

Försöksverksamheter och samverkansnätverk för de mest sjuka äldre

Slutrapport 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 2014-5-4
Publicerad www.socialstyrelsen.se, maj 2014

Förord

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) träffade 2010 en överenskommelse om strukturerade insatser för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Med inriktningen att stimulera en lokal och regional verksamhetsutveckling för att förbättra den sammanhållna vården och omsorgen om målgruppen och i enlighet med överenskommelsen, har SKL beviljat stimulansbidrag till 19 försöksverksamheter som under tre år bedrivit ett riktat utvecklingsarbete för denna grupp äldre runt om i landet. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att svara för en extern vetenskaplig utvärdering och uppföljning av försöksverksamheterna. I uppdraget ingår också att följa upp och utvärdera tio redan etablerade regionala samverkansnätverk på äldreområdet. Socialstyrelsen har uppdragit åt Karolinska Institutet (KI) och Aging Research Center (ARC) tillsammans med stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC) att bistå med den vetenskapliga utvärderingen. Professor Mats Thorslund, KI, har varit vetenskaplig ledare och Lisbeth Hagman, ÄC, har varit ansvarig projektledare för utvärderingen och slutrapporten. KI:s utvärdering finns i bilaga 1 och författarna svarar själva för innehållet.

För Socialstyrelsens slutredovisning av försöksverksamheterna och samverkansnätverken svarar utredare Malin Bruce (projektledare) och Mårten Wirén (expert). Ansvarig enhetschef är Eva Wallin. Detta är Socialstyrelsens slutrapport från utvärderingsuppdraget.

Lars-Erik Holm
Generaldirektör

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Ett fåtal kan redovisa positiva effekter.....	7
Försök med tydlig målgrupp lyckas bäst	7
Uppdraget	9
Tillämpade begrepp	9
Den externa utvärderingens resultat och slutsatser	12
Intressanta förslag på förbättringar	12
Första linjens sjukvård fungerar dåligt.....	13
Anhörigperspektiv saknas	13
Modeller behöver utvecklas	13
Slutsatser	13
Socialstyrelsens kommentarer	14
Teambaserat arbetssätt framgångsrikt.....	15
Ett ojämnt engagemang hos huvudmännen	15
Få generaliserbara resultat.....	16
Referenser	18
Bilaga 1 KI/ARC:s och ÄC:s slutrapport från utvärderingen	19

Sammanfattning

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har haft regeringens uppdrag att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Utvecklingsarbetet bedrevs i 19 regionala och lokala försöksverksamheter runt om i landet. För åren 2010–2013 avsatte regeringen totalt 210 mnkr för ändamålet. Därutöver finns 10 redan etablerade samverkansnätverk för strukturerade utvecklingsinsatser för samma målgrupp.

Ambitionen med försöksverksamheterna har av regeringen uttryckts som att de ska öka samverkan mellan huvudmännen med den äldre i centrum, utveckla nya organisatoriska lösningar för att främja samarbetet samt främja en helhetslösning för den äldre genom vård- och omsorgskedjan. Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att svara för en vetenskaplig utvärdering av såväl försöksverksamheter som samverkansnätverk. Socialstyrelsen har anlitat Karolinska Institutet (KI) och dess Aging Research Center (ARC) för att tillsammans med Stiftelsen Äldrecentrum (ÄC) svara för den samlade vetenskapliga utvärderingen. Denna slutrapport bygger på KI/ARC:s slutrapport från sitt utvärderingsuppdrag (se bilaga 1).

Ett fåtal kan redovisa positiva effekter

Utvärderingen visar att endast ett fåtal försöksverksamheter kan redovisa positiva effekter för de äldre av sin intervention. De försöksverksamheter som riktat sina insatser till en definierad och avgränsad målgrupp är de som bäst kunnat redovisa mer eller mindre säkra resultat och effekter för de äldre, såsom att den självskattade livskvaliteten upplevs ha ökat, i viss mån även överlevnaden samt att antalet vårdtillfällen på sjukhus minskat. Trots avsaknaden överlag av generaliserbara resultat menar KI/ARC att flera av försöksverksamheterna kan tjäna som goda exempel för andra. Det kan då handla om samlokalisering av verksamheter för målgruppen, mobila team, rutiner för samordnad vårdplan, äldrelotsar, rutiner för en säkrare vårdkedja genom vård- och omsorgssystemet etc.

Såväl försöksverksamheter som nätverk har stimulerat en förändring som sätter den mest sjuka äldres bästa framför huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen. Detta har skett genom möten mellan personal med olika kompetens, ansvarsområden, engagemang och kunskap.

Försök med tydlig målgrupp lyckas bäst

Utvärderarna konstaterar att de försöksverksamheter som lyckats bäst är de som haft en tydlig och avgränsad målgrupp för sitt arbete. De menar också att sjukvårdens insatser fungerar bäst när de koordineras av olika team som i sin tur på individnivå samordnas med socialtjänstens insatser. Därigenom kan en samordnad, flexibel, kunskapsbaserad och tillgänglig vård och omsorg erbjudas den mest sjuka äldre.

Socialstyrelsen konstaterar att den omfattande satsningen på fleråriga försöksverksamheter endast gett ett begränsat antal exempel på interventioner vars resultat kunnat säkerställas vetenskapligt, och som omsatta i praktisk verksamhet påtagligt och nationellt skulle kunna bidra till att utveckla vården och omsorgen för de äldre. Av dessa försöksverksamheter kan det teambase-
rade arbetssättet med rätt bemanning ha en nationell utvecklingspotential för målgruppen. Utvärderingen visar att arbetet i försöksverksamheterna hade underlättats om målgruppen tidigt definierats och försökens inriktning, konkreta och lokala målsättning i ett tidigt skede klarlagts och att huvudmännen mer aktivt bidragit till att ge verksamheten legitimitet och tillräckligt mandat.

I utvärderingen av försöksverksamheterna beskrivs att det saknas förutsättningar för att värdera hur träffsäkra interventionerna varit, vilket är nödvändigt för att kunna beskriva effekter av interventionerna med en kvantitativ ansats. Endast två av de 19 försöksverksamheterna var direkt utformade för kvantitativ analys, såsom jämförelse med grupp utan interventionen och en mätning före respektive efter interventionen. Socialstyrelsen anser att flera av försöksverksamheterna skulle kunna ha uppvisat överförbara resultat och förändringar för personal, verksamhet och kanske även för de äldre, om utvärderarna också använt en tydligare kvalitativ ansats och analys i utvärderingen.

Uppdraget

Regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting träffade 2010 en överenskommelse om strukturerade insatser för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre (S2010/1130/ST). Regeringen bedömde att nya integrerade vård- och omsorgslösningar behövde utvecklas för att tillgodose vård- och omsorgsbehoven för äldre med stora och sammansatta behov. Dessa äldre personer behöver ofta insatser från såväl kommunens äldreomsorg som landstingens hälso- och sjukvård. Ambitionen var att kunna erbjuda dem en sammanhållen vård och omsorg. Regeringen avsatte totalt 210 mnkr för utvecklingsinsatser under åren 2010–2013.

Utifrån överenskommelsen med regeringen utlyste SKL möjligheten för kommuner och landsting att gemensamt ansöka om utvecklingsstöd för försöksverksamheter på temat *Förbättringsarbete med den äldre i centrum*. Totalt 19 försöksverksamheter beviljades av SKL bidrag för riktade utvecklingsinsatser.

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

Socialstyrelsen har uppdragit åt Karolinska Institutet (KI) och dess Aging Research Center (ARC) att tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC) svara för den samlade utvärderingen. Målsättningen för utvärderingsuppdraget var att få fram generaliserbara resultat som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera till en nationell utveckling inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. I februari 2014 lämnade KI/ARC sin slutrapport (se bilaga 1) till Socialstyrelsen. Utvärderingen har undersökt värdet av verksamheten, om den uppnått sin målsättning och om den varit till nytta för den aktuella målgruppen, i detta fall de mest sjuka äldre.

I den här rapporten avrapporterar Socialstyrelsen resultat och slutsatser till regeringen från utvärderingsuppdraget.

Tillämpade begrepp

Vilka är de mest sjuka äldre?

Enligt Socialstyrelsens avgränsning är de mest sjuka äldre personer 65 år och äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom [1]. På grund av sin funktionsnedsättning är de i behov av omfattande sjukvård och omsorg. Vårdbehovet bygger på historiska registerdata i form av antalet inskrivningar och vårddagar i somatisk specialiserad slutenvård respektive specialiserad öppenvård. Ett omfattande omsorgsbehov beskrivs som beslut om permanent särskilt boende, korttidsboende eller beslut om minst 25 hemtjänsttimmar per månad.

I inbjudan till kommuner och landsting att ansöka om stimulansbidrag för försöksverksamheter definierade SKL målgruppen mest sjuka äldre som ”människor i hög ålder som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare eller verksamheter både inom kommunen och landstinget” [2].

Vad är en försöksverksamhet?

Förutsättningarna och villkoren för att få ta del av det statliga stimulansbidraget, som bedömdes och beviljades av SKL, var att försöksverksamheterna skulle bedriva ett förbättringsarbete med den äldre i centrum och utifrån ett helhetsperspektiv. Försöksverksamheterna skulle enligt SKL:s inbjudan till ansökan ”utgå från de mest sjuka äldres behov av samordnade insatser med höga krav på kvalitet och kontinuitet samt överblick och sammanhang för den enskilde. En viktig målsättning är att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand. De mest sjuka äldre är människor som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare eller verksamheter både inom kommun och landsting”.

Som exempel på försöksverksamhet nämnde SKL processorienterade förbättringsmodeller som Lean-modellen, genombrottsmetodiken och dialogseminariemetoden.

Andra exempel beskrevs som ”organisatoriska lösningar som bidrar till ett bättre samarbete mellan kommuner och landsting: uppbyggnad av gemensamma centrumbildningar, samverkan i gemensamma nämnder, äldrevårdscentraler, verksamheter för palliativ vård, gemensam ingång till vården, samlokaliserade eller samfinansierade verksamheter och övriga verksamheter som främjar en sammanhållen vård”.

Ett tredje exempel av en försöksverksamhet är en verksamhet som har ett helhetsperspektiv på vård- och omsorgskedjan, som omfattar flera huvudmän och utförare (kommun eller landsting, idéburna eller enskilda verksamheter) och som utgår från uppföljning av individens fysiska, psykiska, sociala behov, nödvändig kompetens och optimal personalkontinuitet. Försöksverksamheter kan också utveckla och pröva förslag på adekvat vägledning för äldre bl.a. i form av ”äldrelots”, utveckla ett ökat socialt innehåll, ett salutogent perspektiv samt ta fram modeller för bättre tillgång till avancerad vård och omsorg i hemmet.

Några konkreta villkor för stimulansbidrag som angavs var att försöksverksamheten skulle bedrivas i nära samarbete mellan flera vårdgivare, att ansökan var politiskt förankrad och att den inkluderade en beskrivning av hur försöksverksamheten skulle följas upp och utvärderas. Huruvida de olika försöken i realiteten var försöksverksamheter är en fråga för den vetenskapliga utvärderingen att besvara.

Vad karaktäriserar ett samverkansnätverk?

I regeringsuppdraget till Socialstyrelsen ingår också att beskriva utvecklingen i de tio regionala samverkansnätverk på äldreområdet som sedan tidigare finns etablerade runt om i landet. Nätverken bedriver sin verksamhet i kommuner eller landsting utan nationell samordning eller finansiering och främ-

jar samverkan mellan sjukvård och socialtjänst med den äldres bästa som mål.

Flertalet av de tio nätverken har etablerats som resultat av enskilda eldsjälars insatser för att diskutera och åtgärda upplevda problem i samspelet kring den äldre, inte sällan i gränslandet mellan somatisk korttidsvård och mera öppna omsorgsformer. Inbördes är nätverken olika men en gemensam uppgift för dem alla är att skapa arenor där personal från olika vård- och omsorgsgivare kan mötas för mer eller mindre formella verksamhetsrelaterade diskussioner.

Den externa utvärderingens resultat och slutsatser

KI/ARC har under hela försökstiden följt försöksverksamheterna och nätverken genom besök, intervjuer samt tagit del av rapporter och de lokala utvärderingarna. Åtta försöksverksamheter bedömdes vara lämpliga för fördjupad utvärdering. Inom ramen för uppdraget har KI/ARC tagit fram en kunskapsöversikt och tagit del av internationella erfarenheter som kan belysa de svenska försöken.

Resultatet av utvärderingen visar att endast ett fåtal försöksverksamheter har kunnat redovisa effekter för de äldre eller om försöksverksamheten medfört en mer kostnadseffektiv verksamhet. Enligt KI/ARC saknas det förutsättningar för att värdera hur bra de övriga försöksverksamheterna är för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Några försöksverksamheter har prövat olika former av team. Dessa har varit av olika karaktär, någon riktad till en viss diagnosgrupp, en annan har haft bredare målgrupp som bjudits in till en äldremottagning. Några har varit mer riktade mot t.ex. in- eller utskrivning från sjukhus och försök med mobilt hembesöksteam. Dessa försöksverksamheter har kunnat redovisa att den självskattade livskvaliteten ökat, i något fall att överlevnaden ökat och att sjukhusinläggningar minskat.

Intressanta förslag på förbättringar

Från de flesta försöksverksamheterna finns det dock en rad exempel på och idéer om hur man kan utveckla samverkan, rutiner och organisation för en mer sammanhållen vård och omsorg om de äldre, trots att de inte alltid kunnat visa resultat och effekter för den mest sjuka äldre. Trots avsaknad av tillförlitliga resultat, så ser KI/ARC erfarenheterna från de olika försöksverksamheterna som intressanta förslag på olika utvecklingsinsatser som kan prövas på andra orter, omsatta till de lokala förutsättningarna. Det kan handla om samlokalisering av verksamheter, mobila team, äldremottagning, former för att upptäcka risker för hälsoförsämringar, rutiner för samordnad vårdplan, säkerställande av vårdkedjan, lotsar som stödjer den äldre etc.

Resultatet av utvärderingen av samverkansnätverken visar att de har skapat arenor och engagemang för att diskutera en nödvändig utveckling av äldreomsorgen. Nätverken ger möjlighet till möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. För att underlätta samverkan är det viktigt att utveckla en "samverkanskultur" som sätter den mest sjuka äldres bästa i första rummet, före huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen.

Första linjens sjukvård fungerar dåligt

En samlad erfarenhet från KI/ARC:s utvärdering är att första linjens sjukvård fungerar dåligt. Samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvården, mellan primärvård och somatisk specialiserad slutenvård och med den kommunala hemsjukvården är otillfredsställande. Det kan handla om bristande tillgänglighet under olika tider på dygnet, bristande kompetens och kunskap om de mest sjuka äldre. En slutsats från utvärderingen är att primärvården i kommuner och landsting måste bli mer proaktiv i sitt arbetssätt, identifiera risker och förebygga att den äldre, sviktande patienten försämras så att hon eller han behöver få sjukhusvård.

Anhörigperspektiv saknas

KI/ARC understryker anhörigvårdarnas roll och lyfter fram avsaknaden av ett anhörigperspektiv i de utvärderade försöksverksamheterna. Sviktat anhöriga uppstår ofta akuta behov av sjukvård, och risk för att den äldre måste åka till sjukhus. En förutsättning för att den specialiserade slutna vården ska kunna skriva ut den sköra äldre är ofta anhörigas inställning, möjlighet och förmåga att bistå med stöd och omsorg.

Modeller behöver utvecklas

KI/ARC framhåller att det är positivt att staten ger ekonomiskt stöd till försöksverksamheter för en utveckling av vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Angeläget vore att med statliga initiativ utveckla några modeller för ett strukturerat och samordnat omhändertagande. Försöken skulle kunnat initieras och organiseras på ett sätt som ger en ökad tydlighet beträffande målgruppen. Planeringstiden bör vara tillräcklig för en genomarbetad och förankrad plan och kraven på utvärdering skulle kunna skärpas och de äldres livssituation skulle kunna följas till livets slut. Modellerna skulle utprovas i olika miljöer och arbetet organiseras och följas upp på ett sådant sätt att det går att dra slutsatser om modellernas brister och förtjänster.

Slutsatser

I sin utvärdering av försöksverksamheterna och av erfarenheterna från samverkansnätverken konstaterar KI/ARC att förutsättningar som krävs för en sammanhållen eller integrerad vård och omsorg om de mest sjuka äldre är:

- att det finns ett system och rutiner för en fortlöpande identifiering av de mest sjuka äldre och hur deras behov ska tillgodoses
- att det finns en organisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård dygnet runt samordnat med kommunens äldreomsorg
- att stöd, vård och omsorg riktas till både den äldre och dennes anhöriga samt
- att olika modeller för en samordnad vård och omsorg över huvudmannaskapsgränserna utvecklas, prövas och vetenskapligt utvärderas med hjälp av statliga initiativ.

Socialstyrelsens kommentarer

Inom ramen för sitt utvärderingsuppdrag har KI/ARC sedan 2010 kunnat studera såväl försöksverksamheternas som samverkansnätverkens utveckling och har utsett särskilda kontaktpersoner eller utredare för respektive försöksverksamhet och nätverk. Utöver att nära följa dessa har kontaktpersonerna genom sin sakkunskap kunnat bistå projektledningen med praktiska råd i det löpande utvecklingsarbetet och därigenom etablerat personliga kontakter med respektive projektledning. KI/ARC:s har därmed kunnat skaffa sig en flerårig detaljkunskap om utvecklingen i respektive försök och nätverk vilket bidragit till utvärderingen. På olika sätt har de också kunnat bistå försöksverksamheterna i deras utvärderingar av sin verksamhet. Trots detta stöd uppvisar de lokala utvärderingarna brister.

Alltsedan 2011 har Socialstyrelsen årligen avrapporterat försöksverksamheternas och samverkansnätverkens utveckling till regeringen. Dessa rapporteringar har huvudsakligen baserats på KI/ARC:s regelbundna lägesrapporter till myndigheten. I den senaste avrapporteringen i december 2013 uttryckte Socialstyrelsen oro över att det alltså fanns några försöksverksamheter som inte kommit i gång fullt ut och flera som inte uppnått sin målsättning trots uppemot tre års verksamhet. Två hade upphört med sin verksamhet i förtid. Socialstyrelsen fann det tveksamt om försöksverksamheterna skulle kunna presentera påvisbara positiva effekter för de mest sjuka äldre.

I slutrapporten från sitt utvärderingsuppdrag konstaterar KI/ARC att det funnits flera hinder för ett framgångsrikt arbete i försöksverksamheterna, såsom den korta utlysningstiden vilket komplicerade förankringen av ansökan hos berörda, problem med att finna en entydig, tillämpbar definition av målgruppen och svårigheten med att involvera de äldre i utvecklingsarbetet. Socialstyrelsen anser att en längre period i inledningsskedet borde ha avsatts för planering och förankring av dessa fleråriga försöksverksamheter. Med en sådan framförhållning hade flera av de redovisade komplikationerna under försöksverksamheternas genomförandefas kunnat undvikas eller hanterats annorlunda.

Det är naturligt att utvecklingsverksamheter som sträcker sig över flera år påverkas av förändringar som kan skapa problem och svårigheter i det löpande utvecklingsarbetet. KI/ARC nämner särskilt att personalomsättning, omorganisation och lokala omprioriteringar i vårdens och omsorgens reguljära verksamhet komplicerat försöksverksamheten. Att byta strategisk personal kan vara negativt för en gynnsam projektutveckling är logiskt och förklarligt. Socialstyrelsen finner det dock vara anmärkningsvärt att lokala omprioriteringar av resurser liksom omorganisationer tillåtit få mer eller mindre långtgående konsekvenser för själva försöksverksamheten, särskilt som denna förankrats i berörd kommun- eller verksamhetsledning. Ett engagerat projektägarskap hos huvudmannen var en förutsättning för försöksverksamheten. Därför skulle man kunna förvänta sig att försöksverksamheten inte skulle behöva påverkas av organisationsförändringar i huvudmannens övriga verksamhet under pågående försöksperiod.

Teambaserat arbetssätt framgångsrikt

De 19 försöksverksamheterna kan utifrån utvärderingen beskrivas och delas in i två grupper med respektive två undergrupper: försöksverksamheter för nya organisatoriska lösningar (samarbete mellan vårdgivare respektive teambaserat arbetssätt) och förbättringsmodeller med bibehållna organisationer (utveckla stödjande funktioner respektive rutiner för att förbättra samarbetet mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård).

Av utvärderingen framgår att det främst är arbetet med att utveckla det teambaserade arbetssättet som visat resultat som kunnat beläggas vetenskapligt och som därmed varit framgångsrikt. Teamen har haft sjukhusanknytning, stimulerat till samverkan mellan olika berörda personalkategorier, kunnat mäta och visat på effekter för de äldre samt hur sjukvårdskostnaderna påverkats. Socialstyrelsen ser ett ökat inslag av teamarbete som tillfredsställande eftersom målgruppen är så beroende av gränsöverskridande professionssamverkan med hög kontinuitet beträffande vårdens och omsorgens innehåll och utförande. Samtidigt kan myndigheten konstatera att försöksverksamheter som främst inriktas på att utveckla det mera formaliserade samarbetet mellan vårdgivare och huvudmän inte kunnat påvisa effekter för de äldre, utan snarare utvecklat den professionella samverkan.

Flera försöksverksamheter har inriktats på att utveckla olika stödjande funktioner för den äldre såsom samordnare eller lots. I praktiken har denna funktion i försöksverksamheterna fått rollen som en form av en fast vårdkontakt som gett individorienterat stöd. Av försöksutvärderingarna framgår att äldre med lots upplever ökad grad av trygghet och livskvalitet. Försöksverksamheterna med lots har också enligt de lokala utvärderingarna genom sin verksamhet kunnat stärka det lokala utvecklingsarbetet.

Hälften av försöksverksamheterna har inriktats på att identifiera och utveckla rutiner för att bättre samordna vården och omsorgen utifrån befintliga organisationer. KI/ARC ser inte dessa som försöksverksamheter utan snarare som reguljära utvecklingsprojekt som endast i ringa grad bidrar till hur den samordnade vården och omsorgen skulle kunna utvecklas i nya modeller. Det är också Socialstyrelsens bedömning och måste anses som bekymmersamt då det var en målsättning för satsningen med försöksverksamheterna. Trots detta ser myndigheten det som angeläget att olika samordningsfunktioner utvecklas i befintliga organisationer som på olika sätt kan ge den enskilde mest sjuka äldre ett adekvat och individualiserat stöd i vardagen. De lokala utvärderingarna från försöksverksamheterna liksom KI/ARC:s utvärdering kan då användas för att sprida erfarenheter och kunskap om olika modeller för att förbättra samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Ett ojämnt engagemang hos huvudmännen

Att färre än hälften av försöksverksamheter fortsätter bedriva verksamhet efter försökstidens utgång kan också vara ett tecken på bristande huvudmannengagemang. Särskilt anmärkningsvärt finner Socialstyrelsen det vara att några försöksverksamheter aldrig riktigt kommit igång med sin verksamhet

eller avbrutit den i ett tidigt skede men att huvudmännen ändå fortsatt uppbära stimulansbidrag för försöksverksamhet hela perioden.

I utvärderingsrapporten noteras ett mycket ojämnt engagemang hos de huvudmän som varit involverade i försöksverksamheten. Framförallt primärvårdens medicinska del har ofta spelat en underordnad roll och inte tillräckligt engagerat sina anställda i utvecklingsarbetet. Ett sådant engagemang från främst den medicinska personalen i primärvården ser Socialstyrelsen som nödvändig och som en förutsättning för att insatserna riktade till den enskilda ska upplevas som samordnade och entydiga. Faktorer som vårdval, mångfald av utförare och ersättningssystem som inte skapar goda förutsättningar för de mest sjuka äldre för försöksmedverkan får inte stå i vägen för att utveckla primärvården till en första linjens sjukvård för målgruppen.

Samtliga försöksverksamheter har på olika sätt utvecklat samverkan inom befintliga organisationsstrukturer men i KI/ARC:s utvärderingsrapport konstateras att de inte i någon högre grad bidragit till att öka kunskapen om hur man åstadkommer en sammanhållen vård och omsorg oavsett huvudman och utförare. Endast i några fall har teamsamverkan över huvudmannagränser och i nya konstellationer prövats. Exempelvis har särskild mottagningsverksamhet i sjukvården för gruppen mest sjuka äldre endast undantagsvis inrättats. Socialstyrelsen ser detta som beklagligt eftersom särskilda insatser och en hög grad av nytänkande kommer att behövas för att tillgodose den ökande målgruppens ökade behov av specialinsatser. En utmaning blir då också att organisera dessa insatser med den äldres hem som bas.

Socialstyrelsen ser det som viktigt att på olika sätt lokalt och regionalt stimulera verksamheten i samverkansforum som de regionala samverkansnätverken är exempel på. Utvärderingen visar att kärnan i flertalet av dessa nätverk är att skapa mötesplatser för personalen från olika vård- och omsorgsgivare. Den gemensamma ambitionen är att främja ett synsätt där den mest sjuka äldre som person fokuseras framför deras diagnos. I vilken utsträckning som nätverket har haft någon påtaglig inverkan på de äldres situation har inte utvärderingen kunnat påvisa. Styrkan i nätverken är istället de eldsjälar som är drivande centralgestalter men samtidigt är denna frivillighet också dess svaghet då den är personbunden. Av central betydelse är att nätverket och dess verksamhet är förankrat och sanktionerat av vård- och omsorgsledningen, att nätverken har ett lösningsfokuserat förhållningssätt och att det finns rutiner som säkerställer att en sammanhållen vård- och omsorgskedja fortlever.

Få generaliserbara resultat

Socialstyrelsen konstaterar att den omfattande satsningen på fleråriga försöksverksamheter endast i begränsad utsträckning gett generaliserbara resultat som omsatta i praktisk verksamhet påtagligt och nationellt har möjlighet att bidra till att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. De försöksverksamheter som lyckats bäst med att visa på effekter för de äldre, är de som genom hela försöksfasen haft en tydligt definierad målgrupp. Av de enskilda försöksresultaten är det främst det teambaserade arbetet som rätt bemannat har en nationell utvecklingspotential för målgruppen. Vidare visar utvärderingen att arbetet i försöksverksamheterna hade underlättats av att

verksamhetens inriktning, konkreta och lokala målsättning i ett tidigt skede klarlagts och att huvudmännen aktivt bidragit till att ge verksamheten legitimitet och tillräckligt mandat för uppgiften.

I utvärderingen av försöksverksamheterna beskrivs att det saknas förutsättningar för att värdera hur träffsäkra interventionerna varit, vilket är nödvändigt för att kunna beskriva effekter av interventionerna med en kvantitativ ansats. Endast två av de 19 försöksverksamheterna var direkt utformade för kvantitativ analys, såsom jämförelse med grupp utan interventionen och en mätning före respektive efter interventionen. Socialstyrelsen anser att flera av försöksverksamheterna skulle kunna ha uppvisat överförbara resultat och förändringar för personal, verksamhet och kanske även för de äldre, om utvärderarna också använt en tydligare kvalitativ ansats och analys i utvärderingen.

Referenser

1. Socialstyrelsen. De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen. Stockholm: Socialstyrelsen; 2011.
2. Sveriges Kommuner och Landsting. 19 sätt att samverka bättre. En rapport om försöksverksamheter för de mest sjuka äldre 2010–2013. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2013.

Bilaga 1 KI/ARC:s och ÄC:s slutrapport från utvärderingen

Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre

Slutrapport februari 2014

Innehåll

Sammanfattning och slutsatser	7
Viktigt att identifiera sin målgrupp	8
Första linjens sjukvård för de mest sjuka äldre måste stärkas	8
Samordning i nya former för äldre med störst behov	8
Uppmärksamma de anhöriga	9
Stimulansmedel rätt utformade bör kunna leda till ny kunskap	9
Slutsatser	9
Introduktion	10
Rapportens uppläggning	10
Målgruppen	10
Problemen som ska hanteras	10
Vad har gjorts?	10
De mest sjuka äldre i fokus	11
Allt fler kan bo kvar i sitt hem	12
Kvarboendepincipen	12
Ädelreformen och "avinstitutionaliseringen"	13
Anhörigas roll	14
Nya styrformer	15
De mest sjuka äldre	16
Brister i kunskap och struktur	16
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre	18
Utvärderingsuppdraget	19
Olika definitioner av äldre med långvariga och sammansatta hälsoproblem	21
Olika perspektiv på långvariga och sammansatta hälsoproblem	21
Olika definitioner av långvariga och sammansatta hälsoproblem	23
Hur hänger de olika måtten på sammansatta hälsoproblem ihop?	27
I vilken utsträckning fångar uppgifter om tidigare sjukhusvård upp äldre med sammansatta behov av vård och omsorg?	30
Några kritiska situationer i omhändertagandet av äldre med stora och sammansatta behov	32
Omvärldsfaktorer	32
Dynamiken i gruppen de mest sjuka äldre	33
Olika kännetecken på de mest sjuka äldres situation	34
Äldre i vård- och omsorgssystemet	35
Kritiska situationer	36

Samordnad vård och omsorg för att hantera kritiska situationer	39
Internationella erfarenheter av sammanhållen vård och omsorg om äldre	42
Att översätta internationella erfarenheter till svensk kontext	42
Forskning om samverkan	43
Modeller för samverkan i vården och omsorgen om de äldre	44
Identifiering av de mest sjuka äldre	50
Identifiering av gruppen de mest sjuka äldre	50
Strategier för att hitta målgruppen	54
Resultat av försöksverksamheterna	56
Organisatoriska lösningar	57
Förbättringsmodeller inom befintliga organisationer	62
Försöksverksamheterna har ökat kunskapen om vårdsystemet	68
Att tänka på när man drar slutsatser från projekten	68
Tio samverkansnätverk	70
Uppdraget	70
De tio nätverken	70
Nätverk som avvecklats	72
Nätverkens utmaning – att ha fokus på huvudpersonen	73
Nätverkets frivilligstruktur kan vara ett hinder	74
Faktorer som bygger ett nätverk	74
Erfarenheter från nätverken	76
Reflexioner kring nätverk som styrform	78
Summering	79
Summering och diskussion	81
Uppdraget	81
Hinder i starten för försöksverksamheterna	81
Svårigheter med att hitta målgruppen de mest sjuka äldre	82
Svårigheter under projektiden	84
Svårigheter att utvärdera	85
Resultat och erfarenheter från försöksverksamheterna	86
Ett strukturerat och samordnat omhändertagande av de mest sjuka äldre – några avslutande kommentarer	93
Referenser	96
Bilaga 1. Presentation av de åtta försöksverksamheterna som djupstuderats	101
Bilaga 2. Presentation av de elva försöksverksamheterna som inte djupstuderats	144
Bilaga 3. Presentation av de tio nätverken	175

Sammanfattning och slutsatser

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en vetenskaplig utvärdering av nitton försöksverksamheter som erhållit statliga stimulansmedel, totalt 210 Mkr under tre år. I Socialstyrelsens uppdrag ingick dessutom att studera tio s.k. samverkansnätverk inom vården av de äldre. Socialstyrelsen gav uppdraget till Aging Research center (ARC) vid karolinska Institutet (KI) att tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC). Målet var att få fram generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

ARC/ÄC har följt projekten och nätverken genom besök, intervjuer och tagit del av rapporter och lokala utvärderingar. ARC/ÄC har vidare gjort en kunskapsöversikt och tagit del av internationella erfarenheter som kan belysa de svenska försöken.

Få försöksverksamheter kan redovisa effekter för de äldre, eller om det som gjorts kan leda till en mer kostnadseffektiv verksamhet. Det saknas därmed förutsättningar för att värdera hur träffsäkra de metoder som prövats är för att förbättra vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

Några projekt har provat olika former av team. Dessa har varit av olika karaktär, någon riktad till en viss diagnosgrupp (svår hjärtsvikt), en annan har haft en mer bred målgrupp som bjudits in till en äldremottagning. Några har varit mer nischade mot t.ex. in- eller utskrivning från sjukhus. Denna typ av projekt har kunnat redovisa resultat, mer eller mindre säkerställda, att den självskattade livskvaliteten ökat, i något fall att överlevnaden ökat, och att sjukhusinläggningar minskat.

Från de flesta försöksverksamheterna finns det en rad exempel på och idéer om hur man kan utveckla samverkan, rutiner och organisation för en mer sammanhållen vård och omsorg om de äldre. Trots avsaknad av tillförlitliga resultat kan erfarenheterna från de olika försöksverksamheterna ses som intressanta förslag på olika insatser som kan provas på andra orter, omsatta till de lokala förutsättningarna. Det kan handla om samlokalisering av verksamheter, mobila team, äldremottagning, former för att upptäcka risker för hälsoförsämringar, rutiner för samordnad vårdplan, säkerställande av vårdkedjan, lotsar som stödjer den äldre etc.

Ett positivt värde med försöksverksamheterna liksom nätverken tycks också vara att de har skapat fora och engagemang för att diskutera nödvändig utveckling av äldreomsorgen. Nätverken kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. För att underlätta samverkan är det viktigt att utveckla en "samverkanskultur" som stödjer detta. Det innebär en attitydförändring som sätter den mest sjuka äldres bästa i första rummet, före huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen.

Viktigt att identifiera sin målgrupp

De försöksverksamheter som lyckats bäst är de som haft en tydlig målgrupp. Den definition som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram av ”de mest sjuka äldre” är vid, och omfattar närmare var femte äldre person. Den är inte användbar när en grupp ska väljas ut för att erbjuda insatser tänkta för målgruppen äldre med stora och sammansatta behov. Rutiner behöver arbetas fram för att identifiera gruppen mest sjuka äldre. Flera av försöksverksamheterna har utvecklat rutiner och modeller för att tidigt identifiera de äldre som behöver mer stöd från vården och omsorgen. Ju mer träffsäkert man kan göra detta, desto större sannolikhet att man kan nå resultat med de insatser som ges.

Första linjens sjukvård för de mest sjuka äldre måste stärkas

Erfarenheterna från försöksverksamheterna och även nätverken är att första linjens sjukvård vanligen inte har en struktur anpassad för de mest sjuka äldre. Samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvården, mellan primärvården och sjukhus och specialistvården och den kommunala hemsjukvården fungerar inte bra. Det handlar även om tillgänglighet under olika tider på dygnet och kompetens och kunskaper om de mest sjuka äldre. Primärvården, såväl den som drivs av landstingen som av kommunerna, måste bli mer proaktiv i sitt arbetssätt, identifiera risker och förebygga att den äldre, sviktande patienten ska försämrats och t.ex. behöva få sjukhusvård.

Samordning i nya former för äldre med störst behov

Äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg måste mötas av ett strukturerat omhändertagande. Detta oavsett om behoven uppstår hemma, på sjukhuset eller finns när man skrivs hem igen från sjukhuset.

Basen för detta strukturerade omhändertagande behöver finnas i den öppna vården och bestå av mobila insatser, inklusive läkarbesök, i den äldres hem. När kritiska situationer och akuta behov av vård och omsorg uppstår, ska varje del av vård- och omsorgssystemet vara förberett och veta vad man ska göra.

I det strukturerade omhändertagandet måste det finnas rutiner för att identifiera de personer man avser hjälpa. Nödvändiga insatser från olika delar av sjukvården bör utföras eller koordineras av ett team, som i sin tur måste samordnas med socialtjänstens insatser. Landsting och kommuner måste kunna erbjuda en samordnad, flexibel, kompetent och tillgänglig vård och omsorg.

Uppmärksamma de anhöriga

De mest sjuka äldre som bor hemma är mycket beroende av sina anhöriga. Sviktat anhöriga, uppstår ofta akuta behov av sjukvård, och risk för att den äldre måste åka till sjukhus. När den äldre ska skrivas ut från sjukhus efter att ha varit inneliggande är anhörigas inställning, möjlighet och förmåga att hjälpa av avgörande betydelse. Både vården och den drabbade är beroende av de anhöriga, något som bör ses som en grundläggande utgångspunkt för en samordnad vård och omsorg om den äldre och deras anhöriga.

Stimulansmedel rätt utformade bör kunna leda till ny kunskap

Det är positivt att staten ger ekonomiskt stöd till försöksverksamheter beträffande vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Det vore angeläget att med statliga initiativ försöka att utveckla modeller för ett strukturerat och samordnat omhändertagande. *Mer teambaserade modeller för samverkan, över nuvarande huvudmanna-, verksamhets-, och professionsgränser bör prövas. Försöken skulle kunnat initieras och organiseras på ett sätt som ger en ökad tydlighet beträffande målgruppen. Planeringstiden bör vara längre för att intresserade huvudmän ska få tid att ta fram en mer genomarbetad och förankrad plan för försöksverksamheten. Kraven på utvärdering bör skärpas och de äldres livssituation, hälsa och vård och omsorg följas till livets slut.* Modellerna skulle utprovas i olika miljöer och arbetet organiseras och följas upp på ett sådant sätt att det går att dra slutsatser om modellernas brister och förtjänster.

Slutsatser

Utifrån ARC/ÄCs utvärdering av försöksverksamheterna och erfarenheterna från nätverken kräver en sammanhållen eller integrerad vård och omsorg om de mest sjuka äldre:

- att det finns ett system och rutiner för en fortlöpande identifiering av de mest sjuka äldre och hur deras behov ska tillgodoses
- att det finns en organisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård dygnet runt samordnat med kommunens äldreomsorg.
- att stöd, vård och omsorg riktas till både den äldre och dennes anhöriga.
- att olika modeller för en samordnad vård och omsorg över huvudmannaskapsgränserna utvecklas, prövas och vetenskapligt utvärderas med hjälp av statliga initiativ.

Introduktion

Rapportens uppläggning

Denna rapport är omfattande – så ska den också sammanfatta erfarenheter från 29 olika verksamheter (19 försöksverksamheter och 10 samverkansnätverk) av mycket olika karaktär. Det kan därför vara på plats att inledningsvis ge en kort ”läsanvisning”.

Målgruppen

Målgruppen för försöksverksamheterna och flertalet av de tio nätverken är äldre med stora och sammansatta behov. När stimulansmedlen som finansierat de nitton försöksverksamheterna annonserades ut användes begreppet ”de mest sjuka äldre”. Vilka är då de? För att kunna rikta insatser till denna målgrupp måste de ju kunna identifieras, vara möjliga att hitta. I kapitel 2 ges en beskrivning av de olika metoder som brukar användas, hur dessa överlappar respektive kan komplettera varandra och vilka brister som finns med dessa metoder. Begrepp som multisjuk, skör (frail) och komplexa hälsoproblem förklaras. I avsnittet Dynamiken i gruppen de mest sjuka äldre i kapitel 3 redovisas olika delgrupper av ”de mest sjuka äldre”, av betydelse för vilka interventioner som är adekvata. I kapitel 5 redovisas hur de olika försöksverksamheterna arbetat med att finna sina målgrupper.

Problemen som ska hanteras

Vilka är då de problem som möter gruppen ”de mest sjuka äldre”? I kapitel 1 ges en översiktlig bild. Här belyses effekter av kvarboendepincipen, förändringar i utbudet av sjukhusplatser och särskilt boende, huvudmannaskapsförändringar och nya styrformer. Har de mest sjuka äldres situation stärkts av LOV och RUT? Hur påverkas anhöriga när samverkan mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst sviktar? I kapitel 3 redovisas olika kritiska situationer, vid akut sjukdom, vid utskrivning från sjukhus och hur primärvården kan uppmärksamma successiva försämringar – ligga steget före. Begrepp som samordning, tillgänglighet och god struktur blir belysta.

I kapitel 4 ges en översiktlig beskrivning av forskningen från andra länder. Bl.a. belyses begrepp som Integrated care och Case manager/individuell samordnare, liksom olika vårdmodeller för att få en bättre samverkan.

Vad har gjorts?

Vad har försöksverksamheterna gjort – vad kan vi lära av dem? I kapitel 5 redovisas hur de identifierat sina målgrupper, och i kapitel 6 ges exempel på lärdomar som kan dras av de olika försöksverksamheterna. Det handlar om många små vardagsförbättringar, som kan inspirera till efterföljd. Materialet

är strukturerat så att först redovisas projekt som prövat arbetsformer som i vart fall delvis spränger gränserna mellan olika vårdaktörer, därefter de projekt som sökt lösningar inom de strukturer som finns. Den som vill fördjupa sig kan i bilagorna 1 och 2 läsa mer om respektive projekt. Där finns också information om projekten haft externa utvärderare som publicerat en utvärdering.

I kapitel 7 redovisas vilka lärdomar som kan dras av de 10 nätverken och hur de kan stimulera till styrformer där personalens kompetens och erfarenheter främjas och tas tillvara. Nätverken redovisas var och en för sig i bilaga 3.

I kapitel 8 slutligen diskuteras de iakttagelser författarna till denna rapport har gjort när erfarenheterna från försöksverksamheterna och nätverken analyserats.

De mest sjuka äldre i fokus

På senare år har problemen med att ge en trygg och säker vård till äldre personer med omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov kommit att bli allt mer uppmärksammat. Gruppen är resurskrävande och ökar i storlek. Om de som i allmänhetens ögon ”behöver hjälp mest och bäst” inte får det, skulle det vara ett underbetyg på kommunernas äldreomsorg och ett misslyckande med att uppfylla intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen om god vård på lika villkor. Många oroar sig för sin ålderdom, och det finns en utbredd uppfattning, mer eller mindre berättigad, att det faktiskt finns stora brister.

Från ansvarigt politiskt håll har man också bekräftat att situationen för de mest sjuka äldre är otillfredsställande. I en debattartikel i DN, konstaterade ansvariga ministrar Göran Hägglund och Maria Larsson att: ”Stat, kommun och landsting har misslyckats ge äldre personer med omfattande vårdbehov en bra vård och omsorg” (DN 12/1 2011).

I artikeln presenterades också regeringens satsning på att utveckla vården av de mest sjuka äldre. Där beskrevs hur regeringen sedan 2010 hade träffat årliga överenskommelser med Sveriges kommuner och landsting (SKL), när det gäller vården om de mesta sjuka äldre. Överenskommelserna innefattar bl.a. olika statsbidrag för att stimulera och stödja kommuner och landsting och andra aktörer att utvecklas vården och omsorgen (Socialstyrelsen, 2011a). Statsbidragen har handlat om att öka registreringen i och användning av olika kvalitetsregister, undvikbar och onödig slutenvård och länsvisa samverkansavtal (kommun och landsting) när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre.

I valrörelsen 2010 lyfte samtliga politiska partier fram de äldre sjukas situation och en mängd förslag om ”vad som borde göras” lanserades, alla med bäring på att ge de multisjuka VIP- status och en god och trygg vård och omsorg. Förslag som ”egen läkare”, rätt till läkemedelsgenomgångar, fler vårdplatser, äldrelotsar, parboendegarantier förekom i olika politiska läger. Därmed tycks fenomenet multisjuka eller mest sjuka äldre och deras behov

av vård och omsorg fått sitt definitiva genombrott i media, och i den politiska och professionella diskussionen.

Allt fler kan bo kvar i sitt hem

I hela västvärlden finns en strävan att göra det möjligt för äldre att få nödvändig vård och omsorg i sitt eget hem, istället för att behöva flytta till institution. Det finns många drivkrafter bakom detta. En är insikten att ens hem för de allra flesta är den trygga och välkända plats där man vill bo så länge det går. Denna önskan har också blivit mer möjlig att uppfylla. Den allmänna samhällsutvecklingen med en förbättrad boendestandard, kommunikationer och samhällsservice underlättar för människor med stora hjälpbehov att kunna bo kvar hemma. Under 1980- och 1990-talet har det också varit en positiv utveckling av äldres hälsa (Parker, m fl., 2008; Victor, 2005).

För att främja ett värdigt liv är människors funktionstillstånd en viktig utgångspunkt. Det är ofta begränsningar i autonomin som följer av nedsättningar av olika fysiska och psykiska funktioner hos den gamla människan som leder till beroenden av hjälp, inte sjukdomsförekomst i sig. Individer kan ha många sjukdomar eller vara svårt sjuk, men ändå ha god funktionsförmåga i olika avseenden. Det är stora skillnader mellan vad antalet diagnoser eller läkemedel säger om en människas livssituation och individens egen uppfattning om densamma. En viktig faktor är hur begränsningar i funktionsstillståndet kompenseras – med bostadsanpassning och tillgänglig utemiljö, hjälpmedel och vård och omsorg.

Den ständigt pågående medicinsk-tekniska utvecklingen, när det gäller att kunna ge allt mer avancerad behandling, vård och omsorg utanför sjukhus och institution, har underlättat att kunna bo kvar hemma. Under de senaste 20 åren har hemtjänst och hemsjukvård byggts ut så att den idag kan ges dygnet runt, och den avancerade sjukvården i hemmet möjliggör för allt mer sjuka personer att bo kvar hemma, många gånger till livets slut.

En annan drivkraft bakom denna utveckling är att försöka dämpa kostnadsutvecklingen. Från landstingens sida att färre ska finnas i den dyra sjukhusvården, hos kommunerna att erbjuda hemtjänst hellre än särskilt boende. Detta är inte okontroversiellt. Det finns t.ex. en kritik mot kommunerna att äldre som vill flytta till särskilt boende för att få en ökad trygghet kan få avslag.

Kvarboendepincipen

Redan i mitten av 1950-talet lade riksdagen fast vad som kommit att kallas för kvarboendepincipen. Äldringsvårdsutredningen föreslog 1956 att *”Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem.”* Regeringen följde utredningens förslag, som beslöts av riksdagen 1957.

Ambitionen att göra det möjligt för äldre att bo kvar hemma har sedan dess handlat inte bara om fysisk "överlevnad", utan också om att dessa personer ska kunna få ett "värdigt liv", liksom för anhöriga och familjen.

1980-talet blev det årtionde när den offentliga äldreomsorgen stod i zenit och nådde betydligt fler personer, än någonsin tidigare och därefter. Satsningen på "hemma-boende" politiken i form av utbyggnaden av vården och omsorgen i hemmet hade nått sin kulmen, samtidigt som utbyggnaden av kommunernas ålderdomshem och servicehus och landstingens långvård hade fortsatt.

Ambitionen att möjliggöra kvarboendet förstärktes under detta årtionde. Äldrelegationen formulerade sig bl.a. så här i sitt betänkande som lämnades till regeringen 1989: *Inriktningen av bostads- och socialpolitiken, när det gäller äldre samt personer med funktionshinder med psykiska eller sociala handikapp, är att förstärka möjligheterna för dem att bo i sitt eget boende. Vissa människor måste emellertid kunna erbjudas särskilda boendeformer för att kunna få sina grundläggande behov av trygghet, service och omvårdnad tillgodosedda.*

Äldrelegationens förslag ledde fram till den reform som kom att få delegationens smeknamn som sitt, Ädel-reformen.

Ädelreformen och "avinstitutionaliseringen"

På 1970-talet fanns en infekterad diskussion om "långliggarna" inom akutsjukvården, ofta äldre personer, som vistades både 12, 18 eller 24 månader på akutsjukhus, i väntan på att fortsatt vård skulle ordnas. Kommun och landsting spelade "Svarte Petter" om vem som skulle ta hand om (dvs. behöva ta ansvar och kostnader) den äldre som efter sjukhusvistelse behövde fortsatt vård och omsorg.

Detta sågs som alltmer ohållbart och ledde fram till en genomgripande förändring i början av 1990-talet. Då genomfördes Ädelreformen, som innebar den största organisationsförändringen av svensk äldrevård och omsorg i modern tid. Bl.a. övertog kommunerna ansvaret för långvården, och kunde ta över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Syftet var att åstadkomma en bättre samordning av insatserna för de äldre, och därmed ett bättre resursutnyttjande.

Ädelreformen medförde nya samverkansproblem beträffande hemsjukvården, läkarnas medverkan i den kommunala äldreomsorgen och inte minst nya huvudmannaskapstvister beträffande ansvar och innehåll i rehabilitering av äldre. Det har handlat – och handlar – om samordning mellan huvudmännen, vårdnivåer och verksamheter (specialistvården och primärvården), professioner, anhöriga och vårdtagare. Dessa "klassiska" tvister mellan huvudmännen har till stor del ofta sin grund i kampen om resurser eller att slippa ta kostnader. Bristande samordning innebär också ett ineffektivt resursutnyttjande.

Under årtionden hade äldreomsorgen haft en särställning som ett "fredat" område i den offentliga verksamheten. På 1990-talet drabbades dock äldreomsorgen av samma sparkrav som andra samhällssektorer. Därför kom im-

plementeringen av Ädelreformen att påverkas kraftigt av den ekonomiska recession som inträffade samtidigt som reformen trädde i kraft. Den snabbt försämrade ekonomin innebar samtidigt ett snabbt minskat utrymme för expansion när det gäller vården och omsorgen om äldre.

En omedelbar förändring efter Ädelreformen var att andelen färdigbehandlade äldre patienter inom akutsjukvården halverades. Med Ädelreformen fick kommunerna betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade, vilket kraftfullt reducerade antalet ”långliggare” på sjukhus (Styrborn & Thorslund, 1993). Denna utveckling banade vägen för en kraftig reduktion av antalet platser på sjukhus. Antalet sjukhusplatser minskade från närmare 37 000 år 1992 till drygt 19 000 år 2012. Vårdplatserna inom geriatriken minskade från drygt 6 000 platser 1994, till knappt 1 500 platser år 2012. Tidigare fanns även ett stort antal platser på konvalescenthem, som betydde en viktig möjlighet till eftervård och återhämtning efter en sjukhusvistelse, en möjlighet som i dag inte längre finns.

De första åren efter Ädelreformen ökade antalet platser i särskilt boende, men under 2000-talet har det varit en märkbar minskning av platser. Drygt 28 000 platser eller ca 25 procent av det totala antalet platser i riket avvecklades; i vissa kommuner var platsreduktionen ännu större. Fenomenet förekom i praktiskt taget alla kommuner och kom att dominera utvecklingen inom äldreomsorgen under denna tid (Socialstyrelsen, 2014). Läger man samman den kraftiga reduktionen av sjukhusplatser under 1990-talet med minskningen av platser i särskilt boende, ger detta en av förklaringarna till att situationen i hemvården blivit alltmer ansträngd (Akner, 2004, 2006).

Några år efter Ädelreformens genomförande, genomfördes också andra reformer som vården av de kroniskt psykiskt sjuka (”PsyÄdel”) och Handikappreformen. Sammantaget kom det att förstärka en successiv ”avinstitutionalisering” och decentralisering av vården och omsorgen från landsting och sjukhus till kommunen och hemmet.

Anhörigas roll

Kvarboendepolitiken och Ädelreformen innebar att vården av äldre och långvarigt sjuka, vård i livets slut, psykiskt sjuka, liksom omsorgen om funktionshindrade nu i ökande grad fick hemmet som bas. Med kvarboendepincipen som den överordnade politikriktningen, har inte sällan anhöriga fått ta ett mycket stort ansvar, ibland till priset av en sämre livskvalitet både för den äldre och anhöriga (Socialstyrelsen, 2014).

När sjukdomen intar hemmet, berörs alla som ”finns där”, dvs. familjemedlemmar och kretsen av närstående, släkt och vänner. Sjukdomen och vården tränger in hos människor, tar plats, utrymme och energi.

All vård och omsorg sker inom ramen av någon form av relation. När vården flyttar in i vardagen får det också stora konsekvenser för vardagslivet och påverkar därmed relationerna människor emellan. Den sjukes situation och behov styr i hög grad hur vardagslivet utspelas; hur man använder tiden, vilken mat man äter, vad man gör på dagarna och umgänget med andra.

Konsekvenserna för familjemedlemmarna i denna situation kan bli långtgående när det gäller hälsa, ekonomi och livskvalitet. Hur anhöriga drabbas och hur man tar det får också återverkningar på den sju-kes/funktionshindrades tillstånd och situation.

Anhörigas situation, inte minst anhöriga till sjuka äldre, kom att bli allt mer uppmärksammas och föremål för olika politiska initiativ. År 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen med innebörden att kommunerna bör stödja anhöriga som vårdar närstående. Under tio år därefter gav staten stimulansmedel till landets kommuner, för att de skulle bygga ut stödet till anhöriga. År 2009 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen som innebär att kommunerna blev skyldiga att *”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”*. Socialstyrelsen konstaterar emellertid att det inte finns underlag för att bedöma om lagändringen innebär ett ökat stöd till anhöriga eller ej (Socialstyrelsen, 2013a).

Nya styrformer

När ekonomin förbättrades i slutet av 1990-talet medförde detta inte mer resurser till äldreomsorgen. I stället hade tron på konkurrensutsättning som ett sätt att effektivisera resursanvändningen och att dämpa kostnadsutvecklingen fått fast förankring. Konkurrensutsättning av äldreomsorgen blev under 1990-talets andra del både ett medel och ett mål i många kommuner. I en första fas handlade det om att bryta upp det kommunala monopolet, genom att skilja på beställare och utförare av kommunala tjänster. Nästa steg innebar att kommunerna började upphandla alternativa utförare av vård och omsorg, där den offentliga vården fick konkurrera med privata utförare på lika villkor.

Valfrihet har blivit ledstjärna för utvecklingen av äldreomsorgen – något som tog sig uttryck i att en ny våg av konkurrensutsättning växte fram under 2000-talet, genom s.k. kundvalssystem. Denna utveckling förstärktes också av en ny lagstiftning som trädde i kraft 2007 och som gjorde det möjligt för alla att köpa skattesubventionerade hushållstjänster (”RUT”), något som privata företag (inte offentlig vård och omsorg) kan erbjuda i form av tilläggstjänster.

Introduktionen av LOV (Lag om Valfrihetssystem) 2009, och motsvarande lagstiftning om valfrihet i primärvården år 2010, har redan påverkat vården och omsorgen. Ett problem för gruppen mest sjuka äldre är att många inte är i stånd, fysiskt eller psykiskt, att utnyttja sina valmöjligheter. Data från SWEOLD studien 2002, visar att drygt var fjärde person 77 år och äldre hade omfattande behov av vård och omsorg och av dessa var det enbart drygt 40 procent av de tillfrågade som själva var i stånd att svara på intervjufrågorna. Något som indikerar att förmågan att välja själv är starkt nedsatt bland de mest sjuka äldre (Meinow, m fl., 2011).

De nya systemen förutsätter att personer med nedsatt beslutsförmåga av olika skäl har någon som företräder sig, vilket inte alla har. Företräderskap för personer som pga. demenssjukdom eller annan kognitiv nedsättning saknar rättsskapacitet har dessutom inte lagligt stöd i dagsläget.

Både inom socialtjänsten och sjukvården etableras nu olika typer av kundvalssystem, som innebär nya ”spelregler” för både producenter och konsumenter av vård och omsorg. Patienten eller kunden får större möjligheter att välja vårdgivare, men det förutsätter också att man själv tar initiativ till att välja. Frågan är då hur väl anpassat kundvalssystemen är för äldre med stora vårdbehov?

Även andra typer av styrformer inom vården och omsorgen kan få negativa effekter för äldre med stora vård- och omsorgsbehov. Ett exempel illustreras i en ESO- studie av vårdgarantins konsekvenser för den ortopediska verksamheten. Där framkom att många ortopeder ansåg att äldre, mer vårdbehövande patienter inte prioriterades, utan systemet – vårdgarantin – ledde till att yngre, friskare och mer ”krävande” fick förtur (Ekersted, m fl., 2008; Winblad & Andersson, 2010).

De mest sjuka äldre

Vi lever allt längre, till stor del som friska. Men det finns i nuläget inte mycket som talar för att den fjärde åldern – den sista tiden i livet – när vi är sjuka och behov av vård och omsorg, kommer att bli kortare. Till det kommer att vi står inför betydande ökning av antalet personer i hög ålder. År 2025 blir de första ur fyrtiotalist generationen 85 år. Eftersom vården och omsorgen blir allt bättre på att reparera utslitna kroppsdelar och att hitta mediciner som kan ge symtomlindring, kommer allt fler att kunna och vilja efterfråga vård och omsorg. Behovet av att samordna vård- och omsorgsinsatser bland de allra äldsta kommer därmed att öka (Fors, m fl., 2013).

Användningen av oklara begrepp och definitioner inom äldreomsorgen och sjukvården är utbredd. I såväl lagtexter som den politiska debatten och media används ofta skiftande och abstrakta begrepp som kan ha olika innebörder. Denna otydlighet gäller också definitionen av den eller de målgrupper som står i fokus för regeringens satsning på att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de äldre.

I den allmänna debatten, vården och även forskningen används många olika begrepp – ”ålderssvaga”, ”skröpliga”, ”multiskröpliga”, ”sköra”, ”multisjuka”, ”multisviktande”, ”mest sjuka äldre”, ”svårast sjuka äldre” – för att beskriva den grupp äldre som har omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg dygnet runt. Vi återkommer till dessa begrepp i kapitel 2.

I samband med regeringens satsning på området 2010 blev ”de mest sjuka äldre” den benämning som oftast används i officiella sammanhang. Någon entydig eller vedertagen definition vad denna benämning står för finns inte.

Brister i kunskap och struktur

I en artikel i Läkartidningen framhåller Thylén och medarbetare (2006) att den demografiska utvecklingen kommer att innebära etiska dilemman i allt högre grad. Många av de som betraktas som multisjuka har nedsatt autonomi, vilket ställer stora krav på det kliniska handlandet och den praktiska vården

och omsorgen. I den fjärde åldern närmar vi oss också livets slut och på samma sätt som patienten har rätt till ett värdigt liv har han eller hon också rätt till en värdig död. Det påverkar naturligtvis det kliniska handlandet och hur man förhåller sig till insättandet av behandlingar med tveksamt värde.

Akner har i en artikel (2006) framhållit behovet av ett bättre vetenskapligt underlag, och konsensus eller praxis när det gäller det vardagliga kliniska arbetet med de multisjuka äldre. Det är ett behov som kvarstår samtidigt som det faktum att fler äldre med stora vårdbehov bor kvar hemma medfört ett ökat tryck på primärvården, den kommunala äldreomsorgen och anhöriga.

Problem och brister i samverkan mellan sjukvården och kommunens äldreomsorg är en fråga av evighetskaraktär. Initiativ från statlig nivå och lokalt utvecklingsarbete har kommit och gått, men problemen tycks bestå (Johansson & Thorslund, 2013). Idéer och förslag till förändring och utveckling har prövats med varierande framgång.

I en översikt av 20 års erfarenheter av samverkan mellan huvudmännen när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre framhåller Wånell en rad önskvärda strukturella förutsättningar: samverkansavtal, närhet till specialiserad äldresjukvård (geriatrik), samlokalisering, teamsamverkan och samfinansierade lösningar (Wånell, 2007).

Olika aktörer har försökt att ta tag i frågan om de mest sjuka äldre. Svensk geriatrik förening har i samarbete med Svensk förening för allmänmedicin och Svensk intermedicinsk förening, utarbetat ett policydokument rörande multisjukas vård och omsorg som publicerades hösten 2009. Policyn baserades på att varje multisjuk äldre skulle ha en "huvudansvarig vårdgivare", krav på multidisciplinärt och multiprofessionellt team och vid behov av slutten vård ska den multisjuka äldre ha en "gräddfil" (Eklund-Grönberg, m fl., 2009).

Wilhelmson och medarbetare (2009) betonar vikten av en samordnad vårdkedja för multisjuka äldre, bestående av kommunens, primärvårdens och sjukhusets insatser. Vårdkedjan samordnas för den äldre av en funktion som på engelska benämns Case manager och tänks innefatta multidisciplinära teamsatser, rehabilitering och stöd till anhöriga.

Uppmärksammandet av de mest sjuka äldres situation kan tolkas som ett misslyckande med "kvarboendepolitiken", eftersom man inte kan ge alla dem som inte längre kan få en plats på "institution", en trygg och säker vård hemma. Trots att kvarboende har varit inriktningen på politiken de senaste decennierna, har man inte kunnat skapa det omhändertagande som många äldre personer med ofta omfattande, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg behöver.

Samtidigt är det uppenbart att "kvarboendepolitiken" fungerat väl för många. De flesta äldre vill bo kvar hemma så länge det är möjligt. Utvecklingen av hemsjukvården har också gjort det möjligt för många svårt sjuka patienter, att kunna bo kvar hemma (Socialstyrelsen, 2008). Däremot är det tydligt att det funnits – och finns – omfattande brister när det gäller samordningen av vård och omsorg i hemmet för den ökande gruppen av äldre personer med omfattande behov av olika former av vård och omsorg. En annan stor utmaning för kvarboendepolitiken är att kunna hjälpa äldre som blir akut

sjuka att få nödvändig vård hemma eller på sjukhus. Idag är det alltför vanligt att äldre inte har något annat val, än att söka sjukhusvård.

Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre

Det är mot denna bakgrund som regeringens stimulansbidrag till försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre tillkom. 70 miljoner kronor per år avsattes för ändamålet under en tre års period 2010-2013, och medlen skulle vara använda senast 2013. Dessa stimulansmedel, totalt 210 miljoner kronor, fördelades av SKL.

Som utgångspunkt för försöksverksamheterna och som villkor för att få medel, angavs följande: *"Förbättringsarbete med den äldre i centrum och ett helhetsperspektiv ska vara vägledande för försöksverksamheterna. Dessa ska utgå från de mest sjuka äldres behov av samordnade insatser med höga krav på kvalitet och kontinuitet samt överblick och sammanhang för den enskilde. En viktig målsättning är att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva administrera och samordna sin vård- och omsorgskontakt på egen hand. De mest sjuka äldre är människor som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare/verksamheter både inom kommun och landsting"*.

Som exempel på försöksverksamheter som man kunde söka medel för angavs som ett exempel *"processororienterade förbättringsmodeller som t.ex. Lean-modellen, genombrottsmetoden, dialogseminariemetoden"*.

Ett andra exempel handlade om *"organisatoriska lösningar som bidrar till ett bättre samarbete mellan kommuner och landsting: uppbyggnad av gemensamma centrumbildningar, samverkan i gemensamma nämnder, äldre-vårdscentraler, verksamheter för palliativ vård, "gemensam ingång" till vården, samlokaliserade/samfinansierade verksamheter och övriga verksamheter som främjar en sammanhållen vård"*.

En tredje typ av försöksverksamheter som man kunde ansöka om medel till rubricerades som *"helhetsperspektiv på vård- och omsorgskedjan" som omfattar flera huvudmän och utförare (kommun/landsting och idéburna/enskilda verksamheter) och utgå från uppföljning av individens fysiska, psykiska, sociala behov, nödvändig kompetens och optimal personalkontinuitet. Försöksverksamheter kan också utveckla och pröva förslag på adekvat vägledning för äldre bl.a. i form av "äldrelots", utveckla ett ökat socialt innehåll, ett salutogent perspektiv samt ta fram modeller för bättre tillgång till avancerad vård och omsorg i hemmet"*.

De villkor som skulle vara uppfyllda för att kunna få medel var i korthet följande:

- Ansökan ska vara politiskt förankrad hos samtliga sökande och medsökande.
- Försöksverksamheten ska innefatta ett nära samarbete mellan flera vårdgivare.

- Ansökan ska innehålla en beskrivning av hur försöksverksamheten ska följas upp och utvärderas.

