

VÅRD OCH OMSORG I SAMVERKAN MELLAN HUVUDMÄNNEN

EN SAMMANSTÄLLNING AV ÄLDRECENTRUMS
STUDIER UNDER EN TJUGOÅRS PERIOD OM
KONSTEN ATT FORMA HELHETSLÖSNINGAR

SVEN ERIK WÄNELL

Rapport Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:16
ISSN 1401-5129



FÖRORD

Denna sammanställning gjordes i sin första version i april 2007 på uppdrag av Hälsa- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting. Förvaltningen önskade en sammanställning av vilka erfarenheter som kan hämtas från de uppföljningar Äldrecentrum genomfört av olika modeller för att få en mer samlad vård och omsorg för äldre. Syftet är att redovisa erfarenheter från ett urval av de utvärderingar Äldrecentrum genomfört inom detta område i Stockholms län sedan Äldrecentrums start 1986, som en grund för det ständigt pågående arbetet med att forma helhetslösningar, där individen och inte organisationen sätts i centrum.

Översikten utgår från tre olika modeller: samverkansavtal, verksamheter som landstinget är huvudman för och verksamheter som bedrivs gemensamt av huvudmännen.

Förhoppningen är att denna sammanställning ska bidra med kunskap i den pågående processen att kunna erbjuda en mer sammanhållen vård och omsorg för äldre med stora och sammansatta behov.

Stockholm 2007-08-29

Sven Erik Wånell
chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
INLEDNING	2
SAMVERKANSAVTAL	4
<i>Hemsjukvårdsavtalet modellen under 1980-talet</i>	4
<i>Stora reformer under 1990-talets förra hälft</i>	4
<i>Samverkansavtalet 1998</i>	4
<i>Operation Äldreomsorg</i>	5
<i>Samverkansavtal mellan landstinget och Stockholms stad</i>	5
HELHETSLÖSNINGAR MED EN HUVUDMAN	7
<i>Turboprojektet i Vaxholm</i>	7
<i>Äldreteam Kungsholmen-Östermalm, Stockholmsgeriatriken</i>	8
<i>Äldreteam Nynäshamn, Nynäs vård</i>	8
<i>Solna Äldrevårdscentral</i>	10
PROJEKT ÖVER HUVUDMANNASKAPSGRÄNSERNA	13
<i>Hemvård i Maria-Högalid på Södermalm</i>	13
<i>Sigtuna, tog över hela primärvården</i>	14
<i>Äldrepsykiatrisk vård med helhetsperspektiv</i>	14
<i>Äldrepsykiatriskt hemvårdsteam</i>	15
<i>Samrehab nordväst</i>	15
<i>Hökarängens Närvårdcentral</i>	17
EKONOMISKA EFFEKTER	19
NÅGRA SLUTSATSER	22

SAMMANFATTNING

Hälso- och sjukvården fungerar väl för de äldre som har relativt begränsade medicinska problem och inte har några kognitiva funktionsnedsättningar. För äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk finns en rad allvarliga problem. Det brister ofta i samspelet mellan slutenvård och primärvård liksom mellan primärvård och hemtjänst. Rehabiliteringsinsatserna är splittrade och kortvariga. Det finns ingen som tar ett helhetsansvar. Anhöriga har en ensam roll i sitt vårdansvar.

Problemen är väl kända. Åtskilliga försök har gjorts för att få de båda huvudmännens insatser, liksom den öppna och slutna vården, att fungera ihop utifrån den enskildes behov. De olika studier som Äldrecentrum gjort visar att samverkan kan främjas på många olika sätt, och att huvudmannaskapsförändringar inte är nödvändiga.

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Samverkansavtalens viktigaste funktion synes vara att de skapar ett regelverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas – förutsatt att det finns en kontinuitet så att man lär känna varann, en respekt för varandra och en vilja att lösa problemen.

Ett steg vidare är att ge hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att fokusera på den grupp där primärvården haft svårast att lyckas i sitt uppdrag för den äldre befolkningen, äldre med stora och sammansatta behov. Det synes då vara en fördel med en anknytning till en geriatrisk klinik. Det främjar ett geriatriskt arbetssätt och ger tillgång till den geriatriska kompetensen dygnet runt. En modell för detta tillämpas i Nynäshamn.

En fungerande samverkan mellan hälso- och sjukvården och hemtjänsten kan växa fram på många sätt, och främjas av om personalen finns under samma tak och helst i samma organisation. Projekt där hälso- och sjukvården arbetar tillsammans med hemtjänsten har varit få. En pionjär är Hökarängens Närvårdcentral, där vårdcentral och hemtjänst är samlokaliserade och har samma chef. Man har här funnit en form för samverkan utan huvudmannaskapsförändring och utan att inskränka den äldres möjlighet att själv välja läkare och hemtjänstenhet.

Det optimala synes vara att huvudmännen kan finna former inom patient- och kundvalets ramar för att erbjuda ett sammanhållet team, där det finns undersköterskor och vårdbiträden, läkare, distriktssköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut, och möjlighet att knyta till sig andra specialister som apotekare, dietist och kurator. För att optimera en sådan enhets arbetsmöjligheter bör den vara samfinansierad av landsting och kommun, med möjlighet för enhetschefen att göra en samlad budget för hela verksamheten. För att få en tillgänglighet dygnet runt kan det vara klokt att inom geriatrikens ram få en samordning mellan en sådan äldrevårdcentral, ASIH och övrig geriatrisk verksamhet.

INLEDNING

Problem med samordning av vårdinsatserna mellan slutenvården och öppenvården och mellan de båda huvudmännen är väl dokumenterade inom psykiatrin, beroendevården och för äldre med stora och sammansatta behov. Äldrecentrum har i ett flertal studier belyst att bristen på samordning mellan olika aktörer medför risk för att trots omfattande resursinsatser vården och omsorgen inte skapar önskvärd trygghet och säkerhet för äldre med stora och sammansatta behov. Förhållandena har bl.a. belysts i två rapporter som gjorts på uppdrag av landstingsrevisorerna och revisorerna i Stockholms stad¹. Äldrevårdsutredningens betänkande *Sammanhållen hemvård* (SOU 2004:68) har i sitt bakgrundsmaterial lyft fram de problem Äldrecentrum och andra forskningsorgan pekat på. Ansvarskommittén konstaterar i sitt betänkande *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft* (SOU 2007:10) att det finns tydliga problem, men menar att lösningarna inte är att söka i huvudmannaskapsförändringar.

I en kunskapsöversikt Äldrecentrum gjorde 1999 på uppdrag av dåvarande HSN-staben i Stockholms läns landsting² konstateras att sjukvården fungerar väl för de äldre som har relativt begränsade medicinska problem och inte har några kognitiva funktionsnedsättningar. För äldre med flera diagnoser, nedsatt rörlighet och ork och ett sviktande socialt nätverk visade studier utförda i olika län entydigt på en rad allvarliga problem:

- Brister i samspelet mellan slutenvård och primärvård, särskilt vid utskrivning.
- Inget helhetsansvar för äldre med omfattande behov som bor i ordinärt boende.
- Avsaknad av regelbundna möten mellan hemtjänst och primärvård kring gemensamma patienter/brukare.
- Splittrade och kortvariga rehabiliteringsinsatser.
- Avsaknad av handledning för vårdbiträden och undersköterskor.
- Anhöriga har en ensam roll i sitt vårdansvar.

