

Försöksverksamheter och samverkans- nätverk för de mest sjuka äldre

En lägesrapport från utvärderingen

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.

Artikelnummer 2013-12-13

Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2013

Förord

Enligt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) görs strukturerade insatser för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. För att stimulera till konkreta utvecklingsinsatser har SKL beviljat stimulansbidrag till 19 projekt som under tre år ska bedriva regionala och lokala försöksverksamheter för denna målgrupp. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2010/1828/ST) att svara för en vetenskaplig utvärdering och uppföljning av försöksverksamheterna. I uppdraget ingår också att följa upp och utvärdera tio redan etablerade samverkansnätverk på äldreområdet.

Socialstyrelsen ska senast i maj 2014 lämna en slutrapport från utvärderingen, men lämnar därutöver årliga lägesrapporter från arbetet. Malin Bruce är ansvarig utredare för denna tredje lägesrapport.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Bakgrund	8
Försöksverksamheterna	8
Samverkansnätverken	8
Redovisning av verksamheten 2013	10
Försöksverksamheternas utveckling.....	10
Samverkansnätverkens utveckling	11
Socialstyrelsens kommentar.....	13
KI/ARC:s kommentar till sin utvärdering	15
Endast ett fåtal projekt kan utvärderas vetenskapligt.....	15
Svårt att utvärdera samverkansnätverken vetenskapligt	16
KI/ARC:s slutsats om försöksverksamheterna 2013.....	16
Den fortsatta uppföljningen och utvärderingen.....	18
De 19 försöksverksamheterna	18
De 10 samverkansnätverken.....	18
Bilagor	19
Bilaga 1: Sammanställning försöksverksamheter.....	20
Bilaga 2. Sammanställning nätverk.....	38

Sammanfattning

På uppdrag av regeringen stimulerar Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) försöksverksamheter för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. För detta utvecklingsarbete har det avsatts 210 miljoner kronor för åren 2010 – 2013. Arbetet sker i 19 regionala och lokala försöksverksamheter runt om i landet. Därutöver finns det tio sedan länge etablerade samverkansnätverk för målinriktade insatser för dessa äldre. Socialstyrelsen har i uppdrag att utvärdera såväl försöksverksamheter som nätverk och ska lämna slutrapport till regeringen senast den 31 maj 2014. Därutöver ger Socialstyrelsen årliga lägesrapporter till regeringen. Detta är den tredje rapporten i ordningen.

Försöksverksamheterna ska öka samverkan mellan huvudmännen med den äldre i centrum, utveckla nya organisatoriska lösningar för att utveckla samarbetet samt främja en helhetssyn på den äldre genom vård- och omsorgskedjan. Socialstyrelsen har anlitat Karolinska Institutet och dess Aging Research Center, KI/ARC för att i samverkan med Stiftelsen Äldrecentrum svara för en vetenskaplig utvärdering av såväl försöksverksamheter som nätverk. Denna lägesrapport bygger till stor del på KI/ARC:s rapportering 2013.

Flertalet försöksverksamheter är inriktade på att fördröja eller undvika att de mest sjuka äldre ska behöva uppsöka sjukhus för vård. Några har fokus på att säkra deras hemgång från sjukhusvård medan andra är inriktade på att förfinna metodiken för att de ska hamna på rätt vårdnivå.

Under 2013 har 17 projekt bedrivit verksamhet fullt ut. Två projekt har upphört: Järfälla och Östermalm. Av de tio samverkansnätverken har Hisam i Göteborg och Helga i Västerbotten redan tidigare upphört med sina verksamheter medan övriga nätverk alltjämt är aktiva.

Socialstyrelsen konstaterar att den omfattande satsningen hittills bedöms ha gett begränsade resultat generellt och nationellt. Oavsett detta är det värdefullt att de mest sjuka äldre satts i fokus genom försöksverksamheter och nätverk. Samtliga försöksverksamheter, liksom aktiviteterna i de regionala nätverken, har bidragit till en lokal verksamhetsutveckling på området enligt tillgänglig rapportering. En sådan utveckling ser Socialstyrelsen som angelägen och den kan genom olika informationsinsatser inspirera andra till verksamhetsutveckling som gynnar de mest sjuka äldre.

Åtta av de 19 försöksverksamheterna bedöms kunna ge mera generellt värdefulla resultat och har av KI/ARC valts ut för fördjupad analys. Men även om möjligheten till en vetenskaplig utvärdering inte alltid finns så kommer KI/ARC:s redovisning av alla försöksverksamheter och regionala nätverk att kunna fungera som lärorika och inspirerande exempel på genomförbara utvecklingsinsatser för vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

Bakgrund

Regeringen och Sveriges kommuner och Landsting (SKL) har träffat en överenskommelse om strukturerade insatser för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre (S2010/1130/ST). I enlighet med denna överenskommelse har SKL beviljat stimulansbidrag till 19 lokala och regionala projekt som under åren 2010 – 2013 bedriver försöksverksamheter för att utveckla insatserna för denna målgrupp.

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2010/1828/ST) att vetenskapligt utvärdera och följa upp dessa försöksverksamheter. I regeringsuppdraget ingår också att närmare granska tio redan etablerade samverkansnätverk på äldreområdet.

Socialstyrelsen ger årliga lägesrapporter till regeringen från den löpande utvärderingens resultat. Denna lägesrapport är den tredje i ordningen och speglar utvecklingen under främst 2013.

Försöksverksamheterna

I överenskommelsen med SKL konstaterade regeringen att nya integrerade vård- och omsorgslösningar behöver utvecklas för att tillgodose vård- och omsorgsbehoven för äldre med stora och sammansatta behov. Genom överenskommelsen ges de 19 lokalt och regionalt organiserade projekten möjlighet att ta del av de totalt 210 mnkr som finns avsatta för utvecklingsinsatser för åren 2010 – 2013.

Försöksverksamheterna ska stimulera:

- samverkan mellan huvudmännen med den äldre i centrum,
- utveckling av organisatoriska lösningar som bidrar till ett förbättrat samarbete
- ett helhetsperspektiv på den äldre genom vård- och omsorgskedjan.

Försöksverksamheterna har samordnats och organiserats på nationell nivå av SKL. Projektledarna för samtliga försöksverksamheter har träffats regelbundet i ett nationellt stödnätverk som samordnas av SKL och alla verksamheter avger också regelbundna lägesrapporter till SKL från utvecklingsarbetet. Utvärderingen av respektive försöksverksamhet är lokalt organiserad och görs ofta i samverkan med universitet eller lokal högskola. De lokala utvärderingarna är viktiga underlag för Karolinska Institutets åtagande att, på Socialstyrelsens uppdrag, svara för den samlade utvärderingen. Hösten 2013 lämnade respektive försöksverksamhet sin slutrapport till SKL.

Samverkansnätverken

I regeringsuppdraget till Socialstyrelsen ingår också att beskriva utvecklingen i de tio regionala samverkansnätverk som sedan tidigare finns runt om i

landet. Nätverken bedriver sin verksamhet i kommuner eller landsting utan nationell samordning eller finansiering och främjar samverkan mellan sjukvård och socialtjänst med den äldres bästa som mål. SKL följer utvecklingen i dessa nätverk, samordnar lägesrapporteringen och arrangerar möten med nätverkssamordnarna.

Redovisning av verksamheten 2013

I enlighet med sitt uppdrag lämnar KI/ARC årligen i mars en rapport till Socialstyrelsen från utvärderingen av de 19 försöksverksamheterna och de tio samverkansnätverken. Socialstyrelsen har tagit del av det kontinuerliga informationsutbytet under året mellan SKL och försöksverksamheternas projektledare. Socialstyrelsen har under året haft regelbundna möten med KI/ARC och Äldrecentrum där de fortlöpande resultaten från deras utvärdering presenterats och diskuterats. Alla nämnda informationskällor har använts som underlag i denna lägesrapportering.

Försöksverksamheternas utveckling

Två av försöksverksamheterna har upplösts. I försöksverksamheten Järfälla Inter Action genomfördes tre av fyra interventioner varefter leverantörsbyte av de äldrepsykiatriska insatserna i kommunen omöjliggjorde en fortsättning. Även försöksverksamheten Östermalm – Mobilt äldreteam har upphört med sin verksamhet pga. svårigheter att rekrytera deltagare till verksamheten. Övriga har under året bedrivit målinriktad verksamhet i enlighet med planeringen för respektive verksamhet.

En kortfattad beskrivning av samtliga försöksverksamheter, involverade professioner och verksamhet under året samt förväntade verksamhetsresultat finns i bilaga 1.

Urval av försöksverksamheter för fördjupade studier

I utvärderingen har KI/ARC i samförstånd med Socialstyrelsen valt ut åtta försöksverksamheter för att i ett andra steg utvärderas närmare. Dessa är:

Blekinge, Äldrelots

En äldrelots ger de äldre individuella råd och stöd, informerar och verkar för en samordning av huvudmännens insatser riktade till den enskilde äldre. Uppmärksammade brister överförs till berörd kommunal arbetsgrupp för åtgärder. Generella strukturbrister överförs till en länsgemensam referensgrupp.

Hägersten, Liljeholmen Bättre samverkan

Försöksverksamheten är inriktad på att utveckla en samverkansmodell. I projektet har förbättringsområden identifierats såsom rutiner för sjukhusbesök och läkemedelsanvändning. Förbättringsledare har utsetts som även ska ansvara för att implementera projektresultaten.

Norrköping, Dirigent finns

Äldremottagningen vid geriatrika kliniken tar ett helhetsansvar för den äldre även efter sjukhusvistelsen och koordinerar vården med äldreomsorgens insatser.

Skellefteå, Hopp

Ett teambaserat arbetssätt ger en sammanhållen vård för patienten. Teamets sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut och läkare gör planerade och akuta hembesök.

Trygg i Tyresö, TiT

Genom ett teambaserat arbetssätt får patienten en sammanhållen fortsatt vård i hemmet efter utskrivning från sjukhus. Teamet med sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut ger med läkarstöd insatser till de äldre i samverkan med hemtjänsten.

Uppsala, Mobilt hembesöksteam

Mobila hembesöksteamet med sjuksköterska och läkare gör hembesök hos äldre i Uppsala kommun dagtid måndag-fredag. Teamet ger råd till sjuksköterskor inom kommunal verksamhet och har möjlighet till direktinläggning på geriatrisk vårdavdelning på sjukhus.