SKL utlyste möjligheten att söka medel i april 2010 och ansökningstiden gick ut den 11 juni 2010. SKL erhöll ca 90 ansökningar, varav 19 projekt valdes ut som under tre år fick medel för försöksverksamhet med att utveckla och utvärdera effekterna en sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Medlens storlek skiftade från ort till ort, framförallt beroende på hur stort projektet var, ställt i relation storleken på den grupp äldre man avsåg att nå. I genomsnitt fick försöksverksamheterna ca sex till tio miljoner kronor under en treårsperiod, som bidrag till försöksverksamheten, med en variation mellan drygt 3 till knappt 25 Mkr.

Utvärderingsuppdraget

Samtidigt med utlysning av medel till försöksverksamheterna gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en vetenskaplig utvärdering av dessa försöksverksamheter, samt tio s.k. samverkansnätverk som valts ut av Socialdepartementet (men som ej fått några särskilda medel). Syftet med den vetenskapliga utvärderingen var att *”få fram generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom området”*.

Socialstyrelsen gav Aging Research Center (ARC) vid Karolinska Institutet (KI) att tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC) i uppdrag att genomföra utvärderingen vilken startade med en förstudie årsskiftet 2010/2011. Syftet med förstudien var att ge en bild av de totalt 29 utvalda verksamheterna samt att utifrån den bilden presentera en plan för hur utvärderingen följande år skulle genomföras. Förstudierapporten lämnades till Socialstyrelsen i maj 2011 (ARC & Äldrecentrum, 2013).

I september 2011 fick ARC/ÄC uppdraget att vetenskapligt utvärdera resultaten och generaliserbarheten av de nitton försöksverksamheterna och de tio samverkansnätverken. I det slutliga uppdraget bestämdes i samråd med Socialstyrelsen, av resursskäl, att sju till åtta försöksverksamheter skulle väljas ut för djupstudier. De övriga försöksverksamheterna skulle följas men inte lika ingående som de utvalda.

Beträffande de tio s.k. samverkansnätverken bestämdes också i det slutgiltiga uppdraget att det inte fanns förutsättningar för en vetenskaplig utvärdering. I stället skulle nätverkens verksamhet dokumenteras och analyseras utifrån hur olika samverkanskulturer och strukturer inom organisationerna vuxit fram.

Uppdraget och resultaten från utvärderingen skulle presenteras i två delrapporter, 31 mars 2012 och 2013 samt i en slutrapport i februari 2014.

Försöksverksamheterna fick medel och startade i juli 2010; ett arbete som skulle pågå till juli 2013. I början av 2011 hade ARC/ÄC de första kontakterna med försöksverksamheterna som då varit i gång drygt ett halvt år. ARC/ÄCs utvärdering har byggt på att varje försöksverksamhet och nätverk följdes av 1-2 utredare/forskare, genom personliga besök, telefon- och E-post

kontakt. Vidare har fakta om befolkning, konsumtion av vård och omsorg och uppgifter om den lokala vårdorganisationen inhämtats.

ARC/ÄC har också tagit del av de halvårsvisa rapporter som löpande lämnades av de olika försöksverksamheterna till SKL liksom slutrapporterna från projekten. Vidare har ARC/ÄC kunnat utgå från de lokala utvärderingar som genomförts för vissa av projekten. Dessa har kommit i slutfasen av ARC/ÄC:s arbete. I vissa fall har information inhämtats av vårdgrannar till de olika försöksverksamheterna genom intervjuer eller telefonkontakter. Vid ett flertal tillfällen, när SKL arrangerat mötesdagar med projektledarna, har också ARC/ÄCs medarbetare deltagit och medverkat i programmet.

Som redskap för att kunna följa försöksverksamheterna har frågeguider och checklistor använts, för att få en likartad struktur och innehåll på den information som samlades in. ARC/ ÄCs utvärdering utgår i stort från försöksverksamheternas egna utvärderingar.

Detta är slutrapporten från ARC/ÄCs utvärdering av försöksverksamheterna.

Olika definitioner av äldre med långvariga och sammansatta hälsoproblem

I detta kapitel beskriver vi de olika definitioner som finns av gruppen de mest sjuka äldre och vad de innebär. Av betydelse t.ex. om man vill planera hälso- och sjukvård och äldreomsorg för de som hör till denna grupp eller om man vill söka upp dem för att erbjuda samordnade insatser.

Sedan 1950-talet har medellivslängden ökat, framför allt tack vare minskad dödlighet i de högre åldrarna. Att allt fler får chans att komma upp i hög ålder har medfört att antalet personer som dör en relativt snabb död i tidig ålder har minskat.

Även bland äldre personer har det blivit alltmer ovanligt att man dör hastigt utan att ha haft några tidigare allvarliga hälsoproblem. Istället är ett vanligt scenario att man får uppleva en tid med flera långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (Crimmins & Beltrán-Sánchez, 2010; Larsson, m. fl., 2008; Lunney, m. fl., 2003). Många akuta tillstånd som t.ex. hjärtinfarkt, höftfraktur och lunginflammation som förr var liktydigt med döden, kan nu behandlas och kontrolleras även om de inte alltid kan botas (Rosén & Haglund, 2005). En bakgrund till denna utveckling är att goda levnadsförhållanden och en högt utvecklad sjukvård har bidragit till att även sjuka och mycket gamla personer överlever trots allvarliga sjukdomar (Gurner & Thorslund, 2003). Modern medicinsk teknik i kombination med en utvecklad äldreomsorg har bidragit till att tidpunkten för döden bland de äldsta har skjutits upp.

Olika perspektiv på långvariga och sammansatta hälsoproblem

Långvariga och sammansatta hälsoproblem bland äldre har definierats utifrån olika perspektiv. Det finns definitioner som har ett kliniskt perspektiv och syftar till att identifiera individer med förhöjd risk för olika typer av negativa konsekvenser av sin sviktande hälsa. Ett annat perspektiv är det epidemiologiska som syftar till att utifrån ett översiktligt perspektiv beskriva hälsan och vård- och omsorgsbehov i den äldre befolkningen.

Att identifiera "fall" (case-finding)

1. Case-finding i syfte att identifiera personer med förhöjd risk

En stor del av forskningen som bedrivs om långvariga och sammansatta hälsoproblem syftar till att identifiera personer som riskerar en hälsoförsämring, alternativt som redan är eller riskerar att bli storkonsument av vård och omsorg (case-finding). Genom att identifiera personer med för-

höjd risk är ambitionen att med olika åtgärder försöka förhindra eller skjuta upp en hälsoförsämring och/eller utnyttjande av vård och omsorg. Måtten för att identifiera dessa risk-personer bygger ofta på fastställda medicinska diagnoser och/eller screeninginstrument som kan användas i den kliniska verksamheten.

2. case-finding i syfte att studera hur vård- och omsorgssystemen fungerar för de mest sjuka äldre

En annan typ av "case-finding" syftar till att utifrån fallstudier lära sig var brister i samordningen av vård och omsorgssystemen finns och hur man kan åstadkomma förbättringar. Här utgår man ofta från en kombination av registerbaserade kriterier rörande vårdvolym och fastställda diagnoser för att identifiera personer med ett komplext vårdbehov där många aktörer har varit/är inblandade, såsom primärvård, kommunal äldreomsorg och sjukhusvård. Genom en retrospektiv kartläggning av patientens vårdkontakter är syftet att få en bild av eventuella systemhinder och att hitta lösningar för hur de olika delarna av vård- och omsorgssystemen kan samarbeta bättre.

Det epidemiologiska perspektivet

Utifrån ett epidemiologiskt perspektiv är syftet att beskriva och analysera förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem i olika grupper i den äldre befolkningen. Istället för att identifiera personer som är i riskzonen för försämring av hälsan, och där syftet är att fördröja denna process med behandling eller förebyggande åtgärder, ligger fokus på för hela befolkningen representativa skattningar av förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem.

Studier med syftet att följa hälsoläget i befolkningen, antingen ur ett epidemiologiskt perspektiv eller ur ett planeringsperspektiv för att uppskatta behov av olika typer av vård och omsorg i befolkningen, kräver mått som speglar individernas tillstånd i form av sjukdomar, symtom och funktion snarare än hur mycket eller vilken vård och omsorg man har fått. Det krävs även att de datainsamlingsmetoder och mått som används fungerar i nationella befolkningsstudier med en stor variation när det gäller hälsostatus – från helt oberoende äldre till dem som inte själva klarar av att genomföra en intervju eller olika typer av test.

Överlag är det ont om studier som kan ge representativa skattningar av förekomsten (prevalensen) av multipla hälsoproblem i den äldre befolkningen. Resultaten varierar dessutom mellan studierna, dels beroende på vilka äldre som inkluderats i studierna och dels på vilka mått som används. Oavsett vilken definition av "mest sjuka" som används finns dock ett starkt samband med ålder. Med ökande ålder och ju närmare livets slut desto större risk för långvariga och sammansatta hälsoproblem. Kvinnor och personer med lägre socioekonomisk position har också en högre risk (Marengoni, m. fl., 2011; Meinow, m. fl., 2006).

Olika definitioner av långvariga och sammansatta hälsoproblem

Beroende på ändamålet används en mängd olika begrepp i forskningslitteraturen, i den kliniska verksamheten och i den offentliga statistiken för den grupp äldre som har långvariga och sammansatta hälsoproblem; man är t.ex. "multisjuk", "multisviktande", "frail" (skör), "mest sjuk", eller har "komplexa hälsoproblem".

De olika begreppen som används i forskningslitteraturen och offentlig verksamhet speglar i olika grad de ovan nämnda perspektiven. Begreppen har också operationaliserats på olika sätt i olika studier och använts ur flera perspektiv.

Multisjuklighet

Det begrepp som har dominerat forskningslitteraturen är "multisjuklighet" – vanligtvis definierat som samtidig förekomst av två eller fler sjukdomar (Marengoni, m. fl., 2011). Sjukdomarna kan vara självrapporterade eller identifierade via journaler, register eller baserade på kliniska studier. Med begreppet multisjuklighet fångar man en heterogen grupp av såväl personer som lever relativt obehindrat (med eller utan medicinering) trots att de har flera diagnoser men också personer som inte klarar sin vardag själva och har omfattande vård- och omsorgsbehov.

Forskningen kring multisjuklighet bedrivs ofta med ett kliniskt fokus – att identifiera individer som kan ha nytta av interventioner för att förhindra eller fördröja insjuknandet och därav följande funktionsnedsättningar (Marengoni, m. fl., 2011).

Även om de flesta studier om multisjuklighet fokuserar på att analysera samband med andra faktorer så har ett flertal studier också uppskattat prevalenstal. Förekomsten av multisjuklighet definierat som samtidig förekomst av två eller fler sjukdomar bland personer 60 år och äldre varierar i svenska, europeiska och nordamerikanska studier mellan 55 och 98 procent (Marengoni, m fl, 2011). Andelen är något lägre i befolkningsstudier jämfört med studier baserade på primärvårdsdata/journaler (Uijen & van de Lisdonk, 2008).

När det gäller utvecklingen över tid är det överlag ont om studier på befolkningsnivå. En holländsk studie baserad på primärvårdsregister rapporterade en ökning av patienter med tre eller fler kroniska sjukdomar mellan åren 1985 och 2005. Andelen med en eller två kroniska sjukdomar var relativt oförändrat medan andelen utan kronisk sjukdom hade minskat (Uijen & van de Lisdonk, 2008). Studier baserade på survey data har också funnit en ökad andel med två eller flera kroniska sjukdomar bland svenskar i åldern 65-84 år under 1990-talet (Rosén & Haglund, 2005) och bland hemmaboende personer i USA under 2000-talet (Freid, m fl., 2012; Hung, m fl., 2011).

De stora skillnaderna i prevalenstalen beror på vilka och hur många sjukdomar som inkluderats som mått på multisjuklighet men också på skillnader i studiepopulationen vad gäller en mängd faktorer, t.ex. åldersfördelningen i

den undersökta populationen, om det är en befolkningsstudie eller en studie som baseras på primärvårdsregister/journaler, huruvida personer på vård- och omsorgsboenden är inkluderade och om indirekta intervjuer har genomförts för de som inte själva kunde svara på frågor eller utföra tester.

I svenska studier har multisjuklighet också kommit att användas utifrån ett studieperspektiv, där syftet har varit att beskriva hur vården och omsorgen fungerat för äldre med omfattande slutenvårdskonsumtion och ett flertal olika diagnoser (Gurner, m fl, 2006; Gurner, m fl., 2010; Gurner & Thorslund, 2003). I det här perspektivet inkluderas i regel enbart personer i ordinärt boende och definitionen av multisjuklighet är oftast baserad på vårdproduktionsinriktade mått. Multisjuka har definierats som personer 75 år och äldre som under en tolv månaders period har varit inskrivna inom slutenvården vid minst tre tillfällen samt under denna tidsperiod fått diagnoser från minst tre sjukdomsgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10 (Gurner & Thorslund, 2003).

Utifrån fallbeskrivningar har man undersökt hur vård- och omsorgskedjan fungerar i förhållande till behoven hos de äldre multisjuka och deras anhöriga. Register- och journaluppgifter vad gäller vård och omsorg som undersökningspersonerna fått under en viss tidsperiod samt information om läkemedel och läkemedelshantering har granskats och kompletterats med intervjuer med de äldre och deras anhöriga för att få en bild av hur samordningen mellan olika vård- och omsorgsgivare har fungerat (Gurner & Thorslund, 2003).

Definitioner av multisjuklighet som baseras på tidigare vårdkonsumtion – oftast baserad på tidigare slutenvårdskonsumtion – är inte lämpliga att använda för att uppskatta förekomsten av multisjuklighet i den äldre befolkningen. Antalet multisjuka skulle i så fall bli beroende av utbudet av vård och benägenheten att söka vård. Minskar eller ökar till exempel antalet sjukhusplatser över tid påverkar detta sannolikt också möjligheten att bli inlagd.

Frailty

Ett internationellt begrepp som inte har någon direkt svensk motsvarighet i svenska språket är ”frailty” (ungefär: ”skörhet”). ”Frailty” används, likt multisjuklighet, ofta i kliniska sammanhang och beskriver ett tillstånd med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system och där individen därmed löper ökad risk som t.ex. beroende i vardagliga aktiviteter, dödlighet, inläggning på sjukhus eller flytt till vård- och omsorgsboende (Fried, m fl, 2001). ”Frailty” kan liknas vid en grogrund för snabb utveckling av ytterligare sjukdomar och försämringar av allmäntillståndet. En akut sjukdom kan få en skör men hyggligt fungerande person att ”tappa fotfästet”.

Studier som bygger på konceptet ”frailty” fokuserar därför ofta på att identifiera personer där åtgärder kan sättas in i syfte att förhindra eller skjuta upp en försämring. I forskningslitteraturen finns dock ingen konsensus om hur ”frailty” ska mätas i praktiken (Rodriguez-Manas, m fl, 2012). De flesta empiriska måtten bygger på att ett visst antal av en uppsättning indikatorer är uppfyllda. Vanligt förekommande indikatorer är allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktninskning/aptitlöshet, låg fysisk aktivitet, dålig ba-

lans och nedsatt kognition (Ferrucci, m. fl., 2004; Rodriguez-Manas, m fl., 2012). Enligt ett av de mest använda måtten på frailty anses personer som uppfyller minst tre av följande fem kriterier vara "frail" och de som uppfyller ett till två kriterier anses vara "prefrail": utmattning, viktnedgång, låg aktivitetsnivå (kcal förbrukning), långsam gånghastighet, låg handstyrka (Fried, m fl., 2001).

Personer som kategoriseras som "frail" kan, men behöver inte ha några funktionsnedsättningar. Inom sjukvården används frailty-konceptet i syfte att hitta personer som på grund av den minskade reservkapaciteten är i riskzonen för en ytterligare försämrad hälsa och därmed följande behov av sjukvård. Syftet är att försöka sätta in åtgärder och behandling innan personerna blivit så sjuka att det är svårt att hejda eller fördröja sjukdomsförloppet. Enkla screening-instrument som kan användas i primärvården har föreslagits för att upptäcka sköra äldre inom sjukvården (Romero-Ortuno, m fl, 2010; Wilhelmson, m fl, 2012).

Likt många studier som baseras på multisjuklighet har forskningen kring frailty alltså huvudsakligen ett kliniskt fokus, dvs. syftet är snarare att identifiera riskfaktorer för att kunna identifiera individer som kan ha nytta av interventioner än att uppskatta representativa prevalenstal i befolkningen. De prevalenstal som ändå angetts för personer 60 år och äldre i europeiska och nordamerikanska studier varierar mellan cirka 7 och 40 procent, beroende vilka mått som använts och hur studiepopulationerna varit sammansatta (Meinow, 2008). Flera av dessa studier har baserats på hemmaboende personer och personer som kan intervjuas och utföra tester, vilket innebär att en del av de sköraste individerna och de som har svåra kognitiva nedsättningar inte ingått. Något som delvis kan förklara den stora spännvidden i förekomst mellan olika studier. Många studier baseras också på populationer med ytterligare specifika inklusionskriterier, exempelvis att man har eller inte får ha en viss sjukdom eller genomgått vissa behandlingar.

Mest sjuka äldre

Begreppet "mest sjuka äldre" är inget begrepp som förekommer inom forskningslitteraturen. Begreppet har introducerats av Socialstyrelsen för att identifiera personer 65 år och äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Medan multisjuklighet och "frailty" huvudsakligen är kopplade till sjukvårdsinsatser omfattar "de mest sjuka äldre" personer som är i behov av både omfattande sjukvård och omsorg (Socialstyrelsen, 2011b). Någon entydig eller vedertagen definition vad denna benämning står för finns dock inte.

Socialstyrelsen föreslår tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre utifrån om man har omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg. Definitionen bygger på historiska registerdata i form av vård dagar i slutenvården, antal inskrivningar i slutenvården och den öppna specialistvården samt inskrivning i särskilt boende, antal hemtjänsttimmar m.m:

1. Den snävaste definitionen är **personer med "omfattande sjukvård och omfattande omsorg" – dvs. som ingår både i grupp 2 och 3.** De ut-

gjorde 2008 två procent av befolkningen 65 år och äldre (= 29 000 personer).

2. **Personer med ”omfattande omsorg”**: Personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen, dvs. beslut om permanent särskilt boende eller 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). De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. År 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre i Sverige (= 154 000 personer).
3. Den vidaste definitionen är **personer med ”omfattande sjukvård” eller ”omfattande omsorg”**. 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 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (= 286 000 personer).

Att använda registerdata är ett relativt enkelt sätt att på lokal nivå identifiera ”storkonsumenter” av vissa typer av vård och omsorg. Det är dock problematiskt att utifrån mått som är baserade på vad de äldre faktiskt fått för vård och omsorg försöka uppskatta förekomsten av hur många äldre i befolkningen som är ”mest sjuka”. Som ovan berörts kan resultat som pekar på att antalet ”mest sjuka” ökat eller minskat över tid också ha samband med att tillgången till sjukvård och äldreomsorg förändrats.

En svaghet med registerbaserade definitioner är att de enbart inkluderar de hälsoproblem som den äldre sökt och fått vård för och som omfattas av registren (på nationell nivå enbart slutenvård och specialistvård). Personer med enbart primärvårdskontakter, kommunal hälso- och sjukvård och informell omsorg missas till exempel. Det kan exempelvis röra sig om personer med kognitiv svikt, eventuellt i kombination med andra kroniska sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar, dvs. diagnoser som framförallt behandlas utanför slutenvård och öppen specialistvård.

Komplexa hälsoproblem

Begreppet ”komplexa hälsoproblem” används huvudsakligen ur ett epidemiologiskt och planeringsperspektiv där avsikten är att göra representativa skattningar av förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem och relaterade behov av vård och omsorg i olika grupper i den äldre befolkningen. Detta förutsätter hälsomått som kan tillämpas i en urvalsundersökning och som även fungerar vid indirekta intervjuer för de personer som av hälsoskäl (oftast kognitiva svårigheter) inte själva kan delta i en studie.

Ett mått på ”komplexa hälsoproblem” har konstruerats baserad på SWEOLD-studien¹ som omfattar ett nationellt representativt urval av be-

¹ SWEOLD (Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest old) omfattar personer i åldern 76 år eller äldre (n=931; svarsfrekvens 86 %). Intervjuerna gjordes företrädesvis i den äldres hem. I de 27 procent då den äldre inte klarade en intervju på egen hand genomfördes intervjuer istället tillsammans med (blandad intervju) eller endast med (proxyintervju) en närstående eller vårdgivare.

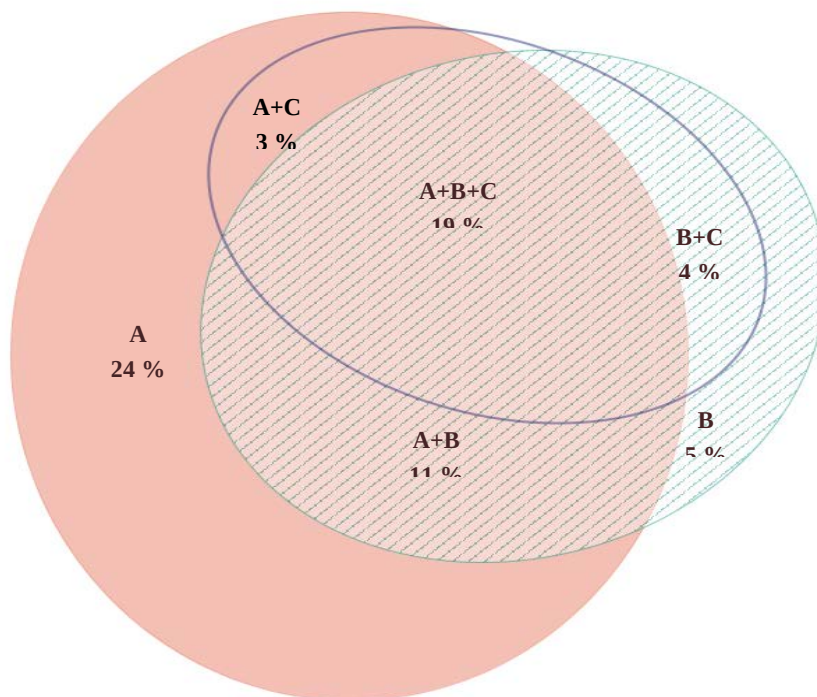
folkningen i 77 år och äldre (Meinow, m fl., 2006). Svåra problem i tre olika hälsoområden som är kopplade till behov av både sjukvård och omsorg inkluderas: Sjukdomar/symptom, nedsatt rörelseförmåga och nedsatt kognition/kommunikationsförmåga. Personer med multipla och svåra problem i minst två av dessa områden anses ha komplexa hälsoproblem vilket sannolikt medför behov av insatser från flera vårdgivare – både av sjukvården, äldreomsorgen och närstående.

När det gäller förekomsten av komplexa hälsoproblem, dvs. att ha flera långvariga sjukdomar/symptom och olika slag av funktionsnedsättningar redovisas en ökning mellan åren 1992 och 2011 från 18 procent till 26 procent. Ökningen skedde huvudsakligen under de första 10 åren av perioden (Meinow, m fl., 2014). Det har alltså blivit vanligare att som äldre hinna med att få uppleva att flera av kroppens organsystem samtidigt sviktar och att funktionsförmågan i olika avseenden försvagas. En del av denna ökning kan sannolikt förklaras av att överlevnaden för personer med komplexa hälsoproblem ökat (Meinow, m fl., 2010).

Hur hänger de olika måtten på sammansatta hälsoproblem ihop?

De olika perspektiven – och måtten - som används för att studera multipla hälsoproblem indikerar olika typer av vård- och omsorgsbehov. För att bättre kunna förstå i vilken utsträckning samma eller olika individer fångas med dessa begrepp har vi i en och samma studie (SWEOLD) studerat förekomsten av multisjuklighet, frailty och komplexa hälsoproblem.

Figur 2.1: Förekomst av multisjuklighet, komplexa hälsoproblem och frailty bland personer 76 år och äldre, 2011



A = Multisjuklighet – totalt 57 procent

Minst 2 svåra sjukdomar/symtom baserad på en lista av 14 vanliga sjukdomar/symtom

B = Frailty – totalt 39 procent

Minst 3 av 5 av följande kriterier: viktnedgång, utför få/inga fysiska aktiviteter, trötthet, dålig handstyrka, rörelsehinder

C = Komplexa hälsoproblem – totalt 26 procent

Multipla och svåra och problem i minst två av tre hälsodimensioner: 1) sjukdomar/symptom 2) rörelseförmåga 3) kognition/kommunikationsförmåga

Källa: Sweold 2011

Figur 2.1 illustrerar förekomsten och överlappning av multisjuklighet, frailty och komplexa hälsoproblem i SWEOLD materialet 2011. Av samtliga personer 76 år och äldre som ingått i studien var det 34 procent som inte omfattades av någon av definitionerna. Det innebär inte nödvändigtvis att de var friska, många hade t.ex. en svår sjukdom, lättare besvär med sjukdomar/symtom, och/eller lättare problem med rörelseförmågan. Dessa personer finns inte med i figuren, vilket då innebär att det är 66 procent som ingår i figur 2.1.

Bland samtliga personer 76 år och äldre var prevalensen högst för multisjuklighet, 57 procent hade svåra problem med minst två sjukdomar/symtom. 39 procent var "frail" och 26 procent hade komplexa hälsoproblem.

"Multisjuklighet" fångar in en heterogen grupp bestående av såväl personer som lever relativt obehindrat trots att de har flera diagnoser men också personer som inte klarar sin vardag själva och har omfattande vård- och omsorgsbehov. Totalt var en fjärdedel av de äldre personerna "enbart" multisjuka utan att samtidigt vara frail eller ha komplexa hälsoproblem, dvs. dessa personer hade inte några svåra fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar eller andra tecken på skörhet som t.ex. brist på ork och viktning. Det innebär att det finns en relativ stor grupp äldre som framförallt har multipla och svåra medicinska problem men inga omfattande funktionsnedsättningar. Dessa personer är huvudsakligen i behov av samordnad sjukvård. Det kan variera från uppföljning inom primärvården någon eller några gånger per år till behov av regelbunden kontakt med flera olika typer av högspecialiserad sjukvård.

Däremot sammanfaller förekomsten av frailty och komplexa hälsoproblem i de flesta fall med något av de andra koncepten. Tre fjärdedelar av de som klassats som "frail" var även multisjuka, dvs. utöver multisjukligheten har dessa äldre symtom på ytterligare sårbarhet i form av t.ex. nedsatt ork/styrka, viktning och/eller rörelseproblem.

"Komplexa hälsoproblem" är det begrepp som omfattar den allvarligaste graden av sjuklighet och funktionsnedsättningar och överlappar därför så gott som fullständigt med multisjuklighet och/eller frailty. Tre fjärdedelar av personerna med komplexa hälsoproblem var både multisjuka och frail. Personer med komplexa hälsoproblem, dvs. som har både multipla medicinska problem samt allvarliga fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar, behöver med stor sannolikhet insatser från flera aktörer inom sjukvården, äldreomsorgen samt från anhöriga.

Sammanfattningsvis visar resultaten att det finns en relativ stor grupp, cirka en fjärdedel av de som är 76 år och äldre, som "enbart" har medicinska problem. Däremot har majoriteten av de som klassats som frail eller har komplexa hälsoproblem också flera olika medicinska problem.

För personer med multisjuklighet är det nödvändigt att olika delar av sjukvården samverkar. Screeninginstrument som utvecklats utifrån frailty-konceptet kan bidra till att hitta de äldre som kan ha nytta av interventioner i syfte att fördröja allvarligare funktionsnedsättningar (Romero-Ortuno, m fl., 2010; Wilhelmson, m fl., 2012).

För personer som redan har komplexa hälsoproblem som indikerar behov av både sjukvård och omsorg och där ofta många aktörer är inblandade (inklusive anhöriga) är en viktig uppgift att säkra att samordningen mellan huvudmännen av de olika insatserna blir så bra som möjligt (Meinow, m fl., 2006).

I vilken utsträckning fångar uppgifter om tidigare sjukhusvård upp äldre med sammansatta behov av vård och omsorg?

Att använda existerande register över vård- och omsorgskonsumtion är ett enkelt sätt att få fram personer som har fått vård. Det register som oftast kommer i fråga är registret över sjukhusvård. En nackdel med denna typ av registeruppgifter är att de är mer eller mindre historiska och för vissa patienter inte speglar deras aktuella situation när det gäller hälsan eller det aktuella behovet av vård och omsorg.

Att de som fått vård också då haft behov av denna vård är en naturlig utgångspunkt. Däremot gäller inte det omvända – att de som har behov av vård också fått den och därmed finns med i registren. Likaså är det svårt att utifrån uppgifter om en typ av vård eller omsorg dra slutsatser om den äldre personens behov av annan vård och omsorg och därmed behov av en sammanhållen och samverkande vård och omsorg.

Det saknas mer heltäckande studier om i vilken utsträckning de existerande registren speglar behov av vård och omsorg i befolkningen och framförallt behoven av sammanhållen vård och omsorg.

Baserat på SWEOLD 2011 har vi analyserat i vilken omfattning de äldre personer som kategoriserats ha behov av sammanhållen vård enligt de tre definitionerna har varit inlagda på sjukhus minst en gång under de tolv månader som föregått intervjun. Uppgifterna om sjukhusvård är självrapporterade (av de äldre, anhöriga eller omsorgspersonal) och alltså inte baserade på registeruppgifter.

Resultaten visar att 37 – 43 procent av de äldre som kategoriserats som "multisjuka", "frail" och "komplexa hälsoproblem" har varit inlagda på sjukhus det senaste året. Skillnaderna mellan de olika sätten att definiera de "mest sjuka" är små – oavsett vilken definition vi använder oss av skulle ett register över sjukhusvård ha möjlighet att fånga upp mindre än hälften av de äldre med sammansatta problem.

Flera av de försöksverksamheter som redovisas i denna rapport har som målgrupp haft äldre personer som under det senaste året varit inlagda på sjukhus. Som framgår nedan i resultatredovisningen har man i vissa av dessa projekt erfarit att information om det tidigare vårdutnyttjandet inte fungerat särskilt väl för att identifiera en grupp äldre med aktuella behov av en samordnad vård och omsorg.

Boende, vård och omsorg bland äldre med komplexa hälsoproblem

Med hjälp av uppgifter från SWEOLD kan man också belysa boende, vård och omsorg bland äldre med komplexa hälsoproblem. Drygt hälften av dessa äldre bodde på särskilt boende 1992, liksom 2002, medan andelen hade minskat år 2011 till knappt 40 procent.

Av de drygt 60 procenten äldre som bodde hemma år 2011 var drygt hälften ensamboende och knappt hälften sammanboende. Bland de ensamboende

hade knappt två tredjedelar hjälp av hemtjänst. Av de ensamboende som uppgav att de inte hade hjälp av hemtjänst hade en del hjälp av sina barn, medan det i några fall kan vara minnesproblem som gjort att de helt enkelt svarat fel.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten från SWEOLD 2011 att gruppen äldre personer med komplexa hälsoproblem i ökad utsträckning bor och vårdas hemma. Av de drygt 60 procent hemmaboende bor en tredjedel ensamma och har hjälp av hemtjänst medan två tredjedelar får hjälp i första hand av make eller maka och/eller barn.

Några kritiska situationer i omhändertagandet av äldre med stora och sammansatta behov

I detta kapitel fokuseras kritiska situationer i vård och omsorg för äldre som behöver hjälp av flera olika professioner, verksamheter och huvudmän samtidigt. Det handlar om vård och omsorg av olika slag, öppen vård, slutenvård, vård i hemmet eller på institution. Behoven kan uppstå akut, förändras snabbt, samtidigt som många äldre behöver kontinuerlig vård, omsorg och tillsyn under längre tid. Det gäller särskilt den grupp äldre, de mest sjuka äldre, som definieras som äldre personer som behöver både sjukvårdsinsatser och hjälp från socialtjänsten samtidigt (Socialstyrelsen, 2011b).

Brister i omhändertagandet och inte minst samordningen av insatser för de mest sjuka äldre är ett sedan länge påtalat problem i svensk äldreomsorg (Akner, 2004; Gurner & Thorslund, 2003). Konsekvenserna av en bristande samverkan i omsorgen om de äldre kan bli ödesdigra. Ytterst kan människor dö en för tidig död, men kanske vanligast är ett onödigt lidande och en försämrad livskvalitet. Det inkluderar också en ökad oro och osäkerhet både hos de äldre och deras anhöriga.

Brister i samverkan innebär också ett ineffektivt utnyttjande av de offentliga resurserna, som att äldre tvingats söka sjukhusvård eller få en plats i äldreboende därför att öppenvårdsinsatserna inte varit adekvata. Det bidrar också till att sänka kvaliteten i insatserna från vård och omsorg, minska personalens arbetstillfredsställelse och ytterst försämma medborgarnas förtroende för den offentliga vården och omsorgen.

Omvärldsfaktorer

Behovet av samverkan måste analyseras och diskuteras med tanke på de ständiga omvärldsförändringarna. Utvecklingen av livslängd och hälsa har stor betydelse för behovet av vård och omsorg. Under 1970- och 80-talet redovisades resultat från både svensk och internationell forskning som pekade mot att äldre blev ”piggare och friskare” samtidigt som hypoteser om en ”komprimerad sjuklighet” vid livets slut presenterades (Fries, 1980). Det skulle betyda allt fler friska år under vår levnad och en allt kortare period av sjuklighet vid livets slut. Aktuell forskning (både i Sverige och internationellt) indikerar snarare en uppskjuten eller t.o.m. förlängd period av sjuklighet vid livets slut (Crimmins & Beltran-Sanches, 2010; Fors, m fl., 2013; Thorslund, 2012).

Vården och omsorgen om äldre har, som vi redovisat i kapitel 1, sedan 1990-talets början påverkats av den kraftiga minskningen av vårdplatser vid landets sjukhus. Under 2000-talet har konsekvenserna av detta förstärkts av att kommunerna minskat antalet platser i det särskilda boendet. Det innebär

att allt fler sjuka äldre vårdas hemma, vilket i sin tur ökat trycket på primärvården, hemsjukvården, hemtjänsten och de anhöriga.

Befolkningsförändringarna, hälsoutvecklingen bland äldre och strukturförändringar inom vården och omsorgen har således ökat trycket på såväl akut-sjukvård som öppenvård och äldreomsorg. Regeringens satsning på ”de mest sjuka äldre” har syftat till att få till stånd en samordning av vården och omsorgen av de mest sjuka äldre. Målet var att förhindra ”onödiga” besök och inläggningar på sjukhus, att äldre faller mellan stolarna och att de äldre själva eller deras anhöriga inte ska vara tvungna att svara för samordningen av nödvändiga insatser.

För att kunna vidta relevanta åtgärder krävs en analys av hur problemen ser ut för de äldre som drabbas av akut sjukdom, hur vanligt det är och vad det är som leder till att äldre söker vård på sjukhus. Vidare krävs en analys av hur omhändertagandet av de äldre går till på sjukhus och vilka behov och vilken tillgång det finns på eftervård efter sjukhusvistelsen.

Dynamiken i gruppen de mest sjuka äldre

Många äldre har kontakt med läkare och använder läkemedel. Men merparten är inte stora konsumenter av vård och heller inte äldreomsorg. Det betyder att man inte har en regelbunden kontakt med vården och därmed heller inte en fortlöpande uppföljning av hälsotillståndet.

Utifrån ett livsloppsperspektiv ökar för de flesta sjukligheten och funktionsförmågan avtar med ökande ålder. Vilket innebär att många till slut ”ingår” i gruppen de mest sjuka i befolkningen.

Dynamiken i äldre personers hälsostatus är mycket stor. Lagergren (2013) har på basis av Kungsholmsdata (den longitudinella studien SNAC), analyserat hur förändringar av hälsostatus leder till skiftande behov av vård och omsorg över tid. Med stöd av Socialstyrelsens kriterier för avgränsning av gruppen de mest sjuka äldre (se ovan kapitel 2), uppdelades de äldre i fyra grupper, där den fjärde gruppen innefattar de som vare sig har omfattande behov av sjukvård eller äldreomsorg.

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med såväl omfattande sjukvård som omfattande omsorg. De utgör cirka två procent av befolkningen 65 år och äldre (cirka 30 000 personer). Dödligheten i gruppen är mycket hög och mindre än hälften av de överlevande kvarstår i gruppen följande år, de allra flesta av de överlevande som lämnar gruppen går till grupp 2.
2. Gruppen ”omfattande omsorg” innefattar personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen (t.ex. särskilt boende eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad). De utgör cirka 7 procent av de äldre och är den mest stabila av de olika äldregrupperna. Fem av sex personer finns kvar i denna grupp efter ett år, de flesta som lämnar gruppen gör det för att de avlider.
3. Med personer 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. De utgör cirka 14 procent av befolkningen 65 år och äldre. Ungefär hälften av dessa är kvar i denna grupp efter ett år. Av de övriga har de flesta gått till grupp 4.

4. Denna grupp består av äldre med vare sig omfattande sjukvård eller äldreomsorg. Denna grupp är den största, cirka 77 procent av de äldre, och de flesta kvarstår i denna grupp efter ett år.

Åldrandet i livets senare stadier kan i mycket kategoriseras som ständiga, samtidiga processer och förändringar, som över tid innebär en ökad risk för att drabbas av ohälsa. Detta innebär att behovet av flexibla och omfattande vård- och omsorgsinsatser – och inte minst en samordning av insatserna – ökar med åldern. Sammantaget illustrerar detta hur relativt snabbt förändringar i hälsan avspeglas i olika behov av vård och omsorg.

En majoritet av personer 65 år och äldre (grupp 4) har god hälsa och funktionsförmåga och har bara enstaka kontakter med vården och omsorgen, liksom den övriga befolkningen. Det betyder att de har kontakter med läkare, medicinerar och kanske har genomgått någon operation osv. I äldreomsorgen debuterar man först som hjälptagare sent i livet, oftast när man är över 80 år. Behöver man hjälp dessförinnan får de flesta det från samboende make/a eller partner och närboende barn.

I grupp 3 enligt indelningen ovan sker en stor omsättning över tid. Många äldre som drabbas av akut sjukdom, kan efter vård och behandling bli återställda igen. För att sedan, kanske efter någon månad eller flera år, åter bli akut sjuka och behöva vård.

I grupp 2 finns de som har omfattande hemtjänst eller bor på särskilt boende och som har lämnat sitt tidigare boende, ofta på grund av nedsatt hälsa och funktionsförmåga. Majoriteten av de som bor på särskilt boende har nedsatt kognitiv förmåga på grund av demenssjukdom. Vanligen blir man kvar i denna grupp livet ut.

Vård och omsorgsgrupp 1 är särskilt intressant, eftersom det är den gruppen som närmast motsvarar vad som kan kallas ”de mest sjuka äldre” även om också grupp 2 och 3 ingår i definitionen av ”de mest sjuka äldre” (Lagergren, 2013).

Olika kännetecken på de mest sjuka äldres situation

Gruppen ”de mest sjuka äldre” är således en heterogen grupp. Några gemensamma drag kan beskrivas som;

- Hög ålder
- Behov av både sjukvård och hemtjänst
- Behov av insatser dygnet runt
- Stora fluktuationer i behoven
- Stora funktionsnedsättningar
- Många läkemedel
- Har svårt att själv ta sig till vårdcentral eller sjukhus

- Har svårt att kalla på hjälp när det behövs
- Är beroende av hjälp från anhöriga

Mixen av ovan nämnda faktorer kan vara oändlig. Vad som orsakar sviktande hälsa i det enskilda fallet kan variera åtskilligt. Inte alla har samtliga problem samtidigt. Det kan finnas faser då hälsotillståndet är relativt stabilt, med avbrott för situationer med hastigt nedsatt hälsa. Andra faktorer som har betydelse är boendesituationen, avstånd till vård och omsorg, ekonomi, familj och socialt nätverk och personliga resurser.

Äldre, sjuka och sköra människor möter en organisation som också är skör, fragmenterad och stadd i ständig förändring. Som vi nämnt påverkar strukturella förändringar äldreomsorgen, t.ex. när det gäller tillgång till särskilt boende eller hemtjänst, de mest sjuka äldres situation. Likaså påverkar akutsjukvårdens omfattning, roll och funktion vården av de mest sjuka äldre. Den äldre är t.ex. sällan ”frisk”, botad eller färdigbehandlad efter den numera korta vistelsen på sjukhus.

Många äldre får i första hand sina hjälpbehov tillgodosedda av anhöriga, dvs. anhöriga och familjemedlemmar utgör det ”system” som svarar för omhändertagandet. Men anhörigas belastning och egen hälsa kan också svikta, vilket då får direkta konsekvenser för den sjuke äldre.

Äldre i vård- och omsorgssystemet

Hur de mest sjuka äldres behov av vård och omsorg tillgodoses eller ej och på vilket sätt, kan analyseras utifrån ett demografiskt, epidemiologiskt och systemorienterat perspektiv, som tillsammans kan fungera som en struktur för att studera sättet att ta hand om de mest sjuka äldre.

I all vård och omsorg är det viktigt att ha blick för hur många personer som berörs och som vården och omsorgen måste ha en beredskap att hjälpa. De mest sjuka äldre utgör i vårdens vardag en minoritet. Det betyder att man ibland inte är tillräckligt uppmärksam på när samverkan krävs för att få vården att fungera och där ”standardinsatsen” inte räcker. Detta aktualiserar frågan om det går att identifiera de äldre personer som är i särskilt behov av att få en samordnad vård och omsorg, bli vårdens ”VIP-kunder”.

Som nämnts i kapitel 2 och framgår av kapitel fem i denna rapport och redovisningen av hur försöksverksamheterna identifierat gruppen de mest sjuka äldre är registerbaserade definitioner inte särskilt användbara för att fånga upp de äldres aktuella behov av vård och omsorg. Registrens brist är att de i första hand (historiskt) identifierar mångbesökarna på sjukhus. Förutom att de utgår från den sjukhusbaserade vården är det inte säkert att de ger en bild av de aktuella behoven. Detta innebär att de inte är så lämpliga när det gäller att identifiera äldre personer som riskerar att drabbas av akut sjukdom eller försämring i hälsoläget. De är i ännu mindre utsträckning användbara för att finna de som är i behov av stöd i form av samordnade insatser från båda huvudmännen.

Kritiska situationer

Det går att identifiera ett antal kritiska faser, situationer, skiften och övergångar som äldre personer med omfattande och komplexa behov av vård och omsorg förr eller senare sannolikt kommer att möta. Starten av denna process är ofta när den äldre blir akut sjuk och inte längre själv kan klara av situationen med de resurser den har. Hur kritisk situationen är rent medicinskt behöver inte alltid vara avgörande. Det kan i stället vara hustrun som den sjuke maken är helt beroende av som själv insjuknar och därmed blir situationen ohållbar.

Beroende på hur vården och omsorgen bemöter de mest sjuka äldre i dessa situationer, kommer de äldres livskvalitet, resultatet av och kostnaderna för vården och omsorgens insatser att påverkas.

Något förenklat kan man tala om tre olika kritiska situationer i den här processen:

1. Akut sjukdom – snabbt försämrad hälsa i hemmet
2. Akuta besök och/eller inläggning på sjukhus
3. Utskrivning från sjukhus till hemmet med kvarstående behov av vård/omsorg

Sedan 2012 finns ett webbaserat instrument som tillhandahålls av SKL (www.skl.se). Instrumentet kallas ”Webbkollen”, och är ett intervjustöd som består av ett antal strukturerade frågor med vars hjälp sjukvården kan ta reda på hur patienter som blir återinskrivna inom 30 dagar efter tidigare sjukhusvistelse ser på sin situation (”Webbkollen Återinskrivna”). Det kan också användas för att följa upp patienter några dagar efter hemkomst från sjukhus (”Webbkollen Ring upp”). Numera finns en tredje version som kallas ”Primärvården Ring upp”, som är ett verktyg för primärvården, att i samarbete med kommunens vård och omsorg, följa upp de äldres hälsotillstånd.

Även om registreringsgraden är mycket skiftande och det ännu bara är en mindre del av alla vårdkontakter som inrapporteras, ger de nationella resultaten ett underlag och en bild av hur de äldre upplever olika kritiska situationer i kontakterna med sjukvården.

Exempelvis var det drygt 40 procent av de utskrivna patienterna själva, respektive drygt en tredjedel av de anhöriga som tog initiativ till att personen åter lades in på sjukhus, dvs. sammantaget närmare 80 procent av de som återkom till sjukhus. Närmare en tredjedel av patienterna uppgav att de inte varit delaktiga i planeringen inför hemgången från sjukhus.

Av de äldre som följts upp i primärvården uppger två tredjedelar att de inte har någon samordnad vårdplan. Av dessa data kan man inte dra slutsatsen att primärvården inte har följt upp eller finns tillgänglig. Däremot att den äldre själv och dennes anhöriga inte upplevt att de var sedda eller hade stöd av primärvården.

Akut sjukdom – snabbt försämrad hälsa hemma

Åldrandet innebär för de flesta en ökad risk för att drabbas av sjukdom, något som i vissa fall skulle kunna förebyggas, i andra fall kan det inte förutses.

När det inträffar är det viktigt att ha rutiner för ett aktivt omhändertagande av den äldre i vården i hemmet eller i det särskilda boendet. En kritisk faktor är hur öppenvården kan hantera akuta sjukdomsfall bland de äldre. Finns det något reellt alternativ till att åka till sjukhuset när man är akut sjuk? Vad finns för resurser på det särskilda boendet för att hjälpa vid akut sjukdom?

När vi blir akut sjuka kan vi själva alternativt anhöriga konsultera sjukvårdsupplysningen, husläkare eller den vårdcentral som man är listad vid, för att få råd. Ibland blir rådet att avvakta tills nästa dag och då kontakta sin husläkare. Trots detta kanske man ändå av olika skäl väljer att åka till sjukhus, för säkerhets skull. Många överväger inget annat alternativ, utan åker direkt till sjukhuset.

Statens beredning för utvärdering (SBU) har på regeringens uppdrag sammanställt en systematisk kunskapsöversikt beträffande omhändertagandet av äldre som inkommer akut till sjukhus, med fokus på sköra äldre (SBU, 2013). En del av rapporten handlar om en kartläggning av praxis beträffande hur man tar om hand sköra äldre på akutmottagningarna vid Sveriges sjukhus. Där framkommer att cirka en tredjedel av alla sökande vid akutmottagningarna är 65 år eller äldre och att drygt 50 procent av alla patienter som läggs in akut är över 65 år.

En stor andel av de som söker sjukhusvård är äldre som gör det för att de inte vetat om eller litat på att det finns annat alternativ. Det är heller inte lätt, varken för vårdpersonal eller än mindre anhöriga, att alltid kunna avgöra ”när det är dags” att åka till sjukhuset. Ofta handlar det om oroliga anhöriga eller vårdpersonal i hemmet eller på äldreboendet som inte ser något annat alternativ. Mycket beror på tillgång till vård, var man bor, avstånd till vård och omsorg, om man är ensamboende, vilken tid på dygnet sjukdomen uppstår osv. Avgörande är vilka alternativen är till att åka till sjukhus. Kan man t.ex. ”få hem” en läkare eller sjuksköterska som kan hjälpa till att bestämma vad som behöver göras?

Akuta besök och/eller inläggning på sjukhus

På sjukhuset kommer man till akutintaget. Vad som händer där och vilket mottagande man får skiftar beroende på en rad omständigheter som sjukdomens allvarlighetsgrad, hur många patienter som finns på akutmottagningen samtidigt, tillgång till läkare, beläggningssituationen på vårdavdelningarna, osv. Oavsett vad som är omständigheterna när den äldre söker hjälp kan situationen på akutmottagningen påverka den äldres hälsotillstånd.

Ett exempel på det är lång väntan på hjälp som kan vara särskilt kritisk för sköra äldre. Inte så sällan hamnar de äldre långt ned på prioriteringslistan och får vänta både fyra eller kanske åtta timmar eller mer innan någon läkare ”tittar på en”. De senaste åren har väntetider på akuten fortlöpande registrerats och en maxgräns på fyra timmar har angivits som ett mål. Även bland de över 80 år har väntetiderna blivit längre (Socialstyrelsen, 2013b). På några sjukhus har man ”snabbspår” eller möjligheter till ”direktinläggningar” på vårdavdelning, så att den äldre slipper vänta på akutmottagningen på att bli omhändertagen.

Att ligga på en brits på akuten många timmar är något som ingen mår bra av, allra minst sjuka äldre. Vissa hinner både bli uttorkade och få trycksår. Sjukhusmiljön är också en riskmiljö för de äldre med ofta nedsatt immunförsvar och därmed ökad risk för infektioner.

Ofta beror det försämrade hälsotillståndet bland äldre på läkemedelsbiverkningar. Att utreda detta och vad som bör göras tar tid och kräver kunskap om hur äldre reagerar på läkemedel. Överhuvudtaget är det många gånger svårt att på akutmottagningen avgöra vad som ligger bakom den äldres insjuknande, vare sig det handlar om läkemedel eller något annat. Enligt SBU:s kartläggning (2013) har endast en mindre del (14 procent) av landet akutmottagningar särskilda riktlinjer för bedömning av allvarlighetsgraden hos den akutsökande äldres tillstånd (s.k. äldretriage).

Blir man inlagd handlar det nuförtiden om mycket korta vårdtider. Ofta innebär det att man kanske inte hinner med att utreda tillståndet under tiden man är inlagd eller att följa upp att insatta åtgärder, t.ex. medicinsaner, får önskvärd effekt (Bergman, 2005).

Ett felaktigt eller oplanerat agerande kan t.o.m. förvärra eller försämma situationen för den äldre. En dålig uppföljning av läkemedelsbehandlingen hos mest sjuka äldre kan leda till att de återigen söker sjukhusvård, får vänta för länge på akuten, blir inlagd en ytterst kort tid och sedan hem igen med en ny kombination av läkemedel, som riskerar att ytterligare försämma den äldres hälsoläge och livskvalitet.

Utskrivning från sjukhus till hemmet med kvarstående behov av vård och omsorg

En ytterligare kritisk situation för de äldre som vårdats på sjukhus är vad som händer i samband med att de skrivs ut från sjukhuset. Majoriteten av de äldre som passerar igenom akutsjukvården skrivs ut igen utan någon vårdplanering, men med hänvisning och epikris till primärvården eller husläkare.

För dem som haft vård och omsorg tidigare eller som behöver mer hjälp för att kunna återvända hem igen, genomförs en vårdplanering vid utskrivningen från sjukhuset. Ofta behöver de både psykologiskt, socialt och praktisk stöd innan hemgång. Dessutom behöver de ofta fortsatt vård och behandling, eftersom vården vid sjukhuset inte räcker till för att hinna ge önskvärt resultat.

Rydeman (2013) har studerat utskrivningsprocessen för äldre personer och beskrivit hur situationen har stor påverkan på de äldre och deras liv. De äldre känner sig utsatta och sårbara beroende på sjukdom, kroppslig skörhet och osäker livssituation. De äldre och deras anhöriga upplever att de hamnat i ett slags "mellanrum", där vården fokuserar på sjukdomen, men ingen ser den äldre i sitt livssammanhang. En illa förberedd och genomförd utskrivning riskerar att leda till att den äldre kommer hem i ett sämre skick, vilket snabbt kan leda till att man söker sig till sjukhuset igen.

Vid utskrivningen händer det ibland att den äldre beviljas plats på ett kommunalt korttidsboende, i avvaktan på plats i särskilt boende, eller att kunna gå hem igen. För att skapa bästa möjliga förutsättningar för att kunna återvända hem, behöver korttidsboendet också kunna svara för den rehabili-

tering som krävs. Det kan också handla om att det krävs extra tid för att få den äldres medicineringsplan fungera. Det förutsätter att korttidsvården har den kvalitet och fokus som behövs för detta, vilket inte alltid är fallet.

I en kartläggning som genomförts av Socialstyrelsen av primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre, framkom bl.a. att antalet personer som beviljats korttidsboende minskat med 12 procent mellan 2008 och 2012. Det förekommer också stora variationer mellan landets kommuner när det gäller tillgången på korttidsboende.

Vidare framkom att en tredjedel av landets kommuner inte beviljar plats på korttidsboende för rehabilitering. Överhuvudtaget tycks korttidsboendets främsta funktioner vara eftervård, avlösning av anhöriga eller en väntplats inför en definitiv flytt till särskilt boende (Socialstyrelsen, 2013c).

Alternativa former av eftervård förekommer, som förstärkta hemtjänstinsatser efter sjukhusvistelsen, men det är ännu inte något vanligt förekommande alternativ.

Oberoende av om den äldre tillfälligt vistats på ett korttidsboende eller återvänt direkt hem, behöver de flesta en regelbunden uppföljning och stöd efter sjukhusvistelsen. Resultaten från uppföljningen i Webbikollen, illustrerar ur den äldres perspektiv svårigheterna att vara delaktiv i utskrivningsprocessen och oron inför hur det ska bli när man kommer hem med det kvarstående behovet av hjälp (SKL; www.skl.se).

Samordnad vård och omsorg för att hantera kritiska situationer

Ungefär en femtedel av alla äldre som vid en given tidpunkt söker sjukhusvård är kända sedan tidigare eftersom de har en regelbunden kontakt med primärvården och kommunens äldreomsorg. Omvänt betyder det att de allra flesta äldre som söker sjukhusvård, inte har några regelbundna kontakter med sjukvården.

Somliga äldre är dock "mångbesökare" på sjukhus vilket reser frågor om den vård och omsorg man fick tidigare. Det gäller både vilken vård den sjuka fick under sjukhusvistelsen, i samband med utskrivningen och därefter. Vad gjordes för att undvika att den äldre inte skulle insjukna igen eller för att den äldre skulle återfå bästa möjliga funktionsförmåga?

Vad som händer på sjukhuset kan få långsiktiga konsekvenser. Även om inläggningen kanske var helt adekvat, är det man gjorde eller inte gjorde under sjukhusvistelsen, vid utskrivningen och tiden därefter avgörande för om sjukvården "producerar retur" eller inte. Om fokus helt hamnar på att undvika inläggningar, uppmärksammar man inte behoven att utveckla vården och omsorgen i sin helhet.

Det stora problemet är inte (onödiga) inläggningar på sjukhus. Det stora problemet är att äldresjukvården inte fungerar bra för den som behöver det bäst; hemma, på sjukhus och vid utskrivning från sjukhus. Inläggningarna där personerna skulle ha kunnat bli hjälpta på annat sätt kan ses som en indikator på en dåligt fungerande äldresjukvård.

Ligga steget före

Möjligheterna att ligga ”steget före” och förebygga (ökad) sjuklighet är beroende på om insatserna ska riktas mot de som redan är kända av vården eller de som inte är kända eller både och. Det handlar om att förebygga att de här diskuterade kritiska situationerna uppstår. Alltså faserna som föregår det dramatiska som inträffar – en stroke, hjärtinfarkt eller liknande. Ofta kan förloppet vara smygande – som demens, cancer, ”allmän svaghet” i form av undernäring, trötthet etc. Där vården vanligen agerar reaktivt, medan en ambition med stimulansmedlen är att vården ska bli proaktiv – bland annat genom att försöka identifiera de mest sjuka som är i behov av särskild uppmärksamhet från vård och omsorg.

Att identifiera ”riskpatienter” bland mest sjuka äldre gruppen är också den huvudsakliga strategin som anförs idag. Vad en sådan strategi ger för resultat beror på vilket perspektiv man anlägger. Det är sannolikt att identifierade riskpatienter har ökade chanser att få ett bättre omhändertagande än annars. Sett ur ett befolkningsperspektiv där majoriteten av de äldre som söker sjukhusvård inte är kända tidigare, är inte sjukhuset det bästa stället att identifiera riskpatienter på förhand. Det måste ske i den öppna vården, bland dem som har hemtjänst och kanske via uppsökande verksamhet.

Som vi redovisat i kapitel 2 kan den grupp som där betecknades som ”frail” vara en grupp som kan ses som ”riskpatienter”. Det finns olika screeninginstrument för att identifiera dem, och några av försöksverksamheterna har arbetat med detta.

Samordning och tillgänglighet

Första linjens sjukvård – primärvården – måste kunna klara av att svara för sjukvård dygnet runt, årets alla dagar. Det är den viktigaste förutsättningen för att kunna ge de mest sjuka äldre en god vård och omsorg. För att uppnå detta, måste rutiner utvecklas för att systematiskt identifiera de mest sjuka, bedöma deras hälsotillstånd, se till att de får nödvändig samordnad sjukvård och omsorg. Detta är också ett lagstadgat krav när det gäller Samordnad Individuell Plan (SIP), enligt Kap. 2, 7 § SoL och HSL 3 f§.

Genomarbetade rutiner för hur alla inblandade ska agera vid akuta situationer, skapar också trygghet för den som inte är akut sjuk, men som känner sig oroliga för sin hälsa och söker råd och stöd. En lättillgänglig sjukvård, där de mest sjuka äldre är kända och ett telefonnummer för kontakt, har betydelse för att undvika onödiga sjukhusbesök.

SBU:s kunskapsöversikt beträffande omhändertagandet av äldre som inkommer akut till sjukhus, med fokus på sköra äldre (SBU, 2013) ger stöd för att ett integrerat strukturerat omhändertagande av äldre, av ett multiprofessionellt team med direkt patientansvar, leder till bättre funktionsförmåga än vanlig vård. Det ökar också den äldres möjligheter att bo kvar hemma efter sjukhusvistelsen.

I en annan kunskapsöversikt redovisar Philip m fl. (2013) beträffande metoder och arbetssätt för att minska behovet av sjukhusvård bland äldre, vikten av ett systemorienterat synsätt. Effektiva interventioner handlar om att identi-

fiera riskpatienter, omhändertagande av multiprofessionella team, och ett nära samarbete med dem som svarar för vården av den äldre i hemmet.

Sammantaget talar alltså både svenska och internationella erfarenheter, för ett strukturerat omhändertagande när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre oberoende om man möter dem hemma, på vårdcentralen eller på sjukhusets akutmottagning.

Internationella erfarenheter av sammanhållen vård och omsorg om äldre

Att översätta internationella erfarenheter till svensk kontext

En åldrande befolkning innebär växande behov av vård och omsorg, något som inte är unikt för Sverige. Situationen är densamma i hela världen och relaterat till att allt fler äldre i befolkningen överlever till höga åldrar. Det innebär också ökade resursanspråk både för att finansiera vården och att ha personal som kan svara för att ge nödvändig vård och omsorg till de äldre.

I takt med dessa förändringar växer också behovet av forskning och kunskap på området, när det gäller hur behoven av vård och omsorg i en åldrande befolkning ska tillgodoses. Ofta handlar ambitionen om att säkra tillgången av vård och omsorg och höja kvaliteten, men också effektivisera vården av de äldre. Särskilt har vården av de mest sjuka kommit i fokus. Det gäller äldre personer med omfattande och snabbt föränderliga behov av både sjukvård och socialtjänst. Något som ställer stora krav på att sjukvården och socialtjänsten samarbetar.

Värdet av den internationella forskningen på området är svårbedömd, när det gäller dess relevans för hur Sverige ska tillgodose de mest sjukas behov av vård och omsorg. Förklaringen är främst att man i andra länder – framförallt utanför Norden – har andra system för vård och omsorg om äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättningar. Systemskillnaderna handlar både om struktur, finansiering, kvalitet och tillgång till vård och omsorg.

I Sverige, liksom i övriga nordiska länder, är det ett uttalat ansvar för den lokala nivån (kommun och landsting) att inom ramarna för befintlig lagstiftning svara för att tillgodose medborgarnas behov av vård och omsorg. Kopplat till detta ligger också ett ansvar för att finansiera vården och omsorgen. Statens roll är mycket begränsad i de nordiska länderna och inskränker sig till ansvar för lagstiftning och ekonomiska stimulansmedel. Möjligheterna att från statlig nivå påverka utformning eller omfattning på vården och omsorgen är begränsad, i jämförelse med andra länder utanför Norden.

En annan skiljelinje är vilket ansvar som familjen förväntas ta för de äldre och sjuka och vad som samhället ska svara för. I ett flertal länder i Europa, t.ex. Tyskland, Spanien, Italien, Grekland, har barnen en lagstadgad skyldighet att stödja föräldrar, både ekonomiskt och med vård- och omsorgsinsatser (Colombo, m fl., 2011).

Det finns också stora skillnader när det gäller hur tillgången till hälso- och sjukvård respektive socialtjänst är reglerad. I Sverige ska vård och omsorg ges utifrån den enskildes behov, medan man i andra länder också tar hänsyn

till den enskildes betalningsförmåga. I många länder är tillgången till sjukvård större än tillgången till socialtjänst relativt sett.

Sannolikt beror detta på att "socialtjänst" i många länder är något som framförallt familjen förväntas ansvara för. Den sjukvårdsslagssida som äldreomsorgen har i många länder, betyder samtidigt att de mest sjuka äldre i dessa länder oftare finns på institution, långvårdssjukhus eller liknande, än vad som är fallet i Sverige. Skillnader i begrepp och definitioner i vad som räknas som äldreomsorg i internationell statistik, t.ex. EUROSTAT och OECD, försvårar ytterligare att jämföra förhållanden i Sverige med andra länder.

Forskning om samverkan

Bristerna i samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst är ingalunda bara ett svenskt fenomen. Det utgör också ett stort och växande internationellt forskningsområde inte minst inom vården och omsorgen om de äldre (Kodner & Spreuwenberg, 2002; Leichsenring, 2004, 2012; Schrijvers & Goodwin, 2010). I den internationella litteraturen används ofta begreppet "integrated care" som ett paraplybegrepp för att uttrycka behovet av samordning av insatser för personer med stora behov av vård och omsorg (Lloyd & Wait, 2006). Integrated Care – med olika begrepp som "case management", "shared care", "comprehensive care", "seamless care" och "transmural care" – betecknar ofta försök att hantera de många gånger splittrade vård och omsorgssystemen som inte minst de äldre är beroende av (Øvretveit & Brommels, 2011).

Integrated Care spänner över ett komplext och sammansatt område vilket också innebär att det finns många skilda tolkningar av de aktuella begreppen. WHO har följande definition: *Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a mean to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency* (WHO, 2008).

"Sammanhållen vård" och "vårdkedja" är andra uttryck för målet att vård- och omsorgsinsatser ska fungera som länkar i en kedja av insatser för den äldre. Begreppet vårdkedja används för att beskriva en önskvärd samverkan för den enskilde på dennes "väg" genom vårdsystemet. Tänkandet bygger på att insatserna för den äldre skall vara organiserade och hänga samman i en kedja. Det förutsätter ett samarbete där huvudmannen, verksamheterna och alla personalkategorier som är eller borde vara inblandade i den enskildes vård vet sitt ansvar och befogenheter och vad man förväntas göra. Vårdkedjetänkandet är utbrett och beträffande vissa diagnoser/sjukdomar, t.ex. höftfrakturer och stroke, är detta en etablerad form av samarbete, om än inte alltid välfungerande (Socialstyrelsen, 2011c).

Samma betydelse ligger i begreppet "continuum of care", som definierats som "a client-oriented system composed of both services and integrating mechanisms that guides and tracks clients over time through a comprehen-

sive array of health, mental health and social services spanning all levels of intensity of care” (Evashwick, 2005)

Samverkan mellan olika professioner och verksamheter mellan och inom huvudmännen kan vara organiserad på olika sätt och för olika behov. Hur samverkan fungerar beror på vilken grupp i befolkningen som är föremål för samverkan. Att länka vårdkedjor fungerar bäst för de personer som har behov som kan åtgärdas genom en serie olika handlingar som utförs i tur och ordning.