Flera av dessa problem var då varken nya eller okända. De hade adresserats tidigare genom olika försök att få de båda huvudmännens insatser, liksom den öppna och slutna vården, att fungera ihop utifrån den enskildes behov, och en lång rad nya försök har genomförts såväl i Stockholms län som runt om i landet sedan dess.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) bedrev under 2005 och 2006 Närvårdsprojektet. Sju lokala samverkansförsök genomfördes och SKL ordnade fyra regionala konferenser. I slutrapporten ges några goda råd, beskrivet som en "kokbok för framgångsrik samverkan". Här betonas att det måste finnas en vilja –

¹ *Tänk om någon såg helheten*, Stockholms stads revisionskontor och Landstingsrevisorerna 1999 och *Styckevis och delat*, Stockholms stads revisorer rapport 2006:04 och Landstingsrevisorerna projektrapport nr 19/2005.

² *Den geriatriska patienten i vårdkedjan, var finns hindren och utmaningarna?* Äldrecentrumrapport 1999:6

samverkan måste komma från deltagarna själva och kan inte beordras uppifrån. Tillit och förtroende är nödvändigt mellan vård- och omsorgsaktörerna. Ett verkligt samarbete förutsätter jämställda parter, och mötesplatser för huvudmännen och de olika vårdgivarna. Utgångspunkten måste vara behovet, inte hos organisationen utan hos den enskilde individen som vill ha hjälp. Det är viktigt att formulera gemensamma mål, och arbeta strukturerat och systematiskt³.

Runt om i landet finns goda exempel. Några av dem beskrivs i temanummer 2/2007 av Äldre i Centrum, där tidningens chefredaktör Inger Raune skriver att *”Alldeles för ofta önskar vi att Modellen med stort M skulle finnas. Ändå vet vi att den inte finns vare sig inom äldrevård och omsorg eller i skola eller förskola, eller andra svårorganiserade verksamheter. Svårorganiserade eftersom det handlar om arbete med och för människor med individuella behov. Det finns de som anser att Modellen är att låta ”tusen blommor blomma”. Gott och väl, men det leder alltför ofta till att var och en vill – och tror sig – uppfinna hjulet. Ändå är det så jag tror att det måste vara, att var och en utgår från hur det ser ut just hos dem och utifrån deras förutsättningar.”*⁴

I Stockholms läns landsting pågår ett arbete med att fördjupa kundvalet inom primärvården. Nya ersättningsformer kommer att gälla från och med 2008, och patientens möjlighet att välja ska stärkas. I flertalet kommuner i länet finns eller införs kundval inom äldreomsorgen. Syftet är att stärka den enskilde, och att stimulera vårdens aktörer att anpassa sig till individens behov och önskemål. Erfarenheterna visar dock att det kan krävas separata lösningar för att det ska uppstå en trygg och sammanhållen vård och omsorg för de äldre som har behov av många och sammansatta insatser. Möjligen kan detta för landstingets del mer ses som en del av det geriatrika åtagandet än en del av primärvården. En utmaning är också att stimulera vård- och omsorgsgivare att erbjuda helhetslösningar, som tillhandahåller både hälso- och sjukvård och äldreomsorg.

³ *Närvårdssamverkan i praktiken, från ord till handling* Rapport maj 2007 Sveriges Kommuner och Landsting

⁴ *Äldre i Centrum nummer 2/2007, tema Närvård (ur ledaren sid 2)*

SAMVERKANSAVTAL

Den sannolikt vanligaste formen för att få till stånd samverkan mellan huvudmännen kring vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov är att avtala om det. I Stockholms län har avtal tecknats mellan huvudmännen under 1980-talet (det så kallade hemsjukvårdsavtalet), under andra halvan av 1990-talet och på nytt under första halvan av 2000-talet.

Hemsjukvårdsavtalet modellen under 1980-talet

Hemsjukvårdsavtalet mellan Stockholms läns landsting och länets kommuner växte fram under 1980-talet som ett svar på problem som personal i äldrevård och äldreomsorg brottades med på fältet. Målet var att fler äldre, sjuka och handikappade skulle få leva och bo hemma trots betydande hjälpbehov (avtalets § 1). Medlet var samverkan mellan landstinget och kommunerna i syfte att åstadkomma optimalt utnyttjande av båda parter resurser. Respektive huvudman skulle svara för insatserna inom sitt kompetensområde. I gråzonen skulle arbetsuppgifter kunna utföras endera av sjukvårds- eller hemtjänstpersonal. Distriktssköterska och hemvårdsassistent skulle träffas regelbundet och behandla frågor om insatser från såväl sjukvård som socialtjänst och därefter besluta om insatser. För planerings- och övergripande frågor skulle det finnas en ledningsgrupp med ansvariga från hemtjänst, primärvård, långvård och psykiatri.

Äldrecentrum fick uppdraget att utvärdera avtalet. Utvärderingen visade bl.a. att det fungerade mycket bra på många håll i länet. Där det fungerade väl hade avtalet lett till en kontinuitet i dialogen mellan de två som var närmast den äldre och de anhöriga, dvs. distriktssköterska och hemvårdsassistent. Avtalet hade vidare gett en plattform för samtal mellan de ansvariga inom landsting och respektive kommun.

Stora reformer under 1990-talets förra hälft

Ädelreformen var en samverkansreform, som bl.a. syftade till att få en tydligare ansvarsfördelning mellan huvudmännen. När Ädelreformen genomfördes bedömdes det därför att det inte fanns något behov av att förlänga hemsjukvårdsavtalet. De uppföljningar som gjordes under 1990-talet av Ädelreformen visade dock att den inte understödde den form av samverkan som hemsjukvårdsavtalet syftade till. Genom organisatoriska förändringar hos de båda huvudmännen, såsom husläkarreformen och delningen av hemvårdsassistentrollen i myndighetsutövning (biståndsbedömare) och utförare (enhetschef), kom de samverkansformer som hemsjukvårdsavtalet skapat i stort sett att upphöra i länet.

Samverkansavtalet 1998

Efter hand konstaterades att det fanns ett behov av att teckna ett nytt avtal som skulle reglera formerna för samverkan mellan huvudmännen i Stockholms län. 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en

gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre. Enligt den var syftet med en gemensam policy på länsnivå:

- att tillförsäkra den enskilde en god vård, omsorg och rehabilitering
- att klargöra det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor, omsorg och rehabilitering i den vuxensomatiska vården bl.a. genom att stimulera tillkomsten av lokala överenskommelser/avtal
- att verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna och en kostnadseffektiv vård och omsorg med hög kvalitet i Stockholms län

Enligt policyn har *”kommuner och landsting ett gemensamt åtagande i att tillgodose befolkningens behov av en god vård, omsorg och rehabilitering”*.

