

TRYGGHET OCH OMSORG

ÄLDRENHETEN I NYNÄS VÅRD

INGER WEURLANDER

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:13
ISSN 1401-51



FÖRORD

Under de senaste åren har flera rapporter uppmärksammat att många äldre i eget boende upplever en bristande trygghet i fråga om möjlighet till hälso- och sjukvårdsinsatser. I Stockholms län finns ett antal verksamheter och försök där ambitionen är att få bättre samordning och samarbete kring vården av de äldre. Sedan maj 2003 genomförs på uppdrag av landstingets Beställarkontor Vård ett försök med Äldreteam för befolkningen i Nynäshamns kommun. Under 2004 utökades Nynäs vårds uppdrag med ansvaret för all hemsjukvård, såväl den basala som ASIH, i kommunen och även för en öppen geriatrisk mottagning. På uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (tidigare Beställare vård) har Äldrecentrum studerat effekterna av detta sätt att organisera vården. Det är i en i huvudsak positiv bild som framtonar. Det är vår förhoppning att denna rapport ska bidra till kunskapsuppbyggnaden om hur landsting och kommun gemensamt kan tillgodose vård- och omsorgsbehov hos äldre med stora och sammansatta behov.

Studien har genomförts av seniorutredaren vid Äldrecentrum Inger Weurlander.

För att visa på en annan form av hur man kan utgå från en geriatrisk klinik biläggs en redovisning av det äldreteam som utgår från den geriatriska kliniken i Handen. Denna rapport är författad av Ingela Strigell Hådell och Helena Gille-Östberg vid Handengeriatriken.

Stockholm 2007-05-11

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	3
UPPDRAGET	4
NYNÄSHAMNS KOMMUN	5
<i>Nynäs vård</i>	5
<i>Äldreheten</i>	6
<i>Äldreomsorg i Nynäshamns kommun</i>	7
<i>Primärvården</i>	8
<i>Samverkansformer</i>	8
ÄLDREHETEN	10
SYNPUNKTER FRÅN VÅRDGRANNAR	11
SLUTSATSER	13
<i>Samverkan</i>	13
<i>Äldreheten</i>	14
MEDVERKANDE I STUDIEN	16
ÄLDRETEAMET VID HANDENGERIATRIKEN	17
SAMMANFATTNING	17
OMRÅDESBESKRIVNING	19
MÅLGRUPP	19
<i>Syfte</i>	20
MÅLUPPFÖLJNING	21
HUR GÅR VI VIDARE	24
<i>Reflektion</i>	24
<i>Deltagare i projektgruppen:</i>	27

SAMMANFATTNING

Under 2003 fick Nynäs vård uppdrag av Beställarkontor Vård att som försöksverksamhet bedriva ett Äldreteam. Syftet var att ge trygghet för äldre personer i eget boende som har långvariga omfattande och sammansatta vårdbehov. Från september 2004 övertog Nynäs vård därutöver ansvaret för all hemsjukvård, såväl den basala som ASIH, i kommunen och även för en öppen geriatrisk mottagning. Sedan Nynäs Vård övertagit all hemsjukvård har det tidigare Äldreteamet övergått i en Äldreenhet. Kriterier för att bli inskriven och delaktig av äldreenhetens insatser är att man fyllt 65 år, bor i ordinärt boende och har

- ett eller flera komplicerade sjukdomstillstånd med varaktighet om minst sex månader
- behov av regelbunden och omfattande vårdinsats, funktionshöjande eller upprätthållande rehabilitering
- behov av snabb medicinsk bedömning och omprövning av vårdbehovet

Äldreenheten i Nynäshamn är en väl fungerande enhet för de äldre i Nynäshamn som har förmånen att bli inskrivna där. Under studien vintern 2007 var endast åtta personer inskrivna i Äldreenheten. Gränsen mellan Äldreenheten och de personer som ingår i den avancerade sjukvården i hemmet (ASIH), där cirka 40 personer är inskrivna, är dock flexibel. I den basala hemsjukvården ingår ca 200 personer och den är en vanlig rekryteringsbas till de mera avancerade öppna sjukvårdsformerna, ASIH och Äldreenheten. Man har samma tillgång till snabb kontakt dygnet runt, möjlighet att få hembesök och kunna träffa läkare med mycket kort varsel. Även kontakter med specialister kan samordnas hos Äldreenheten/ASIH. Patienternas behov av trygghet och möjlighet till snabb kontakt är i fokus hos Äldreteamet som är väl anpassat till de äldres behov. Samarbetet med hemtjänsten fungerar väl, sjuksköterskorna från hemsjukvården deltar tämligen regelbundet i hemtjänstens personalmöten och man går igenom aktuella frågor.

Att äldreenheten och ASIH utgår från Nynäs Vård som har ansvar för ”hela” den geriatriska vårdkedjan, med geriatriska vårdenheter, geriatrisk mottagning och minnesenhet gynnar de äldre med omfattande diagnoser och som har behov av snabba vårdinsatser. Däremot har det uppstått ett nytt gränssnitt gentemot primärvården. I Nynäshamn där den största delen av hemsjukvården ligger hos Nynäs Vård krävs att primärvården vid behov kan vidarebefordra informationen om behov av hälso- och sjukvårdsinsatser till hemsjukvården. De administrativa informationssystemen med WebCare är inte utbyggda så att de kan användas. När kommunens biståndshandläggare upptäcker att det behövs sjukvårdsinsatser i hemmet för en äldre person som inte tidigare haft hjälp av sjukvård eller hemsjukvård kan det bli vissa svårigheter att komma i kontakt med primärvården. Biståndshandläggarna uppfattar att primärvårdens resurser är så begränsade att de inte har tid att hjälpa den enskilde i hemmet och för att få hemsjukvårdsinsatser ska vårdbehovet stäcka sig längre än 14 dagar. De äldre utan omfattande sjukvårdsbehov kan fastna i detta nya gränssnitt mellan sjukvårdsutövarnas

ansvarsområden. Om den äldre har blivit inskriven i den basala hemsjukvården är läget enklare och kontakterna löper väl.

Sammanfattningsvis visar Äldrecentrums uppföljning att Nynäshamnsmodellen med en Äldreenhet som ingår i hemsjukvård och ASIH och som utgår från verksamhet som bedriver geriatrisk hälso- och sjukvård ger de äldre en stor trygghet och god omvårdnad.

BAKGRUND

Under de senaste åren har flera rapporter uppmärksammat att många äldre i eget boende upplever en bristande trygghet i fråga om möjlighet till hälso- och sjukvårdsinsatser. Denna känsla av otrygghet grundar sig ofta i att vård och omsorg inte är tillräckligt tillgodosedda, men lika ofta på att de äldre känner sig osäkra på vart de ska vända sig, att olika sjukdomstillstånd kräver besök på olika kliniker eller mottagningar och att vårdleverantörerna inte alltid har ett maximalt samarbete. I februari 2007 skriver Socialstyrelsen i sin lägesrapport för hälso- och sjukvård år 2006¹ att primärvården blivit tillgängligare och vidgat sitt uppdrag till närvård och förebyggande arbete. Dock anser Socialstyrelsen att de äldre som lider av många sjukdomar ofta kommer i kläm.

I Stockholms län finns ett antal verksamheter och försök där ambitionen är att åstadkomma bättre samordning och samarbete kring vården av de äldre, bland annat med ambitionen att minska eller helt förhindra besök och vård på akutsjukhusen. I länet har genomförts och genomförs ett antal projekt och försök att samordna och förbättra kommunikationen mellan vårdgivare. Ambitionen speglas i försök med äldrevårdscentraler, äldreteam och mobila läkare eller som i Norrtälje med en gemensam vård- och omsorgsnämnd för kommunal omsorg och hälso- och sjukvård i kommunen. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum har i ett flertal studier och rapporter beskrivit de äldre multisjukas situation i samspelet mellan kommunal äldreomsorg och sjukvårdens insatser. Studierna beskriver att brister i den enskildes vård ofta uppstår på grund av avsaknad av samspel mellan vårdgivare i såväl kommuner som landsting².

Sedan maj 2003 genomförs på uppdrag av landstingets Beställarkontor Vård ett försök med Äldreteam för befolkningen i Nynäshamns kommun³. Syftet med verksamheten var *”att bättre tillgodose behovet av en trygg och värdig vård med god tillgänglighet för gruppen äldre i ordinärt boende med långvariga, omfattande och sammansatta vårdbehov”*. (Kravspecifikation för Äldreteam). Äldreteamet har bytt beteckning till Äldreenheten och finns 2007 kvar med fortsatt uppdrag av beställaren.

