

# **GODA RELATIONER**

## **GRUNDEN FÖR SAMVERKAN I ÄLVSJÖ**

**UTVÄRDERING AV ETT PROJEKT ATT UTVECKLA  
SAMVERKAN I VÅRDEN OCH OMSORGEN  
FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE I EGET BOENDE**

**INGRID HJALMARSON**

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2009:11  
ISSN 1401-5129





## FÖRORD

År 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam policyförklaring om samverkan om vården och omsorgen av de äldre. Enligt policyn har ”kommuner och landsting ett gemensamt åtagande i att tillgodose befolkningens behov av en god vård, omsorg och rehabilitering”. Centralt för en fungerande vård och omsorg för äldre med stora och sammansatta behov är att samverkan mellan de olika aktörerna runt den äldre fungerar väl. Det är nödvändigt med en gemensam målbild. Samverkan underlättas av långsiktighet och kontinuitet och bygger på individers kunskap om och förtroende för varandra. Det krävs en struktur som klarar av personalbyten. Samverkan måste få ta tid. För att insatserna ska bli samordnade krävs att det finns ett etablerat samarbete där alla vård- och omsorgsaktörer ingår. Teamarbete kan inte formas ad hoc när det behövs för en enskild patient, utan måste byggas upp långsiktigt.

I Älvsjö har man tagit fasta på detta och med hjälp av nationella stimulansmedel utvecklat en modell med strukturerade samverkansmöten mellan äldreomsorgens myndighetsutövning och utförare och landstingets husläkarverksamhet och primärvårdsrehabilitering. Genom dessa möten kan en samsyn växa fram som underlättar gemensam vårdplanering tillsammans med den äldre och samordning mellan de olika aktörernas insatser. Ännu är man inte i mål – utvecklingsarbete tar tid – men förhoppningsvis tar stadsdelsförvaltning och primärvård vara på de goda erfarenheter som gjorts hittills och bygger vidare på detta. Samtidigt innebär införandet av olika former av kundval i hemtjänst och primärvård andra förutsättningar för samverkan. Ett ökat antal vårdaktörer med olika geografiska arbetsområden kräver nya lösningar.

Utvärderingen av försöksverksamheten har gjorts av utredaren vid Äldrecentrum Ingrid Hjalmarson och professor Mats Thorslund var vetenskapligt ansvarig.

Stockholm 2009-09-18

Sven Erik Wånell  
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>3</b>
<i>Projektet att utveckla samverkan mellan hemtjänst och primärvård i Älvsjö</i> .....	4
<i>Projektets organisation under den andra etappen</i> .....	5
<i>Modellen för samverkan i Älvsjö</i> .....	6
<i>Samverkan under 2009</i> .....	6
<i>Hur kom vårdtagarna med i samverkansarbetet?</i> .....	7
<i>Samverkansmöten</i> .....	7
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>8</b>
VAD BETYDER SAMVERKAN? .....	8
<i>Utveckling av samverkan</i> .....	8
LAGAR SOM STYR SAMVERKAN INOM ÄLDREOMRÅDET? .....	9
<i>Sekretesslagen</i> .....	9
<i>Lagen om betalningsansvar</i> .....	9
<i>Delegeringsförordningen</i> .....	10
ERFARENHETER AV SAMVERKAN .....	10
<i>Utvärdering av hemsjukvården 2008</i> .....	11
<i>Samverkanspolicy i Stockholms län</i> .....	12
<i>Samverkan med Kundval och Vårdval</i> .....	12
<b>SYFTE</b> .....	<b>16</b>
<b>METOD</b> .....	<b>16</b>
<i>Intervjuer med medverkande vårdtagare</i> .....	16
<i>Intervjuer med vårdaktörerna</i> .....	17
<i>Deltagande observationer</i> .....	17
<b>MATERIAL</b> .....	<b>18</b>
FAKTA OM ÄLVSJÖ STADSDELSOMRÅDE .....	18
<i>Vilka vårdaktörer deltog i samverkan i Älvsjö?</i> .....	20
<i>Vilka deltog i projektet?</i> .....	21
<i>Vårdtagarnas vård och omsorgsinsatser?</i> .....	21
<b>RESULTAT</b> .....	<b>23</b>
VÅRDTAGARNAS UPPLEVELSER AV VÅRDEN OCH OMSORGEN .....	23
<i>Vilka hjälpinsatser fick de?</i> .....	23
<i>Vad tyckte de om vård och omsorgsinsatserna?</i> .....	23
VÅRDAKTÖRERNAS ERFARENHETER .....	25
<i>"Samverkan en jättebra tanke!"</i> .....	25
<i>Medgivandeblanketten m m</i> .....	25
<i>Erfarenheter av samverkansmötena</i> .....	26
<i>Samverkansmötena har lett till fördjupade kontakter</i> .....	28
<i>Svårt att hinna delta i samverkansmöten</i> .....	28
<i>Hur bedömde vårdaktörerna vårdtagarnas situation?</i> .....	29
<i>Insatsernas kvalitet</i> .....	31
<i>Oklart ansvar för den gemensamma planeringen och samordningen av insatserna</i> .....	31
<i>Annan organisation av samverkan</i> .....	32
PROJEKTLEDARNAS ERFARENHETER .....	32
<i>Vad hände?</i> .....	32
ERFARENHETER FRÅN LEDNINGSGRUPPEN .....	34

<i>En lång tradition av samverkan</i> .....	34
<i>Den nuvarande samverkan ett föredöme i länet</i> .....	34
<i>Förutsättningarna påverkar kvaliteten</i> .....	35
<i>Vad hade projektet medfört?</i> .....	35
HUR KAN SAMVERKAN UTVECKLAS OCH FÖRBÄTTRAS?.....	37
<i>Vad krävs för att samverkan ska fungera?</i> .....	37
<i>Förslag hur samverkan kan utvecklas vidare</i> .....	37
<i>Vilka vårdaktörer kan vara med i samverkansgruppen?</i> .....	40
<i>Vad försvårar samverkan?</i> .....	40
ETT NYTT SAMVERKANSPROJEKT PLANERAS.....	41
<b>DISKUSSION</b> .....	<b>42</b>
SAMVERKAN FÖR VEM?.....	42
<i>Brukarnas/ patienternas upplevelse av samverkan</i> .....	42
MÅLET ATT FÖRBÄTTRA KVALITETEN .....	43
<i>Insatserna behöver utvärderas och kvalitetssäkras</i> .....	43
OMSTÄNDIGHETER SOM PÅVERKAR SAMVERKAN .....	44
<i>Resursbrist och konkurrens omständigheter som försvårar samverkan</i> .....	44
<i>Vårdtagarnas inflytande behöver förstärkas</i> .....	45
ANDRA MÖJLIGHETER ATT UTVECKLA SAMVERKAN .....	46
KONSTEN ATT DRIVA PROJEKT .....	47
<b>REFERENSER</b> .....	<b>48</b>
<b>BILAGOR</b> .....	<b>50</b>
BILAGA 1. ÄLVSJÖ SAMVERKANSTEAM.....	50
BILAGA 2. FRÅGOR TILL VÅRDTAGARE I ÄLVSJÖ .....	52
BILAGA 3. FRÅGOR TILL DELTAGARE I SAMVERKANSGRUPPEN .....	53
BILAGA 3. ERSÄTTNINGSNIVÅER FÖR HEMTJÄNSTEN I STOCKHOLMS STAD 2009 .....	54

## SAMMANFATTNING

Kommunernas och landstingens svårigheter att samverka om vården- och omsorgen om de äldre är inte nya. Orsakerna anses bland annat vara att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar i skilda organisationer, med olika lagar, metoder och synsätt. Stadsdelsförvaltningen i Älvsjö bedrev under 2007 och 2008 ett projekt att utveckla samverkan mellan de vårdaktörer; biståndshandläggare, personal i hemtjänsten, hemsjukvården och hemrehabiliteringen, som arbetar med de mest sjuka äldre. Målsättningen för projektet var att vård- och omsorgsinsatserna skulle bli tryggare och säkrare, underlätta kvarboende och minska kostnaderna. I projektets första del ingick en kartläggning av gruppen de mest sjuka äldre i Älvsjö samt att utforma en modell för samverkan. Två projektmedarbetare, en från kommunen och en från landstinget, delade uppgiften att leda projektet.

Stiftelsen Äldrecentrum har utvärderat projektets andra etapp 2008, när samverkansmodellen provades i praktiken. Utvärderingen omfattar också de första månaderna 2009 eftersom samverkan fortsatte och ingick i den ordinarie verksamheten. Syftet var främst att undersöka hur samverkansmodellen upplevdes av de äldre och av den berörda personalen samt vad som fungerade bra respektive mindre bra. I utvärderingen intervjuades 12 vårdtagare vars vård och omsorg samordnades inom ramen för projektet samt företrädare för de olika vårdaktörerna.

Kärnan i den utvärderade modellen, var de samverkansmöten där de medverkande vårdaktörerna träffades. Där behandlades både allmän information och frågeställningar om de aktuella vårdtagarna. Ett annat mindre frekvent inslag i projektet var att ha samordningsmöten i deras hem.

Kriteriet för att delta var att de berörda personerna själva skulle vilja att deras olika vård- och omsorgsinsatser samordnades. Alla som fick vård och omsorg av flera vårdaktörer tillfrågades om de ville att de skulle samverka. De som tackade ja lämnade ett skriftligt medgivande. De flesta av dem som tillfrågades var positiva till att delta. De som inte ville vara med var personer med kognitiv svikt eller med psykiska sjukdomar. Majoriteten var ensamstående, i hög ålder med stora vård- och omsorgsinsatser. Under 2008 deltog 37 vårdtagare i projektet.

Resultatet i sammanfattning:

- Intervjuerna med de 12 vårdtagarna visade att mindre än hälften kom ihåg att vårdaktörerna samverkade, men alla var positiva till det. Deras erfarenheter av vården och omsorgen var blandade, från mycket goda till dåliga.
- Antalet vårdtagare som deltog i projektet var färre än förväntat.
- Det var biståndshandläggarna och distriktsköterskorna som i nästan alla fall initierade att vårdtagare tillfrågades om de ville vara med. Ett större engagemang från hemtjänsten att föreslå deltagare skulle kanske innebära att samverkan i framtiden kan omfatta fler.
- De deltagande vårdaktörerna var i hög utsträckning positiva till projektet.
- Samverkan hade underlättats av att de hade lärt känna varandra och upplevde att det underlättade kontakterna.

- Samverkan gav tack vare rehabiliteringsföretaget ReAgeras medverkan ökat fokus på vårdtagarnas behov av rehabilitering och hjälpmedel. Samtidigt framkom frågetecken i vilken utsträckning som hemtjänsten hjälpte till att genomföra de träningsprogram som pensionärerna blev ordinerade av arbetsterapeuter och sjukgymnaster.
- Vårdaktörerna bedömde insatsernas kvalitet och de äldres situation på olika sätt.
- Vårdaktörerna hade inte utvecklat någon gemensam bild av hur vården och omsorgen ska fungera för vårdtagarna eller vad målen innebär.
- De medverkande vårdaktörerna framhöll betydelsen av de personliga relationer som skapats genom att träffas regelbundet och ansåg att de underlättade deras samverkan
- Trots att vårdaktörerna ansåg att samverkan sparade tid var det svårt att prioritera att delta i samverkansmötena. En annan orsak var att de inte fick någon ersättning för den tid de ägnade åt att samverka.
- Vårdbiträden deltog inte i samverkansmötena och frågan är hur mycket av det som bestämdes som nådde ut till vårdtagarna. En annan aspekt är att den kunskap som vårdbiträden har om vårdtagarnas personliga förhållanden inte beaktades.
- Samverkan var vid utvärderingens slut, ännu inte självgående och ambitionen projektledarna hade att sprida ansvaret bland alla deltagande vårdaktörer hade ännu inte riktigt slagit rot.
- Samverkan skulle enligt fler av aktörerna även kunna omfatta yngre vårdtagare som både har hemtjänst och hemsjukvård.

Äldrecentrums förslag för hur samverkan kan utvecklas vidare är att den även ska omfatta en gemensam kvalitetsuppföljning med utgångspunkt från uppställda kvalitetskriterier och från hur vårdtagarna anser att deras vård och omsorg fungerar. Ett fortsatt stöd från projektets ledningsgrupp är en annan viktig faktor för att samverkan ska utvecklas vidare. En fråga som också diskuteras i det avslutande avsnittet är att ingen av de parter som deltar i samverkan på ett tydligt sätt företräder vårdtagarna.

Införandet av Kundval/Vårdval innebär nya förutsättningar för vårdaktörernas samverkan. Projektet i Älvsjö bygger på att vårdaktörerna arbetar inom ett avgränsat geografiskt område. Det försvåras, när vården och omsorgen i ett område numera utförs av ett stort antal vårdaktörer vilka arbetar i större geografiska områden. Det innebär att nya samverkansformer måste utvecklas, kanske med stöd av informationsteknologi. Frågan är hur det kommer att påverka kvaliteten av samverkan och hur viktiga de personliga relationerna mellan vårdgivarna är? Ett sätt att underlätta samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård kan vara att uppdragen i framtiden ges som en helhet där vårdaktörerna förutsätts att både bedriva hemtjänst och hemsjukvård. En sådan organisation skulle underlättas av att kommunen får ansvaret för hemsjukvården för de äldre.



## INLEDNING

Idag bor många äldre med omfattande vård och omsorgsinsatser i eget boende och får hjälp både av hemtjänsten och från hemsjukvården. Äldre som får hjälp i hemmet har numera allt större vård och omsorgsbehov (Larsson, 2005) och hemtjänstens uppgifter har under de senaste 20 åren successivt förändrats från att ge service till att ge omfattande vård- och omsorgsinsatser. Landstingen och kommunerna har ett delat ansvar för vården och omsorgen om äldre personer. Det är kommunerna som ansvarar för hemtjänsten och landstingen för hemsjukvården<sup>1</sup>.