Operation Äldreomsorg

Vintern 2001 tog dåvarande landshövdingen i Stockholms län Ulf Adelsohn initiativet till Operation äldreomsorg. I inbjudan till upptaktsmöte i mars 2001 skrevs bl.a. att *”Samarbetet mellan kommun och landsting sviktar ibland vilket leder till att gamla inte alltid får den vård de behöver och har rätt till”*. Inom ramen för Operation äldreomsorg bildades en grupp med ledamöter från Kommunförbundet Stockholms län (KSL), Stockholms stad, landstinget, länsstyrelsen, Socialstyrelsens tillsynsenhet och Äldrecentrum med särskilt uppdrag att studera samverkansfrågorna. När projektet Operation äldreomsorg avslutades beslöt dess ledningsgrupp att *”samverkansgruppen återupptar sitt arbete våren 2003 under ledning av Stiftelsen Äldrecentrum. Syftet är att ta reda på hur samverkansavtalen fungerar i praktiken.”*

Äldrecentrum genomförde på samverkansgruppens uppdrag en kartläggning av samtliga samverkansavtal inom äldreområdet i länet. Samverkansavtal fanns i stort sett i alla kommuner. Utöver ett generellt avtal fanns specifika som t.ex. avseende läkarmedverkan i särskilt boende. Samverkansgruppen beslöt om två fördjupade studier. Den ena rapporten belyste hur berörd personal såg på samverkansfrågor hösten 2004 i tre delar av länet. Den visade bland annat att det fortfarande fanns brister i hur de olika aktörerna samverkade kring äldre som har omfattande behov. Rehabilitering var alltså ett område där huvudmännen bara på enstaka ställen hittat former för gemensamt ansvarstagande, och det var svårt att hitta väl fungerande former för vårdplanering vid utskrivning från sjukhus⁵. Den andra studien kom att genomföras tillsammans med revisorerna i Stockholms läns landsting i samarbete med revisorerna i Stockholms stad, Huddinge kommun och Norrtälje kommun (se ovan).

Samverkansavtal mellan landstinget och Stockholms stad

För att ytterligare förbättra möjligheten att skapa samverkansrutiner på det lokala planet mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad startade under 2001 staden och landstinget gemensamt ett arbete med att kartlägga vilka samverkansproblem som fanns. Stockholms stad och Stockholms läns landsting

⁵ Samverkan – enkelt i teorin, svårare att praktisera. Äldrecentrumrapport 2005:3.

träffade i juni 2002 en central överenskommelse⁶ om hur samverkan ska fungera mellan huvudmännen. Avtalets syfte var att komplettera och förtydliga gällande lagstiftning, föreskrifter och tidigare överenskommelser och därmed skapa förutsättningar för en god samverkansanda. Överenskommelsen skulle också utgöra grund för lokala överenskommelser. Sådana överenskommelser har därefter tecknats mellan samtliga stadsdelsförvaltningar och landstinget.

Äldrecentrum fick 2006 i uppdrag av Stockholms stad att genomföra en utvärdering av detta samverkansavtal. Utvärderingen visar att samverkansklimatet förbättrats under 2000-talet, och att en avgörande faktor varit att samverkansavtalen gett en struktur för regelbundna gemensamma möten vars syfte är att lösa de samverkansproblem som uppstår. Viktiga faktorer är att deltagarna betraktar mötena som viktiga, och att det är en kontinuitet i vilka som deltar. I likhet med erfarenheterna från utvärderingen av hemsjukvårdsavtalet visar lokala erfarenheter från stadsdelsförvaltningarna att det är viktigt att också utförarna deltar. Flera av de intervjuade i stadsdelarna betonade att man då kan lösa problemen direkt med de närmast inblandade utan att behöva gå omvägen via beställarna⁷.

⁶ Överenskommelse mellan Stockholms läns landsting och Stockholms stad om hälso- och sjukvårdsansvar för äldre, fysiskt funktionshindrade, funktionshindrade med utvecklingsstörning och vissa funktionshindrade med hjärnskada, som trädde i kraft den 1 juli 2002.

⁷ *Avtal, vägen till samverkan?* Äldrecentrumrapport 2007:10

HELHETSLÖSNINGAR MED EN HUVUDMAN

Inom Stockholms läns landsting har åtskilliga försöksverksamheter initierats för att erbjuda sammansatta insatser för äldre med omfattande behov. Här kan nämnas äldreläkare som kan göra hembesök, äldrelots, geriatriskt team, närvårdcentral och äldrevårdcentral. Flertalet av dessa försök har landstinget ensam varit huvudman för. Äldrecentrum har utvärderat tre av dessa, en med primärvården som bas, två med geriatriken som bas. Äldrecentrum utvärderar för närvarande Solna Äldrevårdcentral som startade sin verksamhet i februari 2006.

Turboprojektet i Vaxholm

I Vaxholms kommun finns en husläkarmottagning som under år 2000 med stöd av särskilda medel från landstinget ("turbomedel") kunde utöka från fyra till fem team, varav två av teamen fick huvudansvaret för insatser till de cirka 550 personer som var 75 år och äldre. Denna åldersgrupp skulle få en ökad trygghet. Man skulle prioritera dem som inte kan prioritera sig själva.

En del i projektets mål var att antalet hembesök skulle öka, vilket också förverkligades. Hälften av patientkontakterna skedde i de multisjukas hem, vilket avvek positivt från situationen för denna grupp äldre i andra tidigare studier. Detta tillsammans med att det var lätt att nå läkare och distriktssköterska innebar en ökad trygghet för den äldre och dennes anhöriga. I studien kunde konstateras att trots att husläkarmottagningen enbart var tillgänglig under kontorstid kunde man vänta in att mottagningen öppnade på morgonen hellre än att akut åka till Danderyds sjukhus, eftersom man visste att läkaren kom när man ringde. Slutenvårdskonsumtionen för den studerade gruppen multisjuka i Vaxholm var enbart hälften av liknande grupper i andra studier. Öppenvårdskonsumtionen var bara obetydligt högre.

Kommunens äldreomsorg skulle enligt projektplanen ges ett optimalt stöd av primärvården. Också detta infriades. Varje vecka möttes läkare, distriktssköterska och biståndshandläggare. Fler vårdplaneringar skedde i hemmet, och då blev det allt vanligare att också vårdbiträdet deltog. Vårdbiträdena fick en direktlinje till husläkarmottagningens personal. På sjukhemmet blev det en kontinuitet i läkarinsatserna.

Den del av projektmålen som inte förverkligades var att utskrivningarna från slutenvården skulle ske enligt ett strukturerat program. Projektet lyckades inte att få med slutenvården i detta arbete, däremot fick primärvården en förbättrad information indirekt, via kommunen genom veckomötena med äldreomsorgen.

Vaxholmsprojektet var lyckat, och permanentades därför. Det visade sig dock personberoende, och överlevde inte personalförändringar på husläkarmottagningen.

Äldreteam Kungsholmen-Östermalm, Stockholmsgeriatriken

Under 2002 initierade beställarenheten inom dåvarande Norra Stockholms sjukvårdsområde en verksamhet som fick namnet Äldreteamet Kungsholmen-Östermalm. Verksamheten startades på försök, tanken var att senare starta äldreteam i hela sjukvårdsområdet utifrån erfarenheterna från detta första team. Teamet skulle ge primärvård med geriatrisk profilering. Organisatoriskt knöts det till den sjukvårdsanslutna hemsjukvården (SAH) vid Stockholmsgeriatriken. Teamets personal arbetade under "kontorstid", övrig tid gick personal från SAH in. Teamet bestod av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut. Målgruppen var personer 75 år och äldre med behov av en trygg och tillgänglig hälso- och sjukvård, flera sjukhusvistelser och långvarigt behov av sjukvårdsinsatser.

Äldreteamets start försvårades av att den sammanföll med sammanläggningen av Sabbatsbergs och S:t Görans geriatriska kliniker till en enhet, Stockholmsgeriatriken. Projektet fick också en kort startsträcka, som inte medgav tillräcklig förankring hos husläkarmottagningarna på Kungsholmen och Östermalm, inte heller med den kommunala äldreomsorgen. Ett resultat av detta blev färre inskrivna patienter än beräknat. Man kunde också identifiera att behoven av ett geriatriskt team var olika på Kungsholmen och Östermalm. På Kungsholmen upplevdes husläkarmottagningarna som mer stabila och tillgängliga även för äldre med stora behov.