Ett motsvarande projekt har genomförts på Handengeriatriken där man under hösten 2004 inom ramen för *Verksamhet i förändring (VIF)* startade ett Äldreteam. För att ge de äldre flera möjligheter till ett optimerat omhändertagande i vårdkedjan ville man knyta teamet till den geriatriska kliniken. Teamet bygger även på samarbete mellan primärvård och kommunal hemtjänst. Teamet har nyligen lämnat sin första rapport och betraktar försöket som framgångsrikt utgående från geriatrisk kompetens och i samverkan med ASIH som ger tillgång till kontakt dygnet runt. Teamets rapport är bilagd.

¹ Socialstyrelsen Lägesrapport om hälso- och sjukvård 2006

² Se t.ex. Gurner, U (2001) *Dirigent saknas*, Gurner U, Fastbom, J, Österman, J *Vi har inte tid – ring akuten*.

³ Se *Äldreteam i Nynäshamn, en beskrivning*. Äldrecentrumrapport 2004:8

Uppdraget

Stiftelsen Stockholms Läns Äldrecentrum har i samråd med Beställarkontoret Vård följt olika verksamheter inom länets hälso- och sjukvård och kommunal omsorg där verksamheten specialarrangerats för att bättre tillgodose äldres behov. Äldreteamet i Nynäshamn är ett sådant projekt.

Studien har gjorts genom intervjuer med ansvarig chef och verksamhetschefer i Nynäs Vård och kommunens äldreomsorg. Intervjuer har gjorts med kommunens biståndshandläggare, och besök ha gjorts på tre av kommunens äldreboenden/hemtjänstverksamheter där chefer, sjuksköterskor, samordnare och assistenter deltagit i samtal och intervjuer. Telefonintervjuer har gjorts med kommunens medicinskt ansvariga sjuksköterska, socialnämndens och tillika pensionärsrådet ordförande samt med representanter för kommunens pensionärsråd. Hemsjukvårdsenhetens och Rehabiliteringsenhetens "Tisdagsgrupp" där de patienter som kan, samlas en gång i veckan för sjuksköterskekontakter, rehabiliteringsprogram och umgänge har besökts i samband med patientintervjuer. Intervjuer har även gjorts med sjuksköterskor i Äldreenheten/Hemsjukvårdsenheten.

NYNÄSHAMNS KOMMUN

Nynäshamn är en kommun i södra delen av Stockholms län, södra Södertörn. Kommunen ligger med havet som yttre gräns och har geografisk samhörighet med kommunerna Haninge och Botkyrka.

Nynäshamn består av tre sedan 1970-talet sammanslagna kommuner – Nynäshamn, Sorunda och Ösmo. Ca 12 000 personer bor i tätorten Nynäshamn. Sorunda och Ösmo bildar egna mindre servicecentra. Avstånden från de yttre delarna av kommunen till Nynäshamns centrum är ofta långa och kan vara besvärliga för den enskilde medborgaren. Kommunen ligger också tämligen ”isolerad” även trafikmässigt från länets övriga delar. Pendeltågens bristande förmåga att hålla tider är alltid en orosfaktor för resenärerna och riksväg 73 mellan Nynäshamn och Stockholm är känd för att vara olycksfallstät. Båda är dock under ombyggnad varför alla räknar med att den trafik- och transportmässiga situationen kommer att väsentligt förbättras. Avståndet till akutsjukvården på Södersjukhuset och Karolinska sjukhuset i Huddinge är 60 – 70 km, och kan i akuta situationer kännas längre på grund av trafik hinder.

Under åren strax efter millenniumskiftet miste kommunen ett antal stora arbetsgivare och därmed arbetstillfällen. Detta påverkade såväl kommunens ekonomi som tillväxtpotentialer. Nu har nya arbetsplatser uppstått och planer för ytterligare verksamheter projekteras. Kommunens befolkning ökar och möjligheterna att rekrytera personal blir allt stabilare.

Kommunen har ca 24 900 innevånare. Personer över 65 år är ca 2 900 och utgör ca 16,5 procent av befolkning och av dem är personer över 80 år, ca 1150 personer eller 4,5 procent av befolkningen. Motsvarande siffror i länets är 14 procent av befolkningen över 65 år och 4,5 procent över 80 år.

Nynäshamn räknar med en befolkningsökning, där även äldre ses med positiva ögon. Kommunpolitikerna vill gärna locka till sig aktiva seniorer. *”Att vi redan har Södertörns äldsta befolkning kanske gjort att vi är tidigare ute än andra med service till äldre”* säger en medlem i kommunens pensionärsråd till Svenska Dagbladet.

Nynäs vård

Nynäs Vård bedriver offentligt finansierad vård i privat regi geografiskt omfattande Nynäshamns kommun. Vårdföretaget Nynäs Vård började sin verksamhet i Nynäshamn med geriatrisk vård bedriven i sjukhusbyggnaden i Nynäshamn. Nynäs vård hade även ansvar för SAH i Nynäshamn och för alla läkarinsatser i Nynäshamns kommuns äldreboenden. Nynäs Vård har sina lokaler i den gamla sjukhusbyggnaden, ett långvårdssjukhus från 1970-talet med långa korridorer och många flyglar. Även primärvården finns i samma lokaler. ”Nynäshamns sjukhus” står det något vilseledande på skylten på vägen.

Under 2003 fick Nynäs Vård uppdrag av Beställarkontor Vård att som försöksverksamhet bedriva ett Äldreteam. Syftet var att ge trygghet för äldre personer i eget boende som har långvariga omfattande och sammansatta vårdbehov (personer som i olika studier benämns multisjuka/multiskräpliga/äldre med multivikt eller särskilda behov).

Från september 2004 övertog Nynäs Vård därutöver ansvaret för all hemsjukvård, såväl den basala som ASIH, i kommunen och även för en öppen geriatrisk mottagning.

Nynäs Vård består, förutom av ledningsstab och läkare, av

Enheten för hemsjukvård

Avancerad (ASIH) och basal hemsjukvård. Inom hemsjukvården finns även **Äldreenheten** för vårdtagare över 65 år med långvariga och komplexa vårdbehov. Inskrivna vårdtagare kan nå personal vilken tid på dygnet som helst.

Här ingår också den palliativa hemsjukvården. Inom ramen för enheten bedrivs Tisdagsträffen – en öppen verksamhet för inskrivna i enheten

Rehabiliteringsenheten

Rehabilitering på sjukhus, på mottagning och i hemmet
Sjukgymnaster, arbetsterapeuter och logoped

Geriatriska kliniken

Vårdavdelning, allmän och akutgeriatrik
Geriatrisk mottagning

Korttidsboende

De flesta platser på uppdrag av Haninge kommun

Äldreenheten

Kriterier för att bli inskriven och delaktig av äldreenhetens insatser är att man ska ha fyllt 65 år, bo i ordinärt boende och ha

- ett eller flera komplicerade sjukdomstillstånd med varaktig minst sex månader
- behov av regelbunden och omfattande vårdinsats, funktionshöjande eller upprätthållande rehabilitering
- behov av snabb medicinsk bedömning och omprövning av vårdbehovet

Målgruppen ska uppleva trygghet i vården, få ett gott bemötande och uppleva delaktighet i vårdens planering och genomförande. Vården ska upplevas som en helhet med god tillgänglighet dygnet runt. Försämringar i hälsotillståndet ska förebyggas och icke medicinskt motiverade besök på akutmottagningar och inläggningar på akutsjukhus ska förhindras.

Vården ska innehålla förebyggande- och tidiga åtgärder mot försämring i hälsotillståndet. Vården ska förhindra onödiga besök och inläggning på akutsjukhus och geriatrisk klinik.

Vården och rehabiliteringen ska vara teambaserad och multiprofessionell. Vården ska utgå från den åldrande människans ofta mångomfattande behov och i samråd med patient och anhöriga.

Beställaren ersätter den öppna verksamheten för antal uppdrag/hembesök. Det finns ett angivet antal uppdrag i överenskommelsen med landstinget, uppdelat i korta, medellånga och långa uppdrag. För ersättningen är det ovidkommande om det handlar om uppdrag för Äldreheten, ASIH eller Äldreheten. Verksamheterna har nu blivit så aktiva att man "överproducerar" dvs. man gör flera hembesök än vad avtalet anger.

Äldreomsorg i Nynäshamns kommun

Kommunen erbjuder 222 äldreomsorgsplatser och tio platser för korttidsboende och avlastning. 73 platser är reserverade för personer med demensdiagnos. Ett servicehus har avvecklats och omvandlats till seniorboende. Kvar i huset bor dock ett trettiotal personer med beslut om särskilt boende. Ungefär 335 personer har hemtjänst med omsorg och serviceinsatser och därtill finns ett antal som har enbart matleverans och/eller trygghetslarm. All städning i hemmet utförs av en städfirma. Även handling av dagligvaror utförs i enskild regi liksom tvätt. Ungefär 400 personer har trygghetslarm som sköts från ett gemensamt center för hela kommunen. Denna hemtjänstcentral tar hand om alla ärenden utanför kontorstid.