Kommunerna och landstingen har under många år haft svårigheter att samverka om det delade ansvaret för äldreomsorgen trots att det råder stor enighet om att god vård och omsorg om de äldre förutsätter nära samverkan, både mellan olika professioner och mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Flera reformer har genomförts för att komma till rätta med svårigheterna att samverka, bland annat Ädelreformen 1992. Förhållandena varierar mellan olika delar av landet. Hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen gör det möjligt för kommunerna och landstingen att avtala om att överföra ansvaret för hemsjukvården för de äldre till kommunerna. I Stockholms län finns för närvarande inga sådana avtal men i landet i övrigt har 60 procent av kommunerna ansvaret för hemsjukvården<sup>2</sup>. I de kommunerna har distriktssköterskorna och hemtjänstens personal samma huvudman, vilket minskar behovet av samordning mellan kommunernas och landstingets insatser och underlättar samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård. (Socialstyrelsen 2008)

Kommunernas och landstingens skyldighet att samverka syftar både till att förbättra de insatser som görs för enskilda personer men också att minska samhällets totala kostnader för vård och omsorg. Andra motiv för samverkan är enligt Socialstyrelsen (2002) att personer med sammansatta behov av vård och omsorg riskerar att hamna i en gråzon mellan olika verksamheter med följden att ingen vårdgivare är villig att ta på sig ansvaret för att de får den vård och omsorg som de behöver. Behovet av samverkan framgår av olika studier som gjorts om multisjuka av Stiftelsen Äldrecentrum. Ju större vård och omsorgsinsatserna är desto mer avgörande är det att insatserna är samordnade och väl planerade. Studier visar också att bristande samordning leder till onödigt höga kostnader framförallt för vård på sjukhus (Gurner & Thorslund, 2003). Samverkan i olika delar av Stockholms län studerades av Hjalmarsen och Norman (2004) och visade bland annat att samverkan om personer med enklare sjukdomsbild och insatser fungerade utan större problem och att svårigheterna att samverka främst gällde personer med sammansatta behov. Svårigheterna att samverka innebar enligt rapporten att äldre inte alltid fick en god vård och omsorg. Faktorer som underlättade samverkan var bland annat en

---

<sup>1</sup> Hemsjukvård definieras i Socialstyrelsen termbank ”hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och där ansvaret för de medicinska åtgärderna är sammanhängande över tiden”

<sup>2</sup> Kommunerna kan endast överta hemsjukvårdsansvaret upp till sjuksköterske-, arbetsterapeut- och sjukgymnastnivå. Ansvaret för läkarvården finns kvar inom landstinget.

positiv attityd hos cheferna, en tydlig ansvarsfördelning samt god personalkontinuitet.

## **Projektet att utveckla samverkan mellan hemtjänst och primärvård i Älvsjö**

Stadsdelsförvaltningen i Älvsjö i Stockholm ansökte och beviljades 2006 statliga stimulansmedel för att *”arbeta fram, pröva och utvärdera en modell för aktivt samarbete mellan biståndsbedömare, undersköterska i hemtjänsten och distriktsköterska”*. Den övergripande målsättningen för projektet var *”att möjliggöra en ökad kontinuitet, trygghet och säkerhet i vården och omsorgen för vårdtagare i ordinärt boende”*. Stadsdelsförvaltningen ville förbättra insatserna för *”de mest sjuka äldre äldre”*, som fick vård i hemmet av flera olika aktörer, men där ingen ansvarade för helheten.

Projektet skulle föreslå arbetssätt för att tidigt upptäcka och bedöma behov samt med samordnade insatser minska lidande. De samordnade insatserna skulle också ge färre akutbesök och längre tids kvarboende. I förlängningen skulle samverkan kunna ge minskade kostnader både för kommunen och för landstinget.

Projektet genomfördes i två etapper, 2007 och 2008. I projektets första del (2007) gjordes inledningsvis en kartläggning av gruppen de mest sjuka äldre i Älvsjö som bor i ordinärt boende. Därefter utformades en modell för samverkan som sedan prövades av de berörda vårdaktörerna under 2008 i den andra delen av projektet. De var främst biståndshandläggare, distriktsköterskor från tre vårdcentraler, personal från tre hemtjänstföretag och rehabiliteringspersonal som deltog. Samverkan fortsatte från och med januari 2009 i ordinarie drift och grundas på ett avtal mellan vårdaktörerna.

Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholms län har på uppdrag av Älvsjö stadsdelsförvaltning utvärderat den andra delen av projekt (2008). Projektet dokumenterades också av projektledarna i två olika rapporter; Samverkan – Hur svårt kan det vara (Ingberg et al 2007) och Samverkan – Ja det kan fungera (Ingberg, 2008).

### *Kartläggning av gruppen ”de mest sjuka äldre”*

Den första delen av projektet, att kartlägga gruppen *”de mest sjuka äldre i Älvsjö”*, genomfördes under 2007 av en biståndsbedömare, en distriktsköterska och en undersköterska från hemtjänsten. De undersökte också vad som hade gjorts tidigare i andra områden för att öka samverkan mellan hemsjukvård och hemtjänst.

Kartläggningen av gruppen *”de mest sjuka äldre”* gjordes med en dubbel uppsättning kriterier.

- Det ena kriteriet utgick från antalet diagnoser som hämtades från vårdcentralens medicinska journaler.
- Det andra kriteriet utgick från de äldres behov av omvårdnad. Underlaget för att identifiera personer med utgångspunkt från omvårdnadsperspektivet

var besluten om beviljad hemtjänst där de som var beviljade hemtjänst minst tre gånger per dag inkluderades.

Även de som hade ökat användningen av sitt trygghetslarm studerades för att se om en hög larmfrekvens kunde vara tecken på ett ökat behov av stöd eller behov av uppföljning av en persons befintliga insatser.

Undersökningen kom fram till att antalet personer som tillhörde målgruppen uppgick till mellan 50 – 100 personer vilket motsvarade ca 3 procent av antalet personer 65 år och äldre i Älvsjö. Undersökningen visade också att *”arbetet med de äldre med komplicerade situationer i hemmet präglades av flera olika aktörer som alla hade ansvar för sin del, men där ingen ansvarade för helheten”*.

För att skapa goda förutsättningar för att utveckla samverkan och projekta förstå vad som kan hindra respektive gynna samverkan uppmärksammade projektledarna alltmer behovet av att förankra tankarna på det planerade samarbetet i de olika organisationerna. Under projektets första del då projektmedarbetarna i samverkan med de berörda vårdaktörerna utarbetade modellen för samverkan, deltog de i möten på de olika arbetsplatserna och informerade och diskuterade det planerade projektet.

## **Projektets organisation under den andra etappen**

Under 2008 då den nya modellen för aktiv samverkan mellan de olika aktörerna i äldreomsorgen prövades, delade en biståndsbedömare och en undersköterska från Älvsjö vårdcentral på uppgiften att vara projektledare. Båda arbetade halvtid med projektet, och hade en arbetsplats i stadsdelsför-valtningens lokaler.

Projektledarnas arbetsuppgifter var att

- leda samverkansmöten
- sprida information om projektet
- förankra projektet i de deltagande organisationerna
- förbättra samverkansgruppens rutiner och klargöra ansvar

Den ansvariga ledningsgruppen för samverkansprojektet var den ordinarie samverkansgruppen<sup>3</sup> i Älvsjö. Äldreomsorgschefen var sammankallande. Övriga deltagare var enhetschefen för biståndshandläggarna i stadsdelsförvaltningen, chefen för Älvsjö vårdcentral, regioncheferna för hemtjänstföretagen Attendo AB och Omsorgshuset AB. I ledningsgruppen ingick också chefen för Kompetenscentrum<sup>4</sup>. En av projektledarna var adjungerad att delta i ledningsgruppens möten och förmedlade kontinuerligt information om projektets utveckling. Ledningsgruppen hade två sammanträden per termin. Det sista mötet var i december 2008. Anledningen till att inget nytt möte ägde rum därefter var flera chefsbyten inom äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning.

---

<sup>3</sup> I alla stadsdelar i Stockholm finns en samverkansgrupp...

<sup>4</sup> Kompetenscentrum var en lokal FoU-verksamhet som upphörde i december 2007.

Projektet finansierades med de statliga stimulansmedel som stadsdelsnämnden hade fått beviljade. Landstinget<sup>5</sup> hade inga motsvarande projektmedel att bidra med och stadsdelsnämnden stod därför för båda projektledarnas löner.

## **Modellen för samverkan i Älvsjö**

Projektet att förbättra samverkan i Älvsjö var inriktad på gruppen ”*de mest sjuka*” äldre. De olika vårdaktörerna; biståndshandläggare, distrikts-sköterskor, rehabiliteringspersonal och enhetschefer från hemtjänst träffades en gång i veckan – varje tisdag – för att informera, samordna och planera vården och omsorgen om de vårdtagare som hade lämnat sitt medgivande att delta i projektet. Förutom att ha samverkansmöten på tisdagar ingick i projektet planer att i större utsträckning ha samverkans-möten hemma hos vårdtagarna.

Målsättningen var att insatserna skulle ge målgruppen, de äldre som bor i Älvsjö med många sjukdomar och hälsoproblem, god vård och omsorg. De skulle i högre grad än tidigare få funktionsbevarande insatser för att behålla sin livskvalitet. Projektet skulle möjliggöra kvarboende och minimera akutbesök och akuta inläggningar på sjukhus. Vården och omsorgen skulle utformas utifrån ett socialt synsätt med utgångspunkt från vårdtagarnas hela livssituation. Det fanns en ambition att i större utsträckning inventera vårdtagarnas sociala nätverk och tydliggöra vilka olika vårdaktörer som deltog i vården och omsorgen om de äldre, men också anhöriga, vänner och andra viktiga personer. Ytterligare ett mål var att samverkan skulle fortsätta även efter projekttidens slut.

För att förstärka möjligheterna till ”*delaktighet, lärande och utveckling*” för personalen samt ge möjlighet att sprida gjorda erfarenheter genomfördes parallellt ett projektet med föreläsningar, seminarier och studiebesök för berörd personal i hemtjänsten. Projektet leddes av en av regioncheferna för ett av hemtjänstföretagen som ingick i ledningsgruppen.

## **Samverkan under 2009**

Projektet avslutades i december 2008 med att de samverkande parterna ingick ett avtal om att fortsätta samverka under 2009 som en del av den ordinarie verksamheten. Arbetet fortsätter på samma sätt med ett undantag att samverkansmötena nu hålls var annan vecka. I avtalet framkommer att målen för samverkan ska vara desamma som tidigare; äldre personer ska genom vårdaktörernas samverkan känna en ökad trygghet, kontinuitet och säkerhet. Samverkan ska utgå från ett brukarperspektiv och öka aktörernas kunskap om varandras organisationer, mål, uppdrag och perspektiv för att skapa bättre förutsättningar för samverkan.

Enligt överenskommelsen ska chefer i beslutsfattande ställning, vid minst två tillfällen per år, följa upp överenskommelsen. Stadsdelsförvaltningen är sammankallande.

---

<sup>5</sup> Stockholms läns landsting gjorde en central ansökan om stimulansbidrag och pengarna användes i olika landstingsövergripande projekt och inte lokalt.

## **Hur kom vårdtagarna med i samverkansarbetet?**

De vårdtagare som tillfrågades att delta i samverkan och som antog erbjudandet ombads att underteckna en medgivandeblankett (bilaga 1). Medgivandet gav de berörda vårdaktörerna möjlighet att informera och att samråda med varandra. Efter sex månader tillfrågades de igen av biståndshandläggaren eller distriktssköterskan, oftast per telefon, om de ville att samverkan mellan vårdaktörerna skulle fortsätta. Det var också biståndshandläggarna och distriktssköterskorna som skötte administrationen av medgivandeblanketterna. Blanketterna förvarades i biståndsbedömarens eller i distriktssköterskans journal beroende på vem som hade initierat att vårdtagaren tillfrågades. I de fall där hemtjänsten har tagit initiativet överlämnade de den undertecknade medgivandeblanketten antingen till biståndshandläggaren eller till distriktssköterskan.

## **Samverkansmöten**

Den mest centrala aktiviteten i projektet var de samverkansmöten som under 2008 hölls varje tisdag mellan klockan 15.00 och 16.00 i Älvsjö vårdcentral och som fortsatte under 2009.

De två projektledarna turades om att leda samverkansmötena och att skriva minnesanteckningar. De skickades ut via e-post till samtliga kontaktpersoner.

Dagordningen som fortfarande används är utformad så att de aktörer som inte är delaktiga i vården och omsorgen om de vårdtagare som ska diskuteras kan lämna mötet efter den allmänna informationen. De ärenden som togs upp anmäldes under mötet. I mötets andra del gavs information om eventuellt nya vårdtagare. Där behandlades också aktuella frågor om de vårdtagare som tidigare lämnat medgivande. Det kunde vara utvärderingar av pågående insatser, nya frågeställningar, rapporter om sjukhusvistelser, planering av gemensamma hembesök eller liknande.

De aktörer som har ett nytt ärende eller som behöver samverka kring vården och omsorgen om en vårdtagare som redan ingick i projektet ansvarade för att bjuda in eventuella övriga aktörer som behövde närvara vid mötet. Varje aktör bestämde vem eller vilka som skulle vara kontaktperson/er och delta i samverkansmötena. Några hade en fast kontaktperson. Andra växlade.

Formerna för samverkan ändrades något från och med 2009. Samverkansgruppen träffas numera var annan vecka i stället för varje vecka. Funktionen som de två projektledarna hade att leda samverkansmötena har ersatts med ett ”löpande” ansvar mellan representanterna för vårdaktörerna att vara ordförande. Turordningen var uppgjord på förhand.

Denna rapport är en utomstående utvärdering av projektet 2008 samt av den första perioden efter projektiden, januari till och med april 2009.

## BAKGRUND

Projektet i Älvsjö riktade sig till gruppen de ”mest sjuka äldre”, en grupp som i studier också kallas också kallas multisjuka, skröpliga eller multisviktande. Definitionerna varierar, men gruppen beräknas uppgå till ca 4 procent av befolkningen 75 år och äldre. Det som är gemensamt för denna grupp är att de är högkonsumenter av både öppen och sluten sjukvård och har många kontakter med läkare, distriktssköterskor, undersköterskor m fl. De har också en hög konsumtion av läkemedel, ofta ordinerade av olika läkare men utan de är samordnade. (Gurner& Thorslund 2003)

Många har hemtjänst, men ett problem är att hjälpen ofta är så regel- och insatsstyrd att den inte fullt ut kan tillgodose de behov de enskilda personerna har (a. a). Ett annat problem är hjälpen ofta ges av många olika vårdbiträden med brister i kontinuiteten som följd. I många fall är det en anhöriga som ger sin maka eller make omfattande vård och omsorg utan att få stöd för egen del.

### ***Vad betyder samverkan?***

Samverkan betyder enligt Nationalencyklopedins ordbok (1996) gemensamt handlande för visst syfte och samverka; att handla eller fungera gemensamt för visst syfte (Nationalencyklopedins ordbok 1996). Synonymer till ordet samverka är medverkan, medarbetarskap, gemensamt uppträdande, samspel, samklang, harmoni, samråd (Ord för ord – svenska synonymer och uttryck, 1987)

Vad som menas med samverkan framgår inte i någon lag men i samverkanspropositionen (1996/97:63) beskrivs samverkan som ett medel att öka välfärden för den enskilde och ge ekonomiska vinster för samhället.