Att koordinera fungerar bäst där olika insatser kan samtidigt understödja varandra. Att integrera fungerar bäst där patienten eller brukaren har sammansatta behov, hög nivå av beroende, ofta förändrade behov, behov av många olika typer av stöd, behov av hjälp flera gånger per dygn, långvariga behov, upplever svag egen kontroll, har svårt att förflytta sig samt har försvagade sociala strukturer (Nies, 2006), kriterier som utmärker gruppen äldre med komplexa hälsoproblem (se kapitel 2).

Ofta görs skillnad mellan ”horisontell integration”, att länka samman olika professioner, t.ex. i multidisciplinära team och ”vertikal integration”, samarbete mellan olika vårdnivåer eller vårdgivare, t.ex. team bestående av både sjukvårds- och hemtjänstpersonal (Åhgren & Axelsson, 2011).

I Sverige används begreppen samverkan, samarbete och samordning (jfr engelskans collaboration, cooperation, coordination) med en mer eller mindre synonym betydelse.

Ett annat exempel är ”sammanhållen vård” vilket är regeringens benämning på statens satsning på vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Socialdepartementet, 2012) och som i allt väsentligt motsvarar begreppet integrated care.

Modeller för samverkan i vården och omsorgen om de äldre

Det finns olika modeller eller strukturer beskrivna i den internationella forskningslitteraturen när det gäller att åstadkomma ”integrated care” för sjuka, äldre personer. Socialstyrelsen publicerade 2011 en kartläggning av översikter med avseende på hur vården och omsorgen om de äldre kan organiseras. Slutsatserna var att, trots att man fann ett 15-tal aktuella översikter av god kvalitet, var evidensstyrkan svag vad gäller om metoderna gav bättre resultat än att ”göra som vanligt”. Endera var resultaten inte statistiskt säkerställda, beskrev kortvariga effekter, eller byggde på mycket små patientunderlag. Som alltid kan också möjligheterna att överföra slutsatserna till svenska förhållanden ifrågasättas, eftersom en majoritet av primärstudierna hade sitt ursprung utanför Norden, framförallt från USA (Socialstyrelsen, 2011d).

I den internationella litteraturen kan man skilja mellan modeller som utgår från den enskilde individen, respektive modeller som utgår från omsorgssystemet, vårdgivarens perspektiv. Ett tredje perspektiv utgår från makronivån eller den strukturella nivån (Allen, m fl, 2013).

Case management

Case management är en vanlig modell för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg, särskilt för personer med komplexa, föränderliga och sammansatta behov. I den här rapporten kommer vi att använda begreppet individuell samordnare som den svenska motsvarigheten till Case manager (Socialstyrelsen, 2013d). Utgångspunkten är att den enskilde måste få hjälp att få tillgång till nödvändiga insatser, eftersom vård- och omsorgssystemet är så splittrat och svårnavigerat. Behoven av samordning beror ofta på att den äldre inte har förmåga att själv hämta in information om tillgängliga alternativ och knappast inte heller kan ta de initiativ som behövs för att få tillgång till – och dessutom vid behov koordinera – olika vård- och omsorgsinsatser. I många länder – också i Sverige – är det i dag vanligast att någon anhörig får försöka ansvara för samordningen av vård och omsorgsinsatserna.

Den individuella samordnaren svarar för att den enskilde får nödvändiga insatser. Speciellt för personer som är för sjuka för att själva kunna navigera och hitta rätt i vård- och omsorgssystemet kan detta ses som en angelägen uppgift. Den utsedda samordnaren kan ha mycket skiftande bakgrund och utbildning, olika ställning i vård- och omsorgsorganisationen, ansvar och befogenheter. Hur samordnaren arbetar kan därför skifta; man kan agera ställföreträdare för den enskilde, eller som personligt stöd, alternativt att man svarar för att vård- och omsorgsinsatser kommer till stånd. Det centrala i uppdraget som samordnare är att bedöma den enskildes behov av vård och omsorg, utforma en vård- och omsorgsplan, följa upp och fortlöpande koordinera nödvändiga insatser för den enskilde.

Den här modellen av personlig samordning av insatserna är vanlig i andra länder i vården av de äldre. I en systematisk litteraturgenomgång av studier med kontrollgrupper (RCT) och observationsstudier med syfte att utvärdera effekten av samordnare inom kommunal äldreomsorg, fann You m fl. (2012) starkt skiftande resultat. Eftersom studierna var upplagda på olika sätt och hade olika resultatmått, kan man inte enkelt summera resultaten. Tendensen var dock att de äldre personer som tilldelats en personlig samordnare hade bättre psykologisk hälsa och högre välmående, speciellt hos de allra äldsta, jämfört med övriga. Däremot var resultaten blandade när det gällde påverkan på den äldres fysiska och psykiska funktionsförmåga. Man fann heller ingen tydlig effekt på överlevnad hos de äldre.

En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen rörande värdet av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre visar att det vetenskapliga stödet för effekterna av detta arbetssätt är begränsade eller otillräckliga (Socialstyrelsen, 2013d). Givet dessa förbehåll redovisas dock ett visst vetenskapligt stöd som indikerar att en individuell samordnare av vård- omsorgsinsatser för äldre på kort sikt kan minska inläggningar och vårdtiden på sjukhus och besök hos läkare. Däremot påverkas inte sannolikheten för flyttningar till institution (särskilt boende). Det finns heller inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att säga något om effekterna beträffande besök på akutmottagning eller den äldres upplevelser av vårdkvaliteten. På

lite längre sikt (upp till ett år) fann man visst stöd för förbättrad ADL förmåga, men ingen påverkan på de äldres livskvalitet.

En annan slutsats i Socialstyrelsens arbete är att det är ont om interventionsstudier som har nödvändig vetenskaplig kvalitet för att ge underlag för generaliserbara slutsatser. Översikter baserade på studier med mycket skilda upplägg, metodik och sätt att fånga effekter ger ofta motsägelsefulla resultat.

I en svensk studie genomförde Sandberg en kontrollerad studie av effekterna av intervention som bestod av en individuell samordnare för sköra äldre (Sandberg, 2013). Interventionsgruppen fick stöd av en sjuksköterska eller sjukgymnast i form av en hälsobedömning, som utmynnade i en vårdplan över de samordnade insatser den äldre behövde. Vidare informerade de om kommunens utbud av aktiviteter, om vikten av egen fysisk aktivitet och att hemmiljön anpassas. En viktig uppgift var att ge en personligt utformad information om den äldres hälsotillstånd och läkemedel. Slutligen fick de äldre i interventionsgruppen ett direktnummer som man kunde kontakta samordnaren på under dagtid måndag till fredag.

Studien visade att interventionsgruppen hade lägre andel besök vid akutmottagning som inte ledde till inläggning jämfört med kontrollgruppen. Interventionsgruppens äldre hade också lägre andel besök hos läkare i öppen vård. Likaså noterades minskade insatser från anhöriga i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader hittades för antalet vårdtillfällen på sjukhus, vårddagar på sjukhus eller omfattning av hemtjänst eller hemsjukvård mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen under det år studien pågick.

Bland slutsatserna framhålls att det är oklart vad i de olika delarna av interventionen som ger effekt och att det behövs längre studietid för att se eventuella effekter på hälsorelaterad livskvalitet (Sandberg, 2013).

Vårdmodeller

I den internationella litteraturen framhålls ofta vikten av att åstadkomma en mer övergripande struktur eller vårdmodell för samordningen av vården och omsorgen.

Ett exempel från Australien är en vårdmodell som utvecklats för äldre patienter med komplexa vårdbehov (Bird, m fl., 2007). Syftet är att reducera behovet och utnyttjandet av akutsjukvård. Patienterna rekryterades och definierades som personer med multisjuklighet och komplexa vårdbehov, via deras frekventa besök vid akutvårdsmottagningen. Ett databaserat system (sjukhusjournalerna) indikerade vilka patienter som mötte dessa kriterier. Logiken bakom detta urval vilade på antagandet att vissa akuta besök kan undvikas genom att informera och guida till (rätt) insatser från den kommunala vård- och omsorgen samt öka patientens egen förståelse för dennes hälsoproblem och förmågan till egenvård.

Vårdmodellen bygger på fyra delar:

1. Identifiering av patienter
2. Bedömning av patientens behov vid hembesök

3. Vårdkoordination och identifiering av individens resurser och behov, inklusive behov som inte tillgodoses, brister i hem- och närmiljö för att kunna vidmakthålla hälsa, samt riskfaktorer för fortsatt funktionsnedsättning. En geriatriker utvärderar sedan hembesöket och de vårdbehov som identifierats, samt de medicinska journalerna och gör sedan en bedömning av vilka insatser som behövs. Utefter detta utformas en individuell vårdplan för varje patient. Patienten informeras, ges råd och utbildning rörande sitt hälsotillstånd och uppmuntras till egenvård
4. Organisering och koordinering av vårdkontakter. Varje "vårdansvarig" (individuell samordnare) ansvarar för högst 25 patienter. Denna person organiserar sedan de vårdkontakter som patienten anses behöva.

Akutbesök, sjukhusinläggningar och antal vårddagar utvärderades innan och efter implementeringen av denna vårdmodell, och en kostnadsanalys genomfördes. I interventionsgruppen återfanns en signifikant minskning av akutbesöken (- 21 %), sjukhusinläggningar (- 28 %), och antalet vårddagar (- 19 %), jämfört med kontrollgruppen, vilka snarare påvisade en mindre ökning av akutbesök och antalet vårddagar på årsbasis. Vårdmodellen bedömdes således vara såväl kostnadseffektiv som fördelaktig ur ett patientperspektiv (Bird, m fl., 2007).

I den ovan refererade systematiska litteraturoversikt som SBU gjort av studier gällande omhändertagande av sköra äldre som inkommer akut till sjukhus bygger redovisningen på 19 studier av tillfredsställande vetenskaplig kvalitet varav de flesta kommer från USA (SBU, 2013).

Även om styrkan i rapportens slutsatser – evidensstyrkan – i flera fall är begränsad, är resultaten av intresse. Resultaten från de olika studierna redovisades utifrån två olika typer av interventioner eller omhändertagande som jämförs mot "vanligt omhändertagande".

1. *Integrerat strukturerat omhändertagande*: multiprofessionella team har ett direkt patientansvar (dvs. integrerat i det ordinarie arbetet).
2. *Rådgivande strukturerat omhändertagande*: rådgivande externa team som gör en geriatrisk bedömning på begäran av den personal som har direktansvar för patienten.

Av resultaten framgår att:

1. Ett *integrerat, strukturerat omhändertagande* kan användas för sköra äldre som inkommer till akuten
 - P-ADL² förbättras mer än vid vanlig vård.
 - Möjligheten att bo kvar i det egna hemmet är större
 - Minskad återinskrivning: minst lika bra som vanlig vård.
 - Främja I-ADL³: effekten kunde inte bedömas
 - Mortalitet: lika bra eller bättre än vanlig vård.

2 Personligt ADL (P-ADL), vilket omfattar aktiviteter kring den egna personen, till exempel födointag, toalettbesök och badning.

3 Instrumentell ADL (I-ADL) vilket omfattar aktiviteter som rör boendet eller fritiden till exempel olika hushållsöromål som matlagning, inköp och städning.

- När det gäller information om påverkan på kognitiv funktion, depression, livskvalitet saknas resultat liksom hur det påverkat de anhörigas situation.
- 2. Rådgivande strukturerat omhändertagande
 - Sämre eller lika bra som vanlig vård. Medför överlag inte bättre resultat än vanlig vård.
 - P-ADL: sämre eller lika bra som vanlig vård
 - Återinläggning: lika bra eller bättre än vanlig vård.
 - Eget boende
 - Mortalitet: sämre eller lika bra som vanlig vård.

I litteraturen identifierade SBU också fem etablerade metoder för äldretriage. Äldretriage kan beskrivas som verktyg, särskilt lämpligt för bedömning eller identifiering av de sköra äldre där ett strukturerat omhändertagande skulle vara lämpligt. SBU framhåller dock att deras litteraturgenomgång inte är tillräckligt omfattande för att kunna dra några slutsatser om äldretriage-metodernas effekter.

Författarna påpekar att slutsatserna baseras på studier där flertalet är utförda på 1980- och 1990-talen och i system som skiljer sig från den svenska vården och omsorgen om de äldre, varför resultatens överförbarhet till svenska förhållanden är oklart.

Ekonomiska incitament för samverkan

Stiftelsen Leading Health Care har fått i uppdrag av regeringen att studera och utarbeta (ekonomiska) ersättningsmodeller anpassade till de mest sjuka äldres behov (Hagbjer, 2012). Målsättningen är att utveckla ersättningssystem som understödjer en vårdprocess för äldre som är beroende av insatser från flera olika parter. I den genomgång av internationell litteratur som Leading Health Care har redovisat är slutsatsen att det saknas förebilder både nationellt och internationellt, när det gäller ekonomiska styrsystem som är anpassade till vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Dagens ekonomiska styrsystem riskerar snarare att förstärka ett ”stuprörstänkande”, vilket innebär att man ”gör bara det som man får betalt för”. Vården blir fraktionerad och uppsplittrad och ”ingen tänker på helheten”. Enligt Hagbjer, slår detta särskilt hårt mot att få till stånd en sammanhållen vård om de äldre, som kräver helhetssyn (Hagbjer, 2012)

Erfarenheter av försök med samverkan i vård och omsorg om äldre

I den internationella forskningslitteraturen är det svårt att hitta arbeten av god kvalitet som redovisar modeller eller systemlösningar för en sammanhållen vård, mellan sjukvård och socialtjänst, för de mest sjuka äldre. Däremot finns exempel på olika försöksverksamheter och interventionsstudier med olika sätt att organisera samverkan kring den äldre. Förutom att det är svårt att bedöma i vilken utsträckning internationella erfarenheter av sammanhållen vård och omsorg kan vara generaliserbara för svenska förhållanden finns ingen tydlig bild av vilka åtgärder som fungerat bättre än andra.

I en engelsk studie har man försökt sammanställa erfarenheter av olika lokala försöksverksamheter när det gäller samverkan kring sjuka personers, oberoende av ålder, behov av vård och omsorg. Det övergripande syftet var att sammanställa kunskaper och erfarenheter om vad för slags vård de sjuka och deras anhöriga behövde samt hur de sjuka och deras anhöriga önskade få hjälp. För yngre funktionshindrade personer fann man exempel på att insatser av multidisciplinära team medfört positiva effekter, medan individuell samordnare gav de bästa resultaten för äldre personer med demenssjukdom. För personer med psykisk sjukdom som vårdas hemma var stöd av specialiserade socialarbetare det som verkade fungera bäst (Gridly, m fl., 2013).

I ett annat arbete från England utvärderades fem lokala försöksverksamheter som syftade till att samordna vården och omsorgen för personer med komplexa, kroniska tillstånd i olika åldrar. Försöksverksamheterna hade delvis olika fokus som palliativ vård i hemmet, hemvård av personer med psykisk sjukdom, vård i hemmet av personer med avancerad demenssjukdom och två ytterligare försöksverksamheter rörande insatser för äldre personer. En generell erfarenhet var att resultaten från försöksverksamheterna var starkt beroende av vilket stöd den fick av lokala politiker och beslutsfattare. När det gäller framgångsfaktorer för försöksverksamheterna, oberoende av typ av verksamheter, identifierades följande: starkt och engagerat ledarskap, en tydlig och gemensam inriktning och mål för arbetet, flexibilitet och förmåga att snabbt svara på patienters behov, och förmågan att stödja och hjälpa anhöriga och familjerna till de sjuka och funktionshindrade (Goodwin, m fl., 2013).

Sammanfattningsvis visar den internationella utvecklingen på området att den tycks domineras av vissa modeller och centrala funktioner beträffande omhändertagandet av äldre. Insatser som prövats och som visat sig ha effekt är bl.a. individuell samordnare, multiprofessionell behovsbedömning, multiprofessionella team, gemensam individuell vårdplanering, särskilda organisationer för multisjuka, samt fungerande informations- och kommunikationssystem som stödjer samverkan (Goodwin, m fl., 2013; Nies, 2006).

Några ofta återkommande villkor för att samverkan ska fungera, som nämns i den internationella litteraturen (Antunes & Moreira, 2011; Goodwin, 2013; Goodwin, m fl., 2013; Leichsenring, 2012), är

- att samverkan kring de äldre innebär ett strukturerat omhändertagande som är förankrat i det lokala vård- och omsorgssystemet och
- att det finns en samverkanskultur, som en grund för arbetet kring de mest sjuka äldre

Avslutningsvis kan det vara av värde att referera till Billings (2013) som, på basis av det nuvarande kunskapsläget beträffande vården och omsorgen om de äldre, hävdar att det fortfarande saknas grundläggande kunskaper om vad som krävs för att få till stånd en välfungerande äldreomsorg. Den i Sverige och även internationellt förhärskande kvarboendepolitiken (aging in place, se kapitel 1) har ingen solid vetenskaplig grund. Det illustrerar också enligt Billings den svåra balansgången mellan att på traditionellt sätt leda i bevis vad som är det bästa omhändertagandet av äldre, sköra personer.

Identifiering av de mest sjuka äldre

I detta kapitel utgår vi från hur de nitton försöksverksamheterna har gått till väga för att identifiera sina målgrupper. Det går att urskilja fem olika tillvägagångssätt i hur försöksverksamheterna definierat och identifierat de mest sjuka äldre. En mer detaljerad beskrivning av samtliga försöksverksamheter återfinns i bilaga 1 och 2.

Identifiering av gruppen de mest sjuka äldre

Det naturliga första steget i en försöksverksamhet som syftar till att åstadkomma en sammanhållen vård om de ”mest sjuka äldre” är att identifiera målgruppen. Redan tidigt stod det klart att majoriteten av alla försöksverksamheter under försöksverksamheternas gång hade problem med att hitta och precisera målgruppen för den tänkta interventionen. De flesta har under projektiden i mer eller mindre stor utsträckning ändrat sin definition av målgruppen. Det handlar om pragmatiska ändringar, när de ursprungliga målgruppskriterierna inte visade sig vara träffsäkra, dvs. att de identifierade personerna inte motsvarade dem man haft i åtanke.

Skälet att en försöksverksamhet placeras i den ena eller den andra av de fem grupperna är beroende av hur man arbetat med att ”hitta” sin målgrupp, eller hur man definierat gruppen ”de mest sjuka äldre”. Att gruppera försöksverksamheterna utifrån sättet att rekrytera äldre är problematiskt eftersom projekten i många fall har ändrat tillvägagångssättet över tid. Så har t.ex. flera av dem startat med att försöka definiera sin målgrupp med hjälp av registerdata, för att sedan övergå till att rekrytera äldre till interventionen bland av personal kända personer inom sjukvården och äldreomsorgen. I vissa fall fanns ingen uttalad strävan att identifiera gruppen de mest sjuka äldre, utan man riktade sig till alla äldre som behöver vård och omsorg (grupp 5).

Fem olika strategier har använts för att identifiera de mest sjuka äldre i försöksverksamheterna:

1. Rekrytering av äldre utifrån diagnos,
2. Rekrytering av äldre med hjälp av register (om tidigare konsumtion av sjukvård och omsorg),
3. Rekrytering bland äldre personer på väg in till eller ut från slutenvård,
4. Rekrytering bland äldre personer som är vårdtagare i primärvården och äldreomsorgen,
5. Identifiering av målgrupp har varit underordnat

Rekrytering av äldre utifrån diagnos

Försöksverksamheten i Skellefteå (HOPP) rekryterade sin målgrupp utifrån diagnos. Där gjordes en mycket snäv avgränsning av målgruppen som bestod av personer med svår hjärtsvikt.

I Järfälla valde man som målgrupp personer 65 år och äldre med psykiska funktionshinder. De som rekryterades var inskrivna i det äldrepsykiatriska teamet, Psykiatri Nordväst.

Rekrytering av äldre med hjälp av register

Flera försöksverksamheter har använt uppgifter från olika register (framförallt slutenvårdsregistret) för att hitta och rekrytera personer för interventionen.

I Södra Älvsborg identifierades initialt majoriteten av målgruppen via registerdata. Detta utvecklades under projektiden med att identifiera ”TryggVE-patienter” i samband med vårdplaneringar inför hemgång från slutenvården. I kommunerna kunde personal vid sina olika teamträffar också identifiera personer. Inom primärvården har personer som ofta ringt till vårdcentralen för ospecifika symtom eller varit på läkarbesök med en komplex sjukdomsbild eller haft flera olika sjukdomsbesvär och bedömts som skör identifierats som en ”TryggVE-patient”.

I Hägersten/Liljeholmens stadsdel startade arbetet med en inventering av de mest sjuka äldre. Målgruppen definierades som, invånare i Hägersten-Liljeholmen som var 65 år eller äldre och hade hemtjänst eller avlösning/växelvård, samt minst två slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna eller hemsjukvård med minst ett hembesök var 14:e dag. Förutom den fastlagda definitionen kunde personer även inkluderas att tillhöra gruppen efter särskild bedömning.

I Norrköping erbjöds äldre som valts ut med Socialstyrelsens ursprungliga definition kontakt med den geriatriska mottagningsverksamheten. Den definitionen byggde på slutenvårdsregistret och avsåg äldre personer (75 år eller äldre) som under den senaste tolv månadersperioden varit inlagda på sjukhus minst tre gånger för tre eller fler diagnoser i tre eller fler diagnosgrupper. Dessa personer kontaktades och inbjöds till ett läkarbesök. Bland dem som tackade ja, fördelades dessa slumpmässigt på interventionsgrupp respektive kontrollgrupp.

I Blekinge använde man först samma definition som Norrköping för att rekrytera personer som skulle erbjudas kontakt med en s.k. Äldrelots. När Socialstyrelsen utformade en ny definition för gruppen de mest sjuka äldre (se kapitel 2) var ambitionen att ta den snävaste definitionen, mycket hälso- och sjukvård och mycket äldreomsorg (säbo exkluderat). Det visade sig dock ogörligt eftersom det av sekretesskäl inte var möjligt att samköra landstingets och kommunernas register. Det visade sig att många äldre som uppfyllde kriterierna för att med ledning av sjukvårdsdata inkluderas i studien inte hade behov av vård och omsorg, än mindre någon samordning. Stegvis prövades andra inklusionsformer, bl.a. via SKL:s ”Webbkollen Hemma” (personer som skrivs ut från slutenvården kontaktas per telefon inom 72 timmar från utskrivningen).

Det s.k. Linnea projektet i Växjö prövade att identifiera målgruppen genom primärvårdens system Adjusted Clinical Groups (ACG). ACG är ett system för att gruppera patienter inom primärvården efter sjuklighetsmönster, med hänsyn tagen till diagnos, sjukdomarnas allvarlighetsgrad, varaktighet och krav på vårdresurser (används också som grund för ekonomisk ersättning till läkare/vårdcentral) (Zielinski & Lenhoff, 2009). Även här uppstod problemet att man fick med äldre som inte i någon större utsträckning var i behov av samordning av vård och omsorg, varför projektet övergick till att rekrytera äldre via personal och genom att den äldre/anhöriga själv hörde av sig.

Även försöksverksamheten i region Skåne hade initialt motsvarande erfarenheter som i Linnea projektet, dvs. att ACG-systemet inte fungerade som grund för att hitta de mest sjuka äldre. I stället bestämdes att i var och en av de fyra kommunerna som deltog, skulle man välja ut 25 personer i särskilt boende och 25 personer som hade insatser både från landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas äldreomsorg. Målgruppen kom alltså att definieras som; personer 65 år och äldre med behov av en Samordnad Individuell Plan (VOPS).

Rekrytering bland äldre personer på väg in eller ut från slutenvård

Den tredje gruppen av försöksverksamheter har antingen haft som syfte att försöka förhindra eller fördröja besök eller inläggning på sjukhus eller att underlätta hemgång. Detta har fler projekt arbetat med, men har inte styrt dessas val av målgrupp.

I Uppsala har ett mobilt hembesöksteam (läkare och sjuksköterskor) gjort akuta hembesök hos äldre Uppsalabor, där alternativet sannolikt skulle vara att den äldre förs till sjukhus. Verksamheten bedrivs på kontorstid, måndag till fredag. Teamet blir kontaktat av ambulansen, hemtjänsten, hemsjukvården och ibland vårdcentralen.

Försöksverksamheten i Tyresö har haft fokus på omhändertagandet efter slutenvård. Målgrupp var de äldre personer som efter en vistelse vid Södersjukhuset i Stockholm erbjudits fortsatt vård på Handens geriatriska sjukhus eller vistelse på kommunens korttidsboende och behövde mer stöd för att kunna återgå hem.

Rekrytering bland äldre personer som är vårdtagare i primärvården och äldreomsorgen

Den fjärde kategorin av försöksverksamhet handlar om olika metoder och tillvägagångssätt för att försöka identifiera de mest sjuka äldre bland dem som redan är kända av och har insatser från primärvården och kommunen.

Ett exempel är försöksverksamheten i Vännäs där personalen från primärvården (sjuksköterska, paramedicinare och läkare) tillsammans med kommunens handläggare gick igenom sina kända vårdtagare. Genom en samordnad bedömning kom man överens om vilka personer som var att betrakta som ”mest sjuka äldre”.

Ett annat exempel är i Malå, där målgruppen varit personer som är över 65 år och var inskrivna i Prator, IT-stöd för informationsöverföring mellan kommun och landsting i samband med samordnad vårdplanering. Huvudmålgrupp har varit äldre på sjukstugans akutvårdsavdelning och det särskilda boendet i samma fastighet.

De mest sjuka äldre har i försöksverksamheten i Örebro län definierats omfatta äldre personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. I modellen ingick en checklista för att vid utskrivning från sjukhus identifiera personer med risk för återinläggning och utifrån detta planera för insatser. Checklistan "Geriatrisk riskprofil" ska kunna fungera som stöd för öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler i syfte att identifiera personer i behov av samordnad individuell planering.

På Östermalm skedde rekryteringen via information om försöksverksamheten i lokalpress och genom spridning av en informationsfolder. Information om försöksverksamheten har även skett vid möten med biståndshandläggare, hemtjänstutförare, husläkarmottagningar, frivilligorganisationer etc. Alla har haft möjlighet att ta kontakt. I den avslutande fasen av projektet prövades också uppsökande verksamhet till personer 85 år och äldre.

I Umeå (Multi7) definierades målgruppen ursprungligen som 65 år och äldre med två slutenvårdstillfällen inom ett år och/eller omfattande hemsjukvård (minst ett hembesök/vecka under minst tre månader). I praktiken inkluderades sedan en bredare målgrupp i syfte att förebygga hälsoförsämringar och behov av slutenvård. Målgruppen kom då att omfatta personer 1) som varit inlagd eller besökt akutmottagningen tre eller fler gånger inom sex månader 2) som varit inskrivna i hemsjukvård, 3) som bedömdes vara i risk för försämring enligt en uppsättning av olika indikatorer (t.ex. fallrisk, risk för undernäring, social svikt) 4) som nyligen har fått beviljad hemtjänst med omvårdnadsinsats och/eller matleverans. Äldre personer kunde komma med i Multi7 på initiativ av hemtjänsten, vårdcentralen, slutenvården, anhöriga eller någon annan vårdgivare som hörde av sig. Då målgruppen breddades i syfte att arbeta förebyggande innebar det dock i praktiken att bara en bråkdel av alla som uppfyllde de uppsatta kriterierna blev erbjuden att delta i Multi7.

Identifiering av målgruppen underordnat mål

Några försöksverksamheter kännetecknas av att de inte försökt att definiera de mest sjuka som målgrupp för försöksverksamheten utan inkluderat alla äldre.

Ett exempel är försöksverksamheten i Örnsköldsvik. Där har man arbetat med att utveckla rutinerna för ett bättre omhändertagande av äldre som kommer till sjukhuset, samt att hitta nya sätt att tidigt upptäcka ökade behov av vård och omsorg bland hemmaboende äldre, för att om möjligt undvika inläggningar på sjukhus.

I Rengsjö inkluderades alla äldre personer boende i kommundelen.

I Örkelljunga var målsättningen att trygga informationsöverföringen mellan kommunal hemsjukvård och landstingets primärvård oavsett patientens ålder. I Göteborg var målet att utveckla samverkan mellan kommun, primär-

vård och sjukhus. I dessa båda projekt har målgruppen närmast varit personal, något som sedan indirekt ska gynna äldre personer med behov av samordnade insatser.

Summering

De 19 projekten kan således utifrån hur målgruppen identifierats översiktligt delas in enligt följande tabell, med de förbehåll som ges ovan att flertalet av dem använt projektiden till att pröva sig fram.

Tabell 5.1. Försöksprojekten fördelade efter hur målgrupperna har rekryterats

Diagnos	I huvudsak registerbaserade	Till/från slutet vård	Kända vård-/omsorgstagare	Alla/målgrupp underordnat
Järfälla	Blekinge	Tyresö	Malå	Göteborgsregionen
Skellefteå	Hägersten-Liljeholmen	Uppsala	Umeå	Rengsjö
	Kronobergs län		Vännäs	Örkellunga
	Norrköping		Örebro län	Örnsköldsvik
	Skåne		Östergötland	
	Södra Älvsborg			

Strategier för att hitta målgruppen

Försöksverksamheterna utgör en provkarta över olika tillvägagångssätt för att hitta målgruppen, som man avsåg att hjälpa.

Någon vägledning om hur denna grupp skulle kunna hittas eller avgränsas i befolkningen fanns inte i utlysningen av medlen. Det var först hösten 2011 som Socialstyrelsen kom med ett förslag till avgränsning av gruppen de mest sjuka äldre (Socialstyrelsen, 2011). Vid det laget hade flera försöksverksamheter gjort egna försök, mer eller mindre framgångsrika, att finna sin målgrupp.

Det skiljer sig mellan projekten hur aktivt de arbetat med att pröva sig fram för att identifiera målgruppen. I ett par fall (Norrköping och Skellefteå) behölls målgruppsdefinitionen eftersom projekten var utformade som forskningsprojekt. I några fall var målgruppen given genom projektets inriktning (Järfälla, Malå, Tyresö, Uppsala) och i några fall var identifiering av målgruppen underordnat (Göteborg, Örkellunga). I byn Rengsjö var en bärande projekttid att involvera hela bygden.

I några projekt har målgruppsdiskussionen – och arbetet med att identifiera äldre personer med sammansatta behov av vård och omsorg – knappast haft några konsekvenser för interventionen. Man har inte haft ambitionen att identifiera, än mindre initiera riktade interventioner till de mest sjuka äldre, utan i stället har målgruppen i praktiken blivit alla äldre som behöver vård och omsorg.

För andra försöksverksamheter var identifieringen av målgruppen avgörande för att kunna rikta interventionen till de äldre som har störst behov. Några försöksverksamheter upptäckte ganska snart att den definition som redovisats i projektplanen inte fungerade tillfredsställande, eftersom den kom att inkludera personer som inte hade behov av samordnade insatser. Som vi visat i redovisningen ovan ändrade flera av projekten målgrupp och/eller metoder att identifiera den.

Närmare en tredjedel av försöksverksamheterna använde sig av olika register (patientregistret, ACG-data, socialtjänstregistret) för att identifiera de äldre som skulle bli föremål för interventionen. Den samlade erfarenheten av detta tillvägagångssätt är att metoden har avsevärda svagheter. Som vi redovisat i kapitel 2 och 3 finns det en eftersläpning i alla registerdata, vilket betyder att använder man t.ex. slutenvårdsregistret består det av uppgifter om slutenvårdskonsumtion som kan vara ett år gamla. Det andra problemet är att det register som oftast används, slutenvårdsregistret, ger en ensidig bild av äldres utnyttjande av vård och omsorg. Vidare är, som redovisades i kapitel 2, träffsäkerheten låg. Flera försöksverksamheter som baserade sin rekrytering på register drabbades också av ett klenst gensvar från de tillfrågade äldre, vilket kan vara en konsekvens av att de äldre inte uppfattade sig vara ”mest sjuka”.

Ett praktiskt hinder vid användning av register som också försvårade för flera försöksverksamheter är att det finns sekretesshinder för att samköra uppgifter från patientregistret och socialtjänstregistret.

En ytterligare begränsning med identifiering baserad på slutenvårdsregistret är risken att missa att den stora gruppen äldre med demenssjukdom eftersom de vanligen inte har en så omfattande hälso- och sjukvård att de kommer att omfattas av Socialstyrelsens kriterier. Detta är givetvis en svaghet ur ett äldreomsorgsperspektiv, eftersom det är den gruppen som kommunen oftast uppfattar vara de mest sjuka och resurskrävande äldre.

Erfarenheter från några av försöksverksamheterna är att urvalet kan bli mer träffsäkert när det görs med ledning av något som nyligen hänt alternativt kommer att hända (t.ex. att en äldre patient skall skrivas ut från slutenvård), att patienten har insatser från flera vårdgivare eller har vissa diagnoser. En nackdel med den typen av inklusionskriterier är att man inte når de äldre i målgruppen mest sjuka äldre som inte är (tillräckligt) uppmärksammade av vården och omsorgen. Det kan t.ex. bero på att de i huvudsak får sin omvårdnad av anhöriga.

För att kunna ge de mest sjuka äldre en bättre vård och omsorg måste verksamheterna utveckla arbetssätt och rutiner för att hitta, identifiera och komma i kontakt med personer som p.g.a. komplexa, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg kräver särskild uppmärksamhet av sjukvården och socialtjänsten. Det mest närliggande sättet att identifiera de mest sjuka äldre är bland de vård- och omsorgstagare som man redan har kontakt med och som redan är kända av vården och omsorgen. En nackdel med en sådan identifiering är att man då kan missa personer med omfattande anhöriginnsatser. Kommunernas uppsökande verksamhet bland äldre kan vara ett komplement för identifiering av äldre personer som behöver hjälp.

Resultat av försöksverksamheterna

Försöksverksamheterna är sinsemellan olika, men förenas i syftet att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I det här avsnittet redovisas de viktigaste resultaten. Projekten beskrivs mer ingående i bilagan till denna rapport. Projekten har grupperats beroende på vilken huvudsaklig inriktning eller typ av intervention som respektive försöksverksamhet har haft eller hade planerat. Vissa har haft flera olika inriktningar, men har här för överblickbarhetens skull förts till den grupp som motsvarar vad projektet främst arbetat med:

Organisatoriska lösningar

a) Samarbete mellan vårdgivare

Malå	Konkreta metoder för att utveckla samarbete mellan landstingets primärvård och kommunens hemsjukvård och äldreomsorg
Vännäs	
Rengsjö	Samverkan mellan socialtjänst, sjukvård och frivilliga

b) Teambaserat arbetssätt

Skellefteå	Genom förstärkta och multiprofessionella sjukvårdssatser underlätta vård i hemmet och minska behov av plats i slutenvård
Uppsala	
Tyresö	
Norrköping	Teambaserat arbetssätt, geriatrisk äldremottagning

Förbättringsmodeller med bibehållna organisationer

a) Utveckla stödjande funktioner

Blekinge	Case manager/lots, kombinerat med att identifiera förbättringsområden
Kronobergs län	
Östermalm	Case manager/vård- och omsorgssamordnare

b) Rutiner för att förbättra samarbete socialtjänst och sjukvård	
Skåne	Samordnad vårdplan
Hägersten/Liljeholmen Örkellunga	Rutiner och stöd för kommunikationen mellan socialtjänst och sjukvård
Östermalm	Case manager/vård- och omsorgssamordnare
Härryda, Göteborg, Mölndal, Partille, Öckerö	
Örebro län	Förbättra vårdkedjan
Örnsköldsvik	
Södra Älvsborg	Utveckla screeningverktyg
Umeå	Utarbeta modell för strukturerat arbetssätt
Järfälla	Internetbaserat stöd för vårdkontakter

Nedan beskrivs projekten uppdelade på huvudkategorierna organisatoriska lösningar resp. förbättringsmodeller som bygger på befintliga organisationer. Först redovisas kort vad som gjorts, därefter resultat, om projekten lever kvar efter projekttiden och vad som kan ses som de viktigaste lärdomarna. De försök projekten gjort för att identifiera målgruppen, de mest sjuka äldre, redovisas i kapitel 5.

Organisatoriska lösningar

I inbjudan att ansöka om projektmedel angavs som den ena av två modeller att medel kunde beviljas till att pröva och utveckla olika organisatoriska lösningar som bidrag till förbättrat samarbete. Sju av de 19 projekten har denna inriktning. Ett par av dessa projekt har skapat strukturer för samarbete genom samlokalisering av verksamheter. Fyra av projekten arbetar med olika former av teambaserat arbetssätt. Inget av dem prövar dock ett gemensamt finansierat och sammanhållet team bestående av både hälso- och sjukvårdspersonal och äldreomsorgspersonal.

a) Samarbete mellan vårdgivare

I den första kategorin interventioner finns två försöksverksamheter som har som gemensamt mål att få till stånd ett samarbete mellan sjukvård och socialtjänst genom samlokalisering av verksamheter. Ett projekt har mobiliserat en hel by. Alla tre är exempel från små kommuner/orter.

Att vara i samma hus

I Malå kom projektet framförallt att fokusera på sitt första delprojekt, samordningen av sjukstugan och ett av kommunens vård- och omsorgsboenden (Tjamstangården). De båda verksamheterna låg redan tidigare i samma byggnad. Genom att samutnyttja tre kommunala korttidsplatser och sex platser i vård- och omsorgsboende med landstingets akutvårdsavdelning har man kunnat utnyttja alla vård- och boendeplatser maximalt, oberoende av huvudmannaskapsgränser. De äldre möter samma personal på äldreboendet som på vårdavdelningen.

I Vännäs handlade det om samlokalisering av delar av primärvårdens personal (hemsjukvården) och äldreomsorgens personal. På så sätt skulle olika yrkesgrupper med olika kompetenser och arbetssätt – hemtjänst, nattpatrull, distriktssköterskor, biståndshandläggare samt kommunens och landstingets sjukgymnaster och arbetsterapeuter – lättare kunna träffas och därmed öka förutsättningarna för att kunna samarbeta bättre. En redan tidigare etablerad samverkansform (ROS – Rehabilitering Och Samverkan) i form av gemensamma möten vidareutvecklades och utökades till att genomföras fem dagar i veckan och inkludera fler yrkeskategorier, med läkarmedverkan en dag i veckan. Legitimerad personal oavsett huvudman dokumenterar i gemensam journal enligt lokalt avtal och patientens medgivande.

Mobilisera hela byn

I Rengsjö i Bollnäs kommun utgjorde försöksverksamheten en mobilisering av byns resurser – offentliga och frivilliga krafter – för att förbättra hälsa och livskvalitet för den äldre befolkningen. Tillsammans med frivilligorganisationerna startade projektet aktiviteter för att bryta social isolering bland de äldre, liksom att motivera de äldre att delta i olika motionsaktiviteter. Inom ramen för försöksverksamheten startades en distriktssköterskemottagning en dag i veckan (två dagar från 2013) och varannan vecka läkarmottagning. Försöksverksamheten kom också att utgöra en arena för förberedelse och upparbetande av samverkansrutiner inför kommunaliseringen av hemsjukvården.

Resultat

Att samlokalisering och samutnyttjande är verk samma sätt att samarbeta framgår tydligt av erfarenheterna från Malå och Vännäs. I Malå har förutsättningarna att ge en bra vård och omsorg förbättrats. Möjligheten för kommunen att tillhandahålla en god palliativ vård ökar genom att boendet är bemannat med en sjuksköterska dygnet runt. Omsorgspersonalen har utbildats inom hälso- och sjukvård för att de även ska kunna hantera situationer som kan uppstå inom akutsjukvården. Bemanningen blir mindre sårbar genom att kommunen och landstinget kan utnyttja varandras personal.

I Vännäs har samlokaliseringen underlättat att utveckla en daglig samverkan och planering. Vid en uppföljande studie 2013 genomförd av Umeå universitet beskrevs samlokaliseringen av personalen entydigt som mycket positiv. Den hade bidragit till snabbare, öppnare och en mer personlig kommunikation mellan personalen. Arbetsmiljöundersökningen visade även

att personalen bedömde att deras relationer till både brukare och kollegor hade förbättrats.

Ett annat resultat från den uppföljande studien var att de tekniska lösningarna har förenklat arbetet då nästan all information har samlats på ett ställe. Sammantaget pekar de genomförda mätningarna på att samlokaliseringen, de multiprofessionella teamen och ROS samt IT-stödet har resulterat i en mer effektiv resursanvändning.

Projektet i Rengsjö har bidragit till att bryta ensamheten för många äldre personer samt motiverat dem till både fysiska och sociala aktiviteter. Samarbetet mellan primärvård och hemtjänst har stärkts. Det nya arbetssättet och strukturen har enligt vård- och omsorgspersonalen bidragit till bättre planering och att de äldre får sin hjälp snabbare än tidigare.

Kvar efter projektiden

Verksamheterna i Malå och Vännäs är nu i ordinär drift.

De olika aktiviteterna i Rengsjö planeras fortsätta, och kommunen (Bollnäs) stödjer bl.a. med att anhängigkonsulenten får ägna del av sin arbetstid för Rengsjö. Kommunen bedömer det vara en rimlig kostnad för något som kommunen menar kan ge hälsovinster för den äldre befolkningen.

Att lära

Att glesbygdskommuner har mycket att vinna på en rationell samverkan mellan huvudmännen och olika vårdgivare framstår som tydligt utifrån erfarenheterna i Malå. Att samlokalisera personal från olika huvudmän i samma lokaler kan sannolikt ge liknande fördelar i form av bättre samverkan mellan olika personalkategorier även i större kommuner/stadsdelar. Att personal från olika yrkesgrupper tack vare samlokaliseringen i Vännäs träffar varandra regelbundet, såväl vid arbetsmöten som vid mer informella sammanhang som exempelvis i det gemensamma lunchrummet och vid fikastunder, har naturligt medfört att man lärt känna varandra bättre. Både den fysiska samlokaliseringen och de regelbundna multiprofessionella ROS-mötena skulle kunna stå som modell för andra, både mindre och större orter, som vill förbättra sin verksamhet och skapa en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Samarbete med alla aktörer har varit kärnan i Rengsjö. Det projektet är ett exempel hur ett folkligt missnöje efter försämrad samhällsservice för de äldre i glesbygd kan vändas till någonting positivt. Resurser mobiliserades på bred front och frivilliga krafter engagerades. Tillvägagångssättet borde kunna tjäna som exempel för andra mindre orter med liknande problem.

b) Teambaserat arbetssätt

De modeller för ett teambaserat arbetssätt som prövats är av mycket olika karaktär. Två av projekten, i Tyresö och Norrköping, har startats på initiativ från personal inom geriatriken och ett (Skellefteå) inom den medicinsk/geriatriska kliniken. Det mobila teamet i Uppsala växte fram i ett samspel mellan Akademiska sjukhuset och kommunen.

Underlätta att få sin vård i hemmet

Projektet HOPP i Skellefteå har bestått av att utveckla, implementera och utvärdera en modell som integrerar en teambaserad avancerad hemsjukvård, hjärtsjukvård och palliativ vård i hemmet för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. Försöksverksamheten har letts av en forskningsledare. Teamet har gjort planerade och akuta hembesök hos hjärtsviktpatienterna dagtid vardagar. Beroende på situationen/problemen har sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och specialistläkare i allmänmedicin och palliativ vård samt kardiolog varit tillgängliga i teamet. Vilka åtgärder som ska sättas in har planerats utifrån ett strukturerat vårdprogram.

Projektet Trygg hemma i Tyresö är ett exempel på korttidsvård i hemmet efter sjukhusvård. Ett team med personal från Handengeriatriken svarade för utökade hälso- och sjukvårdsinsatser (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast) under 6 – 8 veckor efter det att den äldre kommit hem igen efter vård på geriatriken eller vistelse på kommunal korttidsplats. Det geriatriska teamet samarbetade och planerade insatserna tillsammans med den hemtjänst den äldre valt. Den äldre/anhöriga kunde dygnet runt komma i kontakt med sjuksköterska/läkare i Trygg i Tyresö via Handengeriatriken.

Det mobila hembesöksteamet i Uppsala har bestått av läkare och sjuksköterskor. Teamet kunde tillkallas av ambulansen, sjukvårdsrådgivningen, hemtjänsten, eller vårdcentral för att ta hand om en akut sjuk äldre person. Patienten skulle dagtid vardagar snabbt få ett hembesök. Syftet var att öka tillgängligheten av vård och behandling och undvika onödiga färder till akutmottagningen. När fortsatt vård i hemmet inte var möjligt skulle inskrivning i slutenvård kunna ske direkt till vårdavdelning och inte via akutmottagningen. Det planerade direktintaget till geriatrisk vårdavdelning kom dock inte tillstånd under projektiden. Hembesöksteamet skulle också kunna fungera som stöd till den kommunala sjuksköterskan.

Äldremottagning

Äldremottagningen i Norrköping var ett försök att med en strukturerad geriatrisk bedömning samordna sjukvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Inklusionskriterierna baserades på den definition Socialstyrelsen hade av "mest sjuka äldre" vid projektstarten – att man under de senaste tolv månaderna vid minst tre tillfällen vårdats inom slutenvård för minst tre olika diagnoser. De som svarade ja på erbjudandet att ingå i projektet fick ett hembesök av sjuksköterska. Därefter fördelades de äldre personerna slumpmässigt i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. De som kom att ingå i interventionsgruppen blev erbjudna att bli anslutna till den geriatriska Äldremottagningen medan kontrollgruppen var kvar i den "ordinära" vården. Ett team inom den geriatriska öppenvårdsmottagningen bestod av sjuksköterskor, biståndshandläggare, geriatriker, arbetsterapeut, sjukgymnast, apotekare, dietist och kurator med sysselsättningsgrad varierande mellan 2,0 och 0,1.

Teamet erbjöd de äldre hembesök av sjuksköterska och biståndshandläggare, läkemedelsgenomgång och en fortsatt kontakt med mottagningen med en patientansvarig sjuksköterska.

Resultat

Projekten i Skellefteå och Norrköping är de enda av de 19 försöksverksamheterna som följts med sådana vetenskapliga metoder som medger något så när säkra slutsatser om erhållna resultat är en effekt av interventionen.

I Norrköping har interventionen lett till en statistiskt säkerställd högre överlevnad för Äldremottagningens patienter. Utnyttjandet av slutenvården har minskat i både Skellefteå och Norrköping. I Norrköping ökade samtidigt kostnaderna för de äldre som ingick i interventionsgruppen, eftersom de utnyttjade mer öppen sjukvård (framför allt från Äldremottagningen) och hemtjänst, jämfört med kontrollgruppen. I Skellefteå fann man en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen. Någon motsvarande effekt har hittills inte kunnat rapporteras från Norrköping.

Data från uppföljningen i Uppsala tyder på att vissa besök och inläggningar vid Akademiska sjukhuset kunnat undvikas. Utvärderingen av Uppsala universitet är dock ännu inte klar vad gäller vårdutnyttjande. Likaså har man i Tyresöprojektet visat att man påskyndat återgången till hemmet, vilket resulterat i minskat behov av korttidsplatser och ett minskat kommunalt betalningsansvar. Med förbehåll för lokala skillnader är det rimligt att utgå från att resultaten är möjliga att uppnå i andra sammanhang med motsvarande resurser och organisatoriska förutsättningar.

Kvar efter projektiden?

HOPP-teamet i Skellefteå är sedan våren 2013 en del av den avancerade hemsjukvården och ska få en breddad patientbas.

Det mobila hembesöksteamet i Uppsala ingår nu i den permanenta organisationen, men omfattar ännu enbart Uppsala av kommunerna i Uppsala län.

I Norrköping har sjukvårdsförvaltningen aktivt tagit ställning för att inte fortsätta med verksamheten. I Tyresö erhöll projektet nya medel i början av 2014, varför verksamheten fortsätter som tidigare under detta år.

Att lära

Teamen skiljer sig åt, när det gäller vilka personer och professioner som ingår. Ofta är sjuksköterskan den som är ”spindeln i nätet” och den som tillsammans med t.ex. arbetsterapeuten och sjukgymnasten svarar för hembesök och samarbetet med hemtjänsten. Närhet till läkare och läkarens delaktighet i patientarbetet har varit en framgångsfaktor.

Resultaten pekar på att möjligheterna för att erhålla goda resultat ökar när målgruppen är väldefinierad och när insatsen ges av personal med god kompetens. Kontinuitet och kompetens kan ses som viktiga delar för att skapa ett gott omhändertagande och ge den trygghet den äldre patienten behöver.

Det har varierat hur väl projekten lyckats utveckla samarbetet mellan primärvård och hemtjänst. När arbetet sker i den äldres hem – som Trygg hemma-projektet i Tyresö – har det varit enklare att etablera en god kontakt med den hemtjänst den äldre valt, än när insatsen gjorts på en geriatrisk mottagning som i Norrköping.

Förbättringsmodeller inom befintliga organisationer

Den andra av de två modellerna som medel kunde beviljas till beskrevs i SKL:s utlysning som processorienterade förbättringsmodeller. Som exempel angavs bl.a. Lean-modellen och genombrottsmetoden. Inget av projekten har haft en så begränsad inriktning, men flera av dem har använt sådana metoder. Under denna huvudrubrik har vi valt att ta in de tolv projekt som arbetat med att förbättra samverkan utan att förändra befintliga organisationer.

a) Utveckla stödjande insatser

De tre projekten

Tre av projekten har arbetat med att utveckla former för att stödja den äldre att få den vård och omsorg han/hon behöver. De kan ses som exempel på att utveckla rollen som Case manager/individuell samordnare, något som också var ett uttalat mål i Blekinge, där funktionen fick namnet äldrelots. I Kronoberg har man också valt benämningen lots, medan projektet på Östermalm valde namnet vård- och omsorgssamordnare.

Arbetsuppgifter som var tänkta för vård- och omsorgssamordnaren på Östermalm var t.ex. hembesök och telefonkontakter med äldre och anhöriga för stöd, rådgivning och information och att finnas med i olika kontakter om den äldre så önskade (t ex vid hembesök av biståndshandläggare). Samordnaren skulle kunna ta kontakt med olika personalkategorier utifrån den enskildes önskemål (t ex syn- och hörselinstruktör, distriktssköterskan). I några fall hade vård- och omsorgssamordnaren återkommande kontakter med de äldre, i andra fall fungerade de som en förmedlande länk.

I Kronoberg har det i vart och ett av de åtta kommunerna funnits tvärprofessionella team som på olika sätt arbetat med att identifiera "Linnea" (det namn som används i Kronoberg för de mest sjuka äldre) för att kunna erbjuda en äldrelots. Lotsen har varit en person i det lokala teamet eller någon av den personal som ger den äldre vård och omsorg, någon hon/han känner förtroende för. Lotsarna har till sin hjälp haft en instruktionspärm där lotsuppdraget varit beskrivet. Det fanns i Kronoberg bland personal en tveksamhet till om de äldre behövde en lots, eller om behovet tillgodoses av den personal den äldre redan har kontakt med.

Det projekt som mest ingående arbetat med att utforma en roll som "äldrelots" är Blekinge. Lotsrollen kan beskrivas som att vara lyhörd, samtala, stödja; att ge rådgivning, informera om vad den äldre har rätt till/kan få och att vara ombud för den äldre. Härutöver har lotsen också haft som uppgift att påtala brister för ansvarig myndighet och samordna de insatser den äldre har.

I Blekinge och Kronoberg har projekten också haft ett uppdrag att stärka det lokala förbättringsarbetet, att för huvudmännen uppmärksamma brister i vården och omsorgen för de äldre som en slags "internrevisor" samt att identifiera icke uppmärksammade behov och brister i det utbud som finns. I Blekinge via en referensgrupp till äldrelotsen i varje kommun, i Kronoberg genom lokala team, ledda av en processledare på deltid.

Resultat

Östermalmsprojektet har inte varit föremål för någon form av utvärdering alls, varför det inte går att uttala sig om eventuella effekter. Uppenbarligen fanns inte förutsättningarna för att genomföra projektet enligt den plan som presenterades i ansökan om stimulansmedel.

Samordning för Linnea i Kronoberg har utvärderats av länets FoU-enhet, som fann en tendens att tryggheten ökat för de äldre som erbjudits och tackat ja till en lots. Vissa av de lokala teamen hade också hittat arbetsformer där de kunnat identifiera brister inom och mellan de olika vårdgivarna, och starta ett arbete med att åtgärda dem. Hur teamen fungerat har berott på ledningen för äldreomsorgen i kommunen och hur väl man lyckats få med primärvård och sjukhus.

Äldrelots i Blekinge har utvärderats och flera avhandlingsarbeten pågår med projektet som forskningsfält. Utvärderarna bedömer att projektet har utvecklat en lotsroll som gett trygghet och bidragit till en bättre livssituation för flera av de äldre som haft en lots. Referensgrupperna har i flera, men inte alla, av kommunerna skapat delaktighet och gett möjlighet att hantera det äldrelotsarna förmedlat av sina generella iakttagelser om brister i hur vården och omsorgen är utformad för de äldre.

Kvar efter projektiden

Östermalmsprojektet hade svårt att finna sin form, och avvecklades i förtid under våren 2013. I Kronoberg fattar respektive kommun beslut om hur de lokala teamen ska fortsätta att arbeta. I Blekinge har huvudmännen uttalat sin uppskattning av äldrelotsprojektet, men inte fattat några beslut om hur det ska leva vidare, varför lotsarna återgått till sina ordinarie anställningar.

Att lära

Lotsrollen i Blekinge studeras i ett forskningsprojekt, där än så länge bara den första vetenskapliga artikeln är publicerad. Det är därför ännu för tidigt att dra slutsatser om vad i äldrelotsrollen som varit framgångsrikt och vad som eventuellt kan tonas ner. Vår bedömning är dock att det finns ett behov av någon form av "lots-funktion" när det gäller stöd och vägledning till den äldre och samordning av vård och omsorg inom ramen för befintliga organisationer. Där erfarenheterna från projektet i Blekinge kan tas tillvara och prövas även på andra håll.

En erfarenhet att bygga vidare på när landsting och kommuner planerar sitt förebyggande arbete är att olika typer av registerdata (t.ex. ACG, se kapitel 5) kan vara bättre sätt att välja ut personer för uppsökande verksamhet än att enbart utgå från en persons ålder.

b) Rutiner för samordning

De nio projekten

Nio försöksverksamheter har haft som huvudsaklig idé och intervention att hitta rutiner för att samordna nödvändiga sjukvårds- och äldreomsorgsinsatser för de mest sjuka äldre utan att ändra på den befintliga organisationen. Några projekt har arbetat med att få till stånd en samordnad individuell pla-

nering (Skåne, Hägersten-Liljeholmen och Örebro). Ett par av projekten har haft fokus på hur de olika vårdgivarna ska hitta bra former att kommunicera med varandra (telefonkonferens i Hägersten-Liljeholmen, IT-stöd i Örkel-ljunga). Ett projekt (Järfälla) har prövat former för internetbaserat stöd för kommunikation mellan patient och vårdgivare. Tre projekt har haft särskilt fokus på in- och utskrivning till slutenvård (Göteborg, Örebro och Örnsköldsvik). TryggVe i Södra Älvsborg har utvecklat en screeningmetod. Multi 7 i Umeå har utvecklat ett standardiserat vårdprogram i syfte att öka tryggheten i hemmet och vid utskrivningen från slutenvården.

Samordnad vårdplan

I region Skåne var tanken att en samordnad individuell vårdplanering i hemmet ska ge förutsättningar för ett teambaserat arbetssätt över huvudmannaskapsgränserna. En central del i arbetet har varit att berörd personal från de olika vårdgivarna tillsammans träffats hemma hos den äldre – där anhöriga också ofta varit med. Vid mötet hemma hos den äldre genomförs en vård- och omsorgsplanering som utmynnar i en samordnad individuell plan (VOPS). Personalen ska arbeta som ett team och har en utsedd patient-processansvarig person med ansvaret att driva utvecklingen med fokus på det planerade och överenskomna resultatet för patienten.

Former för kommunikation mellan vårdgivarna

I Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning är mångfalden av utförare stor. Av över hundra har nitton vårdgivare deltagit i projektet, både privata och offentliga, från hemtjänst, vårdcentraler och slutenvård. Målgruppen valdes ut av personalen bland de som hade hemtjänst eller avlösning/växelvård samt minst två slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna eller hemsjukvård med minst ett hembesök var 14:e dag. De som valdes ut erbjöds kontakt med distriktssköterska för en hälsoundersökning. Efter hembesöket svarade distriktssköterskan för att kontakten mellan samtliga aktuella vårdgivare etablerades via en telefonkonferens. Via den kunde de olika insatserna struktureras och dokumenteras i en gemensam vård- och omsorgspärm (gröna pärmen). Den förvarades hemma hos den äldre. Andra arbetsmetoder har varit riskbedömningar (Senior alert), rutiner för att identifiera försämringar, snabbspår på akutmottagningen, trygg hemgång och ett utbildningsmaterial till hemtjänsten avseende delegering av läkemedel.

I Örskelljunga bestod interventionen av att utveckla ett för vårdgivarna gemensamt IT system, för att underlätta kommunikationen mellan kommunen och primärvården. Det skulle underlätta utvecklandet av en samordnad individuell vårdplan för äldre hemsjukvårdspatienter i kommunen. Den IT-baserade individuella vårdplanen planerades vara gemensam för hemsjukvården inom kommunen och i samarbetet med Region Skåne.

Trygg in- och utskrivning på sjukhus

I Göteborg var ett mål med projektet att närvården, kommunerna och sjukhusen skulle förbättra sin samverkan för att tidigare upptäcka äldre med sviktande hälsa. Fokus var på vårdövergångar. Projektet skulle arbeta för att de äldre skulle få vård utanför sjukhuset och i de fall sjukhusvård var adekvat

skulle de om möjligt komma till rätt klinik utan att passera akuten. Inom projektets ram togs några rutiner fram; rutinen för direktinläggning på sjukhus, och rutinen för utskrivning. Projektet stödde de lokala samverkansorganen ("Nosam-grupper"-närområdessamverkan) och har genomfört utbildningar där personal från olika vårdgivare och professioner kunnat träffas. Med projektmedel har också några lokala försöksverksamheter stöttats, som omsorgskoordinatorer på akutmottagningarna som först prövats på Mölndals sjukhus och en s.k. "bedömningsbil" bemannad med en sjuksköterska som besöker äldre sjuka personer där SoS-alarm bedömt att det inte är ett akut behov av sjukhustransport

I Örebro fick projektet namnet ViSam som betyder Vårdplanering och informationsöverföring i en Samlad modell. Projektet hade initialt fler målområden men under projektets gång reducerades de till tre områden; beslutsstöd, säker utskrivning och samordnad individuell plan (SIP). Beslutsstödet är ett instrument som kan användas av den kommunala sjuksköterskan för att avgöra vad som är optimal vårdnivå för den enskilde patienten då denne hastigt eller oväntat försämras i sitt hälsotillstånd.

I Örnsköldsvik utvecklades en rad olika aktiviteter, bl.a. har man infört prehospital triagering för strukturerad bedömning av en persons hälsostatus och hur akut behoven av vård är. Genom metoden kan vårdpersonal snabbt och effektivt kommunicera med varandra mellan t.ex. ambulans och sjukhus. Proaktiv vårdplanering innebar att man utvecklade en "hälsodagbok" där de äldres hälsostatus fortlöpande skulle dokumenteras. Dokumentationen var tänkt att användas som underlag för förebyggande insatser och därmed undvika försämringar som skulle kunna leda till sjukhusvård. Alternativa vårdformer handlade om att skapa vårdplatser för direktinläggning av äldre. Tid och miljö på akutmottagningen innebar att väntetiden och vistelsetider kontinuerligt registrerades och följdes upp. Likaså skulle vårdmiljön på akuten förbättras med tanke på de mest sjuka äldres välbefinnande.

Övriga

I Södra Älvsborg har en viktig del varit att personal som möter äldre på ett strukturerat sätt ska arbeta med att identifiera multisjuka och multisviktande äldre med risk att försämras (TryggVe). En modell har utvecklats bestående av validerade instrument, för att bedöma riskområden i syfte att kunna arbeta mer proaktivt. TryggVe-patienten har fått en kontaktsjuksköterska i primärvården.

Multi 7 i Umeå innefattar två delar, "Trygg och Säker Hemma" och "Trygg och Säker Utskrivning". Äldre personer som bedömts tillhöra målgruppen erbjöds att delta i ett standardiserat vårdprogram, utformat med väl beprövade metoder. Modellen har prövats av en sjuksköterska på en av vårdcentralerna i Umeå. Under slutfasen av projektet introducerades också en rutin med en checklista för utskrivning från slutenvård.

I Järfälla prövades den s.k. Action servicen, vilket är ett interaktivt datorbaserat kommunikationssystem, med vars hjälp den äldre kan ha kontakt med vårdpersonal för råd och stöd. Landstingets äldrepsykiatriska team valde i samverkan med kommunens biståndshandläggare ut patienter som bedömdes

lämpliga att ingå i försöket. Tre kunskapsprogram riktade till patienterna togs fram. Biståndsbedömarna kartlade äldre med psykisk diagnos i Järfälla kommun.

Resultat

Det har visat sig svårt att få rutiner och samverkansformer att implementeras under projektiden. Det finns flera näraliggande skäl till detta. Ett är komplexiteten i flera av projektområdena. Hägersten-Liljeholmen med ett stort antal utförare inom vårdval och kundval; Göteborgsregionen, Örebro län och södra Skaraborg med många stadsdelar/kommuner och stort antal utförare och medarbetare. Ett annat är de ekonomiska ersättningsarna till vårdcentralerna, som i vart fall i Göteborg, Stockholm och Umeå bedömts inte ge tillräckliga incitament för att verksamhetscheferna ska ge personalen tid för att samarbeta. Ett tredje skäl är omorganisationer och byten på ledande tjänster.

I Örkelljunga har problemet varit att projektets utveckling av IT-stöd för gemensam journal inte var förankrat i regionen – trots att region Skåne skrivit under ansökan. Region Skåne har i stället samtidigt arbetat med att utveckla ett annat journalsystem.

Trots dessa svårigheter har några av projekten lyckats få fram vissa rutiner och samverkansformer som de lokala utvärderarna bedömt som framgångsrika. Till dessa hör det beslutstöd som tagits fram för kommunens distriktsköterskor i projekt ViSam i Örebro, in- och utskrivningsrutinerna i Göteborg (direktrutinen och PRIMUS), hälsodagboken i Örnsköldsvik och telefonkonferenserna i Hägersten-Liljeholmen.

I Örebro län var tillståndet allvarligare för de patienter som kom till akuten. En möjlig slutsats är att det var fler patienter som bedömdes kunna stanna längre kvar i hemmet än tidigare. Det beslutstöd som togs fram kan ha gett en ökad trygghet i sjuksköterskornas bedömningar om när en person ska skickas in till sjukhus eller ej.

Telefonkonferenserna var ett uppskatta arbetsinstrument för hemtjänstpersonal i Hägersten-Liljeholmen. De framhöll att projektet haft stor betydelse för att förbättra samverkan, särskilt mellan distriktsköterskor och hemtjänstens personal. Telefonkonferenserna såg de som grunden för hela projektet. Den gröna pärmén har hjälpt till att få en bra struktur på vad som behöver bevakas och hur problem kan förebyggas.

I några av projekten har former för samordnad vårdplan prövats. I Skåne har patientprocessteamens arbete uppskattas av de som medverkat. De framhåller att samverkan genom det nya sättet att arbeta har förbättrats. Personalen tycker själva att de nu mer sätter den äldre personen i fokus. Primärvården har också involverats mer i samverkansarbetet och även läkarna finns med vid mötena hemma hos personen/patienten. Det har varit positivt att det funnits lokala patientprocessledare som engagerat, drivit och hållit ihop de lokala patientprocessteamerna. Ersättningen till husläkarna har höjts för deltagande i den samordnade planeringen, vilket gynnat deltagandet.