Utvecklingen i kommunen tyder på att det kommer att behövas ytterligare platser, särskilt för personer med demensdiagnos.

I själva Nynäshamn finns tre äldreboenden med hemdygnsomsorg, Rosengården med 110 boendeplatser, Lotsen med 24 och Södra Flygeln med 20 platser. I Sorunda ligger Sunnerbo med 36 platser och i Ösmo Tallåsen med 32 platser. Korttidsboendet Havsparken har 10 platser

Hemtjänstsområdena är Estö, Balder, Ösmo, Nynäs Norra, Sorunda. Hemtjänstområdena har ofta sin samordnare stationerad i något av äldreboendena.

Det finns en dagverksamhet för personer med demensdiagnos och en dagverksamhet för äldre personer med behov av socialstimulans eller av somatiska skäl. Det finns även en "Fixare" som äldre över 75 år kan vända sig till för att få hjälp med tyngre lyft i hemmet och åtgärder som kräver att stiga upp på stege. En telefonservice "Svar direkt" drivs av pensionärsorganisationerna och svarar på samtal om äldreomsorg eller andra frågor två timmar varje vardag.

Primärvården

Primärvården i Nynäshamn har mottagningar i Nynäshamn varav en är belägen i Nynäshamns sjukhusbyggnad och en enhet finns i Ösmo/Sorunda. Båda enheterna har en ansvarig enhetschef. Vårdcentralerna ska erbjuda ”första linjens” hälso- och sjukvård, i första hand basal sjukvård och förebyggande hälso- och sjukvård med god kvalitet till innevånare i Nynäshamns kommun.

Information om äldre patienter som förutsätts ha behov av hemtjänst och/eller fortsatta hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet hanteras via Samordnad vårdplanering som styrs av Informationsöverföring och samordnad vårdplanering, SOSFS 2005:27 och Lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (1990:1404).

Den behandlande läkaren i slutenvården ska efter samråd med vårdtagaren tillsammans med patient och ev. närstående fastställa hur vårdplaneringen ska genomföras. Den gängse modellen i systemet med utskrivningsklara patienter är att primärvården får den nödvändiga medicinska informationen, medan primärvården sällan hinner delta i vårdplaneringar på akutsjukhusen.

I Nynäshamn där den basala hemsjukvården ligger hos Nynäs Vård krävs att primärvården vid behov kan vidarebefordra information om behov av hälso- och sjukvårdsinsatser till hemsjukvården. De administrativa informationssystemen med WebCare är inte utbyggda så att de kan användas. Det blir även problem när akuta situationer uppstår i hemmet och den äldre inte har någon tidigare regelbunden läkarkontakt. Då kan primärvården vara svår att nå, och det kan bli fråga om ambulansfärd till akutsjukvården.

Kommunens biståndshandläggare kan, när de upptäcker att det behövs sjukvårdsinsatser i den äldres hem och denne inte tidigare haft hjälp av sjukvård eller hemsjukvård, ha viss svårighet att komma i kontakt med primärvården. Biståndshandläggarna uppfattar att primärvårdens resurser är så begränsade att de inte har tid att hjälpa den enskilde i hemmet och för att få hemsjukvårdsinsatser ska vårdbehovet stäcka sig längre än 14 dagar. De äldre utan omfattande sjukvårdsbehov kan fastna i detta nya gränssnitt mellan sjukvårdsutövarnas ansvarsområden.

I Nynäshamn finns även sedan ca ett år, **Nynäsakuten** som tar emot patienter utan föregående tidbokning.

Samverkansformer

Samverkansöverenskommelse

De tre vårdgivarna Nynäshamns kommun, Stockholms läns landsting och Nynäs Vård har slutit en lokal samverkansöverenskommelse. Syftet med samverkansöverenskommelsen är att underlätta och upprätthålla en sammanhållen vårdkedja och tydliggöra de olika huvudmännens ansvarsområden. Avsikten är att vårdtagare i Nynäshamn ska få vård och omsorg utifrån sina behov och förut-

sättningar i sin närmiljö. Överenskommelsen är undertecknat av respektive verksamhetschefer och gäller till 2008 08 01⁴

I överenskommelsen framhålls att ”kommunen och landstinget har ett gemensamt ansvar att tillhandahålla god hälso- och sjukvård, omsorg och rehabilitering för befolkningen i Nynäshamns kommun och där landstinget har genom avtal överlåtit åt Nynäs Vård att bedriva delar av sin verksamhet”.

Vårdgivarna har utvecklat samverkansformer där tre olika grupper berör äldreomsorg

Politiska samrådsgruppen

Gruppen består av ordförande i de kommunala nämnderna och landstingets geografiska beredning. Gruppen sammanträder fyra gånger per år med syfte att informera om förändringar av vikt hos respektive huvudman, initiera förändringar och identifiera brister.

LAKO-gruppen

LAKO (LAndsting-KOmun) är en grupp för chefer för att följa och utveckla samverkan. Gruppen träffas fyra gånger per år. Chefer från respektive kommun, landsting och Nynäs Vård deltar, liksom kommunens MAS som deltar vid behov. Revidering av samverkansdokumentet ska ske varje år i februari.

Äldrenätet

I Äldrenätet träffas vd för Nynäs Vård, äldreomsorgschefen i kommunen och verksamhetschefen för primärvård regelbundet rörande frågor som specifikt har med vård och omsorg av äldre att göra. Äldrenätet träffas tio gånger per år. Det finns även motsvarande samverkansorgan inom handikappomsorg, beroendevård och psykiatri.

⁴ Samverkansöverenskommelse mellan Nynäshamns kommun, Stockholms läns landsting och Nynäs Vård AB

ÄLDREENHETEN

I äldreheten är för närvarande åtta patienter inskrivna. Genomsnittsåldern är 81 år. Ingen är under 70 år och den äldsta är över 90 år. Hälften av patienterna är sammanboende med en anhörig i hemmet, hälften är ensamstående. Två av patienterna bor i servicehusdelen av Balders seniorboende, en bor i seniorboendet. Någon har ett växelvårdsboende i kommunens regi.

Patienterna har omfattande diagnospanoraman med cancerdiagnoser, diabetes, KOL, hjärtsvikt och restillstånd efter genomgripande operationer. Det vanliga är att man påbörjat sin sjukvårdskarriär i den "ordinarie" sjukvården med upprepade besök hos primärvården, operationer på specialistklinikerna på Södersjukhuset och Karolinska sjukhuset i Huddinge, ofta med ambulansfärder vid mycket akuta situationer, för att så småningom få remiss till Äldreheten eller ASIH vid Nynäs Vård. Vanligaste vägen till Äldreheten/ASIH är att sjuksköterska i primärvården/basala hemsjukvården föreslår läkaren att remittera patienten.

Att bli inskriven i Äldreheten har betytt att de äldre fått en solid kontakt med sjukvården. Man har en "egen" kontaktperson och ett " eget" telefonnummer där man alltid får svar på sina frågor om akuta symptom, men även när ångest och ångslan är anledning till samtalet. Eftersom man är inskriven har man fördelar att få sina läkemedel doserade och distribuerade till hemmet, förnya recept utan föregående telefonkö och slippa mödosamma besök på Apoteket. Har man omfattande rörelsehinder eller andra svåra besvär kan man även få sjukresa till mottagning och läkarbesök.

Tisdagsträffen

Nynäs Vård har "tisdagsträffar" för sina patienter inskrivna i Äldreheten och/eller ASIH. Tisdagsträffen är en öppen verksamhet och modellen är hämtad från Ersta kliniker som bedrivit en form av dagverksamhet för patienter som är inskrivna men som kanske tillfälligt kan bo hemma.

Alla som är inskrivna i Äldreheten eller ASIH och som har fysiska möjligheter inbjuds att komma för att över en kopp kaffe få samtal, information och tillfälle att tala om sina bekymmer. Tisdagsträffarna är uppskattade mötestillfällen och besöks vanligen av åtta till tio personer. Man fikar tillsammans och får sin dosett för nästa vecka, pratar med personalen om sina symptom eller andra bekymmer. De som orkar och kan deltar i gymna och använder motionsapparaterna. Verksamheten bedrivs av två undersköterskor och även de sjuksköterskor som är kontaktperson för de besökande patienterna och personal från rehabiliteringsenheten medverkar. Träffarna bidrar på ett mycket enkelt och sinnrikt sätt till kontinuitet för patienterna och samverkan med de hälsovårdande enheterna i Nynäshamn.

