

Förord

Allt fler äldre väljer att bo kvar hemma även när ork och hälsa sviktar och man är helt beroende av andra för att kunna klara sin vardag. Under drygt 50 år har det också varit samhällets ambition att utforma en vård och omsorg som möjliggör det. Det har under denna tid skett en kraftig utbyggnad av hemtjänst och hemsjukvård tillgänglig dygnet runt. Trots det visar en rad studier av de multisjukas situation att det finns stora brister. Tryggheten finns på akutsjukhuset, inte i en tillgänglig vård i hemmet. De multisjuka får en stor andel av hälso- och sjukvården, till stor kostnad men tveksam nytta. ”Dirigent saknas” rubricerades en rapport från Äldrecentrum här om året. Brister i kontinuitet, samverkan, anhängstöd och läkarmedverkan var några faktorer som lyftes fram. Vården och omsorgen formas utifrån huvudmännens organisation, inte utifrån den äldres situation och behov.

I dåvarande Norra Stockholms Sjukvårdsområde fanns en politisk samsyn om värdet att pröva nya verksamhetsformer för att råda bot på dessa brister. Budet gick under år 2002 till den geriatriska kliniken i norra Stockholms innerstad att ”erbjuda primär vård med geriatrisk profilering till personer som saknar ett effektivt omhändertagande och kontinuitet i vårdkedjan”. Kungsholmen och Östermalm blev försöksstadsdelar.

Inför starten av försöket med geriatriskt äldreteam samrådde företrädare för NSSO och Äldrecentrum om former för uppföljning och utvärdering av verksamheten. Detta ledde fram till en överenskommelse om en uppföljning med tre perspektiv, ett beskrivande organisatoriskt, ett brukarperspektiv och ett hälsoekonomiskt.

Denna studie är den första av dessa tre. Syftet är att beskriva hur starten och erbjudandet av ett geriatriskt äldreteam till boende på Kungsholmen och Östermalm gått till, och vad som initialt fungerat väl eller mindre väl. Mycket tyder på att ett nytt, förhoppningsvis mer adekvat, vårdalternativ håller på att utvecklas för multisjuka äldre som bor i ordinärt boende.

Stockholm 2003-05-19

Sven-Erik Wånell
direktör

| | |
|--|-----------|
| SAMMANFATTNING..... | 5 |
| INLEDNING..... | 8 |
| UPPDRAGET..... | 8 |
| BAKGRUND..... | 8 |
| TIDIGARE STUDIER OM ÄLDRE MULTISJUKA..... | 8 |
| IDÉEN ATT STARTA ÄLDRETEAM..... | 9 |
| <i>Landstinget; en beställar- utförarorganisation.....</i> | 9 |
| <i>Beställaren uppmärksammade behovet av Äldreteam.....</i> | 9 |
| FÖRBEREDELSE INFÖR ÄLDRETEAMETS START..... | 10 |
| <i>Beställarna tog initiativ att starta Äldreteam.....</i> | 10 |
| MÅL OCH TANKAR BAKOM ÄLDRETEAMET..... | 11 |
| <i>Äldreteamets uppdrag.....</i> | 11 |
| <i>Äldreteamets målgrupp.....</i> | 12 |
| <i>Förväntade effekter.....</i> | 12 |
| ÄLDRETEAMET EN ENHET INOM STOCKHOLMSGERIATRIKEN..... | 13 |
| <i>Stockholmsgeriatrikens organisation.....</i> | 13 |
| <i>Sammanslagning av SAH-teamen vid Sabbatsbergs och S:t Görans sjukhus.....</i> | 14 |
| <i>SAH-enhetens organisation.....</i> | 14 |
| ÄLDREOMSORGEN OCH PRIMÄRVÅRDEN I KUNGSHOLMEN OCH ÖSTERMALM..... | 16 |
| <i>Kungsholmen.....</i> | 17 |
| <i>Östermalm.....</i> | 17 |
| <i>Samarbete mellan stadsdelsförvaltningarna och hälso- och sjukvården.....</i> | 17 |
| SYFTE..... | 17 |
| <i>Frågeställningar.....</i> | 18 |
| METOD OCH MATERIAL..... | 18 |
| INTERVJUER..... | 18 |
| <i>Intervjuer inför starten.....</i> | 19 |
| <i>Intervjuer med Äldreteamets personal.....</i> | 19 |
| DOKUMENTGRANSKNING M M..... | 19 |
| RESULTAT..... | 19 |
| INTERVJUER INFÖR STARTEN MED FÖRETRÄDARE FÖR PRIMÄRVÅRDEN..... | 19 |
| <i>Intervjuer med två husläkare på Östermalm.....</i> | 19 |
| <i>Intervju med en distriktssköterska på Östermalm.....</i> | 20 |
| <i>Intervjuer med två läkare på Kungsholmen.....</i> | 22 |
| <i>Intervju med en distriktssköterska på Kungsholmen.....</i> | 22 |
| INTERVJUER INFÖR STARTEN MED BESTÄLLARNA OCH UTFÖRARNA..... | 23 |
| <i>Intervjuer med två företrädare för beställaren.....</i> | 23 |
| <i>Intervjuer med fyra företrädare för Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska kliniker.....</i> | 24 |
| ÄLDRETEAMETS START..... | 26 |
| REKRYTERINGEN AV PATIENTER..... | 28 |
| <i>Tänkbara vägar för Äldreteamet att få patienter.....</i> | 28 |
| <i>Hur och när rekryterades patienterna?.....</i> | 28 |
| <i>Informationsbrev.....</i> | 29 |
| <i>Remisser.....</i> | 31 |
| <i>Annonser.....</i> | 31 |
| <i>Tidigare husläkare.....</i> | 31 |
| ÄLDRETEAMETS ARBETSSÄTT..... | 31 |

| | |
|---|-----------|
| <i>Samarbete med hemtjänsten</i> | 34 |
| VILKA ÄR PATIENTERNA? | 34 |
| <i>Kungsholmen</i> | 34 |
| <i>Patienternas funktionsförmåga och hemtjänstinsatser</i> | 35 |
| PATIENTERNAS HÄLSA | 36 |
| <i>Patienterna har många olika diagnoser</i> | 36 |
| <i>Läkemedelsförbrukning</i> | 37 |
| PATIENTGRUPPENS VÄRDKONSUMTION | 37 |
| <i>Vårdkonsumtionen inom slutenvården före anslutning till Äldreteamet</i> | 37 |
| <i>Vårdkonsumtionen inom slutenvården efter anslutning till Äldreteamet</i> | 38 |
| <i>Vårdkonsumtion inom SAH efter anslutning till Äldreteamet</i> | 39 |
| <i>Personalens erfarenheter av att arbeta i Äldreteamet</i> | 40 |
| <i>Osäkra resultat</i> | 40 |
| SAMMANFATTANDE DISKUSSION | 41 |
| ÄLDRETEAMET HAR FÅTT ETT POSITIVT MOTTAGANDE | 41 |
| <i>Personalen har förverkligat beställarnas intentioner</i> | 41 |
| ORGANISATORISKA PROBLEM RUNT STARTEN AV ÄLDRETEAMET | 41 |
| <i>Beställarnas baby - gökunge i utförarorganisationen?</i> | 41 |
| <i>Äldreteamets start sammanföll med omorganisationen</i> | 42 |
| <i>Ekonomiska incitament</i> | 42 |
| OM PATIENTGRUPPEN | 43 |
| <i>Patienter med stora vård och omsorgsbehov</i> | 43 |
| <i>Äldreteamets tjänster tillgodoser patienternas behov</i> | 43 |
| <i>Rekryteringen av patientgruppen har gått långsamt</i> | 43 |
| SAMARBETE MED VÅRDGRANNAR | 44 |
| <i>Information om Äldreteamet internt och till olika vårdgrannar</i> | 44 |
| VÅRDORGANISATIONENS BETYDELSE..... | 44 |

Sammanfattning

Sedan mitten av 2002 har på försök prövats att i form av speciella Äldreteam erbjuda:

”primär vård med geriatrisk profilering till personer boende på Kungsholmen och Östermalm, som saknar ett effektivt omhändertagande och kontinuitet i vårdkedjan”

Målgruppen är äldre personer med behov av en trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård. Målsättningen är att tillgodose målgruppens behov av lättillgänglig och trygg hälso- och sjukvård och samtidigt minska behovet av sjukhusvård.

Några av erfarenheterna av Äldreteamets första tid är;

- Idén att starta Äldreteam har i huvudsak fått ett positivt mottagande av ”vårdgrannar” inom landstinget och i äldreomsorgen i Stockholms stad. Negativa röster har dock inte saknats.
- Äldreteamets personal har skapat ett arbetssätt som väl motsvarar patienternas behov och beställarens intentioner.
- Patientgruppen har omfattande vårdbehov som kräver relativt stora insatser av Äldreteamets personal
- Patientgruppens vårdbehov ger intryck av att vara högre än den som den ordinarie hemsjukvården inom primärvården tillgodoser och lägre än SAH:s
- Antalet patienter har initialt blivit färre än planerat

Äldreteamet initierades som en försöksverksamhet av beställarenheten på Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO). Tanken är att senare starta Äldreteam i hela sjukvårdsområdet och att erfarenheterna från det första Äldreteamet ska underlätta starten av dessa.

Enligt beräkningar inom NSSO finns det inom hela sjukvårdsområdet omkring 700 multisyjuka, som motsvarar kriterierna för att få ansluta sig till ett Äldreteam. För Kungsholmen och Östermalm består gruppen ca 300 personer.

Äldreteamets start försvårades av att den tidsmässigt sammanföll med att Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska kliniker slogs ihop och bildade Stockholmsgeriatriken. Sammanslagningen innebar att kliniken fick en ny organisationsmodell, att många chefer och medarbetare försvann från organisationen, och även praktiska påfrestningar orsakade av flyttningar till nya lokaler. Starten av Äldreteamet har på grund av de stora organisatoriska förändringarna inom geriatriken inte kunnat få den uppmärksamhet och stöd som motsvarar beställarens höga prioritering och ambitioner för projektet.

Äldreteamet ingår i SAH-enheten, inom Stockholmsgeriatriken. Äldreteamets personal arbetar kontorstid och har hitintills bestått av en läkare och tre distriktsköterskor, och tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut. Övrig tid, ansvarar

SAH-teamen för Äldreteamets patienter. Läkartjänsten är vakant sedan i februari och upprätthålls av en inhyrd läkare.

Kriterierna för att få ansluta sig till Äldreteamet är att patienterna skall vara fyllda 75 år, bo i eget boende inom Kungsholmen eller Östermalm, ha vårdats på sjukhus vid minst tre tillfällen under det senaste året samt ha ett långsiktigt kvarstående behov av anslutning. Tre av kriterierna är ett absolut krav; ålder, boende och långsiktigt kvarstående behov av anslutning. Kravet på minst tre sjukhusvistelser går att bortse ifrån när en person bedöms ”komma att omfattas av angivna kriterier inom en snar framtid”.

Äldreteamets uppdrag är att erbjuda mottagningsverksamhet för planerad och oplanerad mottagning, telefonrådgivning utan väntetid dygnet runt, hembesök dygnet runt såväl akuta som planerade insatser med/utan läkare, hemsjukvård dock inte av den omfattning som SAH erbjuder. När patienterna bedöms ha behov av mer omfattande medicinska behandlingar skall de kunna erbjudas vård inom SAH eller direkt få plats inom slutenvården.

Fram till mars 2003 har 37 patienter varit inskrivna i Äldreteamet. Patientgruppens medelålder är drygt 88 år. De flesta lever ensamma och har hjälp av hemtjänst i mindre eller större utsträckning. Majoriteten är mentalt klara, men har problem med den fysiska hälsan. Hjärt- kärl och lungsjukdomar är de vanligaste diagnoserna som begränsar patienterna i deras vardag. I genomsnitt har de fem diagnoser per person och är ordinerade nio läkemedel.

15 av patienterna hade inte varit på sjukhus den senaste tolv månadersperioden före att de anslöts till äldreteamet. De 22 patienterna som hade varit inlagda på sjukhus hade i genomsnitt fem vårdtillfällen och totalt 38 vård dagar.

Äldreteamets personal bedömer att patientgruppens vårdbehov är mer omfattande än de som primärvårdens hemsjukvård tillgodoser och på en lägre nivå än den som den sjukhusanslutna hemsjukvården (SAH) ger.

Rekryteringen av patienter har gått i mycket lägre takt än den som beställningen anger. Anledningen är dels att Äldreteamet startade med mycket kort förberedelse tid och att projektets start också sammanföll med omorganisationen av sjukvårdsområdets geriatriska vård.

Den korta förberedelse tiden innebar också att Äldreteamets personal inte hann utarbeta någon strategi för att rekrytera patienter eller att sprida kunskap och förankra sin verksamhet vare sig internt inom geriatriken eller hos vårdgrannarna. Den bristande kunskapen om Äldreteamet hos vårdgrannarna har troligen påverkat tillströmningen av patienter. En annan orsak kan vara att den reella målgruppen är mindre än vad NSSO beräknade.

Primärvården har olika struktur i de två stadsdelarna där Äldreteamet verkar och tecken finns att det påverkar intresset att få ansluta sig till Äldreteamet. Intresset är något högre på Östermalm och antalet personer som tackar nej till Äldreteamet

med motivering att de inte vill byta husläkare verkar vara högre på Kungsholmen än på Östermalm.

På grund av den korta tiden som Äldreteamet har verkat går det ännu inte att jämföra hur patientgruppens sjukvårdskonsumtion har förändrats efter att de har anslutits till Äldreteamet. Enligt Äldreteamets personal är patienterna i hög utsträckning nöjda med den vård Äldreteamet ger. De framhåller den känsla av trygghet som lättillgängligheten dygnet runt ger och att de känner personalen. Personalens erfarenhet är att arbetet känns meningsfullt. Patienterna är enligt dem nöjda med insatserna.

