriga som rörig eller otydlig till sitt innehåll och i den dagliga verksamheten [19,4]. När inte målet med vistelsen finns tydligt beskrivet i genomförandeplanen kan även personalen som arbetar närmast den äldre uppleva oklarheter kring innehållet i vården och omsorgen och vistelsens längd.

I några av de revisionsrapporter som kommunernas revisorer, de externa revisionsfirmorna eller länsstyrelserna har gjort kring korttidsboenden framkommer, liksom i Socialstyrelsens tillsynsrapport från 2011, att formerna för uppföljning och utvärdering av korttidsboenden behöver utvecklas. De individuella vårdplanerna eller genomförandeplanerna behöver få en utformning som stämmer med de beslut som tagits om vården och omsorgen under vistelsetiden och att alla ska ha en sådan [4,21,26]. Andra förbättringsområden är att öka kompetensen hos personalen när det gäller exempelvis rehabilitering och vård i livets slut. Ett större och tydligare ansvar av primärvården har lyfts fram, främst avseende en ökad och tydligare läkarmedverkan vid utskrivning av en patient från slutenvården till den kommunala omsorgen.

Förutsättningar för väl fungerande korttidsboenden

Socialstyrelsen har i tidigare rapporter framhållit att innehållet i korttidsboendet och i de insatser som den äldre personen förväntas få där behöver vara tydligt och specialiserat utifrån individens behov [13-14,16-17]. I en nyligen publicerad rapport från Äldrecentrum kring korttidsplats beskrivs resultatet av en litteraturgenomgång inom området. Av rapporten framgår det att både engelska och svenska studier visar att uppdraget för korttidsboende är oklart och snarare utvecklats som en ersättning för sjukhusvård eller som ett resultat av brister i andra vårdformer [4]. Rapporten från Äldrecentrum redovisar också resultaten från en randomiserad kontrollerad studie på Södermalm i Stockholm. En grupp äldre personer som sökt korttidsplats efter sjukhusvistelse hade fått avslag, men en del av dem lottades till korttidsplats medan den andra delen fick utgöra kontrollgrupp och fick de biståndsbedömda omsorgsinsatserna i hemmet. Resultatet visar att interventionsgruppen förbättrade sin rörelseförmåga i genomsnitt, minskade sitt vårdberoende, ökade sin skattade livskvalitet och minskade sin oro och nedstämdhet i jämförelse med de i kontrollgruppen som skrevs ut till det ordinära boendet [4]. Resultatet visar att även om korttidsboendets innehåll kan beskrivas som ottydligt, så kan vistelsen innebära positiva förbättringar för den äldre personen.

Ett annan viktig förutsättning är personalens kompetens och dess betydelse för kvaliteten och innehållet i den vård och omsorg som ges vid korttidsboendet [16-17]. Utifrån de i tidigare kapitel beskrivna satsningar som gjorts med hjälp av stimulansbidrag har även kompetensen hos vård- och omsorgspersonal höjts. Ett exempel som ofta nämns i samband med det är behovet av ökad kunskap om äldre och läkemedel och samverkansprojekt kring läkemedelsgenomgångar [11,22]. Under senare tid har även projekt om personalens bemötande och hänsynstagande till de äldre personerna som vistas i korttidsboendet [12].

Biståndshandläggare har ibland beskrivits ha en svår situation i samband med att bevilja insats och vilja tillmötesgå de behov och önskningar som finns från den hjälpsökande samtidigt som det råder platsbrist och långa väntetider till ett korttidsboende [23]. Det behöver även finnas en väl utbyggd hemtjänst då korttidsplats saknas och den äldre personen skrivs direkt ut från sjukhuset till hemmet. Det är framförallt ett problem som kan vara aktuellt på mindre orter eller i glesbygd, där hemtjänsten inte är tillräckligt utbyggd för att kunna svara för en dygnetrunt-tjänst, som kan vara en förutsättning för att personen ska kunna bo kvar hemma. Ett fungerande korttidsboende förutsätter att den äldre personen som fått en plats också själv är medveten om vistelsens begränsning i tid. När ett erbjudande om ett förslag på permanent särskilt boende dyker upp så kan det behöva accepteras för att korttidsboendet ska ha en omsättning av boenden i enlighet med dess uppdrag [23]. Gränsen för hur länge en person ska få stanna på korttidsboende har diskuterats och det kan vara svårt att sätta en gräns på 2-3 veckor, men det ska omfatta en tidsbegränsad insats [4,13,23]. Det har förekommit att personer har bott längre på korttidsboende än på permanent särskilt boende. Biståndshandläggare beskriver också att problem kring platsbristen snarare handlar om att det råder en för låg omsättningen på korttidsplatserna än vad som var tanken från början [4,23].

Medverkan från primärvården är en annan viktig förutsättning för att ha en fungerande vårdkedja mellan slutenvård och kommunal omsorg. Den

äldre personens möjlighet att få en ändamålsenlig och säker vård och omsorg på rätt vårdnivå förutsätter bl.a. en fungerande vårdkedja [14,16]. Kommunerna och landstingen sluter lokala avtal kring läkarmedverkan på särskilda boenden, där det beskrivs vad denna medverkan består av, i vilken utsträckning och vad som gäller under jourtid [9]. Ytterligare ett område som huvudmännen samverkar kring är informationsöverföringen i samband med utskrivning och inskrivning från slutenvård till den kommunala vården och omsorgen. Socialstyrelsen har i den tillsynsrapport som kom tidigare i år funnit att det fortfarande finns brister i samband med in- och utskrivning mellan vårdenheter och huvudmän [16]. Om det finns ett fortsatt rehabiliteringsbehov, så bör rehabiliteringen fortsätta inom primärvården och om personen bor i ordinärt boende så är det landstingets ansvar. För personer som bor i särskilt boende inklusive korttidsboende ligger ansvaret för rehabilitering och hjälpmedel på kommunen. Kommuner och landsting ska gemensamt utforma rutiner för att samordna rehabiliteringsinsatserna för personer med stora och långvariga behov av insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänst, enligt SOSFS 2007:10. Personer ska kunna få en namngiven ansvarig samordnare som vid behov ska ta fram en samordningsplan. Rutinerna ska också säkerställa att de ansvariga samordnarna har förutsättningar för att klara sin uppgift. Det framgår också av föreskriften att det är båda huvudmännens ansvar att uppmärksamma personens samlade behov, oavsett vilken huvudman han eller hon inledningsvis har kontakt med. Huvudmännen, verksamheterna och de enskilda yrkesutövarna ansvarar dock för sina rehabiliteringsinsatser.

I en av de få intervjustudier som finns med de äldre som vistas på korttidsboende framkommer att de generellt är nöjda med sin vistelse och med bemötandet, men att de i samband med utskrivningen från sjukhuset upplevde det som rörigt vid vårdplaneringsmötet [20]. Några få berättar att de fått både muntlig och skriftlig information om korttidsboendet. Ett område som flera av de äldre också beskriver som positivt och som de får hjälp med under vistelsen är att se över medicineringen. Även om de äldre uttrycker en trygghet över att få vara på ett korttidsboende, så framkommer också en ovisshet om hur det ska bli i framtiden. Det uttrycks som att ”det är mer än återhämtning och rehabilitering som står på spel” [20].

Diskussion och avslutande kommentarer

Innehållet i verksamheten på korttidsboendet

Vistelsen på ett korttidsboende ska ske utifrån äldres behov. Ett beslut om en korttidsplats bör innebära en ökad möjlighet för den som behöver en dygnet runt vård- och omsorg att exempelvis återhämta sig efter en sjukhusvistelse.

Det finns kritik mot att innehållet i verksamheterna på korttidsboendena är otydligt och att boende med vitt skilda behov blandas. Korttidsboendenas roll har beskrivits mer som ett stöd för andra insatser, än att profilera sig för sin egen verksamhet [6]. Ett korttidsboende som beskriver sitt innehåll och som verkar genom en tydlig samverkan mellan huvudmän kan också få en tydligare roll i vård- och omsorgskedjan. Utifrån de genomgångna studierna och rapporterna är det viktigt att frågan kring korttidsboendets innehåll och roll behandlas och att diskussionen inte bara kommer att handla om behov

eller tillgång på antal korttidsplatser. I studier där biståndshandläggare har gett sina synpunkter kring vad som behöver utvecklas för att korttidsboendet ska bli ännu bättre framkommer bristen på platser som en faktor. Ett fortsatt minskat antal platser inom korttidsboendet utgör säkert ett stort problem för biståndsbedömare, som behöver placera vård- och omsorgssökande äldre, men det är kanske bara en del av problemet. En annan del kan vara att det råder en för liten omsättning på korttidsplatserna, vilket sannolikt beror på att det inte finns tillräckligt med platser för permanenta särskilt boende. Kommunerna har också olika lösningar på hur äldreomsorgen kan tillgodose individuella önskemål så långt det är möjligt och där en korttidsplats bara är ett alternativ. Andra alternativ är utökade vård- och omsorgstjänster i hemmet med hjälp av hemtjänst och hemsjukvård, hemrehabilitering och att väntan på ett permanent särskilt boende sker i hemmet under en viss tid med utökade insatser från hemtjänst och hemsjukvård.

Idag är kunskapen om den vård och omsorg som bedrivs vid korttidsboendena begränsad på nationell nivå [4,6,17]. Därför kan en nationell kartläggning av bl a innehåll och vistelsetider behövas. Generellt behöver korttidsboendena bli tydligare med innehållet i verksamheten i det dagliga arbetet, så att kvalitén och resultatet av vistelsen går att följa upp, både av den enskilde och av kommunen som beställare. Alla individer som får ett beslut om korttidsboende enligt socialtjänstlagen får också en genomförandeplan, där vårdens innehåll och målet med vistelsen beskrivs. En tydligare profilering av korttidsboendets form och innehåll kan bidra till att det blir enklare att följa kvaliteten i vårdkedjan och genomförandeplanen för den äldre personen. Vårdplanen är viktig i den fortsatta vården och omsorgen av den äldre personen, särskilt för att tydliggöra ansvaret för fortsatta rehabiliteringsinsatser.

De genomgångna underlagen visar att äldre personer som i dag bor på särskilda boenden är mer vård- och omsorgskrävande än de var för något decennium sedan. Det har bidragit till att den sociala miljön och det aktiva liv som de särskilda boendena var tänkta att innehålla har fått stå tillbaka. Även om det inte på något vis är en allmängiltig bild, så kan det diskuteras huruvida det kan ses som ett tecken på att äldre personer väljer att så långt det är möjligt bo kvar hemma och endast de mest sjuka och svaga äldre kommer till korttidsboende. En annan förklaring kan vara att det råder brist på platser både i korttidsboende och permanenta särskilda boenden, vilket kan bidra till att endast personer med de mest omfattande behoven av hjälp får en plats. Antalet personer med beslut om korttidsplats har legat relativt stabilt, nationellt sett, under de tre år som redovisas i detta kapitel. Utvecklingen i enskilda kommuner kan självfallet gå i andra riktningar. En minskning av antalet platser i korttidsboende i Stockholms stadsdelar har identifierats av Äldrecentrum [4]. Det kan diskuteras om det är ett resultat av en samhällelig betoning på ökad integritet och självbestämmande och att personen oavsett ålder och funktionsnedsättningar ska kunna bo kvar hemma så länge han eller hon vill och känner sig trygg. Den andra sidan är att de boende tvingas dela rum och att boendemiljön inte alltid är så stimulerande, varför färre kanske ansöker. Även hemrehabilitering kan bidra till att efterfrågan på korttidsboende för just rehabilitering minskar.

Områden för fortsatta studier

Det finns ett behov av mer forskning om korttidsboende. Områden som nämns för fortsatta studier är hur boendet är utformat och hur dess miljö samspelar med god omvårdnad och en meningsfull tillvaro [2]. De tidigare beskrivna trygghetsplatserna på boendena är en form av korttidsboende som bör studeras. Samspelet mellan korttidsboende och det ordinära boendet respektive det permanenta särskilda boendet behöver också kartläggas. Kunskap behövs om hur neddragningar av platser i permanent särskilt boende påverkar vilka personer som får komma till korttidsplatser. Betydelsen av minskningen av antalet platser i permanent och korttidsboende för kommunernas möjlighet att tillgodose äldre personernas behov är också en fråga som bör studeras.

Andra områden som bör uppmärksammas i fortsatta studier av korttidsboendets är för vilka målgrupper det behövs och i vilka situationer. Andra frågor är hur väl tillgängliga platser används om de det finns återkommande perioder då platser är tomma, exempelvis över helger och långhelger. Vidare hur utbredd specialisering av korttidsplatser är idag och vilka förutsättningar det finns en tydligare specialisering av inriktningen på verksamheten. Ytterligare en fråga är hur genomförandeplanerna används på korttidsboendena och hur kommunerna följer upp resultatet av den äldres vistelse på där utifrån genomförandeplanen.

Både korttidsboende och mellanvårdsformer är sannolikt vård- och omsorgsformer som är viktiga för den äldre personens behov av trygghet dygnet runt. Mellanvård som vårdform behöver definieras och utifrån den definitionen kartläggas. Hur omsorgens och vårdens innehåll i korttidsboenden kan anses svara mot olika aspekter av god kvalitet i socialtjänsten utifrån den äldre personens behov av t.ex. trygghet, delaktighet, tillgänglighet kan behöva diskuteras i ett större sammanhang. Frågor som kan ställas för att visa på korttidsboendets funktion och roll i vården och omsorgen om den äldre personen är om insatsen som ges kan anses vara effektiv, ändamålsenlig, ges i rimlig tid, jämlik, säker och brukarfokuserad.