Patienterna

Samtalen fördes på en generell nivå med de sju-åtta patienter som besökte tisdagsträffen. Dessutom genomfördes en mera personlig intervju med fyra av dem som besökte Tisdagsträffen. De är i åldrarna 75 – 82 år. En av de intervjuade bor tillsammans med sin äkta hälft i ett av de mindre centrumen. De övriga är numera ensamstående och bor i servicehus och villa. En av dem har hjälp i hemmet flera gånger om dagen och även måltiderna i form av matlåda, en äter oftast lunch på servicehuset lunchrestaurang och en klarar sig ganska bra med hjälp av sambo och anhöriga. Alla representerar väl de kriterier som brukar förekomma i undersökningar om äldres vårdkonsumtion eller bristerna i desamma; tre eller fyra olika diagnoser med omfattande medicinering och behov av ett flertal läkar- och akutsjukvårdskontakter under senaste halvåret. Numera sker dock läkarkontakterna via Äldreenheten och besöken till akutsjukhus och specialister är planerade och inbokade.

Alla har genomgått mycket svåra sjukdomstillstånd, operationer och postoperativa tillstånd med åtföljande ambulansresor till akutsjukhusen. Inskrivningen i Äldreenheten innebar att patienterna med sina olika sjukdomar, medicinska funktioner, remisser, läkemedel och även upplevd ångslan och ångest har en kvalificerad kontakt i vårdens djungel.

De intervjuade har numera en regelbunden kontakt med Äldreenheten varje vecka antingen via Tisdagsträffen eller genom besök hos läkaren eller via telefonkontakt. De känner till sina diagnoser väl och vad de innebär av behov av medicinering och försämrat allmäntillstånd. De intervjuade har alla en realistisk syn på sin hälsa och hoppas på ett fortsatt värdigt liv med tillgång till medicinsk och medmänsklig expertis vid behov.

Synpunkter från vårdgrannar

Kommunens äldreomsorg

Äldreomsorgens personal i det egna boendet kommer vanligen i kontakt med den basala hemsjukvården. Om den äldre har blivit inskriven i den basala hemsjukvården är läget enklare och kontakterna löper väl. Sjuksköterskorna från hemsjukvården deltar tämligen regelbundet i hemtjänstens personalmöten och man går igenom aktuella frågor. I de fall de äldre behöver få hjälp med intag av sina läkemedel får äldreomsorgspersonal med undersköterskekompetens delegation av sjuksköterskorna att dela medicin, samtidigt som man gör andra insatser hos den äldre. Att inte personal utan undersköterskekompetens kan få delegation att dela läkemedel kommer att bli ett problem i framtiden, i synnerhet under den vikarietäta sommarperioden.

Det finns dock situationer då den äldre blir akut sjuk i hemmet och den inte har någon tidigare regelbunden läkarkontakt. Då uppstår frågan vem som ska

tillkallas. Vanligen är primärvården svår att få tag på och situationen resulterar i ambulansfärd till akutsjukvården.

Det har inte alltid varit helt klart för äldreomsorgen till vilken organisation av sjukvårdsinsatser den äldre hör; äldreheten, ASIH eller den basala hem-sjukvården eller primärvården. Nu har det gått en tid sedan organisationsförändringen och man har man lärt sig att hålla reda på de olika åtagandena och telefonnumren.

Det har under perioder funnits personer som har äldreomsorg men som även har så omfattande behov av omsorg att den kommunala personalen utfört insatser av medicinsk karaktär motsvarande en heltidsanställning. Detta bekymrar Nynäs Vård eftersom de knappast kan utföra motsvarande kommunala tjänster i gengäld, medan de kommunala befattningshavarna menar att det är viktigast att hjälpen hemma hos den äldre fungerar. Äldreheten och ASIH erbjuder möjlighet till vård i livets slutskede och kommunens personal samarbetar tillsammans med anhöriga för att göra detta möjligt.

Överenskommelsen mellan vårdgivarna beskriver tydligt hur information ska genomföras när en person byter omvårdnadsform, blir in- eller utskrivna från respektive vårdform och hur vårdplanering ska gå till. Personalens uppfattning om man följde dessa rutiner i praktiken varierade, till viss del beroende på geografiskt läge i kommunen.

Kommunens hälso- och sjukvård i särskilt boende är uppdelad så att varje enhet i äldreboende har en egen sjuksköterska dagtid, men sjuksköterskorna som arbetar på enheterna tillhör en särskild organisation med egen chef. Det finns därutöver en ”patrull” för hela kommunen kvällstid, fram till klockan 21, varefter kommunen för tjänstgöring nattetid köpt sjukskötersketjänster av Nynäs Vård. Kommunens sjuksköterskor intygar att det fungerar ganska bra, även om chefskapet varierat en hel del under de senaste åren. Det har också funnits en viss svårighet att rekrytera sjuksköterskor. Läkartjänsterna sköts med god kontinuitet av geriatriker från Nynäs Vård. Enheterna är nöjda med läkarkontakterna även om läkarna ofta har tidsbrist vid sina besök.

Pensionärsinflytande

Representanter för kommunens pensionärsråd KPR menar att de inte haft något inflytande över att en Äldrehet skapats, men att de hört att den varit till stor nytta för dem som blivit delaktiga av dess omsorger. Däremot menar de mera allmänt att det fortfarande finns bekymmer för äldre att få rätta insatser i sjukvården, i synnerhet med tanke på Nynäshamns trafikmässigt isolerade läge i länet.

SLUTSATSER

Samverkan

Organisationerna ansvariga för vård och omsorg i Nynäshamn har tillsammans skrivit ett mycket utförligt och detaljerat dokument om samverkan mellan de vårdande parterna. Dokumentet beskriver väl de olika moment som förekommer i vårdkedjan mellan hälso- och sjukvård och kommunal omsorg.

Dokumentet innehåller överenskommelser mellan alla organisationer som representerar vård inom Nynäshamns kommun; kommunal äldreomsorg och omsorg om funktionshindrade, individ- och familjeomsorg, psykiatriska öppen- och heldygnsvård, primärvården och de delar av den geriatriska slutenvården, den basala hemsjukvården och ASIH som Nynäs Vård har ansvar för.

Dokumentet beskriver de olika ansvarsområdena, och vilket ansvar de olika aktörerna har i olika delar av vården. Dokumentet beskriver också detaljerat hur information om när vård påbörjas och avslutas eller överförs till annan aktör i vårdkedjan ska gå till. Begrepp såsom *utskrivningsklar*, *utskrivningsmeddelande* och *kommunens betalningsansvar* beskrivs. Dokumentet tar upp t ex vad avvikelserapportering, delegation att dela mediciner och egenvård innebär. Dokumentet innebär att parterna kommit fram till en gemensam syn på hur vården ska bedrivas.

Enheterna inom kommunen var inte alla så informerade om att dokumentet existerade, några hade sett det och några hört talas om det. Ändå levde verksamheterna väl upp till de överenskommelser som skrivits in i dokumentet. Nynäs Vårds och kommunens enheter har etablerat ett samarbete som går väl i linje med vad som står skrivet, mest för att alla insett att det gynnar verksamheten och de äldre bäst. Samarbetet har uppstått genom regelbunden och personlig information, samverkan och omsorg om den enskilde äldre.

Kommunens personal i äldreboende och i hemtjänsten var inte så insatta i hur de olika delarna av Nynäs Vård fungerade, men var och en hade hittat sina egna kontakter och var relativt nöjda med hur de fungerade. Att det finns en ”gräns” mellan vad primärvården och den basala hemsjukvården och ASIH hade för åtaganden hade vid vissa tillfällen varit ett bekymmer. Dock hade man genom erfarenheter och ibland misstag lärt sig vad som gällde. ”*Det är ju inte alltid så att en äldre människa har sjukdomar och symptom som går att klassa*” som en av vårdpersonalen uttryckte det. ”*Men vi lär oss varje dag*”

Den svagaste länken i vårdkedjan i Nynäshamn är under helgerna, då tillgången på läkare är begränsad och personalen är mera osäker på vad som gäller. Utan att kunna verifiera detta menar personalen att det kan bli en och annan ”onödig” ambulansresa till akutsjukhus.

Äldreheten

Socialstyrelsen säger i sin lägesrapport Vård och omsorg om äldre 2006⁵ bl.a. att sjukvården präglas av gruppen äldre uttryckt både i antal och i andel vårdtillfällen medan totala antalet vård dagar minskar. Detta kan tolkas som att äldre ofta åker in på akutsjukhus men får vistas där allt kortare tidsperioder. De patienter socialstyrelsen syftar på är ofta multisjuka med många diagnoser, med behov av insatser dygnet runt och med behovsförändringar som den omgivande personalen ska kunna bedöma.