Erfarenheterna från Örebro län visar att det tar tid att få den samordnade vårdplaneringen att fungera. En orsak som nämns är bristen på IT-stöd för den gemensamma dokumentationen över vårdgivargränserna.

Flera av projekten visar ett värde av att samverkansarenor har skapats och där personal lärt känna varandra, och därmed fått en ökad kunskap om och förståelse för varandras roller och kompetens. I flera av utvärderingarna berättar intervjuad personal att det har förbättrat samarbetet.

Personal med särskild uppgift att samordna insatser har visat sig vara värdefullt vid utskrivning från sjukhus. Exempel på det är samordningssköterskor i Göteborg och utskrivningssjuksköterskor på Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Kvar efter projektiden

De rutiner som tillsammans arbetats fram och som under projektiden visat sig funktionella har förutsättningar att leva kvar efter projektiden. I vilken mån samverkansformer som tar tid, som telefonkonferenser och samordnad vårdplanering, kommer att finnas kvar efter projektiden är bl.a. beroende av hur de stöds av ersättningssystemen och om fungerande IT-stöd förverkligas.

Arbetsättet med samordnad vårdplan har prövats i fyra Skånekommuner och ambitionen är att den ska användas i hela Region Skåne. Den särskilda ersättningen till husläkarna för att delta i den samordnade vårdplaneringen förväntas leda till att husläkarna deltar i större utsträckning.

I Göteborg planerar man efter försöksverksamhetens slut att arbeta vidare med att implementera de rutiner för in- och utskrivning av äldre personer vid sjukhus som man inte hann med under försöksverksamhetens gång.

Det omfattande screeningverktyg som arbetats fram i södra Älvsborg har små förutsättningar att leva vidare om det inte bantas till en mer hanterbar modell. Den systemutveckling som skett i Örkellunga är beroende av hur Örkellungas journalsystem kan kommunicera med det Skåne-regionen valt.

I Umeå breddas verksamheten till att omfatta fler vårdcentraler. I Örnsköldsvik och Örebro lever arbetet vidare efter försöksverksamhetens slut, men det är oklart vad det innebär på lång sikt.

Försöksverksamheten i Järfälla avslutades i förtid, i mars 2013 då psykiatri upphandlades och Psykiatri Nordväst inte längre var ansvariga för patienterna i Järfälla kommun.

Att lära

De rutiner, samverkansstöd (t.ex. telefonkonferenser) och bedömningsinstrument som enligt intervjuad personal fallit ut väl är i de redovisade projekten framtagna av personal nära den äldre, och utformade så att de ska vara enkla och tidsmässigt möjliga att använda. Såväl det som utformats som tillvägagångssättet bör kunna inspirera andra.

Vissa projekt, som Multi 7, har tagit upp sådant som är självklarheter, som t.ex. att det skall finnas en namngiven patientansvarig läkare och att hemtjänsten skall vara behovsanpassad. Det som i teorin är självklart fungerar dock inte alltid i praktiken. Multi 7 är därför ett exempel på ett strukturerat sätt att arbeta för att dessa "självklarheter" också kommer till stånd.

Flera av projekten visar på värdet av särskilda personer som har ett samordningsansvar. Det kan vara samordningssköterskor vid utskrivning från sjukhus, eller att det tydliggjorts vem som har ansvaret för att det blir en samordnad vårdplan.

Ett indirekt resultat från flera av projekten är att de kom att vara arenor där personal från olika vårdgivare mötts. Dessa arenor, som t ex Nosam-grupperna i Göteborgsområdet, behöver vårdas. Det är därför viktigt att de koordinatorsfunktioner som utvecklats genom försöksprojekten finns kvar.

Flera av projekten visar på den utmaning som finns på såväl lokal som nationell nivå att finna IT-lösningar som tillvaratar både behovet av gemensam dokumentation och den enskildes integritet.

Projektet i Järfälla illustrerar betydelsen av att skapa robusta förutsättningar när försöksverksamheter ska genomföras. Landstinget genomförde mitt under projektiden en ny upphandling inom psykiatri utan att ta hänsyn till det pågående projektet, vilket medförde att det inte kunde avslutas.

Försöksverksamheterna har ökat kunskapen om vårdsystemet

En sammantagen erfarenhet från försöksverksamheterna, oberoende av vad man gjort eller om man lyckats, är att man har identifierat svaga eller kritiska punkter i dagens vård och omsorg om äldre. Det gäller vården i hemmet, mottagande och omhändertagande på sjukhus och behovet av eftervård efter sjukhusvistelse, särskilt bland de mest sjuka äldre.

Personal (över huvudmanna-, verksamhets- och professionsgränser) har mötts, kartläggningar och inventeringar genomförts och analyserats, och omorganisationer och andra initiativ kommit i gång. Inom försöksprojektens ram har det varit möjligt att pröva nya funktioner, teambaserade lösningar och strukturerade rutiner.

Ett positivt värde med försöksverksamheterna tycks vara att de på flera håll har skapat fora och engagemang för att över vårdgivargränser utveckla äldreomsorgen.

Att tänka på när man drar slutsatser från projekten

Det går att hävda att erfarenheterna från de olika försöksverksamheterna utgör intressanta förslag på olika insatser som kan provas på andra orter, omsätta till de lokala förutsättningarna. Det finns dock svårigheter med att dra slutsatser från försöksverksamheterna. Som framgått tidigare (och av den mer detaljerade redovisningen i bilagorna) är resultatredovisningen från försöksverksamheterna ofta knapphändig. Några få försöksverksamheter kan lämna en mer fullödlig redovisning av resultaten. Endast ett fåtal av projekten har kunnat redovisa kvantitativa data om hur många personer som fick del av en insats, om dessa personer tillhörde målgruppen eller ej, och vad insatsen

resulterade i för målgruppen vad gäller påverkan på hälsa, livskvalitet, upplevelser av trygghet och utnyttjande av vård och omsorg i olika former.

Det har för projekten också visat sig svårt att ta fram uppgifter om vad insatserna har kostat. Än svårare, närmast omöjligt, har det varit för projekten att bedöma om projektens metoder kan leda till ökade eller minskade kostnader för de båda huvudmännen på kort och lång sikt.

Det går därför inte att besvara frågan ”blev det bättre för den äldre” på grundval av de redovisningar projekten kunnat lämna, inte heller om vården och omsorgen kan bli mer kostnadseffektiv genom de metoder som prövats i försöksverksamheterna.

Från de flesta försöksverksamheterna finns det dock exempel på och idéer om hur man kan utveckla samverkan, rutiner och organisation för en mer sammanhållen vård och omsorg om de äldre.

Tio samverkansnätverk

Uppdraget

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om en utvärdering av nitton försöksverksamheter har regeringen också tagit med tio samverkansnätverk/motsvarande. Dessa har dock inte erhållit några ekonomiska medel från regeringssatsningen liknande försöksverksamheterna.

Sex av nätverken (Hand i hand i Avesta-Hedemora, Linnéa i Kronoberg, Nisse i Malmö, Hilma i Örebro, Helga i Skellefteå och Kersti i Falun) har hämtat inspiration från det äldsta nätverket, Esther på Småländska höglandet. Övriga tre nätverk har en annan uppkomst. Närvård västra Skaraborg och HiSam på Hisingen är samverkansstrukturer som växt fram tack vare lokala eldsjälar. TioHundra i Norrtälje är av en mer formaliserad karaktär. Det är ett projekt med en gemensam nämnd mellan landsting och kommun.

Nätverken är sinsemellan olika och skulle förtjäna egna mer omfattande utvärderingar. Något som inte varit möjligt inom ramen för denna studie.

I vilken utsträckning nätverkens existens har kunnat påverka de äldres situation går inte att påvisa. Detta dels eftersom det inte gjorts utvärderingar lokalt annat än för någon enstaka av dessa nätverksformer och då med mer begränsat fokus, dels eftersom nätverken är en del av en ständigt föränderlig vård och omsorg, där det inte är möjligt att urskilja orsak och verkan.

Redovisningen nedan bygger framförallt på intervjuer med nyckelpersoner i de olika nätverken och skriftlig dokumentation från nätverken. Några av nätverken har också egna utvärderingar.

De tio nätverken

Majoriteten av de tio nätverken har startat tack vare enskilda "eldsjälar", i syfte att åtgärda problem de iakttagit i samspelet kring den äldre, ofta i gränslandet mellan slutenvård och öppen vård/kommunal omsorg. Kärnan i flertalet av dem är att skapa arenor där personal från olika vård- och omsorgsgivare möts. Vilka som är aktörer skiljer sig och har också växlat över tid. Några nätverk har blivit en del av den formella organisationen, andra har nu en låg aktivitetsnivå, ytterligare andra fortsätter som projekt. Nätverket Esther har visserligen stått som en förebild för "syskonnätverken", men inget nätverk har helt kopierat Esther, utan format sitt eget arbete efter lokala förutsättningar och behov. Nätverken är beskrivna mer utförligt i bilaga 3, Presentation av de tio nätverken.

Esther

I nätverket ingår sju kommuner, Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda och även Ydre i Östergötland, samt Jönköpings läns landsting med en total befolkning på cirka 111 000 innevånare. Nätverket startade 1997. Sedan 1999 är det ett permanent nätverk, med en heltids samordnare (uppdelat på

två personer från våren 2013). Målet i nätverket Esther är att *”genom samverkan i ett hållbart och handlingskraftigt nätverk kan Esther uppleva trygghet och oberoende”*. Verksamheten är omfattande, såsom utbildning av Esthercoacher, projektgrupper, strategidagar och olika arenor för möten.

Hand i hand

Nätverket består av Avesta- och Hedemora kommuner med 36 500 innevånare samt landstinget, Hälso- och sjukvården i södra Dalarna. Nätverket har en styrgrupp och stabsgrupp som koordinerar. Det har en stabil ställning och är prioriterat av huvudmännen. Det startade 2007, efter att som arbetsform prövats i Avesta. Viktigast är arenor i form av möten och processdagar för att diskutera olika utvecklingsfrågor, utbildningar med mera.

Hilma

Nätverket har fem deltagande kommuner; Askersund, Hallsberg, Kumla, Lekeberg och Örebro med 193 000 innevånare, primärvården och Universitetssjukhuset i Örebro. Hilma har en arbetsgrupp med idag 14 medlemmar som träffas fyra gånger per år. Tidigare år har utbildningar genomförts för drygt 1900 personer. Hilmaambassadörer och vårdplaneringsteam på sjukhuset är andra exempel.

Kersti

Nätverket finns i Falun med 56 000 innevånare. Nätverket startade med hjälp av statliga stimulansmedel 2004 som ett samarbetsprojekt mellan Falu kommun, medicinkliniken vid Falu lasarett och Närsjukvården Falun. Målet var att *”Kersti ska känna att vi tillsammans ansvarar för att hon får den bästa möjliga vård vi kan ge utifrån de resurser som finns”*. Vårdval, kundval och omorganisationer har stört samarbetet. Kersti är dock inte formellt nedlagt som nätverk.

Linnea

Linnea är sedan 2005 ett samarbetsprojekt mellan Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommuner och Kronobergs läns landsting, totalt cirka 186 000 innevånare. Nätverket har en ledningsgrupp som varje år inbjuder till nya nätverksgrupper som arbetar under fyra-sex månader med genombrottsmetodik (en strukturerad metod för att främja utvecklingsarbete).

Nisse

Nisse är ett nätverk i Malmö med 308 000 innevånare. Initiativet till Nissemodellen togs av den medicinska kliniken vid UMAS (universitetssjukhuset) tillsammans med en av stadsdelarna och öppenvården där. Varje del av Malmö har ambassadörer från resp. part (slutenvården, vårdcentraler och kommunen), vars uppdrag är att ordna samverkansmöten och vårda rutiner för direktinlägg på sjukhus, och rutiner för kommunikationen mellan sluten och öppen vård.

Närvård västra Skaraborg:

Västra Skaraborg består av de sex kommunerna Essunga, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara och Vara. Totalt bor här cirka 100 000 invånare. Här finns nio vårdcentraler varav tre är privata samt Lidköpings sjukhus. Närvård Västra Skaraborg startade 2001 med syfte att stärka samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och den kommunala vården för att tillförsäkra den äldre vårdtagaren en god och säker vård. Samverkan har bl.a. lett till olika verksamheter som syftar till att ge äldre med sammansatta behov en mer samordnad vård och omsorg. Ett exempel är närsjukvårdsteamerna i varje kommun för hemsjukvård för de mest sjuka äldre. Teamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg

TioHundra

TioHundra är projektnamnet i Norrtälje kommun med 57 000 invånare. Det består av en beställarnämnd (TioHundranämnden, från 2013 benämnd sjukvårds- och omsorgsnämnden) som är gemensam nämnd för landstinget och kommunen, och ett gemensamt ägt vårdbolag (TioHundra AB) som driver sjukhuset, specialist- och allmänläkarvård, hemsjukvård, omsorg enligt SoL och LSS. Projektet startade 2006. Ett av resultaten är den modell TioHundranämnden valde för kundval där utförarna ska tillhandahålla såväl hemtjänst som hemsjukvård inkluderande hemrehabilitering.

Nätverk som avvecklats

Helga

Helga var namnet på nätverket i Skellefteå med 72 000 invånare. Helga-projektet startade på initiativ från medicin-geriatriska kliniken vid Skellefteå sjukhus. I januari 2006 fick personalen på sjukhuset i uppdrag att arbeta med vårdutveckling. De skulle arbeta fram rutiner för en sammanhållen vårdkedja för multisjuka äldre – Helgarutiner. Nätverket avvecklades bl.a. därför att det inte gick att förankra Helga-konceptet i alla berörda delar av sjukvård/-äldreomsorg, speciellt i primärvården och vissa avdelningar på lasarettet.

Hisam

Hisam-projektet genomfördes på Hisingen i Göteborg med 100 000 invånare. Projektet startade i april 2007 och avslutades 2010. Hisam-projektet var ett samarbetsprojekt mellan de sex stadsdelar som tidigare fanns på Hisingen, primärvården och Östra sjukhuset. När Göteborgs stad minskade antalet stadsdelsnämnder blev de tidigare sex stadsdelsnämnderna på Hisingen i januari 2011 tre och många av de som hade arbetet med Hisam-projektet fick nya arbeten. Därmed upphörde de nätverk som arbetet byggde på. Erfarenheterna från Hisam skulle tas till vara i In-Ut-projektet, en av de nitton försöksverksamheterna (se ovan).

Nätverkens utmaning – att ha fokus på huvudpersonen

Samtliga nätverk, och då i synnerhet de som har ett egennamn som Esther ("syskonnätverken"), har som sin grund sin fokus på den äldre personen. Att välja ett namn i stället för att använda objektifierande begrepp som patient, brukare, kund eller klient är tänkt att hjälpa personalen att inte tappa fokus på huvudpersonen. I det äldsta nätverket, Esther, beskrevs hon vid starten av nätverket, vintern 1997 så här:

"Esther är född 1912. Hon bor på Storgatan i Vetlanda. De sista tre nätterna har Esther inte kunnat sova, hennes andfåddhet blir allt värre och benen allt mer svullna. Hon känner sig ängslig, orolig och vet inte vart hon skall vända sig."

De som möter Esther i sitt arbete förväntas flytta fokus från sin egen organisation till Esther. Att ingå i nätverkets arbete ska då ses som värdefullt inte för att det gynnar en själv eller ens arbetsplats utan för att det ska bli bättre för Esther.

Några av projekten beskriver detta som att vårda "Esther-andan", "Nisse-andan" och liknande.

Utgångspunkten är således vad Esther behöver och vad Esther vill. Nätverken bygger på en tilltro till personalen nära Esther, deras förmåga att se vad Esther önskar, se vad som krånglar till det för Esther, att försöka se med hennes ögon. En utmaning är att ta tillvara dessa erfarenheter i ett ständigt förbättringsarbete.

Som redovisats i kapitel 5 är det svårt att identifiera gruppen äldre med stora och sammansatta behov via register. Personal som tränas att uppmärksamma dessa personer, "att se Esther", kan vara ett bättre sätt att identifiera de äldre som bör få bli vårdens "VIP-kunder". Nätverket kan främja en "uppmärksamhetskultur". Nätverket kan också träna personalen i att se det gemensamma, gränsöverskridande uppdraget. Att det man själv gör måste kugga i vad andra vårdgivare har ansvar att göra.

Med ett fokus på den äldre kan det bli möjligt att bryta igenom de kulturer som uppstår inom varje vårdform. Det är lätt att annars enbart se det egna, snäva uppdraget. "Vi på ortopederna fixar benet, resten får någon annan ta hand om".

Med en alltför diagnosinriktad kultur finns en risk att exempelvis en vårdcentralschef enbart ser till de specifika insatser som följer av en viss diagnos och vad vårdcentralen får betalt för. Fokus behöver då flytta till hela den äldres livssituation, vad som kan samverka för att det ska bli en god hälsa och välbefinnande för henne/honom. Om fokus inte är "Esther" kan det i stället vara naturligt att ställa sig utanför nätverkets samarbetsarenor, för "det får vi inte betalt för".

Nätverkets frivilligstruktur kan vara ett hinder

Nätverken lever genom att de tillhandahåller mötesplatser, de

- består av människor; - det behövs tid som möjliggör möten som leder till de nödvändiga relationerna, i en vård och omsorg där tid är en bristvara.,
- är icke-hierarkiska; - det krävs tillit och förtroende mellan deltagarna och mellan politisk- och förvaltningsledning och nätverket.

Nätverken följer inte gränser efter profession, sluten/öppen vård, huvudmannaskap, offentlig eller privat regi. ”Det jag upplevt är förmågan att se roller i systemet, att mitt område är inte bara mitt utan att nästa område är en del av mitt, att de länkar i varann” (intervju med en Esther-coach)

Tanken med ett nätverk är att man deltar av fri vilja, av engagemang, och för att det ger deltagarna något. Men samverkansnätverken är beroende av att alla deltar. Även de vårdcentraler som anser att de inte får betalt för att delta. Liksom ortopedkliniken som inte tycker sig ha tid. En försvårande faktor för ”syskonnätverken” har varit bristen på tydlighet från förvaltningsledningarna att deltagande inte är ett fritt valt arbete. Detta skiljer dem från Närvård västra Skaraborg och TioHundraprojektet, som båda har politisk och förvaltningsledning som en del i sin grundläggande struktur.

Det kan synas som en svårförenad paradox att deltagandet både behöver vara obligatoriskt och frivilligt. Paradoxen kan förklaras av att tvånget och frivilligheten ligger på olika nivåer. På en organisatorisk nivå måste det vara tydligt för alla aktörer – vårdcentraler, sjukhuskliniker, hemtjänstenheter, särskilda boenden etc. – att de ska medverka. Detta innebär att varje verksamhetschef bör från sin ledning ha ett uppdrag att främja deltagandet i nätverket. På individnivå förutsätter däremot ett livskraftigt nätverk deltagare som valt att delta och som bär nätverket med sitt engagemang.

Ett gott exempel på hur det obligatoriska och det nätverksbaserade kan förenas är Närvård Skaraborg. Där finns en tydlig struktur för hur samarbetet ska ske, förankrat såväl hos den politiska organisationen som hos chefstjänstemännen. Denna struktur stödjer ett utvecklingsarbete mellan olika yrkesgrupper, tack vare ett nätverksbaserat sätt att arbeta.

Faktorer som bygger ett nätverk

Nätverken kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Faktorer som i de olika nätverken visat sig ha särskilt stor betydelse för nätverkens överlevnad och deras roll för att utveckla vården och omsorgen är samordnaren, ambassadörerna/coacherna och arenorna.

Samordnare/Nätverksbyggare

Om nätverken ska överleva är den enskilt viktigaste faktorn att det finns en processledare/samordnare. Utan en funktion med tid och uppdrag att samordna och utveckla riskerar nätverket dö, eller åtminstone att dess potential att vara en förändringskraft och kulturskapare inte tas tillvara fullt ut. Samordnaren (samordnarna) behöver ha ett tydligt mandat och ingå i en ledningsstruktur.

Ambassadörer

De lokala "ambassadörerna" (Esther-coach, Nisse-ambassadör, Helga-ombud etc.) behöver tid för nätverksskapande, att delta i möten och att vara utvecklingsstöd på den egna arbetsplatsen. En erfarenhet från bl.a. nätverket Esther är att det är värdefullt om minst en person i arbetslaget är en del av nätverket. En person som därmed kan få kunskap om hur förändringsarbete kan bedrivas och få ett bra nätverk med vårdgrannar och i andra kommuner. Den personen kan se den egna verksamhetens roll för att få en helhet för Esther, och via sitt nätverk få nya idéer om verksamhetsutveckling.

En ambassadör på varje arbetsenhet kan ses som rimlig om "Esther-andan" ska genomsyra alla arbetsplatser. Det förutsätter att berörda landsting och kommuner på ledningsnivå bestämmer sig för att nätverket är en metod alla ska medverka i för att utveckla vården och omsorgen och samarbetet mellan vårdgrannarna. Coach-utbildningar eller liknande utbildningar skulle då behöva finansieras av landstinget och kommunerna, inte den enskilda arbetsenheten. Något som kan motiveras av att nätverket är ett gemensamt åtagande.

Några citat från intervjuer med Esthercoacher kan belysa värdet av denna funktion;

"Genom förbättringskunskapen har vi blivit bättre på att visualisera vad en personalgrupp åstadkommit, att man ser att man faktiskt lyckas, gör något. Viktigt hålla ångan uppe hos personalen, att de har tillit till sig själva i stället för att man hänger med axlarna och är superstressade. Det gagnar Esther."

"Att ta direktkontakt, kunna ta kontakt själv, man behöver inte gå via chefen. Kunna ta initiativ själv. Nu ringer jag min coachkollega. Vi känner varann, hon kan jag få hjälp från."

"Att vara Esthercoach ger legitimitet."

"Viktigt med en bra chef. Om chefen inte vill och stödjer blir det inget. Bra därför med det chefs-coachkontrakt som nu tecknas. "

Arenor, mötesplatser

Nätverket lever genom att det tillhandahåller mötesplatser. När nätverken formar gemensamma arenor kan man inte längre tala om "dom". Att mötas är en förutsättning för att förstå den andres uppdrag och yrkesvardag, och att se hur det gemensamma uppdraget kan utformas. Dessa mötesplatser kan se olika ut, som gemensamma utbildningar, seminarier, nätverksskaféer etc.

Erfarenheter från nätverken

Har samverkan blivit bättre?

Nätverken ger fora där personal och beslutsfattare kan identifiera problem som uppstår i gränstorna mellan olika vårdgivare och gemensamt söka lösningar. Det finns från flertalet av nätverken exempel på hur rutiner skapats och kunnat implementeras. De som intervjuats i de sju "syskonnätverken" menar att samverkansklimatet blivit bättre. Frågan är då om detta kan gälla även utanför de som är aktiva i nätverket?

Erfarenheten från nätverket Esther tyder på att det kan vara så. Det är dock svårt att uttala sig om hur samverkansklimatet påverkats för enheter som inte har någon medarbetare som är delaktig. På Småländska höglandet finns cirka 7 000 personal nära Esther. Det är knappast realistiskt att räkna med att alla dessa ska kunna involveras i en "nätverksanda".

Tas idéer och initiativ till vara?

Från de flesta av nätverken finns exempel på hur organisatoriska förändringar genomförts, det finns i nätverken en lösningsfokuserad inriktning. Det finns också exempel på att rutiner och arbetsformer man enats om inte genomförts eller upphört att tillämpas. Ny personal, organisationsförändringar och sparbetning är exempel på omvärldsfaktorer som ständigt skapar nya förutsättningar för samspelet mellan de olika aktörerna runt Esther. Arbetet med att uppnå målen har aldrig något slut.

I vilken utsträckning initiativ från nätverken kunnat fortleva verkar också vara beroende av om idéerna kostar eller ej. Det är påtagligt att de överlevt säkrare när det handlar om ändrade arbetssätt och bättre bemötande som kan utvecklas inom eller mellan arbetsenheter och som inte kostar. Rutiner som inte kostar (t.ex. rutiner vid in- och utskrivning på sjukhus) har fått genomslag, liksom förändrade arbetsformer och bättre bemötande. *"Hittills upplever jag inte att Esther-projekt kostat pengar, utan mer handlat om bemötande, arbetsformer, förståelse. Förändra sitt sätt att vara. Ständiga förändringar."* (Intervju med förvaltningschef i kommun småländska höglandet)

Hantera samverkan i vårdval och kundval

Ett nätverk är beroende av att de som deltar har förtroende för varandra, och villigt delar med sig av sina erfarenheter och goda exempel. Nätverkets öppenhet kan krocka med en viss typ av beställar-utförarkultur, där aktörerna inte sett värdet av samarbete, något vi kunnat iaktta för vissa nätverk.

Aktörer inom vårdval och kundval kan betrakta varandra som konkurrenter och vara tveksamma att dela med sig av erfarenheter i ett nätverk. Det krävs att beställarsidan skapar incitament som främjar samverkan och vilja att gemensamt utforma en god och sammanhängande vård och omsorg. Nätverken har med sin gränsöverskridande karaktär möjlighet att underlätta detta.

Fler aktörer genom vårdval och kundval ökar fragmentiseringen i vården. Det innebär t.ex. fler som ska delta i nätverket, en utmaning i sig.

Det saknas kunskap om hur LOV påverkat den informella samverkanskultur som nätverken utgör. De flesta nätverken har försökt att få med alla aktörer, egen regi såväl som privata.

Horisontell och vertikal styrning

Ett nätverk kan ses som ett fritt samarbete mellan intresserade. Idéer som föds i nätverket har inga andra bärare än deltagarna i nätverket. Där till en början en del idéer spränger ramarna för de befintliga systemen. Något som innebär att beslut måste tas i linjeorganisationen vilket innebär att den horisontella styrningen i ett nätverk kan krocka med linjeorganisationens vertikala. Men de kan också samspela med varandra. Förslag från de som är nära den äldre kan tas om hand i linjen, och beslut tagna i linjen kan förankras och implementeras tack vara nätverket. Att ta tillvara denna möjlighet är förstås viktigt, men har visat sig vara en svår utmaning, för samtliga de tio studerade nätverken. Det gäller såväl de nätverk som bygger på baspersonalens engagemang som TioHundra vars kärna är den gemensamma nämnden ("top-down").

När nätverket identifierat ett problem är frågan hur man går från ord till handling. Detta kräver att personer med beslutsmandat ingår i nätverket. I flera av nätverken finns både chefsnätverk och nätverk för ombud/coacher. Det kan dock se lite olika ut hur snabbt förändringar kan genomföras. I t.ex. Nisse-nätverket tas beslut direkt som får prövas och eventuellt ändras efter hand. I Hand i Hand arbetas förslag in i verksamhetsplanen och tar därmed längre tid att implementera.

I landstingen finns det ofta ambitioner om likhet i hela länet, något som kan krocka med den lokalt baserade utvecklingen som får sin näring ur ett nätverk. När flera kommuner är involverade kan en broms vara att alla måste vara med, och satsningar inom nätverket på t.ex. utbildningar kan hämmas av att alla kommuner inte gör samma prioriteringar.

Beslut kan tas från ledningshåll som går på tvärs mot de tankar som kommit fram i nätverket, eller som sliter sönder samverkansstrukturer som mödosamt byggts upp. Än mer påtagligt blir avsaknaden av ett "Esther-perspektiv" när sparbetingen sätts på kartan hos någon av huvudmännen. Ska geriatriken flyttas och krympas, servicehuset ändras till seniorboende eller korttidsplatser läggs ner så är det ju inte bara en fråga för respektive huvudman. I dessa sammanhang verkar nätverken spela en underordnad roll.

En önskan som framförs i intervjuer med aktiva i nätverken är att politiker och chefstjänstemän måste våga ge legitimitet åt de förslag som växer fram i nätverket. Frågan *"har detta beslutats i kommunfullmäktige"* är ett exempel på krocken mellan det nätverksbaserade och det linjebaserade. När det kommer nya förvaltningschefer talar man också i nätverket Esther om att de behöver introduceras i Esther-andan.

Det verkar i alla de sju "syskonnätverken" saknas fora där man kan pröva om ett förändringsförslag som ger någon part en ökad kostnad faktiskt är dyrt, när hänsyn tagits till alla aktörers kostnader, och att bättre vård kan vara prisvärd.

Problem kan också uppstå visavi den nationella styrningen, som de nationella satsningarna inom Bättre liv för sjuka äldre är ett exempel på. Stimulusmedlen för uppnådda resultat enligt vissa indikatorer (del i överenskomsten mellan regeringen och SKL) har fått ett stort genomslag i vad som landsting och kommuner väljer att prioritera. Nätverket och dess arbetsformer och prioriteringar kan då ses som ett störande moment. För nätverket kan det som kommer ”uppiifrån” upplevas som något som stör de processer som initieras lokalt. Det är svårt att få fram samma engagemang för det uppiifrån givna som för det lokalt framarbetade. Syftet med satsningen Bättre liv för sjuka äldre är visserligen att det ska bli bättre för Esther. Men de indikatorer som ingår i regeringens och SKL:s satsning är specifika och innebär en risk för att fokus skiftar från helheten till de detaljer som ger prestationsersättningar.

Faktorer som bidrar till att nätverk förtvinar

Nätverken är sköra, två av de tio studerade nätverken har försvunnit, två går på sparlåga. Avsaknad av en samordnare, bristande förankring hos ledningen inom de medverkande kommunerna och landstinget, personförändringar och omorganisationer verkar förklara nedgångarna. Nya ledningar gör annorlunda prioriteringar som inte integrerar det som redan utvecklats. Nätverken riskerar att trasas sönder av omorganisationer. Om nätverket inte har en tydlig förankring i hela organisationen, både på lednings- och basplanet, så blir det sårbart när drivande personer slutar.

Reflexioner kring nätverk som styrform

Nätverk är ofta informella och tillfälliga till sin karaktär. Men nätverk kan också ses som en mer permanent form att leda och utveckla verksamheter. Det kan vara särskilt intressant för verksamheter av den typen där resultatet bygger på de olika aktörernas samordnade insatser. Som vård och omsorg om de mest sjuka äldre med stora och sammansatta behov. De vanliga styrformerna i dagens äldrevård och äldreomsorg bygger mer eller mindre uttalat på tankegodis hämtat från New Public management (NPM). Verksamheten förväntas bli bättre anpassad till den äldres behov och önskemål genom att olika aktörer får konkurrera om att bli vald. Utförarna styrs genom avtal och genom att ersättningssystemen ska ge incitament till önskade arbetsformer.

Ett nätverksbaserat arbetssätt har en annan logik. Det bygger på relation och ömsesidighet snarare än avtal och konkurrens. Det har ett ”bottom-up”-perspektiv.

Relationen till den äldre

En utgångspunkt är relationen mellan den äldre och den personal som möter henne. Det nätverksbaserade tänkesättet ska stödja personalen nära den äldre att se med den äldres ögon. Den kunskap som växer fram i mötena med de äldre ska få vara vägledande när vården och omsorgen organiseras. Detta synsätt återspeglas i flera av de studerade nätverken, som talar om den äldre

med ett namn, som Nisse, Linnea och Esther. Detta för att lyfta fram den enskilde, sätta individen, inte organisationen, i centrum.

Nätverk är relation och bygger på samtal, med kollegor och med vårdgrannar. På den egna arbetsplatsen är tid för reflektion en förutsättning. Lika viktigt är att det finns mötesplatser där dialog kan ske och förståelse skapas över vårdgivar- och professionsgränser.

I dessa möten kan brister i samarbetet – sett med den äldres ögon – identifieras. Och, om det nätverksbaserade arbetssättet är accepterat på ledningsnivå, åtgärdas. Drivkraften söks i det nätverksbaserade arbetssättet i personalens blick för den äldre, och den logik som finns i ett arbete präglad av omsorgsrationalitet. Med detta begrepp avses att man anpassar sig till omsorgstagaren, arbetar kontextuellt, med förnuft, inlevelse, empati och känsla, stärker den enskildes förmågor. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete ska då utgå från omsorgens specifika karaktär och skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer (Wærness, 1990).

I mer NPM-präglade styrmodeller tänks samarbete mellan vårdgivare styras av uppdraget så som det formuleras i avtal, och främjas av olika ersättningssystem.

Nätverken utmanar

Nätverket är en informell struktur, som inte utan vidare låter sig inordnas i traditionella styr- och ledningssystem. Inom nätverkets ram kan olika förändringsverktyg användas, som utbildning, genombrottsmetodik, framtidsverkstad etc. Men nätverket är inte ett verktyg som kan tas fram ibland. Nätverk är snarare en kultur som behöver genomsyra vård och omsorg. Utgångspunkten är att kunskapen finns nära den äldre, hos de som dagligen möter henne eller honom. Det vill inspirera personalen till att se den äldre och att hjälpa personalen att lyfta sig från ett personal- och organisationsperspektiv.

Summering

Främjas samverkansklimatet av att nätverken tillhandahåller arenor för möten mellan vårdgivare och professioner?

Svaret är ja, givet de faktorer som redovisats ovan. Det krävs förståelse för varandras uppdrag. Det gäller att släppa sitt egna avgränsade uppdrag, inte se diagnosen utan personen.

Hur tas idéer som "föds på golvet" om hand i linjeorganisationen?

Svårigheterna är uppenbara. Det behövs arenor både på chefs- och basnivå, med tydlig kommunikation dem emellan och god kunskap om vart olika förslag och frågor ska föras. Kulturen bör vara tillåtande, att få utforma lokala lösningar och att ha beslutanderätt långt ut i organisationen. Det är försvå-

rande om allt ska göras lika i hela länet. Sannolikt är det enklare att driva förändringsarbete via nätverk i mindre kommuner eller i avgränsade områden inom ett län, än i ett stort län.

Vilka faktorer verkar ha lett till att vissa nätverk lever, andra tynar bort, helt eller delvis?

Nätverken behöver ett tydligt fokus, finnas till för ”Esther” – inte bara att få bort överbeläggning på medicinkliniken. Nätverket behöver vara lösningsinriktat – det räcker inte att bara mötas. Nätverken kan också ges rollen att se till att de rutiner som utvecklats för att säkerställa en sammanhållen vårdkedja fortlever – trots personalomsättning och organisationsförändringar.

Ett samverkansnätverk är inte ett fritt valt arbete, utan en modell som berörda förvaltningsledningar behöver ge ett tydligt mandat. Nödvändigt för överlevnaden är bl.a. att det finns en eller flera samordnare, att det på arbetsplatserna finns lokala ombud som får utbildning, t.ex. i förändringsarbete, och att det finns olika former av arenor där olika professioner och vårdgivare möts. Det kräver att det är inte bara tillåtet utan påbjudet att delta, och att det finns någon form av gemensam finansiering.

Det behövs en tydlig vilja hos ledning i landsting och kommun att behålla såväl kultur som aktiviteter och att finansiera samordnare. Hinder är bl.a. ekonomi och tid, tendenser till uppfifrån styrning, fragmentisering genom fler aktörer (vårdval och kundval) och omsättning av personal.

Summering och diskussion

Uppdraget

Regeringen avsatte 210 miljoner kronor under 2010 till 2013, till försöksverksamheter för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) fick uppdraget att ha hand om utlysning och att besluta vilka som skulle få anslag. Totalt nitton projekt fick del av medlen.

Målgruppen för regeringens satsning – de mest sjuka äldre – hade i utlysningen av medlen beskrivits som *”människor i hög ålder som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare/verksamheter både inom kommunen och landstinget”*. Vidare angavs att *”försöksverksamheterna ska utgå från de mest sjuka äldres behov av samordnade insatser med höga krav på kvalitet och kontinuitet samt överblick och sammanhang för den enskilde. En viktig målsättning är att äldre personer – eller deras anhöriga – inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand”*.

Regeringen gav samtidigt Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en vetenskaplig utvärdering av försöksverksamheterna, ett uppdrag som Socialstyrelsen gav ARC/ÄC. Uppdraget bestod i att genomföra en *”vetenskaplig utvärdering av försöksverksamheterna i syfte att få fram generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom området”*.

I Socialstyrelsens uppdrag till ARC/ÄC ingick dessutom att studera tio s.k. samverkansnätverk inom vården av de äldre. Denna del av uppdraget handlade om att beskriva utvecklingen och erfarenheterna från dessa samverkansnätverk.

Hinder i starten för försöksverksamheterna

Kort utlysningstid

Försöksverksamheterna skulle ge möjligheter till att pröva nya idéer när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Med den korta tid som stod till förfogande från utlysning till beslut om medel (mindre än två månader), blev prioriteringen att få fram en trovärdig ansökan som kunde resultera i att ansökan bifölls. Det kom då i flera fall att handla om planer för utvecklingsarbete som man sedan tidigare haft i åtanke men som det inte funnits tid och medel att förverkliga.

I utlysningen om vad man kunde söka medel för angavs en rad olika frågor och problemområden, varför projekten kom att handla om vitt skilda ting, ibland utan särskild fokus på just de mest sjuka äldre. Det faktum att det i utlysningen av medlen inte fanns någon närmare förklaring eller vägledning till hur man skulle kunna definiera och identifiera de mest sjuka äldre, bidrog

också till att försöksverksamheterna inte självklart kom att handla om denna grupp.

Många försöksverksamheter drabbades av upp till ett års försening innan interventionen kunde starta. Orsakerna var bl.a. problem med att rekrytera personal, och att "översätta" planen i ansökan om medel till en operativ plan. Det var sällan samma personer som medverkat i ansökan om medel, som senare kom att arbeta med försöksverksamheten.

En annan orsak till en försenad start var att förankringsarbetet hos chefer och politiker, primärvården, sjukhusvården och kommunen, ofta tog mer tid än man planerat för. Den korta utlysningstiden medgav inte en ordentlig förankring hos de parter som undertecknade ansökningarna.

Vaga mål för de lokala utvärderingarna

I utlysningen fanns ett krav på att verksamheterna skulle utvärderas och att en plan för detta skulle redovisas i projektansökan. De redovisade utvärderingsplanerna var dock av mycket skiftande kvalitet. Några var mycket utförliga, andra tämligen summariska.

Projektledarna fick av naturliga skäl prioritera att få igång och driva projektet, och då kom arbetet med att organisera utvärderingen lätt i andra hand. Endast en mindre del av försöksverksamheterna hade engagerat externa utvärderare från start. Några försöksverksamheter hade överhuvudtaget inte avsatt medel för utvärderingen i sin projektplan.

De mål som angavs i projektplanerna var sällan möjliga att följa upp i praktiken. Det i sin tur kunde bero på att det saknades tillgänglig statistik från huvudmännen där målgrupperna kunde identifieras, eller att uppgifter om måloppfyllelse (t.ex. att trygghet och livskvalitet ska öka) varit svårt att mäta och samla in.

Svårigheter med att hitta målgruppen de mest sjuka äldre

Nästan samtliga försöksverksamheter har ändrat definitionen av målgruppen under försöksverksamhetens gång alternativt haft en bred målgrupp – alla äldre – från start. Det visar på svårigheterna att identifiera personer med stora och omfattande behov av hälso- och sjukvård och äldreomsorg och samordning mellan dessa. De försöksverksamheter som via register sökte använda Socialstyrelsens definition "omfattande sjuklighet" (Socialstyrelsen, 2011b) fann att i den definitionen ryms också många äldre utan behov av samordnade insatser, bl.a. därför att de har väl etablerade kontakter inom hälso- och sjukvården men ingen hemtjänst.

Förändringar i målgruppsdefinitionen ledde i sin tur i flera fall till förändringar i interventionen över tid. Det kan ses som en pragmatisk anpassning under pågående försöksverksamhet, men medförde för en del projekt att de endast lyckades genomföra delar av den tänkta interventionen.

Många projekt hade en bred inkludering av sin målgrupp. Det innebar i praktiken att de inte hade möjlighet att rikta sin intervention till alla som

uppfyllde inklusionskriterierna. Här fick man göra ytterligare urval, endera via prioriteringar som personalen gjorde eller via slumpmässiga urval. De projekt som hade en snävare målgrupp – t.ex. personer med svår hjärtsvikt, äldre personer med akuta behov men där det är osäkert om de behöver sjukhusvård, äldre patienter som skall skrivas hem från slutenvård, etc. – har inte oväntat haft det enklare att genomföra sin intervention.

De mest sjuka äldre en heterogen grupp

Begreppet ”mest sjuka äldre” är inget etablerat begrepp. Detta avspeglar sig också i försöksverksamheterna, där olika definitioner använts för att avgränsa vilka äldre personer som utgör målgruppen. Beroende på ändamålet förekommer i forskningslitteraturen och praktisk verksamhet ett antal olika begrepp för den grupp äldre som har långvariga och sammansatta hälsoproblem, t.ex. att man är ”multisjuk”, ”multisviktande”, skör, ”mest sjuk”, eller har ”komplexa hälsoproblem”. De olika sätten att definiera de mest sjuka ger olika resultat.

Ett centralt resultat från försöksverksamheterna är att vård och omsorgssystemen har stora problem med att identifiera de mest sjuka äldre. Det medför i sin tur problem att erbjuda insatser som svarar mot de mest sjuka äldres behov av hjälp. De mest sjuka äldre utgör vid ett givet tillfälle en liten grupp av alla äldre, och utgör endast ett fåtal av dem som har kontakt med vården och omsorgen. Den grupp som har omfattande äldreomsorg är oftast i slutfasen av livet, det som ibland kallas den fjärde åldern, då man är beroende av andra för att klara sin vardag. Få i denna grupp blir ”friska” och kan klara sig själva. Färre än hälften av de som har omfattande äldreomsorg och sjukvård lever ett år senare (Lagergren, 2013).

Socialstyrelsens definition av ”de mest sjuka” är dock betydligt vidare än så. När även alla med omfattande sjukvård inkluderas uppgår gruppen till närmare 20 procent av den äldre befolkningen, 65 år och äldre. Den som är mest sjuk enligt den vida definitionen den ena dagen är inte det den andra dagen – för den gruppen är situationen inte lika statisk som för de som har såväl omfattande sjukvård som äldreomsorg.

Erfarenheterna från flera av försöksverksamheterna bekräftar tidigare erfarenheter av metoden att via register hitta sin målgrupp inte är välfungerande. En svaghet med registerbaserade definitioner är att de enbart inkluderar de hälsoproblem som den äldre sökt och fått vård för och som omfattas av registren. Personer med enbart primärvårdskontakter, kommunal hälso- och sjukvård och som vårdas av familj och anhöriga, missas till exempel om man utgår från patientregistret över slutenvård. Det kan exempelvis röra sig om personer med kroniska sjukdomar och fysiska funktionsnedsättningar som framförallt behandlas utanför slutenvård och öppen specialistvård.

En ytterligare svaghet med registerbaserad identifiering är att den stora gruppen äldre med demenssjukdom inte blir synliggjord, eftersom deras slutenvårdskonsumtion ofta är låg. Nästan alla försöksverksamheter har också exkluderat de äldre som bor i särskilt boende. Det kan te sig märkligt ur ett äldreomsorgsperspektiv, eftersom det är den gruppen personer som kommunen oftast uppfattar vara de mest sjuka och resurskrävande äldre.

Eftersom de tänkta insatserna baseras på de äldre personernas aktuella behov kan ett näraliggande alternativ vara att utgå från vad vård- och omsorgspersonalen vet. En risk med att utgå från personalens kunskap om gruppen de mest sjuka äldre är dock att man kan missa personer där omfattande insatser görs av familjen och anhöriga – insatser som inte självklart uppmärksammas av vården och omsorgen.

Ett problem är vidare att personalen främst har information om sina ”egna” patienter/brukare, och kan tycka att patienten/omsorgstagaren är väl omhändertagen inom den egna organisationen.

Svårigheter under projektiden

Det var vanligt att försöksverksamheterna drabbades av olika störningar under verksamhetens gång. Det handlade om byte av personal, omorganisationer och omprioriteringar av aktiviteter. Det väcker frågor om varför försöksverksamheterna inte var mer ”skyddade” under arbetets gång. Huvudmännen för varje försöksverksamhet hade ju erhållit i snitt cirka 10 miljoner kronor (med en variation mellan 3 till 25 miljoner) av staten, för att åstadkomma en mer sammanhållen vård av de mest sjuka äldre. I det perspektivet borde vissa störningar som inträffat under försöksverksamheternas gång kunnat undvikas.

En annan typ av ”störning” handlar om problemen med att inom försöksverksamhetens ramar försöka integrera andra aktiviteter i form av statliga stimulansmedel som blivit tillgängliga för kommuner och landsting, inom ramen för regeringens satsning på de mest sjuka äldre. Det handlar om ersättning för registrering i kvalitetsregister (Senior Alert, Palliativregistret, SveDem och BSPD registret) och särskilda stimulansmedel för undvikbar slutenvård och onödiga återinläggningar.

Faktorer som budgetfrågor inom huvudmännens verksamheter och upphandlingar gjorde det också svårt att skydda projektet från att inte påverkas. Kopplat till detta kan man också notera ett mycket ojämnt engagemang bland huvudmännen bakom försöksverksamheten. Bland inblandade aktörer i försöksverksamheterna har ofta primärvården haft en underordnad roll. Något som delvis kanske kan förklaras av att målgruppen de mest sjuka äldre ofta identifierats som de äldre som haft en omfattande sjukvårdskonsumtion i form av sluten sjukhusvård.

Primärvårdens intresse för målgruppen kan också ha svalnat eftersom kommunerna nu övertagit ansvaret för hemsjukvården i alla län utom ett. Särskilt problemen med den frånvarande husläkaren återkommer, och att stafettläkare inte kan innebära någon kontinuitet för de mest sjuka äldre. Få av projekten har varit inriktade på att förändra och involvera primärvården i försöksverksamheten. Inte heller har den kommunala äldreomsorgen spelat en tydlig roll.

Det svala engagemanget bland huvudmännen bakom flera av försöksverksamheterna har också på flera håll åtföljts av ett lamt intresse att ta vara på resultaten av försöksverksamheten. Särskilt synligt har det blivit när vissa

huvudmän undvikit att ta beslut om projektet ska leva vidare som ordinarie verksamhet.

Huvudmännen har, trots att de undertecknade ansökan om stimulansmedel, inte haft en tydlig plan för fortsättningen när stimulansmedlen var slut. I några fall har det också framkommit att huvudmännen redan från början inte hade för avsikt att permanenta försöksverksamheten, utan att den skulle vara den tid man fått medel för.

En nödvändig förutsättning för omfattande projekt med landsting och många kommuner involverade är att förändringar och nya rutiner är förankrade såväl hos politiker och chefer på olika nivåer som hos den personal som ska använda de nya rutinerna. Så har knappast varit fallet någonstans. Tvärtom har projektledarna fått lägga ner mycket tid på att informera förvaltningschefer om projektets mål och vilka förutsättningar som behövs. Särskilt problematiskt har chefsbyten och omorganisationer varit.

Sammantaget har flertalet försöksverksamheter haft problem med att hinna genomföra sitt arbete och att få fram resultat inom tiden för försöksverksamheten var slut. Det var en konsekvens av en försenad start, försenad intervention, störningar under arbetets gång och att man inte hade planerat och etablerat en utvärdering från början.

Svårigheter att utvärdera

Slutrapporterna från försöksverksamheterna är i många fall mycket sparsamma och ger inte tillräcklig information om målgrupp, intervention och resultat. Det speglar att flera försöksverksamheter inte såg sig själva som en försöksverksamhet, där man prövade och utvärderade nya idéer eller arbetsätt för en sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. I stället handlade det om exempel på traditionellt utvecklingsarbete i äldreomsorgen.

Det som ofta sätts som ”betyg” på om försöksverksamheten var ”lyckad” eller inte, är vad som händer vid försökets slut. Det är dock ett för snävt perspektiv. Vad som händer efteråt kan säga något om försöksverksamheten i sig, men kanske mer om förankringen av projektet hos politiska organ och förvaltningsledningar och vilka förutsättningar de gett för att införa resultatet i den ordinarie verksamheten. Det kan också handla om hur man lokalt förmår att ta vara på resultaten från försöksverksamheten.

De nitton försöksverksamheterna möjliggör för andra att lära sig av gjorda erfarenheter, men de medger inte att den som vill lära något av dem kan vara säker på att den metod ett visst projekt valt faktiskt är bättre än någon annan. Vill man bli mer säker på vilka metoder som är bättre än andra ställer det krav på före- och eftermätning, kontrollgrupp, tydligt definierad målgrupp och en tydlig beskrivning av intervention och resultat.

Att göra vetenskapliga studier med kvantitativa metoder, utformade som randomiserade försök, är ovanligt inom socialtjänstens område. Det är därför inte anmärkningsvärt att de enda försöksverksamheterna som haft en sådan ansats helt hör hemma i den medicinska världen (HOPP i Skellefteå och äldremottagningen i Norrköping). När målgruppen är bred och projektet består i att få olika aktörer att samverka bättre krävs ofta andra verktyg, av mer

beskrivande, kvalitativ art. Det är dock en god vägledning att ta del av ett projekts erfarenhet att t.ex. personalen blivit mer tillfreds med sitt arbete och att äldre som fått del av projektets insatser upplever sig tryggare än innan.

Samtidigt kan konstateras att det finns en ”kultur” inom stora delar av den svenska sjukvården och socialtjänsten att inte systematiskt värdera om gamla och nya arbetsformer är funktionella eller ej. Det är ovanligt att man försöksvis prövar nya idéer och modeller för vård och omsorg med ambitionen att utvärdera effekterna och konsekvenserna innan man slutligen bestämmer sig för att permanenta. Även om det under senare år har blivit en ökad uppmärksamhet rörande evidensbaserad vård och omsorg är utvärderingar rörande effekter utifrån olika perspektiv ovanliga. Fortfarande är nog det vanliga förloppet att beslut om förändringar inom sjukvården och socialtjänsten tas utan någon plan för utvärdering eller beredskap för att avbryta eller förändra den nya modellen utifrån de resultat som kan komma fram vid en utvärdering.

Det är alltså svårt att dra några tydliga slutsatser från merparten av de nittion försöksverksamheterna. Resultaten bygger vanligen på hur berörd personal bedömt utvecklingen av samarbetet eller användbarheten av olika rutiner. Dessa erfarenheter har också lyfts fram i denna rapport, som något som är värt att lära och ta tillvara av andra. Detta kan motiveras av att om personalen ser att samarbete och strukturer förbättrats runt den äldre så bör det kunna leda till att vården och omsorgen förbättras. Resultaten är dock inte säkra i form av att man verkligen kan uttala sig om de äldres trygghet, livssituation och hälsa förbättrats. Inte heller om det som prövats är speciellt lämpat att förbättra situationen just för de mest sjuka äldre.

Försöksverksamheterna kan ses som en provkarta av idéer, problemformuleringar, sätt att organisera och arbeta, och metoder och instrument när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Rimligtvis kan dessa erfarenheter vara av värde för andra, givet att de omformas och anpassas till lokala förutsättningar.

Resultat och erfarenheter från försöksverksamheterna

Ökad kunskap om den egna verksamheten

Försöksverksamheterna och nätverken har haft det gemensamt att de kunnat fungera som katalysatorer eller igångsättare av nödvändiga processer när det gäller att utveckla samverkan mellan huvudmännen. Det betyder att deras främsta förtjänst kan vara att skapa motivation att komma samman och mobilisera viljan att förbättra situationen – en slags starthjälp för att komma igång.

En allmän erfarenhet från försöksverksamheterna, oberoende av vad man gjort eller vad man uppnått, är att man har identifierat svaga eller kritiska punkter i dagens vård och omsorg om äldre. Det gäller vården i hemmet, mottagande och omhändertagande på sjukhus och behovet av eftervård efter sjukhusvistelse bland de mest sjuka äldre.

Försöksverksamheterna har därmed alstrat kunskaper som man kan fortsätta att arbeta med på olika sätt även om försöksverksamheten upphört.

Idéerna från försöksverksamheterna kan på så vis leva vidare. De kan komma att tas tillvara utan att det syns i organisationen eller tagits beslut om det. Ibland kan det också vara så att idéerna tas bättre tillvara på andra håll.

I flera fall har försöksverksamheterna lett till en ökad kunskap om de äldres behov och vägar till vård och omsorg. Två exempel kan hämtas från Uppsala respektive Blekinge. I Uppsala fann man att trefjärdedelar av de äldre som sökte vård vid Akademiska sjukhusets akutmottagning, gjorde detta på dagtid vilket då ledde till att det mobila hembesöksteamets arbetstider begränsades till vardagar dagtid.

I försöksverksamheten inrättades också en vårdplaneringssköterska med uppgiften att hjälpa dem som inte behövde läggas in på sjukhuset, därför att de framförallt hade sociala behov, att komma hem igen i trygga former. I Blekinge konstaterade äldrelotsarna brister i organiseringen av avlösarinsatser, vilket ledde till att hemtjänsten omstrukturerade denna del av sin verksamhet.

Tydlig målgrupp en förutsättning för resultat

Målgruppen varierar i de olika projekten, beroende av vad interventionen syftar till.

I några av projekten har ett av målen varit att förebygga att den äldre ska försämras, bli ”mest sjuk”. Då kan en vidare definition av målgruppen mest sjuka äldre vara användbar. Linnea i Kronobergs län kan tas som exempel. Projektet valde att identifiera en grupp att rikta förebyggande insatser till via primärvårdens register efter vårdtyngd (Adjusted Clinical Groups), vilket dock i det försöket inte var framgångsrikt. De äldre som kontaktades identifierade sig inte som ”mest sjuka”.

Mobilt hembesöksteam i Uppsala och trygg hemgång i Tyresö är exempel på projekt inriktade på mer avgränsade och tydliga målgrupper. Här har syftet varit att underlätta i de kritiska övergångarna till och från slutenvård.

När man blir akut sjuk är det naturligt att söka sig till sjukhus. Men det är inte säkert att man behöver vård på sjukhus. Alternativt skulle man kunna få nödvändig hjälp hemma. Det mobila teamet i Uppsala kunde anropas av både ambulans, hemsjukvård och av kommunens personal och teamet kunde i hemmet göra en bedömning om behovet av vård, behandla på plats eller ordna transport till sjukhus för vård. Uppgifterna som redovisas från Uppsala, pekar på att ett stort antal besök och inläggningar vid Akademiska sjukhuset har kunnat undvikas. De äldre som ändå till slut kom till sjukhus, hade i större utsträckning än tidigare goda skäl därtill.

Likaså har man i Tyresöprojektet visat att man kunnat påskynda återgången från slutenvård till hemmet vilket resulterat i minskat behov av korttidsplatser och ett minskat kommunalt betalningsansvar.

En tredje målgrupp för interventioner är de som har behov av mer eller mindre stadigvarande insatser, vanligen till livets slut. Ett exempel är HOPP i Skellefteå (patienter vid medicin-geriatriska kliniken med svår hjärtsvikt), Interventionen bestod av insatser från ett specialiserat team.

De patienter som ingått i interventionsgruppen i HOPP hade efter sex månader en bättre självskattad hälsorelaterad livskvalitet, minskad symtom-

börda och större tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtsvikt jämfört med de patienter som fått sedvanlig vård. Interventionen gav också färre inläggningar på medicin-geriatrisk klinik och kirurgklinik samt minskat antal ambulanstransporter.

Utifrån vår genomgång av de nitton projekten är slutsatsen att möjligheterna att planera och genomföra sammanhållna insatser ökar när målgruppen är väldefinierad. De försöksverksamheter som varit tydliga med att definiera och rekrytera till målgruppen de mest sjuka äldre har också kunnat redovisa de tydligaste resultaten.

Försöksverksamheten i Norrköping utgör dock en intressant motsats. Där erhöll man en ökad överlevnad i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen, trots att målgruppen valts ut baserat på historiska registerdata. Detta indikerar att interventionen haft effekt, trots en inte optimal avgränsning av målgruppen. Det är rimligt att anta att interventionen skulle fått starkare effekt om målgruppen varit mer tydligt avgränsad utifrån aktuella behov av vård och omsorg.

Hälsoekonomiska bedömningar

Flera av försöksverksamheterna hade som mer eller mindre uttalat mål att finna former som är mer kostnadseffektiva – t.ex. att den äldre i högre utsträckning ska kunna vårdas på ett tryggt sätt i sitt hem i stället för på sjukhus. Det är dock svårt att urskilja orsaker till förändringar i vårdutnyttjande – vad kan hänföras just till de insatser som prövats i försöksverksamheten? Få av de 19 projekten har kunnat göra bedömningar av hur kostnadseffektiva de metoder som prövats är, än mindre några hälsoekonomiska bedömningar. Närmast ett sådant resultat kommer de två projekt som utvärderats med vetenskapliga metoder. Som vi sett minskade sjukvårdskostnaderna i Skellefteå samtidigt som den äldres trygghet ökade. I Norrköping ökade tvärtom kostnaderna, men överlevnaden för de patienter som lottades att tillhöra projektets äldremottagning förbättrades. Om hänsyn tas till längre levnadslängd kanske projektets resultat ändå är positivt ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Det saknas dock vedertagna modeller för att beräkna hälsoekonomi för personer som lämnat yrkeslivet bakom sig.

Erfarenheterna från Uppsala och även Örebro tyder på att färre äldre kommit till sjukhusens akutmottagningar. Den snabbare hemgången efter sjukhusvård som projektet i Tyresö redovisar kan också innebära en mer kostnadseffektiv vård. Några säkerställda resultat från dessa eller övriga projekt finns dock inte.

Bland nätverken har Närvård västra Skaraborg utvärderats hälsoekonomiskt. Bedömningen är att de team som startats (Närsjukvårdsteamet och mobila palliativa teamet) är kostnadseffektiva – för patienter som skrivits in i närsjukvårdsteamet har antalet vårddagar i sluten vård minskat med drygt 90 procent, (HCM Health Care Management: 2013).

Samverkan inom befintliga strukturer

Äldre med komplexa, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg har ofta svårt att själv kalla på hjälp, än mindre ta sig till läkare

eller vårdcentral. Ett gott omhändertagande av de mest sjuka äldre måste därför organiseras utifrån detta. Dessa äldre är också särskilt känsliga för alla kritiska situationer eller flyttningar från en vårdform till en annan.

Med den utgångspunkten kan man inte påstå att försöksverksamheterna i någon högre grad ökat kunskapen om hur man skapar en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. En förklaring är att försöksverksamheterna endast i begränsad utsträckning nådde fram till denna målgrupp i sina verksamheter. En annan att endast en mindre del av försöksverksamheterna prövat olika organisatoriska modeller för att erbjuda den sammanhållna och flexibla vård och omsorg som målgruppen behöver. Här skulle man också kunna förvänta sig att mer innovativa försök, som överskrider existerande huvudmanna-, verksamhets- och professionsgränser kunde ha prövats.

Majoriteten av försöksverksamheterna har utgått från den befintliga vård- och omsorgsstrukturen. Utmaningen här var att finna rutiner för att tydliggöra när och hur samverkan ska ske mellan olika vårdgivare. Hur långt går det att utveckla nuvarande organisationer och former för samverkan? Eller krävs mer långtgående organisationsförändringar i vården och omsorgen om de äldre?

Alternativet att, inom ramen för *en* sammanhållen organisation, skapa ett team som svarar för både slutenvården och öppenvården av de mest sjuka äldre skulle innebära en avsevärd förändring av nuvarande ansvarsförhållanden. Det skulle innebära en särskild organisation för en viss grupp av patienter, vilket medför nya frågor om hur man ska avgöra vilka äldre som ska betjänas av den organisationen, och vilka som ska tas om hand av den ordinarie organisationen. Med undantag av Norrköpings äldremottagning som kan ses som ett fristående komplement till den reguljära primärvården, har inget av projekten försökt utveckla en sådan modell. Den gemensamma nämnden i Norrtälje, TioHundra-projektet, är dock ett exempel på ambitionen att koppla ihop vården på Norrtälje sjukhus med öppenvården och omsorgen. Kulturskillnader och inarbetade strukturer har dock gjort det arbetet svårt.

Mer naturligt är det att tänka sig en basorganisation för vården i hemmet med utvecklade rutiner för samverkan med specialistvården och slutenvården. Bland försöksverksamheterna finns några exempel på hur man försökt utveckla teamarbete i den ordinarie verksamheten. Här framstår Vännäs som ett intressant exempel där man, genom att samlokalisera kommunens äldreomsorg och primärvården, skapat goda förutsättningar för dagligt samarbete. Här fortsätter man som förut efter det att försöksverksamheten slutat. På motsvarande sätt kommer man med all sannolikhet att fortsätta att samutnyttja vård- och omsorgsresurserna i Malå.

Hägersten-Liljeholmen kan med sin mångfald av utförare ses som en kontrast till Vännäs. Här har man försökt få till stånd samverkansrutiner som ska kunna fungera även med väl utvecklade vårdval och kundval. Medan projektet i Vännäs nu lever vidare i den ordinarie organisationen är det lång väg kvar i Hägersten-Liljeholmen. I en komplex struktur tar förändringsarbete tid. Det kan inte heller uteslutas att, för att få till stånd en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre, strukturerna i storstaden behöver göras om. Att det inom vårdvalets och kundvalets ram skulle kunna skapas möjlig-

heten att få välja team som inom sig kan erbjuda både hälso- och sjukvård, rehabilitering och omsorg.

Primärvården reaktiv, inte proaktiv

Erfarenheterna från de nitton försöksverksamheterna och även nätverken är att första linjens sjukvård vanligen inte har en struktur anpassad för de mest sjuka äldre. Samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvården, mellan primärvården och sjukhus och specialistvården och den kommunala hemsjukvården fungerar inte bra. Det handlar både om tillgänglighet under olika tider på dygnet och kompetens och kunskaper om de mest sjuka äldre. Att äldre förs till sjukhus när behandling och åtgärder är möjliga i hemmet är ett symptom på brister i första linjens sjukvård.

Ett annat exempel på brister är när primärvården (inklusive den kommunala hemsjukvården) inte observerar signaler på att den äldre håller på att försämrans och missar att sätta in insatser i tid, vara proaktiv. Det handlar om tillgång till läkare, sjuksköterska, och paramedicinsk personal med särskild kunskap om äldre. Det handlar om samordning med hemtjänsten. Det handlar om samordning mellan landstingets primärvård och den kommunala hemsjukvården.

Förutsättningarna för vad den kommunala hemsjukvården kan klara är dels beroende av vilket läkarstöd man har och dels vilken kompetens personalen i övrig äldreomsorg har när det gäller att rapportera till sjuksköterskan om den äldres medicinska tillstånd. Hela kedjan av kontakter runt den äldre måste fungera; sjukhus/specialistvård, primärvårdens läkare, paramedicinsk personal, kommunens hemtjänst och hemsjukvård. Inklusive samspelet med de anhöriga.

Befintliga ersättningssystem är ofta inte tillrättalagda med tanke på de mest sjuka äldres behov. På många orter är stafettläkare i primärvården en daglig realitet. Det försvårar möjligheterna att bygga upp en samordnad vård där läkarinsatserna ingår, något som också lyfts fram i andra studier av samordningsproblematiken (Leading Health Care, 2013).