Korttidsboendet som en särskild boendeform kan också behöva belysas utifrån ett vidare perspektiv genom att studera exempelvis även andra närliggande verksamheter som den äldre personen med omfattande vård- och omsorgsbehov kan komma i kontakt med och som kan anses delvis utgöra alternativ i ordinärt boende såsom: utökad hemtjänst, hemrehabilitering, hemsjukvård, avlösning i hemmet, äldreteam, geriatriska kliniker och hospice. Ytterligare område är hur framtidens vård och omsorg med hjälp av teknikstöd kan bidra till att personer längre än i dag kan stödjas till självständighet och minska behovet av hjälp så att de kan bo kvar hemma och fortsatt känna sig trygga. Detta kan bidra till minskad efterfrågan på korttidsboende, något som i sin tur kan skjuta upp en eventuell flytt till permanent särskilt boende.

Beskrivning av vård- och omsorgsprocessen

Landstingen har vårdadministrativa system som gör det möjligt att avgränsa gruppen mest sjuka äldre utifrån antalet diagnoser och antalet kontakter med slutenvården och den öppna specialistvården. För att kunna identifiera gruppen mest sjuka äldre utifrån omfattningen av omsorgsinsatser från kommunen krävs att sådana uppgifter systematiskt samlas in från kommunernas journal- och ärendehanteringssystem.

Det går att använda hälsoärendenummer eller likande för att samla de kontakter med hälso- och sjukvården som hör ihop, men det är få landsting som har denna möjlighet och där detta finns används det sällan i hela vårdkedjan. Detta gör arbetet med att följa olika vård- och omsorgsprocesser för äldre personer komplicerat.

Inledning

Att beskriva vård- och omsorgsinsatserna för gruppen mest sjuka äldre är en komplicerad uppgift på gruppnivå men framförallt på individnivå. De insatser som görs inom landstingen registreras i journaler och i vårdadministrativa system. I kommunerna dokumenteras insatser till äldre enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) i journaler och i ärendehanteringssystem. För närvarande finns ingen uppföljning som bygger på att dessa datakällor systematiskt kopplas samman så att det är möjligt att följa flöden och processer i sin helhet.

För att kunna följa upp och styra verksamheten inom vården har landstingen utvecklat vårdadministrativa system. De vårdadministrativa systemen är personnummerbaserade och bygger dels på administrativa data, men också på att uppgifter förs över direkt från journalerna. De vårdadministrativa systemen är underlag för Socialstyrelsens patientregister (PAR) när det gäller specialiserad öppen och slutenvård. Ett utvecklingsarbete pågår också för närvarande för att registret i framtiden även ska innehålla uppgifter om primärvård.

Sedan några år pågår ett omfattande nationellt arbete med att utveckla informationsstrukturen i vård- och omsorg. Ett av dessa arbeten är eHälsa vilket syftar till en utökad användning och utveckling av de datoriserade systemen för att underlätta och effektivisera information och dokumentation i vården (*eHälsa*). Ett annat utvecklingsarbete är *Nationellt fackspråk* som syftar till att termer, begrepp och kodverk som används i dokumentationen ska bli enhetliga i landet.

Utvecklingen av hälso- och sjukvården under de senaste decennierna har inneburit en starkare specialisering och en tydligare uppdelning mellan akut och planerad vård. Primärvårdens uppdrag har vidgats, samtidigt som priva-

ta vårdgivare har tillkommit. Detta har skapat komplicerade vårdkedjor och risken för att vården blir fragmenterad har ökat, det vill säga att olika vårdgivare har ansvar för delar av vården, men ingen ser eller tar ansvar för helheten. Denna utveckling har ökat behovet av utforma informationssystemen som gör det möjligt att följa hela processer från första kontakt till avslutad behandling. För att kunna realiseras krävs dock att informationen får ett sådant innehåll att insatser i ett hälsoärende kan skiljas från ett annat ärende.

När det gäller gruppen mest sjuka äldre får dessa ofta insatser från både landsting och kommun vilket kan komplicera arbetet med att följa olika vårdprocesser och flöden för denna grupp. Många äldre har kontinuerlig och uppföljande vård och behandling i kommunerna. Detta innebär att ett hälsoärende som påbörjats inom landstinget inte kan följas hela vägen ut via de vårdadministrativa systemen. För att detta ska vara möjligt måste landstingets och kommunens journal- och ärendehanteringssystem kunna kopplas samman.

I kommunerna dokumenteras insatser till äldre enligt HSL och SoL i journaler och för insatser enligt SoL finns även ett ärendehanteringssystem. Socialstyrelsen samlar kontinuerligt in personnummerbaserade uppgifter om äldreomsorgen från samtliga kommuner. Registrering av insatsen enligt SoL avser uppgifter om de personer som vid ett visst datum har ett aktuellt beslut om insatser enligt SoL och LSS. Gemensamt för de uppgifter som samlas in är att de inte gör det möjligt att följa den process som föregår ett beslut om insatser enligt SoL eller HSL dvs. vilka behov och bedömningar som legat till grund för att insatserna ges. Det går inte heller att utläsa något om de insatser som faktiskt utförs eller utfallet av dessa vilket är viktigt för att vård- och omsorgsprocessen ska kunna följas för de mest sjuka äldre. För att få närmre insyn i detta behöver uppgifter inhämtas direkt från kommunernas journalsystem och ärendehanteringssystem.

I ett första försök att närma sig frågan om flöden och processer i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre har en kartläggning av data som för närvarande finns i de olika systemen genomförts.

Frågeställningar

Arbetet syftade till att *kartlägga i vilken mån landsting/regioner och kommuner registrerar data* på ett sådant sätt att det är möjligt att följa vägen genom hälso- och sjukvården och omsorgen för de mest sjuka äldre på individnivå. Syftet var vidare att belysa vilka faktorer som underlättar respektive försvårar arbetet med att följa dessa mest sjuka äldres väg genom vården och omsorgen via befintliga system hos landsting/region och kommun.

Metod och genomförande

Urval

Sju landsting/regioner inkluderades i kartläggningen: Region Skåne, Landstinget i Kalmar län, Västerbottens läns landsting, Region Halland, Landstinget i Sörmland, Västra Götalandsregionen samt Region Gotland.¹ Två

¹ Fortsättningsvis kommer begreppet landsting att användas även för regionerna.

kommuner inkluderades i respektive landsting förutom i Region Gotland som samtidigt är en kommun. Följande 13 kommuner inkluderades: Kristianstad, Sjöbo, Oskarshamn, Vimmerby, Skellefteå, Vilhelmina, Kungsbacka, Hylte, Nyköping, Flen, Borås, Tidaholm samt Gotland.

Data och datainsamling

Data har samlats in genom intervjuer med registeransvariga eller motsvarande i varje landsting och med Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska (MAS) i varje kommun. Samtliga intervjuer har gjorts per telefon enligt standardiserade frågeformulär. Frågorna har handlat om hur uppgifter om kontakt med hälso- och sjukvården registreras i respektive landsting och kommun. Kommunerna har också tillfrågats om hur beslut och insatser enligt SoL registreras och dokumenteras. I en kommun har verksamhetschefen för äldreomsorgen svarat på de frågor som rör SoL. Ett frågeformulär har också skickats till kontaktpersonerna i landstingen och de har fyllt i av dessa i tillsammans med annan personal i organisationen som har god insyn i de vårdadministrativa systemen. Detta formulär bestod av frågor rörande möjligheterna att ur systemen utläsa data som gör det möjligt att följa patientens väg genom vården på en övergripande nivå.

Resultat

Landstingens vårdadministrativa system

Av de sju olika vårdadministrativa system som används i de inkluderade landstingen är SYSteam cross det enda som används i mer än ett landsting. Gemensamt för de vårdadministrativa systemen är att de används av samtliga vårdgivare inom respektive landsting med undantag för vissa privata vårdgivare som använder egna system. Framförallt gäller detta de privata vårdgivare som inte har avtal med landstinget. Merparten av systemen används både för journalföring och som vårdadministrativt system.

Tabell 1. Vårdadministrativa system i de landsting som ingått i kartläggningen.

Landsting	Vårdadministrativt system
Region Skåne	PASIS PrivaStat
Landstinget i Kalmar län	Cosmic
Västerbottens läns landsting	SYSteam cross
Region Halland	VAS
Landstinget i Sörmland	SYSteam cross
Västra Götalandsregionen	Vega
Region Gotland	TakeCare

Tabell 2. I vilken mån data finns i landstingens vårdadministrativa system

Information/data	Antal landstinger som svarat att detta går att utläsa för enskilda patienter i befintliga system
Hälsoärendenummer eller liknande som gör det möjligt att sätta samman vårdkontakter som hör ihop.	Går att utläsa i 3 av 7 landsting men i begränsad omfattning och inte för hela vårdkedjan
Datum för kontakt med slutenvård, öppen specialistvård, primärvård och privat vård	Går att utläsa i samtliga 7 landsting.
Datum för utskrivning från slutenvård	Går att utläsa i samtliga 7 landsting
Vad patienten har blivit utskriven till från slutenvård (t.ex. annan enhet, ordinärt eller särskilt boende, avliden)	Går att utläsa i samtliga 7 landsting
Diagnoser enligt ICD-10	Går att utläsa i samtliga 7 landsting
Funktion och hälsa enligt ICF	Går att utläsa i 1 landsting
Vilken yrkeskategori patienten har erhållit vård av i primärvård, öppen specialistvård och privat vård (t.ex. läkare el ssk)	Går att utläsa i samtliga 7 landsting
Orsak till kontakt utöver diagnoskod.	Går att utläsa i 4 av 7 landsting för kontakt med slutenvård men i 5 av 7 för kontakt i primärvård, öppen specialistvård och privat vård
Om patienten är remitterad från annan vårdgivare	Går att utläsa i 6 av 7 landsting
När remiss har skickats respektive tagits emot	Går att utläsa i 5 av 7 landsting i slutenvård, primärvård och privat vård men i 6 landsting i öppen specialistvård
Vilken typ av kontakt det rör sig om (t.ex. akut, planerad, via telefon, möte)	Går att utläsa i samtliga 7 landsting
Kontaktens innehåll (t.ex. KVÄ provtagningar, behandlingar)	Går att utläsa i 6 av 7 landsting
Utfallet av kontakten (t.ex., resultat av undersökning el behandling, planerade återbesök)	Går att utläsa i 1 landsting
Om patienten har insatser från kommunen enligt SoL eller HSL.	Går att utläsa vid utskrivning från slutenvård i 2 av 7 landsting men går i övrigt inte att utläsa i något landsting

Av de sju landstingen angav samtliga att det går att utläsa följande ur systemen på individnivå;

- datum för kontakt med slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och privat vård,
- datum för utskrivning från slutenvård, vad patienten har blivit utskriven till från slutenvård,
- diagnoser enligt ICD-10,
- vilken yrkeskategori patienten har fått vård av och vilken typ av kontakt det rör sig om.

När det gäller antalet diagnoskoder enligt ICD-10 som går att utläsa för kontakt med slutenvård, primärvård, öppenspecialistvård och privatvård svarade ett landsting att det endast går att utläsa huvuddiagnos. Ett landsting uppgav att det går att utläsa upp till 16 diagnoskoder för varje sådan kontakt. Ytterligare ett landsting angav att det går att utläsa åtta diagnoskoder för varje kontakt i slutenvård och öppen specialistvård och tio koder för kontakt i primärvården men att diagnosregistreringen inte är heltäckande för privatvård. Fyra landsting angav inte hur många koder som går att utläsa utan bara att det går att utläsa diagnoser enligt ICD-10.

Endast tre landsting svarade att det var möjligt att utläsa ett hälsoärendenummer eller liknande för enskilda patienter via de vårdadministrativa systemen. Ett av dessa landsting svarade att det inom slutenvården finns möjlighet att via "identitetsbegrepp" koppla samman vårdtillfällen vid klinik till s.k. sjukhusvårdtillfällen. Samma landsting svarade också att det inom öppen psykiatrisk och öppen somatisk vård definieras s.k. "vårdåtagande" vilket knyter samman vårdkontakter över tid på klinisk nivå. Någon motsvarighet fanns däremot inte för kontakter med primärvården eller med privata vårdgivare. Ett landsting angav att det finns möjlighet att koppla samman vårdkontakter som hör ihop per vårdenhets då varje kontakt kan kopplas till ett "hälsoproblem". I primärvård och i specialiserad öppenvård var detta endast möjligt vid kontakter med läkare. Ett landsting angav att det finns hälsoärendenummer eller liknande att utläsa i systemet men att det inte går att sätta samman kontakter med privatvård, primärvård och specialistvård.

Sex landsting angav att det går att utläsa om en patient är remitterad från en annan vårdgivare vid kontakt i slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och privatvård. Sex landsting angav att det går att utläsa om en remiss har skickats eller tagits emot i slutenvård, primärvård och privatvård och fem inom öppen specialistvård. Fem landsting angav att det går att utläsa orsak till kontakt utöver diagnoskod i primärvård, öppen specialistvård och privatvård och fem angav att detta är möjligt vid kontakt i slutenvård. Två landsting angav att de har fasta kodverk för registrering av "kontaktersak" eller "anledning till kontakt" i öppen specialistvård.

Sex landsting angav att innehållet i en kontakt kan utläsas för slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och fem landsting angav att detta kan utläsas för kontakt med privatvård. Endast ett av landstingen angav att det går att utläsa resultatet av en kontakt. Enstaka landsting angav att resultat eventuellt kan utläsas i form av remissvar eller via labblistor. På frågan om det via det vårdadministrativa systemet går att utläsa om en patient har insatser från kommunen enligt HSL eller SoL svarade två landsting att detta eventu-

ellt går att utläsa vid utskrivning från slutet vård. I övrigt angav resterande landsting att detta inte går att utläsa varken vid kontakt med primärvård, öppen specialistvård eller privat vård.