Inledning

I maj 2002 beslutade styrelsen för Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO) att ge de dåvarande geriatriska klinikerna vid Sabbatsberg och Sankt Görans sjukhus¹, i uppdrag att starta Äldreteam för Kungsholmen och Östermalm. Äldreteamets² uppgift är att ”överta det primära vårdansvaret” för vissa äldre i behov av särskilda och frekventa sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser. Bakgrunden till sjukvårdsstyrelsens beslut var en diskussion inom sjukvårdsområdet om behovet av en sammanhållen vårdkedja för gruppen äldre multisjuka i eget boende med stort vårdbehov och som upplever sin situation som otrygg. Beställarna hade sedan länge uppmärksammat gruppens behov av bättre kontinuitet, tillgänglighet och trygghet i vården än den primärvården erbjuder. Med Äldreteamen vill beställarna minska gruppens slutenvårdskonsumtion.

Uppdraget

I samband med att sjukvårdsstyrelsen beslutade att starta projektet med Äldreteam fick Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum i uppdrag att följa, beskriva och i den mån det var möjligt utvärdera den inledande fasen i etableringen av Äldreteamet. Tanken är att erfarenheterna skall kunna användas när fler Äldreteam bildas inom sjukvårdsområdet. Utvärderingen skall ske i fyra etapper och den sista rapporten skall lämnas under våren 2004. Denna rapport, som är den första, innehåller en beskrivning av effekter och problem under startskedet. Uppdraget för de övriga studierna är;

- att jämföra vårdkonsumtionen våren 2002 och våren 2003
- att göra en hälsoekonomisk bedömning samt
- en studie av effekterna för den enskilde individen

Bakgrund

Tidigare studier om äldre multisjuka

Äldrecentrum har på uppdrag av Stockholms läns landsting i flera studier³ visat att äldre med sammansatta behov inte garanteras en trygg och värdig vård och omsorg.

Studierna visar att många i de äldsta åldersgrupperna har komplexa behov, som kräver en kombination av medicinsk vård, omvårdnad, rehabilitering och omsorg.

¹ Den nuvarande Stockholmsgeriatriken

² Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska kliniker fick i uppdrag att starta varsitt Äldreteam. När Stockholmsgeriatriken bildades organiserades Äldreteamet som en gemensam enhet.

³ U Gurner, Dirigent saknas, Äldrecentrum 2001:6, U Gurner, Vaxholm 1:an, Äldrecentrum 2002:2 m fl.

Denna grupp utgör med en snäv definition (4 procent), ca 5000 av länets befolkning 75 år och äldre och i en vidare bemärkelse ca 25 000 personer.

De äldre med sammansatta behov är högkonsumenter av vård och omsorg. Ansvaret för dem är splittrat mellan vård och omsorgsnivåer samt mellan huvudmännen. De får omfattande insatser med bristfällig eller ingen sammantagen planering. Gruppens behov av att få vård och omsorgsinsatser planerade och genomförda med ett helhetsperspektiv har framhållits i flera rapporter. Några av de slutsatser som har presenterats är;

- Primärvårdens och hemtjänstens organisation behöver anpassas till äldre människor med sammansatta vård och omsorgsbehov
- Arbetet, inte bara planeringen måste för denna grupp äldre bedrivas i nära samverkan mellan primärvård, kommunens hemtjänst och den äldre personen och anhöriga
- Samarbetet kring den äldre behöver bedrivas i team bestående av läkare, sjuksköterska, rehabiliteringspersonal och kommunens hemtjänstpersonal.
- Hela teamet, även läkaren, måste kunna genomföra insatserna i den äldres hem och arbetet måste bedrivas i ett livslångt perspektiv.

Idén att starta äldreteam

Landstinget; en beställar- utförarorganisation

Stockholms läns landsting är organiserad som en beställar- och utförarorganisation. Framtill april 2003 fanns sex sjukvårdsområden med ansvar att beställa sjukvård för invånarna. Högsta beslutande instans inom sjukvårdsområdena var en sjukvårdsstyrelse. I beställarorganisationens ansvar ingår också att precisera sjukvårdsbehoven och att följa upp verksamheten.. Beställarorganisationen är förändrad från och med den 1 april 2003 och beslutsfunktionerna har centraliserats.

Landstinget beställer vård av olika producenter eller utförare. Utförarna är enheter i egen regi, privata entreprenörer och stiftelser. Uppdragen mellan beställarna och utförarna formuleras i avtal så kallade vårdöverenskommelser.

Landstingets enheter som ”producerar” vård i egen regi är organiserade i produktionsområden, som har geografiska ansvarsområden.

De stadsdelar där Äldreteamet verkar; Kungsholmen och Östermalm tillhörde framtill den 1 april 2003 på beställarsidan Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO) och det är Stockholms produktionsområde (SPO) som ansvarar för landstingets egenregi verksamheter i dessa områden.

Beställaren uppmärksammade behovet av Äldreteam

Idéen att starta Äldreteamet utvecklades inom beställarorganisationen i Norra sjukvårdsområde och formulerades som tilläggsbeställningar till de tidigare vårdöverenskommelserna som reglerade uppdragen från Norra Stockholms sjukvårds-

område till de geriatriska klinikerna på Sabbatsbergs och S:t Görans sjukhus inom Stockholms produktionsområde.

Samtidigt som Äldreteamet startade i större skala den 1 september 2002 slogs de tidigare geriatriska klinikerna vid Sabbatsbergs och S:t Görans sjukhus ihop och bildade Stockholmsgeriatriken. Stockholmsgeriatriken övertog då ansvaret för de tidigare klinikernas vårdöverenskommelser.

Förberedelser inför Äldreteamets start

Beställarna tog initiativ att starta Äldreteam

Förberedelserna att starta Äldreteamet började hösten 2001 när beställarna inom NSSO presenterade idén för de ansvariga inom de geriatriska klinikerna vid S:t Göran och Sabbatsbergs sjukhus. Idén togs emot positivt och projektets initiativtagare och företrädare för de geriatriska klinikerna bildade en arbetsgrupp för att tillsammans utarbeta ett förslag till hur Äldreteamet skulle utformas.

Deltagarna i arbetsgruppen var helt överens om definitionen av patientgruppen, att Äldreteamet skulle arbeta med mobil vård med mera. Inom de geriatriska klinikerna hade de redan tidigare goda erfarenheter av att erbjuda otrygga pensionärer möjlighet att vara antecknade på den sjukhusanslutna hemsjukvårdens (SAH:s) ”beredskapslista” och vid akuta problem dygnet runt ha möjlighet att ta kontakt med dem.

Senare när samarbetet i gruppen övergick till förhandlingar om vilka villkor som skulle gälla hade beställarna och företrädarna för de geriatriska klinikerna olika uppfattningar i flera frågor. Framför allt var de oeniga om ekonomin och om tidpunkten då Äldreteamet skulle starta. Beställarna hade uppdrag från sjukvårdsstyrelsen att komma igång med verksamheten så snart som möjligt och helst före sommaren.

Samtidigt som starten av Äldreteamet planerades, började Stockholms produktionsområde förbereda sammanslagningen av S:t Görans och Sabbatsbergs geriatriska kliniker. Sammanslagningen genomfördes den 1 september 2002. Bakgrunden var att antalet äldre inom upptagningsområdet minskar och en sammanslagning bedömdes vara en bra lösning för att även i fortsättningen kunna erbjuda invånarna geriatrisk vård med hög kvalitet. Förberedelserna för sammanslagningen pågick under hela våren 2002 och påverkade all verksamhet vid de båda klinikerna.

Kontakter med äldreomsorgen På Kungsholmen och Östermalm

Beställarna inom Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO) informerades under våren 2002 företrädare för den kommunala äldreomsorgen i de berörda stadsdelsförvaltningarna i Stockholms stad om planerna att starta äldreteam. NSSO bjöd in dem till ett möte där även företrädare för de geriatriska klinikerna deltog. NSSO ställde inga krav på motprestationer på hemtjänsten. Efter det första informa-

tionsmötet i mars 2002 träffades gruppen regelbundet fram till att projektet startade i september

Informationen om Äldreteamet togs emot positivt och de frågor som behandlades vid de senare mötena gällde bland annat informationsöverföring, kontaktvägar med mera.

Information till primärvården

Företrädare för primärvården fick information att Äldreteamet skulle starta våren 2002. Informationen lämnades i samband med att de hade förhandlingar med beställarna om nya vårdöverenskommelser.

Mål och tankar bakom Äldreteamet

Äldreteamets uppdrag

Äldreteamet ska enligt beställarens tjänsteutlåtande till styrelsen för Norra Stockholms sjukvårdsområde:

”erbjuda primär vård med geriatrisk profilering till personer som saknar ett effektivt omhändertagande och kontinuitet i vårdkedjan.”

En viktig målsättning för Äldreteamet är enligt beställningen att ge patienterna trygghet. Tanken är att Äldreteamet skall kunna ge sina patienter primärvård, som är speciellt utformad efter gruppens behov av trygghet, kontinuitet och lättillgänglighet och därmed minska behovet av sjukhusvård. Den främsta skillnaden mot den reguljära primärvården är att patienterna mycket enkelt kan komma i kontakt med Äldreteamet dygnet runt, att sjuksköterska och läkare kan göra hembesök med kort varsel dygnet runt och att de kan ge medicinska behandlingar inom ramen för SAH.

Det är ett fritt val för den enskilde att ansluta sig till Äldreteamet. När en patient ansluter sig övertar Äldreteamet primärvårdsansvaret från den tidigare husläkaren. Intresserade patienter kan själva initiera en kontakt med Äldreteamet. Andra möjligheter är att husläkaren eller en läkare på sjukhus skriver en remiss.

Förutom de personer som uppfyller Äldreteamets kriterier (se sid 21) skall även andra med liknande behov ha möjlighet att ansluta sig till Äldre teamet. Äldreteamet skall enligt tilläggsöverenskommelsen

- ha mottagningsverksamhet under kontorstid
- ha telefonrådgivning utan väntetid dygnet runt
- göra hembesök, både planerade och akuta
- medverka i vårdplanering och bedömning av patient inför in eller utskrivning för slutenvård eller annan lämplig vårdnivå
- anhörigstöd och information
- hemsjukvård dock inte av den omfattning som SAH erbjuder

Akuta hembesök skall ske dygnet runt med en timmes inställetid. Vid akuta sjukdomsfall skall Äldreteamets patienter direkt kunna läggas in på Stockholmsgeriatriken eller få vård av Stockholmsgeriatrikens sjukhusanslutna hemsjukvård; SAH.

Äldreteamets målgrupp

Inför planeringen av Äldreteamet gjordes inom Norra Stockholms sjukvårdsområde⁴ en kartläggning för att beräkna hur många äldre som kunde vara i behov av denna vårdform. För att ringa in den aktuella målgruppen användes följande kriterier; 75 år och äldre, ha tre eller flera slutenvårdsvistelser under året samt diagnoser från en eller flera diagnoskapitel.

Denna grupp omfattade ca 500 personer. Efter studier av landstingets VAL-databaser⁵ antog beställaren att även personer med diagnoser från bara ett diagnoskapitel också kunde ha behov av Äldreteamets vård. Målgruppen ökade på detta sätt till 1100 personer. Av dessa beräknades 25 procent bo i särskilt boende och uteslöts ur underlaget för äldreteamens ansvarsområde eftersom de erbjuds hälso- och sjukvård i sitt boende. Återstående antal uppgick totalt till 700 personer.

I första skedet gällde beslutet att starta ett Äldreteam för boende i stadsdelarna Kungsholmen och Östermalm, där målgruppen beräknades uppgå till 130 respektive 160 personer. Målsättningen är att alla som tillhör gruppen äldre multisjuka och som bor inom sjukvårdsområdet på sikt skall få ett erbjudande om att ansluta sig till ett Äldreteam. Tanken är att de erfarenheter som görs av Äldreteamet för Kungsholmen och Östermalm skall användas i den fortsatta planerade utbyggnaden av fler Äldreteam inom sjukvårdsområdet.

Förväntade effekter

Sjukvårdsområdets förväntade effekter för de patienter som genom Äldreteamet får tillgång till en sammanhållen vårdkedja är

- större trygghet
- bättre kontinuitet
- större förutsättningar att bo kvar i det egna boendet
- bättre utrymme både inom primärvård och inom akutsomatik genom att onödiga besök och inläggningar i denna grupp minskar

I sjukvårdsstyrelsens beslutsunderlag (NSSO 0010-0758) görs en ”hälsokonsekvensbeskrivning” av Äldreteamets insatser. Den troliga bedömningen är att ett:

⁴ NSSO omfattar förutom stadsdelarna Östermalm, Norrmalm och Kungsholmen också hela västra Stockholm samt Ekerö.

⁵ I landstingets VAL-databaser lagras information om vårdkonsumtion på individnivå

”förbättrat omhändertagande, som innebär större tillgänglighet och kontinuitet också generellt får positiva hälsokonsekvenser. Resurser/utrymme antas komma att frigöras inom akutsomatik och primärvård genom att behovet för den aktuella gruppen förväntas tillgodoses inom den geriatriska vårdkedjan. Renodlat ekonomiska effekter kan antas uppstå bland annat genom att gruppens besök och inläggningar vid akutsjukhus förväntas minska.”

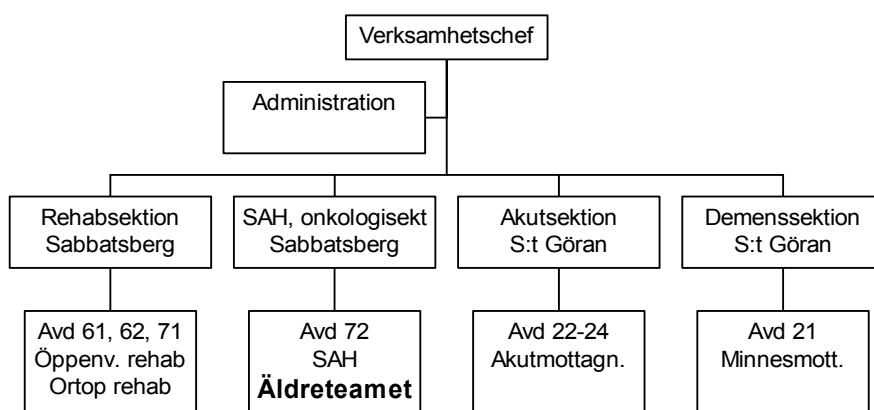
I skrivelsen framgår att den kartlagda gruppen på 1100 personer har gjort ca 4000 besök på akutmottagningar under den senaste tolv månadersperioden. Hälften av besöken har resulterat i kortvariga inläggningar. Ett exempel på en möjlig besparing presenteras. Ett antagande görs att merparten av akutbesöken hänförs sig till de 700 personerna i Äldreteamens målgrupp vilket enligt de gjorda beräkningarna innebär att varje person i genomsnitt gjort 6 akutbesök under ett år. Om dessa besök genom Äldreteamens insatser kan reduceras till hälften skapas enligt skrivelsen ett ekonomiskt utrymme motsvarande 25 Mkr om varje besök prissätts till 25 Tkr.