Samordning är ett närliggande begrepp som betyder att samordna något för gemensamt syfte. En synonym är koordinera.

### **Utveckling av samverkan**

Ett sätt att beskriva eller utvärdera samverkan är att gradera den i nivåer där varje nivå anger olika grad av närhet (Berggren 1982).

De fem nivåerna är

1. *”känna till den andra organisationens existens och att den genomför aktiviteter riktade till målgruppen – men ingen direkt kontakt*
2. *konsultation – envägskommunikation mellan de agerande till exempel att man efterfrågar något från den andre*
3. *Samråd – en översiktlig information av de agerandes aktiviteter så att dessa inte kolliderar eller motverkar varandra*
4. *Samarbete – samplanering av aktiviteter för att förstärka effekterna av dessa och utnyttja de gemensamma resurserna på ett mer optimalt sätt*
5. *Sammansmältning/integration – då organisationerna lägger samman sina resurser för att på så vis uppnå största möjliga effekt av insatta resurser”*

Skalan används i olika projekt och utvärderingar för att illustrera hur långt samarbete mellan olika organisationer har kommit och användes även i projektet i Älvsjö.

## ***Lagar som styr samverkan inom äldreområdet?***

Kommuner och landsting har sedan länge, enligt både socialtjänstlagen (SFS 2001:453) och hälso- och sjukvårdslagen (SFS 1982:763), skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre (SoL 3 kap § 1,4 och 5 samt 5 kap 8§). Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården (HsL § 8).

### **Sekretesslagen**

Inom all vård- och omsorg finns regler om sekretess angående vårdtagarnas hälsa och personliga förhållanden. Enligt 7 kap 1 § sekretesslagen (SFS 1980:100) gäller sekretess inom hälso- och sjukvården. Motsvarande regel för socialtjänsten finns i 7 kapitlet 4 §. Inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård gäller sekretess enligt 2 kap 8 – 10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS 1998:531). Bestämmelserna innebär att uppgifter inte får lämnas mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten om enskilda personer utan att de har lämnat sitt medgivande.

### **Lagen om betalningsansvar**

Många samverkanskontakter mellan kommunerna och landstingen sker med stöd av den så kallade betalningsansvarslagen (SFS 1990:1404). Den reglerar hur landstingen och kommunerna ska samverka vid utskrivningen av äldre från sjukhus.

Efter en omarbetning av lagen (SFS 2002/03:193) skärptes och tydliggjordes reglerna för samarbetet och ansvaret för de utskrivningsklara. Den gemensamma vårdplaneringen ska bygga på delaktighet och samtycke från den enskilde och klargöra det samlade behovet av insatser samt vilken enhet som är ansvarig för respektive insats. Kommunens betalningsansvar inträder fem dagar efter att en läkare har förklarat en person över 65 år utskrivningsklar och en vårdplan är upprättad.

Bestämmelserna i betalningsansvarslagen påverkar idag i hög utsträckning både biståndsbedömarnas arbete och arbetet på sjukhusen. Det genomförs dagligen många vårdplaneringar på sjukhus. De som deltar är förutom den som är på väg att skrivas ut från sjukhuset också biståndsbedömare, läkare, sjuksköterskor, anhöriga m fl. Vårdplaneringarna har enligt reglerna föregåtts av olika kontakter och förutsätter att den berörda vårdtagaren har lämnat sitt godkännande. De senaste åren har det IT-baserade vårdplaneringsprogrammet WebCare införts i Stockholms län. Genom Webcare kan biståndshandläggare och distriktssköterskor följa vårdprocessen för de vårdtagare som vårdas inom slutenvården. WebCare ger inte bara de berörda vårdaktörerna information om vårdtagarna, utan kan också an-

vändas att kommunicera med. WebCare har underlättat kontakterna och informationsflödet i samband med att äldre skrivs ut från sjukhus i Stockholms län.

## **Delegeringsförordningen**

Det är vanligt att distriktssköterskor ger hemtjänstpersonal delegation att utföra olika hälso- och sjukvårdsuppgifter. Det vanligaste är att hemtjänstpersonal överlämnar läkemedel. Exempel på andra uppgifter som ofta delegeras är att ge ögon-droppar, ta på och av stödstrumpor. Sjuksköterskornas rätt att delegera hälso- och sjukvårdsuppgifter regleras i lagen (SFS 1998:531) om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Den som tillhör hälso- och sjukvårdspersonalen får överlåta en arbetsuppgift till någon annan endast när det är förenligt med kravet på en god och säker vård. Rätten att delegera regleras i delegeringsförordningen, SOSFS 1997:14. Där framhålls att den som delegerar hälso- och sjukvårdsarbetsuppgifter ska ha möjlighet att följa upp dem. En undersökning i rapporten, Hemsjukvård i förändring (Socialstyrelsen 2008), visar att sjuksköterskor i många fall har ansvar för så många delegeringar att förfarandet strider mot delegeringsföreskrifterna. Medianvärdet för antalet delegeringar för hemsjukvård i landstingets regi var i undersökningen 20 stycken och det högsta antalet 85.

## **Erfarenheter av samverkan**

Socialstyrelsen utvärderade i början av 2000-talet samverkansprojekt inom olika delar av offentlig sektor.

Fördelarna med samverkan beskrivs ur individ, organisation och samhällsperspektiv. Enligt Socialstyrelsen (2001) medför samverkan på individnivån att förtroendet för offentliga organisationer ökar. Organisationerna får genom samverkan tillgång till andra organisationers resurser och ökade kunskaper om möjligheter att lösa problem utanför den egna organisationen. För samhället framhålls ekonomiska vinster.

Aktiviteter på alla nivåer i en organisation underlättar ansträngningarna att skapa ett bra samarbetsklimat. Enligt rapporten (Socialstyrelsen 2001) behöver aktörer som samverkar tid för att lyckas utveckla ett gott samarbetsklimat. Andra faktorer som bidrar till ett gott samarbetsklimat är enligt rapporten

- ett gemensamt ledarskap,
- möjlighet till dialog och möten för de samverkande parterna,
- att aktörernas kompetenser kompletterar varandra, samt
- gemensamma värderingar och förebilder.

Erfarenheterna visar att det finns stor risk att projekt att samverka misslyckas bland annat på grund av missförstånd eller motsättningar mellan organisationer och enskilda personer. De svårigheter som kan uppstå i samverkan beror enligt utredningen bland annat på;

- att myndigheter har skilda uppdrag och mål som påverkar agerandet i olika frågor kan utgöra ett hinder för samverkan.



- att insatser som görs med det primära syftet att åstadkomma kostnadsminskningar för den egna myndigheten ofta kan missgynna den enskilde
- att hinder för samverkan ofta finns hos de anställda. Osäkerhet och dålig kunskap om andra verksamheter är kanske den viktigaste orsaken
- att medarbetarnas värderingar och människosyn påverkar möjligheten till samverkan. Attityder och värderingar skapas under lång tid och utgör normer som är mycket svåra att förändra.
- att både organisatoriska och yrkesspecifika revir kan utgöra hinder för samverkan. Reviren finns, skapas och upprätthålls av dem som finns i organisationerna. Hur samarbetet utvecklas beror främst på hur trygga de anställda är i sina roller och hur de stöds av sina organisationer.

## Utvärdering av hemsjukvården 2008

Socialstyrelsen har kartlagt hemsjukvården i Sverige. Enligt rapporten, *Hemsjukvård i förändring* (2008), håller innehållet i de insatser som hemsjukvården utför på att förskjutas mot mer kvalificerade uppgifter. Några av de viktigaste orsakerna är att

- platserna både inom slutenvården och särskilt boende har minskat,
- beslutsfattare önskar att vårdbehoven så långt det är möjligt tillgodoses utanför den slutna vården
- den medicintekniska utvecklingen gör det möjligt att utföra fler typer av undersökningar och behandlingar i öppenvård

Enligt rapporten innebär det att förutsättningarna för ansvarsfördelningen mellan slutenvården, primärvården och kommunerna har förändrats. En slutsats är att de tankar som fördes fram vid Ädelreformen, att personalen i hemtjänst skulle kunna utföra en högre andel av hälso- och sjukvårdsuppgifterna, inte längre är realistiska med tanke på den ökade svårighetsgraden.

Socialstyrelsen genomförde inom ramen för uppdraget en enkätundersökning som visade att vården inte ges på lika villkor.

- Tillgången till olika undersökningar och behandlingar varierar beroende på vilken huvudman som har ansvaret för hemsjukvården. Andra faktorer som påverkar är hur avtalen som reglerar hemsjukvården är utformade och hur verksamheten är utformad.
- Patienterna har bättre och mer kontinuerlig tillgång till hälso- och sjukvårdsinsatser när hemsjukvårdsansvaret i ordinärt och särskilt boende samordnas i ett huvudmannaskap.
- Antalet delegeringar per sköterska är ofta så stort att det strider mot Socialstyrelsens delegeringsföreskrift.

Rapporten betonar att alla patienter har rätt till vård som samordnas och som utgår från den enskildes behov. Eftersom samverkan försvåras av den otydliga ansvarsfördelningen mellan huvudmännen ”*måste en framtida organisation av hemsjukvården utgå från patienternas behov där alla delar i vårdkedjan samverkar*”.

Socialstyrelsen föreslår i rapporten att en patientansvarig sjuksköterska med särskilt samordningsansvar införs i hemsjukvård för att tillgodose patienternas behov av samordning av olika insatser. Socialstyrelsen anser att det finns behov av en tydlig beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och den kompetens som krävs samt omfattningen av landstingens ansvar för hemsjukvård och kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18§ HSL.

Även i Socialstyrelsens årsrapport (2009) behandlas behovet av samordning av insatserna, mellan primärvård och den kommunala äldreomsorgen, för äldre med många sjukdomar och funktionsnedsättningar. Enligt rapporten är det en grupp som riskerar att få svårt att hävda sig. En nackdel med ökade valmöjligheter är svårigheterna att få till stånd samverkan för utsatta grupper. ”*Ju fler vårdgivare desto större behov av samordning.*” Socialstyrelsen ger exempel där svårt sjuka äldre i Stockholm riskerar att få hjälp av tre olika sjuksköterskeorganisationer och av lika många läkarorganisationer under ett dygn. Socialstyrelsen konstaterar att de äldre i högre grad än tidigare själva får ta ansvar för att ordna sin hjälp och att anhöriga ofta tvingas samordna insatserna. Den pågående utvecklingen kan enligt Socialstyrelsen ses som en omdefiniering av det offentliga ansvaret. Enligt Socialstyrelsen begränsas ansvaret och det saknas samordning av de nödvändiga insatserna framförallt för de mest hjälpbehövande äldre.

## **Samverkanspolicy i Stockholms län**

Samverkan mellan kommunerna i Stockholms län och landstinget har sedan 1980-talet reglerats i olika samverkansavtal. 1998 formulerade politiker från kommunerna och landstinget i Stockholms län en gemensam övergripande policy om samverkan om vården och omsorgen av de äldre<sup>6</sup> Policyn är fortfarande aktuell och ligger till grund för de samverkansavtal som nu gäller.

*”i allt samarbete ska patientens/vårdtagarens bästa vara i fokus. Den enskildes rätt till vård och omsorg av god kvalitet skall vara riktpunkten i allt beslutsfattande och vid alla insatser. Brukarperspektivet och anhörigas inflytande blir en nyckel till såväl till samverkan som till kvalitet i arbetet.”*

Andra syften för samverkan var enligt policyn att klargöra det gemensamma ansvaret för hälso- och sjukvårdsfrågor, omsorg och rehabilitering och att verka för ett rationellt utnyttjande av de totala resurserna. Genom upprepade förändringar i hur primärvården och hemtjänsten organiseras har samverkan mellan parterna försvårats och mer eller mindre upphört på högre nivå. För närvarande pågår arbetet med ett nytt samverkansavtal som beräknas vara klart under 2009.

## **Samverkan med Kundval och Vårdval**

En stor del av hemtjänsten och hemsjukvården utförs av privata företag på uppdrag av kommunerna och Stockholms läns landsting. Stockholms stad tillämpar Kundval och Stockholms läns landsting Vårdval. Kundval innebär att en person som blivit beviljad hemtjänst fritt får välja mellan ett antal olika hemtjänstutföra-

---

<sup>6</sup> (Svenska kommunförbundets lokalavdelning 1998-03-04)

re, privata eller kommunala. Vårdvalet ger på samma sätt invånarna rätt att själva välja husläkare. I avtalen mellan entreprenörerna och huvudmännen framgår att de har uppdraget att medverka i samverkan både på lokal och på individnivå.

### *Samverkan i Stockholms stads hemtjänst*

De privata företagen verkar med ettåriga avtal som grund. Av det gällande ramavtalet (Stockholms stad Dnr 327-560/2008) framgår att

*Utföraren ska samverka med primärvården, anhöriga och andra för den enskilde viktiga personer och organisationer liksom med gode män och förvaltare när det är aktuellt. Representant för utföraren ska vid behov delta i vårdplanering där individuell vårdplan ska upprättas i samverkan mellan huvudmännen och den enskilde eller om detta inte är möjligt med dennes företrädare.*

*Utförare ska samarbeta med primärvården och eller sjukhusansluten hemsjukvård när det gäller personer som vårdas i livets slutskede. I uppdraget ingår att vara den enskilde behjälplig med externa kontakter såsom tex färdtjänst eller dylikt. (1.10.1.8.)*

*Landstinget har ansvar för rehabilitering för enskilda som bor i ordinärt boende. I hemtjänsten ska utförare ha ett rehabiliterande och förebyggande arbetssätt. En del av detta arbete är exempelvis att motverka att social isolering uppstår. (1.10.1.10)*

*Stockholms stad Dnr 327-560/2008*

### *Samverkan i hemsjukvården*

Basal hemsjukvård definieras som hälso- och sjukvård som ges i patientens hem (exklusive särskilda boenden för äldre) som inte kräver slutenvård (Socialstyrelsen 2008) Patienten skall på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av varaktiga hälso- och sjukvårdsinsatser som beräknas kvarstå under minst 14 dagar. Patienten skall ha behov av minst två insatser i hemmet per kalendermånad.

För basal hemsjukvård skall Vårdgivaren bland annat säkerställa att

- Distriktsköterska tar ansvar för att i samverkan med andra yrkeskategorier samordna insatser för att tillgodose patientens totala vårdbehov.
- Vårdplanering genomförs i samråd med berörda vård- och omsorgsgivare när behov av hemsjukvård blir aktuellt och att en vårdplan snarast upprättas.