Kommunernas datajournalssystem och ärendehanteringssystem

Tabell 3. Datajournalssystem och ärendehanteringssystem i de kommuner som ingått i kartläggningen

Kommun	Datajournalssystem
Kristianstads kommun	Procapita
Sjöbo kommun	Omsorg 2000 .
Oskarshamns kommun	Trecerva
Vimmerby kommun	Trecerva
Skellefteå kommun	Procapita
Vilhelmina kommun	Trecerva
Kungsbacka kommun	Magna Cura
Hylte kommun	Vård & Omsorg
Nyköping kommun	Procapita
Flen kommun	Procapita
Borås kommun	Magna Cura
Tidaholm kommun	Magna Cura
Region Gotland	Sofia Omfale

Sju olika system används för journalföring och ärendehantering i de inkluderade kommunerna. Procapita är vanligast förekommande och används i fyra av de 13 kommunerna följt av Magna Cura som används i tre kommuner. De två kommuner som i dag använder sig av Sofia Omfale planerar att byta ut detta mot Trecerva som i dag används i två av de inkluderade kommunerna.

I samtliga kommuner används datajournalssystemet för dokumentation av insatser enligt HSL och insatser enligt SoL. HSL journaler och SoL journaler ligger i olika moduler och används åtskilda och oberoende av varandra. I en kommun sker dokumentation av insatser enligt SoL fortfarande i pappersjournal. I denna kommun finns i nuläget bara ärendeakter införda i datajournalssystemet men avsikten är att all dokumentation av insatser enligt SoL ska göras i datajournal från och med 2012 och personalen är under utbildning.

Vad gäller dokumentation av insatser enligt HSL som utförs av omsorgspersonal på delegation ser det olika ut i kommunerna. I vissa kommuner har omsorgspersonalen behörighet till specifika delar av HSL journalen och kan dokumentera delegerade insatser där. I andra kommuner dokumenterar omsorgspersonalen delegerade HSL insatser i pappersjournal hos vårdtagaren vilket sedan sammanfattas av sjuksköterska i HSL journalen i efterhand. I en kommun dokumenteras HSL insatserna av omsorgspersonalen under ett särskilt sökord i SoL journalen. Signeringslistor för utförande av insatser

enligt HSL, framförallt läkemedelslistor, återfinns dessa oftast hos vårdtagaren i pappersform och arkiveras också i pappersjournal.

Två kommuner angav att de använder sig av ett datoriserat planeringssystem, ”Tes”, där alla insatser som omsorgspersonalen ska utföra läggs in och planeras dag för dag. Detta system inkluderar både insatser som görs enligt SoL och insatser enligt HSL. Två kommuner angav att de använder sig av ett datoriserat system där omsorgspersonalen registrerar varje besök de gör hos varje vårdtagare. Båda dessa system går att koppla till ärendehanteringssystemet och gör det möjligt att avläsa vilken omsorgspersonal som har gjort insatser hos enskilda vårdtagare dag för dag.

Elva av de 13 kommunerna har avtal med respektive landsting vad gäller ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. I en av dessa kommuner journalförs ändå hemsjukvårdsinsatser till äldre i ordinärt boende i primärvårdens journalsystem. Detta är en lokal och tillfällig lösning då kommunen nyligen tagit över ansvaret för hemsjukvården och distriktssjuksköterskorna därför fortfarande är anställda i primärvården och inte i kommunen.

Vårdadministrativa system i landstingen

Totalt används sju olika administrativa system i de studerade landstingen. Även om många landsting är eniga i sina svar rörande vilka uppgifter som går att ta fram för enskilda patienter framgår det också att det inte alltid råder samstämmighet vad gäller definitioner av termer och begrepp. Precis som en kontaktperson i ett landsting har anmärkt går det inte att förvänta sig att data registreras på ett enhetligt sätt så länge det saknas nationella definitioner och gemensamma kodverk på många områden. De arbeten som pågår vad gäller Nationellt Fackspråk och Nationell Informationsstruktur är således viktiga för att det ska bli möjligt att ta fram data som är jämförbara när det gäller att följa flöden och processer i vårdkedjan för de mest sjuka äldre.

De problem som finns vad gäller att följa processer och vårdkedjor med stöd av de vårdadministrativa systemen hänger också samman med att de ursprungligen syftade till att användas för uppföljning av ekonomi och verksamhetsstatistik och inte för uppföljning på individnivå. Erfarenheterna är också att det därför är nödvändigt att komplettera registerdata med journaldata om till exempel samverkan mellan olika vårdgivare ska studeras (1). För att kunna följa flöden och processer i vården om de mest sjuka äldre krävs det att de vårdadministrativa systemen utformas för att kunna stödja olika processer vilket de inte gör i dag.

Avgränsning av gruppen ”mest sjuka äldre”

För att kunna följa vägen genom vården för de mest sjuka äldre behöver gruppen först identifieras och urskiljas. Enligt Socialstyrelsens rekommendationer vad gäller gruppens avgränsning är att personen ska ha omfattande sjukvård eller omfattande omsorg (2). Med omfattande sjukvård avses att personen antingen uppfyller kriteriet som multisjuk under ett år dvs. har diagnoser från olika sjukdomsgrupper enligt klassifikationssystemet ICD-10 och har tre eller fler inskrivningar i slutenvård under ett år, alternativt har 19 dagar i slutenvård eller fler än sju besök hos specialistläkare i öppenvård under ett år.

Med omfattande omsorgsinsatser avses att personen antingen bor permanent i särskilt boende eller har beslut om 25 eller fler hemtjänsttimmar/månad i ordinärt boende eller har beslut om insatser enligt LSS eller beviljats beslut om korttidsboende.

Möjligheterna att identifiera och avgränsa gruppen mest sjuka äldre via de vårdadministrativa systemen förefaller vara goda vad gäller antal diagnoser och diagnosgrupper och omfattningen av sjukvård men inte vad gäller omfattningen av kommunala omsorgsinsatser.

Enligt kartläggningen går det att utläsa diagnos enligt ICD-10 i samtliga svarande landsting för kontakter i slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och privat vård. Två landsting angav att det går att utläsa 8-16 diagnoskoder för varje sådan kontakt vilket är mer än tillräckligt för att kunna identifiera gruppen mest sjuka äldre enligt ovan angivna definition. Enligt definitionen behöver inte diagnoskoderna vara registrerade vid ett och samma tillfälle men ska vara registrerade för besök under en 12 månaders period. Detta innebär att det kan gå att identifiera de mest sjuka äldre även i det landsting som angivit att det endast går att utläsa huvuddiagnos för kontakter med slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och privatvård. Förutsättningen är dock att inte samma huvuddiagnos har registrerats vid varje kontakt utan att det har registrerats diagnoskoder från olika kapitel i ICD-10. Ett sätt att komma runt denna problematik kan vara att räkna med eventuella DRG-koder när antalet diagnoser ska räknas samman för en individ. Eftersom fyra landsting inte har angivit hur många koder som registreras för enskilda kontakter går det inte att avgöra vilka möjligheter det finns att avgränsa gruppen mest sjuka äldre på detta sätt i dessa landsting.

Samtliga landsting angav att det går att utläsa datum för när en person blivit inskriven och utskriven från sjukhus och datum för kontakter i öppen specialistvård. Således är det också möjligt att utläsa hur många sjukhusvisiter och kontakter i öppenvård en patient har haft under ett år och att urskilja gruppen mest sjuka äldre på detta sätt. Däremot förefaller det som att det finns mycket små möjligheter att identifiera gruppen mest sjuka äldre utifrån omfattningen av kommunal omsorg via landstingens vårdadministrativa system. Endast två landsting angav att det eventuellt går att utläsa om en person har kommunal vård och omsorg efter utskrivning från slutenvård. I övrigt registreras inte sådana uppgifter i något landsting varken i primärvård, öppen specialistvård eller i privatvård. För att kunna identifiera gruppen mest sjuka äldre utifrån omfattning av omsorgsinsatser krävs således att uppgifter inhämtas från kommunen.

Möjligheter att koppla samman kontakter på individnivå och att följa processer och förlopp

Det förefaller som att det finns goda möjligheter att sätta samman en individs alla kontakter med hälso- och sjukvården i tidsföljd via befintliga system i de landsting som studerats. Samtliga landsting angav att det i systemet går att utläsa datum för när en person varit i kontakt med slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och med privat vård. Ett relativt genomgående undantag är dock kontakter med privata vårdgivare som inte har avtal med landstinget och som inte är anslutna till landstingets administrativa system

När det gäller de mest sjuka äldre finns det ett intresse av att inte enbart sätta samman kontakter i tidsföljd utan också att kunna följa olika processer och förlopp i vården. För detta krävs det att vårdkontakter för ett och samma hälsoärende kan sättas samman vilket förutsätter att varje hälsoärende registreras som en enskild identitet. Endast tre av sju landsting angav att deras system har den möjligheten men i begränsad utsträckning. Frånvaron av ett hälsoärendenummer som gäller för hela vårdkedjan gör att vårdkontakter måste sättas samman på mer osäkra grunder och med hjälp av andra uppgifter som registreras i systemen.

Något som kan underlätta arbetet med att sätta samman vårdkontakter för ett hälsoärende är om det finns uppgifter om en kontakt sker som en följd av en remiss. Här förefaller det som att möjligheterna är beroende av vilken verksamhet det rör sig om, då det är mer ovanligt att en remiss skickas eller tas emot i slutenvård än inom primärvård, öppen specialistvård och privatvård. Således är det också mer ovanligt att det går att utläsa om en remiss har tagits emot eller skickats inom slutenvård. Å andra sidan anger samtliga landsting att det går att utläsa vart en patient har blivit utskriven till vilket kan underlätta arbetet med att sätta samman ett vårdtillfälle i slutenvård med anslutande eller efterkommande vårdkontakter.

Kartläggningen visar att uppgifter om en äldre patient har insatser från kommunen enligt HSL eller SoL inte registreras i landstingens vårdadministrativa system annat än efter en utskrivning från slutenvård. En kontaktperson i landstingen har vid datainsamlingen påpekat att landstingen inte kan hålla sådana uppgifter uppdaterade utan att patienten varit i kontakt med hälso- och sjukvården, vilket i och för sig kan verka rimligt. Det är ändå anmärkningsvärt att inget av de inkluderade landstingen systematiskt registrerar om en patient har insatser från kommunen eller inte i samband med kontakt med primärvården. Framförallt borde detta vara aktuellt vid läkarmedverkan i vården av äldre som bor permanent i särskilt boende eller som får hemsjukvård från kommunen.

Att se till en persons kontakter med hälso- och sjukvården utifrån ett processperspektiv innebär att försöka sätta samman kontakter utifrån varför de har skett och vad de har resulterat i termer av t.ex. fortsatt vård och behandling. För att detta ska vara möjligt krävs att uppgifter registreras så att det går att utläsa vad som har orsakat en kontakt, vad en kontakt har inneburit och resulterat i. När det gäller orsaken till en kontakt och innehållet i en kontakt i slutenvård, primärvård, öppen specialistvård och privat vård går detta att utläsa i landstingens system, men i olika omfattning. Det förefaller också som att dessa uppgifter registreras på olika sätt och efter olika kodverk i landstingen. Förutsättningarna att kunna utläsa orsakerna till en kontakt och innehåller i denna ser således olika ut i landstingen.

När det gäller utfallet av en kontakt anger sex av sju landsting att detta inte går att utläsa varken i slutenvård, primärvård, öppen specialistvård eller i privat vård. Något enstaka landsting angav att utfallet av en kontakt eventuellt kan utläsas i form av remissvar, labblistor eller journalanteckningar men att det inte registreras på ett strukturerat vis.

Huruvida data som registreras i landstingens vårdadministrativa system är tillförlitlig eller inte går inte att uttala sig om med hjälp av de data som samlats in. I andra sammanhang har dock framkommit uppgifter som visar att 40 procent av de besök som multisjuka äldre gör i primärvården saknas i de administrativa patientregistren (1). Eventuella bortfall av uppgifter i syste-

men vad gäller kontakter med hälso- och sjukvården kan givetvis försvåra arbetet med att följa vägen genom vården för de mest sjuka äldre. Detta blir särskilt problematiskt om det är samma vårdgivare som systematiskt faller bort och som inte finns med i registren.

Kommunernas datajournalssystem och ärendehanteringssystem

Vilka data som registreras och hur detta sker i de olika journal eller ärendehanteringssystemen i kommunerna har inte granskats närmare i denna kartläggning. Vad vi däremot vet är att kommunerna fortlöpande rapporterar in uppgifter till Socialstyrelsen på individnivå om aktuella beslut om insatser enligt HSL och SoL (3). Detta gör att vi med relativt stor säkerhet kan veta att dessa specifika uppgifter går att utläsa ur kommunernas journalssystem och ärendehanteringssystem. Detta innebär i sin tur att gruppen mest sjuka äldre borde gå att identifiera via dessa system utifrån omfattningen på omsorgsinsatserna i kommunen. När det gäller den del av definitionen av de mest sjuka äldre som rör diagnoser och antalet inläggningar på sjukhus eller kontakter i öppen specialistvård måste sådana uppgifter däremot inhämtas från landstingens vårdadministrativa system då detta med största sannolikhet inte går att utläsa ur kommunens journal- och ärendehanteringssystem.

MAS i kommunerna uppger att insatser enligt SoL ibland är enklare att sätta samman och följa innehållsmässigt än insatser enligt HSL eftersom dessa vilar på ett biståndsbeslut som i sin tur genererar genomförandeplaner. De datoriserade system som finns fyra av de studerade kommunerna och där varje besök som omsorgspersonalen gör hos en äldre person registreras eller planeras för dag för dag gör det också enklare att följa vägen från beslut till faktiskt utförande. Systemen gör det dock inte möjligt att se innehållet i besöken utan bara att de har skett. Detsamma gäller de uppgifter som kommunerna kontinuerligt rapporterar till Socialstyrelsen. För att kunna följa vård- och omsorgsprocessen för de äldre i kommunen krävs således journalgenomgångar.