Vännäs hemvårdscenter

I Vännäs samlokaliseras vård- och omsorgspersonal från såväl kommun som landsting i en gemensam hemvårdscentral vilket främjar ett integrerat arbetssätt. Dessutom skapas ett multiprofessionellt team och ett IT-baserat system införs för gemensam planering, kommunikation och dokumentation.

Västra Götaland, In och utskrivningsklar

Ett gemensamt styrdokument blir vägledande för alla rehabiliteringsinsatser i såväl kommun som närsjukvård. Förebyggande hembesök görs i samverkan och en mobil funktion med distriktsjuksköterska och allmänläkare skapas. Likaså skapas rutiner för direktinläggning av äldre på vårdavdelning.

Samverkansnätverkens utveckling

Två av nätverken har upphört med sin verksamhet: Nätverket Hisam i Göteborg ingår numera i försöksverksamheten Inskrivningsklar - utskrivningsklar patient. Nätverket Helga i Västerbotten är numera integrerat i försöksverksamheten Multi7.

En beskrivning av verksamhetsläget i samtliga samverkansnätverk finns i bilaga 2.

Åtta av de tio ursprungliga nätverken bedriver alltjämt verksamhet. Dessa är:

Esther i Vetlanda

Esther som är uppkallad efter en fiktiv äldre dam i Vetlanda med sammansatta behov som professionerna i nätverket tillgodoser med samordnade insatser. Metodiken att se tillvaron ur Esthers synvinkel har blivit modell för flera andra nätverk.

Hand i hand i Avesta/Hedemora

Hand i hand i Avesta/Hedemora som arena för gemensam verksamhetsplanering och uppföljning av samordnade insatser på äldreområdet såsom bildan-

det av multiprofessionella demensteam och gemensam samverkansplan på rehabiliteringsområdet.

Hilma i Örebro

Hilma i Örebro är inriktat på att förbättra den gemensamma vårdplaneringen och utveckla den patientrelaterade informationsöverföringen mellan huvudmännen.

Linnea i Kronoberg

Linnea i Kronoberg där projektgruppen varje år formar kommunala Linnea-grupper som tillsammans väljer förbättringsområde. Årets tema är att utveckla kvalitetsregistren i Senior Alert.

Nisse i Malmö

Nisse i Malmö med kontinuerliga möten för dialog mellan huvudmännen om hur verksamheten för målgruppen kan förbättras. Efter utvärdering har flera förslag från nätverket implementerats för tillämpning i hela Malmö.

Närvårdssamverkan i Västra Skaraborg

Närvårdssamverkan i Västra Skaraborg är ett förvaltningsintegrerat försök som berör alla professioner med inriktningen att utveckla samarbetet kring den äldre. Resultatet noteras bl.a. i förbättrad samverkan genom team i hemsjukvården och genom en nybildad enhet för palliativ vård.

Tiohundraprojektet i Norrtälje

Tiohundraprojektet i Norrtälje är förvaltningsintegrerat och bedrivs som ett försök där Tiohundraämnden tar ansvar för all sjukvård och äldreomsorg i kommunen.

Kersti i Falun

Kersti i Falun är aktivt på ledningsnivå för informationsutbyte mellan chefer på olika nivåer i huvudmännens verksamheter. Teamträffar med professionellt verksamma har däremot upphört pga. tidsbrist.

Socialstyrelsens kommentar

Sedan 2010 har KI/ARC inom ramen för sitt utvärderingsuppdrag fortlöpande följt försöksverksamheternas utveckling och har även kunnat bistå med förslag på lösningar på uppkomna problem och svårigheter. KI/ARC har inom sin organisation utsett särskilda kontaktpersoner som hållit fortlöpande kontakt med sina respektive projekt och även regelbundet träffat respektive projektledning. Detta har möjliggjort för KI/ARC att kunna få en flerårig detaljkunskap om respektive verksamhet. I KI/ARC:s lägesrapportering till Socialstyrelsen i mars 2013 konstateras att försöksverksamheterna i varierande grad utvecklats i enlighet med målsättningen för respektive verksamhet. Socialstyrelsens lägesrapportering visar att det fortfarande finns verksamheter som inte uppfyller sin målsättning efter uppemot tre års verksamhet.

Flertalet verksamheter har fokus på organisatoriska lösningar för en bättre vård och omsorg. I sin rapportering menar KI/ARC att det är tveksamt om de överlag varit framgångsrika, dvs. kunnat presentera positiva projekteffekter för målgruppen ifråga. Ett fåtal försöksverksamheter har dock levererat resultat i varierande omfattning som därefter implementerats i huvudmannens reguljära verksamhet och är i så måtto att betrakta som i vart fall lokalt framgångsrika.

Under 2013 kommer nästan samtliga försöksverksamheter att avsluta sin verksamhet som projekt, de allra flesta utan någon planerad fortsättning. Detta innebär visserligen inte att verksamheterna varit meningslösa – alla rapporterar positiva projekteffekter i varierande grad – men den eftersträvalade, samlade verksamhetsmodellen kan inte skönjas i KI/ARC:s delrapportering.

Några försöksverksamheter bedöms av KI/ARC ha särskilt goda möjligheter att generera en mera generaliserbar kunskap och är möjliga att utvärdera vetenskapligt. Åtta sådana verksamheter har valts ut för fördjupade studier vars resultat särskilt kommer att presenteras i utvärderingens slutrapport. Socialstyrelsen vill dock redan nu understryka uppdragets omfattning som innebär att KI/ARC ska utvärdera och vetenskapligt bedöma resultaten av utvecklingsarbetet i samtliga försöksverksamheter och nätverk. Detta gäller även dem som upplösts och dem som integrerats i annan verksamhet.

Socialstyrelsen konstaterar, utan att föregripa den kommande slutrapporten från utvärderingen, att den omfattande satsningen hittills verkar ha gett begränsade resultat när det gäller att stimulera en generell och nationell utveckling av vården och omsorgen för de mest sjuka äldre. Oavsett detta är det värdefullt att denna vård och omsorg hamnat i fokus genom försöksverksamheter och nätverk. Samtliga försöksverksamheter, liksom aktiviteterna i de regionala nätverken, har redan bidragit till en lokal verksamhetsutveckling på området, enligt vad som framgår av rapporteringen. En sådan utveckling ser Socialstyrelsen som angelägen och nödvändig. Genom olika informa-

tionsinsatser kan dessa resultat även inspirera andra till att utveckla verksamheten för målgruppen de mest sjuka äldre.

Om försöksverksamheter och nätverksarbete kommer att resultera i mera generaliserbar kunskap är i detta skede mera tveksamt och något som nogga bör behandlas i KI/ARC:s slutrapport i januari 2014.

KI/ARC:s kommentar till sin utvärdering

Endast ett fåtal projekt kan utvärderas vetenskapligt

Bland de 19 försöksverksamheterna har endast ett fåtal förutsättningar för en vetenskaplig utvärdering beträffande samverkan kring de mest sjuka äldre. Det är alltså bara detta fåtal som kan mäta och redovisa effekterna av sin intervention, vilket också gör det möjligt att diskutera resultatens generaliserbarhet. Dessa försöksverksamheter är organiserade så att det är möjligt att dra slutsatser om effekter för målgruppen av interventionen eller det nya arbetssättet. De kännetecknas också av att det fanns en plan för uppföljningen och utvärderingen redan från start. Vidare har dessa försöksverksamheter haft stöd av eller drivits av forskningskompetent personal. Dessutom har man kunnat inleda och genomföra försöksverksamheten som planerat utan större störningar.

Flera av de övriga försöksverksamheterna kan dock redovisa vissa resultat av sin intervention. Här finns emellertid ingen kontrollgrupp eller före – efter mätning vilket inneburit att det är svårt att bedöma effekten av själva försöksverksamheten. Däremot finns vissa möjligheter att relatera resultaten till patientadministrativa data när det gäller t.ex. patientflöden och vård- och omsorgskonsumtion i befolkningen. Ofta är interventionen beskriven på ett tydligt sätt och det finns vanligtvis också uppgifter om hur målgruppen upplevt intervention liksom hur personalens upplever det nya sättet att arbeta på.

För många försöksverksamheter är det dock svårt att utvärdera resultatet av arbetet. Vanligtvis har de prövat nya sätt att organisera omhändertagandet av de äldre för att förbättra samverkan kring de mest sjuka äldre. Här finns det ofta uppgifter om hur personal upplevt försöksverksamheten men oftast inga data från interventionsgruppen dvs. de äldre som är målgrupp för försöksverksamheten. En enkel förklaring till detta är att interventionsgruppen inte definierats närmare utan snarare inkluderat samtliga äldre som har kontakt med socialtjänsten och sjukvården samtidigt. Man kan därmed inte relatera resultaten av försöksverksamheterna till gruppen ”mest sjuka äldre”. Däremot kan projektledningen ofta redovisa vad man har gjort och även i flera avseenden visa hur man gått tillväga för att utveckla samverkan mellan vårdgivarna i vården och omsorgen om de äldre.

Flera av försöksverksamheterna har en ambitiös uppläggning med flera olika delarbeten eller delprojekt. I praktiken har man ofta inte hunnit genomföra alla planerade aktiviteter. I några projekt har man avvecklat delar av försöksverksamheten i förtid eller slagit samman delprojekt till ett enda.

Några försöksverksamheter har av olika skäl inte alls eller bara delvis genomfört det tänkta utvecklingsarbetet. Det har då handlat om betydande för-

seningar på grund av svårigheter att rekrytera personal eller problem med att omformulera beviljad projektmedelsansökan till en operationell projektplan. Jämfört med övriga försöksverksamheter har dessa verksamheter också drabbats av stora verksamhetsstörningar såsom personalomsättning och resursbrist under projektperioden.

Svårt att utvärdera samverkansnätverken vetenskapligt

Även nätverken är svåra att utvärdera vetenskapligt eftersom de inte utgör någon tydlig intervention eller försöksverksamhet. Nätverken kan i stället bäst beskrivas som lokala, informella strukturer för samverkan mellan sjukvård och socialtjänst med den äldres bästa som mål. De är alltså exempel på samverkanskulturer med syfte att underlätta samarbetet om den mest sjuka äldre. Exakt hur nätverken existens påverkar enskilda äldres situation kan man dock inte visa. Däremot vittnar personal som deltar i nätverken om att dessa har betydelse för samarbetet personal emellan.