Frågan är hur det akuta sjukvårdsbehovet ska mötas; ska första linjens sjukvård bestå av en förstärkt och utvecklad primärvård eller av en specialiserad sjukvård som går in och tar över det medicinska ansvaret för äldre med komplexa behov, tillfälligt eller permanent? Nästa fråga blir då hur en specialiserad organisation ska länka in i den ordinära organisation, så att det inte uppstår nya gränsdragningsproblem? Några av försöksverksamheterna och nätverken har närmat sig detta problem, som trygg hemma i Tyresö, närsjukvårdsteamerna i västra Skaraborg och den geriatriska mottagningen i Norrköping. I dessa fall har särskilda team skapats vid sidan om den ordinära primärvården, dock utan att hitta former för hur arbetet ska integreras med vårdcentralerna.

I några projekt har ambitionen varit att identifiera äldre i risk att försämrans, för att kunna arbeta förebyggande. I Örnköldsvik har projektet tagit fram en s.k. hälsodagbok, där personal från kommunen och landstinget ska notera uppgifter om den äldres hälsotillstånd och livssituation. Tanken med hälsodagboken är att den ska hjälpa till att identifiera hälsoförsämringar i ett tidigt

skede. Hälsodagboken används, men den har inte implementerats fullt ut i verksamheterna. I TryggVe-projektet i Södra Älvsborg har ett mycket genomarbetat screeninginstrument tagits fram. Det upplevs dock av personalen som alltför omfattande.

Stödja de mest sjuka äldre – lots

Tre av försöksverksamheterna har försökt erbjuda någon form av ”lotsfunktion” i vården av de äldre. Äldrelotsen kan ha skiftande bakgrund, mandat och ställning i organisationen. En återkommande beskrivning är att lotsen ska hjälpa de mest sjuka att ”navigera” i vård- och omsorgssystemet. Lotsens inblick i de äldres vardag har också gett kunskap om hur vård- och omsorgssystemet fungerar.

Erfarenheterna av lotsfunktionen är skiftande. I Blekinge valde man att lotsfunktionen skulle vara fristående från huvudmännen. Där bedömdes det som viktigt att lotsen var neutral, inte tillhörde någon av huvudmännen eller någon viss profession. Lotsen skulle vara den äldres samtalspart, hjälpa den äldre att identifiera hur vardagen skulle kunna förbättras, och bistå den äldre så att landsting och kommun ger det stöd som behövs.

I Kronoberg fanns det en tveksamhet till om det skulle vara en fristående lots, eller om lotsen skulle vara någon särskilt utsedd bland dem som ger vård och omsorg till den äldre. På Östermalm hämmades försöket av svårigheterna att hitta målgruppen och personalbyten. Med så skilda upplägg är det svårt att dra några säkra slutsatser om vilken modell av lotsfunktion som bäst kan stödja de mest sjuka äldre.

Få projekt har uppmärksammat anhöriga

En ytterligare iakttagelse är att få försöksverksamheter har riktat någon intervention till anhöriga till de mest sjuka äldre. Varför det inte har skett är svårt att förstå. Att anhöriga utgör de mest sjukas viktigaste resurs för att kunna bo kvar hemma är ett välkänt faktum. De anhörigas ansvar har ökat när vårdplatserna på sjukhus har halverats och var fjärde institutionsplats inom äldreomsorgen försvunnit det senaste decenniet. Det innebär att alla typer av vård och omsorg, oberoende av kön, ålder, diagnos eller funktionsnedsättning i ökande omfattning, flyttat ut från sjukhusen och institutionerna och ut till hemmet.

När vården flyttar in i vardagen berörs alla som ”finns där”, dvs. familjemedlemmar och kretsen av närstående, släkt och vänner. Något som får det stora konsekvenser för vardagslivet och därmed påverkar relationerna människor emellan. Konsekvenserna för familjemedlemmarna i denna situation kan bli långtgående när det gäller hälsa, ekonomi och livskvalitet.

Sviktar anhöriga, uppstår ofta akuta behov av sjukvård, och risk för att den äldre måste åka till sjukhus. Omvänt, när den äldre ska skrivas ut från sjukhus efter att ha varit inlagd är anhörigas inställning, möjlighet och förmåga att hjälpa av avgörande betydelse. Både vården och den drabbade är beroende av de anhöriga, något som bör ses som en grundläggande utgångspunkt för en samordnad vård och omsorg om den äldre och deras anhöriga.

Vården och omsorgen har hittills haft fokus på att stödja och hjälpa den berörde individen. Ett familje- och nätverksperspektiv har varit sällsynt, trots att det är känt att de anhöriga i hög grad påverkas och blir delaktig om någon drabbas. Perspektiven börjar nu dock kanske förskjutas så att fler ser individen i sitt sociala sammanhang, i familjen och kretsen av andra närstående. En följd av detta är att anhöriga numera enligt socialtjänstlagen också har rätt till stöd för egen del. Detta borde ha varit en självklar del i flera av försöksverksamheterna.

Bara samordning räcker inte

En välvillig tolkning av resultaten från försöksverksamheterna, som ofta också framhålls från projekten själva, är att ett bättre samarbete mellan sjukvården och kommunens äldreomsorg, borde vara till nytta för gruppen de mest sjuka äldre. Det finns dock skäl att ifrågasätta den uppfattningen. De mest sjuka äldre kräver något annat än den ”standardinsats” som merparten av andra äldre klarar sig med.

När det gäller primärvården har husläkaren inte kontakt med så många mest sjuka äldre patienter under exempelvis en vecka, utan den överväldigande majoriteten av patienter har andra åkommor och problem. Detta ställer krav på att vården och omsorgen löpande kan identifiera de relativt få äldre som kräver en särskild uppmärksamhet.

I analogi med detta måste man organisera vården utifrån de mest sjukas behov. Som framgått av redovisningen har svårigheterna att identifiera målgruppen de mest sjuka äldre varit ett genomgående resultat i nästan samtliga försöksverksamheter. Detta belyser det självklara att ska man utveckla en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, måste man också ha rutiner för att identifiera denna grupp. Och när man identifierat den kunna erbjuda samordnade insatser – sjukvård och socialtjänst – med den flexibilitet som sköra äldre med snabbt växlande hälsotillstånd behöver.

Försöksverksamheterna innebar möjligheter att pröva något nytt, eller som det beskrevs i utlysningen av medlen: ”processororienterade förbättringsmodeller, organisatoriska lösningar för ett bättre samarbete, eller ett helhetsperspektiv på vård- och omsorgskedjan”. Ofta kom det dock att handla om traditionellt utvecklingsarbete, med små ambitioner beträffande att förändra organisation och utmana huvudmannaskaps- och professionsgränser.

De tio nätverken

Arbetsformer och mål i de tio nätverken skiljer sig inte avsevärt mot hur många av försöksverksamheterna arbetat. Däremot har flertalet av nätverken fått växa fram organiskt, drivet av den personal som är nära den äldre. Det har i flera fall inneburit bättre möjligheter till förankring och att uppnå resultat. Det fokus nätverken haft när det gäller att se individen och hennes behov – inte organisationens eller den egna professionen – har inneburit en tydlighet kring visioner och mål jämfört med många av försöksverksamheterna.

Till skillnad mot försöksverksamheterna har nätverken vanligen inte haft någon egen budget utöver att det oftast funnits en samordnare. Fördelen har

varit att nätverkens existens och de förändringar nätverken bidragit till inte står och faller med extern, statlig, finansiering.

Nätverken har ändå haft liknande problem som försöksverksamheterna. De har påverkats negativt av organisationsförändringar, byten på ledande poster i landsting och kommuner och om drivande krafter i nätverket slutat.

Det är bara två av de tio nätverken som är utvärderade på ett mer systematiskt sätt, TioHundraprojektet och Närvård västra Skaraborg. Det har inte inom ARC/ÄCs uppdrag varit möjligt att göra en vetenskaplig utvärdering av alla de tio. De erfarenheter som kan dras bygger därför på de berättelser som kommer från de olika nätverken. Vi har beskrivit nätverk som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Faktorer som i de olika nätverken visat sig ha särskilt stor betydelse för nätverkens överlevnad och deras roll för att utveckla vården och omsorgen är att det finns en projektledare/samordnare, att det på arbetsplatserna finns lokala personer med ansvar att vårda nätverket och att det finns tid att mötas, arenor.

Framgångsfaktorer för att få till stånd förändringar i vård- och omsorgssystemen synes för såväl försöksverksamheterna som nätverken ha varit att det funnits drivande projektledare, möjlighet för personal från olika vårdgivare att medverka och mötas, och lyhördhet hos och stöd från förvaltningsledning och chefer.

Ett strukturerat och samordnat omhändertagande av de mest sjuka äldre – några avslutande kommentarer

Vi lever längre med komplexa behov av vård och omsorg

Även om hälsoutvecklingen varit positiv genom att vi lagt fler friska år till livet, så saknas det i dag underlag för att kunna dra slutsatsen att livets slutfas, den s.k. fjärde åldern, blivit kortare. Viss forskning pekar på att denna sista tid då behoven av sjukvård och omsorg är stora har varit oförändrad medan andra studier pekar på att vi lever längre med sjukdomar och funktionsnedsättningar som efterhand leder till att vi blir beroende av andra för att klara vår vardag.

Härutöver är det uppenbart att vi står inför stora utmaningar genom att de kommande äldregrupperna utgår från stora födelsekullar. Detta tillsammans med att mer av vård och omsorg förväntas klaras i hemmet visar på hur viktigt det är att hitta bättre former för en trygg och värdig vård och omsorg.

De mest sjuka äldre måste ges särskild uppmärksamhet

Regeringens stimulansmedel avser en grupp som det finns all anledning för samhället att prioritera. Äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg måste mötas av ett strukturerat omhändertagande. Detta oavsett om behoven uppstår hemma, på sjukhuset eller finns när man skrivs ut och hem igen från sjukhuset. Basen för detta strukturerade omhändertagande bör finnas i den öppna vården och bestå av hjälpinsatser, inklusive läkarbesök, i den äldres hem. I det strukturerade omhändertagandet behöver det finnas rutiner för att identifiera de personer som har särskilda behov av samordning – vårdens VIP-kunder. Nödvändiga insatser från olika delar av sjukvården bör koordineras i olika team, som i sin tur måste samordnas med socialtjänstens insatser. Landsting och kommuner måste kunna erbjuda en samordnad, flexibel, kompetent och tillgänglig vård och omsorg.

Viktigt att identifiera sin målgrupp

De försöksverksamheter som lyckats bäst är de som haft en tydlig målgrupp. Den definition som Socialstyrelsen på regeringens uppdrag tagit fram av ”de mest sjuka äldre” är vid, och omfattar närmare var femte äldre person. Den är inte användbar när en grupp ska väljas ut för att erbjudas samordnade insatser tänkta för målgruppen äldre med stora och sammansatta behov. Rutiner behöver arbetas fram för att identifiera den grupp som ingår i begreppet ”mest sjuka äldre”, och som har stora behov av en samordnad vård och omsorg. I detta ligger också en beredskap för att möta kritiska situationer med akut ohälsa hos de äldre. Ju mer träffsäkert man kan göra detta, desto större sannolikhet att man kan nå resultat med de insatser som ges.

Primärvården måste stärkas

Erfarenheterna från försöksverksamheterna och även nätverken är att första linjens sjukvård fungerar dåligt när det gäller de mest sjuka äldre. Samordningen av hälso- och sjukvårdsinsatser inom primärvården, mellan primärvården och sjukhus och specialistvården och den kommunala hemsjukvården fungerar inte bra. Det handlar även om tillgänglighet under olika tider på dygnet och kompetens och kunskaper om de mest sjuka äldre.

Primärvården, såväl den som drivs av landstingen som av kommunerna, måste bli mer proaktiv i sitt arbetssätt, identifiera risker och förebygga att den äldre, sviktande patienten ska försämrats och t.ex. behöva få sjukhusvård. Flera av projekten har testat rutiner och modeller för detta, värda att prövas på fler håll.

Samverkanskultur via nätverksbaserat arbetssätt

För att underlätta samverkan kring de mest sjuka äldre, är det viktigt att utveckla en ”samverkanskultur” som stödjer detta. Det innebär en attitydförändring som sätter den mest sjuka äldres bästa i första rummet, före huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen. Framgångsfaktorer för att få till stånd förändringar i vård- och omsorgssystemen och samverkansnätverk

är att det finns drivande projektledare, möjlighet för personal från olika vårdgivare att medverka och mötas, och lyhördhet hos och stöd från förvaltningsledning och chefer.

Uppmärksamma de anhöriga

Sviktar anhöriga, uppstår ofta akuta behov av sjukvård, och risk för att den äldre måste åka till sjukhus. För att åstadkomma en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre, måste också familjen och anhöriga få stöd. Ett familje- och nätverksperspektiv är nödvändigt i all vård, inte minst i vården om äldre med stora och sammansatta behov.

Stimulansmedel rätt utformade bör kunna leda till ny kunskap

Det är positivt att staten ger ekonomiskt stöd till försöksverksamheter beträffande vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. I detta fall har dock inte denna satsning gett den kunskapsmässiga utdelning som man kan förvänta när det gäller att få ”generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom området”.

Försöksverksamheterna skulle kunnat initieras och organiserats på ett annat sätt. En ökad tydlighet beträffande målgruppen för försöksverksamheten är ett grundläggande krav. Ansöknings- och planeringstiden kunde ha varit längre för att intresserade huvudmän skulle få tid att ta fram en mer genomarbetad och förankrad plan för försöksverksamheten. Kraven på utvärdering skulle kunna skärpas och projekttiden skulle tillåta att man följer de äldre till livets slut.

En sammanhållen vård om de mest sjuka äldre kräver att sjukvårdsinsatserna samordnas inom sig och med socialtjänstens insatser. I stort sett samtliga de nitton försöksverksamheterna har dock stannat vid att pröva samverkansformer eller att testa samordning inom ett begränsat område. Det återstår att pröva verksamheter som överskrider dagens gränser mellan huvudmän och vårdgivare.

Det vore därför angeläget att med ett statligt initiativ försöka att utveckla några sådana modeller för ett strukturerat och samordnat omhändertagande om de mest sjuka äldre. Modellerna skulle utprovas i olika miljöer och arbetet organiseras och följas upp på ett sådant sätt att det går att dra slutsatser om modellernas brister och förtjänster.

Referenser

- Akner, G. (2004). *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Stockholm: Liber.
- Akner, G. (2006). Äldrevård måste grundas på etik. Den enskilde patientens bästa måste alltid stå i fokus. *Läkartidningen*, 41, 3068-3069.
- Allen, K., Glasby, J., & Rodrigues, R. (2013). Joint working between health and social care. In K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (Red.), *Long-term care in Europe. Improving policy and practice*. Palgrave Macmillan.
- Antunes, V., & Moreira, J. P. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(2), 119-135.
- ARC & Äldrecentrum. (2013). *Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och om de mest sjuka äldre*. Delrapport mars 2013.
- Bergman, U., Ulfvarson, J., von Bahr, C. (2005). *Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Billings, J. (2013). Improving the evidence base. In K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (Red.), *Long-term care in Europe. Improving policy and practice*. Palgrave Macmillan.
- Bird, S. R., Kurowski, W., Dickman, G. K., & Kronborg, I. (2007). Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Australian Health Review*, 31(3).
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD.
- Crimmins, E. M., & Beltrán-Sánchez, H. (2010). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(1), 137-163.
- Ekersted, N., Carlsson, L., & Edberg, P. (2008). *Prioriteringar av multisjuka äldre inom kardiologin – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk analys*. Linköping: Prioriterings Centrum.
- Eklund-Grönberg, A., Köhler, M., Ekdahl, A., Modin, S., & Sjöberg, A. (2009). Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen*, 106(40), 2512-2513.
- Evashwick, C. J. (2005). *The continuum of Long - Term care*. United States: Delmar.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., Jr., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 52(4), 625-634.
- Fors, S., Lennartsson, C., Agadhi, N., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2013). Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen*, 110, 1-3.

- Freid, V. M., Bernstein, A. B., & Bush, M. A. (2012). Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: trends over the past 10 years. *NCHS data brief*, no 100. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, M146-156.
- Fries, J. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 302, 130-135.
- Goodwin, N. (2013). Taking integrated care forward: the need for shared values. *International Journal of Integrated Care* (13), 1-2.
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., & Kodner, D. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. London: The Kings Fund.
- Gridly, K., Brooks, J., & Glendinning, C. (2013). Good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs: evidence from a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 1-15.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L. & Shaha-Shahid, Z. (2006). Styckevis och delat: Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2006:7*.
- Gurner, U., Norén, D., Bowin, R. & Brinne, A. (2010). Äldreteam vision och verklighet: uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2010:7*.
- Hagbjer, E. (2012). *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre. En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. Leading Health Care.
- HCM Health Care Management. (2013). Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. *Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting*. HCM november 2013.
- Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S., & Siu, A. L. (2011). Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't*. BMC Geriatrics, 11, 47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47>.
- Johansson, L., & Thorslund, M. (2013). Samverkan i vården och omsorgen om de äldre - en evig fråga. In R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan - för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.
- Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-8.

- Lagergren, M. (2013). De mest sjuka äldre, nu och sedan. En dynamisk analys av dödlighet och övergångar mellan olika vård- och omsorgsgrupper. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2013:8*.
- Larsson, K., Kåreholt, I., & Thorslund, M. (2008). Care utilisation in the last years of life in relation to age and time to death; results from a Swedish urban population of the oldest old. *European Journal of Ageing*, 5(4), 349-357.
- Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 1-15.
- Leichsenring, K. (2012). Integrated care for older people in Europe – latest trends and perceptions. *International Journal of Integrated Care*, vol 18, 1-4.
- Lloyd, J., & Wait, S. (2006). Integrated care. A guide for policymakers. WHO The Ageing and Life Course program (ALC).
- Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289(18), 2387-2392.
- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>.
- Meinow, B. (2008). *Capturing health in the elderly population: Complex health problems, mortality, and the allocation of home-help services*. (Akademisk avhandling). Stockholm: Department of social work, Stockholm university.
- Meinow, B., Kåreholt, I., Thorslund, M., & Parker, M. G. (2014). Complex health problems among the oldest old in Sweden: increased prevalence rates between 1992 and 2011. (Under bedömning).
- Meinow, B., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2010). Complex health problems and mortality among the oldest old in Sweden: decreased risk for men between 1992 and 2002. *European Journal of Ageing*, 7(2), 81-90.
- Meinow, B., Parker, M. G., Kåreholt, I., & Thorslund, M. (2006). Complex health problems in the oldest old in Sweden 1992–2002. *European Journal of Ageing*, 3(2), 98-106.
- Meinow, B., Parker, M., & Thorslund, M. (2011). Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science and Medicine*, 73, 1285-1289.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391-399.
- Parker, M.G., Schön, P., Lagergren, M. & Thorslund, M. (2008). Functional ability in the elderly Swedish population from 1980 to 2005. *European Journal of Ageing*. 2008;5(4):299-304.
- Philp, I., Mills, K. A., Long, J. F., Thanvi, B., & Ghosh, K. (2013). Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *International Journal of Integrated Care*, 13(4).
- Rodriguez-Manas, L., Feart, C., Mann, G., Vina, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . Vega, E. (2012). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62-67. doi: 10.1093/gerona/gls119.

- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. *BMC Geriatrics*, 10, 57.
- Rosén, M., & Haglund, B. (2005). From healthy survivors to sick survivors - implications for the twenty-first century. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 151-155.
- Rydeman, I. (2013). *Discharged from hospital and in need of home care nursing-experience of older persons, their relatives and care professionals*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Sandberg, M. (2013). *Case management for frail older people. Effects on healthcare utilization, cost in relation to utility, and experience of the intervention*. (Akademisk avhandling). Lund: Lunds universitet.
- SBU. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus- med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt*: Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schrijvers, G., & Goodwin, N. (2010). Looking back whilst moving forward: Observations on the science and application of integrated care over the past 10 years and predictions for what the next 10 years may hold. *International Journal of Integrated Care*, 10, 1-3.
- Socialdepartementet. (2012). *De mest sjuka äldre*. [www.de-mest-sjuka-aldre](http://www.de-mest-sjuka-aldre.se) website.
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*.
- Socialstyrelsen. (2011a). *De mest sjuka äldres vård och omsorg - en beskrivning utifrån nationella indikatorer*.
- Socialstyrelsen. (2011b). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*.
- Socialstyrelsen. (2011c). *Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka - en kartläggning av översikter*.
- Socialstyrelsen. (2013a). *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*.
- Socialstyrelsen. (2013b). *Väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar*. Rapport december 2013 Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2013c). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen. (2013d). *Effekter av individuell samordning/samordnare av vård och omsorg för de mest sjuka äldre – en systematisk översikt*.
- Socialstyrelsen. (2014). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. Lägesrapport 2014*.
- Styrborn, K., & Thorslund, M. (1993). "Bed-blockers" - delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health Policy*, 26, 155-170.
- Thorslund, M. (2012). *Hälsa och ohälsa bland äldre*. I: L. Andersson & P. Öberg (Red.), *Jämlik ålderdom? I samtid och framtid*. Stockholm: Liber.
- Thylén, P., Wennlund, A., & Bischofberger, E. (2006). Framtidens åldersutveckling ställer geriatrik etik på prov. *Läkartidningen*, 41, 3092-3094.

- Uijen, A. A., & van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, 14 Suppl 1, 28-32.
- Victor, C. (2005). The Epidemiology og Ageing. I: Johnsson, M.L. (Red.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University press.
- Waerness, K (1990) Omsorgsrationalitet, Reflexioner över ett begrepps karriär. I: Rosmari Eliasson (Red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2008). Integrated Health Services - what and way? *Technical Brief* No. 1.
- Wilhelmson, K., Eklund, K., Gustafsson, H., Larsson, A.-C., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. *Läkartidningen*, 109(16), 826-827.
- Wilhelmson, K., Dunér, A., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Gustafsson, H. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Bättre vård och omsorg för multisjuka äldre kräver samverkan och ansvariga vårdgivare. *Läkartidningen*, 106, 48, 3273-3274.
- Winblad, U., & Andersson, C. (2010). Kårema och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk sjukvård. *ESO rapport* 2010:9). Finansdepartementet.
- Wånell, S. E. (2007). Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr* 2007:16.
- You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., & Hsueh, A. (2012). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research*, 12(1), 395-395.
- Zielinski, A., Kronogård, M., & Lenhoff, H., Halling, A. (2009). Validation of ACG case - mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. *BMC Public Health*, 9(347), 1-8.
- Åhgren, R., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000 -2010. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1-8.
- Øvretveit, J., & Brommels, M. (2011). *Review of research into comprehensive integrated care systems*. Stockholm: The Medical Management Centre. Karolinska institutet.

Bilaga1.

Presentation av de åtta försöksverksamheterna som djupstuderats

I denna bilaga presenteras de åtta försöksverksamheter som har djupstuderats. De åtta valdes ut i mars 2012 i samråd med Socialstyrelsen, dvs. ett och ett halvt år före försöksverksamheterna skulle lämna sina slutrapporter.

Kriterierna för urvalet var:

1. Hur väl målgruppen för insatsen/åtgärden eller interventionen var beskriven (vem/ vilka ska få eller är mottagare av insatsen?).
2. Hur väl interventionens syfte och tillvägagångssätt har dokumenterats, (hur har man gått tillväga, finns en allsidig och tydlig beskrivning av försöksverksamhetens processer, delar och helhet?).
3. Hur väl uppföljningen och utvärderingen av försöksverksamhetens resultat är beskriven, (hur kommer resultaten att mätas och vilka data kommer att finnas tillgängliga?).

Härutöver fanns även tidsaspekten, dvs. var det troligt att man skulle kunna fullfölja försöksverksamheten inom avsatt tid? Likaså togs hänsyn till försöksverksamhetens originalitet, dvs. nytänkande vad gäller sättet att organisera och samverka sjukvård och socialtjänst för målgruppen de mest sjuka äldre.

Vår redovisning av projekten baseras på att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om vilka problem man ville komma till rätta med och vilket syftet var med att starta försöksverksamheten? Vad ville man förbättra för gruppen mest sjuka äldre? Därefter beskriver vi vad man gjort under projektiden för att komma till rätta med problemen och för att förbättra för målgruppen.

Försöksverksamhets egna redovisade resultat beskrivs, i huvudsak hämtade från deras lokala utvärderingar, och från våra fältstudier. Därefter redovisas erfarenheter samt våra utvärderares kommentarer om i vilken utsträckning de lokala erfarenheterna och resultaten kan vara av mer generell intresse.

Försöksverksamheternas slutrapporter finns att läsa på Sveriges kommuner och landstings hemsida.⁴

4 http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/forsoksverksamheter

Hopp, Skellefteå

Syfte med försöksverksamheten

Hjärtsvikt är den vanligaste inlägningsorsaken på sjukhus för personer över 65 år och ca 10-20 % av befolkningen över 75 år uppskattas ha hjärtsvikt. Personer med svår hjärtsvikt är dessutom mestadels äldre och multisjuka.

Förloppet vid hjärtsvikt kan ofta liknas vid en berg- och dalbana där symtombilden varierar över tid. Patienterna slussas ofta mellan medicinkliniken, hjärtviktsmottagningen och primärvården utan att någon tar ett helhetsansvar.

I Skellefteå som har drygt 71 000 invånare ville man pröva möjligheten att ge patienter med kronisk hjärtsjukdom en hemsjukvård med den palliativa vårdfilosofin⁵ som utgångspunkt. Målet med projektet var att integrera palliativ och kurativ vård (lindrande och aktiva insatser som ges samtidigt) för gruppen hjärtviktspatienter. Landstinget i Västerbotten ansökte tillsammans med Umeå universitet om medel till försöksverksamheten och tillika forskningsstudien. Försöksverksamheten har letts av en forskningsledare med hjälp av deltagarna i teamet. Vid tiden för ansökan och under genomförandet har studien varit organiserat under Medicin/geriatriska kliniken forskningsenhet.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Arbetet har bestått i att utveckla, implementera och utvärdera en modell som integrerar en teambaserad avancerad hemsjukvård, hjärtsjukvård och palliativ vård i hemmet för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. Ett team (HOPP-teamet) bildades. Genom journalgranskning identifierade läkare och sjuksköterska lämpliga personer till studien.

Målgruppen identifierades som patienter med verifierad hjärtsvikt samt minst en av nedanstående inklusionskriterier och med symtom enligt NYHA-klass III eller IV⁶:

Inklusionskriterier:

1. Minst en episod av försämrad hjärtsvikt som åtgärdats med injektion/-infusion av diuretika eller tillägg av annan hjärtviktsbehandling senaste 6 mån och som av läkare bedömts vara optimalt behandlad.
2. Låg livskvalitet

⁵ Palliativ vårdfilosofi innefattar: symtomkontroll, teamarbete med tillgång till bred kompetens, god kommunikation och relation samt stöd till anhöriga.

⁶ NYHA-klass, New York Heart Association, definition av graden av hjärtsvikt. Patienterna delas in i fyra klasser efter graden av symtom vid arbete och i vila. NYHA I= Organisk hjärtsjukdom utan symtom. NYHA II= Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet efter fysisk aktivitet av mer uttalad grad (t.ex. att springa, klättra eller tyngre kroppsarbete). NYHA III= Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, t.ex. promenad i lätt uppförsbacke eller av- och påklädning. Denna grupp är relativt omfattande och lätta fall hänförs ibland till klass III A och svårare fall till klass III B. Klass III A klarar att gå mer än 200 m på plan mark utan besvär. NYHA IV= Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökade symtom vid minsta aktivitet. Patienten är ofta bunden till säng eller stol.

3. Ofrivillig viktnedgång
4. Mindre än ett års förväntad livslängd.

Exklusionskriterier:

1. Vill ej delta i studien.
2. Svåra kommunikationsproblem.
3. Svår demenssjukdom.
4. Annan svår sjukdom där hjärtsvikt är av underordnad betydelse.
5. Annan livshotande sjukdom med förväntad kort överlevnad som huvuddiagnos.
6. Hälsocentralen som ansvarar för patientens vård är geografiskt belägen utanför ca tre mils radie från sjukhuset.
7. Redan anslutna i AHS-Viool (Avancerad hemsjukvård)
8. Redan inkluderad i annan pågående forskningsstudie.

Under projektet övergick patienterna från primärvården till HOPP-teamet, efter 6 månader inskrivna i teamet skulle de återgå till primärvården.

Teamet har gjort planerade och akuta hembesök hos hjärtsviktpatienterna. Beroende på situationen/problemen har sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och specialistläkare i allmänmedicin och palliativ vård samt kardiolog varit tillgängliga i teamet. Vilka åtgärder som ska sättas in har planerats utifrån ett strukturerat vårdprogram baserat på europeiska riktlinjer för palliativ vård vid hjärtsvikt. Inom ramen för forskningsstudien har kardiologen träffat patienten när denne skrivs in i teamet.

Teamet har träffats varannan vecka, vid mötena har samtliga patienter behandlats. De olika yrkesprofessionerna har avrapporterat sin medicinska bedömning av patienten och hur patienten fungerat i sin vardagsmiljö. Till sammans har teamet skapat sig en helhetsbild över patientens situation. Kardiologen har med hjälp av informationen som framkommit vid teammötena kunnat göra en bedömning om patientens medicinska tillstånd, eventuella medicinjusteringar, beslut om undersökningar och provtagningar eller om en patient behövt remitteras till annan specialist. Patienterna har kunnat nå teamet på dagtid och AHS-Viool (avancerad hemsjukvård- vård, individuell, omsorg och livskvalitet) på jourtid.

Teamets ambition har varit att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv, utifrån den äldre patientens situation. Teamet har uppmärksammat frågor som, hur hemsituationen sett ut? I vilken utsträckning anhöriga varit berörda? Varför patienten mått som han/hon gjort? Den samlade kunskapen och utbytet av informationen har gett en total bild av patienten och hans/hennes behov. Vad som varit viktigt för patienten har tagits i beaktande i den fortsatta planeringen av vården.

Det är sällan som patienterna enbart haft problem med hjärtat. Teamet har därför tagit ansvar för att också utreda andra symtom. Ofta har patientens hjärtsvikt stabiliserats inom två månader och då har utredningar av andra sjukdomar kunnat ta vid. Även om inte teamet själv gjort alla utredningar så har det tagit ansvar för patienten och kontakterna med andra vårdgivare.

Genom att teamet mött patienterna i deras hem har de haft bättre möjlighet att se om och hur sjukdomen påverkat patienten. Brister i hemmet har ofta samband med hur patienten mår, något som annars inte hade upptäckts, om bara mottagningsbesök erbjudits. Under teammötena har även anhörigas situation avhandlats och hur teamet har kunnat hjälpa och stödja dem.

Resultat och erfarenheter

Resultaten från försöksverksamheten och RCT-studien, (Randomized Controlled Trial) inkluderar endast de som ingick i den ursprungliga målgruppen. Utvärdering har skett med totalt 72 patienter, 36 i interventionsgruppen och 36 i kontrollgruppen (traditionell hjärtsviktsvård). Datainsamling skedde via självskattningsformulär, klinisk värdering och via journalgenomgång av vårdkonsumtionen under sex månader.

Resultaten från studien visar att de patienter som ingått i interventionsgruppen efter sex månader har en bättre självskattad hälsorelaterad livskvalitet, minskad symtombörda och större tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtsvikt jämfört med de patienter som fått sedvanlig vård. Resultaten visar också att arbetssättet bidragit till förbättring i hjärtsviktens svårighetsgrad, färre inläggningar på medicin-geriatrisk klinik och kirurgklinik samt minskat antal ambulanstransporter för de personer som varit inskrivna i HOPP-teamet.

Kostnaderna för teamets insatser överstiger den traditionella vård som erbjuds hjärtsviktpatienter inom öppenvården. Samtidigt är HOPP-patienternas slutenvårdskonsumtion lägre än för de patienter som fått sedvanlig vård. I genomsnitt vårdades patienterna som fick vård av HOPP-teamet tre dagar på sjukhus under en 6 månaders period, kontrollgruppen vårdades i genomsnitt nio dagar. För landstinget kan teamets arbetssätt ha inneburit en besparingseffekt på inemot 0,6 Mkr. Trots en hög personaltäthet i HOPP-teamet så har arbetssättet resulterat i en kostnadsbesparing.

Vid intervjuerna med personer som varit inskrivna i HOPP framkom att tillgång till medicinsk kompetens, hög kontinuitet och tillgänglighet var bidragande orsaker till att patienterna känt sig trygga. Detta har i sin tur lett till att patienterna inte behövt söka sjukhusvård i samma omfattning som tidigare. Projektet har också visat en minskad användning av kirurginsatser.

Vid ARC/ÄC intervjuer framkom att hemtjänsten saknat kontinuerlig informationsöverföring från HOPP-teamet, i form av möten alternativt telefonkontakt för att gå igenom förändringar i hälsotillståndet, ansvarsfördelning, planering av besök i syfte att minska ”springet” som några äldre upplevt när de fått insatser från både hemtjänst och HOPP-teamet. Det framkom också att hemtjänsten inte kände sig delaktiga i den vård och omsorg som tillhandahölls av teamet.

I de fall patienterna hade insatser från både hemtjänst och från HOPP-teamet upplevde hemtjänstpersonalen stora fördelar med teamets insatser för patienten. De täta kontakterna med teamets olika professioner och möjligheten att få hembesök av läkare skapade enligt hemtjänstpersonalen en trygghetskänsla hos patienten.

Vid intervjuerna med ledningen inom landstinget framkom att det kunde finnas samordningsvinster om HOPP organisatoriskt förlades till avancerad hemsjukvård (AHS). Några av de intervjuade ifrågasatte dock möjligheten för HOPP att klara av att bibehålla den goda kontinuiteten, tillgängligheten och flexibiliteten när verksamheten skulle implementeras i reguljär drift.

HOPP-teamets arbetssätt är enligt de distriktssköterskor som ARC/ÄC intervjuade ett bra sätt att organisera sig kring hjärtsviktspatienter. De ansåg också att arbetssättet borde kunna användas även för andra patientgrupper. De intervjuade framhåller att HOPP-teamet alltid bör kopplas in när en hjärtsviktspatient identifieras. Det tycker också att ett strukturerat samarbete borde byggas upp mellan primärvården och HOPP-teamet eftersom primärvården inte själv har resurser, varken i tid eller i kompetens för att ta hand om patientgruppen.

Det har i intervjuerna inte framkommit någon kritik mot det arbetssätt som HOPP-teamet tillämpat. Den kritik som framkommit rör inklusionskriterierna – vilka till stor del endast varit tänkta för RCT studien, där man t.ex. uteslöt patienter med svår demens då de inte kunde fylla i frågeformulär osv. Vissa tycker att projektet riktat sig mot en selekterad grupp.

Synpunkterna om att målgruppen var för snäv och att arbetssättet borde kunna användas även för andra diagnosgrupper ledde under 2013 till en utvidgning av den ursprungliga försöksverksamheten. När interventionsstudien var avslutad fanns medel kvar och projektledaren fick tillåtelse av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) att med återstående medel göra utvidgningen av projektet. Man valde då att utvidga målgruppen till att omfatta de mest sjuka äldre med t.ex. hjärtsvikt eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med ett vårdbehov utöver primärvårdsnivå och som ett alternativ till sjukhusvård.

En erfarenhet som framkommit under projektet gäller vårdpersonalens förståelse om vad klinisk forskning innebär. Vad man kan förvänta sig för effekter i den kliniska verksamheten är inte självklart för alla. Projektet har haft vissa svårigheter i att få gehör från medicinklinken, personalen där har haft svårt att se de direkta fördelarna med HOPP-teamet. Den begränsade patientgrupp som har fått ta del av HOPP-interventionen (36 patienter) har inte haft någon märkbar påverkan i beläggningsgraden på medicinklinken. Projektgruppen bestående av projektledare, forskningshandledare samt de två läkarna i studien, tror att slutenvården haft felaktiga förväntningar på t.ex. minskade överbeläggningar. Projektgruppen har också dragit slutsatsen att det är viktigt att tydligt beskriva och presentera inte bara forskningsupplägg, utan även vilka förväntningar man kan ha i den direkta kliniska verksamheten under studietiden. Betydelsen av en tydlig ledningsstruktur och en nära koppling till ordinarie verksamhet har visat sig ha stor betydelse när ett forskningsprojekt ska övergå i ett verksamhetsnära förbättringsarbete.

Från april 2013 har Hopp organisatoriskt tillhört den avancerade hemsjukvården i Västerbottens läns landsting som är en länsklínik (AHS). Organisationsförändringen syftade till att underlätta samarbetet med AHS-Viöl i Skellefteå, som under projektiden har utfört insatser åt teamet utanför kontorstid. I och med organisationsförändringen har HOPP fått en tydligare led-

ningsstruktur eftersom teamet numera är en del av verksamheten inom AHS. Det ökade samarbetet mellan AHS-Viool/HOPP och medicinkliniken har lett till att AHS-Viool/HOPP deltar vid medicinklinkens möten och därmed blir HOPP ett komplement till den vård som traditionellt erbjuds de mest sjuka äldre som skrivs ut från medicinkliniken. Uppdrag till HOPP förmedlas främst från sjukhuset, utskrivningssjuksköterskan, vårdsamordnaren men också från primärvården.

Kommentarer

Under projektets gång har landstingets organisation förändrats. Bl.a. har byte av projektägare inom landstinget skett vid tre tillfällen och verksamhetschefer inom AHS har bytts ett antal gånger. Projektet har därför fått ägna mycket tid till att informera de nya cheferna inom landstingsledningen, om projektet, dess arbetssätt och vilka fördelar teamarbetet har för patientgruppen. Utan denna förankring på ledningsnivå hade projektet haft små möjligheter att bli en permanent verksamhet inom landstinget efter projektiden. Att projektet kunnat genomföras på ett framgångsrikt sätt kan sannolikt också tillskrivas projektets tydliga målgrupp och upplägg.

För att modellen ska fungera fullt ut krävs ett bra samarbete med andra för patienten viktiga vårdgivare, som t.ex. andra specialister inom sjukvården, primärvården och kommunens hemtjänst och hemsjukvård. En brist har varit tidsgränsen för att få vara inskriven i HOPP-teamet, sex månader. Den tidsgränsen kan motiveras av upplägget som forskningsprojekt men har inget med patientens behov att göra.

Resultaten visar att de äldre patienter som ingått i interventionsgruppen har en bättre självskattad hälsorelaterad livskvalitet, lättare/mindre symtombörda och större tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtsvikt jämfört med de patienter som fått sedvanlig vård. Resultaten visar också att arbetssättet bidragit till förbättring i hjärtsviktens svårighetsgrad, färre inläggningar på medicin-geriatrisk klinik och kirurgklinik samt minskat antal ambulanstransporter för de personer som varit inskrivna i HOPP-teamet. Arbetssättet verkar också ha resulterat i en besparingseffekt.

För andra att lära av projektet

Genom teamarbete och hembesök har HOPP-projektet visat att mest sjuka äldre med en tydlig diagnos, hjärtsvikt, kan få bättre livskvalitet, symptomkontroll och färre vård dagar inom slutenvården. Detta utan att kostnaderna för landstinget blivit högre.

Detta visar på fördelarna med en strukturerad verksamhet, där patienter med behov av kontinuerliga medicinska insatser får den med hög kontinuitet och av samma personal. HOPP kan således vara en modell som kan användas i andra landsting/kommuner, och även riktas till andra patientgrupper.

Referenser

Brännström M, Boman K. (2013). A new model for integrated heart failure and palliative advanced homecare – rationale and design of a prospective randomized study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 12 no. 3, p. 269-275

Mobila hembesöksteamet, Uppsala

Syfte med försöksverksamheten

Projektidén var att undvika onödiga sjukhusvistelser för de mest sjuka äldre. Både att undvika inläggningar på sjukhus men också att försöka minska besöken på akutmottagningen. Äldre personer med sammansatta vårdbehov får ofta vänta länge på akutmottagningar utan mat, dryck eller annan basal omvårdnad, vilket i sin tur kan leda till att de blir ännu mer medtagna.

Ett annat område som man ville uppmärksamma var den kommunala sjuksköterskans arbete med äldre sköra patienter i hemmet. Arbetet kräver hög kompetens. Om kunskaperna inte räcker och sjuksköterskan känner sig osäker på sin egen bedömning finns ofta ingen annan möjlighet än att skicka patienten till akutmottagningen.

Mot denna bakgrund ansökte Uppsala kommun med drygt 200 000 invånare och Landstinget i Uppsala län gemensamt om att starta en försöksverksamhet med ett Mobilt hembesöksteam (MHT). Med försöksverksamheten var tanken att de sjuka äldre i Uppsala snabbt skulle få kontakt med läkare för ett hembesök. Syftet var att öka tillgängligheten av vård och behandling i hemmet dygnet runt. När fortsatt vård i hemmet inte var möjligt skulle inskrivning i slutenvård kunna ske direkt till vårdavdelning och inte via akuten. Teamet skulle också kunna fungera som stöd till den kommunala sjuksköterskan.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har reviderats vid flera tillfällen under projektet. Den ursprungliga formuleringen var: *Sjuka äldre 65+ i ordinärt boende, som har insatser från kommunens utförare (hemtjänst och/eller hemsjukvård) och som insjuknar akut. Vårdtagaren (den äldre) som inte kan uppsöka vårdcentralen akut ska alltså inte skickas till sjukhuset innan MHT kontaktats såvida tillståndet inte är livshotande* (sept. 2011).

Under 2012 utökades målgruppen till att även gälla personer 65+ boende i Uppsala kommun som kontaktat ambulans, sjukvårdsrådgivningen (1177), eller som kontaktat vårdcentral men inte kunnat få någon akut besökstid alternativt inte själv kunde ta sig till vårdcentralen, samt boende på särskilt boende utifrån särskilda fastställda kriterier.

Kontakten med MHT kan endast ske via personal och inte av de äldre själva eller anhöriga.

I teamet har två läkare (1,3 tjänster) och en sjuksköterska arbetat. De båda läkarna är distriktsläkare/allmänläkare, med erfarenhet av primärvård och akutsjukvård. Sjuksköterskan i teamet är leg sjuksköterska med lång erfarenhet från kommunens hemsjukvård samt erfarenhet från akutsjukvård.

Teamet har under försöksverksamheten varit placerat vid Hemvårdsenheten inom primärvården i Uppsala. Den ursprungliga tanken var att bemanna teamet även jourtid, men detta ansågs inte kostnadseffektivt. Med ledning av besöksstatistik från akuten på Akademiska sjukhuset som visar att de flesta patienter söker vård dagtid bestämdes att verksamheten skulle vara igång

vardagar 8 – 17. De kommunala sjuksköterskorna hade förutom möjlighet till rådgivning av MHT under dagtid vardagar, även rådgivning av läkare på helger och 17-07 alla dagar i veckan från primärvårdens läkarjour.

Vid behov av läkarbedömning har teamet kontaktats av sjuksköterskorna i hemvården, ambulansverksamheten, sjukvårdsrådgivningen (1177), sjuksköterskor vid särskilt boende samt från vårdcentraler i Uppsala.

Prioriteringar av patienterna har gjorts av läkaren i teamet i dialog med den som tagit kontakten. Prioriteringarna har t.ex. handlat om hur akut patientens vårdbehov är, om det är lämpligt att MHT rycker ut eller om tillståndet direkt kräver akutsjukvård. Teamet har haft tillgång till bil och akutväska med vissa läkemedel, sjukvårdsmaterial och medicinskt teknisk utrustning. Ett hembesök har i regel varat mellan 10 – 60 minuter. De vanligaste orsakerna till att teamet kontaktats har varit olika infektioner, vid hjärtsvikt eller andningsproblem. Tillstånden har flera gånger varit akuta men MHT har även gjort hembesök på grund av att patienten inte orkat åka till vårdcentralen eller att vårdcentralen inte haft möjlighet att ta emot patienten tillräckligt snabbt.

Journalföring har gjorts i dokumentationssystemet Cosmic⁷ av läkaren vilket sedan, via systemet, rapporterats vidare till berörd vårdgivare och därefter avslutades kontakten med patienten. Någon uppföljning av patienten har inte gjorts av MHT men den som kontaktat teamet kunde återkomma med eventuella frågor.

Enligt den ursprungliga planen skulle MHT:s läkare kunna göra en direktinskrivning vid Geriatriska medicinavdelningen på Akademiska sjukhuset. På grund av nedskärningar på avdelningen har denna möjlighet inte funnits och teamet har istället varit tvunget att skicka patienterna till akutmottagningen.

Från och med hösten 2012 har projektet kompletterats med att ett nytt arbetssätt prövats på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. En sjuksköterska, med erfarenhet från den kommunala hemsjukvården och akutsjukvård har, måndag-fredag 8-16, följt patienter 65+ boende i ordinärt boende i Uppsala kommun som kommit in till akuten. Målsättningen var att förhindra inläggning där medicinska skäl för inskrivning saknats och istället undersöka om dessa patienter hade behov av annan vård och omsorg såsom, hemtjänst, korttidsvård eller hemsjukvård. Tillfälliga insatser har i samverkan med Uppsala kommun (biståndshandläggare, distriktssköterska, driftschef, trygghetsjour) snabbt kunnat sättas in i form av insatser från distriktssköterska, tillsyn från hemtjänsten samt korttidsvård under några dagar.

För sitt arbete hade den kommunala sjuksköterskan tillgång till akutliggaren där samtliga patienter skrivs in och kodo beroende på vad de sökt för och hur akut det bedöms vara. Med hjälp av en checklista gjordes en kartläggning av patientens hemsituation där sjuksköterskan tog reda på om personen hade insatser från hemsjukvård/hemtjänst eller om behov fanns och i sådana fall med vad och i vilken omfattning, samt om personen kunde gå hem eller om behov fanns av korttidsvård. Sjuksköterskan kontaktade vid behov även anhöriga. Sjuksköterskan tog också reda på om patienten har

⁷ För de vars ordinarie husläkare inte hade tillgång till Cosmic skickades en journalkopia.

kontakt med vårdcentralen och om personen kunde ta sig dit samt lämnade information om det mobila hembesöksteamet.

Resultat och erfarenheter

Det mobila hembesöksteamet har mellan september 2011 – februari 2013 genomfört totalt 2272 hembesök. Hembesöken har i samtliga fall initierats av de olika samverkansaktörerna (sjuksköterskorna i hemvården, ambulansverksamheten, sjukvårdsrådgivningen¹¹⁷⁷, sjuksköterskor vid särskilt boende samt från vårdcentraler i Uppsala).

Efter det att patienten hade haft besök av MHT blev de flesta kvar hemma. Bland de som ändå bedömdes behöva åka in till akutmottagningen blev de allra flesta inlagda på vårdavdelning.

Teamets läkare bedömde att cirka 75 % av de äldre patienterna som MHT haft kontakt med sannolikt hade hamnat på akutmottagningen på Akademiska sjukhuset om de inte fått besök av MHT

Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala Universitet genomförde den lokala utvärderingen av det mobila hembesöksteamet. Utvärderingen visade bland annat att:

- De intervjuade patienterna var mycket nöjda med den vård de erhållit av det mobila teamet. De äldre ansåg att de hade fått en snabb diagnos, att teamet gjorde en kvalificerad bedömning och gav adekvat behandling i hemmet samt att teamet upplevdes som kompetenta och deras insatser gjorde att de äldre kände sig trygga. Flera lyfte även fram att de fick ett trevligt och värdigt bemötande.
- Samtliga sjuksköterskorna i hemvården som besvarade frågeformuläret (37 av 63 tillfrågade) var mycket nöjda eller nöjda med samarbetet. Sjuksköterskorna ansåg att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med det mobila hembesöksteamet.
- De intervjuer som genomfördes med 20 sjuksköterskor i hemvården visade att de upplevde en stor trygghet att ha tillgång till MHT, de ansåg att teamet var lätt att nå och att MHT besökte patienten snabbt (oftast samma dag), de uppfattade teamets personal som hjälpsamma, samarbetsvilliga, flexibla, engagerade och kompetenta. Detta kan jämföras med sjuksköterskornas erfarenhet av att det vanligtvis är mycket svårt att komma i kontakt med patientens husläkare, där de sällan fick svar samma dag.
- En enkätundersökning till 35 ambulanssjuksköterskor visade att merparten var mycket nöjda med samarbetet med mobila hembesöksteamet och de ansåg att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med MHT. Teamet bedömdes ha en bred kompetens, vara trevliga och tillmötesgående med en tydlig vilja till att hjälpa patienten. Teamets insatser mildrade patientens lidande i form av stress och obehag och patienterna var tacksamma för att slippa åka ambulans till sjukhuset. Sköterskorna ansåg att teamet minskade belastningen på sjukhusets akutsjukvård och underlättade ambulansverksamhetens arbete.
- Intervjuer som genomfördes med teamets egna medarbetare visade att de ansåg sig vara ett komplement framförallt till vårdcentraler och akut-

mottagning genom att de kan göra hembesök som vårdcentralerna inte hinner med och att de är en resurs för sjuksköterskorna i hemvården.

Den kommunala sjuksköterskan på akutmottagningen har mellan oktober 2012- mars 2013 träffat 243 personer 65 + och boende i Uppsala kommun. I en tredjedel av fallen gjorde sjuksköterskan bedömningen att ett besök från MHT skulle kunnat förhindra besöket på akuten.

Av de 243 personerna som sjuksköterskan träffade blev 40 % inlagda på vårdavdelning, 4 % blev hemskickade med utökat stöd av hemvården, 5 % fick nyinsatt hemvård, 21 % fick direktplats i kommunens korttidsvård och för 5 % beslutades om en vårdplanering i hemmet⁸.

I den utvärdering som gjorts i Uppsala har man även försökt att kvantifiera de kostnadsbesparingar det inneburit att de flesta av teamets patienter inte besökt akuten. I avsaknad av heltäckande register när det gäller vård- och omsorgsutnyttjande för en målgrupp med ibland stora och komplexa behov av vård och omsorg krävs olika antaganden och schablonskattningar vilket gör skattningarna osäkra. Den rimliga slutsatsen är dock att införandet av det mobila teamet totalt sett inneburit en inte oväsentlig kostnadsbesparing.

Flera hinder och svårigheter har identifierats under projektet:

- Uppsala kommun är organiserad i en beställare och utförarmodell (BUM) – och styrs av avtal (även egen regi) som ofta löper på flera år vilket hindrar flexibla och tillfälliga lösningar i samverkansfrågor, internt och externt. Detta har inneburit en krånglig process när t ex insatser inom fyra timmar skulle införas (sjuksköterskan på akuten). Avtal inom landstinget har också satt käppar i hjulet, t ex gällande tillgång till jourläkare på natten.
- Det har varit svårt att prova nya arbetssätt över organisatoriska gränser.
- Olika journalsystem har försvårat samverkan och medfört att önskade projektaktiviteter inte kunnat genomföras tillfredsställande.
- De ekonomiska incitamenten behöver ses över när det gäller t ex hembesök av läkare från vårdcentralen. I dagsläget är det mer ”lönsamt” att ta emot besök på vårdcentralen än att göra hembesök. Det är också lätt att föreslå patienten att åka till akuten.

Kommentarer

Försöksverksamhetens innehåll är rätt tänkt och genomfört. Det övergripande projekt målet att öka tillgängligheten av vård och behandling i hemmet för akut sjuka 65+ har uppfyllts. En fungerande organisation med tillgänglig läkare och sjuksköterska för akuta hembesök och/eller råd och stöd via telefonkontakt samt bedömning av patientens tillstånd i hemmet har kunna upprättas. Med detta arbetssätt har onödiga transporter till akutmottagningen undvikits.

⁸ De tillfälliga insatser som sjuksköterskan kunde initiera i samarbete med biståndshandläggare, distriktssköterska, driftchef eller trygghetsjour/biståndshandläggare var insatser både inom HSL och SoL. Aktuella insatser kunde vara hälso- och sjukvårdsinsatser (dsk-nivå), hemtjänstinsatser (verkställa insatsen tillsyn inom fyra timmar) samt korttidsvård (max tre dagar).

Det mål projektet inte lyckats uppnå var möjligheten till direktinläggningar. Detta har inte kunnat genomföras på grund av platsbrist på Akademiska sjukhuset samt att MHT inte funnits tillgänglig dygnet runt, vilket skrinlades eftersom det inte ansågs vara kostnadseffektivt.

Ett engagerat team, läkare och sjuksköterskor, har drivit projektet framåt genom att hitta och prova nya samverkansvägar för att öka tillgänglighet av vård och behandling i hemmet för personer 65+. Det har upplevts som en trygghet att teamet bestått av både sjuksköterska och läkare.

Behov finns av utökad samverkan med vårdcentralerna för att göra de akuta hembesök som vårdcentralsläkarna sällan eller aldrig gör/hinner med. Under projektiden har vårdcentralerna endast kontaktat MHT ett fåtal gånger med förfrågan om hembesök från teamet. Här finns möjligheter att utveckla samverkan ytterligare.

Behov finns av att se över vårdplanering/uppsökande verksamhet från kommunens sida vid Akademiska sjukhuset. En utökad samverkan mellan akutmottagningen och biståndshandläggarna (vårdplaneringsteamet) skulle kunna innebära att man fångar upp mångbesökarna eller personer med behov av insatser som inte är medicinska utan där behovet är social vård- och omsorg.

Mobila hembesöksteamet verkar i Uppsala kommun, där man tagit beslutet att permanenta verksamheten från och med januari 2014. Det finns delade meningar om att utöka teamet till att omfatta hela länet. Att ta sig till de yttersta geografiska delarna av länet tur och retur för ett hembesök beräknas ta en halv dag för ett Uppsala baserat team, medan det är kort väg till vissa angränsande kommuner som t ex Knivsta. En möjlig lösning som kan övervägas är att istället ge distriktsläkarna bättre möjligheter (organisatoriskt och ekonomiskt) att få tid att göra hembesök i de mer avlägsna delarna i länet.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten har visat att ett mobilt hembesöksteam kan ge ökad trygghet och att onödiga akutbesök därmed kan undvikas för den äldre. Det mobila teamet kan också ge sjuksköterskor/distriktsköterskor i hemsjukvården stöd och hjälp i avvägningen om vården kan ges i den äldres hemmiljö.

Referenser

Pöder U, Wadensten B, *Utvärdering av mobilt hembesöksteam*, Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Vårdvetenskap, 2013-08-27

Trygg i Tyresö, Tyresö

Syfte med försöksverksamheten

I Tyresö kommun bor drygt 44 000 personer. Bland alla äldre som vårdas på Södersjukhuset, skrivs de flesta hem igen från sjukhuset. Erfarenheten har dock visat att alla inte klarar av att hantera sin situation hemma utan hamnar åter på sjukhus efter en kort tid hemma. De äldre Tyresöbor som har haft

svårt att återvända hem efter att de varit inlagda på Södersjukhuset, pga. kvarstående behov av vård och omsorg, har därför skrivits ut till Handengeriatriken eller anvisats plats på ett kommunalt korttidsboende. Syftet med försöksverksamheten har varit att ge extra stöd, vård och omsorg för att göra det möjligt för den äldre att kunna återvända hem från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har definierats som:

Personer som är 65 år eller äldre och har behov av hemtjänst och uppfyller kriterierna för att bo på korttidsboende, utifrån riktlinjer tagna av socialnämnden i Tyresö kommun. Efter utskrivning från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende ska de ha behov av rehabiliteringsinsatser och medicinsk vård- och omsorg i hemmet. Personerna ska också vara motiverade att delta i projektet.

Försöksverksamheten har erbjudit äldre tillhörande målgruppen att under sex till åtta veckor efter utskrivningen från Handengeriatriken eller kommunalt korttidsboende delta i Trygg i Tyresö programmet. Hjälpen har innefattat stöd från ett nyskapat team med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska, stationerade vid Handengeriatriken.

Trygg i Tyresöprogrammet har omfattat fyra faser:

1. Identifiering → 2. Inskrivning → 3. Inskrivningstid → 4. Utskrivning

Tillsammans med kommunens biståndshandläggare har teamet identifierat och rekryterat sina patienter från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende. Efter att ha motiverat den äldre och dennes anhöriga att delta i programmet, blev de som tackade ja inskrivna i teamet. I några fall gjordes ett hembesök tillsammans med den äldre för att inhämta ytterligare information om hemsituationen innan den äldre kunde skrivas in i teamet.

Efter ett vårdplaneringsmöte inför hemgången, och den äldre valt hemtjänstutförare, kunde den äldre återvända hem. Teamet fanns då på plats tillsammans med hemtjänsten och ett nytt vårdplaneringsmöte genomfördes i den äldres hem. Ett ytterligare vårdplaneringsmöte med samma personal genomfördes därefter cirka två dagar senare. Vid detta senare möte tog man tillsammans med den äldre fram en genomförandeplan och beskrev där mål för vården och omsorgen under tiden som den äldre skulle vara inskriven i Trygg i Tyresö. Målen har sedan följts upp genom att teamet haft en regelbunden dialog med den äldre och dennes anhöriga under hela vårdtiden.

Handengeriatriken har haft det medicinska ansvaret under tiden den äldre varit inskriven i projektet. Den äldre och dennes anhöriga har när som helst på dygnet kunnat kontakta teamet via ett direkttelefonnummer. I akuta situationer har personal från Handengeriatriken gjort hembesök eller alternativt återinlagt den äldre på geriatriken.

Utifrån en individuell bedömning, vanligtvis efter sex till åtta veckor med extra stöd, (under vilket teamets insatser för den äldre oftast avtog efter hand), blev den äldre utskriven från Trygg i Tyresö. I samband med att den äldre skrevs ut, hölls ett utskrivningsmöte hemma hos den äldre med upp-

följning och utvärdering av målen tillsammans med den äldre och dennes närstående. Vid mötet fanns också den personal med från primärvården som skulle ta över den medicinska vården efter tiden i projektet. Tre månader efter utskrivningen från Trygg i Tyresö följdes den äldres situation upp.

Resultat och erfarenheter

Under tiden januari 2011 till maj 2013 har 77 personer ingått i försöksverksamheten. Av de 77 personerna skrevs 48 personer direkt hem från Handengeriatriken, medan resterande 29 personer skrevs in från korttidsboendet. Alla patienter som ingått i projektet hade ett flertal diagnoser, som hjärtsvikt, flimmer, diabetes, lunginflammation, njursvikt, trycksår eller Parkinson. Även några personer med demens i ett tidigt stadium har ingått i projektet, men då detta inte dokumenterats tillfredsställande är det oklart i vilken omfattning det skett.

Den vanligaste huvuddiagnosen på patienter som remitterades till Handengeriatriken var frakturer. Enligt projektets slutrapport var den avgörande orsaken till att den äldre skrevs in i projektet ”stor oro inför hemgång och osäkerhet inför förflyttning”.

I genomsnitt var det fem personer per vecka som omfattades av projektet och vanligtvis var den äldre inskriven i teamet i 58 dagar (varierade från 7 – 180 dagar). Efter utskrivningen till hemmet hade de äldre i genomsnitt 21 timmar hemtjänst i veckan (varierade mellan 0,5 – 51 timmar) och besök av någon i teamet i genomsnitt 5 gånger per vecka. Sjuksköterskeinsatserna bestod av dosettdelning, provtagning, sårömläggning, kateterhjälp och akutbesök. Arbetsterapeutens och sjukgymnastens insatser bestod av hjälp med förflyttningsträning, ADL träning, utprovning av hjälpmedel och handledning av hemtjänstpersonal.

Vid projektets slut, och fortfarande efter tre månader från utskrivning från projektet bodde, 44 personer fortfarande hemma, 2 personer hade flyttat till särskilt boende, 3 personer befann sig på korttidsboende och 10 personer (23 %) hade avlidit. Bland de 44 hemmaboende hade hemtjänstinsatserna minskat med i genomsnitt fyra timmar per person, jämfört med när de ingick i projektet.

En fristående konsult genomförde på uppdrag av projektledningen intervjuer med nio äldre personer och sex anhöriga. I intervjuerna gav de tillfrågade överlag goda omdömen, särskilt när det gällde upplevelser av trygghet för både den äldre och deras anhöriga. De äldre upplevde att de fått vara delaktiga i processen kring mål och planering av insatserna och själva kunnat påverka utifrån sina behov. När de skrivits ut från Trygg i Tyresö har de flesta kommit över den första svåra situationen och oron som kan uppstå vid hemgång från en sjukhusvistelse eller ett korttidsboende, då de äldre varit i stort behov av stöd och vård.

Flera anhöriga vittnar om att den samordnade uppslutning som gjordes i början och som innebar att ”rätt” resurser och stöd snabbt kom igång ledde till att dessa resurser sedan successivt kunde trappas ner. Övergången från geriatriken eller korttidsboendet blev inte så dramatisk och prövande som vissa anhöriga hade befarat. Samtliga anhöriga utom en var mycket nöjda

med insatserna från Trygg i Tyresö. Hjälpmedlen kom snabbt och effektivt. För den som hade stora omvårdnadsbehov kom personalen från hemtjänsten flera gånger per dag.

De anhöriga framhöll också hur viktigt direktnumret till Trygg i Tyresö var. Vetskapen om att den anhöriga eller den äldre, bara genom att slå ett telefonnummer kan få direktkontakt med sjukvårdspersonal som vet vem man är, känner till ens sjukdomshistoria och nuvarande behov, och som omedelbart kan ge återkoppling inger lugn och säkerhet.

Personalen från hemtjänsten ansåg att Trygg i Tyresö var ett bra projekt där det nära samarbetet med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast gynnar den äldre. Att sjukvårdspersonalen även finns tillgänglig för hemtjänstpersonalen sågs som positivt. Vissa ADL moment tränas ihop med hemtjänstpersonalen och de kan få hjälp och instruktioner om hur den äldre ska förflytta sig, osv. När hemtjänsten upptäckt komplikationer eller andra hälsoförändringar hos den äldre så har de kunnat konsultera sjuksköterskan, arbetsterapeuten eller sjukgymnasten. Det har då gått snabbt och enkelt att komma i kontakt med dem. Enligt hemtjänstpersonalen har projektets fördelar handlat om bättre samarbete, större flexibilitet och ökad trygghet för de äldre.

Intervjuer genomfördes också med tre politiker, chefer, projektets styrgrupp och projektledning. Politikerna gav positiva omdömen om projektet, likaså tyckte de intervjuade cheferna att projektet gett intressanta erfarenheter.

Kommentarer

Projektet syftade till att hjälpa de äldre personer som inte kunna återvända hem efter en sjukhusvård, och som flyttats till Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende, för eftervård. För att underlätta för äldres hemgång från geriatriken eller korttidsboendet, erbjöds äldre via projektet extra stöd vid hemgången. Förutom den hemtjänst som de äldre hade när de återvände hem, fick de även regelbundna besök av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Genom att erbjuda detta extra stöd under en övergångstid vid återgång till hemmet, har äldre med ”stor oro för hemgång och förflytningsproblem” kunna motiveras att gå hem.

Vad som hade blivit utfallet i form av minskad oro, förmågan att klara olika aktiviteter själv hemma, behovet av hemtjänstinsatser, återinskrivningar till sjukhus, etc. utan detta extra stöd, går inte att uttala sig om. Någon jämförelse med en kontrollgrupp har inte gjorts. Det finns heller inga uppgifter som gör det möjligt att bedöma om de personer som fick hjälp av teamet, hade en annorlunda problembild, än andra äldre. Till exempel skulle det vara intressant att jämföra om de äldre som ingick i projektet skiljer sig från de äldre som gick direkt hem från Södersjukhuset. Det saknas också uppgifter om vad som är det vanliga förloppet beträffande äldre personer som vårdats på Södersjukhuset och därefter flyttats till Handengeriatriken eller korttidsboende.