Sju olika datasystem används för dokumentation av insatser enligt HSL och SoL i de 13 kommuner som ingår i studien. Av intervjuerna med MAS framgår att det krävs goda kunskaper i respektive systems uppbyggnad och struktur för att veta var information om olika insatser går att hitta. Det råder också olika uppfattning vad gäller möjligheterna att följa en äldre persons väg genom vården och omsorgen via befintliga system. Några angav att det finns mycket goda möjligheter att följa vägen genom vården och omsorgen för äldre och att avsikten med systemet är att kunna göra detta. Andra angav att det av olika anledning kan vara svårt att följa vägen genom vården och omsorgen för enskilda äldre. Inget samband kan ses mellan vilket system som används och MAS uppfattning om möjligheterna att följa den äldres väg genom vården och omsorgen. Skälet till detta kan vara att MAS i de olika kommunerna har olika insyn i hur journalsystemen och ärendehanteringssystemen är uppbyggda och i hur de används administrativt i kommunen.

Ett problem med journaldata är att huvuddelen av data är i löpande text. Det kan således vara ett komplicerat och tidskrävande arbete att få fram uppgifter om äldres vård och omsorg då data i huvudsak finns i form av an-

teckningar (1). MAS i kommunerna uppger att det kan vara besvärligt med den löpande texten som kräver "handpåläggning" innan uppgifter kan länkas samman. En MAS påpekade också att det krävs att personalen har dokumenterat på "rätt sätt" för att det ska vara smidigt att hitta de uppgifter som eftersöks i journalen. Detta gör det tydligt att journaldata inte är standardiserade. Arbetet med att följa vägen genom vården och omsorgen kan således försvåras av att uppgifter inte går att hitta, inte står skrivna på förväntat ställe eller att termer och begrepp inte används på ett enhetligt eller ändamålsenligt sätt. Socialstyrelsen har i en tidigare rapport slagit fast att det finns behov av en samordnad och systematisk dokumentation av vårdprocessen i kommunerna och att informationen måste dokumenteras med enhetliga och jämförbara begrepp och klassifikationer dvs. nationellt fackspråk för att det ska vara möjligt att följa upp verksamheterna (3).

En fördel med journalanteckningar är att de är daterade. Liksom i landstingens vårdadministrativa system gör detta det möjligt att sätta samman händelser i tidsföljd. Samma problematik avseende möjligheten att koppla samman händelser i ett hälsoärende som finns i landstingen finns även i de kommunala systemen. Framförallt vad gäller insatser enligt HSL som inte följer ett biståndsbeslut och därför riskerar att inte vara lika tydligt definierade som insatser enligt SoL. MAS i kommunerna uppger att insatser enligt HSL kan vara mer komplicerade att följa än insatser som ges enligt SoL. Anledningen till detta skulle enligt MAS vara att så kallade omvårdnadsplaner inte används i den utsträckning som de borde. En omvårdnadsplan är ett strukturerat sätt att dokumentera omvårdnadsbehov, mål, omvårdnadsåtgärder och resultat. En dokumentation som följer en sådan plan hade kunnat underlätta arbetet med att följa olika processer i vården om de äldre. Även vid den kartläggning som nyligen genomförts av Socialstyrelsen vad gäller vilka uppgifter och hur uppgifter dokumenteras inom den kommunala vården framgick det att det endast fanns dokumenterade mål för vården i 20 procent av journalerna (1). Avsaknaden av tydligt formulerade mål försvårar arbetet med att följa upp och utvärdera resultaten av olika vårdinsatser men också att följa vårdprocessen för enskilda äldre.

Ytterligare något som också kan komplicera arbetet med att följa insatser som ges till äldre enligt HSL är att det inte råder samstämmighet vad gäller hur och var delegerade HSL-insatser dokumenteras. Detta gör att det kan vara svårt att veta var och hur sådana uppgifter kan inhämtas i olika kommuner. Framförallt verkar det som att signeringslistor, oftast läkemedelslistor, endast finns i pappersformat. Delegerade HSL insatser till äldre går således inte att följa enbart via journalsystemet utan kräver också genomgång av pappersjournal.

Till det problematiska hör också att insatser enligt HSL och insatser enligt SoL dokumenteras i separata journaler. För att följa en individs väg genom kommunens vård och omsorg krävs det därför att data rörande HSL och data rörande SoL kan "samköras". Huruvida detta är juridiskt och praktiskt möjligt är oklart. I intervjuerna med MAS i kommunerna framkom att insatser enligt HSL och SoL endast följs var för sig och att det krävs mycket arbete för att sätta samman uppgifter från de olika journalerna.

Dokumentationen inom kommunernas vård och omsorg om äldre förefaller vara ett område under ständig utveckling. Två kommuner angav att de kommer att byta ut sina datajournalsystem inom en snar framtid och en kommun som fram till och med 2011 haft samtliga journaler i pappersfor-

mat kommer från och med 2012 att dokumentera alla insatser till äldre enligt HSL och SoL i datajournal. En kommun planerar att införa ICF som ett ramverk för samtlig dokumentation vilket är i linje med det arbete som pågår inom ramen för nationellt fackspråk och den nationella informationsstrukturen.

Socialstyrelsen har utvecklat en nationell modell för att beskriva behov och insatser till äldre inom socialtjänsten med stöd av nationellt fackspråk. Modellen gör det möjligt att, inom socialtjänsten, på ett enhetligt och strukturerat sätt dokumentera ansökan, aktuellt tillstånd, bedömda behov, mål, beslutade, genomförda och planerade insatser samt uppföljning av resultat och utvärdering (4). Socialstyrelsen har också påbörjat ett arbete med att beskriva äldres behov, beslutade, planerade och genomförda åtgärder samt uppföljning och utvärdering av resultat inom den kommunala hälso- och sjukvården (5). Detta arbete kan bidra till att data i kommunerna blir mer enhetlig och systematisk och därmed underlättas arbetet med att följa vård- och omsorgsprocessen för de mest sjuka äldre.

Kartläggningens begränsningar

Denna kartläggning har endast inkluderat en tredjedel av samliga landsting och regioner och endast en litet antal kommuner. Resultaten kan således inte generaliseras till att vara giltiga för samliga landsting eller kommuner. Resultaten ska snarare ses som en första inblick i vilka möjligheter som finns att följa vägen genom vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Kartläggningen har dessutom varit mer specifik när det gäller vilka data som går att utläsa ur de vårdadministrativa systemen i landstingen än vilka data som går att få fram i kommunerna vad gäller insatser till äldre enligt HSL och SoL. Eftersom informationen angående dokumentationen i kommunen har inhämtats från MAS är uppgifterna vad gäller SoL begränsade till det som MAS har insyn i. En kontakt med statistikansvarig i kommunerna eller eventuellt verksamhetschef för äldreomsorgen hade varit att föredra för att få in tillförlitliga uppgifter vad gäller vilka data som registreras och hur detta sker vad gäller insatser enligt SoL i kommunerna.

Slutsatser

Kartläggningen visar att förutsättningarna för att kunna följa vägen genom vården och omsorgen för de mest sjuka äldre ser olika ut i landsting respektive kommuner. Samtliga sju landsting som ingått i kartläggningen har vårdadministrativa system för registrering av kontakter med hälso- och sjukvården på individnivå. För att kunna följa vägen genom den kommunala vården och omsorgen och för att kunna följa olika processer för de mest sjuka äldre krävs det journalstudier vilket är ett betydligt mer tidskrävande och komplicerat arbete än att använda registerdata. Ärendehanteringssystemen i kommunerna borde dock göra det möjligt att följa vägen genom omsorgen relativt enkelt med utgångspunkt i biståndsbeslut och genomförandeplaner. För att få en sammansatt bild av den vård och omsorg som ges till äldre i kommunen krävs dock att HSL-journaler och SoL-journaler samkörs. Om detta är juridiskt och praktiskt möjligt är något som klargörs i ett annat regeringsuppdrag.

Kartläggningen visar att landstingens vårdadministrativa system gör det möjligt att identifiera gruppen mest sjuka äldre utifrån antalet sjukdomar och kontakter med hälso- och sjukvården men inte utifrån omfattningen på kommunal omsorg. Det motsatta förhållandet råder i kommunernas journal- och ärendehanteringssystem som endast möjliggör en identifikation genom omfattningen av omsorgsinsatser.

Kartläggningen visar också att hälsoärendenummer eller likande som gör det möjligt att sätta samman kontakter som hör ihop används i liten utsträckning inom landstingen. Detta kan försvåra arbetet med att följa vägen genom vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Resultatet i denna kartläggning stämmer väl överens med resultaten i den rapport från Socialstyrelsen som rör cancerpatientens väg genom vården (6). Av den rapporten framgår det att det finns begränsade möjligheter att följa olika vårdförlopp i de vårdadministrativa systemen eftersom det är få landsting som har infört flödesmodellen och unika hälsoärendenummer i systemen. Ett fortsatt samarbete mellan Socialstyrelsen, SKL och landstingen kring utveckling av de vårdadministrativa systemen är viktigt för det ska bli möjligt att följa olika processer i vården av olika patientgrupper.

De privata vårdgivare som inte har avtal med landstingen och som inte finns med i deras system eller de privata vårdgivare som finns inom den kommunala vården och omsorgen har inte berörts i denna kartläggning. För att kunna bedöma möjligheterna att följa vägen genom hela vård- och omsorgssystemet för de mest sjuka äldre behöver även de privata vårdgivarnas insatser kunna följas upp.

Referenser

Primärvårdens ansvar och insatser

1. Sveriges Kommuner och Landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet. Jämförelser mellan landstingen 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
2. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvårdsrapport 2009. Stockholm: Socialstyrelsen; 2009.
3. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
4. SOU 2011:55. Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen an nationell samordnare för hemsjukvård. Stockholm: 2011.
5. Arbetsmaterial. På uppdrag av Socialstyrelsen, Aging research center/Karolinska Institutet och Äldrecentrum. Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre - erfarenheter från förstudien 2010/11. Stockholm: 2011.
6. Socialstyrelsen. Införandet av vårdval i primärvården slutredovisning. Stockholm: Socialstyrelsen; 2010.
7. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård – Primärvård. Lägesrapport 2006. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006.
8. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
9. SOU 2008:37. Vårdval i Sverige. Delbetänkande av Utredningen om patientens rätt. Stockholm: 2008.
10. Socialstyrelsen. Kartläggning av närsjukvård – En underlagsrapport inom uppföljningen av den nationella handlingsplanen för utveckling av hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialstyrelsen; 2003.
11. Institutet för kvalitetsindikatorer. Nationell patientenkät Primärvård 2009. Hämtad 2010-02-19 från <http://www.indikator.org/publik/default.aspx>
12. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
13. Stockholms läns landsting, Landstingsrevisorerna. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Stockholm: Stockholms läns landsting; 2010.
14. Öhrlings Price Waterhouse Coopers. Granskning av vårdkedjan för äldre som bedömts inte ha behov av inläggning på sjukhus – samverkan och jämförelse. Landstinget i Östergötland. Linköping: Öhrlings Price Waterhouse Coopers; 2009.
15. Socialstyrelsen. Hyrläkare i primärvården. Stockholm: Socialstyrelsens regionala tillsynsenhet i Örebro; 2010.
16. Socialstyrelsen. Ökad kompetens inom geriatrik och gerontologi – strategiskt viktiga problem och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

17. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
18. Gurner U. Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Att rita kartan & få kunskap om systemhinder. Bilder från muntlig presentation av resultat vid City Konferens Örebro 2 maj 2011); 2011. Hämtad 2011-10-12 från http://www.regionorebro.se/download/18.334d665912f00dba07480002636/KvalitativUppf%C3%B6ljning_UllaGurner_2maj.pdf
19. Condelius A. Utilization of medical healthcare among older people in relation to long-term municipal care. Lund: Lunds universitet; 2009.
20. Gurner, U., Fastbom, H. och Österman, J. Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna – behov och konsumtion av slutenvård och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser. Stockholm: Äldrecentrum; 2004.
21. Gurner U. Styckvis och delat: hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2006.
22. Stockholms läns landsting, Landstingsrevisorerna, kommunrevisionen i Stockholm, Huddinge, Norrtälje samt Äldrecentrum. "Styckvis och delat" Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet, Landstingsrevisorerna, kommunrevisionen i Stockholm, Huddinge, Norrtälje samt Äldrecentrum. Stockholm; 2006.
23. Socialstyrelsen. Om jämlikhet i vården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
24. Price Waterhouse Coopers. Vård av äldre med omfattande vårdbehov (multisjuka), uppföljning, Landstinget i Kalmar län revisionsrapport. Kalmar: Price Waterhouse Coopers; 2011.
25. Socialstyrelsen. Stimulansbidrag till kommuner och landsting för insatser inom vård och omsorg om äldre personer. Redovisning för 2010. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
26. Landstinget i Kalmar län. Kalmar: Årsredovisning Kalmar läns landsting; 2010.
27. Sörmlands läns landsting. Test av vårdprogram för bättre vård av multisjuka äldre. Sörmlands läns landsting 2011-10-06 från <http://www.landstingetsormland.se/Halsa-varld/Kvalitet/Forbattringsarbete-med-varldfloden/Multisjuka-aldre/Standardiserat-varldprogram/>
28. Gurner, U., Norén, D., Bowin, R. och Brinne A. Äldreteam vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholm: Äldrecentrum; 2010:7.
29. Landstinget Dalarna. Landstinget Dalarna: Risk- och väsentlighetsanalys. Falun: Landstinget Dalarna; 2009.
30. SFAM. Mål & Mått i allmänmedicin SFAMs kvalitetsindikatorer. Hämtad 2011-11-17 från http://www.sfam.se/index.php?option=com_content&view=article&id=111%3Akvalitetsindikatorer&catid=60%3Asfams-raddokument&Itemid=70

31. Landstinget i Kalmar län. Riktlinjer för vården av de mest sjuka äldre inom Landstinget i Kalmar län. Landstinget i Kalmar län, beslutad av landstingsstyrelsen 2009-11-04.
32. Larsen, T. Fungerande vård för svårt sjuka äldre. En fallstudie av samverkan mellan hemsjukvård och primärvård i Göteborgs södra skärgård. Göteborg: Forskning och utveckling inom välfärdsområdet i Väst/GR; 2009.