Av avtalet framgår att

*”Vårdgivaren ska känna till och följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan Stockholms läns landsting och andra huvudmän. [...] samt delta i arbetet att med att anpassa och utveckla till lokal nivå.*

*Vårdgivaren skall aktivt bidra till samverkan kring patienter som har behov av vård och omsorg från flera vårdgivare och huvudmän. Vårdgivaren skall säkerställa att vårdkedjan ur patient och närstående perspektivet är så sammanhängande som möjligt.*

*Vårdgivaren ska aktivt delta i och vid behov ta initiativ till vårdplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare. Vårdplanering kan ske via möte, via telefon eller via WebCare. Justering av vårdplan skall ske via WebCare.”*

Regelbok för husläkarverksamhet, kapitel 4

I rehabiliteringskliniken ReAgeras avtal med Stockholms läns landsting finns också klausuler om samverkan. Av kapitel 4 (Stockholms läns landsting ADA 5303) framgår att uppdraget omfattar att samverka både på patient- och befolkningsnivå.

*”I syfte att tillgodose patientens totala rehabiliteringsbehov skall vårdgivaren svara för att insatserna samordnas.”*

*”Vårdgivaren skall aktivt delta i och vid behov ta initiativ till gemensam rehabiliteringsplanering i samverkan med andra vård- och omsorgsgivare”*

*Vårdgivaren skall aktivt delta i arbetet med att utveckla väl fungerande samarbetsformer med andra vårdgivare i närområdet.*

*Av särskild vikt är att Vårdgivaren medverkar till att utveckla lokalt anpassade former för planering och organisation av vården för invånare med sammansatta vårdbehov som behöver insatser från flera vårdgivare/huvudmän. I detta arbete skall vårdgivaren vid behov och i samverkan med beställaren upprätta lokala samverkansöverenskommelser med berörda vårdgivare och huvudmän.”*

(Stockholms läns landsting ADA 5303)

### *Inriktning för den basala hemsjukvården i Stockholms läns landsting*

Under 2008 publicerade Stockholms läns landsting en Fokusrapport som behandlar inriktningen av den basala hemsjukvården i Stockholms län. Basal hemsjukvård kräver enligt rapporten tid, flexibilitet och samverkan. Enligt rapporten är dagens situation, där många aktörer ger vård och omsorg men utan att arbeta integrerat, inte hållbar på sikt. Fem förutsättningar framhålls som särskilt viktiga för att kunna ge hemsjukvård med god kvalitet. De är att vården och omsorgen är individuellt anpassad, att patienterna ska få en tydlig information om hemsjukvårdens åtaganden, att hemsjukvården ska vara tillgänglig dygnet runt, att vården är sammanhållen och ges med kontinuitet, och att hemsjukvården ska ha god kompetens och flexibilitet

I rapporten presenteras flera förslag för hur den basala hemsjukvården kan utvecklas och där vikten av samverkan med kommunerna framhålls,

- En lokalt framarbetad tydlig struktur för hur de olika aktörerna ska samverka.
- Reglerna för hur en individuell vårdplan upprättas behöver stramas upp och distriktssköterskan bör i samråd med biståndshandläggaren ha ansvaret för att de kommer till stånd.
- WebCare behöver utvecklas så att alla vårdaktörer ingår, även hemrehabilitering.
- Möjligheter till direkta inläggningar på geriatrisk klinik behöver ytterligare förbättras.
- Inom vårdvalets och kundvalets ramar bör beställarna hos landstinget och kommunerna underlätta för vårdgivare att kunna erbjuda äldre personer en sammanhållen vård och omsorg där hela teamet finns med i en sammanhållen verksamhet.

I rapporten slås fast att vissa av förslagen bland annat mer tid för att planera vården med andra utförare samt kraven att vara flexibel och att kunna anpassa insatserna efter skiftande behov kan medföra ökade kostnader. Rapporten pekar på att de brister som redovisas kan bero på att det nuvarande ersättningssystemet inte fullt ut täcker mer omfattande och flexibla insatser. Ersättningen täcker enligt rapporten heller inte kostnaderna för den tid det tar att utveckla samarbetet mellan vård- och omsorgsaktörerna, att genomföra gemensamma vårdplaneringar och ge stöd till hemtjänstpersonal och anhöriga.

## **SYFTE**

Det övergripande syftet med utvärderingen var att undersöka hur samverkansmodellen i Älvsjö upplevdes av de äldre och av personalen som berördes av den. Syftet var också att undersöka hur modellens olika delar användes och vad personalen upplevde fungerat bra respektive mindre bra.

Stadsdelsförvaltningen önskade också att utvärderingen skulle fokusera på vad satsningen på ökad samverkan medfört och ge kunskap om vad som bör/måste förbättras inför framtiden.

## **METOD**

Utvärderingen omfattar verksamheten 2008, då modellen för samverkan mellan de olika aktörerna i äldreomsorgen prövades i projektform samt de första fyra månaderna 2009, då arbetssättet införlivades som en del i det ordinarie arbetet.

Studien genomfördes i huvudsak med kvalitativa metoder såsom intervjuer, deltagande observationer samt dokumentgranskning. Intervjuer gjordes med vårdtagare som hade lämnat medgivande för sina vårdgivare att samverka. I några fall gjordes intervjuerna tillsammans med anhöriga. Intervjuer gjordes också med representanter från de olika vårdaktörerna som ingår i samverkansgruppen, samt med ledningsgruppens deltagare. Intervjuerna gjordes individuella, med två personer eller i större grupper.

### **Intervjuer med medverkande vårdtagare**

Inledningsvis intervjuades 12 av de 37 vårdtagare som ingick i gruppen som hade lämnat medgivande till sina vårdgivare att samverka. De tillfrågades om sina erfarenheter av att deras vårdaktörer samverkade och av vården och omsorgen.

Vårdtagarna som intervjuades om samverkansprojektet tillfrågades i kronologisk ordning från en deltagarförteckning som projektledarna förde. De som hade varit med längst i projektet stod först på listan. En av projektledarna ansvarade för urvalet av vårdtagare som intervjuades. Hon samrådde med respektive vårdtagares biståndshandläggare. De som inte kontaktades var ensamboende personer med demenssjukdomar, som inte bedömdes klara en intervju. Det var biståndshandläggarna som ringde upp de aktuella vårdtagarna och frågade om de ville bli intervjuade. Totalt kontaktades 18 personer. Fyra av de tillfrågade tackade nej till att delta. Anledningen att de inte ville delta var att de hade blivit sjuka eller kände sig för trötta och dåliga för att orka med en intervju.

De 14 som tackade ja till att bli intervjuade fick därefter ett informationsbrev om utvärderingen från utredaren (se bilaga 2). Tid för en intervju bokades senare vid ett telefonsamtal. Två av dem som tackade ja blev sjuka och kunde inte genomföra den planerade intervjun.

Intervjuerna gjordes under perioden november 2008 till och med januari 2009. Alla intervjuerna gjordes i vårdtagarnas hem. De flesta av de intervjuade var kvinnor och medelåldern 85 år.

I sex av intervjuerna deltog även anhöriga. I fem fall var det en sammanboende make eller maka och i ett fall en dotter. I fyra av dessa intervjuer var det den anhörige (maka eller maka) som besvarade samtliga eller majoriteten av frågorna eftersom intervjupersonerna av olika anledningar inte själva kunde besvara frågorna. Deras anhöriga var väl insatta i förhållandena och var också själva involverade i vården och omsorgen av den närstående.

### **Intervjuer med vårdaktörerna**

Inledningsvis, i november 2008, intervjuades projektledarna individuellt om sina erfarenheter av att samverka. Därefter intervjuades chefer och personal från hemtjänsten, distriktssköterskor, en medarbetare från rehabiliteringsteamet ReAgera och en grupp biståndshandläggare. Två av de intervjuade enhetscheferna från hemtjänsten hade relativt kort erfarenhet av samverkansprojektet. De började båda sina anställningar under hösten 2008. De deltog regelbundet i samverkansmötena men närvarade inte på alla möten.

I ett senare skede intervjuades ledningsgruppens medlemmar individuellt samt gjordes en avslutande gemensam intervju med de två projektledarna. De sista intervjuerna gjordes i juni 2009.

Totalt gjordes 16 intervjuer varav fem med två eller tre deltagare. Totalt intervjuades 20 personer.

De flesta intervjuerna med vårdaktörerna gjordes på de intervjuades arbetsplatser. Fyra gjordes per telefon. Intervjuerna tog mellan ca 30 minuter och drygt en timma. De var semistrukturerade och gjordes med stöd av intervjuguider (se bilaga 3). Intervjuaren förde anteckningar som sedan skrevs rent.

### **Deltagande observationer**

Utredaren har deltagit i fem samverkansmöten, ett under projekttiden i december 2008 och fyra under våren 2009. När vården- och omsorgen om enskilda personer diskuterades eller samordnades, användes istället för deras namn ett kodnamn, till exempel initialerna.

# MATERIAL

## ***Fakta om Älvsjö stadsdelsområde***

I Älvsjö bodde i december 2007 totalt 22 373. Andelen personer över 65 år var ca 15,5 procent vilket motsvarar andelen för hela Stockholms stad.

### *Äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning*

Äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning är organiserad i en beställar/ utförarorganisation. Det finns sju biståndshandläggare som fattar beslut om olika former av äldreomsorg till enskilda personer. Varje biståndshandläggare har ansvar för bedömningen av bistånd för personer födda vissa dagar per månad. I andra stadsdelar ansvarar biståndshandläggare för biståndsbedömningen för personer som bor i ett visst geografiskt område.

### *Hemtjänsten i Älvsjö*

I oktober 2008 hade 336 personer över 65 år hemtjänst. Antalet hemtjänstutförare var vid samma tidpunkt omkring 20. I Älvsjö finns ingen kommunal hemtjänstenhet. De tre största hemtjänstföretagen är Attendo Care AB, Omsorgshuset AB och Finskt seniorboende och dessa deltog i projektet.

**Tabell 1. Antalet hemtjänstären den fördelade per hemtjänstföretag i oktober 2008.**

	Antal vårdtagare	Vårdtagare i projektet
Attendo Care AB	194	18
Omsorgshuset i Stockholm AB	96	10
Finskt seniorboende	24	5
Övriga utförare	22	
Ingen hemtjänst		2
	336	35

I Stockholms stad fördelas hemtjänstinsatserna i 18 nivåer, som omfattar insatser i ett varierande antal timmar under en månad (Se bilaga 3). De som har hjälp i den lägsta nivån 0 har enbart trygghetslarm. Hemtjänst i de lägre nivåerna omfattar serviceinsatser som städning, tvätt och inhandling. I de högre nivåerna ingår också omsorgsinsatser som matdistribution, personlig hygien, annan omvårdnad m.m.

Enligt avtalen med Stockholms stad, (Stockholms stad Dnr 327-560/2008 paragraf 1.10.1) ska utförare av hemtjänst kunna utföra alla inom hemtjänstens förekommande insatser både omvårdnadsinsatser och serviceinsatser.



*Med omvårdnadsinsatser avses vad som behövs för att tillgodose den enskildes fysiska, psykiska, sociala och kulturella behov. Insatserna ska innefatta hjälp med att äta, dricka, förflytta sig, individnära insatser som exempelvis på- och avklädning, samt hjälp att sköta hygien, insatser att bibehålla sociala nätverk och för att bryta isolering, insatser för att känna trygghet och säkerhet. (1.10.1.1)*

*Serviceinsatser är matlagning, inköp av dagligvaror, städtjänster städning och andra serviceinsatser. (1.10.1.2)*

*Lanstinget ansvarar för rehabiliteringsinsatser för enskilda som bor i ordi- närt boende. Hemtjänsten ska ha ett rehabiliterande förhållningssätt. (1.10.1.2)*

*Stockholms stad Dnr 327-560/2008*

Hemtjänstens personal utför också olika medicinska arbetsuppgifter som distrikts- sköterskorna delegerar till dem. Den vanligaste uppgiften är att överlämna läke- medel. Exempel på andra uppgifter är att ge ögondroppar, sårvård, tömma katetrar och stomipåsar.

### *Hemsjukvården i Älvsjö*

Hemsjukvården är en del av husläkarverksamheten. På samma sätt som hemtjän- sten har hemsjukvården ett yttersta ansvar med få tydliga avgränsningar. Verksam- heten pågår dygnet runt och det är vanligt att ansvaret är fördelat mellan olika aktörer kontorstid respektive så kallad obekvämtid.

**Tabell 2. Antalet hemsjukvårdspatienter 65 år och äldre i Älvsjö stadsdels- område i december 2008.**

	Antal hemsjuk- vårdspatienter	Deltagare i projektet
Älvsjö VC	140	28
Lisebergs VC	47	3
Fruängens VC	60	4
Uppgift saknas		2
	247	37

Hemsjukvården omfattar alla åldrar. Antalet personer med behov av hemsjukvård förväntas öka under de närmaste åren.

Inom Älvsjö stadsdelsområde finns tre vårdcentraler med olika geografiska upp- tagningsområden. Älvsjö vårdcentral arbetar bara inom Älvsjö stadsdelsområde medan Lisebergs och Fruängens vårdcentral har huvuddelen av sina patienter i angränsande stadsdelar.

Distriktssköterskornas arbete är organiserat så att de ansvarar för ett geografiskt område. De gör mellan 10-13 besök per förmiddag och har ca 20 minuter på sig per besök för att tidsschemat ska hålla. En arbetsuppgift är att se till att hemtjänst- personalen och personal inom omsorgen har delegeringar att överlämna läkeme-

del. För närvarande uppgår antalet personal som har delegering till ca 200 per distriktssköterska.

### Vilka vårdaktörer deltog i samverkan i Älvsjö?

Totalt genomfördes 49 samverkansmöten under 2008 med de nio olika aktörer som samverkade. Vilka som deltog framgår av tabell 3.

**Tabell 3. Deltagarna i samverkan angående de mest sjuka äldre i Älvsjö under 2008**

<b>Verksamhet</b>	<b>Organisation eller företag</b>
Biståndshandläggare	Älvsjö stadsdelförvaltning
Primärvård	Älvsjö vårdcentral Fruängens vårdcentral Lisebergs vårdcentral
Hemrehabilitering	ReAgeraklinikerna Älvsjö
Hemtjänst	Attendo Care AB Omsorgshuset AB Finskt seniorcentrum AB
Övriga	ASIH <sup>7</sup> i Långbro park

Representanterna från de nio vårdaktörerna deltog inte i varje möte. Kontaktpersoner från Älvsjö stadsdelförvaltning, Älvsjö vårdcentral, ReAgerakliniken i Älvsjö samt hemtjänstutförarna Attendo Care AB och Omsorgshuset var de mest flitiga. Av de totalt 49 mötena som hölls 2008 var representanten för ReAgerakliniken borta vid fyra möten, Älvsjö stadsdelförvaltning vid fem möten, Attendo Care AB vid 8 möten, Älvsjö vårdcentral vid 10 möten och Omsorgshuset AB vid 12 möten.