Äldreteamet en enhet inom Stockholmsgeriatriken

Stockholmsgeriatrikens organisation

Från och med den 1 september 2002 ingår Äldreteamet som en del i SAH-verksamheten vid Stockholmsgeriatriken och har sina lokaler på Sabbatsbergs sjukhus.

Figur 1. Stockholmsgeriatrikens organisation



Stockholmsgeriatriken har ca 190 vårdplatser. Sammanslagningen av Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska klinik innebär en minskning av antalet vårdplatser med 25 platser. Även antalet tjänster minskade något och är nu 417. Bland de tjänster som försvann var flera chefstjänster för funktioner, som tidigare fanns på båda klinikerna och som vid sammanslagningen slogs ihop till en gemensam. Klinikens budgetomslutning är ca 260 Mkr.

Sammanlagning av SAH-teamen vid Sabbatsbergs och S:t Görans sjukhus

Flyttkarusell

Den sjukhusanslutna hemsjukvården var en av de verksamheter som tidigare fanns på båda geriatriska klinikerna och som nu har slagits ihop till en enhet. Som ett första steg i sammanslagningen av SAH-verksamheterna vid Sabbatsberg och S:t Görans sjukhus flyttade SAH vid Sabbatsbergs sjukhus i maj 2002 provisoriskt till S:t Görans SAH i väntan på att nya gemensamma lokaler på Sabbatsbergs sjukhus skulle bli klara. Båda cheferna för de respektive SAH enheterna sökte jobbet som chef för den nya SAH enheten. Utnämningen av chefstjänsten blev klar de sista dagarna i augusti bara några dagar före att sammanslagningen skulle äga rum.

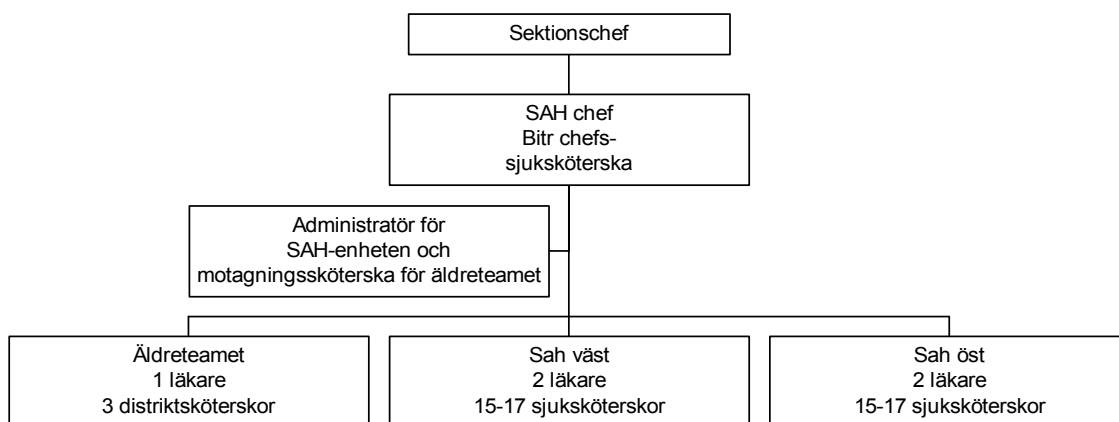
I början av oktober kunde den nya SAH-enheten flytta in i lokalerna på Sabbatsbergs sjukhus. Inflyttningen innebar olika praktiska påfrestningar för verksamheten. Byggnadsarbetena var inte helt klara, de nya möblerna levererades först efter en tid, antalet parkeringsplatser för enhetens bilar var otillräckliga, postgången krånglade m m.

SAH-enhetens organisation

Vård inom SAH är specialiserad och bedrivs dygnet runt. Personalen består av läkare och sjuksköterskor. I SAH enheten ingår förutom Äldreteamet, två SAH-team; ett för Kungsholmen och ett för Östermalm. I SAH –teamens ansvarsområde ingår även stadsdelen Normalm. De två teamen delar på ansvaret för patienter som bor där.

De tre teamen har en gemensam chef. Den biträdande chefsjuksköterskan arbetar främst med SAH teamen och även i det direkta vårdarbetet. Äldreteamets mottagningssköterska arbetar med administrativa uppgifter för hela SAH-enheten. Budgeten uppgår till ca 21 Mkr.

Figur 2. SAH enhetens organisation



Enheten är öppen dygnet runt

Äldreteamets personal arbetar kontorstid måndag till fredag medan SAH är bemannat dygnet runt. Dagtid arbetar 6-8 sjuksköterskor på kvällstid minst fyra och nattetid två. Bemanningen är flexibel och anpassas efter antalet patienter. Efter kontorstid övertar SAH-personalen ansvaret för Äldreteamets patienter.

Äldreteamet och SAH skall ge vård på olika nivåer

NSSO:s förslag till Äldreteamet byggde på en idé att utnyttja redan befintliga resurser inom geriatriken, bland annat SAH:s patruller som arbetar kvällar och nätter, samt deras erfarenhet av att arbeta med hemsjukvård.

Enligt uppdraget från NSSO skall SAH och Äldreteamet ge vård på olika ”nivåer” och rikta sig till olika patientgrupper. Sjukhusansluten hemsjukvård skall motsvara slutenvård på en sjukhusklinik. Insatserna varierar men är ofta av palliativ⁶ karaktär. Patienter anslutna till SAH kan få samma vård i hemmet som på en vårdavdelning.

Äldreteamets uppgift är att ge primär vård, motsvarande den vård som husläkare och distriktssköterskor ger. SAH:s patienter är i alla åldrar medan Äldreteamets patienter skall tillhöra gruppen äldre multisjuka och vara över 75 år. När äldreteamets patienter blir akut sjuka och bedöms vara i behov av mer medicinska insatser än äldreteamet kan ge, är tanken att de skall skrivas in antingen på en vårdavdelning inom den geriatriska kliniken eller i SAH och kan då fortsätta att vårdas hemma.

Antalet patienter

SAH kan enligt vårdöverenskommelsen som mest ha 45 inskrivna patienter. I mars 2003 hade SAH mellan 20 och 30 patienter inskrivna. Anledningen till att antalet remisser har minskat vet man inte. Samtidigt har SAH efter omorganisationen haft en begränsad kapacitet på grund av vakanser. Det saknas både läkare och sjuksköterskor. Flera medarbetare slutade i samband med att klinikerna slogs ihop.

Inom Stockholmsgeriatrikens SAH-team är vårdtiderna många gånger korta men tätt återkommande. SAH-teamen har en ”beredskapslista” med ett 50-tal patienter som kan vända sig till SAH när behov uppstår. De perioder som de inte är inskrivna i SAH återgår det medicinska ansvaret till den ordinarie husläkaren.

Äldreteamet är tänkt att kunna ha betydligt fler patienter än SAH. Enligt vårdöverenskommelsen skulle/kunde antalet patienter i januari 2003 ha uppgått till ca 300.

⁶ Palliativ vård

Personal

SAH har inklusive äldreteamet totalt drygt 40 tjänster. Inom SAH-delen finns fem läkartjänster och 33 sjuksköterskor. Enheten har också sjukgymnast, arbetsterapeut och kurator som formellt tillhör klinikens rehabiliteringsenhet.

Personalen i äldreteamet har under hösten bestått av en deltidsanställd läkare en mottagningssköterska/administratör på deltid samt två distriktsköterskor på heltid. Den första januari utökades teamet med ytterligare en distriktsköterska. Då började också arbetsterapeuten och sjukgymnasten.

I början av februari 2003 slutade läkaren. Ingen efterträdare fanns på plats trots annonsering och tjänsten stod obemannad i ca tre veckor. Läkaransvaret övertogs tillfälligtvis av sektionschefen. Sedan i början av mars uppehålls tjänsten av en läkare från en uthyrningsfirma. Tjänsten var ännu i slutet av maj vakant. När Äldreteamet får fler inskrivna patienter är planerna att anställa ytterligare läkare och distriktsköterskor. Äldreteamet skall senare även anställa undersköterskor med ansvar att ge insulin, göra såromläggningar och andra uppgifter som sjuksköterskorna kan delegera.

Enhetens finansiering

Vård inom SAH och av Äldreteamet ersätts enligt två helt olika system. Enligt de nuvarande avtalen ersätts SAH-teamens insatser med 1290 kr per patientbesök. Ersättningen betalas ut när patienterna skrivs ut.

Äldreteamet ersättes enligt avtalet som gällde under 2002 med 1000 kr per patient och månad. Månadsersättningen var endast preliminär eftersom det var oklart vilka kostnaderna skulle bli. Vid starten fick äldreteamet 2 Mkr som en engångsersättning för att täcka initialkostnaderna. Överenskommelsen anger att ersättningen för 2003 skall vara 1250 kr per patient och månad men att det finns en möjlighet att justera volymer och priser i samband med att den första delutvärderingen presenteras.

Äldreomsorgen och primärvården i Kungsholmen och Östermalm

Kungsholmen och Östermalm är några av de stadsdelsområden i Stockholm, som har en hög andel äldre i sin befolkning.

Organisationen av äldreomsorgen och primärvården har förändrats under de senaste tio åren och har nu helt olika struktur i de två stadsdelsområdena. Både Stockholms stad och Stockholms läns landsting har fört en politik med inriktning att stimulera fler utförare att etablera sig inom de tidigare helt offentligt drivna verksamheterna. Äldreomsorgen och primärvården i de båda stadsdelarna har konkurrensutsatts och företag driver både husläkarmottagningar och hemtjänstenheter. Kundvalsmodeller har också införts. Invånarna väljer själva sin husläkare. Inom hemtjänsten tillämpas sedan januari 2002 i Stockholms stad en kundvalsmodell, som ger pensionärerna rätt att välja vilken enhet eller företag som skall utföra den beviljade hemtjänsten.

Kungsholmen

På Kungsholmen är ca 85 procent av hemtjänsten utlagd på entreprenad. Sedan kundvalsmodellen infördes kan pensionärerna på Kungsholmen nu välja mellan 17 hemtjänstenheter. Av dessa är en i kommunal regi.

Primärvården är till största delen i landstingets regi. Tre av de fyra vårdcentralerna är landstingsdrivna med totalt 18 husläkare. Vårdcentralen i privat regi har bildats genom att personal ”knoppat av”. Den har sex husläkare anställda.

Östermalm

På Östermalm är förhållandena de motsatta. När kundvalsmodellen infördes var all hemtjänst i kommunal regi, medan den största delen av primärvården var privat. Nu kan pensionärerna på Östermalm välja mellan 14 utförare av hemtjänst varav nio är privata företag. Totalt finns fem privata husläkarmottagningar med 19 husläkare och två i landstingets regi med två (kolla) husläkare.

Samarbete mellan stadsdelsförvaltningarna och hälso- och sjukvården

Primärvården och den kommunala äldreomsorgen har de senaste åren haft svårt att hitta fungerande samarbetsformer. Husläkarreformen som upphävde de tidigare geografiska ansvarsområdena, förändrade förutsättningarna för samarbetet mellan äldreomsorgen och primärvården och försvårade kontakterna.

Under de senaste 15 åren har Stockholms stad och landstinget ingått avtal, som bland annat har reglerat samarbetet mellan äldreomsorgen och primärvården. Avtalen har varit konstruerade så att den centrala överenskommelsen skall kompletteras med lokala avtal. Arbetet med de lokala avtalen har varit olika framgångsrikt. Det senaste samarbetsavtalet på central nivå är från juni 2002.

Kungsholmen är en av de stadsdelar i Stockholm där stadsdelsförvaltningen och landstingets sjukvårdsområde under några år utvecklade väl fungerande samarbetsformer på olika nivåer. Arbetet dokumenterades i en samarbetsöverenskommelse. Omorganisationer och rörlighet bland de medverkande tjänstemännen har lett till att samarbetet sedan en tid tillbaka har försämrats.

På Östermalm har samarbetet de sista 10 åren i princip varit obefintligt. Stadsdelsförvaltningen har på olika sätt försökt initiera ett samarbete, men inte lyckats. En bidragande orsak har varit att husläkarna inte har kommit till de möten, som de bjudits in till. Stadsdelsförvaltningen har vid upprepade tillfällen diskuterat svårigheterna att få igång ett lokalt samarbete med ledningen för NSSO.

Syfte

Studiens syfte är att beskriva hur införandet av ett geriatriskt äldreteam för boende på Kungsholmen och Östermalm har gått till. Genom att dokumentera vad som faktiskt har skett under projektets första fas, och att samla in reaktioner från företrädare från andra delar av vården och äldreomsorgen ges förutsättningar för såväl

beställare som utförare av tjänsterna att rätta till problem som kan uppstå initialt. Utvärderingen skall användas som underlag för att underlätta planeringen i samband med beslut att införa fler geriatriska Äldreteam i första hand inom de andra delarna av sjukvårdsområdet.

Frågeställningar

De frågeställningar som behandlas rör patientgruppen, organisatoriska frågor kring teamets start och arbete, och samverkan med ”vårdgrannarna”.

Vilka är Äldreteamets patienter?

- Vilka har valt att ansluta sig till äldreteamet?
- Varför har vissa patienter tackar ja, andra nej till teamets insatser?
- Hur ser patienterna ut (ålder, civilstånd, diagnoser, vårdbehov, behov av hemtjänst mm)?