Landstingens förfrågningsunderlag:

Stockholms läns landsting. Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2011
 Landstinget i Uppsala län. Vårdval Uppsala län
 Landstinget Sörmland. 2011 års Regelbok för bedrivande av primärvård i Landstinget Sörmland
 Landstinget i Östergötland. Vårdval Östergötland
 Landstinget i Jönköpings län. Regelbok för vårdval i Jönköpings län
 Landstinget Kronoberg. Vårdval Kronoberg
 Landstinget i Kalmar län. Hälsoval Kalmar län
 Landstinget Blekinge. Hälsoval Blekinge
 Region Skåne. Hälsoval Skåne
 Landstinget Halland. Vårdval Halland
 Västra Götalandsregionen. Krav- och kvalitetsbok
 Landstinget i Värmland. Hälsoval Värmland
 Örebro läns landsting. Hälsoval Örebro län Krav- och kvalitetsbok 2011
 Landstinget Västmanland. Vårdval Västmanland
 Landstinget Dalarna. Hälsoval Dalarna
 Landstinget Gävleborg. Hälsoval Gävleborg
 Landstinget Västernorrland. Vårdval Västernorrland
 Jämtlands läns landsting. Hälsoval Jämtland
 Västerbottens läns landsting. Hälsoval Västerbotten
 Norrbottens läns landsting. Vårdval Norrbotten
 Gotlands kommun. Vårdval Gotland

Virtuella vårdavdelningar och annan hemsjukvård

1. Sjukvården i Sverige 1998. Socialstyrelsen; 1998.
2. Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. . Svenska kommunförbundet.; 2002.
3. Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling 2010. Sveriges kommuner och landsting; 2010.
4. The Effectiveness of Predictive Modelling Tools in Identifying Patients at High Risk of Using Secondary Care Resources. Can predictive modelling tools reduce utilisation of secondary care resources (e.g. Emergency Hospital Admissions) and improve quality of care when used at the Primary Care level to identify subsets of high risk patients most likely to benefit from targeted interventions? A rapid review of the research literature.: Evidence Adoption Centre; The coordinating

- Centre for the Adoption of Evidence Based Practice and Innovation; NHS; 2011.
5. Lewis, G. Predictive Modeling in Action: How "Virtual Wards" Help High-Risk Patients Receive Hospital Care at Home. Issues in International Health Policy. 2010; Commonwealth Fund pub. 1430 Vol.94.
 6. Kansagara D, EH, Salanitro A, Kagen D, Theobald C, Freeman M et al. Risk Prediction Models for Hospital Readmission. A Systematic Review. JAMA 2011;306(15):1688-1698. 2011; 306(15):1688-98.
 7. The future of predictive risk tools for the NHS. Hemsida hämtad 2011-11-07 <http://www.nuffieldtrust.org.uk/media-centre/press-releases/future-predictive-risk-tools-nhs>. [Internet] 2011 [cited; Available from:
 8. Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård. Stockholm 2011. 2011.
 9. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2008.
 10. Weurlander I, WS-E. Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Stockholm; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:02 ISSN 1401-5129; 2011.
 11. Samordnad vårdplanering. Rutiner för samverkan mellan landstinget och kommunerna vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård i Västerbottens län. Giltig från 2010-01-01. In: landsting VI, editor.
 12. Spjuth, E. Hemtagningsteamet. . Tidningen Äldreomsorg 4/2011. 2011.
 13. Hagman L, ÖJ. Utnyttja möjligheterna. Organiseringen av hemsjukvården vid åtta husläkarmottagningar efter införandet av Vårdval Stockholm. Stockholm; Stockholms läns Äldrecentrum 2011:5 ISSN 1401-5129; Äldrecentrum; 2011.
 14. Modin, S. The Medical Treatment of Patients with Home Care by District Nurses from the Family Physician's Perspective: Karolinska Institutet; 2010.
 15. Västra Götaland Krav- och kvalitetsbok; Förfrågningsunderlag med förutsättningar för att bedriva vårdverksamhet inom VG primärvård februari 2008. 2008.
 16. Årsrapport från Äldreombudsmannen 2010. "Vi blir inte mer lika utan mer unika med åren" Uppsala. 2010.
 17. Åhgren, B. Competition and integration in Swedish health care. Health Policy 96(2010)91-97. 2010.
 18. Wånell, S-E. Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. En sammanställning av Äldrecentrums studier under en tjugoårsperiod om konsten att forma helhetslösningar. : Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007.
 19. Styckevis och delat. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Stockholm. Projektrapport nr 19/2005.: Äldrecentrum. Stockholms läns landsting; Landstingsrevisorerna. Stockholms stad; Norrtälje och Huddinge kommuner. ; 2005.
 20. Törnkvist L, WS-E. Fokusrapport. Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov - hur kan vården förbättras?: Stockholms läns landsting. Stöd till kunskapsstyrning.; 2008.

21. Patientsäkerhet vid ASIH/SAH verksamheter i Stockholms län. Regional tematisk verksamhetstillsyn. Socialstyrelsen; 2005. Rapport. Artikelnr 2005-109-24. Socialstyrelsen; 2005.
22. Vård i livets slutskede – Socialstyrelsens bedömning av utvecklingen i landsting och kommuner. Stockholm; Socialstyrelsen Uppföljning och utvärdering. Artikelnr 2006-103-8. 2006.
23. Hjalmarsson, I. Jag bara lyfter luren - så kommer dom. Utvärdering av Äldreteamet i Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:4 ISSN 1401-5129; 2011.
24. Gurner U, ND, Bowin R, Brinne A. . Äldreteam - vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle Kommun och Gävle sjukhus. : Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2010.
25. Äldreteamet; Länssjukhuset i Kalmar. Slutrapport. . 2009.
26. Nationella riktlinjer för vård och omsorg vid demenssjukdom 2010. Socialstyrelsen. . Socialstyrelsen; 2010.
27. Axelsson Runo, ABS. Folkhälsa i samverkan; mellan professioner, organisationer och samhällssektorer.: Studentlitteratur; 2007.
28. Mobila läkare i Uppsala. Information från hemsida hämtad 2011-11-28 http://www.lul.se/templates/page_13059.aspx. 2011 [cited; Available from:
29. Eklund-Grönberg A, KM, Ekdahl A, Sjöberg A, Modin S. Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre - ett policyprogram. Allmänmedicin 2009;30 (6) 4-6 2009; 30(6):4-6.
30. Försöksverksamheter för de mest sjuka äldre. Hemsida hos Sveriges Kommuner och Landsting hämtad 2011-11-03 http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/beviljadeprojekt 2011 [cited; Available from:

Förebyggande hembesök och hälsosamtal

1. Socialstyrelsen. Förebyggande hembesök. Erfarenheter från 21 försöksverksamheter med uppsökande verksamhet bland äldre. 2002. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2002/2002-131-1>
2. Hendriksen, C, Lund, E, Strömgård, E. Consequences of assessment and intervention among elderly people: a three year randomized controlled trial. BMJ. 1984; 289:1522-1524.
3. Hendriksen, C, Vass, M. Forebyggende hjemmebesög til aeldre mennesker. Hvorfor och hvordan? Fredrikshavn: Dafolo forlag; 1997.
4. Socialstyrelsen. Redovisning av 2007 – 2009 års stimulansmedel riktade till vård och omsorg om äldre personer. 2010. <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2010/2010-6-14>
5. Vass, M. Prevention of functional decline in older people. The Danish randomized intervention trial on preventive home visits. Dissertation. Faculty of Health Sciences, University of Copenhagen. 2010
6. Sahlén, KG. An ounce of prevention is worth a pound of cure. Umeå University Medical Dissertations. New Series No 1278. 2009.
7. Huss, A, Stuck, AE, Rubenstein, LZ, Egger, M, Clough-Gorr, KM. Multidimensional Preventive Home Visit Programs for Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of

- Randomized Controlled Trials. *Journal of Gerontology*. 2008; 63A (3): 298-307.
8. van Haastregt, JCM, Diederiks, JPM, van Rossum, E, de Witte, LP. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000; 320: 754-8
 9. Elkan, R, Kendrick, D, Dewey, M, Hewitt, M, Robinson, J, Blair, M, Williams, D, Brummel K. Effectiveness of home based support for older people; systematic review and meta analysis. *BMJ*. 2001;323:719-25
 10. Stuck, AE, Egger, M, Hammer, A, Minder, CE, Beck, JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people. Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA*. 2002; 287 (8) 1022-1030.
 11. Markle-Reid, M, Browne, G, Weir, R, Gafni, A, Roberts, J, Henderson, SR. The Effectiveness and Efficiency of Home-Based Nursing Health Promotion for Older People: A Review of the Literature. *Med Care Res Rev*. 2006; 63: 531-569.
 12. Bouman, A, van Rossum, E, Nelemans, P, Kempen, GIJM, Knipschild, P. Effects of intensive home visiting programs for older people with poor health status: A systematic review. *BMC Health Services Research*. 2008; 8: 74.
 13. Vass, M, Avlund, K, Hendriksen, C, Andersen, CK, Keiding, N. Preventive home visits to older people in Denmark: Methodology of a randomized controlled study. *Aging Clinical and Experimental Research*. 2002; 14: 509-515.
 14. Vass, M, Avlund, K, Kvist, K, Hendriksen, C, Andersen, CK, Keiding, N. Structured home visits to older people. Are they only of benefit for women? A randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Health Care*. 2004; 22: 106-111.
 15. Vass, M, Avlund, K, Lauridsen, J, Hendriksen, C. Feasible model for prevention of functional decline in older people. Municipality-randomized controlled trial. *Journal of the American Geriatric Society*. 2005; 53: 563-568.
 16. Vass, M, Avlund, K, Hendriksen, C. Baseline and follow-up characteristics of participants and non-participants. Randomized intervention trial on preventive home visits to older people. *Scandinavian Journal Public Health*. 2007; 35 (4): 410-17.
 17. Vass, M, Avlund, K, Hendriksen, C. Preventive home visits to older home-dwelling people and different functional decline patterns. A municipality-randomized intervention trial. *European Journal of Ageing*. 2007; 4: 107-113.
 18. Vass, M, Hendriksen, C, Thomsen, JL, Parner, ET, Avlund, K. Preventive home visits to home-dwelling older people and hospital admissions. A municipality-randomized intervention trial. *European Journal of Ageing*. 2008; 5: 67-76.
 19. Vass, M, Avlund, K, Siersma, V, Hendriksen, C. A feasible model for prevention of functional decline of older people – the GP role. A municipality-randomized intervention trial. *Family Practice*. 2009; 26: 56-64.
 20. Kronborg, C, Vass, M, Lauridsen, J, Avlund, K. Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly. Economic evaluation alongside randomized controlled study. *The European Journal of Health Econom-*

- ics: HEPAC: Health economics in Prevention and Care. 2006; 7 (4): 238-246.
21. Theander, E, Edberg, AK. Preventive home visits to older people in Southern Sweden. *Scand J Public Health*. 2005; 33 (5): 392-400.
 22. Sahlén, KG, Dahlgren, L, Hellner, BM, Lindholm, L. Preventive home visits postpone mortality – a controlled trial with time-limited results. *BMC Public Health*. 2006; 6:220. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/6/220>
 23. Sahlén, KG, Löfgren, C, Hellner, BM, Lindholm, L. Preventive home visits to older people are cost-effective. *Scand J Public Health*. 2008; 36: 265-271.
 24. Löfqvist, C, Eriksson, S, Svensson, T, Iwarsson, S. First Steps towards Evidence-Based Preventive Home Visits: Experiences Gathered in a Swedish Municipality. *Journal of Aging Research*. 2011; <http://www.hindawi.com/journals/jar/2012/352942/>
 25. Nicolaides-Bouman, A, van Rossum, E, Habets, H, Kempen, GIJM, Knipschild, P. Home visiting program for older people with health problems: process evaluation. *Journal of Advanced Nursing*. 2007; 58 (5): 425-435.
 26. van Hout, HPJ, Jansen, APD, van Marwijk, HWJ, Pronk, M, Frijters, DF, Nijpels, G. Prevention of Adverse Health Trajectories in a Vulnerable Elderly Population Through Nurse Home Visits: A Randomized Controlled Trial (ISRCTN05358495). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2010; 65 (7): 734-742.
 27. Avlund, K, Vass, M, Hendriksen, C. Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age and Ageing*. 2003; 32: 579-584.
 28. Podsiadlo, D, Richardson, S. The timed “Up & Go”: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc*. 1999; 9: 142-143.
 29. Michaeli, I, Gustafsson, K, Tillberg Mattsson, K. Utanför upptrampade stigar. En studie av förebyggande hembesök hos äldre i Gävleborg. FoU Valfärd Region Gävleborg. 2010; FoU rapport 2010:6.
 30. Höijer, C. Förebyggande hembesök. En gemensam modell i Jämtlands län? FoU Jämt, Östersund. 2010; FoU Jämt 2010:2.
 31. Tiensu, V, Forsgårde, M. Hur är läget? En studie om förebyggande hembesök och hembesökarnas upplevelser i sju Norrbottenskommuner. FoU Norrbotten. 2010; FoU Rapport 64:2010.
 32. Karp, A, Wånell, SE, Lagerin, A, Rydeman, IB, Sherman, H, Söderhielm-Blid, S, Törnkvist, L. Förebyggande hembesök. Hälsosamtal med 75-åringar. 2010; Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2010:11
 33. Sherman, H, Karp, A, Söderhielm-Blid, S, Wånell, SE. Hälsosamtal med 75-åringar i hemmet – en viktig del av distriktssköterskans förebyggande arbete. *Socialmedicinsk tidskrift*. 2010; 3: 2010
 34. Wolff, S. Projektet Förebyggande hembesök i Falu kommun. Bearbetning och analys av enkätmaterial. Dalarnas forskningsråd. 2010.
 35. Nilsson, M. Uppsökande hembesök hos personer 80 år och äldre. FoU Seniorum och Täby kommun. 2010; Slutrapport 2010-08-31
 36. Ankestyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg till ældre. Håndbog. 2008. <http://www.ast.dk>

37. Ankestyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg till ældre. Oktober 2010
<http://www.ast.dk>

Sammanhållen vård och omsorgstjänst

1. Problem i vårdens gränssnitt- för äldre med sammansatta vårdbehov. rojektrapport Nr 5/2010.: Landstingsrevisorerna; Stockholms läns landsting. ; 2010.
2. Borta bra men hemma bäst? En nationell granskning av hemsjukvården i Sverige. Socialstyrelsen; 2005.
3. Styckevis och delat. Om vården och omsorgen till multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet. Stockholm. Projektrapport nr 19/2005.: Äldrecentrum. Stockholms läns landsting; Landstingsrevisorerna. Stockholms stad; Norrtälje och Huddinge kommuner. ; 2005.
4. Weurlander I, WS-E. Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Stockholm; Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:02 ISSN 1401-5129; 2011.
5. Gurner U, TM. Dirigent saknas i vård och omsorg om äldre - om nödvändigheten av samordning.: Natur och Kultur; 2003.
6. Gurner U, FJ, Österman J. . Vi har inte tid-ring akuten! 24 fallstudier av multisjuka 75+ i Sigtuna - behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöringsinsatser. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004:1: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004.
7. Meranius Summer, M. Era delar är min helhet. En studie om att vara äldre och multisjuk. Akademisk avhandling Nr 11/2010: Linnéuniversitetet; 2010.
8. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. . Socialstyrelsen; 2011.
9. Akutmottagningens mångbesökare - hur kan vården förbättras? Fokusrapport. Stockholms läns landsting.: Stockholms läns landsting; 2006.
10. Kommunen kommer hem. Kartläggning av hemsjukvården i kommunerna. . Svenska kommunförbundet.; 2002.
11. Ulla, G. Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre. Att rita kartan och få kunskap om systemhinder. Seminarium arrangerat av SKL 15 mars 2011.; 2011.
12. Axelsson Runo, ABS. Folkhälsa i samverkan; mellan professioner, organisationer och samhällssektorer.: Studentlitteratur; 2007.
13. Anell A, MO. Samverkan i kommuner och landsting - en kunskapsöversikt: Studentlitteratur; 2009.
14. Sjuksköterskan i kommunal äldreomsorg. En undersökning bland medlemmar i Vårdförbundet. . Vårdförbundet; 2007.
15. Granskning av samverkan kring vård och omsorg om äldre. Lomma kommun och Region Skåne. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2006.
16. Vårdinsatser för äldre multisjuka patienter med särskilt boende. Gotlands kommun. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2006.
17. Insatser för äldre multisjuka samt hantering av epikriser. Norrbottens läns landsting. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2008.
18. Äldre med omfattande vårdbehov (multisjuka). Landstinget i Kalmar län. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2007.

19. Vården för äldre multisjuka med särskilt boende eller insats från kommunernas hemtjänst/hemvård. Landstinget Västmanland, kommunerna Arboga, Hallstahammar, Kungsör, Köping och Surahammar. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2007.
20. Vården för äldre multisjuka med särskilt boende eller insats från kommunernas hemtjänst/hemvård. Örebro läns landsting, Örebro kommun, Lindesbergs kommun och Lekebergs kommun. Revisionsrapport.: Öhrlings/PWC; 2007.
21. Carlström, E. I skuggan av Ädel- integrering i kommunal vård och omsorg: Göteborgs universitet; Förvaltningshögskolan; 2005.
22. Sebrant, U. Organiserande och identitet. Om arbetsorganisation i geriatrisk sjukvård. : Linköpings universitet; 2000.
23. Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen - En analys utifrån kommunernas resultat 2009. Sveriges kommuner och landsting; 2010.
24. Harnett, T. The Trivial Matters. Everyday power in Swedish elder care. Akademisk avhandling No. 9, 2010: Jönköpings Universitet; 2010.
25. K, K. Sven, inter-organisational relationships and control, a case study of domestic care of the elderly. : Handelshögskolan; 2007.
26. Hedberg, BoS-L, Märtha. Utvärdering av Samverkan i Vårdkedjan.: Landstinget i Jönköpings län. LUPPEN; Jönköpings län; Lärande, forskning & Utveckling ur Praktikens Perspektiv. ESTHER; Nätverk för utveckling av äldreården på Högländet. ; 2008.
27. Josefsson, K. Tio punkter för en god och säker hemsjukvård för äldre personer: Vårdförbundet och Svenska sjuksköterskeförening; 2010.
28. Eklund-Grönberg A, KM, Ekdahl A, Sjöberg A, Modin S. Bästa möjliga vård för de multisjuka äldre - ett policyprogram. Allmänmedicin 2009;30 (6) 4-6 2009; 30(6):4-6.
29. Törnkvist L, WS-E. Fokusrapport. Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov - hur kan vården förbättras?: Stockholms läns landsting. Stöd till kunskapsstyrning.; 2008.
30. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag på indikatorer. Socialstyrelsen; 2008.
31. Äldreteamet; Länssjukhuset i Kalmar. Slutrapport. . 2009.
32. Gurner U, ND, Bowin R, Brinne A. . Äldreteam - vision och verklighet. Uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle Kommun och Gävle sjukhus. : Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2010.
33. Hjalmarsson, I. Jag bara lyfter luren - så kommer dom. Utvärdering av Äldreteamet i Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011:4 ISSN 1401-5129; 2011.
34. Spjuth, E. Hemtagningsteamet. . Tidningen Äldreomsorg 4/2011. 2011.
35. Wikström, E. Mobila teamet för äldre – En utvärdering av det mobila teamet i Växjö kommun 2007-2008: FOU-RAPPORT 2009:1; 2008.
36. Kompetensbeskrivning. Legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen distriktssköterska. . Distriktssköterskeföreningen i Sverige; 2008.
37. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig. Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal. Aktuell från 1 januari 2011.: Socialstyrelsen; 2011.
38. Uppföljning av ändring i hälso- och sjukvårdslagen gällande fast vårdkontakt mm. Delrapport 2011.: Socialstyrelsen; 2011.

39. Beskrivning av case manager på Socialstyrelsens hemsida. Information hämtad 2011-11-24.
<http://www.socialstyrelsen.se/evidensbaseradpraktik/insatser/funktionshinder/casemanagement>. 2011 [cited; Available from:
40. Regeringens proposition Psykiskt stördas villkor 1993/94:218. Regeringen; 1994.
41. Statsbidrag till kommuner som inrättat verksamhet med personligt ombud till vissa personer med psykisk funktionsnedsättning. Meddelandeblad Nr 5/2011. In: Socialstyrelsen, editor.; 2011.
42. Personligt ombud - välfärdsentreprenörer utan gränser. En undersökning av verksamheter för personligt ombud i glesbygd.: Socialstyrelsen och Länsstyrelserna.; 2005.
43. Lotsar ska göra vården tryggare för äldre. Hemsida om äldrelotsar Landstinget i Blekinge hämtad 2011-11-01.
<http://www.lblekinge.se/arkiv/nyheterhalsaochvard2011/lotsarskagoravardentryggareforaldre.5.7d12391a12ee83bbf978000855.html>. 2011 [cited; Available from:
44. Årsrapport från Äldreombudsmannen 2010. "Vi blir inte mer lika utan mer unika med åren" Uppsala. 2010.
45. Äldreombudsman Trelleborg. Information från hemsida hämtad 2011-11-17. <http://www.trelleborg.se/aktuellt/nyheter/Nyhetsarkiv/nyheter-2010/nyheter-juni-2010/sonja-de-aldres-rost-i-trelleborg/>. 2011 [cited; Available from:
46. Ny tjänst ska ge äldre mer trygghet. Artikel i nätversion Tidningen Vision hämtad 2011-01-17 <http://www.sktftidningen.se/artikel/ny-tjaenst-ska-ge-aeldre-mer-trygghet-53275>. 2011 [cited; Available from:
47. Lisa, J. Coachen lappar ihop vården. På allt fler håll ska coacher och lotsar hjälpa patienterna. Är de lösningen på vårdens problem – eller ett tecken på att systemet är sjukt? 2011-09-29 Hämtad från hemsida 2011-11-01 <http://www.dagenssjukskoterska.se/nyheter/vard/coachen-lappar-ihop-varden/>. Dagens Sjuksköterska. 2011.
48. Aktiv hälsostyrning. Hemsida; information hämtad 2011-11-01 <http://www.aktivhalsostyrning.se/>. 2011 [cited; Available from:
49. Utveckling av innovativa och kokuserade beställarstrategier för bättre hantering av vårdtunga patienter. . Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning och Scandinavian Health Partner.; 2009.
50. Svårt sjuka ska få egen coach. Debattartikel i SvD. 2011-08-29. Hämtad 2011-11-01 från http://www.svd.se/opinion/brannpunkt/svart-sjuka-ska-fa-egen-coach_6422866.svd. Svenska Dagbladet. 2011.
51. Sprengel, V. Ny metod ger billigare vård - och nöjdare patienter. Artikel i Dagens Samhälle nr 26 2011. Dagens samhälle. 2011.
52. God man och förvaltare. Sveriges domstolar. Information hämtad 2011-11-14. <http://www.domstol.se/Familj/God-man-och-forvaltare/>. 2011 [cited; Available from:
53. Hallberg IR, KJ. Preventive home care of frail older people: a review of recent case management studies. Journal of Clinical Nursing 2004; 13(6B):112-20.
54. Jonny., K. Healthcare consumption, experiences of care and test of an intervention in frail old people: implications for case management.: Lunds universitet; 2008.

55. Wånell, S-E. Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. En sammanställning av Äldrecentrums studier under en tjugooårsperiod om konsten att forma helhetslösningar. : Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007.
56. I, H. Goda relationer. Grunden för samverkan i Älvsjö. Utvärdering av ett projekt att utveckla samverkan i vården och omsorgen för de mest sjuka äldre i eget boende. Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:11: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. ; 2009.
57. Ädelreformen - Slutrapport. 1996:2. Socialstyrelsen; 1996.
58. Ädelparadoxen. Sjukhemmen före och efter Ädelreformen. 1998:11. Socialstyrelsen; 1998.
59. Försöksverksamheter för de mest sjuka äldre. Hemsida hos Sveriges kommuner och landsting hämtad 2011-11-03
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/beviljadeprojekt 2011 [cited; Available from:
60. Bättre liv för sjuka äldre. Sveriges kommuner och landsting. Hemsida hämtad 2011-11-16
http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv. 2011 [cited; skl]. Available from:
61. FINSAM; Hemsida hämtad 2011-11-16.
http://www.susam.se/finsam/om_finsam/. 2011 [cited; Available from:
62. Fratiglioni L, MA, Meinow B, Karp A. Multipla hälsoproblem bland personer över 60 år. En systematisk litteraturöversikt om förekomst, konsekvenser och vård. SOU 2010:48. Sociala rådet 2010.
63. Åhgren, B. Competition and integration in Swedish health care. Health Policy 96(2010)91-97. 2010.
64. Kommunaliserad hemsjukvård. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för hemsjukvård. Stockholm 2011. 2011.

Vårdvalets konsekvenser

1. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Delredovisning. Socialstyrelsen 2011.
2. Winblad, U. & Andersson, C. Vilken information behöver patienter och medborgare för att välja vårdgivare och behandling? Patienters och medborgares behov av kvalitetssäkrad och lättillgänglig information. Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet, 2011.
3. Nordgren, L. & Åhgren, B (2010). Val av primärvård – resultat från en brukarundersökning baserad på invånarpaneler. Konkurrensverkets Uppdragsforskningsrapport 2010:3.
4. Valfrihetssystem ur ett befolknings- och patientperspektiv. Slutredovisning. Rapport under arbete, publiceras februari 2012.
5. SOU 2009:84. Regler för etablering av vårdgivare. Slutbetänkande av utredningen om patientens rätt. Stockholm; Edita Sverige AB, 2009.
6. Landstingsrevisorerna. Projektrapport Nr 5/2010. Problem i vårdens gränssnitt – för äldre med sammansatta vårdbehov. Stockholms läns landsting; 2010.

7. Szebehely, M. Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. Konkurrensens konsekvenser Vad händer med svensk välfärd?, kapitel 7. SNS Förlag, Stockholm 2011.
8. Borgquist, L. m.fl. Primärvårdsersättning efter socioekonomi eller sjukdomsburda . Linköping, 2010.
9. Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J. Vårdval Stockholm – år 2010, Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2011:15.
10. Rehnberg, C, Janlöv, N, Kahn, J. Uppföljning av husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm - redovisning av de två första årens erfarenheter. Rapport 2010:12. Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2010.