Redovisning av nätverken visar på en skiftande grad av verksamhet. Två av dem har utvecklats till att bli en del av den formella organisationen medan andra nu har en låg aktivitetsnivå. Flertalet fortsätter sin verksamhet som tidigare. En slutsats är att nätverken kräver ett fortlöpande underhållsarbete för att bestå och utvecklas. Det krävs dessutom att de får gehör hos den ansvariga förvaltningsledningen.

Slutsats om försöksverksamheterna 2013

Sammanfattningsvis konstaterar utvärderarna att försöksverksamheterna har saknat en tydlig målgrupp när de planerats, organiserats och genomförts. Det har inte heller funnits någon tydlig beskrivning av vad interventionen eller försöket handlade om. I de flesta fall saknas en beskrivning av situationen före försöket liksom en uppföljning av resultaten.

I flertalet fall är det inte fråga om en försöksverksamhet med avsikten att pröva något nytt utan snarare om ett lokalt utvecklingsprojekt. Ofta har det handlat om utvecklingsbehov som redan var aktuella när möjligheterna att söka stimulansbidrag blev känd. Det lokala utvecklingsarbetet har i många fall varit ett sätt för huvudmännen att hantera konsekvenserna av omstruktureringar i verksamheterna. I praktiken har många försöksverksamheter varit ett sätt att tillgodose nödvändigt underhålls- och utvecklingsbehov i verksamheten och de har därmed underlättat det lokala utvecklingsarbetet.

Sammantaget konstaterar KI/ARC att försöksverksamheterna inte utformats så att resultaten kan utvärderas, helt enkelt eftersom detta inte varit det primära målet för den lokala försöksverksamheten. Lokalt har det istället handlat om att utveckla det man har istället för att pröva att ersätta det med något nytt.

I försöksverksamheterna har man arbetat med strategiska samverkansproblem i vården och omsorgen om de äldre, problem som kan ses som generella och vanligt förekommande i hela landet. Även om lösningarna bygger

på lokala förutsättningar så kan man utifrån försöksverksamheterna hitta intressanta erfarenheter och kunskaper som, anpassade till förutsättningarna i den egna verksamheten, skulle kunna prövas och utvärderas. Dessa erfarenheter kommer att sammanställas och redovisas tillsammans med resultaten av den vetenskapliga utvärderingen i uppdragets slutrapport.

Den fortsatta uppföljningen och utvärderingen

De 19 försöksverksamheterna

KI/ARC:s utvärdering går nu in i sin slutfas. Försöksverksamheterna lämnade i början av september sina slutrapporter till SKL och därefter vidtog arbetet med slutrapporten från uppdraget som den 31 januari 2014 lämnas till Socialstyrelsen. I slutfasen av sitt utvärderingsuppdrag kommer KI/ARC att särskilt följa hur försöksverksamheterna planerar att implementera projektfarenheterna i reguljär verksamhet. För varje försöksverksamhet görs också en sammanställning utifrån den checklista som använts under utvärderingsuppdraget.

I den aktuella rapporten från utvärderingen anger KI/ARC att flera av försöksverksamheterna, åtta av nitton, reviderat sin definition av innebörden i begreppet Mest sjuka äldre. Detta bekymrar utvärderarna och föranleder dem att i sin kommande slutrapport föra en diskussion om förekommande begrepp på området.

De 10 samverkansnätverken

Samtliga samverkansnätverk följs fram till och med hösten 2013 utifrån utarbetad checklista som därefter sammanställs och avrapporteras i slutrapporten.

Möjligheterna till en vetenskaplig utvärdering av de tio nätverken betecknas av KI/ARC som små, eftersom de inte utgör någon egentlig intervention eller försöksverksamhet. Exakt hur nätverkens existens och arbete påverkat enskilda äldres situation är svår att visa. Utvärderingen koncentreras istället på att beskriva och analysera nätverkens olika samarbetskulturer och att ge svar på frågeställningar om nätverkens roll som arenor för möten mellan vårdgivare och professioner, hur idéer som "föds på golvet" tas om hand och vilka faktorer som spelar in att vissa nätverk lever och andra tynar bort.

I utvärderingen kommer samverkansnätverket Esther att särskilt studeras utifrån tillgängliga data. Esther är det äldsta av "syskonnätverken" och är förebild för flera av de övriga nätverken i utvärderingen. Esther är ett av de nätverk som fungerar på flera nivåer i huvudmännens organisationer och bedrivs numera också i permanent form i den reguljära vård- och omsorgsverksamheten.

Bilagor

Bilaga 1: Sammanställning försöksverksamheter

Bilaga 2: Sammanställning nätverk

Bilaga 1: Sammanställning försöksverksamheter

Blekinge, Äldres bästa, äldrelots

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen har anpassats till Socialstyrelsens nya, reviderade definition och inkluderar äldre personer som själva eller genom ombud kontaktat äldrelotsen samt äldre som identifieras via SKL:s projekt Webbkollen (personer > 65 år som blir oplanerat återinskrivs i slutenvården inom 30 dagar). En grupp som inkluderas framöver är de som skrivs ut från slutenvården och som kontaktas per telefon inom tre dygn från utskrivningen (Webbkollen hemma).

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

På individnivå i linje med projektansökan: den äldre erbjuds en lots som ger individuellt anpassat stöd men ej vård eller omsorg. Lotsens individuella stöd kan ha en samordningsfunktion genom att vara delaktig i vårdplanering, säkerställa informationsöverföring och uppföljning av vård- och omsorg samt fokusera på hälsofrämjande insatser för såväl individ som anhöriga. Uppgiften är att öka den äldres trygghet, självbestämmande och att bidra till att den äldre får rätt och samordnad vård och omsorg. Lotsen tillhör projektgruppen men är fristående från den reguljära verksamheten. På strukturnivå i enlighet med projektansökan: i referensgrupp i varje kommun lyfts förbättringsområden som lotsarna identifierat och dokumenterat för den aktuella målgruppen.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid start?

Samma struktur som från start. En heltids projektledare, cirka 10 lotsar (antalet har växlat något), lokala referensgrupper i varje kommun. Ledningsgrupp på länsnivå. Projektägare är Blekinge Kompetenscentrum.

Vilka typer av resultat samlas in?

I samarbete med Blekinge tekniska högskola, BTH pågår insamling av såväl kvantitativa som kvalitativa data. I fyra delstudier följs äldrelotsfunktionen med särskilt fokus på äldrelotsarnas erfarenheter, de äldres och deras närståendes upplevelser av funktionen samt funktionens betydelse för kontinuiteten i vården och omsorgen.

Kommentar

Projektet är ett försök att via erfarenheter från enskilda individers situation lyfta förbättringsområden till ledningsnivå via lotsar. Projektet arbetar systematiskt med att testa en modell för lots/case manager. Utmaningen är hur verksamheten ska finansieras efter projekttiden och att visa lotsens betydelse.

Hägersten - Liljeholmen, Bättre samverkan

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Definitionen ändrades i maj 2012 till: Invånare i Hägersten – Liljeholmen, 65 år eller äldre med hemtjänst i ordinärt boende och/eller avlösning/växelvård samt minst 2 slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna och/eller omfattande hemsjukvård. Utöver den kvantitativa definitionen kan individer inkluderas i målgruppen utifrån bedömning av projektets aktörer i dialog.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Interventionen följer plan, är dock kraftigt försenad och utgår från 8 identifierade problemområden där gemensamma rutiner utarbetats: 1. Individanpassad vård och samverkan utifrån teamsamverkan. 2. Förebyggande arbete. 3. Rutin vid försämring av den äldres tillstånd. 4. Specialspår för den äldre på akutmottagning. 5. Återgång från akutmottagning eller vårdavdelning till hemmet. 6. Förstärkt läkemedelshantering. 7. Gemensam uppföljning. 8. Fast kontakt (coach).

Vilka driver interventionen idag? Skiljer den sig från projektstart?

Förändringsledarna och projektledaren driver interventionen som följer planerad struktur. Alla delar i den planerade interventionen kommer inte helt att hinnas med.

Vilka typer av resultat samlas in?

Baslinjemätning genomförd 2011. Månadsvis uppföljning av slutenvårdstillfällen, antal hembesök och av vem samt antal individer som uppfyller målgruppskriterierna. Kvartalsvisa intervjuer med brukare och enkäter till personal. Medical Management Centrum vid KI gör en utvärdering som inriktas på att dokumentera tillämpningen av de rutiner som tagits fram i projektet med de fyra vårdcentralerna som observationsenheter.

Kommentar

Syftet är att långsiktigt och varaktigt förbättra samverkan. Målet är alla samordnade insatser ska utgå från den äldre och dennes hemsituation. LEAN-modellen används för att skapa struktur och tydlighet i arbetet. Projektet ger en bild av hur komplicerat samarbetet är med många olika aktörer och personal involverade och i en storstad med relativt stor personalomsättning och med språksvårigheter. Här finns i princip alla utmaningar/svårigheter representerade. Projektet är mycket omfattande och skulle behövt mer tid.

Järfälla, Inter Action

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Försöksverksamheten upphörde våren 2013 sedan Järfälla kommun bytt utförare inom psykiatrin. Intill dess hade verksamheten samma målgrupp som vid projektstart: äldre personer, +65 år med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. Den äldre skulle vara patient hos äldrepsykiatriska teamet vid psykiatrin nordväst på Karolinska sjukhuset. Patienten skulle också bo inom äldrepsykiatriska teamets upptagningsområde. Patienter i Järfälla kommun prioriterades

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Interventionen gjordes i fyra olika delprojekt. 1: Inom äldrepsykiatrin utvecklades en modell för integrerad vård med e-hälsotjänster i samarbete med Action Caring. 2: Inom ramen för Action – tjänsten utvecklades kunskapsprogram efter målgruppens behov. 3: Äldreomsorgens biståndsbedömning utvecklades med insatser utifrån målgruppens behov. 4: Genom multi-professionella team utvecklades en modell för samverkan mellan kommun och landsting. Interventionen avslutades i mars 2013.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer den sig från projektstart?