Uppgifter från uppföljningen tre månader efter de äldre lämnat projektet visar att ungefär en fjärdedel av dem som ingått i projektet inte längre finns

hemma. Merparten har avlidit och några har flyttat till särskilt boende eller kommunalt korttidsboende. Det tyder på att gruppen äldre som ingått i projektet faktiskt har bestått av sköra och sjuka äldre, dvs. en pragmatisk avgränsning av de ”mest sjuka äldre”. Tiden som de äldre fick stöd av teamet var i genomsnitt 57 dagar, vilket är något längre än de sex till åtta veckor, som planerades i projektet. Sammantaget, att många av dessa äldre behöver extra stöd för att överhuvudtaget kunna återvända hem, kan sägas bekräftas av Trygg i Tyresö projektet.

Många äldre behöver extra stöd för att överhuvudtaget kunna återvända hem efter en sjukhusvistelse. Får de inte detta extra stöd är det stor risk att de inte kan återvända hem igen, utan måste flytta till särskilt boende. Det som Tyresöteamet gjort är att samordna hälso- och sjukvårdens insatser, och därmed underlätta samarbetet med hemtjänsten.

Behovet av hemtjänstinsatser vid de äldres hemkomst varierade dock avsevärt och i vissa fall var insatserna mycket ringa. De genomsnittliga hemtjänstinsatserna hade dessutom också minskat tre månader efter att den äldre skrivits ut från teamet. En förklaring kan vara att många äldre som ingick i projektet hade drabbats av frakturer och att efter det att man återfått funktionsförmågan, behövde man inte lika mycket hjälp från hemtjänsten. Något som illustrerar att vem som är ”mest sjuk”, varierar avsevärt och också förändras över tid.

Ett resultat som lyfts fram i projektets slutrapport är uppgifter om färre dagar med betalningsansvar vid Handengeriatriken för Tyresöbor under 2011 och 2012, jämfört med 2010. Det skulle kunna indikera att projektet resulterat i en effektivare eftervård.

Under tiden som projektet genomfördes minskade kommunen platsantalet i korttidsboendet från 24 till 15 platser. Denna förändring gör det i praktiken omöjligt att dra slutsatser om projektet varit kostnadseffektivt eller ej.

Beslut har tagits att fortsätta med verksamheten under hela 2014.

För andra att lära av projektet

Att vid hemgång från sluten vård ge extra stöd med hög personkontinuitet (”följa med hem”) och dygnet runt garantera insatser vid akuta sjukdomstillstånd (via Handengeriatriken) har bidragit till en ökad psykisk, medicinsk och socialt trygghet. Denna erfarenhet borde vara överförbar till andra orter med motsvarande förutsättningar.

Dirigent finns, Norrköping.

Syfte med försöksverksamheten

Det finns flera studier från sluten vård som kunnat visa att ett multiprofessionellt omhändertagande utgående från den äldres medicinska, psykologiska, funktionella och sociala behov har lett till positiva resultat när det gäller funktionsförmåga, möjligheten att bo kvar hemma samt minskat utnyttjande av vård. Däremot är det ont om utvärderade försök när det gäller öppen vård.

Syftet med detta projekt var att visa att ett multiprofessionellt team kan skapa en ökad kvalitet när det gäller vården och omsorgen av hemmaboende äldre multisjuka personer.

Målet var att med hjälp av kontinuitet och ett sammanhållet omhändertagande vid den nyöppnade geriatriska äldremottagningen skulle patienterna få en ökad känsla av trygghet, ökad livskvalitet, färre slutenvårdstillfällen och en lägre andel patienter som behövde flytta till vård- och omsorgsboende.

I Norrköpings kommun bor drygt 130 000 personer.

Tillvägagångssätt – vad har man gjort?

Målgruppen i försöksverksamheten är hemmaboende äldre (75+) multisjuka personer i Norrköpings kommun. Inklusionskriterierna baserades på Socialstyrelsens dåvarande definition av ”mest sjuka äldre” - att man under de senaste tolv månaderna vid minst tre tillfällen vårdats inom slutet sjukhusvård för minst tre olika diagnoser.

Äldremottagningen – belägen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping – har haft två projektledare (en läkare och en sjuksköterska). Förutom läkare och sjuksköterskor har också (på deltid) ingått arbetsterapeut, sjukgymnast, apotekare, dietist, kurator och tandhygienist. Även en kommunal biståndsbedömare har ingått i teamet.

Alla äldre som under ”inskrivningstiden” uppfyllde inklusionskriterierna (800 personer) fick ett brev där man tillfrågades om man ville vara med i försöksverksamheten. De 400 som fortfarande bodde hemma och som svarade ja fick ett hembesök av sjuksköterska som ställde frågor om funktion, livskvalitet, symptom, upplevelse av trygghet, mm. Därefter fördelades de äldre personerna slumpmässigt på en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Där de äldre i interventionsgruppen blev erbjudna att bli anslutna till den geriatriska Äldremottagningen medan kontrollgruppen var kvar i den ”ordinära” vården.

Patienterna i interventionsgruppen har fortfarande haft kvar sin listning på vårdcentral.

Den första åtgärden var att Äldremottagningens patienter fick ytterligare ett hembesök – denna gång av sjuksköterska och biståndshandläggare för en närmare kartläggning av problemområden, önskemål och förväntningar. Den äldre informerades om vilka kommunala insatser som finns alternativt att man gick igenom hur den kommunala omsorgen fungerat. En preliminär vård- och omsorgsplan upprättades.

En apotekare tog därefter per telefon kontakt för genomgång av läkemedel. I ett nästa steg kallades patienten till mottagningen för samtal med läkare inkluderande kroppsundersökning, genomgång av journaler samt läkemedelsgenomgång. Genom att ha tillgång till protokollen med den funktionsmässiga bedömningen och detta omfattande inskrivningsförfarande kan patienterna sägas ha genomgått en manualstyrd bedömning av hälsotillståndet (”Comprehensive Geriatric Assessment” - CGA).

Varje patient fick en patientansvarig sjuksköterska (PAS) som var kontaktperson och som kunnat ta initiativ till att patientens situation vid behov tagits upp på team-ronderna två gånger/vecka där förutom läkare och sjuk-

sköterska också sjukgymnast, arbetsterapeut, apotekare och biståndsbedömare oftast ingått. Tidvis har också dietist och tandhygienist deltagit. Vid teamronderna planerades fortsatta åtgärder, exempelvis hembesök av arbetsterapeut eller sjukgymnast, ytterligare läkemedelsjusteringar eller kontakt med biståndshandläggare för översyn av omsorgsbehov.

Sjuksköterskorna har haft den löpande kontakten med patienten och varit de som ansvarat för att eventuella hembesök kommit till stånd och hur de fallit ut. Vanligtvis kontaktades patienterna med några månaders mellanrum. Vissa patienter har man dock under viss tid haft nära nog daglig kontakt med.

Äldremottagningen är öppen vardagar dagtid. Andra tider lämnar mottagningens telefonsvarare information om hur man vid akuta ärenden kan ta kontakt med den ”vanliga” vården inklusive jourcentral och akutmottagning. Dessutom kan patienten lämna meddelande på telefonsvararen.

Resultat och erfarenheter

En uppföljning 12 månader efter att patienterna skrivits in vid Äldremottagningen visar inga eller endast små skillnader vad gäller livskvalitet i form av t ex rörlighet, aktiviteter och smärta över tid jämfört med patienterna i kontrollgruppen. För båda grupperna gäller att den genomsnittliga hälsorelaterade livskvaliteten inte förändrats under uppföljningsperioden.

Patienterna vid Äldremottagningen har använt mindre sluten sjukhusvård än kontrollgruppen. Däremot har de konsumerat mer öppenvård. Både i form av sjukvårdande behandlingar hos sjuksköterska eller rehab-personal och i form av läkarbesök – främst på Äldremottagningen. Äldremottagningens patienter har i samma utsträckning som patienterna i kontrollgruppen fått specialistvård utanför Äldremottagningen.

Till det kommer att Äldremottagningens patienter också besökt primärvårdsläkare där förklaringen kan vara akut behov av läkarkontakt som inte kunnat ordnas på Äldremottagningen (efter läkarmedverkan när patienterna skrivs in har endast funnits tillgång till 0,2 läkare i tjänst). En annan förklaring kan vara att för vissa patienter i Norrköpings utkant har det varit lättare att ta sig till sin ordinarie vårdcentral.

Även om kostnaderna för sluten vård var något lägre för patienterna i interventionsgruppen är kostnaderna för sluten vård dominerande i båda grupperna. Räknar man in Äldremottagningens kostnader under 21 månaders försöksperiod kostade varje patient på Äldremottagningen drygt 21 000 kr mer i sjukvårdskostnader än patienterna i kontrollgruppen.

När det gäller den kommunala äldreomsorgen har Äldremottagningens patienter beviljats i genomsnitt 4 timmar mer hemtjänst/månad än patienterna i kontrollgruppen. När det gäller tid i vård- och omsorgsboende har Äldremottagningens patienter samma utnyttjande som kontrollgruppen.

Resultaten visar alltså att kostnaderna för både sjukvård och äldreomsorg blivit högre. Samtidigt som man inte hittills kan påvisa några mätbara skillnader vad gäller olika aspekter på livskvalitet.

Ett resultat sticker dock ut – patienterna vid Äldremottagningen har i högre utsträckning överlevt. Efter 24 månader har 18 procent av Äldremottagningens patienter avlidit jämfört med 28 procent av de som fick ”vanlig” vård.

I ett separat forskningsprojekt kommer patienternas och de anhörigas livskvalitet, känsla av otrygghet, hälsa och funktionsförmåga att följas upp efter två år. Utifrån intervjuer med den involverade personalen är det bestående intrycket att de äldre patienterna uppskattat att man haft mer tid för dem – inklusive uppföljningar - och att man i teamet haft tillgång till bredare kompetens.

Kommentarer

Av de uppställda målen uppnåddes målet att kostnaderna för slutenvård skulle kunna minskas. Däremot understeg denna kostnadsbesparing de ökade kostnaderna för Äldremottagningen och annan sjukvård samtidigt som kostnaderna för kommunal äldreomsorg inte blev lägre än för den matchade kontrollgruppen.

Många av Äldremottagningens patienter har kunnat ge positiva vittnesmål om att de känner sig mer trygga och uppskattar att de vet vart de skall vända sig med sina hälsoproblem. Förutom resultatet att några effekter när det gäller livskvalitet mätt med ett grovt mått inte kunde påvisas saknas det fortfarande resultat från försöksverksamheten i form av jämförelser över tid och jämfört med kontrollgruppens erfarenheter. En mer ingående vetenskaplig uppföljning pågår som bör kunna ge mer konkreta resultat. Det kan inte uteslutas att det i flera avseenden är svårt att mäta förändringar över tid för gruppen "multisjuka" äldre personer utifrån vissa av de etablerade måtskalor och instrument som använts i denna studie. Livskvalitet mätt med EQ-5D är t ex knappast ett relevant mått för att mäta välbefinnande och trygghet för gruppen mest sjuka äldre.

Skillnaden i överlevnad bör därför uppmärksammas. Det finns i den internationella litteraturen några liknande studier som också kunnat visa att det verkar gå att påverka överlevnaden för sköra äldre personer genom olika typer av interventioner.

Inklusionskriteriet i denna studie – hemmaboende äldre som under de senaste tolv månaderna vid tre eller flera tillfällen varit inlagda i slutenvård för olika diagnoser – har inte ändrats under försöksperioden. Detta trots att projektet med detta kriterium fått med flera patienter utan något egentligt behov av en särskild geriatrisk äldremottagning inriktad på sammanhållen vård. Där den tidigare vårdshistoriken inte speglar det aktuella behovet av vård – man är inte längre (eller åtminstone inte för tillfället) "multisjuk".

Tanken var att pröva ett alternativ till primärvården men Äldremottagningen blev mer ett komplement till primärvården där en utvald grupp av hemmaboende äldre multisjuka patienter får chans till en mer sammanhållen vård. Vid starten för Äldremottagningen i Norrköping fanns en genomtänkt plan för Äldremottagningens ansvar och befogenheter. Information om syfte och arbetssätt liksom hur samarbetet med primärvården skulle kunna bedrivas (Äldremottagningens patienter var fortfarande listade på vårdcentral) har dock endast i begränsad utsträckning funnits hos personalen på vårdcentralerna. Där åtminstone en del av förklaringen till att informationen inte kommit fram får sökas i vårdcentralpersonalens tidsbrist.

Viss kritik har framkommit från företrädare för primärvården i Norrköping som går ut på att detta redan är (alternativt borde) vara primärvårdens uppgift. Samtidigt som man i praktiken inte har organiserat arbetet för att klara detta. Dessutom skulle man ha svårt att kunna bedriva verksamheten lika ambitiöst som på Äldremottagningen utan extra finansiering.

Den höga ambitionsnivån i detta projekt har lett till högre kostnader för vård och omsorg. Till en del kan sannolikt mottagningens kostnader ses som "startkostnader". Och även om vissa andra lärdomar skulle kunna dras som medför att kostnadsnivån skulle kunna sänkas är det knappast rimligt att anta att man skulle kunna komma ner till den "vanliga" vårdens genomsnittskostnader.

Äldremottagningen lades ner när projekttiden var slut. Landstinget i Östergötland valde att inte driva mottagningen vidare.

För andra att lära av projektet

Att införa en ny aktör i form av en geriatrisk äldremottagning för äldre särskilt utvalda hemmaboende patienter måste förberedas noga. Avgränsningen mellan en geriatrisk mottagning och primärvårdens generella befolkningsansvar är inte självklar.

Referenser

Mazya AL, et al. (2013). The Ambulatory Geriatric Assessment – a Frailty Intervention Trial (Age-FIT) – A randomised controlled trial aimed to prevent hospital readmissions and functional deterioration in high risk older adults: A study protocol. *European Geriatric Medicine*. In press.

Äldres bästa – Äldrelots, Blekinge

Syfte med försöksverksamheten

Projektet skulle genom att erbjuda en äldrelots underlätta för den äldre i gränssnitten mellan olika vårdgivare, och uppmärksamma generella brister i systemen.

Tillvägagångssätt, vad har man gjort?

Huvudmän för projektet har varit Blekinge läns landsting och de fem kommunerna i länet, Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg och Olofström. Totalt bor det drygt 152 000 personer i de fem kommunerna. Projektet har organisatoriskt legat utanför huvudmännen, hos det gemensamma FoU-organet Blekinge kompetenscentrum (BKC). Samverkan har skett med Blekinge Tekniska Högskola (BTH) som leder utvärderingen.

Interventionen har dels varit på individ-, dels på strukturnivå. Kärnan i interventionen har varit att pröva och utforma en roll som benämns äldrelots. Lotsen skulle ha två uppdrag; att stödja den äldre i att få sina behov identifierade och tillgodosedda, och att fortlöpande identifiera och dokumentera förbättringsområden i vården och omsorgen för den aktuella målgruppen.

Lotsrollen

Lotsarna valdes medvetet så att de skulle ha olika professioner (arbetsterapeut, sjuksköterska, undersköterska, enhetschef etc.). De skulle ha god erfarenhet av äldre vården, men inte arbeta i sin gamla kommun – för att undvika att man blir mer lojal med sina kollegor än med den äldre, och att inte blandas ihop med sin förra yrkesroll och ses som någon från kommunen eller landstinget.

När lotsarna började hade de utbildning och reflektion som skulle stödja dem att gå från en roll med en tydlig yrkesidentitet till att bli den äldres lyhörda lots. De har under hela projektiden haft handledning och reflektion kring de dilemman detta kan innebära.

Lotsrollen kan beskrivas som

- att bry sig om, vara lyhörd, samtala, stödja
- att ge rådgivning, informera om vad den äldre har rätt till/kan få
- att vara ombud för den äldre, påtala brister för ansvarig myndighet och samordna de insatser den äldre har
- att för huvudmännen uppmärksamma brister i vården och omsorgen för de äldre, som en slags internrevisor
- att identifiera icke uppmärksammade behov och brister i det utbud som finns

Äldrelotsen börjar med att ringa upp de som ska erbjudas en äldrelots, etablera en första kontakt, bygga upp ett förtroende. Samtalet är medlet, inkörsporten. Den äldre kan ha svårt att beskriva sina önskemål, vad behoven är. Många tar sin situation för given, ”nu sitter jag här”. Lotsens roll kan då vara att hjälpa den äldre att se vad det finns för möjligheter att underlätta vardagen. Det kan också handla om att stärka den äldre i att våga begära en

viss insats, eller att påtala om en insats inte utförs på ett bra sätt. Lotsen frågar och lyssnar; hur är din vardag nu, hur har den varit, hur skulle du vilja ha det, hur skulle ditt liv kunna bli enklare? När relationen byggts upp kan det komma fram andra behov, som inte var så tydliga från början.

Lotsen kan ha en stödjande roll eller agera själv och företräda den äldre. Viktigt har varit att så långt möjligt stödja den äldre att göra det själv, det är inte meningen att lotsen ska ta över. Lotsen kan också ha en samordnarroll, och vara trygghetsskapande för anhöriga

En del i lotsrollen har varit att översätta det lotsen sett på individnivå till organisationsnivå. Det viktigaste forumet har varit referensgrupperna, en i varje kommun. Referensgruppernas syfte har varit ömsesidig information, skapa delaktighet, hantera det äldrelotsarna förmedlar för ett fortsatt utvecklingsarbete samt få synpunkter från och förankra hos olika yrkeskategorier. Kommunala frågor har dominerat, vilket sannolikt berott på att det varit kommunens personal som deltagit mest. Det har varierat mellan kommunerna i vilken utsträckning man fått med företrädare för vårdcentralerna och Blekingesjukhuset.

Målgruppen

Projektet har arbetat med olika sätt att identifiera målgruppen, de mest sjuka äldre, 65+. I den första fasen användes Socialstyrelsens dåvarande definition för multisjuk (3 diagnoser, 3 sjukhusvistelser). Totalt inkluderades 271 personer. Av de som lotsarna kunde få tag på tackade sex av tio ja till erbjudandet.

När Socialstyrelsen utformade nya definitioner för gruppen de mest sjuka äldre som inte enbart utgick från tidigare sjukhusvistelser var ambitionen att definiera målgruppen efter att ta den snävaste definitionen, mycket hälso- och sjukvård och mycket äldreomsorg. Det visade sig dock ogörligt eftersom det inte var lagligt möjligt att samköra landstingets och kommunernas register. Projektet kunde då bara använda två vägar. En grupp var de som enligt Socialstyrelsens definition har omfattande sjukvård. Dessa identifierades via landstingets register. Den andra var att identifiera via biståndshandläggarna.

Via landstingets register identifierades cirka 7 000 personer. Det stora antalet berodde på att landstinget i Blekinge registrerar rehabilitering i varmvattenbassäng och besök hos diabetessjuksköterska som specialistläkarbesök. Ett slumpmässigt urval gjordes. Knappt två av tio tackade ja.

Biståndshandläggarna identifierade bara ett fåtal äldre. Det rörde sig mestadels om personer som biståndshandläggarna hade svårt att få en bra relation till.

Under projektets slutfas användes också SKL:s s.k. webbkollen⁹. Lotsarna fick genomföra den, och erbjöd då den äldre att få en lots. Ytterligare en grupp är de äldre som identifieras via SKL:s Webbkollen hemma¹⁰. Den som ringt upp den äldre har haft möjlighet att koppla in en lots.

⁹ Via en webbaserad enkät på plats på sjukhuset intervjuar äldre som blivit oplanerat återinskrivna i slutet vård inom 30 dagar.

¹⁰ Personer som skrivs ut från slutenvården och kontaktas per telefon inom 72 timmar från utskrivningen

Totalt har cirka 1 000 personer erbjudits lots åren 2011-2013, varav cirka 250 tackat ja.

Resultat och erfarenheter

Målet att det ska finnas en lotsmodell när projektiden var över har uppnåtts. Det finns åtskilliga berättelser där de äldre vittnar om hur de känner sig sedda och stärkta av samtalen med äldrelotsen. Av utvärderingen framgår att åtta av tio upplevt lotsen som viktig för att känna sig trygg och nio av tio att de känner sig tryggare om de skulle få behov framöver.

I en hälsoekonomisk utvärdering blev en slutsats att funktionen som Äldrelotsarna erbjuder bör kunna leda till en bättre matchning mellan de verkliga behoven hos målgruppen och de insatser som behövs och sätts in.

Lotsrollen

Lotsen är varken landsting eller kommun, de representerar inte någon. Det har skapat förtroende hos den äldre. Till lotsen har man ingen beroendeställning och med lotsen kan den äldre prata om allt. Att inte vara en myndighetsperson underlättar också att se utanför de regelverk och rutiner som finns. Lotsen har som uppgift att se den äldres önskemål och behov, oavsett vilken huvudman som ska tillgodose dem och vad som ingår i huvudmannens vanliga utbud. Lotsen kan identifiera behov som inte har någon självklar adressat, peka på utbud som saknas eller försöka hitta rätt när en person helt hamnat mellan stolarna. Lotsen har också följt upp hur det senare gått för den äldre.

Kunskap om hur man för ett samtal har visat sig nödvändig, liksom att det tar tid att etablera en relation, bygga upp förtroendet, lyssna. Och att små förändringar kan vara av stor betydelse för den enskilde äldre. Samtalet betraktas vanligen inte som någon "insats", men beskrivs som grunden i lotsarnas arbete.

Att sakna annat mandat än det den äldre ger har setts som en styrka – underlättar den förtroendefulla relationen med den äldre. Men också som – en svaghet – det kan ta tid att uppnå förändringar eftersom lotsen inte själv kan fatta beslut utan måste vända sig till exempelvis kommunens biståndshandläggare eller ansvarig vid vårdcentralen.

Att vara neutral har varit särskilt värdefullt när det funnits konflikter mellan den äldre eller dennes anhöriga och biståndshandläggare eller vård-/omsorgsgivare. Lotsen har då kunnat ha en roll som medlare.

Initialt kunde en del personal känna det som ett jobbigt ifrågasättande när lotsen ringde. Lotsens roll är visserligen inte att säga att någon har gjort ett dåligt jobb, men väl att ta upp brister utifrån den äldres perspektiv. Det har varit en process, den som blir kontaktad kan respektera äldrelotsens information när han/hon förstår såväl lotsens roll som den äldres situation. Lotsarna har märkt att deras roll blivit allt mer känd och respekterad. När de nu kontaktar någon i kommunens äldreomsorg, primärvården, färdtjänsten eller Blekingesjukhuset får de ofta omgående respons, *"nästan så att de vi lotsar har fått en gräddfil"*. Olika tolkningar av sekretessfrågor har vid vissa tillfällen blivit ett problem. Denna svårighet har minskat under projektiden.

Vilka nyttjar äldrelots?

Utvärderarna har kunnat urskilja och kategorisera tre typer av användare av en äldrelots;

- *nykomlingen*, som har ett uttalat behov av stöd och hjälp att orientera sig i kontakter med vård- och omsorg. Äldrelotsen kan fungera som mentor/coach och informera och stödja den äldre och, i förekommande fall, också dennes anhörige att klara sig på egen hand.
- *den rutinerade*, som inte lika ofta använder äldrelotsen men som kan uppskatta värdet av en samtalspart vid behov. De har enligt äldrelotsarna många gånger en etablerad relation till vården, är nöjda och känner sig väl omhändertagna..
- *den ömtålige äldre*, som kan sakna förmåga att själv agera och lotsen kan bidra med direkt stöd i form av att koordinera insatser eller att ringa samtal för den äldres räkning.

Ny teknik

En del i projektet har varit att tillsammans med BTH pröva ny teknik, bl.a. för den uppföljning som gjorts. Lotsarna har haft med sig en enkät, som inte upplevts som ett hinder, utan snarare öppnat för samtal. Enkäten har registrerats i en läsplatta. En del av de äldre har också erbjudits en läsplatta för att kunna ha kontakt via Skype med lots och anhöriga, och att använda Internet-tjänster, något som föll oväntat väl ut.

Organisationernas/huvudmännens erfarenheter

Att lotsarna haft olika yrkeskompetenser har visat sig värdefullt. Det har bl.a. inneburit att huvudmännen på detta sätt fått tillgång till en särskild kunskap och en förhållandevis unik överblick över hela systemet – landsting, kommun och frivilligsektor.

Referensgrupperna har haft betydelse för att länka ihop erfarenheterna nära de äldre med förvaltnings- och chefsnivå. *”Tidigare i dessa möten har man skylt på varandra, nu kan man utifrån fallen lotsarna lyfter upp prata om det som faktiskt hänt, och då händer det något. Vi har genom lotsarna fått något att prata om.”* (intervju med kommunföreträdare)

Referensgrupperna har fallit olika väl ut i de olika kommunerna. Både på kommun- och länsnivå har det varit avgörande hur ansvarig chef utnyttjat projektet.

Ett hinder för projektets genomslag har varit att styrgruppen på länsnivå bytt sammansättning pga. byte av förvaltningschefer, däribland ordförandeposten. Den mest drivande avdelningschefen i landstinget slutade, vilket var ett stort avbräck för projektets förankring i landstinget. Lotsen skulle enligt honom bli hans ”ögon och öron” för att uppmärksamma var det brister, var landsting och kommun tillsammans behöver förändra. Det är dock tydligt att när denne chef lämnade sin post är det ingen i landstinget som efterlyst vad lotsarna ser.

Projektet var i början ifrågasatt, det var svårt att beskriva vad en äldrelots var och vad lotsen skulle göra innan en äldrelotsmodell hade utarbetats. När modellen väl fanns på plats vann den respekt på de flesta håll.

Verksamhetens fortlevnad är osäker. Kommunalisering av hemsjukvården har genomförts under den tid äldrelotsprojektet pågått. Ett flertal andra större förbättringsarbeten har också pågått parallellt med försöksverksamheten. Landstinget har haft stora problem med ekonomin för sina två sjukhus, och flera av kommunerna har brottats med budgetunderskott. En ytterligare försvårande faktor är de nationella prestationsbaserade stimulansmedlen som styr fokus åt annat håll med sina detaljerade och specifika områden, som kvalitetsregister, läkemedel och återinskrivningar. Allt detta har tagit kraft för alla berörda och inneburit att beslut om att introducera en ny funktion, äldrelots, inte tagits.

Kommentarer

Målgruppen

Projektet har tydligt visat på svårigheterna att via register kunna välja ut just den målgrupp som har störst nytta av en äldrelots. Registren är "historiska" genom att de bygger på tidigare vårdkonsumtion som inte självklart speglar de aktuella behoven av vård och omsorg hos äldre personer. Registren är uppbyggda för andra syften än att identifiera personer för ett uppsökande arbete. Ett ytterligare problem som projektet drabbades av är legala restriktioner att samköra olika register för att få en samlad bild av en äldre persons vård- och omsorgssituation.

Detta kom att innebära att man i projektet fick arbeta med olika definitioner med därav följande problem att utvärdera hur träffsäkra olika definitioner är när det gäller att ge vissa äldre patienter erbjudanden om särskilda insatser.

Förhållandevis få har inom projektet fått erbjudande om lots genom att någon personal kontaktat äldrelotsarna. Det blev bara de särskilt svåra fallen, de som biståndshandläggarna inte kunnat lösa, som blev aktualiserade till lotsarna.

Lotsen

Att så förhållandevis få har aktualiserats via kommunens biståndshandläggare eller annan personal kan tyda på att detta inte är en säker väg att identifiera målgruppen. Det är först när man får tiden att lyssna på den äldre som behoven blir synliggjorda.

En fråga är om lotsrollen kan tas av personal som redan finns nära den äldre, som distriktssköterska och biståndshandläggare? Båda har en sådan funktion i sin yrkesroll och i intervjuer med personer som på olika sätt ingått i projektet återkommer ofta funderingen att så här arbetade väl distriktssköterskorna förr i tiden? Fördelen för den enskilde om lotsrollen ligger på någon som redan har kontakt med den äldre är att denne inte behöver möta olika personer.

Fördelen med en lots som inte hör till någon av huvudmännen eller till en viss arbetsenhet är att denne kan röra sig fritt i systemet och är neutral. Det är då lättare att få förtroende både hos den äldre och hos vårdens och omsorgens aktörer. Det är också lättare att våga se den äldres önsknings- och möjligheter, vara behovs-, inte insatsstyrd.

Lotsen ska ha stor omvärldskunskap, ”kunna alla världarna”. Lotsen ska därigenom kunna ta sig fram, föra samtal på olika nivåer, och det kan ses som en förutsättning för att kunna lotsa.

Det kan vara så att vården och omsorgen är så slimmad att det behövs en särskild funktion, en lots som har tid så att den äldre blir lyssnad på, hjälp att komma rätt både med vad man själv vill och i systemet. Om läkaren, distriktssköterskan, biståndshandläggaren, kontaktpersonen etc. hade tid, så skulle behovet av en äldrelots möjligen vara mindre. Dock kan behovet av en fristående lots motiveras av att aktörerna som förväntas ha en lotsroll (som distriktssköterska, biståndshandläggare och i viss mån kontaktpersonen i hemtjänsten) bara har en del av helheten och inte kan agera ”gränsöverskridande”.

Lotsen kan beskrivas som systembevarande, eller snarare systemstödjande. Givet den organisation av vård och omsorg vi har, gäller det att minska de problem för de äldre ”mest sjuka” som en fragmentiserad vård/omsorg som ständigt brottas med tidsknapphet kan skapa. Samtidigt kan lotsrollen medverka till förändringar. Ett centralt syfte är ju att identifiera brister, för att det ska bli bättre, att verksamheterna ska organisera sig klokare.

För andra att lära av projektet

Ett team med lotsar med olika kompetenser, utbildning för sitt uppdrag och rätt personlighet är en modell som visat sig fungera både i glesbygd och i tätort. Erfarenheten från Blekinge är att lotsen bör ha en neutral och fristående roll för att inte, varken av den äldre, de anhöriga eller personal, betraktas som företrädare för den ena eller den andra huvudmannen.

När målgruppen söks fram via hälso- och sjukvårdens register får man med många personer som inte har behov av samordnade insatser.

Referenser

Gustafsson M, Kristensson J, Holst G, Willman A & Bohman D. (2013). Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work -- a focused ethnography. *BMC Health Services Research*, 13(1),496. doi: 10.1186/1472-6963-13-496.

Sapic, P. (2013). *Meningsfulla möten – en bok om äldrelotsprojektet*. Blekinge läns landsting.

In och utskrivningsklar patient (INUT), vårdkedjan för de mest sjuka äldre, Göteborgsregionen

Syfte med försöksverksamheten

De tio stadsdelarna i Göteborg samt kranskommunerna Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö ansökte gemensamt med Västra Götalandsregionen om stimulansmedel. Totalt bor det 640 000 personer i de aktuella kommunerna. De ingår i en gemensam organisation LGS¹¹ för att utveckla samverkan mellan kommunerna, närvården¹² och slutenvården.

Syftet med projektet var att skapa en trygg, säker och jämlik vårdkedja där de mest sjuka äldre omhändertas vid rätt tid, på rätt vårdnivå och att de samlade resurserna används på ett för samhället effektivt sätt.

Grundtanken bakom projektet var att implementera den lokalt förankrade och i flera avseenden framgångsrika Hisam-modellen¹³ som hade utvecklats i stadsdelen Hisingen och som visade att en utvecklad närvård kan förbättra vårdkedjan och minska behovet av sjukhusvård.

Ett mål med projektet var att närvården, kommunerna och sjukhusen skulle förbättra sin samverkan för att tidigt upptäcka äldre med sviktande hälsa. Fokus var vårdövergångar. Projektet skulle arbeta för att äldre så långt som möjligt skulle få vård utanför sjukhuset och i de fall sjukhusvård var adekvat skulle de komma till rätt klinik, om möjligt utan att passera akuten. Efter ett vårdtillfälle inom slutenvården skulle de äldre i första hand slussas tillbaka till närvården för fortsatt vård. En viktig utgångspunkt för att samverkan skulle lyckas bättre var att få sjukhusen att se sig som en del i vårdkedjan.

Möjligheten att få stimulansmedel för att i projektform utveckla samverkan om de mest sjuka äldre passade bra in i det omfattande utvecklingsarbete som skulle inledas i LGS-området.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet INUT startade den 1 januari 2011. Samtidigt genomförde Göteborgs stad en omfattande omorganisation som bland annat innebar att antalet stadsdelar minskade till 10. De nya stadsdelarna fick en likadan organisation, bland annat för att på så sätt underlätta samverkan. De fyra andra kommunerna har inte denna organisationsmodell. Även närvården omorganiserades med nya geografiska ansvarsområden och nya chefer.

Parallellt med omorganisationen i Göteborgs stad omorganiserades även LGS, som leds av en politiskt tillsatt ledningsgrupp. Under den finns fyra temagrupper på tjänstemannanivå som arbetar övergripande med att utveckla samverkan inom olika områden där äldre multisjuka (temagrupp äldre) är ett område. Omorganisationen innebar att varje kommun eller stadsdel blev ett

¹¹ LGS ledningsgruppen för samverkan

¹² Begreppet Närvård används i Västra Götaland istället för primärvård och är organiserad i mindre områden i regionen

¹³ Se om Hisam i beskrivningen av 10 nätverk.

så kallat Nosamområde (Närområdessamverkan). Samverkan bedrivs även på individnivå och kallas då I-sam.

Målgruppen var ursprungligen personer 75 år eller äldre i behov av vård och omsorg, som söker vård och omsorgstjänster från närsjukvård, kommun och slutenvård. Under projektets gång ändrades åldersgränsen till 65+. Orsaken angavs vara att 65+ var etablerat och användes både nationellt och internationellt som åldersgräns.

En projektledare (på halvtid) och sex processtödjare (4,8 årsarbetare) har haft uppgiften att på olika sätt stödja arbetet för en "obruten vårdkedja" i LGS-området.

Projektledaren har ansvarat för kontakterna med den övergripande nivån inom LGS, bland annat genom att föra information om samverkans- och samarbetsfrågor från Nosam-områdena till de centrala samverkansgrupperna och se till att frågor av strategisk övergripande art uppmärksammas.

Processtödjarnas huvudsakliga uppgifter har varit att ansvara för att olika former av samverkan skulle kunna komma igång inom de sammanlagt 13¹⁴ lokala Nosam-områdena. Kraven på processtödjarna var att de skulle ha erfarenhet av förändringsarbete, samt av att leda verksamheter och projekt inom sjukhus, närsjukvård och kommun.

Processtödjarna har deltagit vid Nosam-gruppernas möten och senare också i de speciella arbetsgrupper som startades av Nosam-grupperna med uppgift att arbeta med vård och omsorg om de äldre. Processtödjarnas arbetsuppgifter var initialt att:

- inventera de fungerande samverkansformer som fanns när projektet startade,
- informera styrgruppen inom respektive NOSAM om INUT-projektet samt lokala pensionärsorganisationer och andra intressenter,
- delta i Nosam-gruppernas möten för att ge stöd i arbetet att utveckla och utarbeta modeller och arbetssätt för samverkan om de mest sjuka äldre,
- starta en arbetsgrupp för äldre frågor i varje Nosam och se till att dessa arbetsgrupper upprättade handlingsplaner för hur samverkan skulle utvecklas,
- sammanställa lokala listor med kontaktuppgifter för deltagarna i den lokala samverkan, och
- erbjuda metodstöd och stämna av hur samverkan utvecklades.

Ytterligare en uppgift var att ha kontakt med berörda chefer.

Projektledaren arbetade under 2011 tillsammans med en av processtödjarna fram en rutin (Direktrutinen), för direktinläggning på sjukhus, som implementerades under 2012. Den 1 juni 2012 fastställdes också rutinen för utskrivning (PRIMUS) där implementering pågick under 2013.

En processtödjare har även arbetat med att utveckla funktionerna i vårdplaneringsinstrumentet KLARA SVPL¹⁵ för att underlätta samverkan.

¹⁴ Två Nosamområden arbetade tillsammans.

¹⁵ KLARA SVPL är ett IT-stöd för att på elektronisk väg kunna hantera innehållet i de tidigare pappersbaserade meddelanden som ingår i rutinen för att skapa ett beslutsunderlag som finns tillgängligt i den samordnade vårdplaneringsprocessen.

I juli 2012 ändrade projektet delvis inriktning, något som också sammanföll med byte av projektledare. Fokus flyttades från det lokala utvecklingsarbetet i Nosam-områdena till LGS-området som helhet. De pengar som fanns i projektet satsades på att erbjuda personal i olika kategorier och på alla nivåer i den kommunala äldreomsorgen, närsjukvården och sjukhus att delta i olika former av utbildningar. Syftet med utbildningarna var att stimulera samverkan. De startade under våren 2013 och behandlade varierande ämnen. Bland annat olika sjukdomar som hjärtsvikt och stroke och modeller/metoder för samverkan/kommunikation i samband med utskrivning av primärvårds-patienter från sjukhus.

Ett annat initiativ var att under våren 2013 starta, alternativt stödja redan pågående arbete/försöksverksamheter för att förbättra vården och omsorgen för målgruppen. De projekt/verksamheter som fick stöd den återstående projektiden var bland andra;

- Akutmottagningarna på Sahlgrenska och Östra sjukhuset som fick var sin omsorgskoordinator med uppgift att bedöma vilka äldre patienter som var i en skör livssituation. Förebilden var det redan etablerade arbetssättet på Mölndals sjukhus.
- En s.k. "bedömningsbil" bemannad med en sjuksköterska besökte äldre sjuka personer där SoS-alarm hade bedömt att det inte fanns ett akut behov av sjukhustransport.
- Personal som arbetade i kommunerna, närsjukvården och inom slutenvården bjöds in till sjukhusen för att stärka samarbetet och den kollegiala samhörigheten inför storhelger.
- Utveckling av en modell och arbetssätt för uppsökande verksamhet i Angered.
- De verksamheter som använde Primusremissen (den fastställda rutinen för utskrivning) fick ersättning per individ efter tillämpning av rutinen.

Resultat och erfarenheter

Projektet har i sin slutrapport avrapporterat olika aktiviteter och tidpunkter för genomförande samt syftet med aktiviteterna och inblandade organisationer. Projektet har också utvärderats av FoU i Väst.

Implementeringen av projektet i de tio stadsdelarna i Göteborgs stad respektive de fyra kranskommunerna har skiljt sig åt. En anledning är troligen att kranskommunerna till skillnad från stadsdelarna i Göteborg inte omorganiserades under projektiden.

Efter projektets första 18 månader hade någon form av samverkan inletts i alla tretton Nosam-områden och arbetsgrupper med uppgift att arbeta med äldrefrågor hade etablerats i tolv av områdena. Den första arbetsgruppen startades i april 2011 och de sista under hösten 2012. Arbetsgrupperna hade olika sammansättning men främst har chefer inom äldreomsorgen och närvården, biståndshandläggare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) ingått. Arbetsgrupperna har i olika takt utvecklat och utarbetat modeller, handlingsplaner och arbetssätt i syfte att stödja samverkan om de mest sjuka äldre. Bland annat har arbetsgrupperna utarbetat "listor" med kontaktuppgifter för

att underlätta kommunikationen. De har också utarbetat rutiner för samverkan kring personer med behov av hälso- och sjukvård i hemmet.

Utvärderingarna visar att INUT-projektet uppfattades som vagt och svårt att få grepp om och att projektet haft svårt att nå ut till alla verksamheter. Samtidigt fanns stöd för projektets innehåll bland medlemmarna i NOSAM-grupperna. Intervjuer genomfördes med nio ordförande och tre medlemmar i NOSAM-grupper. Samtliga uppfattades vara motiverade att arbeta med olika åtgärder för att förbättra processerna kring de äldre.

Processtödjarna har blåst liv i och/eller vidmakthållit samverkanskontakterna i Nosam-områdena. Projektidén var att stödja de nya Nosam-grupperna att utveckla en hållbar samverkan. Medlet var ett processinriktat arbetssätt enligt modellen från Hisam. Processtödjarna har fört upp samverkansfrågor på agendan, t ex genom regelbundna möten och att ta fram aktuella telefonlistor. De har också utarbetat lokala handlingsplaner för att utveckla samverkan och bidragit till att deltagarna i NOSAM lärt känna varandra vilket inspirerat till fortsatt samverkan. De har också initierat läkemedelsgenomgångar

Analysen visade att de flesta chefer hade förstått det övergripande syftet med INUT men däremot framkom att närvården inte alltid förstått vikten av samverkan och av att ta ansvaret för att göra hembesök hos de mest sjuka äldre.

I den ursprungliga "Hisam-modellen" var tanken att kommunens distrikts-sköterskor skulle göra hembesök hos äldre som blev akut sjuka för bedömning och eventuell åtgärd. Eftersom denna arbetsfördelning visade sig strida mot det gällande lokala avtalet inom närvården beslöt ledningen för Göteborgs kommun att inte införa denna rutin. Däremot har Härryda kommun ingått avtal med närvården att göra akuta hembesök under jourtid. Lokala avtal angående hembesök på obekvämtid förbereddes även i de tre andra deltagande kranskommunerna.

Uppdraget att mäta vilka eventuella effekter projektet skulle ge kunde inte slutföras. Anledningen var att de uppgifter som hämtades ur statistikregister inte visade sig vara tillförlitliga på grund av felregistreringar eller ingen registrering alls. Bl.a. har uppgifter som, antal patienter som skrivits in i slutenvården, akutmottagningens genomloppstider för olika patientgrupper, återinläggningar och antal listade patienter 65+ samt antal av dessa som besökt vårdcentralen inte gått att följa upp.

I FoU i Västs utvärdering (2014) som avser hösten 2012 till projektet avslutades 2013 framkom att projektet främst upplevdes ha bidragit till att skapa lokala plattformar för samverkan. De bestod enligt utvärderingen av de samverkansarenor som Nosamstrukturen ger och verktyg som underlättade samverkan. Exempel är remissen för direktinläggning och utskrivningsremissen PRIMUS samt vårdplaneringsverktyget KLARA SVPL.

Baserat på resultatet från utvärderingen kan de gemensamma utbildningar som hölls i projektets senare del även sägas ha bidragit till viss samverkan över gränserna. Samtidigt var det svårt för verksamheterna att kunna skicka deltagare i den utsträckning de önskade eftersom utbildningarna gavs med kort varsel och under en begränsad tid.

INUT-projektet verkar enligt FoU Västs slutrapport (2014) främst ha bidragit till att underlätta en ökad koordinering¹⁶ mellan organisationer. [...] *Kännedom om varandra och varandras uppdrag underlättade arbetet med att hänvisa eller slussa till varandra. Verktyg som underlättade var till exempel kontaktlistorna med direktnummer, direktinlägningsremissen och PRIMUS-remissen.*

Kommentarer

INUT startade samtidigt som en stor omorganisation gjordes i Göteborgs stad, inom närvården och i samverkansorganisationen LGS. Det medförde att många chefer byttes ut och att de tidigare samverkansstrukturerna helt eller delvis slogs sönder.

Att samtidigt starta ett gemensamt förändringsarbete i samtliga stadsdelar i Göteborg och i de fyra kranskommunerna med ambitionen att skapa en enhetlig samverkansstruktur innebar en stor utmaning. När det gällde förutsättningarna i form av t.ex. kunskap, kompetens och resurser att kunna utarbeta och använda rutiner för samverkan om de mest sjuka äldre var det uppenbart att de olika omorganisationerna bröt upp tidigare samverkansrelationer och försvårade och försenade projektet. Som en följd av alla förändringarna fick aktiviteterna inom INUT också en mer organisatorisk inriktning och fokuserade mer på de som samverkar än på de som de samverkar för.

De olika omorganisationerna bidrog troligen också till att Göteborgs stad och närvården misslyckades med att utforma en överenskommelse att ansvaret för akuta hembesök under jourtid skulle ligga hos kommunerna.

Projektet angav i sin ursprungliga ansökan om stimulansmedel ett konkret exempel för hur samarbete rörande in- och utskrivningsrutiner från sjukhus för äldre patienter kan utvecklas (Hisam). Försöket att i så stor skala införa en arbetsmetod (modell) baserat på ett redan genomfört projekt kan ha väckt motstånd. INUT-projektet omfattade tretton Nosam-områden med totalt 55 000 medarbetare. Organiseringen med vårdval inom närvården gynnar heller inte samverkan. Det har varit svårare att få igång samarbetet där det varit många aktörer inblandade.

Vid intervjuerna med processledarna samt företrädare för närvården, hemtjänst och slutenvården framkom att det är viktigt att det finns tillräckligt med tid för samverkan. De intervjuade upplevde inte att de hade tillräcklig med tid för att utföra sina ordinarie arbetsuppgifter om de också skulle samverka. Bra relationer mellan distriktssköterskor och läkare bedömdes också vara mycket viktigt samtidigt som intervjuerna med distriktssköterskor i såväl landsting som kommuner visade att de hade svårigheter att nå läkare när de behövde.

De intervjuade processtödjarna tyckte inte att alla ekonomiska incitament i ersättningen för verksamheterna stödjer målen för samverkan. De påpekade också att första linjens chefer inte hade fått de mandat eller medel de behövt för att kunna genomföra förändringar som skulle gynna samverkan.

16 Med koordinering menas att verksamheternas bidrag adderas till varandra vilket är den lägsta graden av integration mellan organisationer (Berggren, 1982).

Enligt processtödjarna var det inte ovanligt att äldre personer skrevs ut för tidigt från slutenvården där också hemtjänstens personal ansåg att de äldre var i för dåligt skick att komma hem. Det innebar risk för att de fick åka tillbaka till sjukhuset igen.

Samverkan mellan landstingets primärvård, kommunal hemsjukvård och äldreomsorg behöver växa fram lokalt. Projektets värde synes här främst ha varit att skapa plattformar för möten mellan vårdgivare och professioner. De intervjuer utvärderarna gjort visar på värdet både av Nosam-grupperna och de gemensamma utbildningarna. De har bidragit till en ökad förståelse för varandra, och skapat kontaktkanaler – att man kunnat minska ”vi- och dom-känslan”.

Ambitionen att stödja den lokala samverkan i Nosam-områdena genom ett antal gemensamma övergripande stödstrukturer i form av olika remisser, KLARA SVPL m m uppnåddes inte helt under projektiden. Möjligheten att kunna skriva in äldre personer som insjuknat akut i slutenvården med hjälp av en direktinskrivningsremiss har inte fungerat så som det var tänkt. En bidragande svårighet har varit att antalet slutenvårdsplatser har minskat och att det ofta varit fullbelagt eller till och med överbelagt på sjukhusen. I de situationerna är sjukhusen inte benägna att ta emot patienter via direktinläggning. Direktinläggningarna försvåras också av att det inte finns läkare tillgängliga på vårdcentralerna som kan göra akuta hembesök. Vid projekttidens slut höll den Primusremissen på att implementeras och nya funktioner utvecklades inom ramen för vårdplaneringsinstrumentet KLARA SVPL.

Alla processtödjare hade heller inte erfarenheter av att arbeta i ledande ställning eller att leda liknande utvecklingsprocesser vilket troligen påverkade arbetet.

Sättet att arbeta i Mölndal med sköra äldre personer och den samverkan som pågår mellan Mölndals kommun, sjukhus och primärvården uppmärksammas runt om i Sverige. På samma sätt som Hisam-projektet visar intressanta vägar att försöka förebygga att äldre multisjuka gör onödiga besök i slutenvården innebär arbetssättet i Mölndal en modell för hur slutenvården, kommunen och primärvård kan samarbeta i samband med att äldre har besökt en akutmottagning eller vårdats inom slutenvården. I projektets andra del anställdes omsorgscoordinatorer på Sahlgrenska och på Östra sjukhuset för att arbeta på samma sätt som i Mölndal. Projektet hade vunnit på om detta arbetssätt hade uppmärksamats tidigare och förankrats i samtliga Nosam-områden eftersom arbetssättet kräver en organisation både inom kommunen och primärvården för att fungera.

För andra att lära av projektet

Projektet visar värdet av strukturerade former för möten, som Nosam-grupperna erbjuder. Det visar också på vikten av att det finns tillräckligt med tid för att medverka och driva samverkansprojekt framåt.

Att inte göra olika förändringar när ett projekt startar alternativt pågår som avsevärt påverkar förutsättningarna för projektet.

Att i ett projekt ha processtödjare som en stöttande funktion för att driva arbetet framåt.

Referenser

Lindahl L, Innes Mac H. (2014). En plattform för samverkan. Slutrapport från utvärderingen av projektet In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre. FoU i Väst/GR. Göteborg.

Levin, E.&Lindgren, L. (2013) Implementering av projektet In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre (INUT): Rapport FoU Väst/GR.Göteborg

Vännäs HemvårdsCenter

Vännäs kommun är en liten kommun som ligger i Västerbottens län, tre mil från Umeå, med en befolkning på omkring 8 500 personer.

Bakgrunden till projektet i Vännäs var att primärvården och kommunen en längre tid hade arbetat för att hemsjukvården skulle övergå till kommunens ansvar. Då två kommuner i regionen sa nej, och alla kommuner måste överta ansvaret för att övertagandet skulle kunna ske, behöll landstinget ansvaret för hemsjukvården. I Vännäs ville man dock ta tillvara det arbete och den tankeverksamhet som man hade lagt ned. Detta ledde till att Vännäs kommun och primärvården gemensamt skrev en projektplan om hur de skulle samarbeta och samlokalisera sina verksamheter. Vännäs kommun och primärvården har tidigare genomfört flera samverkansprojekt.

Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan Vännäs kommun (vård- och omsorgsförvaltningen) och Vännäs Hälsocentral (Hälsocentralen Tre Älvar som tillhör landstingets primärvård i Västerbotten).

Syfte med försöksverksamheten

Vännäs kommun uppmärksammade att allt fler sköra äldre bor kvar i sina egna hem, vilket medfört ökade krav på såväl hemtjänst som hemsjukvård. Brister identifierades i samordning, kommunikation och informationsöverföring mellan kommun och landsting.

Ett annat problem var att personalen mötte de äldre inom sina begränsade ansvarsområden vilket innebar att de ofta bara såg till det egna begränsade uppdraget.

Syftet med försöksverksamheten var att samlokalisera kommunens och en del av landstingets yrkesgrupper i nya gemensamma lokaler i anslutning till Vännäs Hälsocentral (primärvården). På så sätt skulle olika yrkesgrupper med olika kompetenser och arbetssätt – hemtjänst, nattpatrull, distriktssköterskor, biståndshandläggare samt kommunens och landstingets sjukgymnaster och arbetsterapeuter – samlas för att ”tänka mer lika” och därmed öka förutsättningarna för att kunna samarbeta bättre. Målet var att en gemensam ”HemvårdsCenteranda” ska prägla kontakterna utåt mot de äldre och deras närstående och att också minska beroendet av vilken medarbetare som stod för kontakten.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet har haft två målgrupper. Den ena målgruppen var personer 65 år och äldre i ordinärt boende som uppfyller kraven för att vara hemsjukvårdspatienter. Kriterierna för att definieras som hemsjukvårdspatient är ett långvarigt (minst tre månader) eller varaktigt behov av hälso- och sjukvård och en diagnos och/eller funktionshinder som motiverar att insatserna ges i hemmet. En samlad multiprofessionell bedömning av berörd personal utgör grunden för vem som ska innefattas av hemsjukvård (minst två olika personer från två olika professioner ska vara överens om bedömningen).

Den andra målgruppen var övriga personer i ordinärt boende som har någon form av sjukvård i hemmet utan att vara inskrivna i hemsjukvården (kortare insatser, enstaka hembesök, akuta hembesök och hemrehabilitering) och/eller hemtjänst.

Under projektiden har följande tre åtgärder genomförts:

Samlokalisering av hemtjänst och hemsjukvård i nya lokaler. Målet var att skapa en hemvårdsenhet där kommunens och landstingets personal för hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering samlokaliseras. Från kommunen innefattade det medarbetare inom hemtjänsten (dag- och nattpersonal), områdeschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och projektledare. Från landstinget var det Hälsocentralens personal vilket innebar distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Multiprofessionellt team, rehabilitering och samverkan (ROS). En redan tidigare etablerad samverkansform (ROS – Rehabilitering Och Samverkan) mellan Vännäs kommuns vård- och omsorgsförvaltning och Vännäs Hälsocentral i form av gemensamma möten vidareutvecklades och utökades till att genomföras fem dagar i veckan och inkludera fler yrkeskategorier, med läkarmedverkan en dag i veckan. ROS-mötena har hållits i HemvårdsCenters lokaler och har omfattat ca 30 minuters mötestid. Vid ROS-mötena har i huvudsak följande genomförts:

- teambaserade bedömningar av inkomna hälsofrågeställningar och hälsoärenden,
- gemensam planering av åtgärder och insatser för genomförande och uppföljning,
- bokning av samordnad vårdplanering och genomförandeplaner samt att,
- delge varandra relevant information om gemensamma hälsoärenden (efter samtycke från den enskilde).

Tekniska lösningar och IT-stöd. En rad tekniska lösningar har under projektet introducerats och utvecklats av medarbetarna. Grunden i systemet är databasen TES som är ett digitalt planerings- och registreringssystem och som har använts sedan 2004. TES innehåller bland annat uppgifter om var brukarna bor, vilken hjälp de ska ha, samt när och hur de önskar få sin hjälp. När personalen är ute i praktiskt arbete har de med sig en smartphone som är sammankopplad med TES. I smartphone kan personalen bland annat se sina

scheman, planerade besök och nödvändig information om brukaren, samt registrera utförda besök.

En annan teknisk lösning är ett nyckelfritt låssystem, som aktiveras via personalens smartphones. Fördelarna är en säkrare och minskad nyckelhantering, minskad restid och att snabbare nå personer som larmat. För personer som har svårigheter med att hantera sina läkemedel erbjuds nyckelfria låsbara (kodlås) medicinskåp utan kostnad för brukaren.

För att underlätta för brukare, anhöriga och andra att komma i kontakt med HemvårdsCenter har ett gemensamt telefonnummer införts, ”en väg in” (EVI).

För att serva och stötta personalen i den tekniska utvecklingen har en särskild tjänst som tekniksamordnare inrättats.

En förutsättning för samverkan mellan huvudmännen och olika yrkesgrupper bedömdes också vara en gemensam dokumentation. Oavsett huvudman har legitimerad personal (sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter) kunnat dokumentera i gemensam journal enligt ett lokalt avtal och patientens medgivande. Sedan den 1 september 2013 sker dokumentationen i kommunens journalsystem.

Under projekttiden har det genomförts ett antal medarbetarträffar, där olika problemområden hanterats. Utifrån dessa diskussioner har det skapats gemensamma lokala arbetsrutiner, som har uppdaterats och systematiserats i databasen. När rutinerna skapades utsågs särskilda uppföljningsansvariga. Inledningsvis bevakade projektledaren att uppföljningar skedde. I dagsläget pågår ett arbete med att föra över databasens innehåll till kommunen. Enligt projektledningen fungerar rutinerna, men för tillfället fungerar inte uppföljning och uppdatering.

Målsättningen är att samtliga aktuella brukare, oavsett om de kategoriserats som hemsjukvårdspatient eller inte, ska få en riskbedömning utifrån Senior Alert. Efter en fallolycka genomförs, enligt rutinen, alltid en riskbedömning. På ROS-mötet utses sedan ett team som ska upprätta en åtgärdsplan och genomföra en uppföljning. Samtliga legitimerade medarbetare (distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) samt tio undersköterskor har utbildats i riskbedömning.

Resultat och erfarenheter

En lokal undersökning av brukarnas upplevelse av vård och omsorg, som genomfördes 2011 och 2013, visade att brukarna vid båda tillfällena generellt var nöjda med de insatser som gavs. Samtliga studerade parametrar, utom en (delaktighet) som var oförändrad, hade förbättrats vid uppföljningen 2013.

I samarbete med Umeå universitet genomfördes två studier av den psykosociala arbetsmiljön hos medarbetarna, en förstudie genomfördes under våren 2011 och en uppföljning genomfördes under våren 2013. Vid projektstarten 2011 visade resultatet att medarbetarna inte var mer stressade än andra sjukvårdsanställda överlag. Vid den uppföljande studien 2013 beskrevs samlokaliseringen entydigt som mycket positiv och hade bidragit till ”snabbare, öppnare och en mer personlig kommunikation”. Arbetsmiljöundersökningen

visade även att personalens relationer till både brukare och kollegor hade förbättrats.

Ett annat resultat från den uppföljande studien var att de tekniska lösningarna har förenklat arbetet då nästan all information har samlats till ett ställe. Personalen får genom TES tillgång till den information de behöver för att utföra sitt arbete, samt annan nödvändig praktisk information, dock inte journaluppgifter. IT-stödet uppgavs även ha bidragit till en ökad känsla av kontroll över arbetssituationen, både när det gäller möjligheten att alltid ha viktig information nära till hands och att uppfylla mer praktiska behov som att lätt kunna hitta till en ny brukare med hjälp av GPS. För arbetsledarna innebar IT-stödet att de hade fått en bättre överblick av verksamheten.

Läkemedelsavvikelser och andelen personer över 80 år med mer än tio läkemedel minskade under projektiden. Detta är sannolikt en effekt av att man arbetat med flera åtgärder på läkemedelsområdet som exempelvis kvalitetsparmar och medicinskåp med kodlås, förbättrat delegeringsförfarande och en satsning på strukturerade läkemedelsgenomgångar.

Deltagandet i ROS-mötena har varit högt. Sammantaget pekar de genomförda mätningarna på att samlokaliseringen, de multiprofessionella teamen och ROS samt IT-stödet har resulterat i en mer effektiv resursanvändning. Bland annat redovisas att kostnaden per utförd hemtjänsttimme har minskat, en bidragande orsak till det är sannolikt förbättrade rutiner och bättre samverkan. Personalen uppgav att antalet onödiga resor har minskat efter införandet av smartphones, nyckelfri låshantering, medicinskåp med kodlås och bättre samordning av insatserna. Efter en kartläggning gjordes bedömningen att många av uppgifterna som distriktssköterskorna utfört (drygt 40 %) kunde delegeras till undersköterskor. Hemrehabiliteringen uppges ha underlättats genom förbättrad samverkan och information via ROS, vilket också i flera fall kan ha medverkat till minskat behov av hemtjänst.

Både kommunens och vårdcentralens personal uppger att samarbetet har blivit allt bättre under projektets gång. Personalen på HemvårdsCenter menar att primärvården har blivit mer delaktiga i arbetet, bland annat genom de i högre grad deltar i vårdplaneringar och att läkarna deltar i ROS. Enligt personalen på vårdcentralen har samlokaliseringen och ROS-mötena haft flera positiva effekter, bland annat uttrycker de att ”nu är det vår gemensamma patient” och att de har ett ”gemensamt uppdrag”.

Kommentarer

Samlokaliseringen av verksamheterna och de multiprofessionella ROS-mötena, som varit navet i projektet, tycks ha varit ett effektivt sätt att samordna vård- och omsorgsinsatser för projektets målgrupp. De gemensamma lokalerna och ROS-mötena har också, enligt de involverade yrkesgrupperna, varit viktiga framgångsfaktorer för att sudda ut huvudmannaskapsgränserna. Samlokaliseringen har varit en starkt bidragande faktor för att ROS-mötena har fungerat.

Representanter från olika yrkesgrupper framhåller att samlokaliseringen har medfört ett antal positiva synergieffekter. Att i princip dagligen träffas har, enligt medarbetarna, lett till att personer från olika yrkeskategorier har

lärt känna varandra bättre. Det faktum att personal från olika yrkesgrupper numera regelbundet träffar varandra, såväl vid arbetsmöten som vid mer informella sammanhang som exempelvis i det gemensamma lunchrummet och vid fikastunder, har lett till att det blir svårare att ”skylla på varandra” om något inte fungerar.

Förståelsen för och kunskapen om varandras yrken och arbetsområden har ökat. Flera personer uppger att de numera ser nyttan av varandras arbete. De menar att de ser vidare än sin egen kompetens och sina egna ansvarsområden. Samlokaliseringen och ROS-mötena har gjort uppdraget till ett gemensamt uppdrag. Ett exempel som illustrerar detta är att när en distriktssköterska ändå ska åka till någon för att lägga om ett sår, så kan hon även vid samma besök koka gröten.

Under projekttiden har det bedrivits ett omfattande förändringsarbete. Genomförandet av projektet har, enligt de involverade, underlättats av att Vännäs är en liten kommun samt att kommunen endast har en hemtjänstutförare och en vårdcentral vars lokal ligger i anslutning till HemvårdsCenter. Något som bland annat gjorde det möjligt att samla kommunens och landstingets vård och omsorg i en och samma lokal. Trots småskaligheten är erfarenheten att det är både tids- och tålamodsprövande att förändra invanda rutiner och arbetssätt.

Idén till projektet var en gång i tiden sprungen ur långtgående planer på ett kommunalt övertagande av hemsjukvården som då inte blev av. Den 1 september 2013 kommunaliserades hemsjukvården i Västerbottens län. På grund av det arbete som bedrivits inom ramen för projektet var mycket av förberedelsearbetet inför kommunaliseringen redan genomfört.

Vännäs HemvårdsCenter kommer att fortsätta i reguljär drift.

För andra att lära av projektet

Den fysiska samlokaliseringen som möjliggör att all personal träffas dagligen och de regelbundna multiprofessionella ROS-mötena kan stå som modell för andra, både mindre och större orter, som vill förbättra sin verksamhet och skapa en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Referenser

Bergfors, C., Brantmo, C., Uckelstam, C.-J., & Valijani, S. (2011). *Nulägesbeskrivning av den psykosociala arbetsmiljön hos medarbetarna vid Vännäs HemvårdsCenter*. C-uppsats. Institutionen för psykologi. Umeå universitet.

Kennedy, M., Lindström, A., Melin, J., & Nyrinder, K. (2013). *En undersökning av vårdgivargruppens psykosociala arbetsmiljö inom Hemtjänsten på Vännäs HemvårdsCenter*. C-uppsats. Institutionen för psykologi. Umeå universitet.

Bättre samverkan – bättre liv, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning

Syfte med försöksverksamheten

Hägersten Liljeholmens stadsdelsförvaltning hade under en längre tid diskuterat behovet av att utveckla ett bättre omhändertagande för gruppen mest sjuka äldre. Man hade känslan av att målgruppen mest sjuka äldre kunde hamna ”mellan stolarna” och inte fick den vård som var nödvändig. Stadsdelsförvaltningen tog initiativet att tillsammans med Stockholms läns landsting söka pengar för samverkansprojektet. Inom stadsdelsförvaltningen bor det drygt 71 000 personer.

Inom stadsdelen finns ett stort antal hemtjänstutförare och flera privata vårdcentraler vilket innebär många samarbetspartners. För att få ordning på samarbetet inbjöds representanter från olika verksamheter för att planera och därefter i projektform jobba med ett strukturerat förbättringsarbete. I projektplanen beskrevs att man tillsammans skulle identifiera problemområden och därefter utarbeta säkrare arbetssätt och gemensamma rutiner.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

I projektet har 19 olika vårdgivare deltagit, både privata och offentliga, från hemtjänst, vårdcentraler och slutenvård. Samtliga 19 vårdgivare utsåg en eller flera förändringsledare som sedan deltagit i projektets arbete. Under det första 1,5 året (juli 2010 – december 2011) kartlades de problemområden som behövde förbättras. Till sin hjälp i kartläggningen använde man LEAN – metodiken¹⁷. Samtliga förändringsledare fick genomgå utbildning i LEAN – metodik.