Äldreheten i Nynäshamn är en väl fungerande enhet, för de äldre i Nynäshamn som har förmånen att bli inskrivna där. Under studien var endast åtta personer inskrivna i Äldreheten och det beror på att gränsen mellan Äldreheten och de personer som ingår i ASIH, där ca 40 personer är inskrivna, har blivit allt mera oväsentlig för den enskilde. I den basala hemsjukvården ingår ca 200 personer och den är en vanlig rekryteringsbas till de mera avancerade öppna sjukvårdsenheterna, ASIH och Äldreheten

”Eftersom den basala hemsjukvården ingår i samma organisation är det enkelt för de äldre att få samma dygnet-runt tillgänglighet för alla så blir gränsen vag mellan de olika delarna. Det är snarast ett medicinskt ställningstagande där äldre personer med ASIH- liknande behov överförs till äldreheten” säger enhetschefen. Man har samma tillgång till snabb kontakt dygnet runt, möjlighet att få hembesök och träffa läkare med mycket kort varsel. Även läkemedel och kontakter med specialister kan samordnas hos Äldreheten/ASIH. Patienternas behov av trygghet och möjlighet till snabb kontakt är i fokus hos Äldreteamet och är väl anpassat till de äldres primära behov.

Att ASIH utgår från Nynäs Vård som har ansvar för ”hela” den geriatriska vårdkedjan, med geriatriska vårdenheter, geriatrisk mottagning och minnesenhet gynnar de äldre med omfattande diagnoser och som har behov av snabba och kontinuerliga vårdåtgärder. De som kommit inom ramen för dessa kompetenser kan känna sig trygga.

Sjuksköterskorna uttalade att om de fick önska så skulle de vilja ha ett mera flexibelt system med vårdplatser för dem som behöver ett mera avancerat omhändertagande under en period och detta innefattar även ett boende för dem som omfattas av vård i livets slutskede. De äldre kan om behov finns erbjudas ett kommunalt korttidsboende, men man önskar sig ett flexiblare system. Ännu har inte samarbetet mellan kommun och landstinget nått så långt att man kunde samfinansiera korttidsplatser av något slag.

Även socialnämndens, tillika kommunala pensionärsrådets, ordförande uttalade att Nynäshamn som en tämligen liten och ”isolerad” kommun i länet har stora möjligheter att utveckla äldreomsorgens alla delar i samråd med landstingets hälso- och sjukvårdsansvar.

⁵ Vård och omsorg om äldre – lägesrapport 2006, Socialstyrelsen

Den traditionella formen av Äldrevårdscentraler som för närvarande finns i länet är att primärvården förstärks och/eller specialiseras och att samarbete med kommunen utvecklas. Att Nynäs Vård i alla sina vårdformer har geriatrisk kompetens gynnar Äldreenheten och därmed de äldre i Nynäshamn. De äldre som bor kvar i sitt hem men med komplexa vårdbehov har tillgång till geriatrisk kompetens över tid. Konceptet i Nynäshamn att ASIH med sina avancerade resurser har Äldreenheten som sin ”sidoaktivitet” skulle kunna vara ett koncept som gick att anpassa till andra områden. I rapporterna framgår ofta att det saknas någon som har mandat att koordinera de olika medicinska insatserna – Dirigent saknas – I Nynäshamn kan man säga att ”*Samordnare finns*”.

Den administrativa svårighet som kvarstår är akutsjukhusens kallelse till vårdplanering av utskrivningsklara patienter. Rutinerna förskriver att informationen överförs till primärvården. Primärvården har inte alltid möjlighet att hålla sig informerade om ”nya” patienters tillstånd.

Några av de intervjuade patienterna hoppades att det inte fanns äldre ”där ute” i hemmen som blivit utan denna för dem med komplexa sjukdomstillstånd så nödvändiga vården. De intervjuade äldre och representanter för KPR menade att det fanns uttalade svårigheter att få berättigad kontakt med läkare, och att ambulansresor till akutsjukhusen fortfarande hörde till normaliteten. Dock anser de intervjuade i kommunen att Äldreenhetens verksamhet har blivit så välkänd bland vårdutövarna att risken för att någon med omfattande behov av vård blir lämnad utanför om man bor i Nynäshamn är liten.

Sammanfattningsvis kan man säga att Nynäshamnsmodellen med en Äldreenhet som ingår i hemsjukvård och ASIH och som utgår från verksamhet som bedriver geriatrisk hälso- och sjukvård ger de äldre en stor trygghet och god omvårdnad. Primärvården fortsätter att ta hand om de äldre som inte har så uttalade behov av vård och akuta läkarinsatser.

Äldreenheten erbjuder den syn på helheten av de äldres komplexa behov som efterlyses i ett flertal av den forskning och de rapporter som finns inom området *Äldre med komplexa och sammansatta behov*. Äldreenheten har skapat ett trygghetstillstånd som i hög grad motverkar den olust och de ångestkänslor som uppstår i samband med de omfattande diagnoserna och tilltagande ålder som så ofta beskrivs i rapporterna om äldre med omfattande symptom.

Medverkande i studien

VD för Nynäs Vård

Enhetschef för Hemsjukvårdsenheten i Nynäs Vård

Sjuksköterskor i Hemsjukvårdsenheten

Personal och patienter på Tisdagsträffen

Chef för Nynäshamns kommuns Äldreomsorg

Chef och biståndshandläggare i Nynäshamn

Chef, sjuksköterska och samordnare i Sorunda och Ösmo äldreomsorg

Chef och samordnare på Balder seniorboende

MAS i Nynäshamn

Ordförande i socialnämnd och KPR

Ledamöter i kommunens KPR

Primärvården

ÄLDRETEAMET VID HANDEGERIATRIKEN

Sammanfattning

Vården för äldre patienter med stort behov av sjukvård, men som vistas i egna hemmet, är enligt många rapporter bristfällig⁶. Det handlar oftast om patienter över 85 år med flera sjukdomar. Vårdtiderna inom såväl akutsjukvården som geriatriken har förkortats avsevärt sedan Ädelreformen och det gör att många sjuka äldre vårdas i sina egna hem. Primärvården ansvarar då för patienternas vård. På flera håll i landet har projekt startats för att hitta vägar att optimera vårdkedjan för dessa patienter, mestadels inom primärvårdens regi. Dessa patienter har ofta en stor vårdkonsumtion, både i primärvård, akutsjukvård och geriatrik. Inom geriatriken har vi sedan flera år tillbaka haft tankar på någon form av hemsjukvårdsteam för att öka den medicinska säkerheten och den psykosociala tryggheten för dessa patienter. Vi såg flera fördelar med att ha ett äldreteam knutet till geriatriken: dels finns det geriatriker anställda, dels ligger det i geriatrikens uppdrag att vara en dygnet runt-verksamhet och dels har geriatriken slutenvårdsplatser att erbjuda patienten när det behövs.

När landstinget startade Verksamhet i Förändring (VIF) gjorde vi slag i saken och anmälde att vi ville arbeta med uppbyggnad av ett Äldreteam (ÄT) inom ramen för VIF. Med skapandet av ett äldreteam knutet till geriatriken ville vi se vilka effekter för patientgruppen den organisationen kunde ha. Teamets arbetssätt bygger på ett samarbete mellan geriatriken, primärvården och kommunen. Hur arbetsfördelningen varit har sett olika ut för olika patienter, ett tydligt patientfokus har eftersträvats.

Göta heter vår exempelpatient, hon är 73 år, har KOL, hjärtsvikt och är insulinbehandlad diabetiker. Hon har under senaste tiden vid flera tillfällen åkt akut till sjukhus på grund av hennes sjukdomar. Under hela projekttiden har vi haft en stödjande fråga när vi funderat på vilken väg vi ska gå: "Vad blir bäst för Göta?" Den frågan har varit värdefull att återkomma till i många sammanhang, både när vi i projektgruppen diskuterar och när vi möter våra vårdgrannar för diskussioner. Vi påbörjade arbetet under senhösten 2004. Projektgruppen som arbetat består av läkare, sjuksköterskor, enhetschef och verksamhetschef. En av sjuksköterskorna arbetar inom ASIH (Avancerad sjukvård i hemmet), en arbetar på den akutgeriatriska vårdavdelningen dit Äldreteamet skulle knytas. Dessa patienter behöver ofta insatser från såväl primärvård som hemtjänst. Vi valde medvetet att göra en avgränsning så gruppen bara bestod av medarbetare från Handengeriatriken med tanke på att det är svårt att få till mötestider som passar alla. Vi har istället använt primärvårdens och kommunens erfarenheter och kunskaper genom att i möten aktivt efterfråga deras åsikter. Våren 2005 arbetade vi mycket med att informera och diskutera med våra vårdgrannar, förutom kommun och primärvård även ambulanssjukvården och Södersjukhuset.