Om starten av Äldreteamet

- Hur har Äldreteamet hitintills organiserat sitt arbete
- Vilka initialproblem har Äldreteamet konfronterats med?

Om Äldreteamets samverkan/samarbete med vårdgrannarna

- Vad anser övriga vård- och omsorgsgivare inom sjukvården och äldreomsorgen om samarbetet med Äldreteamet?
- Hur har samarbetet med socialtjänsten eller andra delar av sjukvården fungerat?
- Har det uppstått samordnings- och samverkansproblem med vårdgrannarna?
- Har det uppstått samordnings- och samverkansfördelar med vårdgrannarna?
- Har teamet kunnat ge ett bättre stöd till äldreomsorgens vårdbiträden än vad primärvården har möjlighet till?

Metod och material

Studien har pågått från mars 2002 till mars 2003. Den har genomförts i form av intervjuer, inläsning av skriftligt material, registerstudier. Utredaren har även följt arbetet genom att regelbundet delta i olika möten och vid några hembesök hos patienter.

Intervjuer

Samtliga intervjuer har varit öppna, men med utgångspunkt från en checklista för de områden som berördes. Alla intervjuer utom en ägde rum på de intervjuades arbetsplatser och har tagit mellan en och två timmar. Sammanlagt har ett tjugotal intervjuer genomförts. De som har intervjuats är representanter för beställarna inom Norra Stockholms sjukvårdsområde (NSSO), för geriatriken inom Stockholms produktionsområde (SPO) för primärvården och äldreomsorgen på Kungsholmen och Östermalm samt Äldreteamets personal.

Intervjuer inför starten

Inför starten intervjuades två företrädare för beställaren (NSSO) av Äldreteamet. På utförarsidan intervjuades de tillförordnade verksamhetscheferna på Sabbatsbergs respektive S:t Görans geriatriska klinik samt de två cheferna för SAH-verksamheterna inom de båda klinikerna.

Intervjuer gjordes också med företrädare för fyra husläkarmottagningar, två på Kungsholmen och två på Östermalm. De som intervjuades var de verksamhetsansvariga läkarna. På två av husläkarmottagningarna intervjuades även en distriktssköterska.

Intervjuer med Äldreteamets personal

Samtliga sju medarbetare och två chefer i Äldreteamet har intervjuats. Intervjuerna har både varit i grupp och individuella. Fem av dem har intervjuats vid flera tillfällen och vid ett tillfälle gjordes en gruppintervju med distriktssköterskorna tillsammans med sjukgymnast och arbetsterapeut.

Intervjuerna har berört patientgruppen, äldreteamets arbetssätt, tidsåtgång för olika typer av insatser och personalkategorier, samverkan med andra vård- och omsorgsgivare, stöd till anhöriga med mera.

En intervju har också gjorts med verksamhetschefen för Stockholmsgeriatriken.

Dokumentgranskning m m

De dokument som har studerats är de tjänsteskrivelser och vårdöverenskommelser som ligger till grund för Äldreteamet.

Data om Äldreteamets patientgrupp har samlats in genom registerstudier och Äldreteamets dokumentation. Den studerade tidsperioden är mellan 020601 och 030301. Sommaren 2002 var endast två patienter inskrivna i teamet. Genom studier av äldreteamets dokumentation och statistik beskrivs vilka grupper som valt att tacka nej, och vilka som tackat ja, hur de aktualiserats och vilka insatser de får från Äldreteamet deras hälsotillstånd, läkemedelskonsumtion, insatser från kommunen med mera.

Resultat

Intervjuer inför starten med företrädare för primärvården

Intervjuer med två husläkare på Östermalm

De två intervjuade husläkarna på Östermalm är båda positiva till Äldreteamet och välkomnar det. De konstaterar att de äldre multisjuka är en grupp som primärvården har svårt att räkna till för och att gruppen inte får sina behov tillgodosedda på ett bra sätt idag. Gruppen blir lätt undanträngd av den yngre generationen med

höga krav på snabb hjälp. I praktiken har husläkarna små möjligheter att göra hembesök.

En av läkarna, som arbetar på en privat husläkarmottagning, säger att Äldreteamet är praktiskt rätt men principiellt fel. Han anser att det egentligen ingår i husläkarnas uppdrag att även klara gruppen multisjuka äldre.

Han fick information om Äldreteamet av beställarna i samband med att de förhandlade om nya avtal så kallade vårdöverenskommelser. Senare har han fått skriftlig information. Han har flera patienter, som han anser skulle passa bra att tillhöra Äldreteamet och några av dem har själva anmält sig till Äldreteamet. Han saknar en personlig kontakt med Äldreteamets personal i samband med att en patient vill lista om sig. Han tycker att det är viktigt att han kan förmedla sin kunskap om patienten vidare.

Han anser att ett annat sätt att förbättra hälso- och sjukvården för gruppen äldre multisjuka vore att husläkarna får möjligheter att själva remittera in patienter till den geriatriska kliniken utan att de behöver passera akutmottagningen. Han säger att den här gruppen har svårt att själva ta sig till läkare.

Den andra Östermalmsläkaren, som arbetar på en landstingsdriven husläkarmottagning anser att primärvården endast undantagsvis klarar av att ta hand om gruppen äldre multisjuka. Bland annat på grund svårigheterna att organisera arbetet så att det finns utrymme för läkarna att göra hembesök. Hon anser Äldreteamet är positivt för den här patientgruppen även av andra skäl. Eftersom de har många olika diagnoser har de behov av geriatrisk kompetens. Hon betonar samtidigt att de också behöver kontakt med olika specialister. På hennes vårdcentral är det distriktssköterskorna, som har kännedom om eventuella patienter att remittera till Äldreteamet. Läkarkontinuiteten på husläkarmottagningen är sedan en tid dålig.

Intervju med en distriktssköterska på Östermalm

Intervjun med distriktssköterskan görs i början av januari 2003. Husläkarmottagningen hade just haft sin första kontakt med projektet när en fullt frisk man kom till mottagningen och visade ett brev från Äldreteamet med erbjudande om att anslutas. Han hade tidigare varit sjuk, men tillhörde i dagsläget inte målgruppen. Han undrade varför han hade fått brevet.

Personalen på mottagningen har fått information om Äldreteamet tidigare. Den intervjuade distriktssköterskan tror att Äldreteamet är rätt tänkt. Hon säger att husläkarna har fullt upp med att räcka till för andra grupper. Oproportionellt mycket tid går idag åt till yngre friska personer med krav på att när de blir sjuka omedelbart få antibiotika.

Husläkarmottagningens hemsjukvård

Den intervjuade distriktssköterskan konstaterar att jobbet som distriktssköterska både är roligt och viktigt, men att det nu är svårt att klara. Orsakerna är brist på tid och brist på uppbackning från läkarna.

Husläkarmottagningen har ca 100 hemsjukvårdspatienter. Distriktssköterskorna träffar sina patienter vid hembesök och på mottagningen. De har även ansvar för vissa privatläkares hemsjukvårdspatienter. Dessa patienter innebär ofta problem eftersom det är svårt för distriktssköterskorna att få kontakt med de ansvariga läkarna. De har därför inte tillgång till nödvändig information om patienterna, för att kunna hjälpa dem.

Distriktssköterskorna får inte tag på vårdcentralens läkare heller när de gör hembesök hos pensionärer. De saknar den uppbackning som de behöver för att kunna göra sitt jobb. Husläkarna gör hembesök mycket sällan.

Sedan en tid är flera läkartjänster vakanta. Husläkarmottagningen hyr in personal och hyrsystemet skapar problem. Stafettläkare och hyrsystrar tar enligt den intervjuade distriktssköterskan inte samma ansvar och gör endast det mest nödvändiga.

Förutsättningar för distriktssköterskornas arbete

Vid intervjun framkommer att distriktssköterskornas erfarenheter är att privatiseringen både av primärvården och hemtjänsten på Östermalm har försvårat arbetet. Mycket av deras tid går åt till olika kontakter med läkare och kommunens hemtjänst, som alla är svåra att få kontakt med. De kan endast få kontakt med kommunens biståndsbedömare under deras telefontid och då är det så många andra som ringer. På kvällar och helger saknar de att hemtjänstens vårdbiträden inte är nåbara via mobiltelefoner. Den tid som de idag lägger ner på att nå sina samarbetsparters på telefon kunde de tidigare ägna på att träffa patienter.

Sedan privata utförare började arbeta inom hemtjänsten på Östermalm upplever distriktssköterskorna att samarbetet har försvårats ytterligare. De vet inte vilken hemtjänstenhet, som de skall ringa till angående de olika patienterna och patienterna vet heller inte vilken enhet som utför hemtjänsten hos dem.

Även uppdelningen av ansvaret för hemtjänst mellan dagtid, kvällar och nätter försvårar. Det är så många olika instanser som måste hållas informerade och någon samordning finns inte.

Ett exempel på svårigheterna att samverka och veta vem som har ansvaret är från en av vinterns mycket kalla helger. Distriktssköterskan kom hem till en äldre dam som hade 14 grader varmt i lägenheten. Kvinnan satt med ytterkläderna på och berättade att nu var det mycket varmare än tidigare. Hon hade varje dag fått hjälp av hemtjänst, som inte hade gjort något för att undsätta henne.

Ett annat exempel är en patient som besökte tre olika läkare, som ordinerade henne samma läkemedel med följd att hennes dos tredubblades.

Synpunkter på hemtjänsten

Den intervjuade distriktssköterskan anser att hemsjukvården hos de äldre patienterna är ett tungt arbetsområde bland annat på grund av den bristande samordningen och svårigheterna att upprätthålla kontakterna med biståndsbedömare och hemtjänst. Distriktssköterskornas uppfattning är att kvaliteten på hemtjänstens insatser har försämrats. Hon anser att hemtjänsten behöver mer kvalificerad personal för att kunna ge de äldre ett bättre omhändertagande. Personalen behöver bland annat ha större kunskap om pensionärerna.

Distriktssköterskorna vill delta i de vårdplaneringsmöten som hålls när pensionärer skrivs ut från sjukhus. Idag blir de inte kallade. Följden blir enligt den intervjuade distriktssköterskan att biståndsbedömarna godkänner att patienter med stora vård och omvårdnadsbehov kommer som distriktssköterskorna inte klarar av att tillgodose. Distriktssköterskorna upplever att patienterna får komma hem från sjukhus för att kommunen vill spara pengar.

Intervjuer med två läkare på Kungsholmen

En av de två intervjuade husläkarna, som arbetar på en landstingsdriven husläkarmottagning, anser att Äldreteamet ger ett mycket förmånligt erbjudande till gruppen multisjuka och som han har svårt att konkurrera med. Han kan inte erbjuda ett hembesök med 60 minuters inställetid utan gör hembesök endast i undantagsfall. Läkaren är positiv till projektet om målet trygghet för pensionärerna kan uppnås och kostnaderna minska, men han tycker att det är olyckligt att patienterna måste byta husläkare.

En farhåga han har är att Äldreteamet kan innebära ett ekonomiskt hot mot hans verksamhet om det för med sig att patientunderlaget för distriktssköterskorna och undersköterskorna i husläkarmottagningens hemsjukvård minskar. Det är något som även den andre intervjuade husläkaren från husläkarmottagningen på entreprenad ser som ett orosmoment. De båda läkarna säger att de inte har så många patienter som passar in på kriterierna och båda har synpunkter på hur anslutningen av patienter till Äldreteamet går till. De är kritiska till de brev som har gått ut med erbjudande till olika personer att ansluta sig till Äldreteamet. Det strider enligt dem mot tidigare praxis bland läkare att inte konkurrera med varandra om patienter. Båda läkarna vill gärna bli kontaktade av Äldreteamets personal när någon av deras patienter vill ansluta sig till Äldreteamet. En annan farhåga som de delar gäller geriatrikernas kompetens att arbeta hemma hos patienter.

Läkaren från entreprenadmottagningen anser att de ger de multisjuka en god vård. Han gör hembesök när mottagningen har stängt och berättar om distriktssköterskornas och undersköterskornas arbete med hemsjukvårdspatienterna. I stället för att satsa på en ny verksamhet som Äldreteamet föreslår han att beställarna istället skall ge primärvården bättre förutsättningar så att de kan ha kvällsöppet.

Intervju med en distriktssköterska på Kungsholmen

Den intervjuade distriktssköterskan arbetar på den entreprenad drivna husläkarmottagningen tillsammans med den intervjuade läkaren. Hon anser att hennes husläkarmottagning kan ge sina patienter en god hemsjukvård och att endast ett fåtal av de nuvarande patienterna skulle få bättre vård inom Äldreteamet. Hon tänker främst på patienter med hjärt- och lungsjukdomar. På hennes husläkarmottagning är en distriktssköterska knuten till varje läkare och på mottagningen finns också undersköterskor som arbetar hos hemsjukvårdspatienterna med att ge insulin, lägga om sår m m. Distriktssköterskorna är i tjänst även på helgerna. Kontinuiteten är god.

På mottagningen har de varje vecka särskilda ronder för hemsjukvårdspatienterna. Sedan ett år tillbaka förlägger de vissa av dessa ronder hemma hos patienterna. Distriktsköterskan har noterat att hembesöken är uppskattade både av patienterna och läkarna. Målet är att alla patienter skall få ett hembesök per år. Läkarna gör akuta hembesök vid behov. Distriktsköterskorna kan alltid nå "sin" läkare när de behöver deras råd och stöd vid hembesök. Hemsjukvårdspatienterna kallas årligen till en läkarundersökning. Vid behov remitterar de patienter till SAH och samarbetet fungerar bra.

Distriktsköterskornas samarbete med hemtjänsten har försvårats sedan kundvalsreformen genomfördes. Tidigare hade den intervjuade distriktsköterskan möten med hemtjänstenheten i hennes geografiska område varje månad. Nu när det är många utförare är det svårare att upprätthålla ett kontinuerligt samarbete. En annan försämring som har påverkat det dagliga livet för flera av hennes patienter är att en dagverksamhet har lagts ner. Patienterna har därmed förlorat en viktig kontaktpunkt.