Patientgruppen hade en medelålder om 88 år. Patienterna hade omfattande sjukvårdsbehov, som personalen bedömde låg mellan vanlig hemsjukvård och avancerad sjukvård i hemmet. De flesta var mentalt klara men hade problem med den fysiska hälsan. En majoritet hade också insatser från hemtjänsten. Äldreteamet skapade ett arbetssätt som motsvarade patienternas behov av trygghet och tillgänglighet. Teamet etablerade bra samarbetsformer med hemtjänsten även om personalen konstaterade att det skulle ha underlättat med färre hemtjänst-enheter⁸.

Teamet bedömdes som kostsamt, och avvecklades därför innan det var möjligt att utläsa effekter på exempelvis slutenvårdskonsumtion eller flytt till särskilt boende.

Äldreteam Nynäshamn, Nynäs vård

Under 2003 fick Nynäs vård, som bedriver geriatrisk vård i Nynäshamns kommun, 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 vårdbehov⁹. 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

⁸ Äldreteam, en ny vårdform för äldre multisjuka. Äldrecentrumrapport 2003:3

⁹ Äldreteam i Nynäshamn, en beskrivning. Äldrecentrumrapport 2004:8

Äldreheten. Kriterier för att bli inskriven och delaktig av äldrehetens 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

Äldreheten i Nynäshamn är en väl fungerande enhet för de äldre i Nynäshamn. Under studien vintern 2007 var endast åtta personer inskrivna i Äldreheten. Gränsen mellan Äldreheten 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 mer avancerade öppna sjukvårdsformerna, ASIH och Äldreheten. 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 Äldreheten/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.

Äldreheten och ASIH utgår från Nynäs Vård som har ansvar för hela den geriatriska vårdkedjan, med geriatriska vårdenheter, geriatrisk mottagning och minnesenhet. Det gynnar de äldre med flera 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 hos Nynäs vård är läget enklare och kontakterna löper väl.

Sammanfattningsvis visar Äldrecentrums uppföljning att Nynäshamnsmodellen med en Äldrehet 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 omvårdnad¹⁰.

¹⁰ Trygghet och omsorg, äldreheten i Nynäs vård. Äldrecentrumrapport 2007:13

Solna Äldrevårdscentral

Stockholms läns landsting och Solna stad har tillsammans arbetat fram en modell för en äldrevårdscentral som inrättades våren 2006 i Hallen i Solna. Äldrevårdscentralens (ÄVC) verksamhet bygger på en stegvis utökning av målgrupp och uppdrag. Inledningsvis avgränsas uppdraget till en prioriterad målgrupp äldre med särskilda behov som erbjuds att lista sig på Äldrevårdscentralen. När väl fungerande vård- och omsorgsinsatser säkerställts för denna målgrupp kommer Äldrevårdscentralen efter samråd med Beställaren att utökas med ytterligare tilläggstjänster och andra målgrupper. I dag består verksamheten av:

- Personer som är multisjuka/multisviktande över 75 år boende i ordinärt boende och folkbokförda i Solna Stad och som valt att lista sig hos Äldrevårdscentralen.
- Personer med komplicerad demensproblematik över 65 år boende i ordinärt boende och folkbokförda i Solna Stad och som valt att lista sig hos Äldrevårdscentralen

Patientunderlaget är för närvarande (juni 2007) cirka 300 personer som är anslutna till Äldrevårdscentralen och bor i eget boende och 650 -700 personer som har insatser av Äldrevårdscentralens läkare och bor inom det särskilda boendet. Förutom läkarinsatserna ansvarar två av Äldrevårdscentralens sjuksköterskor för hälso- och sjukvården för 65 personer boende i servicehus under avveckling. ÄVC har en verksamhetschef/Projektledare och en samordnare. För patienter i ordinärt boende svarar två läkare, en teamledare, fem sjuksköterskor/distriktssköterskor och för det särskilda boendet fem läkare (4 heltider). Två sjuksköterskor ansvarar för de servicehusboende. Till detta kommer en receptionist/telefonist och 1,75 läkarsekreterare.

I Hallen finns sedan tidigare kommunal vård- och omsorgsverksamhet i form av korttidsplatser, äldreboende samt dag- och rehabiliteringsverksamhet. Äldrevårdscentralens läkare har möjlighet att direkt remittera, utan beslut från biståndshandläggaren, patienter från Äldrevårdscentralen till två av kommunens korttidsplatser inom Hallen. Inom byggnaden finns också lokaler för landstingsverksamhet som primärvårdsrehabilitering och avancerad vård i hemmet.

I en förstudie med 30 multisjuka äldre och deras anhöriga framkom synpunkter på att de olika vårdgivarna inom landsting och kommun inte samverkade tillräckligt bra efter sjukhusvistelse. Många hade dålig kontakt med sin husläkare och skulle önska att läkarna gjorde fler hembesök. Flera av de äldre beskrev också att det var svårt att komma fram på telefon. En tredjedel av de anhöriga beskrev hur dåligt samarbetet hade varit mellan slutenvården, primärvården och kommunen. De efterlyste en bättre dialog mellan parterna. Omdömet om primärvården var ytterst varierande. De klagomål som framfördes gällde främst dålig tillgänglighet i form av svårighet att komma fram på telefon och att snabbt kunna få komma till

husläkaren. Detta hade inneburit att anhöriga istället tagit med den äldre in till akuten¹¹.

Intervjuerna med vårdgrannar visar att Äldrevårdscentralen kunnat komma tillrätta med flera av de problem de äldre påtalade vid tiden för Äldrevårdscentralens start. Äldrevårdscentralen har genom en god bemanning getts förutsättningar att vara tillgänglig, inte minst för hembesök, och har kunnat etablera ett bra samarbete med hemtjänst och biståndshandläggarna i Solna stad. Hemtjänstens personal får mer stöd och har en och samma distriktssköterska de kan vända sig till, detta tror vårdgrannarna ger en bättre och säkrare vård för de äldre. Nästan alla intervjuade vårdgrannar beskriver att stödet till hemtjänsten har ökat och att särskilt samarbetet med kommunens biståndshandläggare fungerar bra. De tycker också att personalen inom Äldrevårdscentralen har hög kompetens och är flexibla och lyhörda för sin omgivning. De säger att det är utmärkt att läkarna och sjuksköterskorna gör hembesök i så stor utsträckning som sker. Flera uttrycker att de har märkt att Äldrevårdscentralens personal oftare än andra vårdcentraler kallar till vårdplanering i hemmet.

De flesta tycker att styrkan ligger i det avgränsade uppdraget Äldrevårdscentralen har. Flera av de intervjuade framhåller att den största skillnaden är att Äldrevårdscentralens verksamhet kan koncentrera sig på en och samma målgrupp. De säger att detta ger möjlighet till en bättre helhetssyn av de äldre och deras livssituation. Äldrevårdscentralen har också ökad kännedom och överblick över de äldres mediciner. Personalen där är närmare sina patienter, och det är inte så många inblandade vilket ger en bra kontinuitet.