Fruängens och Lisebergs vårdcentraler, ASIH i Långbro park samt hemtjänstutföraren Finskt seniorboende AB hade ett begränsat åtagande och deltog vid behov. Finskt seniorcenter AB deltog vid sju tillfällen, Fruängens vårdcentral vid fyra tillfällen, ASIH Långbro park vid 2 tillfällen och Lisebergs vårdcentral vid ett tillfälle.

De flesta personer som representerade vårdaktörerna vid samverkansmötena hade en chefsbefattning eller en annan befattning med rätt att fatta beslut i frågor som rörde samverkan. Totalt deltog 16 personer vid ett eller flera samverkansmöten. Från Älvsjö stadsdelsnämnd kom förutom projektledaren ofta en eller flera biståndshandläggare beroende på vilka enskilda personers vård- och omsorgsbehov som behandlades. De tre distriktssköterskorna från Älvsjö vårdcentral alternerade. ReAgerakliniken representerades oftast av en arbetsterapeut.

<sup>7</sup> ASIH betyder avancerad hemsjukvård i hemmet

Hemtjänstföretagen Attendo AB och Omsorgshuset AB bytte enhetschefer under 2008. Tjänsten som enhetschef för hemtjänsten inom Attendo AB var vakant från april till oktober. Under den tiden deltog istället någon av de två samordnarna. De fortsatte att komma även efter att den nya chefen tillträdde. Från och med oktober 2008 och sex månader framåt arbetade en enhetschef men som sedan slutade. I mars 2009 började hennes efterträdare. Omsorgshuset AB fick en ny enhetschef i november 2008.

Under projekttiden genomfördes också 12 samverkansmöten i hemmet.

De samverkande vårdaktörernas representation vid samverkansmötena under 2009 är densamma som tidigare. Under de fyra första månaderna 2009 närvarade biståndshandläggarna, personal från Älvsjö vårdcentral och Reagerakliniken vid sju möten vardera, Attendo AB vid 6 möten, Omsorgshuset AB vid 4 möten. Finskt seniorboende och Fruängens vårdcentral närvarade vid ett möte.

### **Vilka deltog i projektet?**

Totalt samordnades under 2008 vård- och omsorgsinsatserna för 37 personer inom projektet. Fram till och med april 2009 tillkom ytterligare fem vårdtagare. Enligt de intervjuade distriktssköterskorna hade tillströmningen av äldre hemsjukvårdspatienter minskat den sista tiden och flera hade avlidit.

Biståndshandläggarna var flitigast att initiera vårdtagare till projektet. De tillfrågade mer än hälften av deltagarna. Därefter var det distriktssköterskorna. Hemtjänst initierade endast två. Hitintills har alla utom en velat fortsätta vara med efter den första sexmånadersperioden.

Av de 37 vårdtagarna som lämnade medgivande till samverkan under 2008 var 27 kvinnor och tio män. 12 var sammanboende och 25 ensamstående. De deltagande vårdtagarnas ålder varierade.

**Tabell 4. Vårdtagarna fördelade på ålder dec 2008.**

Ålder	Antal vårdtagare
>64	1
65-74	4
75-84	12
85-94	18
95-	2
Totalt	37

Medelåldern var 84 år. Fler än hälften var 85 år eller äldre. En var under 65 år och den äldsta över 100 år.

### **Vårdtagarnas vård och omsorgsinsatser?**

De flesta hade stora hjälpinsatser, men alla hade inte hemtjänst eller hemsjukvård i höga nivåer. Två hade inte hemtjänst. Kriteriet för att vara med var att vårdtagarna själva ansåg att de skulle ha hjälp av att vårdgivarna samverkade.

**Tabell 5. Vårdtagarna 2008 fördelade per hemtjänstnivå dec 2008.**

Hemtjänstnivå	Antal hemtjänst timmar/ månad	Antal vårdtagare
5	6,5 - 10,7	2
6	10,8 - 15,1	0
7	15,2 - 23,7	0
8	23,8 - 32,4	5
9	32,5 - 37,6	3
10	37,7 - 52,8	7
11	52,9 - 68,0	2
12	68,1 - 83,1	6
13	83,2 - 98,3	4
14	98,4 - 113,5	3
15	113,6 - 136,2	2
16	136,3 - 166,5	1
		35

Den absolut vanligaste orsaken till att de deltagande brukarna/ pensionärerna hade tillfrågats om att vara med i projektet var att de fick insatser från fler vårdgivare.

- alla hade hemsjukvård
- 35 hade hemtjänst
- 23 hade hemtjänst med omvårdnadsinsatser
- 13 hade kontakt med rehabiliteringskliniken ReAgera
- 2 hade kontakt med ASIH

De som hade stora insatser av hemtjänst och hemsjukvård fick ofta många besök per dag av vård och omsorgspersonal. Tabellen nedan visar hur många besök vårdtagarna hade från hemtjänst.

**Tabell 6. Antal besök per dygn från hemtjänsten 2008.**

Antal besök per dag	Antal vårdtagare
1	3
2	7
3	6
4	7
5	5
6	2
7	4
8	1
Antal	35

19 hade fyra eller fler hjälptillfällen från hemtjänsten per dag. För några av dem tillkom dessutom minst ett dagligt besök av distriktssköterskan.

Under projektåret flyttade fem av deltagarna till annat boende varav en avled efter en kort tid. Ytterligare två avled. Antalet vårdtagare var vid projekttidens slut 30. Från årsskiftet 2008/2009 och fram till den sista april 2009 anslöt sig fem nya personer. Ytterligare fyra flyttade till särskilt boende och en avled. Antalet aktuella vårdtagare i projektet var då fortfarande 30 personer.

## RESULTAT

I detta kapitel redovisas först intervjuerna med de 12 vårdtagare som hade lämnat medgivande till sina vårdaktörer att samverka om deras vård och omsorg. Därefter följer avsnitt där de olika vårdaktörernas, projektledarnas och ledningsgruppens erfarenheter redovisas samt deras förslag till hur samverkan kan utvecklas och förbättras ytterligare.

### ***Vårdtagarnas upplevelser av vården och omsorgen***

Fem av de intervjuade kände till att hemtjänsten och hemsjukvården samarbetade och de hade alla en positiv inställning till det. De övriga hade inga invändningar mot att vårdaktörerna samarbetade. Ingen av de intervjuade hade haft något samverkansmöte i sitt hem. En av de intervjuade trodde att det skulle kunna vara bra, men sa samtidigt att hjälpen fungerade ganska bra som den var.

### **Vilka hjälpinsatser fick de?**

Majoriteten av de intervjuade hade både hemtjänst och hemsjukvård. De flesta hade vid intervjutillfället kontakt med mellan två och fyra vårdaktörer var. En hade kontakt med tre olika vårdaktörer varje dag, hemtjänst och distriktssköterskan från vårdcentralen på dagtid och ASIH på kvällarna. Förutom kontakter med de aktörer som deltog i samverkan gick några av vårdtagarna också i dagverksamhet och eller hade växelvård. Två hade endast hemsjukvård. Det var kvinnor som vårdades av sina makar. En av dessa hade hemtjänst när maken reste bort och den andra hade haft hemtjänst tidigare.

De allra flesta av de intervjuade var helt beroende av hjälp för att klara sin vardag och klarade inte längre att röra sig ute i samhället på egen hand.

### **Vad tyckte de om vård och omsorgsinsatserna?**

Sju av de intervjuade var mycket nöjda med den vård och omsorg som de fick. Samtliga var nöjda med hemsjukvården, men det fanns synpunkter på hemtjänsten.

#### *Hemtjänstens insatser varierade*

Hemtjänst var den vanligaste och mest omfattande insatsen. Nio av de intervjuade hade hjälp av hemtjänst varje dag. Den som hade mest hemtjänst hade sju besök per dag samt tillsyn nattetid. Den som hade den minsta hjälpinsatsen fick hjälp med städning varannan vecka, men hade tidigare haft fler insatser.

Nästan alla nio av de tolv intervjuade pensionärerna hade hemtjänst mellan nivå 9 och 15, vilket innebär mellan 32,5 och 135,5 timmar per månad. (Se tabell bilaga 4) Intervjusvaren visade att hemtjänsten utfördes med olika grad av kontinuitet och kunskap och de intervjuades omdömen varierade.

Sex av de intervjuade var nöjda med hemtjänsten. De framhöll att hjälpen gavs med god kontinuitet och tyckte att personalen var kunniga. En av de anhöriga som var mycket nöjd med den närståendes hemtjänst ansåg att kvaliteten på de insatser som maken fick när han växelvårdades var klart sämre. Hon kände sig inte trygg med vården och omsorgen som mannen fick då. Hennes erfarenhet var att hemtjänstpersonalen visade ett mycket större engagemang och var mer kunniga.

En faktor som var avgörande för vad vårdtagarna tyckte om sin hemtjänst var hur många vårdbiträden som gav hjälpen. Att få hjälp av personer som man kände förtroende för var en annan viktig faktor som också avgjorde om de var nöjda eller inte. En av de intervjuade som hade många hjälpinsatser varje dag berättade att det totalt var tre vårdbiträden som hjälpte henne och hon fick insatserna utförda precis som hon önskade. Hon var mycket nöjd med sin situation. Ytterligare några hade lika goda erfarenheter.

De som inte var nöjda med hemtjänsten klagade på att de fick hjälp av för många olika vårdbiträden. Fem av de intervjuade upplevde det som ett problem att det hela tiden kom olika vårdbiträden. Två av de anhöriga berättade att deras respektive närstående hade fått hjälp av mer än 30 olika vårdbiträden under en period. De flesta hade enligt dem inte haft tillräcklig kompetens för att utföra den omvårdnad som den närstående var beviljade. Efter ett byte av hemtjänstföretag blev situationen för en av de anhöriga bättre.

Två av de intervjuade berättade att de nyligen hade fått byta den hemtjänstpersonal som de tidigare haft och varit mycket nöjda med. Anledningen till bytet var enligt de intervjuade att deras vårdbiträden hade blivit förflyttade till andra områden där hemtjänstföretaget hade behövt mer personal. Att byta personal hade för de här personerna inneburit att kvaliteten på hemtjänstens insatser hade sjunkit avsevärt och de var missnöjda med sin situation. Båda berättade att städningen hade försämrats. För en av dem hände det att insatserna helt uteblev. Båda hade påtalat försämringarna för sina respektive hemtjänstföretag, men hade inte fått någon omedelbar respons.

### *Hemsjukvården*

Hemsjukvårdens insatser varierade. Alla intervjuade fick hjälp av distriktssköterskan att hantera sina läkemedel. I de flesta fallen besökte de sina patienter varannan vecka och lämnade mediciner för den kommande tvåveckorsperioden. Några patienter fick en eller flera insulininjektioner varje dag eller fick flera besök i veckan av distriktssköterskan för sårömläggningar eller liknande. Tre av de intervjuade berättade att läkaren kom hem till dem regelbundet, något som de uppskattade. Ytterligare en av de intervjuade fick kontinuerlig hjälp i hemmet av ett specialistteam för sina hjärtbesvär. Insatserna hade minskat hennes besvär och hon behövde inte längre söka akut sjukvård som hon tidigare hade gjort relativt ofta. De enda klagomål som framfördes var att distriktssköterskan ibland hade bråttom och att personalen på helgerna växlade.

Ingen av de intervjuade hade någon pågående rehabilitering men några berättade att de hade fått hjälp av personal från ReAgerakliniken med att planera förändringar i bostaden för att förbättra tillgängligheten.

## Vårdaktörernas erfarenheter

### ”Samverkan en jättebra tanke!”

Att samverka var inget nytt för de berörda vårdaktörerna i Älvsjö. Det framkom vid flera av intervjuerna att det sedan många år hade pågått ett relativt intensivt samarbete dem mellan. Flera av de intervjuade berättade att de redan före projektet startade hade täta telefonkontakter angående vården och omsorgen om enskilda personer och även gemensamma vårdplaneringar. Samarbetet innebar också att hemsjukvårdens och hemtjänstens personal ibland hjälpte varandra när det saknades personal. Erfarenheterna av kontakterna var i stort sett mycket positiva.

Samtliga intervjuade representanter från de olika vårdaktörerna var positiva till samverkan och tankarna bakom projektet. *”Självklart är samverkan bra, inte kan det vara negativt”*, sa en av hemtjänstcheferna. De intervjuade var i huvudsak också överens och mycket positiva både till vad den ökade samverkan hade inneburit och till hur formerna för samverkan hade utvecklats. De framhöll att samverkansmötena gav samarbetet en bra struktur. Flera av representanterna arbetade i företag som är verksamma i olika delar av Stockholm och de ansåg att samverkan på ett liknande sätt som det i Älvsjö borde finnas överallt.

De intervjuade biståndshandläggarna sa att de för att kunna arbeta för att fler äldre ska kunna bo kvar hemma *”måste ha de här kontakterna”*. Att vara med på ett samverkansmöte var enligt dem också ett bra sätt för nyanställda biståndshandläggare att snabbt träffa olika personer som de sedan skulle ha löpande kontakter med i arbetet. Samtidigt efterlyste de mer engagemang både från sig själva och från kollegorna. *”Ibland är det suck när det är ens tur att gå dit”*.

### Medgivandeblanketten m.m.

Erfarenheten från kartläggningen av ”de mest sjuka äldre” visade att de vanliga definitionerna på begreppet multisjuk eller liknande begrepp var för snäva och fungerade inte som kriterium för att bli tillfrågad att vara med i samverkansprojektet. Istället hade de, när de frågade olika personer om de ville vara med, utgått från vilka som de trodde skulle ha nytta av att deras olika vårdaktörer samverkade. *”Det är brukaren som ska uppleva att situationen är komplicerad. Alla som upplever att de har nytta av att vi samarbetar ska kunna vara med”* sa en av projektledarna. Det var enligt projektledaren från stadsdelsförvaltningen inte nödvändigt att de som ingick i projektet hade hjälp i höga nivåer. Situationen kan vara komplicerad ändå.