Intervjuer inför starten med beställarna och utförarna

Intervjuer med två företrädare för beställaren

Visionen; ökad trygghet för patienterna genom bättre kontinuitet

Beställarnas viktigaste mål med att inrätta Äldreteam är att ge målgruppen ökad trygghet. Målgruppen är enligt dem kroniskt sjuka personer med risk för akut försämring och som har extra stora behov av trygghet när det gäller att kunna få vård; "de som annars söker akutsjukvård utan att egentligen behöva den".

Vid planeringen utgick de från en modellpatient; en person som bor i eget boende och som har en hög sjukvårdskonsumtion. Sjukvårdskonsumtionen beror främst på otrygghet och av att primärvården inte kan tillgodose hans eller hennes behov på grund av hur den är organiserad. Det som saknas är att den inte är tillgänglig obekvämt tid och att de inte kan ge medicinska behandlingar i hemmet.

I projektiden ligger ett antagande att det idag utförs onödig akutsjukvård. Tanken är att minska gruppens totala sjukvårdskonsumtion genom att erbjuda dygnetrunt-öppen primär vård med möjlighet för patienterna att vid behov få hembesök av en läkare eller sjuksköterska inom en timme. Teamets insatser ska ge patienterna ett bättre omhändertagande och samtidigt kan sjukvårdens kostnader minska. Beställarna såg också möjligheter för pensionärer att med äldreteamets stöd bo kvar hemma och att efterfrågan av särskilda boendeformer inom kommunen kan minska.

Beställarna anser att samverkan med den kommunala äldreomsorgen är mycket viktig, men valde att starta Äldreteamet utan att ställa några krav på kommunen. En vision är att kunna utveckla samarbetet mellan sjukvårdsområdet och stadsdelsförvaltningarna på ett liknande sätt som finns i Nordvästra Stockholm där några kommuners och landstingets resurser koordineras i det s k Fyr-projektet.

Beställarna ser också en möjlighet att äldreteamets läkare i framtiden även blir ansvariga för läkarvården i de särskilda boendeformerna.

Beställarnas vision var att Äldreteamet efter två år skall finnas i hela sjukvårdsområdet och ha ca 1000 patienter. Det innebär en fördubbling av patientantalet inom hemsjukvården.

En farhåga som beställarna hade inför starten var att efterfrågan skulle bli för stor och att utföraren därför inte skulle klara uppgiften.

Val av vårdgivare

För beställarna var de befintliga SAH-teamens hemvist inom geriatriken det som avgjorde valet av vårdgivare att driva Äldreteamet. Teamet får genom denna hemvist lätt tillgång till hela den geriatriska vårdkedjan, som omfattar akutvård, slutenvård, sjukhusansluten hemsjukvård och rehabilitering. Ett annat alternativ hade varit att förlägga Äldreteamen inom primärvården. Beställarna var medvetna om att företrädare för primärvården, ansåg att projektet hör hemma inom deras specialitet och att de var kritiska till planerna. En svårighet för primärvården var enligt beställarna att läkarna har svårt att göra hembesök eftersom de är inbokade med patientbesök på mottagningen hela dagarna.

Kostnaderna

En osäkerhet inför starten var vilka som skulle komma att bli äldreteamets patienter. Skulle det bli de som har stora vårdbehov eller de som mer är i behov av trygghet. Både beställarna och utförarna konstaterade att projektets utveckling och kostnader beror på detta.

Uppdraget från sjukvårdsområdets politiska styrelse var att starta ett Äldreteam utan att öka kostnaderna. Därför var det angeläget att använda befintliga strukturer och att hitta de optimala förutsättningarna vad gäller patientgrupp och resurser för att projektet skall bli lönsamt.

Intervjuer med fyra företrädare för Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska kliniker

Inställning till idén/visioner

De fyra intervjuade företrädarna för ”utförarsidan” var alla positiva till idén att starta ett äldreteam. Fördelarna med projektet var enligt dem bland annat att det är trygghetsskapande för patienterna att alltid kunna komma i kontakt med vården och att personalen kan komma till dem med kort varsel. De såg också möjligheter att Äldreteamet skulle kunna ge stöd till anhörigvårdare.

På längre sikt såg utförarna liksom beställarna möjligheter att Äldreteamet skulle kunna ge möjlighet för patienterna att bo kvar hemma längre och bidra till att minska behovet av särskilda boendeformer. Även de såg möjligheter att äldreteamets läkare i framtiden skall kunna ansvara för läkarvården inom de särskilda boendeformerna. Alla fyra intervjuade påtalade svårigheten att starta Äldreteamet

samtidigt som de skulle genomföra sammanslagningen av Sabbatsberg och S:t Görans geriatriska kliniker.

Patientgruppen

Ett problem som utförarna uppmärksammade tidigt var osäkerheten om vilka vårdbehov patienterna kommer att ha och vilka insatser som kommer att krävas. Frågan var om patientgruppen skulle ha mycket stora vårdbehov eller bestå av de med ett mindre behov av kontinuerliga insatser men med behov av trygghet. Osäkerheten försvårade både planeringen och kostnadsberäkningen.

En särskild farhåga som utförarna hade var att de inte skulle kunna åta sig insulin-givning till patienter med diabetes. De bedömde att de erbjudna resurserna var otillräckliga för att klara de långa resvägarna om många av patienterna skulle behöva dagliga insulininjektioner. Samtidigt såg de svårigheterna att säga nej till gruppen eftersom patientunderlaget då skulle komma att minska. De såg liknande problem med dagliga såromläggningar.

En av de intervjuade betonade att den vårdform som ett Äldreteam erbjuder passar för en speciell grupp patienter, men bör inte erbjudas till alla. En annan synpunkt var att Äldreteamet inte får föra med sig att de som inte vill vårdas hemma tvingas till det.

Oro för ekonomin

Osäkerheten om den blivande patientgruppen och vårdbehoven innebar svårigheter att beräkna vilka kostnaderna för Äldreteamet skulle komma att bli på längre sikt. Samtliga utförarrepresentanter uttryckte stor oro för Äldreteamets ekonomi och innan de ville diskutera projektet var de angelägna om att försäkra sig om att få kostnadstäckning. De befarade att den erbjudna ekonomiska ersättningen 1000 kr per patient och månad under 2002 inte skulle räcka och de erbjöds därför 2 Mkr som ett engångsbelopp för starten.

Den första avtalsperioden var från maj 2002 till januari 2003. Utförarnas oro gällde framförallt vilka villkor som skulle komma att gälla från och med 2003. Skulle ersättningen då ge kostnadstäckning? Utförarna befarade att beställarna kalkylerade med att geriatriken har en överkapacitet och att de överskattade samordningsvinsterna. Utförarna upplevde att beställarna inte hade någon förståelse för deras krav och argument och var fast beslutna att inte fortsätta verksamheten efter avtalstidens slut om de i det nya avtalet inte kunde se att kostnaderna täcktes. Osäkerheten kring de ekonomiska villkoren försvårade dialogen mellan utförarna och beställarna.

Utöver engångsbeloppet var ersättningen under 2002 1000 kr / patient och månad. Utförarnas beräkningar visade att den löpande ersättningen inte skulle täcka driftskostnaderna för 2003 utan skulle behöva vara minst dubbelt så hög. Detta faktum bekymrade dem mycket, eftersom de befarade att den ersättning som beställarna skulle erbjuda dem för 2003 skulle ligga på samma nivå som för 2002.

En annan farhåga angående ekonomin som utförarna hade var att avlastningen på akutsjukvården inte skulle bli så stor som den gjorda utredningen visade och att Äldreteamets ekonomiska bärighet därmed skulle minska.

Omorganisation

Samtliga av de intervjuade utförarna konstaterade att tidpunkten för starten av Äldreteamet var den sämsta möjliga. De påtalade de stora svårigheter som det skulle innebära för dem att starta Äldreteamet samtidigt som de två geriatrika klinikerna slogs ihop. De ville skjuta upp starten av Äldreteamet tills att den stora omorganisationen var avklarad.

Samarbete med hemtjänsten

De intervjuade framhöll vikten av ett väl fungerande samarbete med hemtjänst. De tidigare erfarenheter som de intervjuade hade av att samarbeta med hemtjänsten var mycket blandade och även erfarenheterna av hemtjänstens kvalitet. En sa att den är ett lotteri. Personer som bor grannar kan ha helt motsatta erfarenheter. En är mycket nöjd med hemtjänstens insatser medan en annan är missnöjd. Av patienterna har de förstått att hemtjänsten inte alltid kommer när det är avtalat. Att personalen ringer och föreslår att de skall komma nästa dag istället. Vid biståndsbedömningar på kliniken framkommer ganska ofta att pensionärerna inte har fått den hemtjänst som de varit beviljade. Den nuvarande organisationen med många utförare anser de försvårar ett samarbete.

Personal

Andra orosmoment inför starten var att de inte skulle lyckas att rekrytera läkare och sjuksköterskor och att medarbetarna i SAH inte skulle bli intresserade av projektet.

Samarbete med primärvården och andra

Flera av de intervjuade utförarrepresentanterna såg möjligheter att driva ett Äldreteam även inom primärvården. Fördelen var en större geografisk närhet medan de fördelarna de framhöll att ha Äldreteamet inom ramen för geriatriken var erfarenheterna från SAH och det nära sambandet med slutensjukvården. Flera av de intervjuade kände till att flera företrädare för primärvården var kritiska till planerna på att inrätta ett Äldreteam och befarande att samarbetet med primärvården generellt skulle kunna försämrats. De antog att primärvårdens missnöje både hade ekonomiska och ideologiska skäl

Äldreteamets start

Äldreteamen startade formellt den 1 maj 2002. Fyra månader före att sammanslagningen av de två geriatrika klinikerna skulle göras. Cheferna för de två SAH enheterna vid Sabbatsbergs och S:t Görans geriatrika kliniker fick i uppdrag att rekrytera personal till de ”två teamen”. Chefen för SAH-enheten på S:t Göran fick i uppdrag att vara projektledare och i övrigt förbereda starten.

Vårdöverenskommelsens innehåll

Äldreteamets målgrupp är enligt beställningen personer som

- är fyllda 75 år
- Har ett eget boende inom Kungsholmen eller Östermalm
- Har varit inlagd inom somatisk akutsjukvård och/eller geriatrisk vård vid minst tre tillfällen inom den senaste 12-månadersperioden
- Har ett långsiktigt kvarstående behov av anslutning

Tre av kriterierna är ett absolut krav. Det är åldern, att bo på Kungsholmen eller Östermalm och att ha ett långsiktigt kvarstående behov av anslutning. Kravet på minst tre sjukhusvistelser går att bortse ifrån när en person bedöms ”komma att omfattas av angivna kriterier inom en snar framtid”. Det finns inget krav på att patienterna skall ha ett visst antal diagnoser utan det är den enskilda patientens behov av trygghet och framtida vård som skall vara utgångspunkten för läkarens bedömning.

I beställningen betonas att det är patientens valfrihet som skall gälla vid anslutningen.

Äldreteamet skall ansvara för att ge sina patienter primär vård. I beställningen används begreppet primär vård med geriatrisk profilering. I äldreteamets verksamhet ingår enligt avtalet med beställarna;

- ”mottagningsverksamhet för planerad och oplanerad mottagning
- telefonrådgivning utan väntetid dygnet runt
- hembesök dygnet runt för såväl akuta som planerade insatser med/utan läkare
- medverka i vårdplanering och bedömning av patient inför in eller utskrivning för slutenvård eller annan lämplig vårdnivå
- anhörigstöd och information
- hemsjukvård, dock inte av den omfattning som SAH erbjuder”

I uppdraget ingår även att utföraren skall arbeta förebyggande för att förbättra hälsoläget i målgruppen och med rehabilitering.

Av vårdöverenskommelsen framgår också att;

”Överenskommen verksamhet skall kännetecknas av ett gott bemötande, patient och dennes närstående skall visas omtanke och respekt, patientens värdighet och integritet skall tillgodoses och vården skall så långt det är möjligt planeras och genomförs i samråd med patienten.”

Antalet patienter

Uppdraget under sommaren 2002 var att skriva in ett mindre antal patienter för att den 1 september starta i större skala. Under 2002 skulle 66 patienter skrivas in från Kungsholmen och 80 från Östermalm. Hälften av dessa; 73 patienter, skulle enligt vårdöverenskommelsen ha skrivits in till den 30 september. Dessa planer

senarelades två gånger under hösten. Först till slutet av november och sedan till januari 2003.

Under 2003 var planerna att Äldreteamet maximalt skulle ha 133 patienter från Kungsholmen och 161 från Östermalm.

Rekryteringen av patienter

Tänkbara vägar för Äldreteamet att få patienter

Vid planeringen inför starten klargjordes inte på vilka vägar som patienterna skulle rekryteras. I ett informationsbrev inför Äldreteamets start i april 2002 till primärvården undertecknat av verksamhetscheferna för de tidigare geriatriska klinikerna betonade de vikten av att ha en

”dialog kring aktuella patienter mellan de geriatriska klinikerna och primärvården i det enskilda fallet så att varje patient får den vård som bäst passar henne/honom”

Äldreteamet startade under tidspress. De hade en kort förberedelsetid och det fanns inte utrymme för personalen att gemensamt komma fram till hur de skulle erbjuda blivande patienter att kunna ansluta sig till teamet. När Äldreteamet startade hade de en tidspress att redan den 30 september ha 73 patienter anslutna.

Listor över tänkbara patienter

Vid starten överlämnade beställaren utdrag från landstingets VAL- databas över personer som uppfyllde kriterierna till Äldreteamets personal. Listorna hade använts av beställaren för att studera målgruppen och dess sjukvårdskonsumtion och överlämnades för att underlätta starten.

Listorna medförde under de första månaderna stora problem eftersom Äldreteamets personal inte kände till hur de skulle läsas och vad de olika koderna betyder. De försökte få hjälp med detta, men hade svårt att hitta någon de kunde vända sig till. Först i början av oktober fick de kodnycklarna. Anledningen till att det tog så lång tid kan förklaras med den organisatoriska oordning som rådde den första tiden efter den nya organisationens start. Situationen förvärrades för SAH:s och Äldreteamets del av flyttningen till nya lokaler. Enhetschefens arbetstid räckte inte till att ge Äldreteamets personal ledning och extra uppbackning. Trots att de inte kunde tyda listorna användes de, som underlag för att rekrytera patienter.