Äldrevårdscentralen har färre patienter än vanliga vårdcentraler vilket är en viktig förutsättning för Äldrevårdscentralens arbete. Det är tveksamt att överhuvudtaget jämföra ÄVC med en vårdcentral. Snarare bör ÄVC ses som en öppen geriatrisk verksamhet, och skulle kanske må väl av att organisatoriskt samordnas med en geriatrisk klinik. Det, tillsammans med ökad samverkan med ASIH, skulle kunna vara ett svar på önskemålet några intervjuade framfört om utökad tillgänglighet, i första hand kvällstid men gärna dygnet runt. Den modell Nynäs vård utarbetat borde kunna fungera även i Solna.

En ny verksamhet tar tid att bygga upp, inte minst vad gäller att få ett fungerande teamarbete, så också i Solna ÄVC. Nya verksamheter måste få en rimlig starttid. Det är därför inte möjligt att redan 2007, efter ett års verksamhet, göra några värderingar av effektiviteten i verksamheten. De intervjuade, såväl beställare som vårdgrannar, har inte kunnat uttala sig om vilken dimensionering som är den rätta för en äldrevårdcentral, inte heller om och hur uppdraget skulle kunna utökas för Solna ÄVC. Däremot pekar flera på att den sjukhusanslutna hemsjukvården (ASIH) sedan ÄVC startade kunnat lämna över fler äldre till Äldrevårdscentralen och därmed kunnat erbjuda fler yngre svårt sjuka en snabbare vård. Detta har inneburit tidigare utskrivning från slutenvården och ett bättre omhändertagande av gruppen yngre svårt sjuka. Vidare menar man att det mer trygga omhänder-

¹¹ Äldrecentrumrapport 2007:14; Äldres uppfattning om vård- och omsorg i Solna

tagandet på en ÄVC bör kunna ge färre färder till akutmottagningarna på sjukhusen.

Samtliga av de intervjuade vill att verksamheten skall vara kvar och att fler Äldrevårdscentraler byggs upp. Många menar att det skulle vara en stor förlust för Solnas äldre om verksamheten lades ned. En uttrycker: *"detta är ett lyft för äldreomsorgen"*. En annan vädjar till beslutsfattarna att: *"de inte ska förhastat sina beslut om Äldrevårdscentralens framtid utan låta dem få arbeta på ytterligare ett par år och därefter utvärdera deras arbete ur ett större perspektiv. De äldre i Solna har fått en mycket större trygghet nu vilket på sikt kommer att märkas i den totala vårdkonsumtionen"*.¹²

¹² Äldrecentrumrapport 2007:15; Solna Äldrevårdscentral, intervjuer med personal och samverkanspartners

PROJEKT ÖVER HUVUDMANNASKAPS-GRÄNSERNA

Inför Ädelreformens genomförande myntades begreppet hemvård, som skulle inkludera insatser från hemtjänst och hemsjukvård. Medlet tänktes vara en kommunalisering av åtminstone ansvaret för hemsjukvården. När riksdagen fattade de slutliga besluten om Ädelreformen innehöll den en möjlighet för en kommun att ta över ansvaret för hemsjukvården förutsatt godkännande från det berörda landstinget. I Stockholms län enades parterna om att Högalids socialdistrikt (sedermera Maria-Högalids socialdistrikt/stadsdelsförvaltning) i Stockholms stad skulle ta över ansvaret för hemsjukvården, och Sigtuna kommun ta över ansvaret för hela primärvården. Det sistnämnda var en försöksverksamhet som enbart genomfördes på några orter i landet, och är numera avvecklat överallt. Cirka hälften av landets kommuner har idag ansvaret för hela eller delar av hemsjukvården.

Hemvård i Maria-Högalid på Södermalm

Dåvarande socialdistrikt Högalid på Södermalm i Stockholm fick 1 januari 1992 ansvaret för hemsjukvård upp till och med distriktssköterska. De yrkeskategorier som gick över från landstingets primärvård var distriktssköterskor, undersköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster. Landstinget skulle enligt särskilt avtal finansiera dessa tjänster. Läkarsvaret förblev kvar hos landstinget. Som en del i satsningen på att utveckla ett rehabiliterande förhållningssätt i äldreomsorgen ökade socialdistriktet med egen finansiering antalet arbetsterapeuter. Efter organisationsförändring utökades stadens hemsjukvårdsansvar även till Maria församling.

Äldrecentrum fick uppdraget att utvärdera försöksverksamheten. Utvärderingen redovisas i ett antal delrapporter och en sammanfattande rapport¹³. Jämförelse gjordes med hemsjukvården i Katarina och Sofia församlingar på Södermalm och Enskede-Årsta. Utvärderingen visade att det fungerade väl för den äldre i båda organisationsformerna. Det avgörande för patientsäkerheten var inte huvudmannaskapet. Det fanns dock problem för distriktssköterskorna i Maria-Högalid med bristande tillgång till läkarens journal och läkemedelslistor beroende av att de tillhörde olika huvudmän. Däremot underlättades kontakten mellan distriktssköterska och vårdbiträden i Maria-Högalid. I Maria-Högalid utvecklades en stark relation mellan distriktssköterska-arbetsterapeut-vårdbiträde. Oavsett huvudmannaskap var det ett problem i samverkan distriktssköterska-läkare att distriktssköterskorna hade ett geografiskt ansvar medan läkarna ansvarade för de patienter som var listade hos denne oavsett bostadsort.

En annan slutsats var att organisationsförändringar tar tid. Det dröjde innan hemsjukvårdspersonal och äldreomsorgspersonal integrerades i Maria-Högalid. Den samlade hemvården i Maria-Högalid ledde därför inte under utvärderings-

¹³ *Hemsjukvård, socialtjänst eller primärvård? Äldrecentrumrapport 1997:3*

tiden till det önskade resultatet med en ökad personkontinuitet – att inte olika personer skulle komma hem till den gamle för att sköta hemsjukvård respektive andra omvårdnadsinsatser.

Äldrecentrum hade också uppdraget att utvärdera satsningen på fler arbetsterapeuter. Studierna visade att positiva resultat främst uppstod tack vare samlokalisering av distriktssköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast med undersköterskor och vårdbiträden. Det gav förutsättningar att utveckla vården mot ett rehabiliterande förhållningssätt.

Försöksverksamheten med samlad hemvård avvecklades under slutet av 1990-talet pga. svårigheter att samordna upphandling och olika bedömningar av finansieringen.

Sigtuna, tog över hela primärvården

Sigtuna kommun ansvarade efter ädelreformen för hela primärvården fram till början av 2002, då landstinget återtog ansvaret för primärvården förutom hemsjukvården. Startsträckan att få en integrering mellan primärvård, socialtjänst och skola hade tagit lång tid, eftersom primärvården lyfts över och länge fortsatte att utgöra en egen verksamhetsgren i kommunen. Äldrecentrum genomförde under 2003 en studie av hur vården fungerade för äldre multisjuka i Sigtna¹⁴. Studien visade att det då drygt 10 år efter Ädel uppstått en närhet mellan distriktssköterska och hemtjänst. Däremot fanns det fortfarande brister i samspelet med biståndshandläggarna. Sjuksköterskorna och vårdbiträdena deltog exempelvis sällan vid vårdplaneringar. Det som tydligast lyftes fram i intervjuerna var avståndet mellan kommunens distriktssköterskor och läkarna vid landstingets vårdcentraler. Detta var ett stort problem för distriktssköterskorna, och inverkade negativt på patienttryggheten. Ett citat från en intervjuad äldre som försökte nå kontakt med sin husläkare bedömdes som belysande för situationen: ”*Jag har inte tid, ring akuten.*” De som var inskrivna i ASIH var nöjda, men där saknades en formaliserad samverkan med hemtjänsten.