⁶ Se bla "Dirigent saknas" (Äldrecentrum2001:6), "Styckevis och delat" Landstingsrevisorernas rapport 19/05

Beställarna involverades och de såg positivt på projektet. En förutsättning för att starta projektet var att vi fick finansiering utöver vår ordinarie ram. I Vårdöverenskommelsen ligger nu finansiering med för Äldreteamet. Detta gjorde att tre sjuksköterskor kunde anställas och Äldreteamet startade i september 2005.

I projektet har vi fokuserat på patienternas behov av trygghet och möjlighet till snabb kontakt med vårdgivare för konsultation, stödjande samtal och/eller medicinsk vård och behandling. Patienterna har fått ett telefonnummer som dygnet runt besvaras av en sjuksköterska. Teamet bemannas varje dag mellan 08.00-17.00. Övrig tid besvaras samtalen av sjuksköterska på avd 1 (den akutgeriatriska vårdavdelningen), om det finns behov av besök kontaktar sjuksköterskan ASIH som åker till patienten. Patienternas upplevelser av teamet och hur det påverkat tryggheten följs upp med intervjuer. Erfarenheterna hittills är mycket positiva.

Allt som allt har 44 patienter vårdats i Äldreteamet sedan starten september 2005. Vårdtiden har varierat kraftigt från någon enstaka vecka till någon patient som varit inskriven sedan starten och fortfarande vårdas av Äldreteamet.

Områdesbeskrivning

Handengeriatriken har Haninge och Tyresö kommuner som sitt upptagningsområde. Patienter över 65 år som behöver sjukhusvård men inte akutsjukhusens resurser ingår i uppdraget. Total befolkningsmängd i de bägge kommunerna är 112 400 personer. Befolkningsutvecklingen skiljer sig från snittet inom SLL, det har varit en lägre andel äldre men andelen ökar nu de närmaste åren. Under perioden 2003-2008 beräknas andelen personer mellan 65-75 år öka med 48% och andelen personer över 75 år beräknas öka med 23%. Detta i kombination med att akutsjukhusen allt snabbare skriver ut patienterna gör att geriatriken får ett högre patienttryck.

Kliniken som helhet har 210 anställda, fördelat på fyra vårdavdelningar, en paramedicinsk enhet, en administration samt läkare. Förutom slutenvårdsplatser har kliniken en stor öppenvårdsverksamhet, med ASIH, minnesutredningar i öppenvård, dagrehab och hemrehab. Äldreteamet är knutet till den akutgeriatriska vårdavdelningen, avd 1. Där arbetar ca 40 personer, sjuksköterskor, undersköterskor, läkare och sekreterare. Enheten har 24 vårdplatser. Medelvårdtiden på avdelningen ligger på ca 12 dagar. På avdelningen vårdas patienter med invärtesmedicinska sjukdomar, exempelvis hjärt- och lungsjukdomar.

Målgrupp

I vårt dagliga arbete mötte vi patienter med stor oro inför hemgång. De hade svårt att veta vart de skulle vända sig när de åter blev sämre. Det gällde framförallt patienter med sjukdomar med fluktuerande sjukdomsförlopp, exempelvis hjärtsvikt och KOL. De patienter vi valde att fokusera på var de som hade fyra eller fler faktiska eller förväntade vårdtillfällen på Handengeriatriken under en tolv månadersperiod. Att flera av dessa patienter upplevde otrygghet med dåvarande vårdnivå har vi fått kännedom om genom de dagliga samtal vi har med patienterna. Vi har senare utökat målgruppen till att även gälla patienter med många vårdtillfällen på akutsjukhus men som inte varit på Handengeriatriken. Genom journalsystemet fick vi fram att det skulle röra sig om en vårdgrupp på ca 20 inskrivna patienter samtidigt om vi var strikta i vår bedömning av inskrivningskriterierna.

Vi gjorde en enkätundersökning med personalen på avd 1 för att få medarbetarnas upplevelser av att vårda denna patientgrupp. Många kände sig otillräckliga beroende på patienternas otrygghetskänsla inför hemgång. Vi hade även möten med primärvård och kommun för att fånga upp deras syn på vården av dessa patienter och få deras åsikter på projektet. Vi kom överens om att ha ett starkt individfokus, där organisationsfrågorna var sekundära, och försöka hitta den bästa lösningen för varje enskild patient.

Syfte

Att möta de behov patienterna i målgruppen uttrycker och genom detta öka patienternas medicinska säkerhet och känsla av trygghet när de är hemma.

Övergripande mål

Via helhetssyn och snabbare omhändertagande i hemmet eller på kliniken öka tryggheten och minska antalet vårdtillfällen samt öka den medicinska säkerheten för patienterna i målgruppen.

Delmål

Mål	Mätmetod	Målvärde
1. Ökad trygghet för patienterna i målgruppen samt anhöriga	Djupintervjuer med patient och/eller anhörig innan inskrivning samt efter tre månader	100% av pat ska klassa 8-10 på en 10-gradig skala
2. Medarbetartillfredsställelse avd 1 - utifrån vårdkedjan för patienterna i målgruppen	Enkät innan start samt efter 6 månader	Ökad arbetstillfredsställelse utan ökad belastning
3. Dokumentera antalet besök för Äldreteamspatienter, hembesök eller på mottagning	Registrering av antalet besök för patienter inskrivna i Äldrevårdsteamet.	Balans mellan antalet besök och personalstat
4. Minskat behov av inläggning på Handengeriatriken samt minskat behov av plats i särskilt boende för patienter inskrivna i Äldrevårdsteamet	Mäta tid för sjukhusvistelser för ÄT-pat. Bedöma vilka ÄT-pat som skulle behöva kommunal vård om de inte hade ÄT.	Minskat behov av särskilt boende. Kortare vårdtider på kliniken
5. Minskning av antalet öppenvårdsbesök/inläggningar på Södersjukhuset för patienter inskrivna i ÄT	Bedömning av antalet ambulanstransporter till Södersjukhuset som kunnat undvikas med hjälp av ÄT	Minskat antal besök på Södersjukhuset med 50%
6. Studera hemtjänstpersonalens arbetsbelastning och arbetstillfredsställelse gällande den aktuella patientgruppen	Samtal i grupper	Ökad arbetstillfredsställelse utan ökad belastning
7. Samverkan primärvård - geriatrik ska fungera utifrån patientens perspektiv	VPL för Äldreteams-patienter	100% av VPL ska resultera i att ansvarfördelning utifrån patientens behov

Smärre justeringar har gjorts under projektets gång men inriktningen på målen är oförändrad.

Måluppföljning

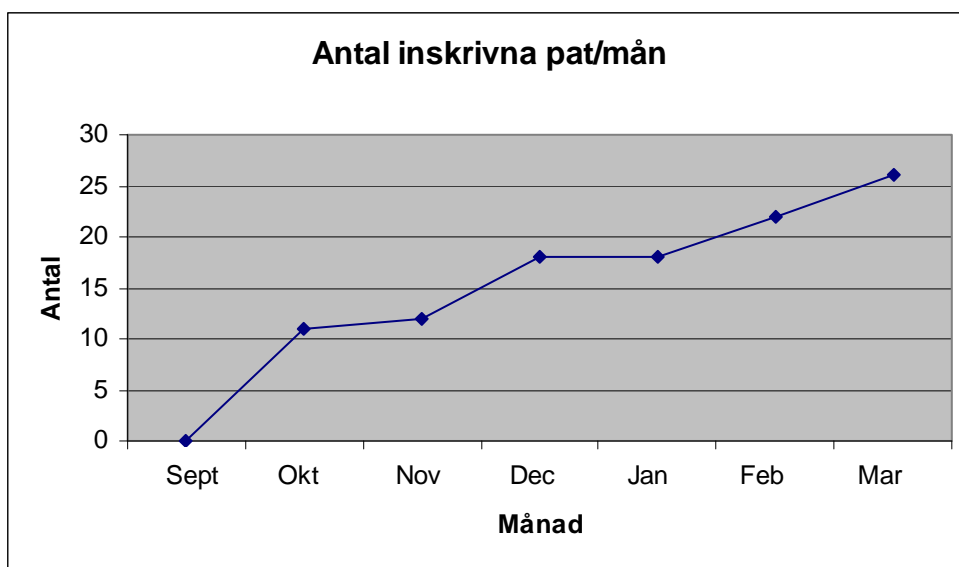
Mål 1: Ökad trygghet för patienterna

Vi kom igång med intervjuerna lite sent vilket innebär att endast 5 intervjuer är gjorda än. 4 patienter har svarat 10, en patient har svarat 8-10.