Hur och när rekryterades patienterna?

De första två patienterna som skrevs in under maj respektive juni 2002 var tidigare kända inom SAH genom ”beredskapslistorna”. Under augusti förbereddes rekryteringen av fler patienter.

Fram till den 1 mars 2003 hade totalt 37 patienter varit inskrivna i Äldreteamet. Av dem har fyra avlidit. 18 var bosatta på Kungsholmen och 19 på Östermalm.

Tabell 1. Rekryteringen av patienter till Äldreteamet

| | Sommaren 2002 | Sept | Okt | Nov | Dec | Jan | Feb | Antal |
|------------------------|------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-------|
| Antal patienter | 2 | 5 | 9 | 7 | 6 | 4 | 4 | 37 |

Vägen in till Äldreteamet ser olika ut för patienterna som kommer från Kungsholmen och Östermalm.

Tabell 2. Patienternas rekryteringsvägar till Äldreteamet

| | Brev | Annons | Remiss | | | Annat Sätt | Totalt |
|-------------|------|--------|--------|---------|----------------|---------------|--------|
| | | | SAH | Sjukhus | Primär vård | | |
| Kungsholmen | 5 | 0 | 7 | 5 | 1 | 0 | 18 |
| Östermalm | 13 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 19 |
| Antal | 18 | 1 | 8 | 6 | 2 | 2 | 37 |

Omkring hälften av patienterna har kommit till Äldreteamet sedan de fått ett informationsbrev (se nedan) och hälften genom remisser från andra vårdgivare. De som bor på Kungsholmen har i högre grad kommit till Äldreteamet genom remisser från SAH eller från geriatriken, medan patienterna från Östermalm har anmält sig efter att de har fått informationsbrevet. Hitintills har endast två patienter remitterats till Äldreteamet från primärvården.

Informationsbrev

Personalen började att rekrytera patienter till Äldreteamet genom att skicka ut informationsbrev till personer som fanns på listorna som de fått av beställaren. Skälen till att de valde denna väg att rekrytera patienter är inte helt klara men troligen var tidspressen en viktig orsak.

Informationsbrevet innehöll ett erbjudande om att kunna få ansluta sig till Äldreteamet. Det faktum att personalen till en början inte kunde tolka den information som listorna innehöll innebar att de inte visste till vilka de skickade breven. I några fall skickades brev till personer som var avlidna.

Fyra utskick av informationsbrev

Under hösten 2002 skickades två omgångar informationsbrev och under våren 2003 en omgång före undersökningsperiodens slut. I april har ytterligare ett utskick gjorts. Totalt har ca 200 informationsbrev skickats ut.

I augusti skickades de första informationsbreven ut till ca 50 personer enbart på Östermalm. I september/oktober skickades en omgång brev till ca 70 personer på Kungsholmen och på Östermalm. Utskicket i januari omfattade ca 60 brev och i utskicket i april ca 25 brev.

Vilka tackade nej och varför

Av dem som fick det första utskicket valde fem personer att ansluta sig till Äldreteamet. Distriktssköterskorna ringde upp de personer som fått informationsbrevet och som själva inte svarade.

47 av de som fick informationsbrevet i september/oktober svarade inte. Av de som svarade ville nio bli anslutna. Två av dessa kunde inte anslutas eftersom de inte motsvarade kriterierna. 10 av de som svarade ville inte byta husläkare. Utskicket i januari resulterade i att 12 intresserade hörde av sig och en som svarade var inte intresserad. Resten hörde inte av sig. Tre av de intresserade har hitintills anslutits till Äldreteamet. Informationsbrevet i april har gett fem svar från personer som vill ansluta sig till Äldreteamet.

Breven har fått olika gehör i de båda stadsdelarna. På Östermalm har två tredjedelar av patienterna kommit i kontakt med Äldreteamet genom breven medan bara en tredjedel på Kungsholmen.

Av de som har tackat nej har det vanligaste skälet varit att de inte har velat byta husläkare. De flesta av dessa bor på Kungsholmen.

Äldreteamet har hitintills tackat nej till ca 10 pensionärer. Orsaken har varit att de inte har motsvarat kriterierna eller att de inte har bott i upptagningsområdet. Några av de som först fick avslag på sin begäran har senare kunnat anslutas. Äldreteamet har också tackat nej till några patienter med stora sår, som kräver dagliga omläggningar och till ensamboende personer med demenssjukdomar.

Breven gav upphov till protester hos husläkarna

Informationsbreven väckte irritation hos några av husläkarna på Kungsholmen. De fick kännedom om dem genom sina patienter, som fått brevet.

Husläkarna framförde i oktober 2002 i ett brev till NSSO sina synpunkter och ställde frågor om Äldreteamets sätt att rekrytera patienter. De efterlyste ett "gott samarbete", som de konstaterade kräver ömsesidig respekt och dialog vilket de ej ansett hade förekommit. De ifrågasatte hur och varför breven skickats ut. De ifrågasatte vidare om företrädare för geriatriken kan kalla sig husläkare och varför Äldreteamet i brevet hade framställt sig kunna ge en bättre vård än den ordinarie primärvården, vilket enligt brevet också är i strid med läkarförbundets regler, att inte konkurrera om patienter.

I sitt svar till husläkarna förklarade NSSO att anledningen till att de inrättat Äldreteamet var den uppmärksamhet som i olika rapporter riktats mot målgruppens svårigheter att få ett bra omhändertagande och gruppens dokumenterade behov av en sammanhållen vårdkedja. NSSO lovade också i brevet att i fortsättningen inte använda benämningen husläkare. Brevet omarbetades i enlighet med de lämnade synpunkterna innan den andra omgången skickades ut.

Remisser

Äldreteamets distriktsköterskor anser att rekryteringen av patienter behöver utvecklas och förändras i riktning mot att patienter blir remitterade i första hand från den geriatriska kliniken, primärvården, SAH eller från hemtjänsten.

Hitintills har Äldreteamets personal i mycket liten utsträckning varit ute och besökt klinikerna inom Stockholmsgeriatriken, husläkarmottagningar och hemtjänsten för att informera om Äldreteamet och dess arbete. Nu anser de att detta är mycket angeläget.

Annonser

Äldreteamet annonserade vid några tillfällen i olika lokaltidningar för att komma i kontakt med personer som var intresserade att bli patienter i Äldreteamet. En av dessa följde även upp annonsen med en artikel. En patient har rekryteras genom annonserna.

Tidigare husläkare

Tabell 3. Patienternas tidigare husläkare

| | Husläkare i egen regi | Husläkare entreprenad | Privat läkare/ Annan | Antal |
|---------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|-------|
| Kungsholmen | 11 | 6 | 1 | 18 |
| Östermalm | 3 | 15 | 1 | 19 |
| Totalt | 14 | 21 | 2 | 37 |

På Kungsholmen har två tredjedelar av patienterna tidigare haft en husläkare från de landstingsdrivna husläkarmottagningarna och en tredjedel från husläkarmottagningen som drivs på entreprenad. På Östermalm har majoriteten av patienterna tidigare haft en husläkare från en husläkarmottagning med entreprenadavtal med landstinget och tre en i landstingets egna regi.

Äldreteamets arbetssätt

De anslutna patienterna får Äldreteamets läkare som husläkare och en av distriktsköterskorna som "sin sjuksköterska". Distriktssköterskorna arbetar områdesvis. För att patienterna ska kunna nå Äldreteamet dygnet runt får de telefonnumret till en jourtelefon som är bemannad dygnet runt. Helger, kvällar och nätter övertar SAH ansvaret för Äldreteamets patienter.

Läkarmottagningen

Tanken är att de patienter som kan, skall komma till mottagningen för läkarbesök eller för att träffa sin distriktssköterska. Hitintills har endast några enstaka patienter besökt mottagningen. Deras hälsotillstånd gör det svårt att lämna hemmet. Huvuddelen av insatserna görs därför i patienternas bostäder och distriktsköterskornas arbete består i hög grad av hembesök hos patienterna eller telefonkontakter. Antalet patienter som ringer kan variera mellan två och 10. Mottagningsköterskan/administratören som tar emot samtalen fyra dagar i veckan berättar att hon har

lärt känna patienterna genom telefonsamtalen Numera kan hon ge dem besked så att distriktssköterskorna kan avlastas. Hennes erfarenhet är att telefonlinjen ger patienterna trygghet.

Distriktssköterskornas arbetsuppgifter i Äldreteamet

Den dag som mottagningssköterskan är ledig ansvarar distriktssköterskorna för jourtelefonen. De har mobiltelefoner och kan alltid nå varandra. Vanliga uppgifter för distriktssköterskorna är att dela medicin i dosett, att ta prover och att lägga om sår, men de ser samtalen med patienterna som sin viktigaste uppgift. De har märkt att de regelbundna samtalen har en lugnande effekt på många och inte minst för de som lider av lungsjukdomar där andnöd är ett stort problem. De har även samtal med anhöriga.

Distriktssköterskorna säger att de försöker arbeta förebyggande genom att höra av sig regelbundet till de patienter som de vetkänner oro och ångest.

Tabell 4. Distriktssköterskornas kontakter med patienterna

| | Dagligen | Flera gånger per vecka | En gång i veckan | Var annan vecka | Mer sällan | Antal |
|-----------------|----------|------------------------|------------------|-----------------|------------|-------|
| Hembesök | 1 | 7 | 14 | 9 | 6 | 37 |

Ingen av patienterna besöker regelbundet Äldreteamets mottagning. När patienterna behöver andra behandlingar till exempel blodtransfusioner skrivs de in i SAH, den tid som behandlingen tar, oftast ett eller flera dygn. Äldreteamets sjuksköterskor har gett blodtransfusioner även när patienterna har varit inskrivna i SAH. Den främsta anledningen att patienterna förs över till SAH är att vårdbehovet just då överstiger den nivån som Äldreteamet skall ansvara för. Vem som i praktiken utför behandlingen har ingen betydelse, men ersättningen till SAH-enheten förändras. Hitintills har fyra patienter skrivits in i SAH vid sammanlagt 10 tillfällen.

Äldreteamets distriktssköterskor uppger att ett hembesök i genomsnitt tar cirka 30 min. Variationen är stor och det händer också att ett hembesök ibland tar mer än en timme i anspråk.

Sjukgymnast och arbetsterapeut

Sedan januari har Äldreteamet också tillgång till sjukgymnast och arbetsterapeut på halvtid. Sjukgymnasten arbetar med att ge individuell träning och arbetsterapeuten med att prova ut hjälpmedel mm. De har inledningsvis arbetat tillsammans med att se över patienternas behov av hjälpmedel och rehabiliteringsinsatser. Några patienter har fått träningsprogram som de har kunnat göra på egen hand. Andra har fått smärtlindring. De kan redan ge flera exempel där deras insatser har lett till att patienternas funktionsförmåga har kunnat förbättras. Patienterna har uppskattat insatserna.

Läkarens arbetsuppgifter

Läkaren arbetar i hög utsträckning med att ha telefonkontakter med patienterna, att förnya recept, remittera till ytterligare undersökningar med mera samt att handleda sjuksköterskorna. I samband med att en patient skrivs in i Äldreteamet gör läkaren och en distriktssköterska i de flesta fall ett hembesök. I hembesöket ingår en läkarundersökning, genomgång av sjukdomshistorien, sociala förhållanden, aktuella läkemedel och provtagning. Under de första månaderna var behovet av ytterligare läkarkontakter relativt litet. Äldreteamets personal upplever att flera av patienternas hälsa har försämrats och behovet av förnyade läkarkontakter har ökat. Läkaren har de senaste månaderna gjort återbesök hos flertalet av patienterna. Inskrivningssamtalen med läkare tar en till en och en halv timme. Ett vanligt läkarbesök tar ca 30 minuter.

Insatser på obekvämtid

Hitintills har Äldreteamets patienter inte inneburit en så stor arbetsbelastning för SAH-personalen. De kontaktar inte äldreteamet efter kontorstid” i så hög utsträckning. I genomsnitt några gånger per vecka. Ibland framförallt på helgerna utför SAH –personalen planerade insatser hos patienterna, men oftast rör det sig om spontana kontakter när patienterna ringer upp. SAH-teamet följer i allmänhet upp varje påringning med ett hembesök. SAH-personalen och Äldreteamets personal träffas under vardagarna morgon och kväll för att lämna rapport. SAH-personalen säger att ju fler patienter Äldreteamet får ju större kommer belastning på dem att bli och de märkte att det kom fler samtal i samband med influensaepidemin under vintern.

Överföringen av patienter mellan SAH och Äldreteamet går enligt Äldreteamets personal ännu inte så smidigt. SAH- personalen ifrågasätter ibland om Äldreteamets patienter hör hemma hos dem. De anser att det är ett för stort steg i vårdbehov mellan deras och Äldreteamets patienter och anser att ansvaret för Äldreteamet kan innebära att de har svårigheter att ta emot patienter som mer passar in på de kriterier som de tidigare hade.

Administrativa svårigheter

Patienterna skall enligt landstingets regler betala en avgift för besöken hos distriktssköterskorna eller för hembesöken. Hitintills har de inte gjort det eftersom Äldreteamet ännu inte har fått den kvittoskrivare levererad, som är nödvändig. Ett annat administrativt problem är rutinerna för in och utskrivning mellan Äldreteamet och SAH. Rutinen är omständlig och tar mycket tid, men de har nu hittat lösningar på problemet som fungerar i vardagen.

Resor

Distriktssköterskorna och läkaren åker bil när de besöker sina patienter. De beräknar att restiden i genomsnitt tar ca 15 minuter i vardera riktningen per besök, men variationerna är stora beroende när på dygnet de åker.

Samarbete med hemtjänsten

Distriktssköterskorna informerar hemtjänsten när en patient har anslutits till Äldreteamet. Det är viktigt att hemtjänstpersonalen vet att de i fortsättningen skall vända sig till Äldreteamet när de behöver konsultera patientens husläkare. Hemtjänsten får också information om att Äldreteamet är tillgängligt dygnet runt vid akuta behov. Informationen har hitintills fungerat och hemtjänsten har bara vid ett tillfälle skickat in en av patienterna med ambulans till sjukhus.