Äldrepsykiatrisk vård med helhetsperspektiv

Några år efter ÄDEL-reformen genomfördes den samverkansreform som ibland fick smeknamnet ”psyk-ädel”. 1995 års psykiatrireform kom till främst för att förbättra villkoren för personer med långvarig psykisk funktionsnedsättning. Ett medel var att förbättra samordningen mellan landsting och kommun. Reformen innebar en förskjutning av ansvaret för långvarigt psykiskt sjuka från landstingets sjukvård till kommunernas socialtjänst. I Socialstyrelsens uppföljning av psykiatrireformen (1999) konstaterades att samverkan fungerade mindre väl för vissa grupper, en av dem var äldre personer med långvariga psykiska funktionsnedsättningar. Inom ramen för den nationella psykiatrisamordningen fick Äldrecentrum uppdraget att under 2007 göra en nationell kartläggning av förekomst av boendestöd för denna grupp. Rapporten fick det betecknande

¹⁴ *Vi har inte tid – ring akuten!* Äldrecentrumrapport 2004:1

namnet En osynlig grupp¹⁵. I rapporten ges exempel på god samverkan mellan huvudmännen, men den visar samtidigt på att det både behövs mer kunskap om denna grupps situation och mer aktiva och samordnade insatser från huvudmännens sida.

Äldrepsykiatriskt hemvårdsteam

Som ett sätt att främja samverkan mellan huvudmännen beträffande äldre med psykisk funktionsnedsättning startade på Östermalm och i Lidingö under 1997 ett äldrepsykiatriskt hemvårdsteam. Utformningen skedde utifrån ett förslag Äldrecentrum utarbetat i mitten av 1990-talet. Verksamheten drevs gemensamt av Östermalm-Lidingö psykiatriska sektor, Östermalms stadsdelsförvaltning och Lidingö stad. Målsättningen var att tidigt diagnostisera psykisk störning hos personer 65 år och äldre, behandla den och därigenom förbättra den äldres psykiska funktionsnivå. Den äldre skulle kunna leva i sin invanda miljö, och inläggning på psykiatrisk slutenvård skulle minimeras. Verksamheten följdes av Äldrecentrum under åren 1997-1999. Utvärderingen visade att personalen tog ett helhetsansvar för patienten. Hembesök var en viktig del i arbetet. När teamet under 1999 förstärktes med en psykiater på heltid var hembesök också en viktig del av dennes arbete. Tillgängligheten var hög och väntetiderna korta. Personalen använde sig av många kreativa former för att etablera kontakt med personer som avvisade all hjälp. Teamet arbetade uppsökande, och hade nära samarbete med kommunens hemtjänst. Teamet gav hemtjänsten handledning i ”svåra ärenden”.

I Äldrecentrums utvärdering anges några faktorer som bidrog till den framgångsrika verksamheten. En var att det var korta väntetider och gavs möjlighet till akuta insatser – om det behövdes gjorde teamet hembesök samma dag. En annan viktig faktor var det teambaserade arbetssättet. Personalen var utbildad, erfaren och engagerad¹⁶.

På grund av omorganisation i landstinget upphörde verksamheten 2002 efter att landstinget sagt upp avtalet. Lidingö stad ansåg att det även i fortsättningen fanns behov av att ge äldre personer med en psykisk problematik ett stöd i hemmet. En av mentalsköterna från äldrepsykiatriska teamet knöts till kommunens hemtjänst, och under 2004 utökades verksamheten och ett särskilt äldreteam inrättades med 2,75 boendestödare¹⁵.

Samrehab nordväst

Ett område som uppmärksammades mycket efter Ädel var de oklara ansvarsförhållandena för äldres rehabilitering. I dåvarande nordvästra sjukvårdsområdet i Stockholms läns landsting tillsatte sjukvårdsstyrelsen en utredning med uppgift att kartlägga problem och komma med förslag. Utredningen bedrevs tillsammans med de fyra kommuner i nordväst som har flest äldre innevånare. Den redovisade att vårdtiden inom geriatriken minskat snabbt mellan 1991 och 1994 och att

¹⁵ *En osynlig grupp, boendestöd för äldre med psykiska funktionshinder* Äldrecentrumrapport 2007:12

¹⁶ *Äldrepsykiatrisk vård med helhetsperspektiv*, Äldrecentrumrapport 1999:5

primärvården inte kunnat möta med utökad rehabilitering i öppenvård. En fungerande lösning ansåg utredningsgruppen vara att alla öppna vårdformer underställdes en gemensam kommunal ledning, medan sjukhusvård även fortsättningsvis skulle vara en landstingsangelägenhet. Utredningsgruppen rekommenderade sjukvårdsområdet och respektive kommun att gemensamt finansiera en ”samrehabiliteringsenhet” för äldres dagrehabilitering, korttidsrehabilitering och hemrehabilitering. Målgruppen skulle vara äldre med ”dubbla behov”, dvs. vanligen behov av både arbetsterapeut och sjukgymnast.

Nordvästra sjukvårdsområdet och kommunerna inom sjukvårdsområdet beslutade enligt förslaget om gemensamt finansierad samrehabilitering för äldre i projektform under 1996 - 1998. Äldrecentrum och dåvarande Samhällsmedicin (CHU) svarade gemensamt för uppföljningen. Erfarenheterna från de olika utvärderingarna sammanställdes i en rapport till sjukvårdsstyrelsen¹⁷. Projektet gick över i ordinarie verksamhet, men lades ner under 2002 då landstinget sade upp samverkansavtalen med kommunerna.

I denna rapport konstaterades att gråzonen mellan funktionshöjande, funktionsbevarande och förebyggande insatser hade visat sig vara ett av de största problemen i dialogen mellan geriatrik, primärvård och kommun om ansvaret för rehabilitering i ordinärt boende. Ett strikt fasthållande vid respektive huvudmans ansvar hade också lett till att ansvaret för handledning och utbildning av vårdpersonalen varit oklar. På vissa håll fick vare sig vårdpersonalen eller den enskilde och hennes anhöriga något stöd eller någon handledning alls.

Utvärderarnas bedömning var att den modell som bäst svarade mot de äldres sammansatta behov av stöd är att personalen i sitt arbete inte behöver fundera över om de arbetar åt landsting eller kommun. Om personalen har en huvudman eller samverkande huvudmän kan de se till den enskildes behov, möjligheter och egna resurser utan att snegla på ansvarsgränser som låser i stället för möjliggör.

Nordvästras modell skiljer sig från den i socialdistrikt Maria-Högalid. På västra Södermalm hade man valt att låta rehabresurserna ingå i arbetsenheterna. Syftet med detta var att arbetsterapeuternas och sjukgymnasternas förhållningssätt på olika informella sätt skulle förmedlas till vårdbiträdena. Frågan som inställer sig är då om det går att uppnå samma kompetensöverföring till personalen även om resurserna samlas till en samrehabenhet. Erfarenheterna från nordvästkommunerna visade att detta inte var helt enkelt. Projekten hade lyckats olika väl. Bland de förutsättningar som kan nämnas för att man ska lyckas kan nämnas att rehabpersonalen måste vara kunniga om vårdbiträdenas arbetsförhållanden och ha respekt för deras kompetens, få träning i att handleda och ges förutsättningar att samplanera så att rehabpersonalen är hemma hos den äldre samtidigt med vårdbiträdet.