Korttidsboende och mellanvårdsformer

1. Prop.1990/91:14, Ädelreformen.
2. SOU 2008:113. Bo bra hela livet. Slutbetänkande av Äldreboendedelegationen, Stockholm 2008.
3. SOU 2004:68. Sammanhållen hemvård. Slutbetänkande från Äldrevårdsutredningen, Stockholm 2004.
4. Meinow, B., Wånell, SE. Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011.
5. Socialstyrelsen 1996:2. Ädelreformen, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
6. Westlund, P. Kort-tids-boende. Kalmar: Fokus-Rapport 2009:4, 2009.
7. Socialstyrelsen. Frågor och svar som uppkommit i samband med socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Hämtad 2011-11-11 från http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/socialtjanstlagensolochlagenoms#anchor_3
8. SKL. Hälso- och sjukvårdsstatistik, 2010. Primärvård.
9. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
10. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
11. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
12. Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre. Stockholm; 2010.
13. Socialstyrelsen. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
14. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård vid korttidsboenden för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
15. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn om vård och omsorg om äldre. Delrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
16. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
17. Socialstyrelsen. Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

18. Wånell, SE. Korttidsboende, värdefull insats som söker sin struktur. Stockholm: Äldrecentrum; 2002.
19. Almqvist, A. Utvärdering av korttidsboendet Rosengården i Sandviken. X-Fokus Forskningsrapport 2005.1. Gävle: Kommunförbundet Gävleborg; 2005.
20. Cedersund, E., Lundborg, K., Anbäcken, E-M. Garnisonen – ett steg på väg! FoU-rapport 50:2009. Linköping: FoU Centrum för vård och omsorg och socialt arbete; 2009.
21. Öhrlings Price Waterhouse Coopers. Uppföljning palliativ vård. Eskilstuna kommun. Eskilstuna, 2008. Öhrlings Price Waterhouse Coopers. Vården för äldre multisjuka med särskilt boende eller insats från kommunernas hemtjänst/hemvård. Landstinget Västmanland, kommunerna Arboga, Hallstahammar, Kungsör, Köping och Surahammar; 2007.
22. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
23. Michaeli, I. (redaktör). Dokumentation från en kollegiegranskning mellan biståndshandläggare i kommunerna Gagnef, Borlänge, Ludvika, Säter och Falun år 2001. Falun: Dalarnas forskningsråd; 2002.
24. Prop.1990/91:14 Ädelreformen.
25. SOU 2008:113. Bo bra hela livet. Slutbetänkande av Äldreboendedelegationen, Stockholm 2008.
26. SOU 2004:68. Sammanhållen hemvård. Slutbetänkande från Äldrevårdsutredningen, Stockholm 2004.
27. Meinow, B., Wånell, SE. Korttidsplats – vårdform som söker sitt innehåll Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2011.
28. Socialstyrelsen 1996:2. Ädelreformen, slutrapport. Stockholm: Socialstyrelsen; 1996.
29. Westlund, P. Kort-tids-boende. Kalmar: Fokus-Rapport 2009:4, 2009.
30. Socialstyrelsen. Frågor och svar som uppkommit i samband med socialtjänstlagen (SoL) och lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). Hämtad den 11/11/11 från http://www.socialstyrelsen.se/fragorochsvar/socaltjanstlagensolochlagenoms#anchor_3
31. SKL. Hälso- och sjukvårdsstatistik, 2010. Primärvård.
32. Socialstyrelsen. Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2008.
33. Socialstyrelsen. Äldre – vård och omsorg den 1 november 2010. Kommunala insatser enligt socialtjänstlagen samt hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
34. Socialstyrelsen. Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
35. Sveriges kommuner och landsting och Socialstyrelsen. Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre. Stockholm, 2010.
36. Socialstyrelsen. Särskilt boende för äldre under kortare tid. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002.
37. Socialstyrelsen. Hälso- och sjukvård vid korttidsboenden för äldre. Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
38. Socialstyrelsen. Nationell tillsyn om vård och omsorg om äldre. Delrapport 2011. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.

39. Socialstyrelsen. Tillsynsrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
40. Socialstyrelsen. Bostad i särskilt boende är den enskildes hem. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
41. Wånell, SE. Korttidsboende, värdefull insats som söker sin struktur. Stockholm: Äldrecentrum; 2002.
42. Almqvist, A. Utvärdering av korttidsboendet Rosengården i Sandviken. X-Fokus Forskningsrapport 2005.1. Gävle: Kommunförbundet Gävleborg, 2005.
43. Cedersund, E., Lundborg, K., Anbäcken, E-M. Garnisonen – ett steg på väg! FoU-rapport 50:2009. Linköping: FoU Centrum för vård och omsorg och socialt arbete, 2009.
44. Öhrlings Price Waterhouse Coopers. Uppföljning palliativ vård. Eskilstuna kommun. Eskilstuna, 2008. Öhrlings Price Waterhouse Coopers. Vården för äldre multisjuka med särskilt boende eller insats från kommunernas hemtjänst/hemvård. Landstinget Västmanland, kommunerna Arboga, Hallstahammar, Kungsör, Köping och Surahammar. 2007.
45. Socialstyrelsen. Kvaliteten i äldres läkemedelsanvändning – läkarens roll. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
46. Socialstyrelsen. Meddelandeblad nr 1, Nya bestämmelser gällande äldreomsorgen från och med den 1 januari. Stockholm: Socialstyrelsen, 2011.
47. Michaeli, I. (redaktör). Dokumentation från en kollegiegranskning mellan biståndshandläggare i kommunerna Gagnef, Borlänge, Ludvika, Säter och Falun år 2001. Falun: Dalarnas forskningsråd, 2002.
48. Sveriges kommuner och landsting. Framgångsfaktorer inom äldreomsorgen. – En analys utifrån kommunernas resultat 2009. Sveriges kommuner och landsting: Västerås; 2010.
49. Länsstyrelsen Östergötland. Korttidsboende – en kort tids boende? Rapport 2008:1. Linköping: Länsstyrelsen Östergötland, 2008.

Data för att beskriva vård- och omsorgsprocessen

1. Gurner U. Intervju; 20111101.
2. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre - avgränsning av gruppen. 2011.
3. Socialstyrelsen. Vem dokumenterar vad i den kommunala hälso- och sjukvården? 2010.
4. Socialstyrelsen. Att beskriva behov och insatser med nationellt fackspråk. Utvecklingen av en nationell modell för systematiskt arbetssätt och strukturerad dokumentation inom äldreomsorgen. 2011.
5. Socialstyrelsen. Ändamålsenlig och strukturerad dokumentation. Underlag för nationell samordning och finansiering. 2011.
6. Socialstyrelsen. Väntetider inom cancervården - från remiss till behandlingsstart. 2011.

Bilaga 1

Primärvårdens ansvar och insatser

Frågeställningar vid genomgången av granskade dokument

- Beskrivs mest sjuka äldre i förfrågningsunderlagen?
- Definieras mest sjuka äldre?
- Beskrivs primärvårdens ansvar för mest sjuka äldre?
- Beskrivs primärvårdens insatser för mest sjuka äldre?
- Finns system för att identifiera målgruppen?
- Beskrivs förebyggande arbete/hembesök?
- Beskrivs kompetenskrav i förfrågningsunderlaget?
- Finns mest sjuka äldre specificerade i budget?
- Beskrivs särskilda satsningar kring mest sjuka äldre?
- Beskrivs allmänläkaravtal och särskilt boende?
- Beskrivs bemanningssituation, läkare, hyrläkare, geriatriker, psykiatriker etc.
- Beskrivs övrig personals ansvar för mest sjuka äldre
- Beskrivs bortprioriteringar av mest sjuka äldre?
- Finns vårdprogram för mest sjuka äldre?
- Antal vårdenheter/vårdcentraler/husläkarmottagningar i landstinget?
- Befolkningsunderlag?
- Övrigt?

Bilaga 2

Förebyggande hembesök och hälsosamtal

I denna bilaga redovisas hur materialet – studier och rapporter – har identifierats, valts ut och sammanställts.

Urval av primärstudier och rapporter

Urvalet av de primärstudier som ingår i kartläggningen gjordes utifrån i förväg uppsatta kriterier för inklusion och exklusion. I kriterierna definieras villkoren för om en studie eller rapport ska inkluderas eller inte.

För att en studie eller rapport skulle inkluderas krävs:

1. att populationen består av personer minst 65 år gamla
2. interventionen utgörs av något av följande alternativ:
 - a) förebyggande hembesök i hemmet
 - b) hälsosamtal vid vårdcentral
3. att resultatet för de som fått insats rapporteras på något sätt (jämförelser före efter, med grupp som inte har fått insatsen eller någon annan insats eller på annat sätt)
4. inga speciella utfallsmått krävs, men vanliga sådana var dödlighet, funktionsförmåga, flyttning till särskilt boende, besök hos husläkare eller vård på sjukhus

Ett kriterium för exklusion är att studien beskriver en specifik riskgrupp eller grupp med specifik diagnos, exempelvis högt blodtryck, osteoporos eller diabetes.

Litteratursökning

Litteratursökningen består av tre delar: sökningar i referensdatabaser, granskning av hemsidan för intresseföreningen FoU Valfärd (www.fouvalfard.se), som organiserar svenska FoU-enheter inom välfärdsområdet, samt granskning av relevanta hemsidor och kontakter med forskningsinstitut, statliga myndigheter och departement i Finland, Danmark och Norge.

I sökningarna har termer för hälsosamtal och förebyggande hembesök genomgående använts i kombination med varierande termer och begrepp. I de fall det funnits kontrollerade begrepp har dessa använts. Avgränsningar har gjorts vad gäller språk (engelska eller svenska) samt att publikationen måste vara från 2000-talet. Följande databaser har genomförts:

- PubMed
- CINAHL
- Ageline
- Psycinfo (enbart för hälsosamtal)
- Libris
- Swemed

Sökningen genomfördes i september 2011 av informationsspecialist (Åsa Elfving, Socialstyrelsens enhet för kunskapsöversikter) i samråd med projektledarna (Gunilla Fahlström, Socialstyrelsens enhet för kunskapsöversikter, och respektive Britt Mari Hellner (BMH), extern konsult). Referenslistorna i de inkluderade artiklarna granskades av BMH. Experter inom området har också konsulterats.

Granskning av sökträffar samt urval av översikter och primärstudier

De påträffade referenserna fördes till en databas för referenshantering (EndNote). Sedan granskades sökträffarnas relevans av BMH.

De studier som vid en inledande granskning (av titel och sammanfattning) bedömdes vara potentiellt relevanta beställdes hem i fulltext för en grundligare genomläsning. I de fall informationen inte var tillräcklig för att kunna göra en adekvat bedömning togs referensen hem i fulltext. Granskningen av fulltextdokument genomfördes av en person (BMH).

Beskrivning av primärstudier och rapporter

De referenser (studier och rapporter av olika karaktär) som uppfyllde kriterierna för inklusion utgör underlaget för denna sammanställning av kunskaper och erfarenheter om förebyggande hembesök och hälsosamtal. Underlaget tabelleras avseende studiedesign, population, jämförelser, utfallsmått mm (se bilaga).

I databaserna finns en stor mängd artiklar som handlar om förebyggande hembesök och hälsosamtal för äldre. Avgränsar man sökningen till forskning som rör äldre personer i eget boende och utan regelbundna insatser från hemsjukvård eller hemtjänst krymper antalet relevanta studier drastiskt.

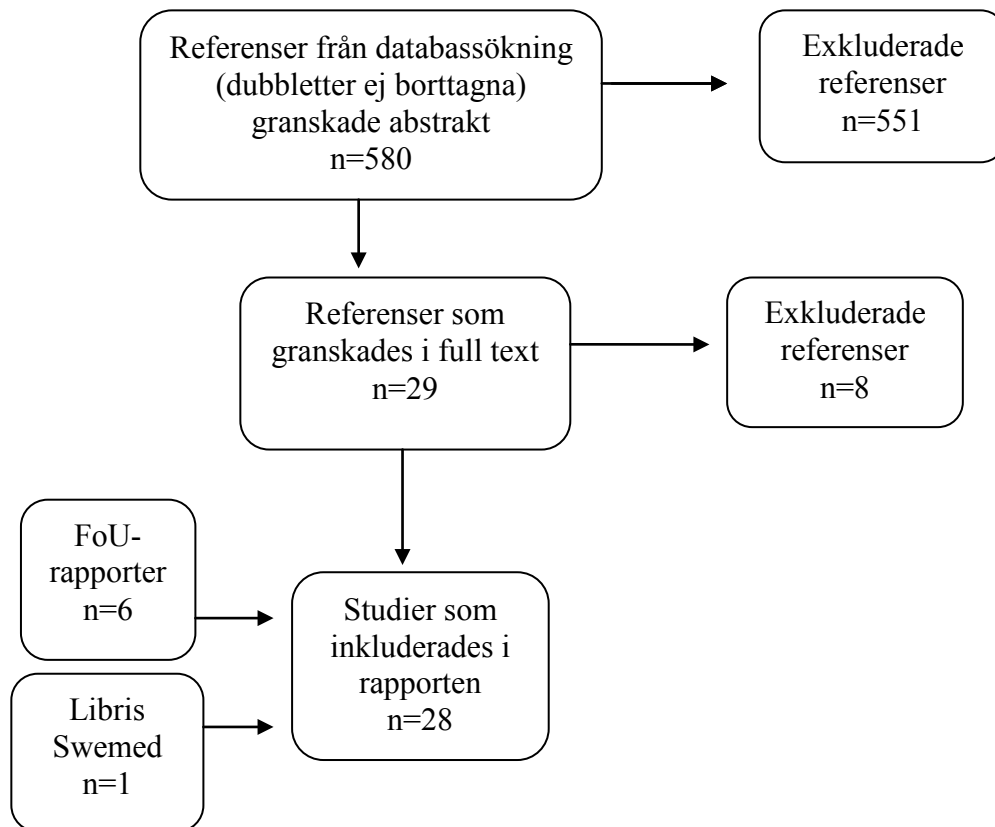
Resultat av litteratursökningen

Hälsosamtal

Ingen studie om hälsosamtal vid vårdcentral uppfyllde våra inklusionskriterier. Alla studier vi fann om hälsosamtal till äldre handlade om hälsosamtal till personer som redan var identifierade som patienter i en risk- eller diagnosgrupp eller med ett funktionshinder. Det var till exempel vanligt att rikta hälsosamtalen till personer med osteoporos, diabetes, hjärt- kärlsjukdom eller uttalad risk för sådant. Det innebär att vi inte hittade någon studie där man hade studerat effekterna för relativt friska äldre personer som på bred bas erbjudits hälsosamtal av sin husläkare eller distriktssköterska vid vårdcentralen.