Ny projektledare sommaren 2012 som drivit projektet tillsammans med projektgruppen. Delprojekt 1 och 2 är genomförda men kan inte användas då kommunen avslutat leverans av Action Care tjänsterna. Delprojekt 4 fullföljs inte då Landstinget upphandlat ny utförare inom psykiatrin fr.o.m. september 2013.

Vilka typer av resultat samlas in?

Synpunkter i fokusgrupper. Intervjuer med äldre. Kartläggning av antal äldre med psykisk funktionsnedsättning. Metodbeskrivning av biståndshandläggarnas bedömningskriterier.

Kommentar

Projektet mötte tidigt problem, bl.a. bristande förankring hos nytillträdde chefer som inte varit med i planering och projektstart. Den tillämpade teammodellen utvecklades i och med ny utförare inom psykiatrin. Oklart om e-hälsotjänsterna kommer att bli kvar då samarbetet med Action Caring avslutats. Kunskapsprogrammen kommer inte att kunna användas i nuvarande form eftersom de är framtagna via Action Caring. I delprojekt 3 har biståndsenheten kartlagt gruppen äldre med psykisk funktionsnedsättning (patienter med diagnos) och har i samarbete med socialpsykiatrin utarbetat kriterier för bedömningsinstrumentet som framöver kommer att användas vid bedömning.

Kronoberg, Samordning för Linnéa

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen är oförändrad: de mest sjuka äldre som har en komplex problembild som ingen enskild verksamhet inom vård och omsorg ensam kan hantera. Personal kan hänvisa till verksamheten och "Linnéa" dvs. den äldre kan själv ta kontakt. Bäst träffsäkerhet är när personal hänvisat "Linnea". Själv tycker hon inte att hon är "mest sjuk äldre". Olika försök har gjorts att identifiera "Linnéor". I ett delprojekt användes landstingets ACG-system (ersättningssystem efter vårdtyngd) vilket visade sig inte fungera.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Interventionen har två delar: en individuell för att se till att de Linnéor som behöver får en lots. Lotsen är vanligtvis någon i den personal som ger henne vård och omsorg och någon som Linnéa känner förtroende för. Lotsens uppgift är att ge vård- och omsorg men även att hålla samman alla vård- och omsorgskontakter. Hittills har 45 personer fått en lots. Den andra delen i interventionen är strukturell: att se vilka problem som möter Linnéa och att i de team som finns i varje kommun söka lösningar för hennes del.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Projektledarna (två på halvtid) leder projektet. I varje kommun finns en processledare, i de mindre kommunerna på 25 %, i Ljungby 50 % och i Växjö 100 % (två som delar tjänst). Deras roll är att samordna arbetet i teamet, vara vägen in för frågor som aktualiseras och föra förslag om förbättringar vidare. Teamen är en samverkanskanal där olika professioner från båda huvudmännen möts.

Vilka typer av resultat samlas in?

FoU Kronoberg har fram till 31 december 2012 samlat in material i form av projektredovisningar, dagböcker, intervjuer med 16 äldre, fokusgrupper med processledare och team. Statistiskt underlag har samlats in kontinuerligt.

Kommentar

Projektet bör ha förutsättningar att kunna leva vidare i de delar som synes mest livskraftiga: I form av lokala team som är en mötesplats för vårdgivare och huvudmän där problem kan fångas upp och lösningar dryftas. En förutsättning är att huvudmännen gemensamt kan finna former för att finansiera en samordnande kraft/processledare, vilket idag är osäkert. Det andra är att fortsätta arbetet med att tydliggöra vem i personalen kring Linnea som ska ha den samordnande rollen som lots. Inom projektet finns arbetsbeskrivning för lotsen, dennes mandat och hur lotsen utses.

Malå, För Malåbons bästa

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Inga förändringar i målgruppsdefinitionen: ”65 år eller äldre inskrivna i Prator dvs. personer som varit inskrivna på sjukhus eller vårdavdelning och där bedömts ha behov av vårdinsatser från kommun och eller landsting”.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Förändringar har gjorts från den ursprungliga projektplanen:

1. Sammanslagning av sjukstugan och vård- och omsorgsboendet. Verksamheten är numera permanent.
2. Arbetsinnehållet för demensteamet har omarbetats och anpassats till en organisation utan tillgång till fast läkartjänst. Den nya modellen bygger på att distriktssköterskorna får ta ett större ansvar och handleds av läkare i Umeå via bildtelefoni.
3. Palliativa temat har inte rekryterat personal och verksamheten har ännu inte startat.
4. Telemedicin (”doktor kommer hem”) har avslutats på grund av tekniska svårigheter: många personer i målgruppen saknar fast bredbandsanslutning och Norrlands inland har fortfarande stora brister vad gäller täckning och hastighet för mobilt bredband).

Vilka driver projektet idag?

Projektet drivs av projektledaren och projektgruppen.

Vilka typer av resultat samlas in?

Ekonomiska effekter av sammanslagningen av sjukstuga och äldreboende kartläggs. De äldres och personalens upplevelser av sammanslagningen av sjukstugan och vård- och omsorgsboendet inventeras.

Kommentar

Projektet visar hur mindre orter kan samarbeta över huvudmannagränserna för att bibehålla akutsjukvård på orten samt reducera kostnader för båda huvudmännen genom samlokalisering och personaloptimering. Bristen på tillgång till fast läkare påverkar all vård och omsorg i kommunen. Interventionen riktar sig i praktiken inte enbart till den angivna målgruppen, utan riktar sig även till personer som inte varit inskrivna i Prator såsom de som får insatser från demensteamet och bor på vård- och omsorgsboende.

Norrköping, Dirigent finns

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Oförändrad: Äldre över 75 år med tre eller fler slutenvårdstillfällen de senaste 12 månaderna med diagnoser från tre eller flera huvuddiagnosgrupper enligt ICD 10 och bosatta i eget boende i Norrköpings kommun.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Den geriatriska mottagningen på Norrköpings sjukhus och dess team tar ett helhetsansvar för sjukvården för de som ingår i målgruppen. Teamet ser också till att vården koordineras med kommunens äldreomsorg. Teamets olika personalkategorier gör hembesök och tar också emot de äldre på mottagningen för undersökning och vård på vardagar under dagtid.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Lika som vid start. Projektledaren med projektorganisation driver interventionen.

Vilka typer av resultat samlas in?

Registerdata rörande vård- och omsorgsutnyttjande som, sjukhusvård, läkar-kontakter, särskilt boende, hemtjänst. Läkemedelsgenomgångar, överlevnad, livskvalitet samt patientens erfarenheter av kontakten med vården och omsorgen.

Kommentar

Utvärderingen baseras på före- och eftermätningar. Dessutom kan man inom projektet med hjälp av externa forskningsmedel jämföra resultaten av interventionen med en randomiserad kontrollgrupp, (RCT). Framtiden för verksamheten är osäker pga. finansieringsproblem.

Rengsjö, Äldrecentrum i Rengsjö

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Projektet har i dagsläget två målgrupper: De förebyggande insatserna riktar sig till samtliga 65+ i Rengsjö/Växbo och stödinsatserna riktar sig till alla 75+ som av hälsoskäl inte kan åka till hälsocentralen i Bollnäs för vård.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Projektet har idag tre huvudsakliga interventioner:

1. Förebyggande aktiviteter (olika friskvårds- och fritidsaktiviteter samt utbildning av hemtjänstpersonal i vardagsrehabilitering).
2. Stödåtgärder (mobilisering av resurser, t.ex. distriktssköterskemottagning, läkarkontakt och sjukgymnast).

3. Samverkan (utvecklat en modell för samverkan mellan primärvård och hemtjänst för gemensam bedömning och vårdplanering, samt utvecklat arbetet med dokumentation och genomförandeplaner).

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Projektledaren driver projektet tillsammans med en projektgrupp med distriktsjuksköterska anhängstödjare, områdeschef, rehabiliteringsassistent samt företrädare för fyra frivilligorganisationer. Vid projektets start var planen att interventionen förebyggande aktiviteter skulle skötas av de äldre själva efter projektets slut. Erfarenheter visar att de behöver hjälp varför anhängstödjaren ägnar 20 procent av arbetstiden åt förebyggande aktiviteter. Ny utförare inom primärvården och därmed ny projektägare sedan projektstart.

Vilka typer av resultat samlas in?

Projektet utvärderas av FoU Valfärd Region Gävleborg. En delstudie 2011 baserades på en enkät (159 personer) med syfte att ge en nulägesbild av målgruppens kännedom om projektet, hälsoläge, kontakter med vård och omsorg, social tillvaro, trygghet, motionsvanor etc. Resultatet har använts i utvecklingsarbetet. Uppföljning av enkäten sker under 2013. Fokusgrupp med personalen för att få deras perspektiv på det nya arbetssättet. Därutöver har hälsoekonomiska resultat från projektet samlats in hösten 2011 och våren 2012 med planerad uppföljning.

Kommentar

Projektet står som modell för ändrat huvudmannaskap för hemsjukvården. Genom projektet har huvudmännens personal lärt känna sin äldre befolkning. Finns oro för vad som händer när projektet tar slut. Rengsjö ligger i avfolkningsbygd och kommer att få ännu fler äldre. Frivilliginsatser kommer att vara viktiga, men frivilligheten får inte bli tvingande.

Skellefteå, HOPP

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Inga förändringar. Målgrupp: patienter med verifierad hjärtsvikt enligt European Society of Cardiology samt minst ett av inklusionskriterierna: viktnedgång, låg livskvalitet, aktuell behandling av ansvarig läkare, förväntad livslängd mindre än ett år. Det finns även ett antal exklusionskriterier.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Inga förändringar har gjorts men inom ramen för forskningsstudien tar HOPP-teamet under 2013 in ytterligare patienter med andra diagnoser i syfte att pröva om arbetssättet kan utvidgas till andra diagnosgrupper. Genom ett teambaserat arbetssätt ges en sammanhållen vård för patienten. Teamet består av sjuksköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, läkare med palliativ

kompetens. En kardiolog träffar patienten vid in- resp. utskrivning. Övriga professioner gör planerade och akuta hembesök. Teamet arbetar proaktivt för att patienten istället för sjukhusvård ska kunna vårdas hemmet dygnet runt genom planerade och akuta insatser. Teamet träffas varannan vecka för genomgång av samtliga inskrivna patienter. Genom professionernas kompetens och patientkännedom kan en god bedömning av social situation och medicinskt tillstånd göras.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Inga förändringar. Forskningsprojektet drivs av forskningsledaren och deltagarna i teamet.