Distriktssköterskorna träffar hemtjänstens vårdbiträden hemma hos pensionärerna och har även haft kontakter per telefon. I några fall har distriktssköterskorna uppmärksammat patienternas biståndsbedömare på att hemtjänstens insatser behöver utökas. Vid några tillfällen har de haft gemensamma vårdplaneringar.

På Östermalm ser biståndsbedömarna fram emot att Äldreteamet skall ta emot fler patienter. Erfarenheterna hitintills är positiva. De anser att Äldreteamets arbetssätt passar målgruppen väl och att det på Östermalm finns många med behov av en mer lättillgänglig husläkarvård.

Vilka är patienterna?

Den bild som Äldreteamets distriktssköterskor ger av patientgruppen är att de är i hög ålder, att de har många sjukdomar, som påverkar deras dagliga liv och att majoriteten är intellektuellt vitala.

Tabell 5. Patienternas ålder

| Födda | Kungsholmen | Östermalm | Samtliga |
|--------------|-------------|-----------|-----------|
| 75-79 | 1 | 2 | 3 |
| 80-84 | 3 | 3 | 6 |
| 85-89 | 5 | 6 | 11 |
| 90-95 | 3 | 5 | 8 |
| 95+ | 6 | 3 | 9 |
| Antal | 18 | 19 | 37 |

Medelåldern är 88,1 år och majoriteten är 85 år eller äldre. Andelen kvinnor är ca 80 procent.

Tabell 6. Patienternas familjeförhållanden

| | Kungsholmen | | Östermalm | | Totalt |
|---------------------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | Man | Kvinna | Man | Kvinna | |
| Ensamboende | 2 | 12 | 0 | 16 | 30 |
| Sammanboende | 2 | 2 | 3 | 0 | 7 |
| Antal | 4 | 14 | 3 | 16 | 37 |

Majoriteten av patienterna bor ensamma. Av de sju som är sammanboende är fem män. Enligt distriktssköterskorna får två av männen regelbunden hjälp av sin fru. Omkring två tredjedelar har barn, som de har regelbunden kontakt med. Knappt hälften av patienterna får regelbunden hjälp av sina barn eller av andra familjemedlemmar. Många känner sig ensamma trots att de både har barn och vänner.

Patienternas funktionsförmåga och hemtjänstinsatser

Patienternas ADL-förmåga är varierande. En klarar sig helt självständigt och några är helt hjälpbehövande.

Tabell 7. Patienternas ADL-förmåga

| | Självständig | Hjälp med hushållsaktiviteter* | Hjälp med pers. omvårdnad och hushållsaktiv. ** | Helt hjälpbehövande | Antal |
|--------------------|--------------|--------------------------------|---|---------------------|-------|
| Kungsholmen | 1 | 8 | 6 | 0 | 15 |
| Östermalm | 0 | 10 | 6 | 2 | 18 |
| Total | 1 | 18 | 12 | 2 | 33 |

*Behöver hjälp med städning, matinköp, tvätt förflyttning utomhus och matlagning

**Behöver hjälp med bad/dusch, av och påklädning, toalettbesök, förflyttning inomhus

ADL-förmågan avspeglar sig i vilka insatser patienterna har från hemtjänst. Hemtjänstinsatsernas omfattning graderas i Stockholms stad i sex olika avgiftsgrupper. Nivå 1 och 2 motsvarar trygghetslarm, utdelning av matlåda eller hjälp två timmar per månad. Nivå 3 och 4 innebär hjälp dagtid en eller flera dagar i veckan. Nivå 5 och 6 gäller insatser veckans alla dagar och även kvällar och nätter.

Tabell 8. Patienternas hemtjänstinsatser fördelade på avgiftsnivå.

| | Hemtjänstnivå | | | | | | | Antal |
|--------------------|---------------|---|---|---|---|----|---|-------|
| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | |
| Kungsholmen | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 8 | 1 | 15 |
| Östermalm | 1 | 2 | 0 | 2 | 4 | 8 | 1 | 18 |
| Totalt | 2 | 3 | 1 | 6 | 4 | 16 | 2 | 33 |

Alla utom fem av patienterna har hjälp av hemtjänst. Över hälften har hjälpinsatser varje dag och några även på kvällar nätter. 10 har hjälp några dagar per vecka. Pensionärernas erfarenhet av hemtjänst varierar enligt Äldreteamets distriktssköterskor. En del är mycket nöjda, medan andra tycker att hjälpen känns otrygg. Distriktssköterskorna säger att ett vanligt problem för patienterna är mathållningen. Deras bedömning är att flera av patienterna inte får sitt behov av näring tillräckligt tillgodosett.

Tabell 9. Patienter som har trygghetslarm och dagverksamhet

| | Trygghets- larm | Dagverk- samhet |
|--------------|--------------------|--------------------|
| Kungsholmen | 11 | 0 |
| Östermalm | 13 | 2 |
| Antal | 24 | 2 |

24 patienter två av tre har larm. Endast två av patienterna går på dagverksamhet. De två stadsdelsförvaltningarna har minskat antalet platser i dagverksamhet för den kategori som Äldreteamet riktar sig till. De flesta dagverksamheter riktar sig till personer med en demensproblematik något som inte är vanligt i denna patientgrupp.

Distriktsköterskorna uppger att flera av patienterna klagar på ensamhet och brist på händelser i vardagen. Majoriteten har svårigheter att förflytta sig utomhus vilket minskar deras möjligheter att delta i olika sociala sammanhang. Även hälso-tillståndet i övrigt begränsar dem på olika sätt.

Patienternas hälsa

Patienterna har många olika diagnoser

Inför Äldreteamets start var osäkerheten stor om hur patientgruppen skulle komma att se ut. Skulle de blivande patienterna vara de som mest behövde trygghet och i mindre utsträckning vara i kontakt med Äldreteamets personal eller skulle de med stora vårdbehov dominera?

Hitintills är det de som har stora vårdbehov som har anslutits till Äldreteamet. Patienterna har i genomsnitt fem diagnoser per person. De som har flest har nio olika diagnoser.

Tabell 10. Antal diagnoser fördelade på olika organ.

| Cirkulations- organen | Andnings- organen | Mage | Urinvägar | Endokrina sjuk- domar inkl diabe- tes |
|--------------------------|----------------------|------|-----------|---|
| 31 | 13 | 12 | 11 | 10 |

Hjärt- och kärlsjukdomar är de vanligaste diagnoserna. Majoriteten av de 37 patienterna har någon diagnos i cirkulationsorganen och de flesta av dem har flera olika diagnoser i kärl och hjärta. 13 av patienterna har någon diagnos i andningsorganen. Samtliga dessa har också en eller flera diagnoser i cirkulationsorganen.

Sex av patienterna har diabetes. De klarar sin insulinmedicinering på egen hand utan hjälp av Äldreteamets personal. Personalen uppger att de ännu inte har avvisat någon på grund av att de har diabetes.

Tabell 11. De vanligaste symtomen

| Symtom | Antal |
|--------------------------------|-------|
| Värk | 34 |
| Förstoppning/diaré/urinläckage | 23 |
| Oro, ångest | 16 |
| Sömnproblem | 14 |
| Andnöd | 12 |
| Fall, svindel | 13 |

Patienternas symtom påverkar deras dagliga välbefinnande i hög utsträckning. Nästan alla besväras av värk. Fler än hälften har problem med förstoppning/diarré och urinläckage och mer än hälften har oro och ångest. En del i kombination med andnöd.

Läkemedelsförbrukning

Äldreteamets patienter är ordinerade ett stort antal läkemedel. Den som har mest har 22 olika läkemedel och medeltalet är 9 läkemedel per patient.

Tabell 12. Läkemedelskonsumtion, antal läkemedel per person

| Antal läkemedel | 1-5 | 6-10 | 11-15 | 16+ | Totalt |
|-----------------|-----|------|-------|-----|--------|
| Antal | 10 | 12 | 9 | 6 | 37 |

Äldreteamets första ordinarie läkare hade en ambition att minska förskrivningen, av läkemedel, men konstaterade att det är förenat med risker att göra förändringar. Det är en svår avvägning med tanke på de kombinationer av olika sjukdomar som patienterna har och de hitintills gjorda neddragningarna av läkemedelsförskrivningen är ännu begränsade.

Patientgruppens vårdkonsumtion

Vårdkonsumtionen inom slutenvården före anslutning till Äldreteamet

Alla patienter uppnådde inte kriteriet att ha vårdats på sjukhus vid minst tre vårdtillfällen den senaste tolv månadersperioden före anslutning till teamet. 15 av patienterna hade inte varit på sjukhus någon gång inom tolv månaderna före att de anslöts till Äldreteamet. Skälet till att de ändå kunde skrivas in var att de bedömdes ha ett långvarigt kvarstående vårdbehov.

Tabell 13. Antal slutenvårdstillfällen/ patient den föregående 12 månadersperioden före de anslöts till Äldreteamet.

| Antal tillfällen | 0 | 1-2 | 3-4 | 5-6 | 7- | |
|-----------------------|----|-----|-----|-----|----|----|
| Kungsholmen | 7 | 2 | 4 | 3 | 2 | 18 |
| Östermalm | 8 | 0 | 7 | 3 | 1 | 19 |
| Antal personer | 15 | 1 | 11 | 6 | 3 | 37 |

Av de som bor på Kungsholmen har nio av patienterna haft minst tre sjukhusvistelser och från Östermalm hade elva av patienterna haft minst tre sjukhusvistelser. De utgör totalt knapp två tredjedelar av de anslutna.

De 22 personer som varit på sjukhus under den föregående tolv månaders perioden hade i genomsnitt varit på sjukhus vid 5 tillfällen per person och i totalt 38 dagar i genomsnitt. Den som hade flest vårdagar hade 117 och den som hade minst, sju dagar.

De anslutna patienternas vårdkonsumtion ett år före anslutningen till Äldreteamet uppgår till 835 vårddygn fördelade på 105 vårdtillfällen.

Tabell 14. Antal vårddygn för patientgruppen under den föregående 12 månadersperioden före anslutningen till Äldreteamet

| Klinik | Medicin | Geriatrisk | Kirurgi | Övrigt | Antal |
|--------------------|---------|------------|---------|--------|-------|
| Kungsholmen | 108 | 240 | 6 | | 354 |
| Östermalm | 166 | 305 | 9 | 1 | 481 |
| Antal | 274 | 545 | 15 | 1 | 835 |

Tabell 15. Antalet vårdtillfällen för patientgruppen under 12 månadersperioden före anslutning till Äldreteamet

| Klinik | Medicin | Geriatrisk | Kirurgi | Övrigt | Antal |
|--------------------|---------|------------|---------|--------|-------|
| Kungsholmen | 27 | 20 | 4 | | 51 |
| Östermalm | 30 | 16 | 3 | 1 | 50 |
| Totalt | 57 | 36 | 7 | 1 | 101 |

Av de fyra som har avlidit hade en haft åtta slutenvårdsvistelser före anslutningen till äldreteamet, en hade fyra och två hade ingen.

Vårdkonsumtionen inom slutenvården efter anslutning till Äldreteamet

Siffrorna för konsumerade vård dagar inom slutenvården före anslutningen till Äldreteamet är inte jämförbara med dem, som visar vårdkonsumtionen efter anslutningen eftersom patienterna ännu endast varit anslutna till Äldreteamet i kortare perioder. Ingen av patienterna ännu varit ansluten till Äldreteamet mer än nio

månader. Siffrorna pekar dock i riktning att deras slutenvårds konsumtion efter anslutningen varit låg.

Tabell 16. De äldres slutenvårdsdygn efter anslutning till Äldreteamet

| Klinik | Geriatrik |
|--------------------|------------------|
| Kungsholmen | 25 |
| Östermalm | 57 |
| Totalt | 82 |

Tabell 17. Antalet vårdtillfällen efter anslutning till teamet

| Klinik | Geriatrik |
|--------------------|------------------|
| Kungsholmen | 3 |
| Östermalm | 7 |
| Totalt | 11 |

Efter inskrivningen har fem av Äldreteamets patienter hitintills vårdats på sjukhus sammanlagt 82 vårddygn inom geriatriken fördelade på 11 vårdtillfällen. En patient står för mer än hälften av dessa.

Vårdkonsumtion inom SAH efter anslutning till Äldreteamet

En av målsättningarna för Äldreteamet är att patientgruppen skall minska antalet slutenvårdsdygn och istället vid behov kunna få vård i hemmet. Tanken är att de när vårdbehoven blir mer omfattande skall skrivas in i SAH. Fyra personer har varit inskrivna i SAH efter anslutningen till Äldreteamet. Två av dessa fick även före anslutningen till Äldreteamet regelbundet vård inom SAH.

Hitintills uppgår antalet vårddygn inom SAH till 49 fördelade på 10 tillfällen.

Tabell 18. Vårddygn efter anslutning till Äldreteamet

| | SAH |
|--------------------|------------|
| Kungsholmen | 38 |
| Östermalm | 11 |
| Totalt | 49 |

Tabell 19. Antalet vårdtillfällen efter anslutning till teamet

| | SAH |
|--------------------|------------|
| Kungsholmen | 8 |
| Östermalm | 2 |
| Totalt | 10 |

Personalens erfarenheter av att arbeta i Äldreteamet

Förutom de organisatoriska påfrestningar som präglat Äldreteamets första halvår i full drift är det distriktssköterskornas erfarenhet av att den vård som Äldreteamet ger väl motsvarar patienternas behov. Patienterna uppskattar enligt dem främst att de kan få hembesök, att Äldreteamet är tillgängligt dygnet runt och att de träffar samma personer som känner till deras problem. Flera av patienterna har berättat för distriktssköterskorna om de svårigheter de tidigare hade att komma i kontakt med sjukvården och att tanken att behöva åka till akuten oroade dem. Majoriteten av patienterna har svårigheter att lämna sitt hem på egen hand.

Distriktssköterskorna bedömer att patienterna känner sig trygga med Äldreteamets vård. De försöker arbeta förebyggande och lägger ner extra möda på att särskilt hålla tät kontakt med de patienter som ofta känner oro för sin hälsa.