När det gäller svenska rapporter om hälsosamtal vid vårdcentral handlade de vi fann uteslutande om projekt och försök riktade till yngre personer, till exempel 30 – 40-åringar och alltså inte relevanta här.

Figur 1. Förebyggande hembesök. Flödesschema för arbetsprocessen



Förebyggande hembesök

Även för förebyggande hembesök handlade de flesta studier om insatser som var riktade mot särskilda risk- eller diagnosgrupper. Vi fann emellertid också ett antal studier som motsvarade våra inklusionskriterier, både i de internationella forskningsdatabaserna och bland svenska rapporter.

Vi fann sex systematiska översiktsartiklar av vilka tre också innehöll en metaanalys. De var publicerade mellan 2000 och 2008 och innehöll studier av förebyggande hembesök hos personer 65 år och äldre, i eget boende. En översikt behandlade förebyggande hembesök hos sköra äldre (engelska: frail elderly) och kunde därför ha exkluderats. Den bedömdes ändå som relevant och inkluderades, eftersom målgruppen var hemmaboende äldre, utan regelbundna insatser och inte tillhörde någon specifik risk eller diagnosgrupp och översikten i dessa avseenden stämde överens med våra inklusionskriterier.

Av de primärstudier vi fann inkluderades 16. Av dessa ingick 7 artiklar också i en dansk doktorsavhandling av Vass (5) och 2 i en svensk avhandling av Sahlén (6). I två primärstudier var fokus sköra äldre. Artiklarna uppfyllde för övrigt våra inklusionskriterier och inkluderades eftersom de bedömdes ha relevans för vårt arbete.

När det gäller svenska utvärderingar av förebyggande hembesök finansierade med stöd av statliga stimulansmedel har 6 rapporter inkluderats. Med undantag för den rapport som följde upp den nationella försöksverksamheten 1999–2002 (1) beskriver dessa rapporter vad som sker när den äldre får ett eller högst två hembesök och saknar därför uppföljning över längre tid.

Det går att identifiera ett tiotal artiklar som återkommer i referenslistorna i såväl översikterna som primärstudierna och de svenska rapporterna. De inledande avsnitten i artiklarna och rapporterna påminner också om varandra med hänvisningar till i stort sett samma material.

Sökstrategier

Databas: Cinahl Databasleverantör: EBSCO Datum: 110928

Ämne: Förebyggande hembesök

Sökning gjord av: Åsa Elfving

På uppdrag av: Britt Mari Hellner

Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
1.		TI ("oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR "old age") OR AB ("aged" OR "oldest old" OR "frail older" OR "frail elder*" OR "frail seniors" OR "old age") OR TI ("aged" OR "older people*" OR "older adults" OR "older women" OR "older men" OR "older person*" OR elderly OR nonagenarians OR frailty OR frail)	80124
2.		TI ("Preventive Home Visit" OR "Preventive Home Visits" OR "home visits" OR "home visit" OR "home based environmental intervention" OR "home based intervention" OR "home assessment" OR "home based support" OR "home intervention") OR AB ("Preventive Home Visit" OR "Preventive Home Visits" OR "home visits" OR "home visit" OR "home based environmental intervention" OR "home based intervention" OR "home assessment" OR "home based support" OR "home intervention")	1953
3.		1 AND 2 Limiters: Published Date from: 20070101-20111031 Language: English, Swedish Age Groups: Aged: 65+ years, Aged, 80 and over	85

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Hälsosamtal Sökning gjord av: Åsa Elfving På uppdrag av: Britt Mari Hellner			
Söknr	Termtyp *)	Söktermer	Antal ref. **)
PubMed (NLM) 2011-09-21			
1.		(motivational interviewing health) AND Aged[MeSH]	76
Ageline (EBSCO) 2011-09-16			
2.		(DE "Behavior Modification" OR DE "Lifestyle" OR DE "Health Promotion" OR DE "Health Attitudes" OR DE "Health Behavior" OR DE "Health Education") AND primary care	146
PsycInfo (EBSCO) 2011-09-19			
3.		("Motivational Interviewing") AND AG (Aged OR Aged, 80 and over)	43
Cinahl (EBSCO) 2011-09-21			
4.		(SU ("MOTIVATIONAL interviewing" OR "HEALTH promotion" OR "PREVENTIVE health services")) AND (DE "OLDER people")	67

*)

DE = Descriptor (fastställt ämnesord i databasen)

FT/default fält = fritextsökning i fälten för "all authors, all subjects, all keywords, all title info (including source title) and all abstracts"

FT/TI, AB = fritextsökning i fälten för titel och abstract

ZX = Methodology

+ = Termen söks inklusive de mer specifika termerna som finns underordnade

MeSH = Medical subject headings (fastställda ämnesord i Medline/PubMed)

De fetmarkerade referenserna finns nedspårade

Tabell 1. Förebyggande hembesök. Systematiska översikter från 2000-talet.

Författare, år (ref)	Studiedesign (antal studier)	Population	Jämförelse	Utfallsmått	Rapporterat resultat för förebyggande hembesök
Huss et al., 2008 (7)	Systematisk översikt, inkl. meta-analys (21)	>70 år, hemmaboende	Hembesök – inget hembesök	Flyttning till särskilt boende, funktionsstatus, dödlighet	Viss effekt på funktionsförmåga och viss effekt på dödlighet
Bouman et al. 2008 (12)	Systematisk översikt (7)	>65 år, hemmaboende, sköra äldre	Hembesök – inget hembesök	Dödlighet, hälsa, användning av service, kostnader	Ingen effekt
Markle-Reid et al., (2006) (11)	Systematisk översikt (12)	>65 år och >75 år, hemmaboende	Hembesök – inget hembesök	Dödlighet, funktionsstatus, hälsa	FHB kan ha effekt på dödlighet, funktionsförmåga och vårdbehov, men mer forskning behövs
Stuck et al., 2002 (10)	Systematisk översikt, inkl. meta-analys (18)	>70 år, hemmaboende	Hembesök – inget hembesök	Flyttning till särskilt boende, funktionsstatus, dödlighet	Viss effekt på funktionsförmåga, viss effekt på dödlighet för de yngre äldre
Elkan et al., 2001 (9)	Systematisk översikt, inkl. meta-analys (15)	>65 år, hemmaboende	Hembesök – inget hembesök	Dödlighet, inlagd på sjukhus, flyttning till särskilt boende, funktionsstatus, hälsa	Minskad dödlighet och viss effekt på flyttning till särskilt boende
van Haastregt et al., 2000 (8)	Systematisk översikt (15)	>65 år, hemmaboende	Hembesök – inget hembesök	Fysisk funktion, psyko-social funktion, fall, flyttning till institution, dödlighet	Ingen effekt

Tabell 2. Förebyggande hembesök. Primärstudier under 2000-talet (omfattar 3 sidor).

Författare, år (ref)	Land	Studiedesign	Population	Jämförelse	Utfallsmått	Rapporterat resultat för förebyggande hembesök
Vass et al. 2002 (13)	Danmark	Metod-beskrivning av RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemma-boende	Ej aktuellt	Dödlighet, flyttning till särskilt boende, funktionsförmåga	Inga resultat (metodartikel)
Avlund et al., 2003 (27)	Danmark	RCT	n=1396, 74–75 år, 80 år, hemmaboende	Enkät svar före och vid uppföljning efter 1,5 år	Funktionsförmåga	Personer som rapporterade trötthet vid ADL-aktiviteter vid baslinje löpte större risk att drabbas av funktionshinder efter 1,5 år
Vass et al. 2004 (14)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 3 år)	Funktionsförmåga	Bättre effekt på funktionsförmåga för kvinnor än för män
Vass et al. 2005 (15)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 3 år)	Dödlighet, flyttning till särskilt boende, funktionsförmåga	Effekt på funktionsförmåga, ingen effekt på dödlighet och flyttning till särskilt boende
Kronborg et al. 2006 (20)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Kostnadseffektivitet. Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 4,5 år)	Dödlighet, funktionsförmåga, flyttning till särskilt boende, kostnader	Interventionen var kostnadsneutral

Författare, år (ref)	Land	Studiedesign	Population	Jämförelse	Utfallsmått	Rapporterat resultat för förebyggande hembesök
Vass et al., 2006 (16)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 3 år)	Dödlighet. Flyttning till särskilt boende	Högre dödlighet och högre andel inflyttning i särskilt boende för kontrollgruppen jämfört med interventionsgruppen
Vass et al., 2007 (17)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 3 år)	Funktionsförmåga	Tidiga tecken på nedgång i funktionsförmåga är en markör för att intensifiera förebyggande insatser
Vass et al., 2007 (18)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 3 år)	Inskrivning på sjukhus	Utbildning av hembesökarna hade ingen effekt för de äldres inskrivning på sjukhus
Vass et al., 2008 (19)	Danmark	RCT	n=4060, 75 år, 80 år, hemmaboende	Jämförelser mellan äldre som fått 2 hembesök/år av personal som utbildats resp. ej utbildats särskilt. (Före och efter 4,5 år)	Dödlighet, funktionsförmåga, flyttning till särskilt boende	Kort utbildningsprogram till husläkarna hade effekt på 80-åringar utan funktionsnedsättning avs. funktionsnedsättning
Theander et al., 2005 (21)	Sverige	Uppföljning, ingen kontrollgrupp	n=150, 78 år v. första besöket, hemmaboende	Ingen kontrollgrupp. (Jämförelse före och efter 3 hembesök)	Fysisk och social aktivitet	Hembesöken ökade den fysiska och sociala aktiviteten under projektperioden

Författare, år (ref)	Land	Studiedesign	Population	Jämförelse	Utfallsmått	Rapporterat resultat för förebyggande hembesök
Sahlén et al., 2006 (22)	Sverige	Kontrollerad studie	n=595, >75 år, hemma-boende	Jämförelse mellan 4 hembesök – inget hembesök. (Före, efter 2 och 4 år)	Dödlighet	Minskad dödlighet efter 4 besök/2 år, men effekten utjämnad efter ytterligare 2 år
Sahlén et al., 2008 (23)	Sverige	Kontrollerad studie	n= 595, >75 år, hemma-boende	Jämförelse mellan 4 hembesök – inget hembesök. (Före, efter 2 och 4 år)	Vårdkonsumtion	Minskat antal akuta besök hos husläkare och minskat behov av hemtjänst. Insatsen kostnadsneutral
Sherman et al., 2010 (33)	Sverige	RCT	n=583, 75 år, hemma-boende	1 hembesök – inget hembesök. (Enkät före och efter 1 år).	Kunskap om service, trötthet, rörlighet	Bättre kunskaper om service i interventionsgruppen, mer trötthet i kontrollgruppen
Löfqvist et al. 2011 (24)	Sverige	Pilotstudie. Utveckling av FHB-protokoll	n=20, >80 år, hemma-boende	Ej aktuellt	FHB-protokollets innehåll	Revision av FHB-protokollet
Nicolaidis-Bouman et al. 2007 (25)	Holland	RCT	n=330, 70–84 år, hemma-boende, sköra	Jämförelse mellan 8 hembesök – inget hembesök. (Före och efter 8 besök under 18 månader)	Diagnoser, skattningar av hälsa och funktion	Inga effekter av hembesöken.
van Hout et al., 2010 (26)	Holland	RCT	n=651, >75 år, hemma-boende, sköra	Jämförelse mellan flera hembesök – vanlig vård. (Före och 1 år efter)	Hälsa och ADL	Inga effekter för målgruppen sköra äldre

Tabell 3. Förebyggande hembesök. Svenska FoU-rapporter under 2000-talet.

Författare, år (ref)	Län/kommun	Studiedesign	Population och intervention
Michaeli, I, et al., 2010 (29)	Gävleborgs län	Beskrivning av FHB i fyra kommuner. Intervjuer av hembesökare, ledning och äldre som fått hembesök.	Personer 80 år och äldre, hemmaboende, 1 besök
Höijer, C, 2010 (30)	Jämtlands län	Utveckling av en gemensam modell för FHB i Jämtlands län. Beskrivning av FHB i 7 kommuner	Personer 80 år och äldre, hemmaboende, 1 besök
Tiensu, V, 2010 (31)	Norrbottens län	Beskrivning av FHB i 7 kommuner.	Personer 80 år och äldre, 1 besök, i en kommun 3 besök
Karp, A, et al., 2010 (32)	Stockholms landsting	Beskrivning av FHB i primärvårdens regi	Hemmaboende 75-åringar, 1 besök
Wolff, S. 2010 (33)	Falu kommun	Utveckling av en modell för FHB. Beskrivning av FHB i Falu kommun	Personer 80 och 81 år, hemmaboende, 1 besök
Nilsson, M. 2010 (34)	Täby kommun	Beskrivning av FHB i Täby kommun	Personer 80 år och äldre, 1 besök, uppföljning efter 1 år om så önskades.