Vilka typer av resultat samlas in?

Projektets effekt på patienters symtomlindring, livskvalitet, ADL och överlevnad. Antal slutenvårdstillfällen jämförs mellan grupperna. Effekter på vårdkvalitet ur patienters och närståendes perspektiv analyseras liksom närståendes upplevelse av belastning.

Kommentar

Det utarbetade arbetssättet fungerar väl för målgruppen och är troligen också möjligt att utvidga till andra patientgrupper. Teamet har ett begränsat samarbete med primärvården men har ambitionen att få en utvecklat konsulterande roll till dess personal. Finns behov att förbättra informationsöverföringen mellan teamet och hemtjänsten.

Skåne, Patientprocess Skåne

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen var från början definierad med hjälp av ACG, en metodik som används i Region Skåne för att gruppera patienterna efter sjuklighetsmönster med hänsyn till alla diagnoser liksom sjukdomarnas allvarsgrad, varaktighet och krav på vårdresurser. Öväntat många av de utvalda patienterna var inte kända av primärvården eller av kommunens hemsjukvård varför projektgruppen då valde att temporärt identifiera de mest sjuka äldre genom att välja 25 personer i särskilt boende och 25 i ordinärt boende med insatser från både kommun och primärvård. Nuvarande målgruppsdefinition: Personer > 65 år som är i behov av en Samordnad Individuell Vård-och OmsorgsPlan (VOPS).

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Interventionen är oförändrad. Projektet arbetar med patientprocessteam om 5-10 personer med personal från primärvård, kommun och sjukhus. Varje team har en patientprocessansvarig (PPA) med ansvar att driva utvecklingen med fokus på slutresultatet för patienten. Teamen arbetar med att skapa

strukturer och rutiner för att möta patientens behov. Centralt är att utforma en gemensam vård- och omsorgsplan (VOPS) för alla aktuella patienter.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Region Skåne och Kommunförbundet i Skåne är projektägare. Projektgruppen driver projektet och består av representanter från de två huvudmännen. Interventionen är densamma som vid projektstart.

Vilka typer av resultat samlas in?

Olika slags data såsom medicinska uppgifter om omhändertagande och mått på upplevd livskvalitet insamlas kontinuerligt. Osäkerhet råder om hur projektet ska utvärderas och vilka resultatmått som ska användas. Det har varit svårt att hitta ett bra instrument för att mäta patienttrygghet. EQ5D används för att mäta ADL-oberoende och livskvalitet. De processmått man avser använda i utvärdering är registerdata såsom antal slutenvårdstillfällen, antal slutenvårdsdagar, antal återinläggningar inom 14 dagar, mångbesökare på akutmottagning samt antalet VOPS och planerade hembesök.

Kommentar

Projektgruppen ser att ledningskraftsteam kommer att göra det möjligt att implementera och starta ca 30 nya patientprocessteam i Skåne. Positivt är att de processmått som använts även används i SKL:s äldresatsning där t.ex. undvikbar slutenvård och återinläggning inom 30 dagar följs upp. Osäkert om man kan utvärdera om interventionen lett till önskade slutresultat för patienten. Region Skåne försöker styra upp arbetet via ekonomiska incitament.

Södra Älvsborg, Tryggve

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Projektets målgrupp är multisjuka eller multiviktande och har inte ändrats sedan starten. Multisjuk definieras som en person >75 år med minst tre diagnoser och med minst tre oplanerade läkarkontakter under det senaste året. Multiviktande är en person med en eller flera diagnoser, med nedsatt rörlighet och ork som bedöms vara i behov av rehabilitering eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Sammantaget gäller för patienterna att de har en skör och snabbt föränderlig livssituation och är i behov av återkommande omprövning av vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatser.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

De planerade åtgärderna har följts enligt plan: när en patient bedömts tillhöra målgruppen kontaktas denne av en sjuksköterska som informerar om möjligheten att bli en TryggVe patient. Om patienten är positiv så görs en utredning/screening på följande sex områden: 1. Kartläggning av vad som skapar trygghet för patienten. 2. Psykisk ohälsa, utredning av områdena depression,

ångest, demens och riskbruk. 3. Läkemedel. 4. Nutrition och risk för undernäring. 5. Identifiera nedsatt aktivitets- och funktionsförmåga och rehabiliteringsbehov. 6. Prevention och riskbedömning för trycksår och fall. Utredningen görs där patientens hälsosituation uppmärksammas dvs. på sjukhus, vårdcentral eller inom den kommunala hemsjukvården.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från start?

Huvudprojektledaren och delprojektledarna driver projektet. Huvudprojektledaren och en av delprojektledarna har bytts ut under projektet.

Vilka typer av resultat samlas in?

FoU Sjuhärad gör utvärderingen som består av sju olika delstudier.

Projektledningen samlar in uppgift om registrerade TryggVE patienter, genomförda screeningar och liknande samt kartlägger TryggVE-patienternas sjukvårdskonsumtion.

Kommentar

Det utgår ingen ersättning till primärvården för de aktiviteter som ingår i projektet, t.ex. att göra screeningar. En svårighet är att huvudmännen har olika dokumentationssystem. En möjlig förbättring är om vårdplaneringssystemet Klara SVPL i framtiden kan ha en TryggVE modul.

Trygg i Tyresö

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen för interventionen är äldre Tyresöbor som har behov av en period av fortsatt rehabilitering, medicinsk vård och omsorg i hemmet efter utskrivning från Handen-geriatriken eller kommunalt korttidsboende. I allt väsentligt har definitionen varit densamma under projektiden.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Projektet fokuserar på att stödja äldre personers hemgång efter sjukhusvistelse. Efter ett vårdplaneringsmöte skrivs den äldre in i Trygg i Tyresö (TiT). Ett mottagningsmöte med hemtjänst, arbetsterapeut, sjukgymnast och sjuksköterska från teamet sker direkt efter inskrivning. Tillsammans görs en genomförandeplan och mål sätts upp för vistelsetiden i TiT. En kontinuerlig dialog och uppföljning sker tillsammans med den äldre och dennes närstående under hela inskrivningstiden. Ett utskrivningsmöte för uppföljning och utvärdering avslutar interventionen och sker hemma hos den äldre tillsammans med den äldre och dennes närstående samt distriktssköterska. I allt väsentligt är interventionen densamma i dag som när projektet startade.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Arbetet drivs nu, liksom tidigare, av projektgruppen/teamet som har sin bas på sjukhuset i mycket nära samarbete med kommunens äldreomsorg. Metodikerna är oförändrad över tid.

Vilka typer av resultat samlas in?

TiT- projektet kan redovisa data över tid om de som deltagit i projektet, liksom intervjuer med brukare och anhöriga. Uppgifter om den äldres situation tre månader efter utskrivning från projektet har också samlats in. Intervjuer med centrala aktörer och vårdgrannar, administrativa data, uppgifter om betalningsansvar och vissa ekonomiska data etc.

Kommentar

Största värdet av TiT är att man lyckats skapa den trygghet som krävs för att motivera ofta svårt sjuka äldre att återgå hem efter sjukhusvistelse. Tillsammans med hemtjänsten kan teamet erbjuda trygghet som består av kompetens och kontinuitet i insatsen. En viktig del av projektet och för ett lyckat resultat är den vårdplanering som sker när den äldre kommit hem. Detta ger ett ökat inflytande för den äldre när insatserna styrs utifrån vad de äldre och de anhöriga anser vara viktigast, inte utifrån vad vårdens företrädare tycker.

Umeå, Multi7

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen idag: Personer > 65 år med behov av vård och/eller omsorg enligt något av följande kriterier: 1. Personer som varit inlagd eller besökt akutmottagningen > 3 gånger inom sex månader (identifieras via Västerbottens läns landsting uppföljningssystem) 2. Inskrivna i hemsjukvård. 3. Riskindikatorer som personal inom hemtjänst, på hälsocentraler och inom slutenvården uppmärksammar såsom fallrisk, risk för trycksår, risk för undernäring, dålig munhälsa, social svikt, signal från närstående, nytillkommen urin- eller avföringsinkontinens, återinläggning inom 30 dagar, > 10 läkemedel inkl. olämpliga läkemedel och vid behovsmediciner. 4. Ny brukare med omvårdnadsinsats och/eller matleverans.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Interventionen är ett standardiserat vårdprogram som erbjuds ett urval ur målgruppen (alla kan inte tas in pga. resursbrist). Distriktssköterskan på hälsocentral erbjuder ett hembesök, ev. tillsammans med hemtjänsten.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Interventionen drivs av Hälsocentralen i samarbete med hemtjänst och MAVA (medicinsk akutvårdsavdelning på sjukhuset). En sjuksköterska på Backens Hälsocentral är spindeln i nätet, skapar kontakt med den äldre och kopplar vid behov in andra vårdgivare. Från projektstart fanns sju områden att arbeta med på en mer allmän nivå. Det som kallas för ”Multi7 konceptet” i nuläget fastställdes senare under projektet. Finns inga skillnader vad gäller aktörer i projektet mellan projektstart och nuläge.

Vilka typer av resultat samlas in?

Beskrivning av målgruppen t.ex. andel med omsorgsinsats och målgruppens vårdkonsumtion. Kvalitetsindikatorer enligt Multi7 t.ex. antal personer med fast vårdkontakt bedömda enligt Senior alert, insatta åtgärder vid risk etc. Intervjuer med sex äldre om upplevelsen av vården/omsorgen. Fokusgruppin-
tervjuer med personal.