¹⁷ *Samrehab i nordväst – erfarenheter från de första åren.* Äldrecentrum och CHU 1998

I rapporten gavs ett framtidsperspektiv – att vården, omsorgen och servicen bör ges av *ett* team. I ett sådant team bör utöver rehabpersonalen ingå vårdbiträden, som svarar för de dagliga insatserna, samt husläkare och distriktssköterska.

Hökarängens Närvårdcentral

Hökarängens närvårdcentral drivs sedan juli 2004 som projekt i samarbete mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Inom Hökarängens närvårdcentral finns en vårdcentralsdelen och en öppen hemtjänstenhet som lokalmässigt är sammanförda och leds av en gemensam enhetschef. Stiftelsen Stora Sköndal har hälso- och sjukvårdsuppdraget inom Hökarängens närvårdcentral. Den öppna hemtjänstenhet som finns i lokalerna drivs av Farsta stadsdelsförvaltning under namnet Hökarängens hemtjänst. Projektet har förlängts till och med år 2007. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i slutet av 2004 Stockholms stads Kompetensfonds uppdrag att utvärdera Hökarängens närvårdcentral. Utvärderingen finns redovisad i ett antal delrapporter och en huvudrapport¹⁸.

Hökarängens Närvårdcentral fick under sitt första år ägna mycken kraft åt att hantera praktiska frågor med lokaler, journaler mm vilket stal kraft från utvecklingsarbetet. Att smälta samman olika kulturer tar också sin tid. Det samlade teamet, med distriktssköterska, vårdcentralens undersköterskor och hemtjänstens undersköterskor och vårdbiträden har fullt ut formats först kring årsskiftet 2006/2007. Framgångsfaktorer har varit att närvårdcentralen har en drivande projektledare och en gemensam chef.

Erfarenheterna hittills är att personalen ser stora vinster med att arbeta under samma tak. Inte minst har läkarna och vårdbiträdena uttryckt vilken ömsesidig nytta man har av varandra. De äldre multisjuka som intervjuats har uttryckt att de är mycket nöjda med de insatser de får, och då särskilt att det är enkelt att få besök av läkare och distriktssköterska i hemmet. Närvårdcentralen har genomfört betydligt fler hembesök av såväl läkare som distriktssköterska än vad som är vanligt i primärvården.

I utvärderingen redovisas vissa hinder för att kunna utveckla teamarbetet fullt ut. Dubbla organisationer med var sin budget och rapporteringssystem har medfört ökad administration och inte underlättat att göra gemensamma prioriteringar för den samlade verksamheten. I teamet saknas viktiga yrkesgrupper, främst sjukgymnast och arbetsterapeut. Dessa professioner adjungeras vid behov till teamens omvårdnadskonferenser men skulle också kunna adjungeras till teamet. Inom hemtjänsten genomförs serviceinsatser av underentreprenörer. Dessas personal skulle kunna bjudas in till teamet vid behov. Användningen av underentreprenörer bör noga övervägas för äldre med stora och sammansatta behov där teamets roll är särskilt viktig. Det är också önskvärt att vårdbiträdena får samma möjlighet att situationsanpassa sina hemtjänstinsatser som hälso- och sjukvårdspersonalen. Det förutsätter mer flexibla och mindre styrande biståndsbeslut.

¹⁸ Hökarängens närvårdcentral. Äldrecentrumrapport 2007:5

Nödvändigt är också att samtlig personal är öppen för ett teambaserat arbetssätt. Teamarbete handlar om att våga gå över gränser och samarbeta med nya professioner. Det är inte lätt, och här handlar det både om personlig motivation och om stöd att våga nya arbetssätt tillsammans med yrkesgrupper man tidigare inte arbetat nära ihop med. Utmaningen ligger inte i att bilda team och olika arbetslag utan att verkligen jobba utifrån teamets alla kompetenser och ta vara på de olika erfarenheter och kunskaper som teammedlemmarna besitter. Utan den förmågan blir det inget reellt samarbete som kommer den enskilde till del.

EKONOMISKA EFFEKTER

Uppdragsgivarna till de ovan redovisade utvärderingarna har endast undantagsvis önskat att utvärderingarna ska innehålla ekonomiska bedömningar. Det innebär dessvärre att det nu är svårt att göra hälsoekonomiska jämförelser mellan de olika modeller för samverkan som redovisas ovan. Ett bra undantag finns, en studie genomförd under hösten 2000 - våren 2001 i Enskede-Årsta på uppdrag av Södra Stockholms sjukvårdsområde¹⁹. Studiepopulationen utgjordes av 26 personer, som valts ut efter en forskningsmässig definition som använts vid ett flertal studier Äldrecentrum genomfört²⁰. Snittkostnaden per person under det halvår då all vård- och omsorgskonsumtion inklusive informell omsorg kartlagts var 170 000 kr, varav kostnader för slutenvård (faktiskt debiterad kostnad) svarade för 60 000 kr (maxvärde 211 000 kr) och kommunal omsorg för 50 000 kr (maxvärde 212 000 kr).

I denna studie redovisades att det inte var brist på resurser som skapade de problem som iakttoogs, utan att så stor del av resurserna gick till slutenvård. Frågan är då om en utökad satsning på närvården kan finansieras av minskad slutenvårdskonsumtion och om flytt till särskilt boende kan senareläggas eller kanske undvikas helt. Flera av de verksamheter som redovisas ovan har fått mer resurser än vad som direkt hade följt av deras uppdrag åt landstinget. Det gäller samrehabiliteringarna i nordväst, Vaxholms vårdcentral, närvårdcentralen i Hökarängen och Solna äldrevårdscentral.

En hypotes när samrehabiliteringen väcktes i nordvästra länet var att patienterna bör vårdas på rätt vårdnivå, dvs. lägsta effektiva vårdnivå, och att detta sparar pengar för sjukvårdshuvudmannen. Som räkneexempel anfördes att om en patient kostar 3 500 kr på akutkliniken, 2 500 kr på geriatriken och 1 500 kr på korttidsrehab så talade det för vård på korttidsrehab när patienten inte längre behöver den högspecialiserade vården. Utvärderarnas bedömning var att mycket talade för att samrehab i den fortsatta verksamheten hade mycket goda förutsättningar att bli kostnadseffektiva. Antagandet byggde på att man genom att samla rehabpersonalen i en enhet kunde använda den i de särskilda boendeformer och kommundelar där de för dagen behövdes bäst. Det möjliggör också att nyttja de olika specialkompetenser personalen hade. Man hamnade inte heller i inlåsnings effekter som kan uppstå när t ex en dagrehabilitering har en viss personalstat medan antalet inskrivna fluktuerar. Personalen kunde flexibelt nyttjas i alla de fyra verksamhetsformerna. Bedömningen var att samrehab var ett bra sätt att nyttja resurserna. Någon hälsoekonomisk bedömning kom dock aldrig att genomföras.

Mycket tyder på att de extra medel som tillfördes Vaxholms vårdcentral (de så kallade turbomedlen) var väl investerade medel tack vare att de öronmärktes för de äldsta patientgrupperna och att hembesök och samverkan med kommun och

¹⁹ Vad kostar vård och omsorg av äldre multisjuka? Äldrecentrumrapport 2001:7

²⁰ undersökningsspersonerna ska vara lägst 75 år och under tolv månadersperioden före studien ha tre eller flera slutenvårdsvistelser samt diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper

anhöriga prioriterades. Det som stöder detta antagande är bl.a. den jämfört med multisjuka i andra delar av länet förhållandevis låga slutenvårds konsumtionen. En annan förklaring till detta kan dock vara den höga andel äldre Vaxholmsbor som då bodde i särskilt boende jämfört med andra kommuner i länet. Data från den nationella studien SNAC²¹ visar att personer som bor i särskilt boende har en betydligt lägre slutenvårds konsumtion än personer med liknande behov boende i ordinärt boende. Någon analys genomfördes aldrig av vilka effekter som kan tillskrivas ”turbosatsningen”.