Initialt i projektet identifierades 170 problemområden som slutligen utmynnade i 7 områden som projektdeltagarna var överens om behövde bättre arbetssätt och rutiner. Förändringsledarna har haft ansvaret att pröva och förankra arbetssätt och rutiner och se till att dessa användes i det praktiska arbetet.

Målgruppen definierades som, invånare i Hägersten - Liljeholmen som var 65 år eller äldre och hade hemtjänst eller avlösning/växelvård, samt minst två slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna eller hemsjukvård med minst ett hembesök var 14:e dag.

Förutom den fastlagda definitionen kunde personer även inkluderas att tillhöra målgruppen efter särskild bedömning. Nästan alla äldre som på detta vis inkluderats i projektet har identifierats av distriktssköterskor på de fyra deltagande vårdcentralerna och av ASIH(avancerad vård i hemmet). Några har identifierats av hemtjänsten.

Under våren 2012 fanns sju olika rutiner kartlagda som projektgruppen beslutade skulle prövas och förankras i det praktiska arbetet.

¹⁷ LEAN: Syftet med metoden är att identifiera och eliminera faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för kunden.

De sju rutinerna som identifierades var:

- **Individanpassad vård- och omsorg i teamsamverkan** innebär att alla de som ger den äldre vård- och omsorg ska kunna samverka bättre genom att det finns en samlad information om den äldre. Rutinen bygger på att distriktssköterskan, efter det att en äldre identifierats tillhöra målgruppen, kontaktar den äldre. Om den äldre önskar medverka i projektet bokar distriktssköterskan ett hembesök där den äldres hälsostatus går igenom. Efter hembesöket bjuder distriktssköterskan in samtliga aktuella vårdgivare till en telefonkonferens där de olika insatserna diskuteras och struktureras och en gemensam åtgärdsplan tas fram. Oftast deltar, förutom distriktssköterskan, ansvarig kontaktperson från hemtjänsten och biståndshandläggaren vid telefonkonferensen. Om den äldre är i behov av rehabilitering bjuds även arbetsterapeut och sjukgymnast in till konferensen.
- Efter telefonkonferensen upprättar distriktssköterskan en vård- och omsorgspärm ("Gröna pärmen"). Pärmen innehåller uppgifter om viktiga medicinska data och vad den äldre behöver för vård- och omsorg. Där skall också finnas viktig vård- och omsorgsinformation som aktuell läkemedelslista, eventuella insatser från hemsjukvård och ASIH, omvårdnadsordinationer till hemtjänsten, åtgärdsplan för riskbedömning, aktuellt biståndsbeslut, genomförandeplan, rehabiliteringsplan, samordnad individuell plan och eventuella behandlingsmeddelanden från akutmottagningen. Vidare finns i pärmen aktuella vårdgivares kontaktinformation samt samtyckesblankett, information och checklista inför eventuella akutbesök.
- Pärmen förvaras hemma hos den äldre och syftar till att ge den äldre, de olika vårdgivarna och eventuella anhöriga en bra översikt. På det sättet är tanken att alla olika vård- och omsorgskontakter tydliggörs och vem som ansvarar för vad. Om den äldre behöver uppsöka akutsjukvård eller specialistvård är det tänkt att pärmen ska tas med. Viktiga iakttagelser om hälsotillståndet skall dokumenteras löpande i pärmen, främst av hemtjänsten som är den vårdgivare som mest regelbundet träffar den äldre och därför gör flest anteckningar.
- Det är distriktssköterskan som ansvarar för att pärmen upprättas och hålls uppdaterad. För att upprätthålla kontakten med samtliga samverkanspartners finns en stående tid på tisdagar för telefonkonferenser. Dessa kan användas till att diskutera både kända och nytillkomna "ärenden".
- **Riskbedömningar.** Hemtjänstens personal skall genomföra regelbundna riskbedömningar hos den äldre. Distriktssköterskan tar del av bedömningarna och signerar dem vid sina hembesök hos den äldre. Tanken är att risker ska upptäckas i tid för att vårdgivarna ska kunna förebygga och undvika försämringar i den äldres tillstånd. Distriktssköterskan ansvarar för förebyggande åtgärder och riskbedömningar enligt Senior Alert. Utifrån dessa riskbedömningar upprättas en åtgärdsplan där de olika vårdgivarna tar sitt respektive ansvar men även kan ta del av andras ansvar.
- **Rutinen försämring av den äldres tillstånd** innebär att det skall finnas en rutin framtagen för att den äldre ska få rätt vård i rätt tid och på rätt

plats. Rutinen bygger på standardiserade utvärderingar (se under punkt 2) av den äldres tillstånd. Med hjälp av resultatet för utvärderingarna kan distriktssköterskan göra bedömningar om eventuella försämringar och behov av åtgärder.

- **Specialspår på akutmottagningen** innebär att patienter med en grön pärm får en anpassad hantering på akutmottagningen. Det kan innebära att den äldre får en högre prioritering och att man tätare än annars bedömer den äldres behov av dryck, näring och toalettbesök.
- **Återgång från akutmottagning och vårdavdelning, s.k. Trygg hemgång.** Syftet med rutinen är att hemgången från slutenvården sker i samförstånd med hemtjänst och primärvård. Försämringar ska förebyggas och det sker en kommunikation mellan de olika vårdgivarna, den äldre och anhöriga. Samtliga berörda vårdgivare ska delta i vårdplaneringen inför hemgången samt också genomföra en uppföljningsplanering efter hemkomsten.
- **Förstärkt läkemedelshantering** innebär både läkemedelsavstämning och delegering. För att öka hemtjänstpersonalens kompetens har ett nytt delegeringsmaterial med kompetenspåfyllnad och kunskapsprov tagits fram.
- **Fast kontakt** innebär att försöka skapa en ökad kontinuitet och trygghet för de äldre. Ansvar för rutinen har tilldelats stadsdelens äldre- och anhörigkonsulenter. När konsulenterna får kännedom om behovet av en fast kontakt är deras uppgift att ta kontakt med den äldre och erbjuda ett hembesök. Den äldre kan behöva stöd i att bryta ensamhet och isolering. Andra behov kan vara att bistå vid kontakter med olika vårdgivare eller att genom regelbundna hembesök skapa trygghet genom att bygga upp en relation.

Resultat och erfarenheter

Erfarenheterna visar att det stundtals varit svårt att identifiera och fånga upp rätt målgrupp. Inom vårdcentralerna har man ofta valt att knyta projektet till hemsjukvården vilket inneburit att vissa äldre som inte har hemsjukvård kan ha missats. Likaså har det varit svårt att få välfungerande kanaler mellan slutenvården och öppenvården. I några fall har det varit svårt att motivera personer med demenssjukdom att medverka i projektet.

Antalet som tillhör målgruppen varierar över tid men har bedömts ligga runt 750 personer. Av dessa 750 har projektet hunnit med att erbjuda 210 personer att delta och därmed få en vård- och omsorgspärm ("Gröna pärmen"). Orsaken till att inte fler personer kunnat inkluderas i projektet förklaras med att distriktssköterskorna inte hunnit med fler äldre under det dryga år projektet kunnat erbjuda de nya rutinerna. De 210 personerna har en aktuell vård- och omsorgspärm och får förebyggande åtgärder med riskbedömningar som görs av distriktssköterskor och hemtjänstens vård- och omsorgspersonal.

Projektledaren har haft ett 60-tal uppföljningsmöten med förändringsledarna för att säkerställa att rutiner implementerats, följts och använts i det praktiska arbetet. Månadsuppföljningar genomförts av tillgängliga statistikuppgifter. Varje kvartal har medarbetarenkäter skickats ut och ett antal telefonintervjuer genomförts med äldre. Resultatet visar inte på några större förändringar avseende kundnöjdhet eller vårdkonsumtion. Antalet bedömningar

i Senior alert har däremot ökat samt en ökad upplevd samverkan mellan de olika personalgrupperna.

Projektet har utvärderats av Medical Management Center (MMC) vid Karolinska Institutet. Utvärderingen genomfördes genom 19 intervjuer med personal på vårdcentralerna och via projektgenomlysning under en 12 månaders period. Vid intervjuerna framkom att man upplevt ett ändrat förhållningssätt och en ökad medvetenhet om målgruppens behov. Arbetet med att identifiera och tillämpa de nya rutinerna angavs vara engagerande och värdefulla för att nå ett bra samarbete och resultat. De intervjuade tyckte också att de gemensamma diskussionerna under försöksverksamheten har lett till erfarenhetsutbyte och ökad förståelse för varandras verksamheter.

En slutsats som dras är att de verksamheter som lyckats bäst med sitt förbättringsarbete haft ett starkt ledningsstöd. Ledningen har där underlättat för sina medarbetare att delta i projektet och gett förändringsledarna ett tydligt mandat och visat intresse av uppföljning och återkoppling.

De svårigheter som framkommer var tidsbrist, hög arbetsbelastning och förändringsmotstånd bland arbetskamrater. Försöksverksamheten har genomförts i mindre skala än vad som var tänkt. De hinder och utmaningar som identifierats av MMC är att landstingets ersättningsmodell till vårdcentralerna inte främjar ett bättre omhändertagande av gruppen mest sjuka äldre. Vid verksamheter med stor personalomsättning har det varit svårare att genomföra förändringsarbetet. Hårda krav på sekretess mellan de olika vårdgivarna försvårar informationsöverföring och går i vissa fall före patientnyttan.

ARC/ÄC har vidare genomfört ett antal intervjuer med projektledaren och med personal från vårdcentraler och hemtjänst.

Vid intervjuer med personal från hemtjänsten som gett vård- och omsorg till drygt hälften (130) av de äldre som identifierats tillhöra målgruppen framhålls att projektet haft stor betydelse för att förbättra samverkan, särskilt mellan distriktssköterskor och hemtjänstens personal. Telefonkonferenserna har varit ett uppskattat arbetsinstrument och grunden för hela projektet. Från hemtjänsten framhåller man att man ömsesidigt fått en större förståelse för varandras villkor. Den gröna pärmen har hjälpt till att få en bra struktur på vad som behöver bevakas och hur problem kan förebyggas. Personer med demenssjukdom har ingått i projektet och i de flesta fall har det fungerat bra utom i några fall där den äldre efter ett tag av sagt sig pärmen eller till och med rivit sönder den.

Lean-metodiken tycker de intervjuade varit bra vid uppstart men några säger att det tog lång tid med alla grupper och genomgångar innan problemområdena hade identifierats. Under uppstartstiden byttes Lean-konsulter ut vilket kan ha bidragit till förseningarna.

När det gäller specialspåret på akutmottagningen har rutinen fungerat om ambulanspersonalen tagit med sig den gröna pärmen till akutmottagningen. I några fall har ambulanspersonalen tyckt att den varit för otymplig att ta med och därmed har inte akutmottagningens personal fått kunskaper om att det är en äldre med speciella behov.

När det gäller tryggheten vid hemgången händer det fortfarande att äldre kommer hem utan tillräcklig information och vårdplanering.

Det delegeringsmaterial gällande läkemedelshanteringen som förnyats under projektiden är uppskattat och fungerar tillfredställande. Det har blivit en bättre dialog runt läkemedel mellan distriktssköterskor och hemtjänsten.

Rutinen fast kontakt, där stadsdelens äldre och anhörigkonsulenter har i uppgift att bistå äldre som så önskar, kom igång sent och har ännu inte nått mer än ett 20-tal äldre. Stödet har i huvudsak bestått av att hjälpa till med att lösa isolering och ensamhetsproblematik. Konsulenterna har besökt de äldre i deras hem och fört samtal om önskemål om stimulans och aktiviteter.

Kommentarer

Försöksverksamheten har inte klarat av att genomföra projektet fullt ut. Ambitionen var hög men på grund av lång uppstartstid, många inblandade samarbetspartners och hög omsättning på främst distriktssköterskor på vårdcentralerna har det varit svårt att hålla tempot uppe.

I projektet användes LEAN-metodiken, vilken enligt deltagarna tog tid och av vissa upplevdes som omständig. Parterna skulle förmodligen klarat av att identifiera förbättringsområdena snabbare utan metoden.

För flera av de sju rutinerna för en bättre samverkan, saknas uppgifter om i vilken omfattning de kommit att prövas och förankrats. Flera av de erfarenheter som gjorts är dock av allmänt intresse.

En bärande idé i detta projekt är att alla berörda parter deltar i att identifiera problem och utforma gemensamma rutiner. Detta för att skapa en delaktighet och ett gemensamt engagemang för kommande förändringar vad gäller samarbete och samverkan.

Försöksverksamheten visar på ett värde av samverkan mellan olika yrkesgrupper runt de mest sjuka äldre. En ökad helhetsbild och förståelse för varandras ansvarsområden verkar ha bidragit till en ökad öppenhet och respekt mellan yrkesgrupperna.

Telefonkonferenserna har i många fall visat sig vara en lösning när tid och resurser är knappa och när flera olika vårdgivare är verksamma inom ett område. Konferenserna har underlättat samarbetet och skapat en ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter.

Även om det varit tidskrävande finns ett värde med att de olika vårdgivarna tillsammans identifierade och utformade de gemensamma rutinerna. Initiativet har bidragit till ett bra engagemang från medarbetare att driva projektet framåt.

Ledningarnas engagemang och medverkan har betydelse. Där ledningen visat intresse och gett förändringsledarna ett tydligt mandat har projektet kommit längre.

Att ge en yrkesgrupp – distriktssköterskan – huvudansvaret för att systematiskt identifiera äldre personer som behöver samordnade insatser har inneburit att både primärvård och hemtjänst bättre uppmärksammat gruppen, mest sjuka äldre.

Frågor kring sekretess mellan vårdgivare och samtycke från personer som saknar rättskapacitet har försvårat arbetet med att utveckla teamarbetet över huvudmannaskaps- och utförargränser. Detta är frågor som kräver lagstiftningsändringar.

Beslut har tagits från båda huvudmännen att fortsätta med utvecklingsarbetet även under 2014.

Vad kan man lära?

Försöksverksamheten visar hur man i en storstadsmiljö med många parter inblandade kan arbeta med förändringsarbete. Det är värdefullt att det är den berörda personalen som deltar. Ska det vara möjligt måste tillräckligt med tid avsättas. Telefonkonferenser kan vara en tidsbesparande metod. Den modellen förutsätter att det först finns tydliga rutiner och upparbetade kontaktnät – något som projektet tillhandahållit.

Att ge distriktssköterskan uppdraget att identifiera de äldre som är i särskilt behov av samordnade insatser är intressant och det är sannolikt bra att en yrkesgrupp fått huvudansvaret för att vara koordinator.

Bilaga 2.

Presentation av de elva försöksverksamheterna som inte djupstuderats

I denna bilaga presenteras de elva försöksverksamheter som i samråd med Socialstyrelsen inte har djupstuderats men som ARC/Äldrecentrums utredare följt löpande med återkommande besök och telefonkontakter.

Redovisningen för dessa försöksverksamheter baseras framförallt på projektens egna beskrivningar och redovisade resultat.

Projektbeskrivningen är upplagd så att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om vilka problem man ville komma till rätta med och vilket syftet var med att starta försöksverksamheten? Vad ville man förbättra för gruppen mest sjuka äldre? Därefter följer en beskrivning av vad man gjort under projektiden för att komma till rätta med problemen och för att förbättra för målgruppen samt erfarenheter och resultat från den lokala utvärderingen.

Avslutningsvis redovisas våra utvärderares kommentarer om i vilken utsträckning de lokala erfarenheterna och resultaten kan vara av mer generellt intresse.

Försöksverksamheternas slutrapporter finns att läsa på Sveriges kommuner och landstings hemsida.¹⁸

¹⁸ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/forsoksverksamheter

Multi 7, Umeå

Syfte med försöksverksamheten

Samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård behövde förbättras för de mest sjuka/multisjuka äldre. Målet var att försöka minska risken för att insatser ibland inte blivit utförda samtidigt som dubbelarbete kunde förekomma när hemtjänst och hemsjukvård inte samarbetade. Äldre har haft svårt att hitta rätt kontakt inom primärvården och det har hänt att äldre multisjuka åkt in och ut på sjukhuset flera gånger utan att primärvården känt till det. Ambitionen har också varit att hitta äldre personer som är i behov av samlade vård- och omsorgsinsatser ur förebyggande syfte.

Umeå har drygt 117 000 invånare.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet har utgått från flera olika definitioner av målgruppen ”mest sjuka” äldre. Målgruppen kom att definieras som personer 65 år och äldre med behov av vård och/eller omsorg enligt:

- Personer som varit inlagda eller besökt akutmottagningen tre eller fler gånger inom sex månader.
- Är inskrivna i hemsjukvården.
- Personer där personal inom hemtjänst, på hälsocentraler och inom slutenvården larmat vid fallrisk, risk för trycksår, risk för undernäring, munhälsa, social svikt, signal från närstående, nyttillkommen urin- eller avföringsinkontinens, återinläggning inom 30 dagar, många läkemedel.
- Nya brukare med omvårdnadsinsats och/eller matleverans.

Försöksverksamheten har drivits gemensamt av två projektledare, en från kommunen och en från landstinget. För utveckling av hemsida, sociala medier och material har stöd getts från en informatör och en statistiker, den senare för att sammanställa data. Memeologen, landstingets utvecklingsenhet, har fungerat som stöd och bollplank.

Multi7 innefattar två delar, ”Trygg och Säker Hemma” och ”Trygg och Säker Utskrivning”.

Arbetsprocessens fem steg för **Trygg och säker hemma** har varit identifiering, bedömning, planering, att åtgärda och att kontinuerligt följa upp. Stadsdelen Backen i Umeå har utgjort ”testyta” där medarbetare från Backens hälsocentral och den kommunala hemtjänsten tillsammans har utarbetat ”Multi7-modellen”.

Under 2013 har 2 ytterligare hälsocentraler i Umeå och en i Skellefteå börjat arbeta enligt Multi7modellen.

Personer som bedömts tillhöra målgruppen har erbjudits att delta i ett standardiserat vårdprogram. Erbjudandet har skett via telefonkontakt eller via personlig kontakt med distriktssköterskan. Ett hembesök har gjorts där distriktssköterskan, ibland tillsammans med kontaktpersonen från hemtjänsten och/eller biståndsbedömare, gått igenom vårdprogrammet och tillsammans

med den äldre beslutat om åtgärder. Totalt har 80 personer blivit erbjudna att delta i Multi7 programmet, 75 tackade ja och 5 tackade nej.

Det standardiserade vårdprogrammet innehåller:

1. Fast namngiven vårdkontakt/patientansvarig läkare
2. Riskbedömning i Senior alert (*fall, trycksår, nutrition och munhälsa.*) I samband med bedömningen sätts åtgärder in och följs upp enligt den plan, patienten, distriktssköterskan och hemtjänsten kommer överens om. Distriktssköterskan ansvarar för registreringen i kvalitetsregistret.
3. Läkemedelsgenomgångar görs enligt beskrivningen i det samlade dokumentet "Handlingsplan Modell Västerbotten – Läkemedelsgenomgångarna innebär bl.a. säkerställande av korrekta läkemedelslistor för patienten.
4. Behovsanpassad omsorg, biståndshandläggare kontaktas när behov av ökad eller minskad insats finns.
5. Individuell plan. Den som först ser behov (ex. biståndshandläggare, distriktssköterska, läkare) ansvarar för att sammankalla de övriga personal-kategorier som behöver delta för att kunna upprätta en plan. Dokumentationen görs på en speciell blankett, därefter ansvarar varje huvudman för dokumentation i respektive journalsystem. Ett exemplar av planen äger patienten/brukaren själv. Uppföljning av insatser man kommit överens om skall alltid ske efter 12 veckor eller tidigare om behov finns.

När det gäller den andra delen av projektet som benämns: **Trygg och Säker Utskrivning** kom det igång i februari 2013. Tanken var att sätta fokus på personer som hade omfattande vård- och omsorgsbehov och som varit inlagda inom slutenvården och där risk för återinskrivning förelåg.

Syftet med delprojektet var att skapa en trygg och säker hemgång genom en standardiserad utskrivningsprocess. Till sin hjälp har sjuksköterskan bl.a. haft ett verktyg i form av en checklista för att bedöma risk för återinskrivning. Från och med våren 2013 sker också uppföljning via "Webbkollen hemma"¹⁹.

Resultat och erfarenheter

Målen har varit att de äldre ska känna sig trygga, att brukare/patienter och närstående ska vara välinformerade, att man kan uppnå en god kvalitet på hälso- och sjukvårdinsatser och omsorgsinsatser samt en välfungerande samordning mellan vårdgivarna. Ett problem i utvärderingen har varit att målen varit svåra att konkretisera och att mäta. Det som gått att följa upp och utvärderat är mått som process- och strukturmått, t.ex. att det existerar en individuell plan, att man faktiskt har en namngiven ansvarig läkare, att Senior Alert bedömning är gjord osv. Däremot saknas en uppföljning rörande effekterna för den äldre och dennes närstående.

Under projektet har intervjuer genomförts med 6 äldre från Backenområdet. De har upplevt att hemtjänst och distriktssköterska har ett bättre samarbete än tidigare. De är mycket positiva till de insatser och det bemötande som

¹⁹ Webbkollen hemma är ett intervjustöd vid uppföljning av personer över 65 år som skrivs ut till hemmet efter en sjukhusvistelse.

hemtjänst, läkare och distriktssköterska har gett. Det har varit lätt att nå distriktssköterskan och enkelt att få komma till hälsocentralen när behov funnits. Samtliga kände till att de hade en individuell plan som de själva varit med och utformat. De flesta uppgav också att de kände sig trygga.

Enligt vård- och omsorgspersonalen och projektmedarbetarna har kommunikationen och förståelsen för varandras arbete ökat under projektiden, särskilt mellan hälsocentralen och hemtjänsten.

Trygg och säker utskrivning har skötts från Norrlands universitetssjukhus där två utskrivningssjuksköterskor ansvarat vid hemgången. Till sin hjälp har de haft ett standardiserat arbetssätt som inneburit, utskrivningssamtal med en checklista där viktig information har getts och ett uppföljningssamtal med den äldre patienten via telefon efter att den äldre varit hemma i 72 timmar. Vid intervju med en av utskrivningssjuksköterskorna framkommer det att uppföljningssamtalet varit särskilt uppskattat av den äldre och att funktionen som utskrivningssjuksköterska underlättat och effektiviserat arbetet för de andra sjuksköterskorna inom avdelningarna.

Kommentarer

Flera delar av vårdprogrammet förefaller som självklara, som t.ex. att det skall finnas en namngiven patientansvarig läkare och att hemtjänsten skall vara behovsanpassad. Det som i teorin är självklarheter fungerar dock inte alltid i praktiken. Multi7 kan därför vara ett strukturerat sätt att arbeta för att dessa "självklarheter" bättre följs.

Under 2013 har privata hemtjänstutförare börjat delta i Multi7. Det har däremot varit svårare att få med de privata vårdgivarna inom primärvården. De ser behovet och vill införa modellen men anser att de inte kan, på grund av att ersättningsmodellen inte stödjer arbetssättet.

För andra att lära av projektet

När samarbete inte fungerar och när ansvariga vårdgivare inte uppfyller det som åligger dem kan Multi 7 ses som ett exempel på hur man kan arbeta med standardiserade modeller och väl beprövade metoder.

Mobilt äldreteam, Östermalm

Syfte med försöksverksamheten

Syftet med Mobilt Äldreteam Östermalm (MÄÖ) var att hitta nya vägar för stöd till äldre med stora vård- och omsorgsbehov samt att hitta vägar för ökad samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Inom stadsdelen bor det ca 67 000 invånare.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen definierades initialt enligt Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre - *Personer 65 år och äldre med omfattande sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och/eller omfattande insatser enligt socialtjänstlagen/lagen om stöd och service för funktionshindrade (minst 25 timmar/mån).*

Det visade sig dock vara svårt att hitta de äldre och beslut fattades att gälla alla äldre 65 + boende på Östermalm. Tanken var att även äldre personer utan vård- och omsorgsinsatser kan behöva stöd

Under projektet vände sig också personer som inte omfattades av ovanstående definition, t.ex. äldre som inte bodde inom Östermalms stadsdelsförvaltning, till projektet. Bedömning gjordes att även de skulle ges stöd och råd.

För att på olika sätt stödja äldre personer med behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser anställdes två vård- och omsorgssamordnare (VoO). De sammanlagt fem olika VoO som kom att arbeta i projektet hade tidigare arbetat som socionom, biståndshandläggare, distriktssköterska och sjukgymnast.

Vanliga arbetsuppgifter har varit:

- svara på frågor i telefon från äldre, anhöriga, grannar eller personal,
- kontakt med enskilda äldre vid hembesök,
- finnas med i olika kontakter om den äldre så önskat (t ex vid hembesök av biståndshandläggare),
- ha aktiv kontakt med olika personalkategorier utifrån den enskildes önskemål (t ex kontakta syn- och hörselinstruktör, distriktssköterskan),
- ge stöd, rådgivning och information,
- sprida information om funktionen VoO och om projektet.

I några fall hade vård- och omsorgssamordnaren återkommande kontakter med de äldre, i andra fall fungerade de som en förmedlande länk.

Under projektet har två olika utskick riktats till äldre, boende inom Östermalms stadsdel. Under hösten 2011 skickades brev till 392 personer 65 + varav 34 personer med omfattande hemtjänstinsatser. Av dessa 392 personer återkom tre till försöksverksamheten med en önskan om hembesök. Inom en vecka från utskicket ringde MÄÖ också upp de 34 personerna som hade omfattande hemtjänstinsatser. Fem av de uppringda tackade ja till hembesök. Totalt tackade åtta personer ja till hembesök.

2013 gjordes ett nytt utskick till samtliga äldre på Östermalm och denna gång till de äldre som fyllde 85 år innevarande år, vilket motsvarade 155

personer och som inte tidigare haft kontakt med socialtjänsten. Inom en vecka ringdes personerna upp. Ett flertal personer var intresserade av att få information hemsänd om t.ex. vård- och omsorgsboende, hemtjänst samt kommunens öppna verksamhet. Av de uppringda tackade 15 ja till hembesök.

I februari 2013 startades en riktad uppsökande verksamhet till personer 85 år och äldre boende på Östermalm då det sedan projektstarten främst varit denna åldersgrupp som kontaktat mobila teamet.

Olika utbildningsdagar har anordnats om samverkan kring de mest sjuka äldre där distriktssköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer m.fl. varit inbjudna. En folder har även utarbetats med information om Östermalms äldreomsorg.

Resultat och erfarenheter

Det har inte genomförts någon utvärdering av projektet. Samtliga effektmål som angavs i den ursprungliga projektplanen och som var inriktade på att utvärdera hälsorelaterad livskvalitet, trygghetsupplevelse samt vård- och omsorgskonsumtion togs bort. Vid ett möte med stadens juridiska avdelning hade det framkommit, att den typ av registrering, som krävdes för att kunna följa upp effektmålen inte var juridiskt försvarbara. De uppgifter det var frågan om var bl. a kontaktväg till teamet, motiv/behov, sjukdomar och besvär, kognition, motorik, nutrition, hälsoprofil.

Under projekttiden har det varit stor personalomsättning och sjukskrivningar bland VoO. Under vissa perioder hade projektet överhuvudtaget inte någon VoO alls i tjänst. Rollen som VoO upplevdes som oklar och man hade inga befogenheter att vidta några åtgärder utan kunde endast ta kontakt med andra professioner och påtala/beskriva de äldres behov och situation.

Projektet avslutades i förtid, i juli 2013.

Sammanfattningsvis framkom det att de personer som försöksverksamheten kommit i kontakt med till stor del var oberoende alternativt milt beroende när det gäller aktiviteter i det dagliga livet (IADL). De flesta har varit ensamstående och kvinnor. Flertalet har besökt akutsjukvården under det senaste året samt vid minst ett tillfälle under det senaste året vårdats inom slutenvården. Hälften av personerna hade hjälp av hemtjänst.

Kommentarer

I projektansökan uppgavs att MÄÖ skulle vara ett samarbetsprojekt mellan landstinget och kommunen. Östermalms stadsdelsförvaltning har dock ensam drivit projektet, utan samverkan med Stockholms läns landsting. I slutrapporten från projektet framkommer följande; *Det visade sig dock vara mycket svårt att skapa en organisation tillsammans med landstinget. En orsak var att det vid försöksverksamhetens start fanns nio husläkarmottagningar på Östermalm, en landstingsdriven och åtta privata. Landstingets enda funktion har under projekttiden varit att de haft representanter i styrgruppen.*

För andra att lära av projektet

Detta projekt påminner oss om vikten av att skapa förutsättningar och tydlighet innan ett projekt startas och att, när det är flera aktörer som äger projektet, alla är medvetna om sitt ansvar. Vidare tydliggörs vikten av att ge projektledningen det stöd den behöver under genomförandetiden.

ViSam – Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell, Örebro län

Syfte med försöksverksamheten

Trots på pappret väl fungerande formella och informella strukturer för samverkan (både på politisk nivå och på tjänstemannanivå), fanns, enligt ansökan, behov av att utveckla samverkansformer över huvudmannagränserna för att förbättra vård, behandling och rehabilitering av de mest sjuka äldre inom hela länet.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen definierades som äldre personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg där vården kräver en nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård.

Regionförbundet i Örebro som företräder Örebro läns landsting och samtliga kommuner i länet har varit aktiva i försöksverksamheten. Totalt bor det drygt 285 000 personer i länet. Projektet har varit förankrat både på politisk och tjänstemannanivå hos de båda huvudmännen.

En projektgrupp har haft till uppgift att ta fram en modell för ökad samverkan mellan huvudmännen. ViSam som blev försöksverksamhetens namn betyder Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell. Projektet hade initialt fler målområden men under projektets gång reducerades de till tre områden A) Beslutsstöd²⁰. B) Säker utskrivning. C) Samordnad individuell plan (SIP). Inom varje område togs fram och testades konkreta hjälpmedel för vårdplanering och informationsöverföring.

Beslutsstödet är ett instrument som kan användas av den kommunala sjuksköterskan för att avgöra vad som är optimal vårdnivå för den enskilde patienten då denne hastigt eller oväntat försämras i sitt hälsotillstånd. Instrumentet som är utformat som en checklista togs fram i samverkan med specialister inom allmänmedicin, geriatrik, internmedicin, kirurgi, lungmedicin, akut-sjukvård, anestesi och intensivvård. Vid framtagandet diskuterades de frågor och parametrar som bedömdes vara viktiga i bedömningen om lämplig vårdnivå.

Projektet hade ingen utformad utvärderingsplan vid start. Resonemanget som fördes var att eventuella effekter inte kunde ses förrän modellen började

²⁰ Checklista beslutsstöd: <http://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2013/12/checklista-beslutsstod.pdf>

användas. Dock såg man med tiden ett behov av att testa de instrument som togs fram, vilket också genomfördes.

Ett ytterligare målområde som från början fanns lyftes bort. Det gällde rutiner för kommunikation och informationsöverföring mellan läkare inom primärvården och slutenvården. Orsaken till att man inte gick vidare var att det var svårt att rekrytera läkare till projektet, man bedömde att en läkarmedverkan var viktig för att kunna nå målet.

Resultat och erfarenheter

Huvudmålet var att skapa en länsövergripande modell för vårdplanering och informationsöverföring mellan de olika vårdgivarna. Modellen är framtagen och arbetet med implementeringen påbörjades efter försöksverksamhetens slut hösten 2013.

- Beslutsstödet har tagits emot väl av verksamheterna. I september 2013 hade närmare 500 personer inskrivna i hemsjukvården testats, varav ungefär 20 procent i SÄBO och 80 procent i eget boende. Instrumentet används av de kommunala sjuksköterskorna som sedan kontaktar någon av de 20-tal primärvårdsläkare som har det medicinska ansvaret. Jämförelser gjorda mellan 2011 och 2012 visar att läkarna kontaktades av sjuksköterskan i betydligt större utsträckning efter ett år. År 2011 hade primärvårdsläkaren kontaktats i 27 procent av de fall som kom in till akuten på sjukhuset. Året efter var siffran 70 procent.
- Ett annat resultat var att de patienter som kom till akuten var högre triagerade, (allvarlighetsgraden på deras tillstånd var högre). En slutsats kan vara att det var fler patienter som bedömdes kunna stanna längre kvar i hemmet än tidigare. Beslutsstödet kan ha gett en ökad trygghet i sjuksköterskornas bedömningar om när en person ska skickas in till sjukhus eller ej.
- Säker utskrivning med det processtöd och checklista som tagits fram har testats vid Karlskoga lasarett. Processtödet innebär ett tydliggörande för vilket ansvar kommunen, primärvården och slutenvården har vid en utskrivning från sjukhuset. I Karlskoga som testat verktyget har det fungerat som ett instrument för kvalitetssäkring vid hemgång. Det har dock framkommit att det är svårt att ändra på inarbetade rutiner. Verktyget har haft svårt att få genomslag fullt ut.
- Pilottester genomfördes av SIP, i utvalda områden under november 2012 till våren 2013. Samordnad individuell vårdplan (planerad i hemmet) har även den haft svårt att få genomslag. Under projektiden har tio vårdplaner tagits fram. Orsak kan vara bristen på fungerande IT-stöd för den gemensamma dokumentationen över vårdgivargränserna. Det har varit svårt att hitta en godkänd tillämpning av IT-stöd som både uppfyller personalens och sekretessens krav. Tillämpningen inom Örebro län av systemet Nationell patientöversikt (NPÖ) som var tänkt att användas för SIP har tidigare kritiserats av datainspektionen. De har i sin kritik konstaterat att landstingsstyrelsen brutit mot patientdatalagen då man lämnat ut patient-

uppgifter till de andra vårdgivarna utan att ha informerat patienterna på ett tillräckligt sätt.

Projektgruppen anser att det behövs mer tid för att etablera de båda rutinerna, säker utskrivning och samordnad vårdplan.

Kommentarer

Målet att tryggheten för de äldre skall förbättras genom bättre samarbetsformer mellan huvudmännen och de olika aktörerna har under hela projektiden varit förankrat på högsta politiska nivå och på tjänstemannanivå. Trots det har det ibland saknats mandat både för tester och för införande av de nya metoderna. Det har också varit svårt att rekrytera och engagera ”rätt” personer/chefer i projektet.

Den samordnade individuella planen (SIP) är påbjuden i såväl HSL som SoL sedan 2010 – det är bekymmersamt att de legala förutsättningarna för att dokumentera den samordnade planen hos de olika vårdgivarna ännu inte är klarlagda. Det är en utmaning på såväl lokal som nationell nivå att finna lösningar som tillvaratar både behovet av gemensam dokumentation som den enskildes integritet.

Projektet visar på de svårigheter som finns för att få genomslag för länsövergripande modeller för samverkan och informationsöverföring mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. En nödvändig förutsättning för omfattande projekt som detta – ett helt landsting och tio kommuner – är att förändringar och nya rutiner är förankrade såväl hos politiker och chefer på olika nivåer som hos den personal som ska använda de nya rutinerna.

Utvecklingsarbetet planeras att fortgå även efter projekttidens slut.

För andra att lära av projektet

Det beslutsstöd som utformats för att bedöma rätt vårdnivå har i utvärderingen av projektet bedömts vara ett välfungerande instrument.

TryggVE, Södra Älvsborg

Syfte med försöksverksamheten

Idén till projektet väcktes på Södra Älvsborgs läns sjukhus (SÄS) när personal började uppmärksamma att äldre multisjuka patienter ofta återkom till akutmottagningen. Projektets övergripande mål var att med en ökad uppmärksamhet på dessa "riskpatienter" bedriva rätt vård, på rätt nivå med hög effektivitet och med ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.

TryggVE står för Trygghet, Vårdsamverkan och Effektivitet och är ett samverkansprojekt mellan kommuner, primärvård och sjukhus i Södra Älvsborg. Total befolkning är ca 185 000.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektets målgrupp identifierades som "multisjuka" eller "multisviktande". "Multisjuka" definierades som äldre över 75 år med minst tre diagnoser och minst tre oplanerade läkarkontakter det senaste året, med skör och snabbt föränderlig livssituation. "Multisviktande" identifierades som en person 65 + med någon eller flera diagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabilitering eller funktionsuppehållande insatser under en längre tid. Gemensamt är att målgruppen har en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorg och rehabiliteringsinsatser. Totalt har 1 770 personer identifierats som TryggVE-patienter.

Identifiering av målgruppen har skett på flera nivåer. På sjukhuset via registerdata samt i samband med vårdplaneringar inför hemgång från slutenvården. I kommunerna har personal (arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer) vid sina olika teamträffar identifierat personer. Inom primärvården har personer som ofta ringt till vårdcentralen för ospecifika symtom eller varit på läkarbesök med en komplex sjukdomsbild eller haft flera olika sjukdomsbesvär och bedömts som skör identifierats som en TryggVE – patient.

För äldre som tackat ja till att bli TryggVE-patient gjordes en utredning, på platsen där patientens "hälsosituation uppmärksammades" (på sjukhuset, vårdcentralen eller inom hemsjukvården). Utredningen omfattade ett antal områden där olika screeninginstrument användes, bland andra Senior Alert. Screeningen omfattade följande; kartläggning av vad som skapar trygghet för patienten, psykisk hälsa, utredning av områdena depression ångest demens och riskbruk, läkemedel, nutrition, risk för undernäring, rehabilitering, identifiera nedsatt aktivitets och funktionsförmåga, prevention och riskbedömning för trycksår, fall m.m.

TryggVE-patienten fick en kontaktsjuksköterska som sedan skulle fungera som koordinator. TryggVE-patientens journal märktes också så att patienten snabbt skulle kunna identifieras. Patienterna fick ett telefonnummer där de kunde nå sin kontaktsjuksköterska för rådgivning och stöd vissa dagar i veckan.

Från de tio kommuner som deltagit i projektet och från primärvården i Södra Älvsborg, Södra Älvsborgs sjukhus och Alingsås lasarett, rekryterades 100 kontaktpersoner. Majoriteten av kontaktpersonerna var sjuksköterskor och övriga var sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt biståndsbedömare. Till kontaktpersonernas uppgifter hörde, att sammankalla den lokala arbetsgruppen, förmedla information, ta fram lokala rutiner samt driva utvecklingen lokalt och handleda i implementeringen av modellen.

Under projektet har gemensamma riktlinjer tagits fram där vårdgivarnas och de olika professionernas ansvar tydliggjorts. Som stöd i arbetet med TryggVE-patienterna har ett antal manualer och instruktioner utarbetats. Nätverk har skapats för kontaktpersonerna och dessa har tillsammans med projektledningen varit navet i arbetet. Förutom den muntliga förankringen har broschyrer utarbetats riktade till personal, patienter och anhöriga.

Resultat och erfarenheter

Projektet har dels utvärderats av FoU Sjuhärad, dels av projektledningen. Utvärderingen visade att antalet återinläggningar på SÄS inom 30 dagar av de identifierade TryggVE-patienterna minskade mellan 2010 - 2012, från 74 % till 58 %.

I en enkät riktad till den legitimerade personalen (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) framkom att flertalet tyckte att det var ett bra projekt men att de inte hade kommit igång med att arbeta efter modellen fullt ut. Man ansåg att alla yrkesgrupper inte gjorde vad de skulle göra, vilket minskade motivationen för andra. De intervjuade tyckte att det saknades förmåner/gräddfiler för patienterna i vårdsystemet. TryggVE medförde i vissa fall också dubbelarbete och mer administration för personalen.

Vid intervjuer med 12 patienter och fem anhöriga visade det sig att patienterna i hög utsträckning kände sig trygga med sin situation, men att tryggheten ofta relaterades till kontakten med de anhöriga och inte till vårdkontakterna. Vad det innebar att vara en TryggVE-patient var oklart, men några hade haft god nytta av att ha en egen kontaktsjuksköterska.

Utvärderingen ger inget svar på frågan om vilken nytta personal, patienter och närstående haft av TryggVE. Det är heller inte möjligt att dra några slutsatser om vad som ligger bakom att frekvensen återinläggningar inom 30 dagar hade minskat. Förutom att utvärderingens utformning inte medger sådana analyser måste också vägas in att fler projekt pågick samtidigt, som också riktades mot samma patientgrupp. Omorganisationer, införandet av vårdval och nationella satsningar som t ex inneburit prestationsersättningar innebär att det är svårt eller till och med omöjligt att avgöra vilka förändringar över tiden som kan relateras just till satsningen på TryggVE-patienter.

Kommentarer

Fokus i projektet har i hög grad varit inriktat på att identifiera TryggVE-patienter – att försöka identifiera patienter i kategorin de mest sjuka äldre.

För att TryggVE projektet ska kunna erbjuda patienterna ett alternativ till att söka akut vård bör erbjudandet vara betydligt mer omfattande, t.ex. att en

läkare i akuta situationer kan göra hembesök för att bedöma patientens vårdbehov och hur det bäst ska kunna tillgodoses.

ARC/ÄC bedömning är att projektet hade vunnit på om kommunerna och primärvården hade bjudits in att delta när projektidén utvecklades. Främst för att bredda frågeställningar och tankar på hur samverkan mellan alla olika vårdgivare borde fungera i praktiken.

Informationen som inhämtas genom den första kartläggningen och som görs med de olika screeninginstrumenten i TryggVE kan vara en bra grund för distriktssköterskornas fortsatta kontakter med patienterna.

För andra att lära av projektet

Projektets intention att arbeta systematiskt för att klarlägga behov hos målgruppen har ett stort värde men det omfattande screeningsverktyg som togs fram med olika evidensbaserade instrument kan vara svårt att hinna med i det vardagliga arbetet.

Referens

Höglund E, Frändin K, Hörder H, Karlsson P-Å. Utvärdering av TryggVE – ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre, FoU Sjuhärad Valfärd, rapport nr 32, januari 2014.

Samverkan för Linnea- lokala team med samordningsansvar, Kronobergs Län

Syfte med försöksverksamheten

Problemet beskrevs inledningsvis som att de mest sjuka äldre har svårt att på ett optimalt sätt få tillgång till en välfungerande vård och omsorg, ofta på grund av brister i samordning och samarbete mellan de olika vårdgivarna.

Det övergripande syftet med försöksverksamheten var att genom de lokala teamen identifiera och därefter erbjuda de mest sjuka äldre i länet ett sammanhållet omhändertagande via lotsar.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har varit personer 75 år eller äldre, med en eller flera sjukdomar och stora behov av omsorg och sjukvård, benämnd "Linnea". Målgruppen har inte ändrats under projektiden, däremot har olika försök gjorts att identifiera målgruppen.

Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan landstinget och länets alla åtta kommuner med totalt 185 000 invånare. Projektägare var Regionförbundet Södra Småland. FoU Kronoberg har svarat för utvärderingen. Projektet har letts av två projektledare på halvtid som svarat för kontakterna med projektledningsgruppen, informationen, ledningen av processledare, planering, genomförande, uppföljning, dokumentation och återkoppling.

I varje kommun har det funnits ett team, i de större kommunerna ett par team, som bl.a. arbetat med att identifiera Linneor. Teamen har också haft en roll att arbeta med förbättringar och att ta vara på utvecklingsprojekt som genomförts i den egna kommunen. Varje teams arbete har samordnats av en processledare på kvartstid.

I ett pilotprojekt använde projektet primärvårdens ACG-system (ersättningssystem efter vårdtyngd) för att identifiera Linnea innan problemen blivit alltför omfattande. Processledarna i några av försökskommunerna kontaktade utifrån listor från fyra vårdcentraler patienter med lägst sex ACG-poäng.

De tvärprofessionella teamen har på olika sätt arbetat med att identifiera "Linnea" för att kunna erbjuda en äldrelots. Personal har också kunnat hänvisa äldre till teamen och "Linnea" eller hennes anhöriga har själva kunnat ta kontakt. Lotsen har varit en person i det lokala teamet eller någon av den personal som ger den äldre vård och omsorg, någon hon/han känner förtroende för. Lotsarna har till sin hjälp haft en instruktionspärm där lotsuppdraget varit beskrivet.

Under arbetets gång har teamen uppmärksammat samverkansproblem på olika nivåer i organisationerna och lokala förbättringsarbeten har då kunnat inledas. Processledarnas möten och de lokala teamen är exempel på mötesplatser som projektet bidragit med. Framtidsverkstäder för att få fram konkreta idéer och visioner genomfördes också inledningsvis i varje kommun.

Resultat och erfarenheter

Projektet har haft svårt att hitta fungerande modeller för att identifiera "Linnea". Detta har inneburit att det inte varit möjligt, annat än för ett mindre antal personer, att erbjuda ett sammanhållet omhändertagande via lotsar.

Totalt blev det 43 personer som tackade ja till en lots. En stor majoritet av de äldre personer som kontaktades med ledning av ACG-poängen ansåg att de själva klarade av att koordinera sina vårdkontakter. Slutsatsen blev att ACG-systemet inte fungerade tillfredställande som urvalsmodell.

Att personal i stället väljer ut personer som hör till målgruppen är dock en sårbar metod, eftersom det bygger på uppmärksamhet hos personalen, en uppmärksamhet som inte alltid finns. Arbetet med att i högre utsträckning identifiera Linneor för att erbjuda dem att bli "vårdens VIP-kunder" återstår alltså.

FoU Kronoberg har följt upp de som tackade ja till en äldrelots. Utvärderaren fann en tendens att tryggheten ökat under tiden med lotsen.

De lokala teamen har på olika sätt identifierat hinder för samarbete och samverkan som skulle kunna lösas på en mer övergripande nivå. Detta arbete har fungerat olika i de olika kommunerna, från bra genomslag till ingen respons alls. Processledarna har här en central roll, som dock försvårats av för lite tid. Flera av dem har haft svårt att kombinera processledarrollen med sitt ordinarie arbete. För teammedlemmarna har ett hinder varit ersättningen (235 kr/möte) som inte täckt alla kostnader utan endast tiden för själva mötena.

Det har varit svårt att få med personal från vårdcentralerna i teamen. En orsak som angetts är det vårdvalssystem som införts. Det har medfört att det inte längre finns någon övergripande ledning för vårdcentralerna, och i uppdraget till vårdcentralerna i vårdvalet har medverkan i projekt av typen samordning för Linnea inte tydliggjorts. Ännu svårare har det varit att få med representanter från länssjukhusen.

Det har varit många projekt som har pågått samtidigt i kommunerna, som t.ex. webbkollen, Senior alert, uppsökande verksamhet till alla 75+ etc., deltagarna tycker att det blivit "ryckigt". *"Alla de olika projekten borde ha gått via teamen."* påpekar en av processledarna.

Kommentarer

Projektansökan skrevs fram av FoU Kronoberg på uppdrag av Regionförbundet Södra Småland. Förankring hanns inte med eftersom tiden för projektansökan var knapp. Det tog tid innan projektledare och processledare var på plats, och de lokala teamen startade mer än ett år efter beslutet om medel. Alla framtidsverkstäder var inte genomförda förrän en bit in på 2012. Utformningen av arbetet skedde lokalt i varje kommun vilket innebar att det tog tid för teamen att hitta sina arbetsformer.

Projektet prövade också några modeller som inte ledde vidare. Det ena var försöket att identifiera "Linnea" via primärvårdens ACG-modell. Det andra var inriktningen att erbjuda "Linnea" en lots, en modell där bedömningen blev att den sågs som mer lämpad för storstadsmiljöer än för Kronoberg. Dessa aktiviteter tog teamens hela tid, vilket innebar att de förbättrings-

slag som kom fram i framtidsverkstäderna i kommunerna inte kunde börja bearbetas förrän under 2013.

Enligt projektplanen skulle teamen sammanlänka andra pågående projekt med försöksverksamheten. Teamen har kartlagt de projekt de kunnat identifiera i sin kommun. Processledarna har dock, fränsett en kommun, varken fått i uppdrag eller tid av sina chefer att söka samordna de olika projekt som pågår, eller att inventera det utvecklingsarbete som gjorts t.ex. inom ramen för nätverket Linnéa²¹.

Formerna för om och i så fall hur teamen ska leva vidare är olika i kommunerna. Samtliga kommuner betonar vikten av att det även fortsättningsvis finns en lokal processledare. Likaså att det är viktigt med teamets huvudmannaskapsövergripande roll.

För andra att lära av projektet

De lokala teamen har visat sig vara en fungerande metod för att identifiera vad som inte fungerar för "Linnea". Teamen har där förvaltningscheferna stött teamens arbete kunnat initiera lokala förbättringsarbeten.

Referenser

Wikström E, Thulesius H. (2013) Utvärdering av en länsövergripande försöksverksamhet "Samordning för Linnea". FoU Kronoberg. *FoU-skrift* 2013:1

²¹ Se avsnittet om Nätverket Linnea

Patientprocess Mest sjuka äldre, Region Skåne

Syfte med försöksverksamheten

I regionen saknades det ett helhetsansvar för gruppen mest sjuka äldre. Vården och omsorgen behövde ha fokus ur patientens perspektiv. Med försöksverksamheten skulle detta åtgärdas genom att bygga upp ett systematiskt samarbete. I regionen bor ca 1 200 000 personer.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Från början skulle målgruppen mest sjuka äldre hittas genom att använda patientregistreringssystemet Adjusted Clinical Groups (ACG) som används i Skåne. I systemet grupperas patienter efter sjuklighetsmönster och tar hänsyn till samtliga diagnoser, sjukdomarnas allvarlighetsgrad samt varaktighet och krav på vårdresurser.

Det visade sig vara svårt att med hjälp av ACG-systemet hitta, mest sjuka äldre, både inom primärvården och inom hemsjukvården.

Projektet valde därför i stället att i var och en av de fyra försökskommunerna Höganäs, Svedala, Tomelilla och Östra Göinge ta fram två grupper med 25 boende i särskilt boende (SÄBO) och 25 boende i ordinärt boende, vilka hade insatser från både kommun och primärvård.

Ett patientprocessteam bildades med personal från primärvården, kommunen och specialistvården (sjukhuset). Uppgiften var att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv. En central del i teamets arbete har varit att teamet tillsammans träffats hemma hos den aktuella personen – där anhöriga också ofta varit med. Parterna har vid träffen hemma hos den äldre genomfört en vård- och omsorgsplanering som utmynnat i att en samordnad individuell plan (VOPS). Varje team har haft en utsedd patientprocessansvarig person med ansvaret att driva utvecklingen med fokus på det planerade och överenskomna slutresultatet för patienten.

Patientprocessmodellen hade tidigare prövats på olika diagnosgrupper (ledplastik och stroke) och frågan var om den även kunde fungera på en målgrupp som ”mest sjuka äldre” med behov av vård och omsorg av olika slag och från olika vårdgivare.

Projektet saknade vid start en utvärderingsplan.

Teamen hade i uppdrag att ta fram lämpliga utfallsmått. En förhoppning var att patientregisterdata (direktinläggningar, återinläggningar, planerade hembesök, namngiven fast läkarkontakt) skulle kunna användas som utfallsmått efter avslutat projekt. Teamen har under projektet rapporterat om svårigheter att hitta valida mätinstrument och några resultat baserade på registerdata har därför inte redovisats.

Resultat och erfarenheter

Projektets första mål var att utarbeta en modell för att försöka förbättra samarbetet mellan de olika vård- och omsorgsgivarna och därmed uppnå en kva-

litetsförbättring för de mest sjuka äldre utifrån ett patient/vårdtagarperspektiv.

Modellen där ett sammansatt team utformat en samordnad individuell plan kommer nu att spridas över hela Region Skåne, dels med hjälp av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) satsning på "Ledningskraftsteam", dels med hjälp av ekonomiska incitament till primärvården. Ännu finns inga resultat redovisade som talar för eller emot en optimerad resursanvändning.

Ekonomiska incitament har använts för att engagera primärvården. Incitamenten gäller för alla enheter i Skåne, inte bara för de fyra projektgrupperna. Antalet framtagna och därmed ersatta VOPS har ökat från 705 stycken i augusti 2012 till 913 ett år senare. Ersättningen som utbetalats till primärvården har under samma år ökat från 564 000 till 1 826 000 kronor. Ersättningen per VOPS har ökat från 800 kronor till 2000 kronor under projektiden.

Om läkare är med vid hembesök är ersättningen fem gånger högre jämfört med ett besök på vårdcentralen.

Målrelaterade ersättningar ges också till vårdcentraler för hög läkarkontinuitet för patienter, antal besök på akuten som inte lett till inläggning, andel direktinläggningar, tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar, olämpliga läkemedel till äldre, samordnade individuella planer, tidig upptäckt, diagnosisering och registrering av demens, systematisk och resultatorienterad samverkan med kommunerna kring de mest sjuka

Kommentarer

Det har varit positivt att det funnits lokala patientprocessledare (LPPL) som engagerat, drivit och hållit ihop de lokala patientprocessteamerna. LPPL har i sin tur haft två regionala patientprocessledare (RPPL) som stöd. Initialt saknades en arbetsbeskrivning för dessa och även kunskaper i processkunskap vilket gjorde att det tog tid att få igång arbetet.

Likt många andra försöksverksamheter där olika huvudmän och yrkeskategorier getts möjlighet att mötas har patientprocessteamens arbete uppskattats av de som medverkat. De framhåller att samverkan genom det nya sättet att arbeta har förbättrats. Personalen tycker själva att de nu mer sätter den äldre personen (patienten) i fokus. Primärvården har också involverats mer i samverkansarbetet och även läkarna finns med vid mötena hemma hos personen/patienten.

De ekonomiska incitamenten har säkert spelat en stor roll. Region Skåne har använt det för att motivera arbetet med patientprocessteamerna och framtagande av VOPS. Däremot har inte kommunernas deltagande i patientprocessteamerna ersatts under projektiden. Fokus har legat på att få med primärvården i samverkansarbetet.

Det finns risk för att de ekonomiska incitamenten för vårdcentralerna skulle kunna innebära att "onödiga" VOPS genomförs eller ibland enbart beröra primärvårdens aktörer.

Regionen planerar att via SKL:s ledarprogram, ledningskraft, sprida erfarenheterna och arbetssättet vidare för att nå ut i hela regionen.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten visar på en modell där man genom ett strukturerat samarbete och ekonomiska incitament kan få fart på den samordnade vårdplaneringen i hemmet.

För Malåbons bästa, Malå

Syfte med försöksverksamheten

I Malå – en av Sveriges minsta kommuner med drygt 3 000 invånare – var landstingets akutvårdsavdelning (sjukstugan) i Malå nerläggningshotad. Något som skulle innebära att närmaste sjukhus i så fall skulle finnas en dryg timmes bilresa bort. Projektets syfte var att genom en bättre samordning mellan kommun och landsting skapa en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Där ett av målen var att försöka behålla akutplatserna i kommunen.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen, de mest sjuka äldre, identifierades att omfatta de som var 65 år eller äldre och varit inskrivna på sjukhus eller vårdavdelning och där bedömts ha behov av fortsatta vårdinsatser från kommun och landsting.

I den ursprungliga projektplanen fanns initialt fem olika delprojekt som skulle genomföras med hjälp av stimulansmedlen. I praktiken kom projektet framförallt att fokusera på det första delprojektet, sammanslagningen av sjukstugan och ett av kommunens vård- och omsorgsboenden (Tjamstangården) för att samutnyttja kommunens och landstingets resurser. De båda verksamheterna låg i samma byggnad och med små medel kunde lokalerna samlokaliseras. Verksamheten är nu i ordinär drift.

Under projekttiden har flera utbildningssatsningar genomförts för personalen på sjukstugan och Tjamstangården. Undersköterskor inom de båda verksamheterna utbildades för att kunna arbeta med varandras verksamhet. Kommunens undersköterskor fick vidareutbildning för att kunna arbeta med hälso- och sjukvård och akutsjukvård. Landstingets undersköterskor fick vidareutbildning inom omsorg och omsorgsarbete.

Delar av personalen har också fått utbildning inom akut psykiskt omhändertagande och palliativ vård. Samtlig personal har fått en tvådagarsutbildning i demenssjukdomar och i omvårdnad om demenssjuka personer. Personalen har också fått utbildning inom olika kvalitetsregister som ex. Senior Alert och Palliativa registret.

De övriga fyra delprojekten var att:

- inrätta ett demensteam,
- utvecklat anhörigstöd,
- inrätta ett palliativt team samt,
- utveckla telemedicin som en arbetsmetod.

Resultat och erfarenheter

Genom att samlokalisera tre kommunala korttidsplatser och sex platser i vård- och omsorgsboende med landstingets akutvårdsavdelning har flera uppenbara fördelar uppnåtts. De mest sjuka äldre som vårdas på någon av platserna behöver inte längre byta plats om deras tillstånd förändras samtidigt som förutsättningarna för personkontinuitet underlättas. Vid ARC/ÄCs intervjuer med personalen framkommer att den gemensamma vårdavdelningen främst verkar gynna de som är kognitivt sviktande. De äldre möter samma personal på äldreboendet som på vårdavdelningen.

Landstingets kostnader för lokaler och i viss utsträckning personal har minskat utan att kommunens kostnader ökat nämnvärt. Detta är sannolikt åtminstone delvis en förklaring till att sjukstugan och fyra av de sex ursprungliga akutvårdsplatserna i Malå fick vara kvar när landstinget i Västerbotten genomförde besparingsåtgärder under hösten 2011. Utan sjukstuga och möjlighet till inläggning på orten skulle alla sjukdomsfall som kräver inläggning behöva åka till Lycksele, 85 kilometer från Malå.

Övriga delprojekt har inte hunnit startas under projektiden. Dementsteamet är fortfarande under planering där teamet har haft svårt att komma igång då det saknats läkarmedverkan. En alternativ utformning kommer nu att prövas då det inte finns tillgång till en fast läkare i kommunen. Alternativet innebär att distriktssköterskan får ett större ansvar att utreda patienter i deras hem under handledning från Norrlands universitetssjukhus via bildtelefoni. Distriktssköterskan kan, eventuellt också tillsammans med en arbetsterapeut, ge anhörigstöd. Ett läkarbesök och provtagning sker på vårdcentralen för att utesluta andra orsaker till minnessvårigheterna.

Det palliativa teamet har ännu inte startat men en plan ska tas fram i samverkan mellan kommun och landsting.

Planerna på telemedicin utgick från att de äldre och deras anhöriga skulle kunna stå i direktkontakt med sjukstugan fick läggas ner eftersom många personer i målgruppen saknade fungerande bredbandsanslutningar.

Kommentarer

Att den samlade verksamheten bemannas av sjuksköterska dygnet runt och att läkare går rond varje morgon ger även de boende på Tjamstangårdens tre korttidsplatser och på de sex platserna i vård- och omsorgsboendet möjligheter att vårdas/behandlas i sitt boende. Detta innebär att samordningen av vården och omsorgsinsatserna bör ha förbättrats för de patienter/brukare som bor/vårdas på någon av de totalt 13 platserna. Målgruppen för kommunens platser är sannolikt till stor del de "mest sjuka äldre" som därigenom får en mer sammanhållen vård. Möjligheten för kommunen att tillhandahålla en god palliativ vård ökar rimligen också genom att boendet är bemannat med en sjuksköterska dygnet runt.

Sammanläggningen har inneburit förbättringar för personalen. Omsorgspersonalen har utbildats inom hälso- och sjukvård för att de ska kunna hantera situationer som kan uppstå inom akutsjukvården. Personalen upplever att de fått ett kompetenslyft vilket kan bidra till att man finner jobbet mer intressant och stimulerande. Den ökade kompetensen bland kommunens anställda

har även inneburit att det blivit lättare att hitta vikarier till akutvårdsverksamheten. Bemanningen blir rimligen mindre sårbar genom att kommunen och landstinget kan utnyttja varandras personal.

En faktor bakom att detta lyckade samarbete kom till stånd kan nog sökas i en gemensam syn på de problem som skulle uppstå om akutsjukvårdsplatserna på orten lades ner helt och man skulle få över en timmes bilfärd till närmaste sjukhus.

En annan faktor som kan ha underlättat samarbetet, är småskaligheten – att det handlat om att samlokalisera platser och personal för totalt 13 vård- och omsorgsplatser.

Det som är genomfört inom projektet kommer att fortsätta i reguljär drift, när det gäller övriga delprojekt planeras att projektledaren fortsätter utvecklingsarbetet.

För andra att lära av projektet

Projektet har visat att man genom samlokalisering av akutsjukvårdsplatser och kommunala korttidsvårdsplatser och platser i vård- och omsorgsboende kan uppnå ett förbättrat samarbete mellan huvudmännen till minskade kostnader.

Äldrecentrum, Rengsjö

Rengsjö är ett litet samhälle som tillhör Bollnäs kommun som ligger i södra Hälsingland. Rengsjö ligger en dryg mil öster om Bollnäs. I projektet ingår även grannbyn Växbo som ligger en knapp mil från Rengsjö. I Rengsjö och Växbo bor det omkring 1 650 personer.

Syfte med försöksverksamheten

Bakgrunden till projektet var att servicen för de äldre hade försämrats på orten. Det särskilda boendet hade omvandlats till trygghetsboende och distriktsköterskemottagningen hade lagts ned. Det folkliga missnöjet var stort och det framfördes protester till Bollnäs kommun och primärvården. Initiativtagare till projektet var ledningen för primärvården i Bollnäs, som drivs av vårdföretaget Aleris, i samarbete med socialtjänsten i Bollnäs kommun, samt frivilligföreningarna Rengsjö PRO, Föreningen Rengsjö framtid, Ringshögs anhörigförening, Röda korset (första året) och Svenska kyrkan (sedan ca 2,5 år). Projektet har genomförts i samverkan mellan dessa aktörer.

Syftet med projektet var att utveckla någon form av verksamhet riktad till de äldre på orten - ett aktivitetscenter med förebyggande och stödjande aktiviteter, utifrån de äldres behov och önskemål, för att uppnå ett ökat välbefinnande och kvarboende i Rengsjö och Växbo.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har ändrats över tid. Vid projektets start definierades målgruppen som de mest sjuka 75 år och äldre. I december 2011 inkluderades alla pensionärer när det gällde de förebyggande insatserna och för stödinsatserna

blev målgruppen personer 75 år och äldre som av hälsoskäl inte kan ta sig till Hälsocentralen i Bollnäs.

Från 2012 definierades målgruppen för stödinsatser om, nu i enlighet med Socialstyrelsens definition: ”Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.” Projektet har i huvudsak arbetat med tre åtgärder:

1. Förebyggande aktiviteter (friskvårds- och fritidsaktiviteter).
2. Utveckling av en modell för samverkan mellan primärvård och hemtjänst.
3. Stödåtgärder (mobilisering av resurser).

Det förebyggande arbetet har bedrivits regelbundet under ledning av representanter från frivilligföreningar och från projektet. Det förebyggande arbetet har vänt sig till alla pensionärer i Rengsjö och Växbo. Några av de aktiviteter som togs fram var: måndagsgruppen (varje måndag promenader med eller utan stavar samt efterföljande social samvaro och föreläsningar med hälso-tema), balansgruppen (övningar för att undvika fallskador), kortspel, bowling (TV-spel) och inomhusboule.

När det gäller åtgärden att **utveckla en modell för samverkan** hade Landstinget i Gävleborg och länets kommuner sedan tidigare beslutat att införa en gemensam rutin för samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP). I Rengsjö har detta utvecklingsarbete genomförts som en del av försöksprojektet. SVOP har inneburit omfattande bedömningar och dokumentation där flera professioner varit inblandade. Bland annat har det genomförts riskbedömningar enligt Senior alert, ADL-bedömningar, funktions- och balansbedömningar samt läkemedelsgenomgångar. Efter att en SVOP utarbetats har respektive vårdgivare reviderat sina egna planer; genomförandeplaner (hemtjänsten), rehabiliteringsplaner (sjukgymnast och arbetsterapeut) och omvårdnadsplaner (distriktssköterska). För att säkerställa att de samverkande parterna även fortsättningsvis ska arbeta enligt den utarbetade modellen har det tecknats ett samverkansavtal mellan primärvården och Bollnäs kommun.