Mål 2: Medarbetartillfredsställelse

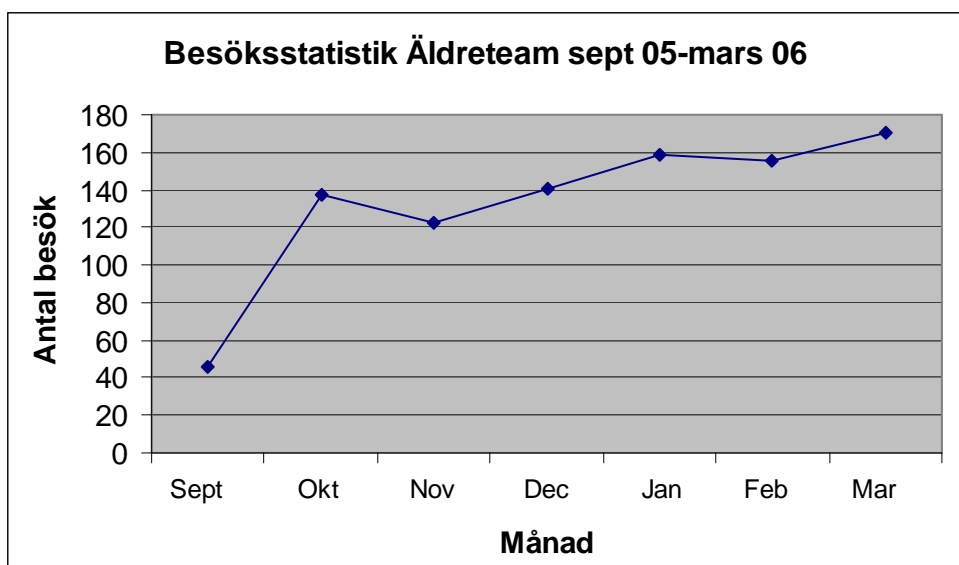
Inför start av Äldreteamet genomfördes en enkät och efter 4 månader genomfördes ytterligare en. Enkätsvaren visar att medarbetarna på avd 1 innan projektstarten kände en frustration inför hemgång då de upplevde att dessa patienter hade en ohållbar hemsituation. Efter äldreteamets start har frustrationen försvunnit. Många uppger en stor tillfredsställelse med vetskapen att patienterna blir omhändertagna via Äldreteamet. Viss oro fanns innan starten om hur mycket telefonsamtal det skulle bli under kvällar och nätter men det har visat sig att antalet samtal under jourtid inte blivit någon större belastning.

Mål 3: Besöksfrekvens för Äldreteamet



Figur 1. Antal inskrivna patienter per månad

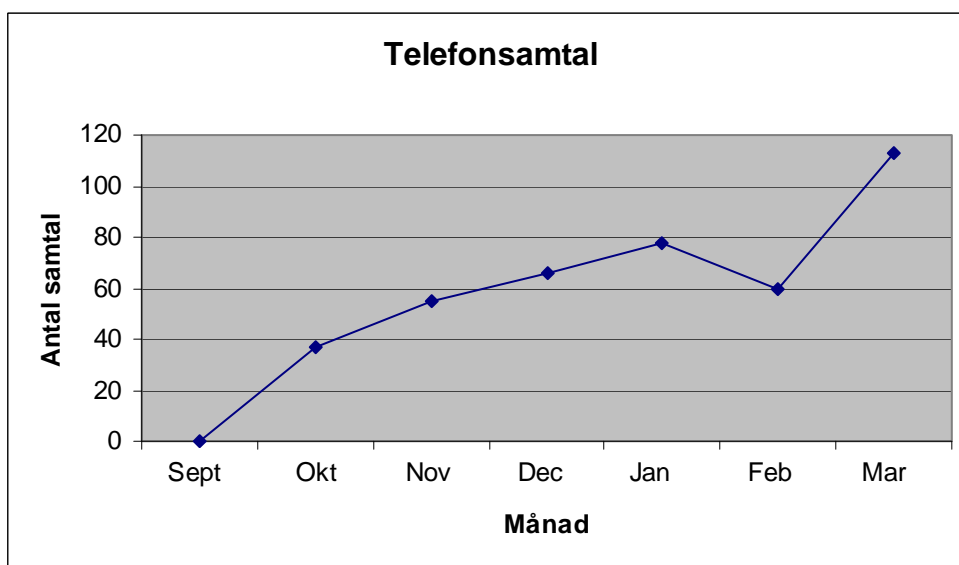
Antalet inskrivna har under perioden ökat successivt. För att klara vården med nuvarande personalstat har vi en gräns på 20 inskrivna patienter samtidigt. Vissa perioder har trycket varit högre än så, vilket gett en hög belastning för sjuksköterskorna i teamet.



Figur 2. Besöksstatistik Äldreteam – september 2005-mars 2006

Bemanningen består av två sjuksköterskor på vardagarna och en sjuksköterska på helgerna. Teamet är bemannat mellan 08.00-17.00, övrig tid svarar sjuksköterskan på avd 1 i telefonen. Behöver besök utföras kvällar och nätter görs detta av ASIH. Många av besöken tar lång tid beroende på sjukdomstillstånd i kombination med hög ålder. Vanligtvis genomförs besöken av en sjuksköterska men vid allvarigare tillstånd kan två sjuksköterskor och/eller en läkare göra hembesöket.

Vissa patienter har tackat nej till besök men de har haft tillgång till telefonnumret som en trygghet. Telefonsamtalen fungerar som en trygghet för patienterna och de förebygger även inläggningar.



Figur 3. Telefonsamtal/kontakter

Vi har märkt att kontakt per telefon har stor betydelse för patientens möjlighet att vara hemma. Att det alltid finns en sjuksköterska att nå per telefon gör att många klarar sin hemsituation bättre. En stor del av tryggheten med Äldreteamet är att man alltid via ett och samma telefonnummer kan få hjälp och att det är bemannat dygnet runt.

Mål 4: Minskat antal inläggningar på Handengeriatriken.

Vid 10 tillfällen har patienter inskrivna i Äldreteamet lagts in på Handengeriatriken. Vi har inte kunnat göra någon exakt mätning av hur behovet av plats i särskilda boenden påverkats, men för två av patienterna vet vi med säkerhet att plats på särskilt boende varit nödvändigt om inte Äldreteamet vårdat patienterna. Se vidare mål 5.

Mål 5: Minskat antal inläggningar/besök på Södersjukhuset

En exakt mätning är svår att göra. Försök har gjorts att få fram relevant statistik att jämföra med, men den statistik vi fick tillgång till var svår att använda som jämförelsemateriel. Vi har därför följt upp målet genom att kartlägga vid hur många tillfällen patienter inskrivna i Äldreteamet behövt söka vård på akutsjukhus. Resultatet visar att patienterna inskrivna i Äldreteamet endast vid tre tillfällen har besökt/blivit inlagda på akutsjukhus. Vid ett tillfälle hade patienten en kraftig näsblödning, vid ett tillfälle hade patienten en fraktur och vid ett tillfälle var patienten på dialysbehandling och blev inlagd därifrån pga. höga infektionsvärden. Hade den patienten inte haft dialys den dagen hade inläggning istället skett på Handengeriatriken.

Från december 2005 har vi mätt antalet akuta insatser från Äldreteamet, d v s när patient eller anhörig larmat och Äldreteamet åkt direkt till patienten. Mellan december 2005 och mars 2006 har Äldreteamet haft 58 akuta besök, besök som med stor sannolikhet skulle innebära ambulanstransport till Södersjukhuset om patienten inte hade kunnat få hjälp i hemmet.

Med tanke på patienternas tidigare sjukdomshistoria, ålder och diagnoser, i kombination med inskrivningskriterierna i Äldreteamet, kan vi dra slutsatsen att Äldreteamet drastiskt minskat patienternas behov av sjukhusvård på akutsjukhus.

Mål 6: Hemtjänstpersonalens arbete

Samtal har förts med några hemtjänstgrupper. Hemtjänstpersonalen värnar starkt om denna patientgrupp och ser det som en stor trygghet att veta att det alltid går att nå en sjuksköterska.

Mål 7: Samverkan primärvård - geriatrik

Vi genomför vårdplaneringar på kliniken tillsammans med Biståndsbedömare och ibland distriktssköterskor. Vårdplaneringar har även genomförts hemma hos patienten med gott resultat både för samarbetet och för patienten.

Hur går vi vidare

ÄT är numera en integrerad del av verksamheten på Handengeriatriken. Vi ser att det finns ett behov som är större än vad våra nuvarande resurser klarar av. Ju mer verksamheten blir känd bland våra vårdgrannar (Södersjukhuset, primärvård, kommun och ambulans) desto fler patienter får vi förfrågningar om. Det är dock viktigt att betona de olika vårdgivarnas uppdrag och ansvar. Vi har i Vårdöverenskommelsen ett uppdrag och en ersättning som maximalt motsvarar nuvarande omfattning på verksamheten.