Hökarängens närvårdcentral har beträffande hälso- och sjukvården tilldelats mer medel än om landstingets beställare strikt skulle ha gått efter de kriterier som gäller för en husläkarmottagning. Eftersom närvårdcentralen har ett annorlunda uppdrag än en husläkarmottagning är en jämförelse inte möjlig. En grov skattning har gett vid handen att närvårdcentralen om den varit en husläkarmottaning med sitt patientunderlag och verksamhet hade haft cirka 6,2 Mkr i ersättning, mot faktisk ersättning 2005 om 8,6 Mkr. Detta har möjliggjort att Hökarängens närvårdcentral kunnat utforma verksamheten efter de behov de bedömt. De har till och med genomfört fler hembesök än vad deras ersättning teoretiskt sett skulle ha räckt till (räknat på den ersättningsmodell landstinget har). Det kan inte uteslutas att den nivå närvårdcentralen har är en mer adekvat nivå för att ge de insatser som krävs. Frågan är då om den extra satsning som därigenom gjorts i Hökarängen lett till att annan hälso- och sjukvårds konsumtion kunnat minska. Någon sådan effekt har dock inte kunnat utläsas under utvärderingsperioden (hösten 2004 - våren 2006). En förklaring till detta kan vara att effekterna av ett förbättrat samarbete är mer långsiktiga. Hökarängens närvårdcentral har först under 2006 utformat den verksamhet som kan ge teamarbetets alla fördelar. Det är möjligt att en eventuell ”skördetid” kommer först under 2007 eller senare.

Faktorer som talar för att närvårdcentralens arbetsformer bör kunna ge hälsoekonomiska vinster är t.ex. att den kunnat vara mer tillgänglig för sina patienter och att läkare, distriktssköterskor och undersköterskor kunnat göra fler hembesök än en vanlig vårdcentral. Det teambaserade arbetssättet bör kunna ge vinster i vårdkvalitet. Tidigare upptäckt och bättre uppföljning av sjukdomstillstånd hos de äldre är exempel på detta, något som dock är svårt att belägga med statistik. Vinsterna kan på lite längre sikt ge utslag i minskad konsumtion av akut- och slutenvård. Om närvårdcentralen får chans att leva vidare är det ett intressant forskningsområde att följa dessa effekter över tid.

Den enda påvisbara ekonomiska effekten av närvårdcentralen under projektperioden fram till hösten 2006 är av den läkemedels genomgång som genomförts av en apotekare med hjälp av särskilda medel och stöd från Apoteket AB. För hemsjukvårdspatienterna minskades läkemedelsanvändningen från drygt nio till åtta preparat samtidigt som vissa nya läkemedel sattes in när det observerades att patienten var underbehandlad. Läkemedelskostnaderna minskade med 1 600 kr per patient och år. Räknat på alla hemsjukvårdspatienterna skulle det innebära en besparingspotential om cirka en kvarts miljon årligen samtidigt som säkerheten

²¹ Swedish National Study on Ageing and Care, studier från Nordanstig, Äldrecentrum och region Skåne, se t.ex. Äldrecentrumrapport 2005:

höjs i läkemedelsförskrivningen, vilket bör kunna minska risken för läkemedelsinteraktioner och sjukvård beroende av sådana orsaker.

I uppföljningen av Solna Äldrevårdscentral kommer en ekonomisk bedömning att ingå. Denna studie ska genomföras under 2008. Faktorer vårdgrannarna redan pekar på som både kan ge bättre vård och lägre kostnader är att den sjukhusanslutna hemsjukvården (ASIH) sedan ÄVC startade kunnat lämna över fler äldre till Äldrevårdscentralen och därmed kunnat erbjuda fler yngre svårt sjuka en snabbare vård. Detta har inneburit tidigare utskrivning från slutenvården och ett bättre omhändertagande av gruppen yngre svårt sjuka. Vidare menar man att det mer trygga omhändertagandet på en ÄVC ger färre färder till akutmottagningarna på sjukhusen.

NÅGRA SLUTSATSER

De olika studier som redovisas ovan visar att samverkan kan främjas på många olika sätt, och att huvudmannaskapsförändringar inte är nödvändiga. Olika försök har gjorts under 1980- och 1990-talen och fortsatt under 2000-talet, med skiftande resultat och uthållighet. Kunskapen om goda modeller har flyttats fram, men någon Lösning med stort L finns ännu inte.

Den enklaste och mest generella formen för att främja samverkan är att avtala om den. Samverkansavtalens viktigaste funktion synes vara att de skapar ett regelverk för att personal från de båda huvudmännen ska mötas. Ur dessa möten kan en samverkansanda födas, förutsatt kontinuitet i deltagandet, och en ömsesidig vilja att lösa problem. Det är särskilt angeläget att det finns forum där utförarna möts.

Ett steg vidare är att ge hälso- och sjukvårdspersonalen möjlighet att fokusera på den grupp där primärvården haft svårast att lyckas i sitt uppdrag för den äldre befolkningen, äldre med stora och sammansatta behov. Det kan då vara en fördel att enbart ha ansvar för denna grupp. En sådan verksamhet bör ha ett geriatriskt arbetssätt och ha en anknytning till en geriatrisk klinik som ger närhet till den geriatriska kompetensen och till personal dygnet runt. En modell som den som nu tillämpas i Nynäshamn med ett uppdrag som inkluderar basal hemsjukvård, äldreenheter och avancerad hemsjukvård synes ha många förtjänster. En nackdel är att det kan uppstå nya gränsdragningsproblem gentemot primärvårdens ansvar.

En avgörande framgångsfaktor är att hälso- och sjukvården kan etablera fungerande samverkan med hemtjänsten. Detta kan försvåras av att antalet hemtjänstenheter ofta är stort. Det optimala synes vara att huvudmännen kan finna former inom patient- och kundvalets ramar för att erbjuda ett sammanhållet team, där det finns undersköterskor och vårdbiträden, läkare, distriktssköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut, och möjlighet att knyta till sig andra specialister som apotekare, dietist och kurator. Hökarängens närvårdcentral är ett exempel på ett kreativt sätt att utforma en sådan lösning utan att det inskränker den äldres möjlighet att själv välja läkare och hemtjänstenhet. För att optimera en sådan enhets arbetsmöjligheter bör den vara samfinansierad av landsting och kommun, med möjlighet för enhetschefen att göra en samlad budget för hela verksamheten.

Att kunna garantera äldre personer med många diagnoser och sviktande funktioner en trygg och sammanhållen vård har varit ett så kallat förbättringsområde i åtskilliga decennier. Äldrecentrum har under sina drygt 20 år följt åtskilliga försök i Stockholms län att klara den nödvändiga samverkan mellan landstinget och kommunerna. Samverkansavtal har varit en form, sÄrlösningar som den ena av huvudmännen svarat för en annan, och i enstaka fall också verksamheter som sprängt huvudmannaskapsgränserna. I denna rapport sammanfattas resultaten från ett urval av dessa studier, från 1980-talets så kallade hemsjukvårdsavtal till dagens försök med Äldrevårdcentraler.