Kommentar

I projektet finns mål såsom trygga välinformerade brukare/patienter och närstående samt god kvalitet på sjukvårds- och omsorgsinsatserna. En välfungerande samordning mellan vårdgivare kopplat till en framtagna intervention, som parterna inom projektet är överens om, bidrar till att nå målen. Alla som uppfyller kriterierna för målgruppen får i praktiken inte del av Multi7 p.g.a. resursbrist. I praktiken görs mycket få hembesök av läkare – en kombination av tidsbrist och ovana anges som orsaker. Privata hemtjänstutförare är inte involverade i Multi7. Farhåga: kommer man att kunna arbeta efter Multi7-modellen utan att tillföra mer resurser?

Uppsala - Mobilt hemvårdsteam

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen har utökats vid ett flertal tillfällen under projektiden och är idag: Sjuka äldre 65+ i ordinärt boende som har insatser från kommunens utförare (hemtjänst och/eller hemsjukvård) och som insjuknar akut kan efter bedömning av kommunens sjuksköterska tillkalla Mobila hembesöksteamet (MHT). Vårdtagaren (den äldre) som inte kan uppsöka vårdcentralen akut ska alltså inte skickas till sjukhuset innan MHT kontaktats såvida tillståndet inte är akut. Även personer som kontaktat ambulans eller sjukvårdsrådgivning inkluderas. Personer med akuta behov i särskilt boende. Patienter på två vårdcentraler i akuta ärenden.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Projektet följer planerad intervention. Hembesök, rådgivning till distriktssköterskor/ sjuksköterskor i kommunala verksamheter, direktinläggning till geriatriken samt direktutskrivning från akuten på Akademiska sjukhuset. Informationsspridning om Mobila teamets funktion och verksamhet. F.n. uppdrag att ta fram förslag hur ett Mobilt hembesöksteam kan organiseras efter 2013.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Projektledare driver projektet med den ursprungliga projektorganisationen

Vilka typer av resultat samlas in?

Omfattande data om teamets arbete som t.ex. antal bedömningar, tidsåtgång, telefonrådgivning etc. Kvalitativa data såsom de äldres erfarenheter och uppfattning liksom sjuksköterskornas erfarenheter och upplevelser. Statistik över

antalet personer (65+ boende i ordinärt boende i Uppsala kommun) som kommer in till akuten. Ekonomiska jämförelsedata.

Kommentar

Projektet har provat sig fram för att hitta olika "ingångsvägar" till personer som annars med stor sannolikhet skulle åkt till akuten alternativt inte kunnat ta sig till vårdcentralen. Vägen in till hembesöksteamet går oftast via kommunala sjuksköterskor alternativt via ambulanssjuksköterskorna. Därmed riskerar hembesöksteamet att åka till "fel målgrupp". Pga. neddragningar av antalet platser på Geriatriken har direktinläggningarna på Akademiska sjukhuset inte fungerat som planerat enligt projektansökan.

Vännäs, Hemvårds Center

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

De ursprungliga målgrupperna står fast: 1. Personer som är 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom 2. Kroniskt sjuka äldre; 3. Äldre personer med risk; 4. Alla äldre personer i Vännäs generellt (proaktivt och primärpreventivt arbete).

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Projektet har tre interventioner: 1, Skapa och utveckla en gemensam hemvårdscentral i Vännäs genom samlokalisering av aktörer från hemtjänst och hemsjukvård. 2. ROS- möten (rehabilitering och samverkan) varje vardagsmorgon, ca 30 min, där samtliga professioner är representerade som ett multiprofessionellt team. En gång i veckan medverkar även läkare; 3. Utveckling av gemensamt IT-baserat system för planering, kommunikation och dokumentation samt tekniska lösningar kopplat till detta (t.ex. larm, lås och medicinskåp).

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Projektledaren tillsammans med en operativ ledningsgrupp. Operativa arbetsgrupper där samtliga yrkeskategorier är representerade. Därutöver finns en styrgrupp där nyckelpersoner från kommun och landsting ingår

Vilka typer av resultat samlas in?

I maj 2011 genomfördes en före-mätning av den psykosociala arbetsmiljön (enkät) av Umeå universitet och resultaten presenterades i en C-uppsats. Uppföljningen pågår. Våren 2011 genomfördes en patient-/brukarundersökning (enkät) i samarbete med Memeologen. Därutöver omfattande informationsunderlag som t.ex. läkemedelsanvändning/hantering, riskbedömningar, återinläggningar, telefonmätningar och ärendeflöden.

Kommentar

Den fysiska samlokaliseringen har delvis suddat ut huvudmannagränserna. ROS-mötet, som är navet i projektet, har enligt samtliga fungerat bra. En förklaring är att Vännäs är en liten ort och att det därför gått relativt snabbt att lära känna varandra och att få en samsyn på verksamheten. Telefonsamtal har ersatts av fysiska möten. Projektet har fått tveksamma medarbetare i olika yrkesgrupper att pröva nya IT- tekniklösningarna. Många, inklusive politikerna, ser vinster med systemen. En farhåga är dock vad som händer efter projektperioden och när hemsjukvården har kommunaliserats

Västra Götaland, Inskrivningsklar – utskrivningsklar patient

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Idag: "Personer 65 år och äldre som söker vård och omsorgstjänster från primärvård, kommun och sjukvård". Initialt personer 75 år och äldre men ändrades till 65 år i enlighet med socialstyrelsens definition.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Varje kommun eller stadsdel utgör ett s.k. Nosamområde (Närområdessamverkan). En projektledare och sex processtödjare stödjer arbetet med att utveckla en obruten vårdkedja. Ursprunget i interventionen var att ta fram styrdokument för samverkansarbetet, genomföra gemensamma förebyggande hembesök, bilda en mobil funktion med distriktssköterska/ distriktsläkare samt ta fram rutin för direktinläggning på sjukhus. Denna rutin är framtagen och i bruk. Skillnaden från start är främst att det nya hälso- och sjukvårdsavtalet innebär att separata avtal sluts mellan kommunernas hemsjukvård och primärvården vilket omöjliggör planerna på en gemensam mobil funktion.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Processtödjarna och arbetsgrupperna. Projektledaren leder projektet. Projektplanen följs men de olika Nosamområdena har kommit olika långt och prioriterat olika förbättringsområden.

Vilka typer av resultat samlas in?

De externa utvärderarna har beskrivit implementeringsprocessen. I projektet samlas olika registerdata från slutenvård, primärvård och kommun. Resultat kommer inte att kunna redovisas under projekttiden.

Kommentar

Projektet fokuserar på både in och utskrivning vilket är ett intressant helhetsgrepp. Erfarenheter tas till vara från det tidigare HiSam-projektet. Ett kreativt klimat i grupperna och de samverkande parterna ser fördelar med att samverka med fokus på den äldre. Projektet började samtidigt som Göteborgs stad omorganiserades vilket innebar att det inte fanns tid att tillräckligt för-

ankra projektet före projektstart. Vårdvalet har försvårat och projekttiden är kort för ett så omfattande projekt - förändringar tar tid.

Örebro, ViSAM

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Sedan projektstart och alltjämt definieras de mest sjuka äldre som ”Personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samverkan mellan kommun – primärvård och slutenvård”. Projektet riktar sig till berörda vårdgivare oavsett huvudman.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Sedan start fokus på processen i sin helhet gällande vårdplanering och informationsöverföring. Målet är att ta fram en länsövergripande modell för ökad samverkan mellan huvudmännen och ökad möjlighet till delaktighet för patient/brukare. Projektet ska ta fram riktlinjer för samverkan och konkreta hjälpmedel för vårdplanering och informationsöverföring. Under projekttiden prövas: 1. Samordnad individuell plan (SIP). 2. Instrument för beslutsstöd för sjuksköterskor i kommunal äldreomsorg. 3. Samordnad planering vid utskrivning. Projektet har avgränsats i förhållande till ursprunglig projektplan som innehöll fler problemområden.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Arbetet genomförs av den projektgrupp som rekryterades i samband med projektstart. Samma projektledare sedan projektstart. Två av de fem ursprungliga gruppmedlemmarna har slutat och ersatts med nya.

Vilka typer av resultat samlas in?

Data som samlas in kommer från tester av hur personalen använder och uppfattar de instrument/hjälpmedel som projektet tar fram. Sedan start hävdar projektgruppen att eventuella effekter inte kan ses förrän modellen börjar användas. När detta sker så tror man att viss baseline-data kan tas fram och användas i en utvärdering; exempelvis antal inläggningar, det skriftliga innehållet i vårdplaneringarna, avvikelser i läkemedelshantering etc.

Kommentar

Plan för utvärdering av måluppfyllelsen saknas alltjämt vilket försvårar en bedömning av arbetets effekter och generaliserbarhet. Samtidigt ser det idag ut som om projektets ambition att ta fram en samlad modell för länets samverkansarbete kring personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg kommer att lyckas. När så sker så finns redan en fungerande organisation på såväl politisk nivå som på chefstjänstemannanivå för stöd i implementeringen som även kommer att inkludera SKL:s ”Ledningskraftssatsning”.

Örkelljunga, Örkelljungamodellen

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Inga förändringar i målgruppsdefinitionen som inkluderar alla patienter i hemsjukvården. Beslut om hemsjukvård görs enligt tröskelprincipen dvs. patienter som kan ta sig till vårdcentralen själv eller med assistans/ledsagare exkluderas.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Att skapa en gemensam integrerad IT-baserad individuell vårdplan mellan kommunens hemsjukvård och Region Skånes utförare samt möjliggöra vårdval enligt Lagen om valfrihetssystem, LOV. Interventionen implementeras under 2013.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Drivande är främst verksamhetschefen för hemsjukvården i Örkelljunga kommun samt projektledarna. Region Skåne och Örkelljunga kommun delar projektledarskapet med en projektledare vardera.

Vilka typer av resultat samlas in?

Planen att beskriva hur kontakten mellan vårdgivarna fungerar för tre olika patientgrupper kunde inte genomföras då brukarna var för sköra - ingen tackade ja till att delta. Istället avser utvärderingen att beskriva de indirekta effekterna för brukarna genom intervjuer med hälso- och sjukvårdspersonal, projektägare samt projektledarna. Den lokala utvärderingen förväntas vara klar under 2013.