Distriktssköterskornas erfarenhet hitintills är att patientgruppen har vårdbehov som tidsmässigt kräver stora insatser och att arbetet ofta också är fysiskt tungt. De bedömer att de ger insatser som är betydligt mer omfattande än vad ordinarie hemsjukvård i primärvårdens regi kan ge, samtidigt som patienterna inte har lika omfattande vårdbehov som SAH-patienterna. Med de stora vårdbehov som patienterna för närvarande har kan de inte ansvara för så många patienter samtidigt.

Sjukgymnasten och arbetsterapeuten ser stora möjligheter att med rehabiliterande insatser förbättra patienternas funktionsförmåga och även att underlätta deras dagliga tillvaro med olika hjälpmedel.

Osäkra resultat

Eftersom Äldreteamet ännu har varit i gång under en relativt kort tid är det ännu svårt att dra några slutsatser om hur patienternas slutenvårdskonsumtion har förändrats sedan de anslöts och därmed också svårt att bedöma utvecklingen av vårdkostnaderna. Anslutningstiden i genomsnitt är 3,7 månader. Den som har varit med längst hade den 1 mars 2003 varit ansluten i 9 månader och den som har den kortaste tiden, endast några dagar. Resultatet pekar på att slutenvårdskonsumtionen efter anslutningen till Äldreteamet är låg, men den korta tidsperioden gör siffrorna osäkra. När man följer de olika patienterna individuellt framkommer stora variationer. Några som hade ingen eller låg slutenvårdskonsumtion före anslutningen till Äldreteamet har ökat sin konsumtion medan andra med hög slutenvårdskonsumtion före har minskat sin. Sjukvårdskonsumtionen i den här gruppen varierar normalt och med en så kort period att jämföra med påverkas resultatet av om patienterna vid anslutningstillfället är på väg in i en sjukdomsperiod eller på väg att förbättras.

Sammanfattande diskussion

Äldreteamet har fått ett positivt mottagande

De allra flesta av dem som har kommit i kontakt med Äldreteamet eller har hört talas om idén att starta Äldreteam har varit positiva. De som har tillfrågats är företrädare för primärvården, för geriatriken och äldreomsorgen. De anser att det finns ett behov av lättillgänglig primär vård för Äldreteamets målgrupp och bekräftar beställarnas antaganden.

De som har varit tveksamma är några företrädare för husläkarna, som anser att primärvården kan och bör vara den organisation som skall erbjuda den vård som Äldreteamet ger. De anser att ytterligare resurser bör satsas där för att göra det möjligt.

Personalen har förverkligat beställarnas intentioner

Personalen i Äldreteamet har trots problematiska förutsättningar lyckats förverkliga beställarens intentioner och ger pensionärerna vård som motsvarar beskrivningen i beställningen. I denna studie har inga intervjuer gjorts med patienterna⁷, men enligt distriktssköterskornas och även arbetsterapeutens och sjukgymnastens erfarenhet är patienterna mycket nöjda med den vård som Äldreteamet ger. Det som patienterna uppskattar är att Äldreteamet är lättillgängligt, att personalen kommer hem till dem och att det är samma personer som kommer. Hitintills har Äldreteamets mottagning på Sabbatsbergs sjukhus endast haft ett fåtal besök.

Organisatoriska problem runt starten av Äldreteamet

Beställarnas baby - gökunge i utförarorganisationen?

Idén bakom att ge äldre multisjuka primärvård organiserad som Äldreteamet och inom ramen för geriatriken, är angelägen för beställarna. De ser stora möjligheter att med Äldreteamens arbetssätt höja livskvaliteten för denna grupp och att samtidigt avlasta akutsjukvården och geriatriken. De vill med Äldreteamet samtidigt både åstadkomma en god vårdkvalitet och minska sjukvårdskostnaderna.

Även företrädare för Stockholmsgeriatriken har varit entusiastiska över idén, men har hitintills i sitt genomförande inte gett projektet samma engagemang och prioritet som beställarna. Det engagemang som beställarna har haft, har inte nått fram till dem som i praktiken har utfört arbetet; alltså läkaren, distriktssköterskorna, sjukgymnasten och arbetsterapeuten. De har inte träffat beställaren och har heller inte tagit del av de skrivelser som ligger till grund för starten av Äldreteamet. De har känt sig utanför i sin organisation och har inte upplevt att deras arbete i den nya verksamheten har uppmärksamats och uppskattats vare sig hos den närmaste ledningen eller högre upp i organisationen. Trots detta har de lyckats att ge patienterna vård som i hög grad motsvarar beställarens intentioner.

⁷ Intervjuer med patienter kommer att ingå i en av de kommande studierna

Inte heller SAH-personalen ger intryck av att ha fått information om tankarna bakom samarbetet med Äldreteamet eller möjlighet att diskutera hur arbetet skall utvecklas.

Erfarenheterna av starten av Äldreteamet riktar genom detta uppmärksamheten på det förhållande som uppstår när drivkraften att starta en ny verksamhet finns hos beställaren, och när beställaren måste lita på en utförare för att få den genomförd. Den kraft det innebär för en verksamhet att få stöd och inspiration från ledningen har här gått förlorad och Äldreteamets medarbetare har upplevt sig arbeta i motvind. I Äldreteamets fortsatta arbete är det viktigt att alla berörda får kännedom om de intentioner och mål som finns för verksamheten och att de får tillfälle att diskutera vilka vägar som finns att nå dem.

Äldreteamets start sammanföll med omorganisationen

En betydande orsak till de organisatoriska problemen var att Äldreteamet startade samtidigt som sammanslagningen av de geriatrika klinikerna på Sabbatsberg och S:t Göran genomfördes och som innebar en stor påfrestning för alla delar av organisationen. Starten av Äldreteamet skedde dessutom under tidspress. Flera medarbetare som var med att starta SAH-teamen har jämfört och noterat hur olika förutsättningarna har varit. När de startade SAH fanns det gott om tid att diskutera igenom hur arbetet skulle genomföras. De har önskat att de hade haft samma möjligheter även inför starten av Äldreteamet.

Det som saknades vid Äldreteamets start var strategier för arbetet och för teamets utveckling. Det har inte varit klart hur;

- den interna organisationen och arbetsfördelningen skulle fungera i den nya enheten
- rekryteringen av patienterna skulle gå till
- kriterierna för anslutning skulle tolkas
- samarbetet med vårdgrannarna skulle utvecklas

Personalen i har saknat stöd i sitt arbete och anser inte att de har fått tillräcklig information om tankarna bakom Äldreteamet. Som en extra påfrestning bytte enheten lokaler i början av oktober. Lokalerna var inte färdigutrustade och det tog flera månader innan de praktiska problemen minskade.

Ekonomiska incitament

De olika ersättningssystemen för SAH respektive Äldreteamspatienter har gett upphov till interna problem. SAH -sjuusköterskorna har haft svårt att förstå att ett besök av dem hos en Äldreteamspatient värderas så mycket lägre än besöken hos en SAH patient. Det har troligen minskat deras motivation att ansvara för Äldreteamets patienter kvällar, nätter och helger. Här har ledningen på flera nivåer inom den geriatrika kliniken brustit i att förklara Äldreteamets intentioner och mål

och även i att stimulera till att utveckla samarbetet mellan SAH-enhetens olika verksamhetsområden.

Om patientgruppen

Patienter med stora vård och omsorgsbehov

Framtill den 1 mars hade 37 patienter varit inskrivna i Äldreteamet. Gruppen som helhet har stora vårdbehov, men är intellektuellt vitala. De har i genomsnitt fem diagnoser och ingen har färre än tre. De flesta har nedsatt ork och funktionsförmåga och majoriteten har hemtjänst.

Trots att de flesta har någon form av nätverk med kontakter med familj, släkt eller vänner upplever många av patienterna enligt distriktssköterskorna, att de är isolerade. Troligen beror det på deras allmäntillstånd och att flertalet har svårigheter att förflytta sig utomhus. Ett fåtal går på dagverksamhet.

Äldreteamets tjänster tillgodoser patienternas behov

Enligt distriktssköterskorna har svårigheten att ta sig till husläkaren och akutmottagningen varit ett bekymmer för flertalet av patienterna och Äldreteamets möjlighet att göra hembesök passar dem väl.

Majoriteten av patienterna är enligt distriktssköterskorna nöjda med att kunna bo kvar ”hemma” trots sina stora vård- och omsorgsbehov. Med tillgång till Äldreteamets vård bör möjligheterna till kvarboende öka. Det är angeläget eftersom majoriteten av dem som bor i äldreboenden har kognitiva funktionsnedsättningar, vilket gör det svårare för Äldreteamets patientgrupp att hitta ett boendialternativ som passar dem inom äldreomsorgens ramar.

Rekryteringen av patientgruppen har gått långsamt

Rekryteringen av patienter har gått i en mycket långsammare takt än vad både beställaren och utföraren förväntade sig. Innan Äldreteamet startade uttryckte båda parter osäkerhet om vilket behov som egentligen skulle finnas av Äldreteamets tjänster och vilket deras vårdbehov skulle vara.

Frågan hur många av Äldreteamets målgrupp som kommer att välja att ansluta sig till Äldreteamet kan ännu inte besvaras. Äldreteamet behöver få arbeta under en längre tid och i samarbete och samförstånd med vårdgrannarna utveckla modeller för hur och när intresserade patienter kan remitteras till teamet.

Anledningen till den långsamma rekryteringstakten av patienter har troligen flera orsaker. Äldreteamet var när det startade inte känt inom primärvården i de berörda stadsdelarna, inom hemtjänsten och heller inte inom Stockholmsgeriatriken. Äldreteamets personal hade inte hunnit bygga upp några kontaktvägar för att få patienter remitterade till sig och de hade heller ingen genomarbetad strategi för hur de skulle rekrytera sina patienter. Teamet har under hela tiden haft begränsade läkarresurser vilket i perioder har inneburit att de inte har kunnat ta emot nya patienter.

Samarbete med vårdgrannar

Information om Äldreteamet internt och till olika vårdgrannar

Äldreteamet har ännu endast i enstaka fall informerat sina vårdgrannar om vad de kan erbjuda sin målgrupp, hur de arbetar, hur en patient kan aktualiseras m m. De har heller inte gett någon information internt inom Stockholmsgeriatriken, vilket visar sig i att endast några enstaka patienter har remitterats från kliniken. Vid en rundringning till några av läkarna där, framkom att de ännu har en oklar bild av hur Äldreteamet arbetar. Några har försökt remittera patienter till teamet, men inte kunnat göra det på grund av intagningsstopp.

En viktig erfarenhet av Äldreteamets första tid är vikten av att ge en ny verksamhet bra förutsättningar organisatoriskt och att före start ha möjlighet att bygga upp modeller och strategier för arbetet. En annan är att utveckla kontakter med blivande samarbetspartners, både inom landstinget och inom den kommunala Äldreomsorgen

Målsättningen för Äldreteamet är att ge pensionärerna trygg vård med god tillgänglighet och kontinuitet för att motsvara målgruppens behov. Pensionärerna i denna grupp har samma behov även när det gäller insatserna från hemtjänsten. Ett nära samarbete mellan hemtjänsten och primärvården är en viktig faktor för att ge målgruppen en bra hemtjänst. En utvecklingsmöjlighet är att erbjuda vissa hemtjänstgrupper ett fördjupat samarbete med Äldreteamets personal för att tillsammans ytterligare utveckla arbetssätt, som möjliggör för pensionärerna att bo kvar i sina hem trots stora vård och omsorgsbehov.

Vårdorganisationens betydelse

Enligt beställningen skall den vårdnivå som Äldreteamet erbjuder motsvara primärvård. När distriktssköterskorna, som arbetar i Äldreteamet jämför den vård som de tidigare gett liknande patienter inom en ordinarie husläkarmottagning, menar de att de inom Äldreteamets ramar ger vård som är mer omfattande medan erfarenheterna från SAH-personalen är att patienterna har betydligt lägre vårdbehov än vad SAH-patienterna har.

Äldrecentrums tidigare studier visar att vårdens och omsorgens organisation är avgörande för vilken vårdkvalitet den här patientgruppen får inom primärvården. I två rapporter⁸ från Äldrecentrum redovisas studier som har gjorts i Enskede- Årsta i Stockholm respektive i Vaxholm.

För de multisjuka i Enskede- Årsta saknades samordning och helhetssyn i vården och omsorgen av de äldre multisjuka. De berörda patienterna fick en vård och omsorg, som de upplevde som splittrad och av så låg kvalitet att de inte ansåg att den tillgodosåg deras behov. Störst var problemen inom primärvården där många

⁸ U Gurner, Dirigent saknas, Äldrecentrum 2001:6, U Gurner, Vaxholm 1:an, Äldrecentrum 2002:2 m fl.

läkartjänster var vakanta, vilket också påverkade distriktssköterskornas arbetsförhållanden. Problemen inom primärvården ledde till att patienterna i hög utsträckning fick söka akutsjukvård.

I Vaxholm har husläkarmottagningen utvecklat vården av de äldre multisjuka. Två husläkarteam, med en husläkare och en distriktssköterska per team ansvarar för vården av de äldre multisjuka. I satsningen ingår också ett utökat samarbete med den kommunala äldreomsorgen. Studien visar att arbetssättet är framgångsrikt. Patienterna i Vaxholm hade ett betydligt lägre antal vårddagar inom slutenvården än de i Enskede-Årsta och intervjuvarn visade att de var mycket nöjda med vården och omsorgen. Studien visar också att Äldreteamen i Vaxholm ger trygghet både för de äldre och för de anhöriga och att de kunde klara även ytterst komplicerade fall.

Erfarenheterna från Kungsholmen och Östermalm är bland annat att primärvården delvis fungerar olika i de två stadsdelarna och att det påverkar pensionärernas intresse och behov av att ansluta sig till Äldreteamet. Pensionärerna på Kungsholmen ger intryck av att ha tillgång till en mer välfungerande primärvård än de på Östermalm. När fler Äldreteam skall starta är det troligen viktigt att teamens verksamhet i sin utformning anpassar sig till de lokala förutsättningarna.