Att vårdtagarna lämnade skriftligt medgivande till att vårdaktörerna samverkade var ett nytt moment som infördes genom projektet. En fördel med att pensionärerna skrev på en medgivandeblankett var enligt en av hemtjänstcheferna *”att de inte arbetade över huvudet på pensionärerna”*

Distriktssköterskorna från vårdcentralen i Älvsjö framhöll att de alltid hade samverkat, men tidigare utan formalia. Nu konstaterade de att samarbetet, med de skriftliga medgivanden som patienterna skrev på, hade blivit mer systematiskt och

formaliserat. De tyckte att medgivandeblanketten var krånglig. En svårighet var enligt dem att de ibland kände sig osäkra på om patienterna hade förstått innehållet eller inte. De var angelägna om att de förstod innebörden men tyckte att *”det var överkurs att förklara den”*. Blanketten borde enligt dem förenklas och bli mer kortfattad.

Biståndshandläggarna, som hade föreslagit flest vårdtagare att ansluta sig till samverkansprojektet, berättade att de flesta hade varit positiva till att låta deras vårdaktörer samverka. De hade inte tvekat att underteckna en medgivandeblankett. En svårighet för dem hade ibland varit att mängden annan information som de måste ge pensionärerna hade hindrat dem att också fråga om de ville underteckna en medgivandeblankett.

Biståndshandläggarna, hade också synpunkter på det strikta kravet att vårdtagarna skulle lämna skriftligt medgivande. De tyckte att samverkan i sin nuvarande form var lite för formaliserad och sa att de ibland vid samverkansmöten skulle vilja ta upp frågor om personer som inte hade skrivit under en samverkansblankett, men som hade lämnat ett muntligt medgivande. De skulle vilja kunna agera mer spontant.

En svårighet var att få medgivande från personer med demenssjukdomar. Många i den gruppen var tveksamma till att underteckna medgivandeblanketten. Det var också juridiskt sett mer komplicerat. I några fall hade anhöriga lämnat medgivande för sina närståendes räkning. Personer med psykiska problem visade sig också vara svåra att nå och ännu hade ingen i den kategorin lämnat medgivande till samverkan.

## **Erfarenheter av samverkansmötena**

### *Mötesordningen*

Under projektåret hade vårdaktörerna samverkansmöte en timma varje tisdag eftermiddag. De två projektledarna turades om att leda mötena. Sedan årsskiftet 2008/2009 fördelades uppdraget att vara ordförande mellan de deltagande vårdaktörerna enligt en i förväg bestämd turordning. Den som var ordförande ansvarade också för minnesanteckningarna. Meningarna om nyordningen var blandade. Några var positiva till det delade ansvaret att leda samverkansmötena. Det medförde enligt dem att alla var tvungna att engagera sig. En hemtjänstchef sa att *”det innebär att man tar lite mer ansvar”*. Andra tyckte att mötena fungerade bättre före årsskiftet när de två projektledarna höll i dem. Två av de intervjuade distriktssköterskorna ansåg att det var svårt att hålla i ett möte när det var så lång tid mellan gångerna. De tyckte att det var bättre med den kontinuitet som fanns tidigare. De kunde inte komma ihåg hur de kom fram till att de skulle dela på ordförandeskapet. *”Kanske var det så att ingen hade tid att hålla i dem, men nu är det ingen som har en vana att hålla i mötet.”*



### *Vem kommer på samverkansmötena?*

Intervjuerna visade att gruppen som träffades på samverkansmötena växlade och att alla vårdaktörer mer undantagsvis var representerade på alla möten. Vid de flesta möten deltog fyra eller fem vårdaktörer. Eftersom deltagarna varierade var det ofta bara ett fåtal som hade varit med vid det föregående mötet och minnesanteckningarna hade därför en stor betydelse för kontinuiteten. De flesta av de intervjuade ansåg att utbytet av samverkansmötena blev mycket bättre när alla vårdaktörerna närvarade.

Flera av de intervjuade saknade att inte vårdbiträden från hemtjänst deltog i samverkansmöten när frågor om de vårdtagare som de arbetade med diskuterades. Vårdbiträdena är den personalgrupp som träffar vårdtagarna oftast och som därmed enligt flera av de intervjuade hade en viktig kunskap att förmedla. Några ansåg att det skulle vara bra att i förväg veta vilka frågor som stod på dagordningen så att de kunde skicka rätt personer.

### *Allmän information*

Första delen av samverkansmötena ägnades åt allmän information. Samtliga intervjuade var överens om att den allmänna informationen som de fick på samverkansmötena var bra. De tyckte också att samverkansmötena var ett bra forum att själva informera om den egna verksamheten. Informationen under året hade bestått såväl av information om ”mindre” interna förändringar som att deltagarna mer ingående hade berättat om respektive organisationers uppdrag och hur de var organiserade och arbetade. Informationen hade enligt de intervjuade gett dem en bättre bild av de andra vårdaktörernas verksamhet. De hade också fått konkret information om hur man beställer hjälpmedel, sjukresor m.m.

### *Samverkan kring enskilda vårdtagare*

Samverkansmötenas andra del ägnades åt vården och omsorgen om enskilda vårdtagare.

Intervjuade av alla kategorier tyckte att det hade varit bra diskussioner vid de möten när de själva hade tagit upp ärenden. En av de nyanställda hemtjänstcheferna berättade att hon hade fått hjälp med problem i några fall. Hon hade uppskattat känslan att det fanns tid och att alla hade bidragit i diskussionerna. Däremot var det flera som sa att det inte kändes meningsfullt att delta i samverkansmöten utan att ha några egna frågor om vårdtagare att ta upp.

En av hemtjänstcheferna ansåg att informationen om de enskilda vårdtagarna på samverkansmötena ”*hade en mycket bra kvalitet*”. Hon tyckte också att det var bra när de tillsammans, i olika frågor, hade kommit fram till ett gemensamt sätt att agera. En annan av hemtjänstcheferna berättade att hon hade kunnat förebygga att svårigheter inte uppstod senare i vården och omsorgen om några vårdtagare tack vare kontakterna i samverkansgruppen. Hon hade också med hjälp av de andra vårdaktörerna kunnat motivera ett par makar att ta emot mer hjälp.

Samtliga intervjuade framhöll särskilt att en fördel med projektet var att de hade lärt känna ReAgeraklinikens personal bättre. Det hade medfört att de nu visste vart de skulle vända sig för att få hjälp med att rekvirera hjälpmedel m.m. I intervjuerna framkom flera exempel där rehabiliteringsinsatser tack vare samverkansgruppen hade kommit igång snabbt. Samordnarna i ett av hemtjänstföretagen berättade om en kvinna som efter en sjukhusvistelse hade fått träning i hemmet tre dagar i veckan av ReAgerakliniken och på så vis blev mobiliserad igen. Det framkom även andra exempel på hur samverkan hade underlättat och snabbt lett fram till bra vård- och omsorgsinsatser.

En distriktssköterska berättade om ett gemensamt hembesök hos en vårdtagare som ville få gångträning och flytta till servicehus. Mötet innebar att gångträningen startade omedelbart och att han också fick en lägenhet i servicehuset. Ett annat exempel gällde en kvinna som vårdcentralen ansåg *”att vi måste göra något för”*. Följande dag var det samverkansmöte och redan samma kväll skrevs kvinnan in på geriatriken.

Initiativ till samverkan tas även mellan mötena i samverkansgruppen. En biståndshandläggare berättade att hon under ett hembesök hos en kvinna hade sett ett akut behov av en medicinsk bedömning. Hon bad den berörda vårdtagaren att skriva på en samverkansblankett och kontaktade därefter distriktssköterskan. De gjorde ett gemensamt hembesök hos kvinnan och fortsatte sedan att samarbeta. Efter några månader fick kvinnan erbjudande att flytta till ett äldreboende.

## **Samverkansmötena har lett till fördjupade kontakter**

Samtliga intervjuade påpekade på olika sätt hur positivt det var att de tack vare att de träffades i samverkansgruppen hade lärt känna varandra. De flesta av de intervjuade ansåg att det hade blivit lättare att ta kontakt med varandra även utanför samverkansgruppens möten. Det var enligt en av de intervjuade hemtjänstcheferna en stor tillgång att veta vilka människor som man ska samverka med. Hög personalomsättning försvårade enligt henne arbetet. En annan av hemtjänstcheferna ansåg att personkännedom bidrog till att skapa förtroende och tillit mellan de samverkande vårdaktörerna. *”När man känner personerna vet man eller utgår man ifrån att alla gör sitt bästa. Det känns säkrare. Om det är svårt att få tag på någon per telefon vet jag att jag senast kan nå dem på nästa möte”*.

De tre olika hemtjänstföretagen som träffades på samverkansmötena konkurrerar om att få pensionärerna i Älvsjö som sina kunder, men ingen av företrädarna ansåg att det var något större problem att delta tillsammans i samverkansarbetet.

## **Svårt att hinna delta i samverkansmöten**

Samtidigt som alla ansåg att samverkan var bra och viktig för att klara arbetsuppgifterna så samtliga intervjuade representanter för de samverkande vårdaktörerna i Älvsjö att det var svårt att få tiden att räcka till för att delta i samverkansmötena. Det märktes på närvaron. De intervjuade uppskattade förändringen från och med 2009 att ha samverkansmöten en gång var fjortonde dag istället för varje vecka. Att ha möte varje vecka var enligt dem för ofta. Förändringen att träffas mer säl-

lan hade dock inte fört med sig någon ökad närvaro. Den intervjuade representanten för ReAgerakliniken sa att det ur deras perspektiv inte gick att träffas glesare än varannan vecka om samarbetet skulle vara meningsfullt eftersom hälften av dem som berördes av samverkan var deras patienter.

De intervjuade hemtjänstcheferna sa att de ibland hade svårt att hinna gå eller att skicka någon annan till samverkansmöten trots att samverkan var *"en klar tidsvinst"*. Om inte samverkansgruppen hade funnits berättade en av hemtjänstcheferna hade hon fått ringa alla berörda vårdaktörer var för sig i de ärenden som hon själv hade tagit upp till behandling.

En av distriktssköterskorna som hade sin arbetsplats på en vårdcentral i en angränsande stadsdel berättade att hon hade varit på samverkansmöte när hon hade haft något ärende, ca 5-7 gånger. Det geografiska avståndet var enligt henne ett hinder för att kunna delta oftare och det var svårt att hålla mötestiden fri från andra arbetsuppgifter. Arbetet var enligt henne akutstyrt och inte möjligt att åka till ett samverkansmöte *"om det stod en patient utanför dörren"*. Om samverkansgruppen hade sina träffar närmare hennes vårdcentral, trodde hon att hon skulle gå oftare. Hon var positiv till samverkan, men ville samverka på ett mer tidseffektivt sätt. Samverkan som den fungerade nu kändes ibland enligt henne *"för uppstyrd och byråkratisk"*. Istället tyckte hon att det var lättare att ringa den man ville ha tag på själv. Hemtjänst var enligt henne alltid lätt att nå, men inte biståndshandläggarna. När hon åkte till Älvsjö och mötet inte rörde någon av hennes patienter tyckte hon att hon slösade med sin arbetstid. Hon skulle hellre utveckla modern teknik för samverkan än att gå på möten.

Även de andra distriktssköterskorna sa att det var svårt att prioritera samverkansmöten. Det framkom också att det faktum att deras avtal med landstinget inte gav dem någon ersättning för att delta i samverkansmöten bidrog till svårigheterna att ge mötena en högre prioritering.

### **Hur bedömde vårdaktörerna vårdtagarnas situation?**

De intervjuades åsikter varierade om hur de som hade stora vård- och omsorgsbehov klarade sig med hjälpinsatserna de fick. Biståndshandläggarna och hemtjänstpersonalen var mest positiva och distriktssköterskorna mer tveksamma. En av projektledarna betecknade dem som hade lämnat medgivande som en mycket skör grupp. Enligt henne blev personer, som närmade sig livets slut mer oroliga. Äldre kunde också bli oroliga efter en fallolycka eller liknande. Hon menade att hur vårdtagarna upplevde sin situation varierade och påverkades både av personligheten och av förväntningarna på ålderdomen. Hon hade märkt att de som hade förväntat sig att få bo på äldreboende men inte fick det, ofta blev mycket besvikna.

En av hemtjänstcheferna ansåg att de olika vårdresurser som fanns till förfogande gav de äldre en fantastisk möjlighet att bo hemma. Samtidigt sa hon, att de begränsade ekonomiska resurserna innebar att det fanns områden att förbättra. Främst ansåg hon att personer som var ensamma behövde möjligheter att träffa

andra. Det fanns enligt henne en risk att isolerade personer blev deprimerade och det behövdes fler dagverksamheter eller samlingspunkter.

Projektledarna ansåg de som bodde hemma och hade det bra ofta hade anhöriga som bodde nära och som kunde utföra allt som hemtjänst inte gör. En brist enligt projektledarna var att hemtjänsten ofta inte såg till hela de äldres situation utan bara fokuserade på de insatser som de skulle utföra och att hemtjänsten arbetade i ett uppdrivet tempo. En ambition i projektet var att vårdtagarnas sociala situation skulle uppmärksammas mer. Det arbetssättet hade endast slagit igenom i begränsad utsträckning ännu ansåg projektledarna. Nu försvårades de ansträngningarna av att det var svårare att bevilja dagverksamhet. Stadsdelsförvaltningen gjorde besparingar och vården och omsorgen hade enligt dem inte fått några ökade resurser. Biståndshandläggarna beviljade därför i första hand endast lagstadgade insatser.

### *Olika perspektiv*

Biståndshandläggarna berättade att de ibland var oense med distriktssköterskorna om när någon skulle beviljas en plats i särskilt boende. De berättade att distriktssköterskorna ibland var kritiska till att svårt sjuka bodde hemma. De såg stora risker medan biståndshandläggarnas bedömning ofta var att det var bättre att bo kvar hemma än att flytta till ett särskilt boende.

En av de intervjuade distriktssköterskorna ansåg att det numera inte finns något alternativt boende för svårt sjuka äldre – ”*mellan sitt hem och himlen*”. Hon hade erfarenhet av en del äldre som åkte in och ut mellan hemmet och geriatriken. Vårdtiderna är för korta sa hon. Enligt henne var det ”*inte alltid så värdigt*” att flytta sent i livet. ”*Ibland är det ren sjukhemsvård i hemmen.*” Hennes uppfattning var att hemtjänsten inte klarade av att hjälpa de äldre som ”*i princip behöver hjälp med allting*”. Framförallt ansåg hon att det var svårt med så många olika personer som vårdar.

Enligt henne var det många anhöriga som vårdade och hon träffade ofta utarbete- de hustrur i höga åldrar som vårdade ännu äldre män. Hon berättade om en kvinna vars man hade stora insatser. Hemmet dominerades av diverse utrustning och många personal. Följden var att frun inte upplevde att hon hade något hem längre.