Kommentar

Brister i kommunikationen mellan ingående parter (Örkelljunga kommun och Region Skåne) har försvårat och försenat projektet. Det pågår flera parallella projekt i Region Skåne som syftar till att förbättra samordningen kring de mest sjuka äldre. Bättre samordning mellan dessa projekt och Örkelljunga-projektet skulle ha gynnat utvecklingsarbetet. Då primärvårdens dokumentationssystem PMO försenats kommer Örkelljungamodellen (Given) att i ett första skede enbart användas av hemsjukvården i kommunen. Förhoppningsvis ska primärvården börja använda Örkelljungamodellen under 2014. Inom ramen för projektet har samarbetet med Nationell Patient Översikt (NPÖ) utvecklats.

Örnsköldsvik, De mest sjuka äldre

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Målgruppen är alla personer 65 år och äldre i Örnsköldsvik. Målgruppen har varit densamma under hela projektiden.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Den ursprungliga strukturen har förändrats under arbetets gång och av de fyra delprojekten/aktiviteterna återstår två delprojekt: ett projekt är avslutat, två har slagits samman och ytterligare ett delprojekt ligger utanför försöksverksamhetens ram och mandat (vårdplatser på sjukhuset). Nya aktiviteter har också tillkommit under arbetets gång.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från det som planerades vid projektstart?

Arbetet drivs nu liksom tidigare av projektgruppen som har sin bas på sjukhuset och i nära samarbete med kommunens äldreomsorg och företrädare för primärvården.

Vilka typer av resultat samlas in?

Eftersom interventionen/förändringsarbetet har innefattat en rad olika delarbeten som syftar till att förbättra omhändertagandet och målgruppen för hela den äldre befolkningen, har inga specifika data samlats in rörande effekter av förändringsarbetet. Vissa data, t.ex. väntetider på akuten etc., finns dock insamlade för andra syften. Likaså finns tillgång till patientadministrativa data. Vidare kan man redovisa hur projektet har resulterat i förändrade rutiner och processer i omhändertagandet av de äldre.

Kommentar

Projektets huvudresultat är introduktionen av ett system för proaktiv vårdplanering i hemvården (och i särskilt boende på sikt), den s.k. Hälsodagboken som successivt kommer att introduceras i hemtjänsten och i den kommunala hemsjukvården. En ny rutin som utvecklats i projektet är att äldre personer som behöver hjälp hem efter besöket på akutmottagningen får stöd av en vårdplaneringssköterska.

Östermalm – Mobilt äldreteam

Hur ser målgruppsdefinitionen ut idag och hur skiljer den sig från projektstart?

Försöksverksamheten har idag upphört. Inledningsvis tillämpades Socialstyrelsens (2011) definition: Personer 65 år och äldre med omfattande sjukvårdsinsatser enl. HSL och/eller omfattande insatser enl. SoL/LSS (minst 25 tim/mån). Det visade sig dock vara svårt att hitta de äldre varför definitionen reviderades till att inkludera alla äldre 65 + boende på Östermalm.

Vad består interventionen av idag och hur skiljer den sig från det som planerades vid projektstart?

Anställda Vård- och omsorgssamordnare (VoO) med huvuduppgift att stödja äldre/anhöriga per telefon eller vid hembesök med stödjande samtal samt kontakt och samordning av vård och omsorgsinsatser från olika vårdgivare. Under 2013 har brev skickats till 20 pensionärer i veckan med information om äldreomsorgen och med informationsbroschyren om mobilt äldreteam

Östermalm. Inom ramen för projektet om samverkan ordnades utbildningsdagar kring de mest sjuka äldre där distriktsjuksköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer (både kommunala och privata) m fl. deltog.

Vilka driver interventionen idag? Skiljer det sig från projektstart?

Verksamheten är idag nedlagd i brist på deltagare. Tidigare svarade Vård- och omsorgssamordnarna tillsammans med projektledaren för interventionen.

Vilka typer av resultat samlas in?

I november 2012 reviderades projektmålen. Samtliga effektmål inriktade på att utvärdera hälsorelaterad livskvalitet, trygghetsupplevelse samt vård- och omsorgskonsumtion har tagits bort. Huvudsaklig orsak är att det framkommit att sådan registrering inte är juridiskt försvarbar inom ramen för försöksverksamheten. Därefter protokollfördes uppgifter för kartläggning av de äldres behov i enlighet med projektmålen. Uppgifter som samlades in var bland annat kontaktväg till teamet, motiv/behov, ålder, kön, civilstånd, utbildning, sjukdomar och besvär, kognition, motorik, nutrition, hälsoprofil.

Kommentar

Projektet är idag avslutat pga. svårigheter att hitta deltagare. I projektet framkom en mångfald av olika bakomliggande orsaker till varför personer är i behov av/söker hjälp inom hälso- och sjukvård samt äldreomsorg. De mest sjuka äldre är långt ifrån en homogen grupp. 130 personer har kontaktat mobila teamet årligen. Det var en svår process att göra projektet känt. Rollen som Vård- och omsorgssamordnare var oklar och innehavarna fick ingen seriös introduktion i arbetet.

Bilaga 2. Sammanställning nätverk

Esther i Vetlanda

Existerar nätverket idag

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Att det finns en nätverksamordnare, en tydlig idé och många bärare av idén. Esther är en person, inte en anonym brukare/klient/patient.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Styrgrupp med chefer från landstinget och förvaltningschefer från kommunerna (Andersgruppen). Ledningsgrupp. Nätverkssamordnare (heltid och finansierad av landstinget). Esthercoacher.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Ja

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Alla professioner ingår och de har olika mötesarenor, som t.ex. gemensam strategidag, Esthercafé, projektgrupper, Esthercoachernas utbildningar och nätverk, virtuellt nätverk och Facebook.

Finns konkreta exempel på goda resultat? Vilka är effekterna för de äldre?

Nej konkreta resultat finns inte men man har redovisat vad man gjort: Estherkulturen – att sträva efter att i det individuella mötet liksom när olika vårdgivare samverkar alltid konkret sätta Esther i centrum. Kontaktnät som stöd och hjälp liksom möten med andra professioner gör att man ser möjligheterna på "hemmaplan". Gemensamma möten för att planera t.ex. sommar- och juledigheter. Möjlighet att konsultera utsedda läkare inom medicin, kirurgi och ortopedi.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Det finns en tydlig vilja hos ledning i landsting och kommuner att bibehålla såväl kultur som aktiviteter och att finansiera samordnaren. Hindren är ekonomin, top-downstyrning och fragmentisering genom att fler olika aktörer involveras genom vårdval och kundval.

Hand i hand i Avesta/Hedemora kommuner

Existerar nätverket idag?

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Ömsesidigt engagemang från både landstinget och kommunerna. God mötesstruktur och arbetsordning som efterlevs av parterna. God förankring politiskt och i huvudmännens förvaltningsledningar. Hand i hand är ett begrepp som det talas om i olika sammanhang när beslut ska fattas som rör äldre.

Vem håller i trådarna" för nätverket idag?

Styrgrupp och stabsgrupp håller i nätverket.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Nätverket har en stabil roll och funktion och arbetet är prioriterat.

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Styrgrupp: resultatenhetschef för Avesta kommun, förvaltningschef för Hedemora kommun och verksamhetschef för hälso- och sjukvården i södra dalarna. Stabsgrupp: Verksamhetschefer, utvecklingschefer, områdeschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor. Man träffas i workshops och processdagar med representanter för olika professioner från berörda kommuner och verksamheter.

Finns konkreta exempel på goda resultat? Vilka är effekterna för de äldre?

Årligen anges ett antal mål i nätverkets verksamhetsplan som sedan följs upp i nätverkets verksamhetsberättelse. Ex: gemensam samverkansplan och kompetensutvecklingsplan inom demensområdet. Bildande av multi-professionella demensteam. Gemensam samverkansplan på rehab-området. Gemensam satsning på SBAR för struktur på kommunikationen i vården. S= situation, B= bakgrund, A=aktuellt tillstånd och R= rekommendation.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

I dagsläget är styrgruppen överens om att nätverket är värdefullt och ska fortsätta. Ett bra stöd är den struktur och den arbetsplan som tydliggör nätverkets sätt att arbeta. Likaså att parterna årligen tillsammans tar fram en verksamhetsplan och en verksamhetsberättelse för nätverket.

Helga i Västerbotten

Existerar nätverket idag?

Nej, beslut togs våren 2012 i samverkansorganet HÖK med representanter från både kommun och landsting i Västerbotten att lägga ned nätverket. Parterna var eniga. Ambitionen är att försöka behålla framtagna Helga-rutiner. Inom vissa enheter finns förhoppning om att "Helga-synsättet" ska leva kvar.

Om nätverket lagts ned, varför har det skett?

I huvudsak framförs två huvudskäl till nedläggningen: 1. Man lyckades aldrig att förankra Helga-konceptet inom alla berörda delar av hälso- och sjukvården och äldreomsorgen. Särskilt svårt var det inom primärvården och slutenvården. 2. Begreppsförvirring om för vem Helga-rutinerna skulle gälla. Konceptet blev otydligt och svårt att tillämpa. I fortsättningen finns planer på att arbeta enligt Multi 7 som utarbetas i Umeå men ännu är inga formella beslut fattade.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

(inget svar)

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

(inget svar)

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

(inget svar)

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Nej, men i rapport från arbetsgruppen 2011 anges vad man gjort:

- Särskilda Helga-rutiner för säker och trygg övergång mellan vårdgivare.
- Vårdplaneringsteam på sjukhus för stöd till patienter, närstående och personal i utskrivningen
- Ökad förståelse mellan verksamheter genom att Helgaombuden (ambassadörer för rutiner och synsätt) under en dag fick auskultera i annan verksamhet.

Nätverket är nedlagt men projektledaren hoppas att erfarenheter tas till vara i försöksverksamheten Multi 7.

Hilma i Örebro

Existerar nätverket idag?

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Från start och alltså finns eldsjälar som ser arbetet som angeläget. Samverkansarbetet är förankrat såväl på politisk som på tjänstemannanivå. Nätverket har ingen egen budget men nätverket, bestående av personal från Universitetssjukhuset i Örebro, USÖ och de fem kommunerna, är införstådda med att

samverkansarbetet ingår i arbetsuppgiften och att var och en svarar för sin kostnadsandel för denna samverkan.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Nätverket består av 14 medlemmar som representerar de fem deltagande kommunerna; Askersund, Hallsberg, Kumla, Lekeberg och Örebro samt Universitetssjukhuset i Örebro.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Ja, såväl på politisk som på tjänstemannanivå.