Under våren har vi haft ett antal patienter som varit anslutna någon vecka för att sedan slussas vidare till Primärvården. Det har gett möjlighet för patienten att skrivas hem från avdelningen och ändå känna tryggheten i hemmet. Detta sätt att backa upp patienten första tiden hemma har visat sig framgångsrikt. Det är vid dessa tillfällen viktigt att patienten får en tydlig information om att deras inskrivning i Äldreteamet är tidsbegränsad.

Behovet av tydlig och upprepad information till alla berörda instanser är stort. Vi kommer under tidiga hösten bjuda in oss själva till personalmöten på de olika vårdcentralerna för att kunna fånga upp frågor och få primärvårdens synpunkter och tankar på verksamheten.

En stor fördel för patienterna har varit att Äldreteamet är knutet till just Geriatriken. Geriatriken har i sitt uppdrag att vara en dygnet runt-verksamhet, geriatriker finns anställda, geriatriken har egna vårdplatser att tillgå när patienten behöver läggas in och tillgängligheten per telefon är inget problem. Det finns även en stor vilja i organisationen att hitta patientfokuserade lösningar för denna patientgrupp. Sedan länge har diskussioner och funderingar varit aktuella för att hitta vägar att hjälpa de multisjuka äldre där hemsituationen sviktar.

När patienterna ringer får de omgående svar av en sjuksköterska. Finns behov av hembesök akut kan en sjuksköterska vara på plats inom 15- 45 minuter. Har akuta besök behövts sena kvällar eller nätter har ASIH-sköterskan kunnat vara där med ungefär samma inställetid. I de fall patienten behövt inläggning på Handengeriatriken har detta kunnat ordnas omgående vilket innebär att patienten kunnat få träffa en läkare och behandling har kunnat påbörjas inom 1-2 timmar. Det är därför ett starkt önskemål och en förhoppning från Handengeriatriken att detta arbetssätt ska kunna utökas. Vi ser att patientmålgruppen och arbetssättet passar väl in i geriatrisk verksamhet.

Reflektion

När vi startade arbetet inom ramen för Verksamhet i Förändring ville vi göra en pilotgrupp med patienter och valde därför en avgränsad del av vårt upptagningsområde, Brandbergen. Vi informerade och diskuterade med primärvårdens och kommunens aktörer i just det området. De patienter vi sedan hade på kliniken och som var lämpliga äldreteamspatienter kom inte från just det området. Vi valde därför att åter fokusera på patientens behov, vi kallade till möte med alla

aktörer inom kommun, primärvård och ambulans för hela vårt upptagningsområde, d v s Haninge och Tyresö kommuner. Efter det kunde vi skriva in patienter oberoende av i vilken kommun de bodde.

Vi har inte haft någon paramedicinär knuten till teamet utan de insatser som behövts har skett på samma sätt som för andra patienter som skrivs ut från avd 1. Det som omedelbart behöver åtgärdas för att patienten ska kunna gå hem ansvarar geriatrikens paramedicinärer för, men uppföljning och fortsatta paramedicinska insatser ansvarar primärvården för. Under projekttiden har geriatrikens paramedicinärer även tagit på sig enstaka andra uppgifter, exempelvis uppföljning av hjälpmedel.

Under projekttiden har vi gjort intervjuer med patienter. Vår ambition var att starta intervjuerna direkt när teamet startade, men den ansvarsfördelning vi då planerat för visade sig inte hålla. Under projekttiden har vi haft olika tankar på hur intervjuerna ska genomföras och den organisation vi har idag verkar hålla. Det är nu äldreteamssköterskorna själva som genomför intervjuerna en tid efter inskrivning. Detta kan påverka svaren, det mest optimala vore att en helt oberoende intervjuare genomförde samtalen. De svar vi fått visar att patienterna är nöjda med den vård de får i Äldreteamet. Flera har påpekat att information om Äldreteamet måste utbättras till primärvård och kommun, det är flera som inte känner till verksamheten. De har även framkommit synpunkter och önskemål om ytterligare information om Äldreteamet till patienterna innan hemgång. Samtliga tillfrågade patienter är dock nöjda med den information de sedan fått vid första hembesöket.

Vi har valt att diskutera med hemtjänstpersonalen i samband med att patienter blivit inskrivna i deras distrikt. På samma sätt vill vi informera och diskutera med personalgrupper inom primärvården. I början av projektet informerade vi på stora möten med primärvårdens, kommunernas och ambulansens chefer/arbetsledare vilket var viktigt i det skedet. I den fas vi är inne i nu vill vi via möten fånga upp medarbetarnas synpunkter och idéer hos våra vårdgrannar.

Beslut om anslutning till Äldreteamet kommer ofta efter att vårdplaneringen är genomförd vilket gör att en optimal planering inte kan ske på vårdplaneringen. Det vore därför önskvärt med en rutin för vårdplanering i hemmet där primärvården, kommun och äldreteamet deltar. Det har dock visat sig vara svårt att samordna möten i patienternas hem då alla verksamheter lider av tidsbrist.

En svårighet vi mött är gränsdragningen mellan Äldreteamet och primärvården. Primärvården har kapiteringsersättning för patienterna vilket gör att de behåller ansvaret för den basala hemsjukvården medan Äldreteamet koncentrerat sig på de inläggningsförebyggande och akuta besöken. Vid vissa tillfällen har hela ansvaret gått över till Äldreteamet, framförallt har det gällt patienter där medicinjusteringar varit nödvändiga. Det har ibland visat sig vara svårt att dela ansvaret för medicinhandlingen mellan primärvården och Äldreteamet.

De patienter som är/har varit inskrivna är samtliga mycket nöjda med teamets arbete. Det är en vårdnivå som efterfrågas av patienterna – de är lite för sjuka för primärvården och inte ”tillräckligt sjuka” för ASIH. Den tillgänglighet och den vårdnivå som Äldreteamet kunnat erbjuda har visat sig vara rätt nivå för dessa patienter. Vi tycker oss så här långt kunna se att teamets arbete har inneburit en stor förbättring av patienternas livskvalitet.

Vi anser att geriatriken är den vårdproducent som bäst lämpar sig för att ta hand om de multisjuka äldre via ett äldreteamskoncept. Utifrån exempelpatienten Götas perspektiv har det visat sig vara en bra anpassad vårdform. Att slippa ligga hemma och vara orolig, att slippa åka till akutsjukhus med allt vad det innebär av väntan, att slippa bli ordentligt nedgången innan behandling sätts in, det ger en högre livskvalitet till våra multisjuka äldre och till deras anhöriga. Att ha ett telefonnummer där en sjuksköterska alltid svarar, att veta att någon kommer hem till en när man blir sämre, att känna att det finns ett alternativ till akutens hårda britsar.

En viktig slutsats vi tycker oss kunna dra är att Äldreteamet har fungerat som ett alternativ till Södersjukhuset i ändå högre utsträckning än vad vi vågat hoppas på. Vi har haft 44 patienter inskrivna under olika lång tid. Dessa 44 multisjuka äldre patienter har genererat endast 10 vårdtillfällen på Handengeriatriken och 3 vårdtillfällen/besök inom akutsjukvården. Detta resultat kan man räkna ekonomiskt på utifrån ett landstingsperspektiv, men det allra viktigaste är det minskade lidande det innebär för våra äldre patienter.

Deltagare i projektgruppen:

Sören Backlund	Verksamhetschef
Monica Lindstedt	Medicinskt ansvarig läkare, sektionschef akutgeriatrik
Bea Snårbacka	Sjuksköterska/teamledare ASIH
Bernarda Svensson	Sjuksköterska/teamledare avd 1
Vesna Boljanovic	Läkare
Ingela Strigell Hådel hösten 2005.	Sjuksköterska Äldreteamet – i projektgruppen sedan
Helena Gille-Östberg	Enhetschef avd 1, projektledare.
Kontaktuppgifter:	070-484 51 02, 08-606 11 46, helena.gille-ostberg@sll.se

Sedan maj 2003 genomförs på uppdrag av landstingets Beställarkontor Vård ett försök med Äldreteam för befolkningen i Nynäshamns kommun. Under 2004 utökades Nynäs vårds uppdrag med ansvaret för all hemsjukvård, såväl den basala som ASIH, i kommunen och även för en öppen geriatrisk mottagning. Äldrecentrum har studerat effekterna av detta sätt att organisera vården. Det är i en i huvudsak positiv bild som framtonar. I denna rapport redovisas också en annan form av hur man kan utgå från en geriatrisk klinik, i form av ett äldreteam som utgår från den geriatriska kliniken i Handen. Det är vår förhoppning att denna rapport ska bidra till kunskapsuppbyggnaden om hur landsting och kommun gemensamt kan tillgodose vård- och omsorgsbehov hos äldre med stora och sammansatta behov.