Att hemtjänstens insatser hade bra kontinuitet var enligt biståndshandläggarna en viktig förutsättning. Deras uppfattning var att hemtjänstföretagen klarar det bra och menade att det kan vara lättare för hemtjänst att matcha rätt personal med en vårdtagare än det var i ett särskilt boende. En annan förutsättning för att bo hemma med stora vård- och omsorgsinsatser var enligt dem att personerna kände sig trygga. Annars gick det inte.

### *Vårdtagare i beroendeställning*

Det framkom också att det var svårt för vårdtagarna att framföra synpunkter och klagomål direkt till de olika vårdaktörerna. Pensionärerna ville enligt flera av de intervjuade aldrig klaga eftersom det var svårt att klaga på dem man är beroende av. Intervjuerna visade att vårdtagarna istället valde att berätta för distriktsskö-

terskorna och rehabiliteringspersonalen om synpunkter på hemtjänsten. Det hände också att distriktssköterskorna och rehabiliteringspersonalen fick höra synpunkter om varandras insatser.

En svårighet som de intervjuade distriktssköterskorna reflekterade över var att alla patienter inte ville ha kontakt med hemtjänsten och att det ibland kunde leda till att det uppstod misär i deras hem. De intervjuade distriktssköterskorna berättade att de försökte motivera en del personer att ta emot hemtjänst. Det som kunde vara hinder trodde de dels var kostnaden för hemtjänst men också att det innebär en inskränkning i den personliga integriteten att ha hemtjänst. En viktig skillnad mellan hemsjukvården och hemtjänst var, menade en av dem, att hemtjänsten går in på ett område som en person förväntas klara själv. Så är det inte med hemsjukvården.

### **Insatsernas kvalitet**

Den övergripande målsättningen för projektet var *”att möjliggöra en ökad kontinuitet, trygghet och säkerhet i vården och omsorgen för vårdtagare i ordinärt boende”*. Vad ansåg de intervjuade om insatsernas kvalitet efter att samverkan i den nya formen hade pågått ett år eller längre? Flera av de intervjuade ansåg att stora delar av vården och omsorgen hemma hos pensionärerna *”fungerade relativt väl”*. Distriktssköterskorna, biståndshandläggarna och rehabiliteringspersonalen ansåg att kvaliteten på framförallt hemtjänstens insatser varierade. När det inte fungerade var det ofta brister i kontinuitet hos personalen.

#### *Snabbare och smidigare insatser*

Projektledarna ansåg att samarbetet hade resulterat i att vårdtagarna nu både fick snabbare och smidigare insatser. Tack vare tisdagsmötena följde de upp insatserna bättre och nya hjälpinsatser sattes in fortare. Några av de intervjuade från hemtjänsten önskade dock att hemtjänstinsatserna skulle kunna ändras ännu snabbare när de rapporterade om förändrade behov till biståndshandläggarna.

Det förbättrade samarbetet med ReAgerakliniken var det som både projektledarna och flera andra av vårdaktörerna ansåg hade gett mest. När de under samverkansmöten hade pratat om vården- och omsorgen för olika personer hade flera aspekter av deras situation fångats upp än tidigare, även behoven av rehabilitering hade uppmärksammas. De hade börjat introducera kognitiva hjälpmedel och fler fick näringsdrycker.

### **Oklart ansvar för den gemensamma planeringen och samordningen av insatserna**

Projektledaren från stadsdelsnämnden ansåg att biståndshandläggaren ofta inte hade en så central roll när vårdaktörerna planerade. Det var istället utförarna som behövde samordna sig. Hon tyckte att det var ett problem att ingen av dem hade ett tydligt uttalat ansvar för planeringen.

Några distriktssköterskor berättade att de hörde av sig till hemtjänst när de lade märke till att något i vården och omsorgen hemma hos en pensionär inte fungerade. Exempelvis om hemtjänsten inte utförde alla insatser eller att läkemedel inte blev överlämnade. När de ringde till hemtjänsten och framförde synpunkter om brister i kontinuiteten berättade de att de inte alltid fick så stort gehör för sina synpunkter. Svaret var ofta att de inte kunde förbättra kontinuiteten.

Även biståndshandläggarna trodde att pensionärerna inte alltid fick all den hjälp som de var beviljade. Enligt de intervjuade var det är inte lätt att följa upp och kontrollera. Ibland kontaktade biståndshandläggarna hemtjänstföretagen i samband med omprövningar eller när de gjorde uppföljningar men då ville de helst ha pensionärens medgivande.

### **Annan organisation av samverkan**

En av de intervjuade distriktssköterskorna hade erfarenhet av ett annat sätt att samverka. Hon samarbetade mest med en kommunal hemtjänstenhet i ett angränsande stadsdelsområde. Där hade biståndshandläggarna områdesansvar. Det underlättade enligt henne samarbetet. Varje månad träffade hon enhetschefen för hemtjänst och biståndshandläggaren och stämde av vård- och omsorgsinsatserna för de gemensamma vårdtagarna. Det fungerade enligt henne väldigt bra.

När biståndshandläggarna som i Älvsjö arbetade efter dagar försvårade det enligt henne samarbete. Om hon gick till ett samverkansmöte i Älvsjö kunde hon inte veta om där fanns någon biståndshandläggare som hon behövde träffa. Även hon påpekade vikten av personkännedom. Att gå på möten var enligt henne ett bra sätt att lära känna olika hemtjänstutförare på. Hon tyckte att distriktssköterskan ska vara ett stöd för hemtjänstens vårdbiträden och berättade att vårdbiträdena i den kommunala hemtjänstenheten hade hennes mobilnummer och ringde vid behov. De privata utförarna som blev alltför många hade inte fått numret. Orsaken var att hon inte kände dem. ”*Ju fler utförare det blir ju svårare blir det att samverka även om det kan finnas fördelar med konkurrens.*” Enligt henne gick det inte att ha kännedom om så många personer. Det försvårade att t ex delegera överlämnande av läkemedel.

### **Projektledarnas erfarenheter**

De två projektledarna intervjuades individuellt vid projekttidens slut och en gång gemensamt i juni 2009. Här redovisas främst deras erfarenheter av hur samverkan utvecklades. I övrigt redovisades deras erfarenheter i ovanstående avsnitt.

#### **Vad hände?**

Det tar tid att utveckla samverkan konstaterade projektledarna. I arbetet med att utveckla samverkan använde projektledarna sig av en modell där samverkan beskrivs som en process i fem steg (se sid. 14). Vid projekttidens slut bedömde de att de låg mellan steg två och tre på samarbetsskalan. ”*Information är fortfarande viktigt, men vi börjar närma oss steg tre.*”

Projektledarna berättade att det hände mycket de första månaderna av projekttiden. Det blev enligt dem en märkbar förbättring av samarbetet tack vare att de olika deltagarna lärde känna varandra. Behovet av att utveckla de personliga kontakterna var stort. Ibland innebar det att deltagarna förlorade fokus på varför de var på samverkansmöte. Men den delen var viktig konstaterade projektledarna och underlättade de fortsatta kontakterna. De ansåg att det var bra att de hade möten varje vecka under det första året för att bygga upp relationerna i gruppen, men nu tyckte de att det var tillräckligt att samverkansgruppen träffades varannan vecka.

Vid den avslutande intervjun med projektledarna ansåg de att samverkansgruppens arbetssätt *"började sätta sig"* och att formerna för samverkan kontinuerligt utvecklades. De berättade att samverkan nu pågick i högre utsträckning än tidigare. Inte bara när de hade samverkansmöten utan vårdaktörerna hade också många kontakter mellan mötena. *"Nu när de känner varandra går det mycket lättare att samverka även övrig tid. Det går ganska enkelt att ordna hembesök per telefon och då är nästan alltid kontaktpersonerna från hemtjänsten med."*

Projektledarna ansåg att all den informationen som deltagarna hade gett varandra under samverkansmötena var kunskap som underlättade att de olika aktörerna bättre förstår *"hur och varför"* och som bidrog till att hjälpen till pensionärerna flyter smidigare.

En av projektledarna berättade att hon nyligen hade samverkat med en vårdaktör som inte var med i samverkansprojektet. Hon hade märkt en stor skillnad i kontakten med den vårdaktören i jämförelse med vårdaktörerna i samverkansprojektet. Skillnaden var enligt henne att de inte hade haft någon kunskap om varandras kompetens- och ansvarsområden och att de därför *"inte förstod varandras situation"*.

Hur intimt kan de samverka? Enligt projektledarna finns det en gräns. De trodde inte att det går att uppnå den högsta graden av samverkan eftersom de olika företagen hävdar sin rätt att utföra insatserna på det sättet som de vill.

De 12 samverkansmöten som de hade haft hemma hos vårdtagare var färre än de hade förväntat sig. Under de första fyra månaderna 2009 hade de ytterligare sex samverkansmöten i hemmet och tendensen var att de fortsatte att öka. En av projektledarna trodde att vårdtagarna tyckte att det hade varit bra att ha samverkansmöte i hemmet och ingen hade hitintills klagat. Hon ansåg att det var nödvändigt att vårdbiträdena från hemtjänsten deltog vid dessa möten. Samtidigt var det enligt projektledarna inte alltid möjligt att göra gemensamma hembesök eftersom de berörda personerna inte alltid ville. Då var de ordinarie samverkansmötena ett bra alternativ för de berörda vårdaktörerna att samråda med varandra.

Projektledarna berättade att de ännu inte hade börjat arbeta med att kartlägga vårdtagarnas nätverk som en del i att utveckla ett socialt synsätt i arbetet. De trodde att det ännu skulle ta lång tid att komma dit.

## **Erfarenheter från ledningsgruppen**

Fyra av de sex kvarvarande medlemmarna i projektets ledningsgrupp intervjuades individuellt. De som inte intervjuades var två chefer från Älvsjö stadsdelsnämnd som slutade under hösten 2008. En var den tidigare förvaltningschefen för äldreomsorgen som också var ledningsgruppens ordförande och den andra var enhetschef för myndighetsutövningen inom äldreomsorgen i stadsdelen.

### **En lång tradition av samverkan**

Två av de intervjuade medlemmarna i ledningsgruppen hade arbetat länge i Älvsjö och hade lång erfarenhet av arbetet i den ordinarie samverkansgruppen mellan landstinget och kommunen. De berättade att både formerna och engagemanget för samverkan hade varierat under åren. Ibland hade kommunen varit sammankallande, ibland landstinget. Förutsättningarna att samverka hade enligt en av de intervjuade växlat och påverkats av hur kommunen och landstinget hade varit organiserade. Det påverkade enligt henne även viljan att samverka. Hon ansåg att samverkan för att fungera krävde att någon hade ett tydligt ansvar för att leda arbetet. Oftast hade det varit kommunen som hade haft initiativet. De vårdaktörer som deltog i samverkan hade också växlat. I perioder hade även representanter från geriatriken, psykiatri och ASIH ingått. I början på 2000-talet var det enligt de två intervjuade en bra period för samverkan och samverkansgruppens medlemmar hade haft en enkel informell kontakt: *”Vi kunde ringa varandra och löste problem enkelt”* De hade också utarbetat ett bra samverkansdokument. Det nuvarande samverkansdokumentet var enligt en av de intervjuade inte riktigt aktuellt.

### **Den nuvarande samverkan ett föredöme i länet**

Samtliga intervjuade medlemmar i ledningsgruppen hade positiva erfarenheter av arbetet med samverkansprojektet och ansåg att ledningsgruppen under äldreomsorgschefens ledning hade haft bra arbetsformer. De hade kontinuerligt fått rapporter om hur projektet utvecklades och haft möjligheter att påverka.

Enligt en av cheferna, vars företag driver hemtjänst i stora delar av Stockholms län, låg samverkan i Älvsjö före alla andra områden. Hon deltog även i andra samverkansgrupper och var mycket positivt inställd både till samverkan och till ledningsgruppens arbete. Eftersom det inte fanns någon kommunal hemtjänst i Älvsjö ansåg hon att samarbetet med kommunen blev mer självklart och naturligt. Enligt henne var det lätt att ha en dialog med stadsdelsförvaltningen och lätt att vid behov nå de andra deltagarna i ledningsgruppen. Nu berättade hon, hade aktiviteterna i ledningsgruppen avtagit. Det hade inte varit något möte sedan i december 2008 då den tidigare ordföranden slutade.

Även de intervjuade medlemmarna i ledningsgruppen ansåg att behovet av samverkan var stort. De betonade olika fördelar med att samverka. Arbetet krävde enligt en av hemtjänstcheferna en tät kontakt med kommunen. *”Vi vill samverka så mycket som möjligt”* och frågade retoriskt varför. Svaret var att de ville göra affärer, vilket innebär att få många vårdtagare. *”Kontakterna som samverkan i*



*Älvsjö ger innebär att tjänstemännen i stadsdelen lär känna oss och vårt företag på ett naturligt sätt. I ledningsgruppen kan vi jobba med äldrefrågor tillsammans.”* Det var enligt hemtjänstchefen viktigt att biståndshandläggarna kände förtroende för företaget eftersom många äldre inte själva valde hemtjänstföretag. Då var det bra att biståndshandläggarna visste vad företaget var bra på. Det underlättade enligt hemtjänstchefen deras val.

### *Konkurrens*

De två representanterna från de privata hemtjänstutförarna fick frågor om sina erfarenheter att delta i samverkan tillsammans med konkurrerande företag. Båda ställde sig positiva till det. En av dem ansåg att det var bra för företaget att ha goda relationer till konkurrenterna och de samarbetade även i branschorganisationer m.m.

Den andre av de intervjuade hemtjänstcheferna ansåg att samverkan kan innebära konkurrensproblem, att det var viktigt att utförarna hade tillgång till samma information och att de agerade likvärdigt i olika frågor. Hemtjänstchefen menade att *man måste försöka kombinera samhällsansvar och företagsamhet bland annat för att hålla nere samhällets kostnader. Vinsterna med att utveckla samverkan kan vara att personer kan bo ytterligare ett år i hemmet och att det blir jättevinst för samhället”*.

När det gällde frågan hur långt de kan tänka sig att utveckla samverkan blev de mer tveksamma. Det fanns en gräns hur långt man kan gå sa en av hemtjänstcheferna och var tveksam till ett mer fördjupat samarbete. De för dialoger med andra vårdaktörer, men inte mer.