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

I nätverket finns distriktssköterska från Askersund kommun, områdeschef från Hallsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) och undersköterska från Kumla, MAS från Lekeberg. Örebro kommun representeras av områdeschef, MAS och utbildningsledare. Sjukhuset representeras av två överläkare, bitr. avdelningschef, ambulanschef, undersköterska och bitr. områdeschef. Gruppen träffas cirka 4 ggr per år.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Tidigare år har nätverket initierat och genomfört utbildningar för drygt 1900 personer och vårdplaneringsteam har startats på USÖ. Fokus har varit att förbättra vårdplanering och överföring av patientinformation mellan huvudmännens verksamheter, vilket nätverket verkar ha påverkat positivt. Dock finns inga utvärderingar kring specifika effekter för de äldre. Målgruppen för Hilmas arbete är inte definierad.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Arbetet i nätverket är idag "avvaktande". Gruppen träffas men man avvaktar SKL:s satsningar på bl.a. Ledningskraft och på det pågående arbetet i Vi-SAM – projektet. Under 2012 genomfördes inga utbildningssatsningar och inga nya Hilma-ambassadörer utbildades vilket kan försämra "Hilma-andan".

Hisam i Göteborg

Existerar nätverket idag?

Nej, nätverket avvecklades december 2010

Om nätverket lagts ned, varför har det skett?

Hisam var ett nätverk för Hisingens sex stadsdelar. Göteborgsregionen beslöt 2010 att införa Hisam-projektets modeller i hela LG-området (Göteborg stad samt fyra kranskommuner). Samtidigt gjordes en omorganisation av Göteborgs stad som innebar att antalet stadsdelsnämnder reducerades från 13 till

10. Samverkan byggs nu upp på nytt i In- och Utskrivningsprojektet i Västra Götaland där processtödjare finns tillgängliga för utvecklingen.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

(inget svar)

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

(inget svar)

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

(inget svar)

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Hisam uppvisade goda resultat men det gjordes ingen extern utvärdering. Flera data hade säkert kunnat samlas in för att utläsa fler effekter än deltagarna upplevde och rapporterade om.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Nätverket är avvecklat men erfarenheterna tas tillvara i försöksverksamheten Inskrivningsklar och utskrivningsklar patient.

Kersti i Falun

Existerar nätverket idag?

Aktivt på ledningsnivå.

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Nätverket har behållit sin mötesstruktur: det finns en politisk nivå och två chefsnivåer. Teamträffarna med de olika yrkeskategorierna i det dagliga arbetet har däremot upphört. Orsaken är återbud från flera deltagare vid varje träff och tidsbrist då träffarna inte gick att prioritera på grund av hög arbetsbelastning.

Om nätverket lagts ned, varför har det skett?

Nätverket går på "sparlåga". Orsak sägs vara vårdval, kundval och omorganisationer som stört arbetet i nätverket. Kommunens hemtjänst har också dragits med ett stort underskott och inom landstinget har effektiviseringar skett. I och med kommunaliseringen försvann också kopplingen till primärvården då distriktssjuksköterskorna numera är kommunalt anställda.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Ingen, men kontakterna fortsätter mellan huvudmännen via politiker och chefer i reguljära de möten som fortfarande hålls på samverkanstemat.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Ja

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Politiker och chefer träffas 2 ggr/år.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Inget som följs upp idag, men exempel på frågor som behandlats är avvikelser av gemensam karaktär, läkarrollen inför kommunaliseringen samt vården och omsorgen om personer med demenssjukdom.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Det finns ingen strategi för hur Kersti ska utvecklas till sitt ursprung men företrädarna för primärvården och kommunen tycker att Kersti är värd att satsa på. Förhoppningsvis fortsätter arbetet i de olika grupperna och att teamträffarna återuppväcks.

Linnéa i Kronoberg

Existerar nätverket idag?

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Att det är etablerat och har en projektgrupp där det ingår även chefspersoner, t.ex. centrumchefen för medicinklinikerna (ordförande) och att Linneabegreppet är inarbetat.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Projektgruppen med representanter från båda huvudmännen och från olika professioner.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Det är känt och respekterat. Linnea har blivit ett begrepp.

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Alla professioner. Varje år formar projektgruppen nya Linneagrupper kommunvis som efter intervju med var sin Linnéa väljer område för sitt förbättringsprojekt. Idag bedriver Linnéa 7 (dvs. sjunde årgången) verksamhet. Detta år är huvudfokus på kvalitetsregistren, främst Senior Alert, vilket innebär att det främst har varit deltagare från kommunerna.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Att arbeta in Linnea som begrepp – att se individen. Att nätverken skapar arenor för möten och fortsatta kontakter. Alla nätverksgrupperna (hittills med just avslutade Linnea 7 cirka 60 grupper) har arbetat fram förbättringsförslag, som om de visat sig funktionella implementerats lokalt eller för hela länet. Utmaningen har varit att få förändringarna att bestå i reguljär verksamhet.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Att det fortsätter att finnas en projektgrupp med representanter som har mandat och är drivande. Hittills har projektgruppen klarat av att förnya sig själv.

Nisse i Malmö

Existerar nätverket idag?

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Nisse-nätverket har en plattform för kontinuerliga möten där en dialog förs hur de kan förbättra villkoren för målgruppen.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Nätverket är indelat i geografiska områden med tillhörande stadsdelar i Malmö, husläkarmottagningar och en utsedd avdelning på medicinkliniken. Respektive område beslutar själva hur dialogen och mötesstrukturen ska se ut. Varje område har ambassadörer från respektive part, (slutenvården, kommunen och husläkarmottagningarna). När och hur ambassadörerna träffas varierar mellan områdena.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Ja

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Medicinkliniken: läkare och sjuksköterskor; Malmö kommun: verksamhetschefer och distriktssköterskor; Primärvården: Läkare. Hur ofta och vilka som träffas varierar mellan områdena.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Nätverket utvärderades i liten skala innan det implementerades i hela Malmö kommun. Utvärderingen visade att direktinläggning har lett till upplevd ökad trygghet hos patienterna. Målgruppen slipper sitta och vänta på akutmottagningen. Arbetssättet har medfört: kortare vårdtider, minskade väntetider på akutmottagningen, bättre rutiner för vårdplanering, större upplevd trygghet

och tillfredsställelse hos patienten, bättre vårdkvalitet och ökad patientsäkerhet samt förbättrad kommunikation och informationsöverföring.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Det skiljer sig hur utvecklat arbetssättet är mellan de geografiska områdena. De områden som ingick i pilotprojektet (avd. 2, västra innerstaden och två husläkarmottagningar) har ett väl utvecklat arbetssätt. Övriga områden behöver utveckla sitt arbetssätt. Idéer finns om tydligare ledningsbeslut och rutiner för att markera vikten av nätverket såsom tydligare ekonomisk styrning från politiskt håll och satsning på övergripande träffar för ambassadörerna för att stärka dem i deras arbete.

Närvårdsamverkan i Västra Skaraborg

Existerar nätverket idag?

Ja

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

Starkt politiskt stöd i de sex kommuner som ingår.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Projektet har en ledningsorganisation och olika samverkansgrupper som regelbundet träffas enligt den modell som skapades för 10 år sedan. Tre koordinatörer (från kommun, primärvård resp. slutenvård) samordnar aktiviteterna. Deltagarna i de olika samverkansgrupperna träffar regelbundet ansvariga politiker för avstämning.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Ja, mycket väl.

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Samverkan berör alla professioner som finns inom kommunerna och i landstinget. Regelbundna träffar.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

Ja, bättre fungerande samverkan runt den äldre genom teamet som utför hemsjukvården. Sedan två år tillbaka finns också en enhet för palliativ vård.

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver? Vilket stöd krävs?

Satsning görs på att förebygga ohälsa hos äldre. Samverkan har ett gott stöd i de organisationer som ingår. Sparbeting och införande av LOV kan försvåra det arbete som nu görs.

TioHundraprojektet i Norrtälje

Existerar nätverket idag?

Ja, förlängd projekttid 2013-2015 med vissa förändringar: TioHundranämnden har bytt namn till Sjukvårds- och omsorgsnämnden och dess förvaltning har blivit mer integrerad med Norrtälje kommun. TioHundra lever kvar i det gemensamt ägda vårdbolaget TioHundra AB.

Om nätverket existerar, vilka faktorer har främjat fortlevnaden?

En ambition i Norrtälje kommun att behålla den gemensamma nämnden. Förhoppningsvis kan den utvärdering som gjordes hösten 2011 bidra till detta.

Vem "håller i trådarna" för nätverket idag?

Landstinget tillsätter från årsskiftet 2012/13 en majoritet i nämnden, sex ledamöter, kommunen fem. Landstinget har ordförandeskapet.

Är nätverket tydligt förankrat på ledningsnivå hos involverade huvudmän?

Projektet är välförankrat i Norrtälje kommun: ekonomiadministrationen sköts av kommunen, hemsidan ligger på kommunens webbplats, kommundirektören är chef för nämndens förvaltningschef. Förankringen hos landstinget har varit svajig och bidrog till att slutligt beslut om förlängd projekttid inte togs förrän i nov/dec 2012. Nu har dock landstinget tagit ett större politiskt ansvar.

Vilka professioner ingår i nätverket och hur ofta träffas man?

Nämnden har ansvar för all sjukvård och omsorg. Kommunen har dock beslutat om en översyn av gränsdragningen mellan kommunens socialtjänst resp. sjukvård- och omsorgsnämndens ansvar för socialpsykiatri och LSS.

Finns konkreta exempel på goda resultat, vilka är effekterna för de äldre?

I Äldrecentrums rapport 2012:1 redovisas konkreta resultat: utformningen av kundvalet (hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering som en helhet), generell förstärkning av geriatriken som fått en tydligare roll i närsjukvården, processen kring utskrivning från sjukhuset samt Vårdplanering i hemmet (IVOP).

Hur ska nätverket säkras/utvecklas framöver och med vilket stöd?

TioHundranämnden har ny ordförande och ny förvaltningschef, och TioHundra AB har en tf. chef. Kundvalet har införts fullt ut 2012. Vad detta kan innebära för samverkanskulturen är osäkert.