De stödjande åtgärderna har inneburit en mobilisering av resurser, exempelvis återöppnades distriktssköterskemottagningen under 2011 en dag i veckan, inledningsvis dock endast för patienter som var 75 år och äldre och som inte kunde ta sig till Hälsocentralen i Bollnäs. Från 2013 utökades verksamheten till att ha öppet två förmiddagar i veckan för alla pensionärer men med tidsbokning via Aleris Hälsocentral i Bollnäs. Under projektiden har det även funnits en läkare på mottagningen en förmiddag varannan vecka (fr.o.m. 2013 har läkaren kommit till mottagningen efter tidsbokning). Dessutom har en sjukgymnast och en arbetsterapeut involverats i arbetet. Under projektiden har mottagningen provat sig fram för att hitta en modell som, ”svarar mot behoven, men till rimliga kostnader”.

De stödjande åtgärderna har varit möjliga att genomföra tack vare de beviljade projektmedlen. Redan vid ansökningsförfarandet bjöds befolkningen på orten in till ett stormöte där projektledningen informerade om syftet med projektet. Frivilligföreningarna blev därigenom redan från början delaktiga i

projektet och involverades i arbetsgruppen som skulle utveckla det nya arbetssättet och de stödjande åtgärderna. Det första önskemålet från föreningarna var att distriktssköterskemottagningen skulle öppnas igen.

Resultat och erfarenheter

Måndagsgruppen har varit välbesökt och uppskattad av deltagarna, det har varit ca 45 deltagare per tillfälle. Balansgruppen startades för att minska antalet fallskador. Ett tiotal personer har deltagit under ledning av en sjukgymnast och en arbetsterapeut, de flesta av deltagarna har förbättrat sin balans. Bollnäs kommun har beslutat att det ska startas balansgrupper enligt ”Rengsjömodellen” på andra platser i kommunen.

Projektet som helhet har bidragit till att bryta ensamheten för många äldre personer samt motiverat dem till både fysiska och sociala aktiviteter. Utöver de personliga vinsterna för de äldre finns det, enligt den lokala utvärderingen, indikationer på att såväl de förebyggande aktiviteterna som de stödjande åtgärderna och modellen för samverkan har lett till färre sjukhusinläggningar och ett minskat behov av hemtjänst.

Inom ramen för projektet har primärvården i Bollnäs och hemtjänsten i Rengsjö utvecklat och implementerat lokala rutiner för samverkan, vilka är baserade på länets rutiner. Merparten av de äldre som har tagit del av de stödjande insatserna har varit inskrivna i hemsjukvården, vilken under en stor del av projektiden var en landstingsangelägenhet. De nya rutinerna har inneburit att planerade insatser beslutas vid SVOP istället, som för tidigare, att de olika professionerna arbetade parallellt med bristande kommunikation. Enligt de inblandade yrkesgrupperna har det nya arbetssättet och strukturen bidragit till bättre planering och att de äldre får sin hjälp snabbare än tidigare.

Kommentarer

Projektet är ett exempel hur ett folkligt missnöje efter försämrade samhällsservice för de äldre i glesbygd kan vändas till någonting positivt. Resurser mobiliserades på bred front och frivilliga krafter engagerades. De frivilliga krafterna har varit viktiga under projektets utformning och uppbyggnad, och kommer även i framtiden att vara viktiga för verksamhetens överlevnad. Under projektets gång har det framkommit att det är viktigt att frivilligheten inte blir tvingande. De som engagerar sig frivilligt vill inte bära hela ansvaret för aktiviteterna och känna sig uppbundna. För att säkra överlevnaden och dela ansvaret med de frivilliga krafterna har Bollnäs kommun avdelat viss tid för en anhörigstödare att bl.a. delta i måndagsgrupperna och kalla till planeringsmöten en gång i månaden för planering av aktiviteter. Kommunen bedömer det vara ”en rimlig kostnad för något som ger så stora hälsovinster för den äldre befolkningen”.

Genom de förebyggande aktiviteterna har man skapat en arena och mötesplats för de äldre. Därigenom har personalen också lärt känna fler av de äldre och på det sättet också kunnat identifiera personer som är i behov av stödåtgärder.

Den 1 februari 2013 kommunaliserades hemsjukvården i Bollnäs kommun. I samband med att kommunen tog över ansvaret för hemsjukvården uppstod

en osäkerhet kring ansvarsfördelning och struktur rörande samverkan. Bland annat uppstod problem för hemtjänsten då vissa brukare var inskrivna i hemsjukvården och andra inte. Hemtjänsten behövde utveckla samverkansrutiner med både primärvården och kommunens hemsjukvård. Detta arbete underlättades av att man inom ramen för projektet hade utvecklat en modell för samverkan. Ett mål har varit att modellen för samverkan och stöd, som projektet har arbetat fram, successivt ska implementeras i hela kommunen.

Rengsjö och Växbo är små orter som är en del av en större kommun. Föreningarna på orten har en stark folklig förankring. Detta kan ha varit en framgångsfaktor som underlättat mobiliseringen av det folkliga missnöjet med neddragningar som skett under de senaste åren. I andra kommuner har det visat sig vara svårare att engagera frivilligorganisationerna. På grund av att det är små orter kan en annan framgångsfaktor ha varit att den lokala personalen har haft en god kännedom om sin äldre befolkning. Antalet personer som tillhör målgruppen ”de mest sjuka äldre” är relativt få, och därmed borde det rimligtvis också ha varit få i denna målgrupp som har varit okända för personalen.

För andra att lära av projektet

Den samverkan som skedde mellan vård och omsorg, frivilligorganisationer och medborgare kan tjäna som lärande exempel för andra liknande orter med liknande problem.

De mest sjuka äldre, Örnsköldsvik

Syfte med försöksverksamheten

Att säkerställa ett effektivt och säkert patientflöde på rätt vårdnivå. För de mest sjuka äldre som kommer till akutmottagningen ska väntetider och tiden på akutmottagningen inte vara längre än vad som krävs för en effektiv och säker vård. Vistelse och omhändertagande skall ske i en vårdmiljö som är anpassad till de mest sjuka äldres förutsättningar.

Örnsköldsviks kommun har en befolkning på ca 55 000.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

I ansökan angavs fyra åtgärder:

- prehospital triagering,
- proaktiv vårdplanering,
- alternativa vårdformer och
- tid/miljö på akutmottagningen.

Prehospital triagering är en metod som innebär en strukturerad bedömning av en persons hälsostatus innan personen kommit till sjukhuset. Genom metoden kan vårdpersonal snabbt och effektivt kommunicera med varandra mellan t.ex. ambulans och sjukhus. Ett system med anvisningar och manualer för att bedöma behov av åtgärder och vårdnivå (RETTS-pre) har införts i hela länet i ambulansverksamheten. Genom bättre information om patientens häl-

sotillstånd innan denne kommer till sjukhus, ökar möjligheten att styra patienter till alternativa vårdformer/ rätt vårdnivå. Checklistan och manualer för prehospital triagering testas fortfarande.

Proaktiv vårdplanering innebar att utveckla en "Hälsodagbok" där personal i hemtjänsten och hemsjukvården fortlöpande skulle dokumentera de äldres hälsostatus. Dokumentationen var tänkt att användas som underlag för förebyggande insatser och därmed undvika försämringar som skulle kunna leda till sjukhusvård. Hälsodagboken för det förebyggande arbetet införs successivt i verksamheterna och förväntas bli ett viktigt underlag för den kommunala hemsjukvården.

Alternativa vårdformer handlade om att skapa vårdplatser för direktinläggning av äldre. I oktober 2012 inrättades fyra geriatriska slutenvårdsplatser med direktinläggning från akutmottagningen.

Tid och miljö på akutmottagningen innebar att väntetiden och vistelsetider kontinuerligt registrerades och följdes upp. Likaså skulle vårdmiljön på akuten förbättras med tanke på de mest sjuka äldres välbefinnande. Akutmottagningen har utrustats med specialmadrasser för att undvika liggsår och "vätskestationer" har placerats ut för att förebygga uttorkning hos de äldre.

Utöver dessa fyra åtgärdsområden som ingick i den ursprungliga planen har ytterligare aktiviteter genomförts inom ramen för projektet.

Mångbesökarna på akuten har kartlagts och nya rutiner för personer med sviktande hemsituation har implementerats våren 2013. Ett exempel är arbetet med "trygg hemgång" där man samverkar med kommunens hemtjänst och primärvårdens distriktssköterska för att säkerställa att ingen patient blir hemskickad från sjukhuset utan att mottagandet i hemmet är tryggt. En vårdplaneringssjuksköterska anställdes under projektet för att tillsammans med akutmottagningens medarbetare ta fram och implementera rutinerna kring "trygg hemgång", vilket blev genomfört i september 2013.

På motsvarande sätt har ett samarbete med psykiatrin påbörjats kring mångbesökare som har både psykiska och somatiska problem i syfte att utveckla omhändertagandet på akutmottagningen.

Ytterligare ett projekt är att Hälsocentralen Ankaret (inför överförandet av hemsjukvårdsansvaret till kommunen) har genomfört ett arbete med att kartlägga vilka hemsjukvårdspatienterna är och i vilken utsträckning de får den hjälp de behöver. Syftet har varit att hitta alla patienter och erbjuda dem adekvat omsorg, vård och behandling. Tankar finns också om att inrätta en särskild mottagning för de mest sjuka äldre.

Resultat och erfarenheter

Av slutrapporten framgår att man har minskat väntetider på akutmottagningen överlag med 13 minuter i genomsnitt per patient, från redan tidigare relativt korta väntetider.

I ett projekt som omfattar äldre patienter med höftfraktur undersöker man om patienter kan överföras direkt till vårdavdelning från röntgen (om patienten ska läggas in), istället för att som tidigare behöva komma tillbaka till akutmottagningen från röntgen för att bli inskriven där och därefter flyttas till vårdavdelning. Detta arbete har tillsammans med användningen av RETTS

kunna öppna ett snabbspår för höft-patienterna, som innebär en minskad ledtid från ankomst till behandling från 14 timmar och 15 minuter till 11 timmar och 45 minuter i genomsnitt hösten 2013 (trots att den nya rutinen inte är fullt ut implementerad ännu)

Det pågår också ett arbete kring samordnad vårdplanering för att systematisera och standardisera informationsöverföringen. Ett ökat fokus på utskrivningsplanering och inrättandet av en särskild vårdplaneringssköterska för detta ändamål har enligt slutrapporten minskad tiden från slutjusterad vårdplan tills att patienten är utskrivningsklar med drygt 19 och en halv timme i snitt per patient, mellan åren 2011 till 2013. Introduktionen av Hälsodagboken har kommit igång under 2013, men det är oklart i vilken mån som den kommer att finnas i verksamheterna i framtiden.

Kommentarer

Fokus för försöksverksamheten i Örnsköldsvik har varit att utveckla metoder, rutiner och strategier för att förebygga inläggningar på sjukhus, förbättra omhändertagandet på akutmottagningen och säkerställa trygg hemgång för de äldre som varit inlagda på en slutenvårdsplats. Bemötandet på akutmottagningen och förebyggande insatser har varit i centrum för flera av initiativen. Flera olika interventioner har startats, varav vissa är genomförda och andra kommer att fortsätta efter försöksverksamhetens slut.

Samtidigt med försöksverksamheten har också en rad andra aktiviteter startats, för att utveckla sjukvården och äldreomsorgen, bl.a. inför övertagandet av hemsjukvården. Dessa aktiviteter var inte nämnda i projektansökan, utan har tillkommit under försöksverksamhetens gång.

Några uppföljningar har inte gjorts med inriktning på vad de olika insatserna betytt för de mest sjuka äldre. Det innebär att några tydliga effekter av de genomförda och planerade förändringarna inte kan avläsas vid försöksverksamhetens slut.

För andra att lära av projektet

Att trimma rutiner och organisation kan som i Örnsköldsvik resultera i både ett effektivare resursutnyttjande och tryggare vård för den äldre.

Hälsodagboken har fokuserat på tidig identifiering av äldre som riskerar akut försämring av sitt hälsotillstånd. Idén med Hälsodagboken och tankar bakom denna borde därför vara av intresse för många kommuner.

InterAction, Järfälla

Syfte med försöksverksamheten

Huvudsyftet var att synliggöra äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. Tanken var att projektet skulle generera ny kunskap om målgruppens behov som förväntades leda till ökad förståelse, bättre bemötande och utveckling av insatser inom både kommun och landsting.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Den primära målgruppen definierades som äldre bosatta i Järfälla kommun, 65+ med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. Den äldre skulle vara patient och inskriven i äldrepsykiatriska teamet, Psykiatri Nordväst, Karolinska sjukhuset. Den sekundära målgruppen var personal från landstinget (primärvården och psykiatri) och kommunen (biståndsbedömare, hemtjänstpersonal, personal från Järfälla hemstöd och personal inom Lindens äldreboende) som arbetar med den primära målgruppen.

Järfälla kommun har en befolkning på ca 65 000.

Under 2012 utökades upptagningsområdet till att gälla även kommunerna Solna, Sundbyberg, Sollentuna, Upplands Väsby, Upplands-Bro och Sigtuna. Patienter boende i Järfälla kommun har dock prioriterats. Syftet med utökningen var att kunna rekrytera tillräckligt med patienter för att kunna utvärdera delprojekt 1 (se nedan). Målgruppen utökades också till att omfatta äldre personer med psykiska funktionshinder boende på Lindens äldreboende i Järfälla.

Projektet har bestått av fyra delprojekt:

1. Inom äldrepsykiatri utveckla en modell att kommunicera med patienter via dator.
2. Utveckla tre kunskapsprogram utifrån målgruppens behov.
3. Inom Järfälla kommuns äldreomsorg utveckla kriterier för biståndsbedömning och insatser utifrån målgruppens behov.
4. Utveckla en modell för samverkan mellan Järfälla kommun och landstinget och nordvästra Stockholm genom att införa multiprofessionella team i arbetet med de mest sjuka äldre.

I delprojekt 1 utbildades landstingets äldrepsykiatriska team i att arbeta med e-hälsotjänster.

Rekryteringen av målgruppen skedde via det äldrepsykiatriska teamet i samverkan med kommunens biståndshandläggare. Det fanns inga krav på patienterna avseende tillgång till dator eller vana att hantera It-teknik. 26 äldre erbjöds att delta i projektet och 15 tackade ja. Deltagarna som tackade ja var mellan 65 och 83 år, elva kvinnor och fyra män. De patienter som tackat ja, utrustades med datorer med bildtelefon. En arbetsterapeut avdelades för att instruera patienterna hur de skulle använda tekniken.

En sjuksköterska från äldrepsykiatriska teamet har också vid flera tillfällen gjort hembesök i syfte att informera, motivera och ge stöd till den äldre. När tekniken och kunskapen väl var på plats kunde användarna – det äldrepsykiatriska teamet (läkare och sjuksköterskor) och patienten och dennes anhöriga när de var på plats hos patienten - via sina datorer och bildtelefoner ha kontakter med varandra. Kontakterna handlade i huvudsak om stöd och behandling av teamet till patienten.

I delprojekt 2 var syftet att öka den äldres egen förmåga att påverka sin livssituation och egenvård genom olika kunskapsprogram. Tre kunskapsprogram togs fram av företaget ACTION-Caring i samarbete med Psykiatri Nordväst och äldre personer med erfarenhet av psykisk ohälsa samt ett antal

anhöriga till äldre med psykisk ohälsa. Det första programmet, "Välbefinnande i själen", handlade om depression och ångest i samband med åldrandet. Det andra programmet handlade om sömn och åldrande och det tredje om anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa. Samtliga program bygger på erfarenheter från äldre med psykisk ohälsa eller från anhöriga till äldre med psykisk ohälsa. Förutom patienterna kunde deras anhöriga och personal inom äldrepsykiatriska teamet och hemtjänsten ta del av programmen.

I delprojekt 3 var syftet att ta fram en modell för biståndsbedömning utifrån målgruppens behov. Biståndsbedömarna i Järfälla kommun kartlade äldre med psykisk diagnos inom kommunen och skaffade sig därigenom kunskaper om vilket behov målgruppen har.

I delprojekt 4 fanns planer på att utarbeta en modell för samverkan i multi-professionella team men som aldrig genomfördes.

Resultat och erfarenheter

Projektet avslutades i förtid, i mars 2013 då psykiatrin upphandlades och Psykiatri Nordväst inte längre var ansvariga för patienterna i Järfälla kommun. Projektet som helhet kommer med stor sannolikhet inte att permanentas i ordinarie verksamhet.

Projektet har haft en utarbetad uppföljningsmodell som innefattat områden som självskattat psykiskt välbefinnande bland de äldre patienterna, självskattat screeningsinstrument gällande depression, global funktionsskattningsskala (GAF), baserat på individuella intervjuer med 10 deltagare och en fokusgruppintervju med deltagande personal.

Resultatet av projektet visade inte någon skillnad när det gäller upplevt psykiskt välbefinnande eller självskattad depression före och efter att man haft möjligheten att samtala med personalen över bildtelefonen. Däremot finns en viss ökning av psykologisk och social funktionsförmåga.

Flertalet av de 10 intervjuade deltagarna angav att projektet gav ökad trygghet och att det funnits ett värde i att slippa åka till sjukhuset för samtal. Kontakterna via bildtelefoni och dator beskrevs som tillfredställande och personliga. Sju av de 10 som intervjuades uppfattade projektet som positivt eller mycket positivt. En ansåg inte att bildtelefoni kunde ersätta mänskliga kontakter, en annan tyckte att han blivit sämre medicinerad under projektet och den tredje hade inte fått ut något alls av projektet. Samtliga intervjuade, även de som uttryckt negativ kritik, kände sig mer eller mindre besvikna över att projektet avslutades i förväg.

Vid fokusgruppsintervjuer med läkare, sjuksköterska, biståndsbedömare och arbetsterapeut framkom att det varit svårt att rekrytera deltagare till projektet, en del patienter var antingen för sjuka eller för friska för att kunna delta. De patienter som var för friska ansåg sig inte ha något behov av bildtelefoni och de som var för sjuka hade svårt att lära sig tekniken. Det gick lättast att motivera de äldre som hade aktiva anhöriga och de patienter som också hade datorvana.

Personalen ansåg att projektet pågick för kort tid för att hinna se resultat, det skulle ha funnits mer tid för motiveringsarbete med patienterna. En annan negativ faktor var att bildtelefonin upplevdes som ett hinder vid längre

stöd och behandlingssamtal då tekniken inte alltid fungerade (fel uppstod vid 20% av bildtelefonikontakterna). Fördelarna beskrevs som att personalen kunde ha tätare kontakter och möjlighet till tillsyn och göra fysiska bedömningar tack vare bildtelefonin.

Vid intervjuerna framkommer att de tre kunskapsprogrammen som togs fram inte har använts av patienterna i någon större utsträckning.

Delprojekt 4 där planeringen var att utarbeta en modell för samverkan i multiprofessionella team genomfördes aldrig. Orsak som anges till att delprojektet inte prioriterades var att projektledningen valde att fokusera på ett bra avslut i delprojekt 1. Svårigheter har också bestått av att lyfta fram fördelarna med en samverkansmodell och att förankra dessa på ledningsnivå hos involverade samarbetspartners, landsting och kommun.

Kommentarer

Målgruppen, äldre med psykiska funktionshinder, är ofta en försummad grupp och vård och omsorg är ibland eftersatt på grund av organisations- och kunskapsbrister hos ansvariga och hos den vårdgivande personalen. Psykiska funktionshinder hör också ofta ihop med somatisk multisjuklighet vilket komplicerar vård och behandling.

Även om behovet av psykiatrisk vård och samtal/rådgivning är stort så är det uppenbart att kommunikation via dator/bildtelefon inte kan komma att fungera för stora delar av målgruppen. Detta minskar givetvis inte intresset för att införa den möjligheten för kommande grupper av äldre personer som skulle ha lättare att kunna utnyttja denna möjlighet.

Projektet påverkades negativt av svårigheterna med förankringen på ledningsnivå och att landstinget mitt under projekttiden genomförde en ny upphandling inom psykiatrin vilket gav en ny samarbetspart innan projektet hann slutföras.

För andra att lära

Försöket visar att bildtelefoni kan vara ett fungerande arbetsverktyg som underlättar personalens arbete och därmed indirekt kan innebära en ökad trygghet för vissa patienter. Projektet belyser också vikten av huvudmännens långsiktiga ansvar för att ett projekt ska överleva och ge avtryck i reguljär verksamhet.

Örkelljungamodellen, Örkelljunga

Syfte med försöksverksamheten

För att skapa en god sammanhållen vård för de mest sjuka äldre, behövs verktyg för att säkerställa en säker och trygg informationsöverföring över olika organisations och huvudmannagränser. Örkelljungamodellen utvecklades från behovet av att kunna kommunicera mellan organisationer som har olika huvudmän. I Örkelljunga bedrivs hemsjukvården av kommunen och ett behov fanns av gemensam informationsöverföring mellan de kommunalt anställda sjuksköterskorna, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna och pri-

märvårdens läkare. Syftet var att kommunens hemsjukvård och primärvårdens (Region Skånes) utförare elektroniskt skulle kunna kommunicera och dela information med varandra för varje enskild patient.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen för projektet var alla patienter i hemsjukvården i Örkelljunga kommun. Inom kommunen bor det knappt 10 000 personer. Beslut om hemsjukvård görs enligt tröskelprincipen, det vill säga om patienten kan ta sig till vårdcentralen själv eller med assistans/ledsagare räknas de inte som en hemsjukvårdspatient.

Försöksverksamhetens huvudarbete har bestått i att Örkelljunga kommun har tagit fram ett underlag för en IT- baserad individuell vårdplan, som planerades vara gemensam för hemsjukvården inom kommunen och i samarbetet med Region Skåne.

Journalssystemet som används i kommunen har konfigurerats så att gemensamma koder för all hälso- och sjukvårdspersonal kan användas och övergripande riskanalyser och vårdplaner kan utformas. Från och med maj 2013 dokumenterar all hälso- och sjukvårdspersonal anställda inom kommunen i samma "sökordsträd".

En E-tjänst har utvecklats för att kommunens hemsjukvård och regionens primärvård i Örkelljunga ska kommunicera kring gemensamma patienter.

Under projektiden har projektgruppen arbetat för att kommunen ska kunna få ta del av den nationella patientöversikten NPÖ²², samt tagit fram nödvändiga dokument i anslutning till NPÖ som informationsfolder till patienter, samtyckesblankett, rutiner och riktlinjer.

Ett annat arbete som pågått har varit att förbereda kommunen för lagen om valfrihet (LOV). Införande av LOV medger att andra aktörer än den kommunala hemsjukvården kan leverera hemsjukvård.

Resultat och erfarenheter

I kommunen finns nu ett fungerande IT-system som möjliggör en strukturerad gemensam dokumentation med riskanalyser och individuella vårdplaner för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hemsjukvården.

De hitintills gjorda analyserna av projektet visar att ett flertal av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal är positiva till en gemensam dokumentation. De framhåller att det ger en ökad kvalitet och säkerhet för patienten. Verksamhetscheferna i primärvården, var initialt positiva till att skapa en gemensam plattform för informationsöverföring. Region Skånes primärvård står dock fortfarande utanför Örkelljungamodellen pga. att primärvården inväntar införandet av det nya journalssystemet för samtliga region Skånes utförare (PMO)²³.

22 Den nationella patientöversikten är en del av den svenska nationella IT-strategin för vård och omsorg. NPÖ samlar information från olika vårdssystem hos landsting, kommuner och privata vårdgivare, som med patientens medgivande kan bli tillgänglig för behöriga användare var som helst i landet.

23 PMO (Profdoc Medical Office) är ett journalssystem för verksamhetsstöd och administrativt stöd och används av såväl offentliga som privata vårdgivare inom öppen vård. PMO skall utgöra öppenvårdsdelen av målbilden "En patient – en journal – ett vårdinformationsstöd" i Region Skåne.

I och med att Region Skåne tog beslut om att stå utanför Örkelljunga modellen så utformades istället en E-tjänst för meddelandehantering mellan kommunens hemsjukvård och primärvården i Örkelljunga. E-tjänsten färdigställdes under hösten 2013, men var inte i bruk vid projekttidens slut.

En konsumentbehörighet till den nationella patientöversikten (NPÖ) finns framtagen i både kommunen och regionen. En ursprunglig målsättning var att den individuella vårdplanen skulle vara kompatibel med NPÖ för att vara av värde för andra vårdgivare, vilket också har uppnåtts.

Kommentarer

Under projektets gång har personer i projektet bytts ut och det har också varit omfattande omorganisationer inom Region Skåne. Sista styrgruppsmötet för projektet hölls i april 2012. I styrgruppen ingick då förutom projektansvarig, en avdelningschef från Region Skåne, en strategisk rådgivare, en avdelningschef inom IT, en närsjukvårdschef från regionen samt en IT chef från Kommunförbundet. Styrgruppsmötena ställdes senare in, eftersom regionen under våren 2012 befann sig i en osäker fas avseende införandet av det nya gemensamma primärvårdsregistret för både privata och offentliga utförare inom hela Region Skåne (PMO).

Under hösten 2012 meddelade Region Skåne att de inte kunde ställa sig bakom beslut och samverka med Örkelljungamodellen eftersom införandet av PMO krävde alla Region Skånes resurser.

IT-plattformen för gemensam vårdplanering mellan kommunens hemsjukvård och region Skånes utförare i Örkelljunga har inte kunnat färdigställas på grund av omständigheterna inom Region Skåne samt brister i förankring mellan de två huvudmännen. Erfarenheten av detta är att det kan vara svårt och ibland inte alls möjligt att göra lokala lösningar när man ingår i en region. Regionen har svårt att anpassa sina system utifrån flera olika förutsättningar och lokala samarbetsformer.

Det kan vara svårt att förutse alla typer av förändringar i stora och komplexa organisationer. Det är därför betydelsefullt att så långt det är möjligt innan projektstart försöka kartlägga intresset och förutsättningarna att starta ett projekt där flera parter är involverade. Likaså att försöka belysa i vilken utsträckning det redan planerats eller till och med pågår liknande utvecklingsprojekt i en eller flera av de organisationer som kommer att bli involverade i projektet.

Ett vanligt förekommande problem, nationellt, är att huvudmännen använder olika dokumentationssystem som inte är kompatibla med varandra och där ingen part är beredd att byta system. Delvis på grund av de kostnader man redan investerat i de existerande systemen men också på grund av att verksamheterna har olika behov av olika dokumentationsmöjligheter.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten visar på problemen med att på lokal nivå utveckla IT-verktyg för att kunna kommunicera över huvudmannaskapsgränserna. Förankring och omvärldsanalys är viktigt innan ett projekt av detta slag startas.

Referens

Carlsson G, Malmgren Fänge A. (2013). Samverkan mellan kommunens hemsjukvård och Region Skånes utförare kring en integrerad gemensam IT-baserad individuell vårdplan – processutvärdering av en försöksverksamhet. Lund: Institutionen för hälsa, vård och samhälle. Lunds Universitet.

Bilaga 3.

Presentation av de tio nätverken

I Regeringens uppdrag till Socialstyrelsens ingick att vetenskapligt utvärdera tio namngivna lokala samverkansnätverk.

Inför huvudstudien kom KI/ARC och Socialstyrelsen överens om (mars 2012) att nätverken inte hade förutsättningar för en vetenskaplig utvärdering. Istället studerades nätverken och deras verksamhet med avseende på följande:

- Främjas samverkansklimatet av att nätverken tillhandahåller arenor för möten mellan vårdgivare och professioner?
- Hur tas idéer som ”föds på golvet” om hand i linjeorganisationen?
- Vilka faktorer verkar ha lett till att vissa nätverk lever, andra tynar bort helt eller delvis?

I bilagan beskrivs hur nätverken startade, deras arbete och utveckling. I kapitel 7 redovisas slutsatser och lärdomar som kan dras av de tio nätverken.

Esther

Fakta och Bakgrund

Nätverket Esther startade 1997 på Småländska höglandet och är äldst bland de 10 nätverken som studerats. I nätverket ingår sju kommuner, Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda och även Ydre i Östergötland, samt Jönköpings läns landsting med en total befolkning på cirka 111 000 innevånare.

Målet i nätverket Esther är att *”genom samverkan i ett hållbart och handlingskraftigt nätverk kan Esther uppleva trygghet och oberoende”*. Esther ska veta vart hon ska vända sig, få vård i eller nära hemmet, uppleva oss som en vårdgivare och ha en individuell vårdplan.

Esthers ledningsgrupp består av MAS från de sex kommunerna på Småländska höglandet och ytterligare en person som kan vara en biståndshandläggare eller en Esthercoach, verksamhetschef från fem vårdcentraler samt representanter från klinikerna vid Nässjö- och Eksjöklinikerna. Förvaltningschefsgruppen, den så kallade Andersgruppen (från Höglandssjukhuset, när-sjukvården och kommunerna), fungerar som övergripande styrgrupp för nätverket.

Nätverkets arbete

En gemensam verksamhetsplan utarbetas på hösten, förankras vid strategidagen och i projektets ledningsgrupp och beslutas därefter i Andersgruppen. Årligen skrivs en verksamhetsberättelse för att tydliggöra vad som gjorts och

ge återkoppling till ledning och coacher. De olika förbättringsprojekt som drivs gör vanligen egna utvärderingar, hanterade av samordnaren.

Samordnaren får, enligt beslut i ledningsgruppen, in alla avvikelser som har med samverkan att göra, där någon skadats eller löpt risk att skada sig, samt (eget initiativ) där det inte fungerat smidigt nog för Esther

Coacher är en form för att främja arbete i Esthernätverkets anda. Utbildningen är åtta heldagar, inkluderande ett internat om två dagar. Steg 1 innebär att man har fått grundläggande förbättringskunskap och kan stödja team inom sin egen verksamhet. Den kan kompletteras med steg 2. En steg 2 coach har fördjupade kunskaper i samverkan, förbättringskunskap och vinnande team. En steg 2 coach kan stödja team som arbetar med förbättringar i hela vårdkedjan. De stödjer också de nya coacher som gått steg 1. För att coachen ska kunna bidra till verksamhetsutvecklingen på sin arbetsplats krävs en chef som ger utrymme, tid och mandat för det.

Nätverket tillhandahåller mötesplatser.

Coachernas utbildning, nätverksmöten och de kontaktnät som skapas på detta sätt, är kanske de mest effektiva.

Strategidagarna har en viktig roll för att få med alla viktiga aktörer, få ett forum för gemensam planering som kan leda till gemensamt ansvarstagande för att genomföra det man kommer fram till vid strategidagens workshops.

Esther café är ett forum för att dela med sig och få information om vad som är på gång, och följa upp frågor där det finns klagomål och problem.

Utbildningar där personal från både slutet och öppen vård, landsting och kommun, privat och offentlig regi ger möjligheter att få förståelse för varandra och skapa nya kontakter. En form som var mest omfattande när det fanns särskilda EU-medel (regionala stödfondsmedel).

Projektgrupper för olika område. Arbetsgrupp startar kring problem som uppmärksammas av drivande personer.

Lokala projekt som kan växa fram ur att man blir uppmärksam på problem i den egna verksamheten som uppmärksammas någon annanstans i vårdflätan.

Hospitering, för att lära hur andra arbetar, något som verkar vara enklare för personal som kan styra sin almanacka, men svårare för undersköterskorna.

Kontaktkanaler, som att distriktsläkarna har utsedda specialistläkare på Höglandssjukhuset de kan konsultera. Esther har gett oss vägar att bryta igenom genom kunskap, gett oss andra vägar. Som att kunna ringa läkaren på sjukhuset som konsultation.

Virtuella nätverk, som Facebook och att kunna skicka ut frågor via nätet.

Esther nätverk kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan människor, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Nyckelpersoner är Esthersamordnaren och Esther coacherna.

Framtiden för nätverket

Sedan 1999 är Esther ett permanent nätverk, med en heltids samordnare (uppdelat på två personer från våren 2013).

Referenser

Johansson, E., Varol, D. (2007) Utvärdering av enkätundersökning för Esthers ESF-projekt. *Rapport*. Science Park i Jönköping.

Hedberg, B., Sund-Levander, M., (2008) *Utvärdering av Samverkan i Vårdkedjan*. Jönköping: Luppen.

Vackerberg, N. (2012) Så snidar vi en förbättringscoach. Masteruppsats. Jönköping: Högskolan i Jönköping.

Hand i hand:

Fakta och Bakgrund

Hand i hand är ett nätverk i Avesta och Hedemora kommuner som har 36 500 innevånare varav 8 400 är 65 år och äldre. Från Hälso- och sjukvården södra Dalarna ingår, Primärvården och Avesta lasarett.

Nätverket bygger på ett samverkansarbete, Projekt Armkrok, som startades 2005 på initiativ av Närsjukvården Södra Dalarna. Syftet var att utforma en samordnad vård för äldre multisjuka/-sviktande 75 år och äldre. Målsättningen var att de äldre skulle uppleva trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och tydlig hemvist. Visionen var att på sikt utveckla någon form av äldreteam i södra Dalarna. Fyra arbetsgrupper bildades och arbetade fram en struktur som senare formulerades i en gemensam verksamhetsplan för de båda kommunerna och lasarettet. I november 2007 kunde nätverket Hand i hand starta.

Visionen för Hand i hand är att "Där Vilja finns – finns vi" och värdegrunden är att Vilja (Esthers motsvarighet) i alla sammanhang ska sättas i centrum, och att det bästa för Vilja ska vara grunden för det gemensamma arbetet.

Nätverkets arbete

Nätverket når ut till olika nivåer i organisationen genom olika möten och processdagar. En styrgrupp och stabsgrupp koordinerar arbetet. Styrgruppen består av resultatenhetschefen för Avesta kommun, förvaltningschefen för Hedemora kommun och verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i södra dalarna. Stabsgruppen representeras av verksamhetschefer, utvecklingschefer, områdeschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

I slutet av 2009 anställdes en projektledare med hjälp av statliga stimulansmedel. Uppdraget för projektledaren var att skapa struktur och tydliga rutiner för nätverksarbetet för att få en hållbarhet över tid. Från och med 2013 har parterna själva ansvarat för nätverket.

Det finns ett ömsesidigt engagemang från både landstinget och de båda kommunerna. Mötesstrukturen och arbetsordningen är god och följs av par-

terna. Styrgruppen ansvarar för att det varje år tas fram en verksamhetsplan för Hand i hand som sedan följs upp med en verksamhetsberättelse.

Nätverket har olika arenor i form av möten och processdagar där olika utvecklingsområden och kompetensutvecklingsbehov diskuteras. Där läggs grunden för arbetssätt och områden som senare bereds, planeras och beslutas i stabsgrupps och styrgrupp. Referensgrupper sätts samman med deltagare från verksamheterna som sedan jobbar med utvecklingsfrågorna. Grupperna har under åren bl.a. tagit fram samverkansplan och kompetensutvecklingsplan inom området demens, skapat en struktur för multiprofessionella demensteam och utarbetat samverkansplan inom rehabiliteringsområdet.

Under 2013 var huvudfokus ledningskraftsarbetet i SKL regi. Ett annat exempel är ett hjärtsviktsprojekt som involverar alla delar i nätverksområdet d.v.s. Avesta och Hedemora kommuner samt landstinget. Projektet omfattar områden som undvikbar slutenvård återinläggningar riskbedömningar, patientmedverkan och läkemedelsgenomgångar.

Nätverket har också fortsatt vara drivande inom demensområdet där basutbildning i demens och bemötande gemensam har erbjudits till all personal inom Avesta och Hedemora kommuner och inom landstinget. Alla sjuksköterskor i båda kommunerna och i landstinget har också fått utbildning inom äldre och läkemedel.

Framtiden för nätverket

I dagsläget är parterna överens om att nätverket är värdefullt och kommer att fortsätta enligt överenskommelse. Hand i hand är ett begrepp som det talas om i olika sammanhang när beslut ska fattas.

Helga

Fakta och Bakgrund

Nätverket Helga bildades i Skellefteå kommun (72 000 innevånare) på initiativ från medicin -geriatriska kliniken vid Skellefteå sjukhus. I januari 2006 fick personalen på sjukhuset i uppdrag att arbeta med vårdutveckling. De skulle arbeta fram rutiner för en sammanhållen vårdkedja för multisjuka äldre – Helgarutiner. Helga stod för ett synsätt - en struktur för samverkan över huvudmannagränserna. Nätverket startade med nätverket Ester som förebild.

Helga är enligt den första definitionen, 70+ och uppfyller minst två av följande kriterier; multisviktande, många vårdkontakter och kognitiv svikt. Definitionen ändrades senare till att personen skulle ”vara i behov av” hälso- och sjukvårdsinsatser samt omsorgsinsatser.

Nätverkets arbete

Nätverket drevs genom en projektgrupp som initialt bestod av sex personer från medicin -geriatriska kliniken. En arbetsgrupp bildades senare med representanter från kommunen, primärvården och den medicin -geriatriska klini-

ken på lasarettet. Helga-ombud utsågs och fick utbildning i vad Helga nätverket innebar. Helga-ombuden möttes fyra gånger per år.

Arbetsgruppen tog fram struktur och arbetssätt för Helga. På sjukhuset identifierades Helga patienterna genom ett klistermärke som personalen fäste på journalen. Ett slags ”stickor” togs fram där det fanns information om vad man ska tänka på, vad som skulle följa med patienten hem samt viktiga telefonnummer. Det ”Rosa bladet” togs också fram, som var ett dokument som hemtjänsten skulle fylla i och hålla uppdaterat. Det var tänkt att den äldre skulle ta med sig det vid eventuella besök inom slutenvården. Bladet skulle också fyllas i av slutenvården vid hemgång för att hemtjänsten skulle få aktuell information efter en slutenvårdsvistelse.

Framtiden för nätverket

Nätverket är nerlagt och avvecklades bl.a. därför att det inte gick att förankra Helga-konceptet inom alla berörda delar i sjukvården och äldreomsorgen. Speciellt fanns svårigheter i primärvården och på avdelningarna på lasarettet. En möjlig anledning till att förankringen inte lyckades, var att inte alla parter (primärvården och kommunen) var med vid starten av projektet.

En annan möjlig anledning till att förankringen misslyckades inom landstingets verksamheter är att det inte fanns beslut på ledningsnivå inom primärvården och på sjukhuset att alla skulle arbeta efter Helga-rutinerna. I verksamheterna fanns det också olika tolkningar om vilka äldre som skulle identifieras tillhöra gruppen ”Helga”. Begreppsförvirringen blev särskilt tydlig när Socialstyrelsens begrepp ”de mest sjuka äldre” lanserades 2011 och att man inom landstingsledningen undrade vilka detta gällde i förhållande till Helga.

Hilma

Fakta och Bakgrund

Nätverket startade 2004. Fem kommuner deltar; Askersund, Hallsberg, Kumla, Lekeberg och Örebro med totalt 193 000 innevånare samt primärvården och Universitetssjukhuset i Örebro.

Orsak till att nätverket startade var det dåliga samarbetet mellan vård- och omsorgsgivarna. Syftet med nätverket var att samarbeta kring gemensamma patienter. Nätverket Esther var inspirationskällan. Beslut togs att utgå från tre utgångspunkter; att fokusera på Hilma, att personalen skulle utveckla samarbetet och att personalen skulle utgå från processen – Hilmas väg i vårdkedjan.

Målgruppen för Hilma är inte definierad utan tyngdpunkten ligger på patienter där vårdplanering genomförs eller där personal från flera huvudmän/organisationer involveras.

Nätverkets arbete

Örebro län har sedan flera år tillbaka en samverkansorganisation mellan landsting och kommuner, med dels en ”Marit-grupp” på politikernivå, dels

en ”Vilgot-grupp” på chefstjänstemannanivå. Denna organisation gör att besluten om samverkansarbetet beskrivs som både stabil och förankrad. Detta tillsammans med en engagerad projektledare som också är knuten till primärvården, gjorde att Hilma blev framgångsrikt och att projektet kunde övergå i ordinarie verksamhet där de deltagande kommunerna tillsammans med sjukhuset i Örebro ingick och fortfarande ingår.

Hilma har en arbetsgrupp med 14 medlemmar som träffas fyra gånger per år. I arbetsgruppen ingår: Distriktssköterska från Askersund, områdeschef från Hallsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska och en undersköterska från Kumla, medicinsk ansvarig sjuksköterska från Lekeberg, medicinsk ansvarig sjuksköterska, en områdeschef och en utbildningsledare från Örebro. Lasaretet representeras av två överläkare, en bitr. avdelningschef, en ambulanschef, en undersköterska och en biträdande områdeschef.

Det finns idag ingen egen budget för Hilma men personalen vet att samverkansarbetet ingår i arbetsuppgifterna där respektive huvudman står för sin del.

Hilma nätverket har också flera ”underordnade nätverk”. De nätverk som för närvarande är aktiva är nätverken för sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter där personal möts regelbundet från de båda huvudmännen.

Workshops, utbildningar och hospiteringar (besöka andra arbetsplatser) för att öka förståelsen över organisationsgränser är också aktiviteter inom Hilma-nätverket. Arbetet via nätverket har skapat nya och bättre rutiner om informationsöverföring och även bidragit i utformningen av vårdplaneringsteam. Drygt 1900 Hilma-ambassadörer har utbildats för att förankra och stötta nätverkets genomslag. Kommunala sjuksköterskor har också fått utbildning i medicinsk bedömning.

Fokus har legat på att förbättra vårdplaneringar och överföring av patientinformation mellan huvudmännens verksamheter.

Framtiden för nätverket

Arbetet i Hilma nätverket är för närvarande ”avvaktande”. Grupperna träffas men man väntar på SKL’s satsningar i bl.a. ledningskraft och det pågående arbetet i ViSam – projektet för att se vilken roll Hilma ska få i framtiden. Sedan 2012 har inga utbildningssatsningar eller nya Hilmaambassadörer utbildats vilket befaras försämra ”Hilma- andan” på sikt.

Diskussioner har förts om nedläggning av Hilma.

Hisam

Fakta och Bakgrund

Hisam var ett projekt som startade i april 2007 och avslutades 2010. Projektet genomfördes på Hisingen i Göteborg som har 100 000 invånare. Hisam-projektet var ett samarbetsprojekt mellan de tidigare sex stadsdelar som fanns på Hisingen, primärvården och Östra sjukhuset.

I Hisingen fanns det sedan tidigare ett bra samarbete mellan vård och omsorgsgivarna. Ett av de problem som ändå fanns var att äldre vårdades inom

akutsjukvården trots målsättningen att hälso- och sjukvården i hög utsträckning skulle erbjudas inom primärvården.

Målsättningen i projektet Hisam var att: skapa en obruten vårdkedja att utveckla en närsjukvård i samverkan där äldre med vård och omsorgsbehov omhändertas vid rätt tidpunkt, på rätt vårdnivå så att samhällets resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.

Nätverkets arbete

Utgångspunkten i projektet var att skapa en gemensam målbild och med den som utgångspunkt genomfördes sedan aktiviteter och åtgärder för att utveckla och förändra befintligt arbetssätt.

Några exempel på aktiviteter/arbetssätt som genomfördes inom ramen för projektet: Hälsofrämjande uppsökande verksamhet (HUV), mobil funktion för distriktsläkare, integrerad hemsjukvård – hemtjänst. Ett annat exempel var inskrivningsklar- och utskrivningsklar patient – ett arbetssätt för sjuksköterskor för att förebygga återinläggningar och förhindrar avbruten vårdkedja. Arbetssättet synliggör patienten i akutsjukvården, primärvården och inom kommunen i ett tidigt skede i vårdprocessen.

Under projektet utvecklades också vårdprocesser för demensvård, strokevård, vård av personer med hjärtsvikt, medicin direkt, röda tråden akutintaget, konsulter på vårdcentralerna och äldrelotsen.

Framtiden för nätverket

Projektet avslutades i december 2010. När Göteborgs stad minskade antalet stadsdelsnämnder blev de tidigare sex stadsdelsnämnderna på Hisingen i januari 2011, tre stycken och många av de som hade arbetet med Hisam-projektet fick samtidigt nya arbeten. Därmed upphörde också de nätverk som projektet hade byggt upp.

Hisam-modellen har legat till grund för den försöksverksamhet som Göteborgs stad och fyra grannkommuner sökte stimulansmedel till 2010, försöksverksamheten In och Ut. Tanken var att implementera arbetssättet från Hisam i alla Göteborgs stadsdelar och fyra kranskommunerna.

Kersti

Fakta och Bakgrund

Falu kommun har 56 000 innevånare. Kersti startade 2004 som ett samverkansprojekt med hjälp av stimulansmedel och på initiativ från Falu lasarett. En läkare på medicinkliniken signalerade om att det behövdes förbättringar, bl.a. fanns det ett behov av vårdplatser, dit äldre kunde skrivas in direkt, utan att behöva gå via akutmottagningen. I ett tidigt skede hoppade dock lasarettet av projektet och fokus kom istället att riktas mot samverkan mellan primärvården och hemtjänsten. När projektet avslutades 2006 övergick samverkansprojektet i nätverket Kersti där nätverket Esther utgjorde modell.

Huvudfrågan som ställdes i nätverket var: Vad är bäst för Kersti? Målet var att alla personer, 80 år och äldre, boende i Faluns kommun och som får

vård och omsorg ska känna sig trygga med de insatser som ges av de offentliga vård- och omsorgsgivarna. *Kersti ska känna att vi tillsammans ansvarar för att hon får den bästa möjliga vård vi kan ge utifrån de resurser som finns.*

Nätverkets arbete

Fokus låg på vad som var bäst för Kersti. Ledningen uttalade från början sitt fulla stöd för arbetet med nätverket och där många yrkeskategorier från olika vårdnivåer och organisationer deltog. Nätverket skapade en samsyn på hur man på bästa sätt skulle arbeta för Kersti. De privata vårdgivarna har inte fått ingå i nätverket.

Nätverket har under åren behållit sin mötesstruktur, det finns en politisk nivå och två chefsnivåer för möten. Mellan de olika yrkeskategorierna som arbetar i med de äldre fanns det tidigare teamträffar men dessa har inte fungerat tillfredställande under de senaste två åren. Orsak är att deltagarna har haft svårt att komma på träffarna då det inte funnits tid. De tycker inte att de har kunnat prioritera träffarna på grund av den höga arbetsbelastningen de har i sitt dagliga arbete.

Nätverket går enligt ansvariga chefer på "sparlåga". Orsaken anges 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 av hemsjukvården vid årsskiftet 2012/2013, försvann också kopplingen till primärvården då distriktssköterskorna numera är kommunalt anställda.

Tidigare har olika förbättringar genomförts och implementerats i reguljär verksamhet. Det har bl.a. handlat om att ta fram bättre rutiner och samverkansformer och att öka kunskapen och förståelsen mellan huvudmännens personal och för deras olika uppdrag.

Likaså har man i nätverket behandlat avvikelser av gemensam karaktär, diskuterat läkarrollen inför kommunaliseringen och utvecklingsbehov inom demensomsorgen.

Framtiden för nätverket

Kersti är inte formellt nedlagt men går på sparklåga. Det finns ingen strategi för hur Kersti ska kunna återgå 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 teamträffarna återuppväcks i ny tappning.

Linnea

Fakta och Bakgrund

Linnea är sedan 2005 ett samarbetsprojekt mellan Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommuner och Kronobergs läns landsting. I Kronoberg bor cirka 186 000 innevånare. Nätverket startades på grund av problem med överbeläggningar på länssjukhusen Växjö och Ljungby. Chefen på medicinkliniken var initiativtagare och

är som centrumchef alltså drivkraften. Inspiration kom från Esther nätverket. Inom nätverket har ett stort antal personal inom vården och omsorgen mötts i olika projektgrupper i förändringsarbetet.

Linnea är symbolen för en äldre patient som har flera olika kroniska sjukdomar och ett stort behov vård och omsorg.

Nätverkets arbete

Nätverket har en aktiv ledningsgrupp och består av medlemmar från läns-sjukvården, primärvården, kommunerna samt länets FoU-enhet. Ledningsgruppen bjuder varje år in till nya nätverksgrupper som arbetar under fyra-sex månader utifrån genombrottsmetoden. Grupperna är sammansatta av personal från både landsting och kommun, och med olika yrkesroller. Arbetet i grupperna startar med att var och en intervjuar en äldre person med sammansatta behov, "Linnéa", och utifrån intervjuernas resultat ska gruppen identifiera vilka problem som bör åtgärdas. Grupperna möts under fyra hel-dagar, så kallade lärandeseminarier, och de gör även därutöver studiebesök.

Vid inbjudan 2012 skrev ledningsgruppen: "Vi vänder oss till dig som vill medverka till en förbättring för Linnea genom samverkan i team. Linnea kan vara en möjlighet för dig/er som under handledning och utifrån handlingsplanen vill förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Linnea är öppet för alla professioner som jobbar kring Linnea. Detta år fokuserar vi särskilt på sammanhållna vård, palliativ vård och äldre med psykisk sjukdom eftersom detta är områden som behöver förbättras i vårt län."

Syftet är att genomföra förbättringar för Linnea. Vanliga förbättringsområden har varit samordnad vårdplanering, in- och utskrivning från sjukhus, informationsöverföring, läkemedelsfrågor, förebygga fall, nutrition och munhälsa.

Linnea-grupperna har både identifierat problemområden och kommit med förslag till förändringar. Enligt en utvärdering 2011 från FoU Kronoberg har flera av de förbättringsarbeten som gjorts utvecklats till större förändringar, bl.a. genom att nya riktlinjer utformats för länet.

Svårigheten enligt de som intervjuats av ARC/ÄC har dock ofta varit att få gruppernas förslag att leva vidare och att sprida sig utanför de enheter som deltagarna själva tillhör. Det största värdet synes vara för deltagarna själva, som fått nya nätverk, och ny kunskap om förändringsarbete.

Framtiden för nätverket

Linnea är en etablerad arbetsform i Kronoberg.

Referenser

Wikström, E. (2007) Linnea i Linneaprojektet, *FoU-rapport* 2007:5. FoU Välfärd i Södra Småland.

Wikström, E. (2011) Linnea – ett samarbetsprojekt i Kronobergs län, *Rapport* april 2011. Landstinget Kronoberg.

NISSE

Fakta och Bakgrund

Malmö har 308 000 innevånare. Initiativet till "Nisse" togs 2002 på sjukhuset och förankrades med en av innerstadsdelarna och öppenvården i stadsdelen. Sjukhuset fick ett formellt uppdrag av förvaltningsgruppen där nätverkets uppgift skulle vara att se över rutiner för samordnad vårdplanering. Nätverket skulle även hantera andra vanliga "trätofrågor" mellan parterna som demensutredningar, nutritionsfrågor och korttidsvård. Nätverket startades som ett projekt och projektgruppen bestod förutom projektledaren av en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschef inom äldreomsorgen, arbets-terapeut, två distriktsläkare och vårdchefen på sjukhuset.

Nätverkets arbete

Förbättringsarbetet har byggts "underifrån" genom att personalen inom de olika verksamheterna tillfrågats om hur de vill arbeta. Alla fick komma med idéer, men de skulle innebära en förbättring för den äldre "*hur blir det bättre för patienten/den äldre?*". Om idén inte gagnade den äldre, utan hade ett personalperspektiv så skrotades den.

Projektgruppen kom bl.a. överens om att förbättra logistiken inom sjukhuset så att NISSE-patienterna skulle slippa gå via akuten, utan skrivas in direkt på vårdavdelning.

När Nätverket utökades 2009 till att omfatta hela Malmö (och inte bara en stadsdel) delades nätverksarbetet in i geografiska områden med tillhörande husläkarmottagningar och en utsedd avdelning inom medicinkliniken. Respektive område utsåg sina representanter i "sitt" nätverk och beslutade själva hur dialogen och mötesstrukturen skulle se ut. Från medicinkliniken ingår läkare och sjuksköterskor i nätverken, från kommunen, verksamhetschefer och distriktssköterskor och från primärvården läkare.

Varje område har också utsedda ambassadörer från respektive verksamhet, (slutenvården, kommunen och primärvården) När och hur ambassadörerna möts ser olika ut för de olika områdena. Ambassadörernas uppdrag är att ordna samverkansmöten och se till att rutinen för direktinlägg på sjukhus, och att kommunikationen mellan sluten och öppen vård fungerar.

Det uppstod en del problem när nätverket utökades till att omfatta hela Malmö. Implementeringen gjordes i etapper och projektgruppen insåg att vårdcentralerna arbetade olika och att det fanns hierarkier som inte alltid var så lätta att hantera. Det var också svårt att nå ut med information till alla vårdgivare. Under tiden uppstod även brist på platser inom sjukhuset vilket gjorde det svårt att koordinera och styra patienterna till direktinlägg. Samtidigt infördes också Hälsoval i Region Skåne vilket gjorde att flera privata alternativ etablerade sig.

Bäst fungerar NISSE i den stadsdel där arbetet startade, i andra stadsdelar har det tagit längre tid att få rutinerna att fungera. NISSE-ambassadörerna infördes för att hålla arbetssättet vid liv, men det har ändå inte varit enkelt. Några av svårigheterna är; stor omsättning av personal, vilket kräver konti-

nuerlig introduktion kring arbetssättet i NISSE. Rutinerna som utarbetats för hanteringen av NISSE patienter har bedömts som tidsödande. Införandet av vårdval och att ledningen inom landstinget inte har krävt deltagande från de olika verksamheterna i NISSE nätverket, har försvårat samarbetet. En del vårdcentraler har påpekat att de inte får betalt för att delta på NISSE-möten.

Där arbetssättet fungerar bra har parterna lärt känna varandra, och därmed utvecklat ett gemensamt synsätt och en gemensam kulturell plattform. Nätverket kan ses som en plattform för en dialog mellan slutenvård, kommunen och primärvården. Idéer som kommer till gruppen diskuteras och omsätts i många fall till konkreta projekt, där idéerna testas och utvärderas och om de fallit väl ut, implementeras i reguljär verksamhet.

Framtiden för nätverket

Att det finns ett uttalat stöd från ledningen och en plattform för samverkan är en förutsättning för att nätverket ska leva vidare.

Närvård västra Skaraborg:

Fakta och Bakgrund

Västra Skaraborg består av de sex kommunerna Essunga, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara och Vara. I kommunerna bor 100 000 invånare. Det finns nio vårdcentraler varav tre är privata samt Lidköpings sjukhus.

Närvård Västra Skaraborg startade med syfte att stärka samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och kommuner för att tillförsäkra vårdtagaren en god och säker vård. Sättet att organisera har vuxit fram ur en fungerande samverkanskultur, som föddes ur ett samverkansprojekt under 2001, "Framtidens hälso- och sjukvård i Lidköpingsområdet". Arbetet att utveckla när-sjukvården i Västra Skaraborg och har genomförts i samverkan med forskare knutna till Skaraborgsinstitutet.

Nätverkets arbete

Projektet har en politisk samverkansorganisation som möts fyra gånger per år. Ledningsgruppen består av beslutsfattande chefer från de sex kommunerna, sjukhuset i Lidköping, Västra Götaland regionens primärvård och en verksamhetschef från de fyra privata vårdcentralerna. Verksamhetschefen från de privata vårdcentralerna har informationsplikt till övriga privata vårdcentraler. Ledningsgruppen träffas regelbundet var 3:e-4:e vecka. Till ledningsgruppens hjälp finns det tre koordinatörer (en från respektive part) utsedda som stöd och länk till respektive organisation. En till två gånger per år har ledningsgruppen utvecklingsinternat. Där planeras arbete för det kommande året. På dessa dagar deltar samtliga privata aktörer.

Närsjukvården har en gemensam budget för omkostnader för ledningsgruppen, utbildningar, information och utvärderingar.

Närsjukvårdens åtta nätverk är inriktade på rehabilitering, kol, palliativ vård, demens, diabetes, psykiatri, samordnad vårdplanering samt kompetens och utveckling. Alla kommuner, primärvården och slutenvården är represen-

terade i så gott som samtliga nätverk. Arbetet bygger på överenskommelser som de medverkande har arbetat fram. Varje år ingår nätverken avtal med Närsjukvårdens ledningsgrupp om vad de ska arbeta med. Nätverken arbetar på olika sätt men vanliga insatser är att implementera nya vårdprogram, sprida information eller anordna utbildningar. De åtta nätverken har en strukturerad och regelbunden kontakt med ledningsgruppen.

Ledningsgruppen avsätter en heldag varje termin då nätverken kommer till dem och presenterar sitt arbete. Ett av nätverken kommer också till den politiska samverkansgruppen varje gång de sammanträder.

Samverkan har bl.a. lett till olika verksamheter som syftar till att ge äldre med sammansatta behov en mer samordnad vård och omsorg. Ett exempel är närsjukvårdsteam för hemsjukvård för de mest sjuka äldre. Teamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Arbetssättet är situationsorienterat i stället för diagnosorienterat. Ett annat exempel är det palliativa teamet. Det är ett treårigt projekt, som medverkar till avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemtjänst. Teamet (två läkare och tre sjuksköterskor) är tillgängligt dygnet runt, och utbildar och ger rådgivning i palliativ vård. I Lidköping finns en mobil hemsjukvårdsläkare. I övriga kommuner saknas en god struktur för samverkan med husläkarna.

Dessa verksamheter har på uppdrag av SKL utvärderats av Health Care Management. Utvärderingen visar på ett positivt samarbetsklimat, en arbetskultur som anses vara en av de grundläggande förutsättningarna för att Närvård västra Skaraborg blivit så framgångsrik. En annan viktig faktor är den samsyn och förtroende som finns i den gemensamma ledningsgruppen. De två teamen (närsjukvård och palliativa) kompletterat med den mobila hemsjukvårdsläkaren ses som nyckelfunktioner, och målgrupperna är väl definierade. Det mobila arbetet där insatser ges i hemmet är viktig för teamens målgrupper. En önskan som framförts av de intervjuade är att fler skulle få del av teamens vård och omsorg. Utvärderarna bedömer de båda teamen som kostnadseffektiva, och akutbesök och slutenvård har minskat påtagligt för de patienter som skrivits in i de båda teamen.

Framtiden för nätverket

Verksamheten är idag en del av den ordinarie organisationen och kan därför fortsätta som tidigare.

Referens

HCM Health Care Management. (2013). Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. *Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting*. HCM november 2013.

TioHundra

Fakta och bakgrund

TioHundra är sedan 2006 ett projekt med en mellan en kommun (Norrtälje) och ett landsting (Stockholms läns landsting) gemensam nämnd för hälso- och sjukvård och omsorg om funktionsnedsatta och äldre. Norrtälje kommun har 57 000 innevånare. TioHundranämnden (från 2013 benämnd sjukvårds- och omsorgsnämnden) är beställarnämnd. Norrtälje kommun och landstinget äger också gemensamt ett vårdbolag (TioHundra AB) som driver sjukhuset, specialist- och psykiatrisk vård samt inom vårdvalets och kundvalets ramar primärvård, hemsjukvård och omsorg om funktionsnedsatta och äldre.

Det fanns i Norrtälje en lång tradition att lösa frågor pragmatiskt mellan landstinget och kommunen. Det fungerade så länge Norrtälje var ett eget sjukvårdsområde inom landstinget, men denna samverkanskultur försvårades efter millennieskiftet alltmer i takt med en ökande centralisering inom landstinget. Förslag att avveckla Norrtälje sjukhus som akutsjukhus ledde till stora protester. Det ledde 2005 fram till beslutet att pröva en gemensam nämnd i Norrtälje.

Nätverksarbete

TioHundraprojektet har som ett av sina mål att få en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov. Ett exempel är den modell TioHundranämnden valde för kundval där utförarna ska tillhandahålla såväl hemtjänst som hemsjukvård. Andra exempel är förstärkning av geriatrik och rehabilitering, uppdrag till särskilt boende att svara för all hälso- och sjukvård samt översyn av rutinerna för in- och utskrivning vid sjukhuset och vårdplaneringsteam.

Flera av dessa förändringar har kommit till under de senaste åren, flera år efter det att TioHundraprojektet startade. Några av förändringarna, framför allt kundvalet, har först under 2013 satt sig ordentligt och börjar få de former som är avsedda och möjliga. Det går att se flera faktorer som bromsat utvecklingen.

När projektet startade 2006 var beställare och utförare en förvaltning. Relativt snart infördes en beställar-utförarmodell, vilket komplicerade arbetet med att uppnå en samverkan mellan de olika aktörer som möter den enskilde patienten/omsorgstagaren. Utvecklingen styrdes inte längre av att vård- och omsorgspersonal kunde identifiera förbättringsområden, utan genom avtal.

Projektet inleddes med omfattande besparingar och genomgripande omstruktureringar av äldreomsorgen. Detta var ingen optimal start för att få med personalen på tåget.

Kulturskillnader har påverkat liksom vilka som drivit processen, hur personalens kunskap tagits tillvara och osäkerhet om projektet skulle få fortsätta. TioHundraprojektet visade att det tar tid att förändra befintliga kulturer, att t.ex. få distriktssköterska och vårdbiträde att bilda ett team. Det har tagit länge tid i den befintliga verksamheten, TioHundra AB, att nå målet med teamarbete jämfört med nya aktörer i kundvalet.

Det Äldrecentrum mötte under den utvärdering som genomfördes inför beslut om förlängning 2012 var en verksamhet som var inne i en kraftig förändrings- och utvecklingsfas. Fördelarna med TioHundra som idé beskrevs bl.a. som

- att kunna göra prioriteringarna utifrån ett befolkningsperspektiv, inte från ett huvudmannaskapsperspektiv,
- att kunna beställa samordnade lösningar utan svåra förhandlingar med en motpart,
- att inte behöva fundera över om detta är mitt eller någon annans bord – pengarna ligger, åtminstone i teorin, i samma påse,
- möjlighet att följa upp utifrån befolkningsperspektiv, inte begränsat av huvudmannaskap eller av enskilda avtal med utförare.

I Äldrecentrums utvärdering noterades bl.a. värdet av att vårda ”TioHundraandan”. En viktig del beskrevs som att utveckla de arenor som finns där personal möts över professions- och vårdgivargränser. Under en tid av införande av vård- och kundval, omstruktureringar och att få ekonomin i balans har detta inte alltid varit i fokus. En ökande insikt växte enligt utvärderarnas bedömning fram om att brister och möjligheter bäst identifieras av de som är nära den äldre. Utveckling sker säkrast när personalen är med i förändringsarbetet. Samspelet mellan olika utförare förutsätter att alla berörda aktörer inser att uppdraget är att samverka för de äldres bästa, inte att konkurrera om kunder.

Norrtälje har unika förutsättningar att utforma specialistvård, vårdval och kundval så att de styr mot samarbete, och att fortsätta att integrera verksamheter på nya sätt. Det är av stort nationellt och internationellt intresse att fortsätta att följa detta utvecklingsprojekt.

Framtiden för nätverket

Projektet startade i januari 2006 och skulle löpa över fem år. Projektet blev förlängt till 2012. Under en period hösten 2011 till hösten 2012 var TioHundraprojektets framtid osäker, och nyckelpersoner slutade. Efter utvärdering fattade landstinget och Norrtälje kommun beslut om förlängning fram till 2015.

Referens

Schön P, Hagman L, Wånell SE. (2012). Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, rapport 2012:1