### **Förutsättningarna påverkar kvaliteten**

De två regioncheferna från hemtjänstföretagen som var med i ledningsgruppen besvarade också frågor om hur de såg på hemtjänstens kvalitet och hur de trodde att målgruppen för projektet hade det. En av dem trodde att en del hade det svårt. Inte minst de som inte har några anhöriga. *”Det behovet kan hemtjänsten inte fylla.”* Tidsfaktorn var enligt henne en hämmande faktor som innebar svårigheter när de försökte ge kunderna det lilla extra. Ofta var det omöjligt med tanke på den tid som biståndshandläggarna beviljade. Till exempel 20 minuter för att handla. De fick enligt hemtjänstchefen inte betalt för alla tjänster som de utförde. Bland annat inte för att utföra delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter som att överlämna läkemedel. Hemtjänstchefen ansåg att uppdragen de får är fyrkantiga och önskade att pensionärerna hade mer inflytande över hjälpen och kunde vara mer delaktiga. Hon önskade en modell där kunderna fick hemtjänsttid som de själva kunde fördela istället för som nu bestämda insatser.

### **Vad hade projektet medfört?**

En av de intervjuade hemtjänstcheferna ansåg att samverkansprojektet var en test av att samverkan kan fungera i praktiken. Vårdcentralchefen hade också i grunden en positiv inställning till projektet men hade hoppats på mer konkreta resultat.

Samverkansmöten hade varit ett sätt att lära känna varandra, men de hade enligt henne inte bidragit vare sig till fler gemensamma hembesök eller till något mer praktiskt konkret samarbete. Personalen på vårdcentralen önskade ett närmare samarbete med biståndshandläggarna som ännu inte hade utvecklats så som de hade hoppats. Chefen för vårdcentralen ifrågasatte om det var motiverat att ses när det inte blev ett mer konkret resultat. Samtidigt ansåg hon att utvecklingsprocessen måste pågå och att ett år inte var så lång tid för ett projekt. Hon trodde att samverkan kan bedrivas i enklare former och betonade att samverkan kräver fortsatt ledning.

Två av de intervjuade deltagarna, en av hemtjänstcheferna och primärvårdchefen, hade följt med sina medarbetare på några samverkansmöten. Hemtjänstchefens uppfattning var att mötet hade behandlat frågor av vikt. *”Mötena var konstruktiva.”* Han tyckte att det var bra att de hade en fast dagordning och förde minnesanteckningar. Att det framgick vem som var där. Han tyckte också att den nuvarande modellen med ett roterande ledarskap var bra. *”Lägger man ansvaret på en eldsjäl är risken stor att det dör ut. Genom förankringen som nu skapas kan samverkan inte dö”*.

## ***Hur kan samverkan utvecklas och förbättras?***

De intervjuade blev tillfrågade om de hade förslag och idéer om hur samverkan ytterligare kan utvecklas och förbättras. Förutom konkreta förslag om hur samverkan kan utvecklas vidare hade de intervjuade synpunkter och idéer om vilka som bör samverka och vad som krävs av dem som samverkar.

### **Vad krävs för att samverkan ska fungera?**

*Att samverka kräver att alla tar ansvar.*

Projektledarna hade noterat att, sedan årsskiftet 2008/2009 då ordförandeskapet i samverkansmötena roterade mellan de olika vårdaktörerna, blev mötena olika beroende på vem som höll i dem. Några av kontaktpersonerna behövde enligt dem förbereda sig mer. De befarade att bristande förberedelser kunde vara ett tecken på att samverkansmötet inte hade så hög prioritet. Om samverkansmötena inte håller en bra kvalitet trodde projektledarna att det kan påverka lusten att vara med. En risk kan enligt dem vara att de vårdaktörer som bara kommer ibland då kan tröttna på att vara med.

Projektledarna betonade att samverkan bygger på att de som medverkar tar ett gemensamt ansvar. Båda projektledarna var vid projekttidens slut överens om att det krävs att alla vårdaktörer engagerar sig och tar ett större ansvar för att samverkan ska förbättras ytterligare. Det fanns enligt dem, en önskan hos de medverkande, att projektledarna ska fortsätta att ta huvudansvaret. De frågade sig hur man kan göra för att få alla att ta ett gemensamt ansvar. Det räcker inte att komma till mötet och vänta på att de andra ska bidra. Vid projekttidens slut var det den största farhågan för hur samverkan skulle utvecklas när de som projektledare inte längre var de som ansvarade.

### **Förslag hur samverkan kan utvecklas vidare**

*Samverkan bör även omfatta yngre*

Flera av de intervjuade ville att gruppen vårdtagare som omfattas av samverkan ska utökas och också gälla yngre. Även projektledarna delade den uppfattningen, men en av projektledarna ansåg att samverkan om de yngre och de äldre behövde behandlas vid olika tillfällen. Risker var enligt henne att annars försvinner de äldres frågor och frågorna om de yngre med funktionshinder tar över.

Projektledaren från vårdcentralen skulle vilja vidga gruppen till att omfatta samtliga som är inskrivna i hemsjukvården. Hon ansåg att det kan vara bra att ha ett medgivande även om samarbetet i praktiken är vilande. Hennes motivering var att om det händer något med en pensionär underlättar det om samarbetet kan komma igång omgående.

### *Fler samverkansmöten i hemmet*

De flesta av de intervjuade vårdaktörerna önskade att de i framtiden skulle ha fler gemensamma samverkansmöten hemma hos vårdtagarna. En distriktssköterska som ansåg att samordningsmöten i hemmet var det bästa sa att;

*”Det är då som de kan göra en realistisk bedömning av vilka hjälpbehov en person har. Hur klarar han eller hon sig på natten, att resa sig, att förflytta sig? Det gäller att ha ett nytänkande. Inte sitta runt bordet, utan istället åka ut till patienterna”.* Andra kontakter kan de enligt henne klara via e-post och telefon. I och med att det blir fler privata företag som arbetar med hemtjänst ansåg hon att det försvårade samverkan ytterligare.

Flera av distriktssköterskornas erfarenhet var att vårdtagarna inte alltid fick sin röst hörd vid vårdplaneringsmöten på sjukhus. Vårdplaneringsmöten på sjukhus var enligt dem inte heller längre motiverade ur medicinsk synpunkt. De fick numera både bra information och kunde kommunicera med sjukhusen via WebCare när patienterna skrevs ut. Därutöver hade de vid behov också telefonkontakt med sjukhusen. De intervjuade distriktssköterskorna sa att de ofta hade svårt att prioritera att närvara vid de vårdplaneringsmöten som genomförs på sjukhus när en patient skrivs ut från sjukhus. De ansåg heller inte att de mötena gav så mycket. Vårdplaneringsmöten i hemmen skulle enligt dem kunna ersätta både vårdplaneringsmöten på sjukhus och diskussionerna på samverkansmötena. En av distriktssköterskorna påpekade att antalet vårdaktörer som deltar i samverkansmöten hemma måste begränsas till några få, för att inte den äldre ska komma i underläge.

Kontaktpersonen från ReAgerakliniken tyckte att de skulle börja ha gemensamma hembesök hos nya vårdtagare och i den situationen agera mer samordnat. *”Nu kommer alla var för sig och det blir lätt förvillande”.*

### *Delegeringar*

Flera av distriktssköterskorna ansåg att det var en helt omöjlig arbetsuppgift att delegera olika hälso- och sjukvårdsuppgifter till all hemtjänstpersonal. I Älvsjö hade de ett gemensamt ansvar för delegeringar till omkring två hundra anställda i kommunens olika verksamheter. Det var enligt de intervjuade svårt att klara. En delegering kan ta mellan 15 och 45 minuter och det utgår ingen ersättning för denna arbetsuppgift. En av distriktssköterskorna ansåg att nyanställd personal inom hemtjänsten först skulle ha delegering att överlämna läkemedel innan de började arbeta. Nu var det enligt henne tvärtom. Personalen skulle också enligt en av dem behöva ha en grundläggande sjukvårdsutbildning. *”Arbetsuppgifterna kräver det. Man bör till exempel veta vad diabetes är, många äldre har det.*

### *Fördjupat samarbete*

Vid intervjuerna både med biståndshandläggarna och med distriktssköterskorna framkom att de gärna ville utveckla sina kontakter ytterligare och få mer kontinuerlig information från varandra om förändringar hos vårdtagarna. Biståndshandläggarna ville få information om förändringar i deras hälsotillstånd. Sådan information skulle enligt biståndshandläggarna kunna motivera tätare omprövningar av hemtjänstinsatserna. Distriktssköterskorna ville ha motsvarande information om

när en vårdtagare fick plats i särskilt boende eller när någon kommer hem igen efter vistelse på korttidsvård.

### *Utveckla kvalitetsarbete*

Flera av de intervjuade tyckte att de i samverkansgruppen skulle ha regelbundna genomgångar av hur vården och omsorgen om samtliga de gemensamma vårdtagarna fungerade och att hemtjänstens vårdbiträden skulle delta i de diskussionerna.

Den intervjuade representanten från rehabiliteringsföretaget ansåg att det fanns behov av att höja den totala kvaliteten på insatserna hos pensionärerna. Hon berättade att hennes företag arbetade med höga kvalitetskrav och använde olika mätinstrument för att mäta i vilken mån de uppnådde sina mål där även patienterna fick skatta hur rehabiliteringen utvecklades. *"Vårt företag granskas mycket hårt men hur granskas hemtjänsten."*

Det var enligt henne ett problem att vårdbiträdena ofta inte hade tillräcklig kompetens för att förstå vikten av träning och egen aktivitet för vårdtagarna och det var svårt att introducera träningsprogram. Ofta upplevde hemtjänstpersonalen att det var en arbetsuppgift till och såg inte att insatsen kunde minska behoven av vård och omsorg. Hon sa att ibland när hon och hennes kollegor hade tränat en person att förflytta sig utan rullstol och hemtjänsten inte fortsatte att träna återgick patienten snart till att sitta i rullstol igen. Hon framhöll vikten av kontinuitet för att personalen ska kunna träna med de äldre. *"Vårdbiträdena är den allra viktigaste personalgruppen, men det är inte alltid de förstår det."* De skulle kunna arbeta förebyggande, iakttäta bättre hygien och kunskapen om vad pensionärerna åter skulle kunna förbättras.

En av de intervjuade saknade gemensam dokumentation hemma hos vårdtagarna och ville gärna att de skulle införa det, som en del i kvalitetssäkringen.

### *Utbildningsinsatser*

Flera av de intervjuade ansåg att många i hemtjänstens personal behövde mer utbildning. Distriktssköterskorna, arbetsterapeuten, biståndshandläggarna och hemtjänstcheferna från ledningsgruppen hade positiva erfarenheter från de utbildningstillfällen som hade varit i anslutning till samverkansprojektet och där de hade medverkat som lärare. De hade undervisat hemtjänstpersonalen i förflytningsteknik, hygien, läkemedelshantering om äldreomsorgens organisation m m. De trodde att det skulle vara bra att ha fler sådana utbildningstillfällen och skulle gärna medverka igen.

En av de högre hemtjänstcheferna i ledningsgruppen sa att utbildningarna hade visat att många i personalen inte kände till att det är biståndsbeslut som styr hjälpinsatserna och tidigare inte förstått varför personer hade olika insatser. Utbildningen hade också inneburit att det var lättare för personalen att ta kontakt med andra vårdgivare. Den andra hemtjänstchefen i ledningsgruppen ansåg att projektet hade medfört kvalitetshöjningar i hur personalen utförde sina tjänster och nämnde bland annat de gemensamma utbildningarna och föreläsningarna för per-

sonalen. Det var också enligt den chefen ett problem att hemtjänstpersonalen inte alltid hade rätt utbildning.

En av de intervjuade betonade vikten av kunskap i etik och professionell handledning för hemtjänstens vårdbiträden. Hon sa att pensionärerna är i underläge. ”*Vi jobbar med utsatta människor*”, som anpassar sig till vården när insatserna blir omfattande.

### *En huvudman*

Flera av de intervjuade ansåg att hemtjänsten och hemsjukvården skulle ha samma huvudman. Två av hemtjänstcheferna ansåg att det skulle ge bättre möjligheter att arbeta i team och ge en större helhet för vårdtagaren.

En av de intervjuade ansåg att all vård borde ha en huvudman av ekonomiska skäl. Hon ansåg att det var de äldre som förlorade när landstinget och kommunen hävdade att de inte har pengar till de vårdinsatser som de äldre behöver. Den grupp som enligt henne hade det allra svårast var ensamstående personer med demenssjukdomar som ofta fick vänta länge innan de fick plats i ett särskilt boende.

En vision som en av projektledarna hade var att alla vårdaktörer skulle utgå från samma ställe och ”*börja samarbeta på riktigt*”. Det skulle enligt henne ge helt andra förutsättningar. Det skulle även finnas en koppling till geriatriken. Hon såg projektet som ett första steg ”*som en ögonöppnare*”

## **Vilka vårdaktörer kan vara med i samverkansgruppen?**

Projektledarna ansåg att sammansättningen av den gruppen som träffas nu var bra, men de hoppades att personalen från en demensdagverksamhet också ska börja vara med. De skulle ha deltagit från början, men har inte kunnat. En av hemtjänstcheferna ansåg att slutenvården borde vara med för att förhindra att äldre skickas fram och tillbaka från sjukhusen. ”*De äldre måste få vårdas längre. Det är multisjuka personer det handlar om*”.

## **Vad försvårar samverkan?**

### *Olika yttre faktorer som påverkar samverkan*

Projektledarna sa att vid samverkansmötena möts två olika världar där kommunen är mer byråkratisk än landstinget. De företräder också två olika synsätt; det medicinska respektive det sociala. De olika sätten att arbeta och tänka försvårade enligt dem samarbetet. En annan försvårande omständighet var enligt projektledarna att de medverkande vårdaktörerna hade olika geografiska arbetsområden. En tredje svårighet var att alla var så tidspressade. Flera av de intervjuade sa att det inte fanns någon tid att ägna åt samverkan. En fjärde svårighet var att det var oklart i vilken utsträckning som deltagarna i samverkansgruppen spred besluten angående vården och omsorgen om olika vårdtagarna vidare i sina respektive organisationer

till dem som genomförde vård och omsorgsinsatserna. Framförallt betonades vikten av att hemtjänstens vårdbiträden fick aktuell information.

Flera från hemsjukvården konstaterade att samverkan ingick i uppdraget men att ersättningssystemets konstruktion försvårade eftersom de inte fick någon ersättning för den tiden som de ägnade åt samverkan. Ytterligare en svårighet var enligt en av de intervjuade att kunna framföra eventuella synpunkter på de andra vårdaktörernas sätt att arbeta på ett konstruktivt sätt.

## ***Ett nytt samverkansprojekt planeras***

Älvsjö stadsdelsnämnd beslöt i maj 2009 att ansöka om ytterligare 750 tkr för att utveckla samverkan (Dnr 161-2009-600). I det nya projektet ska även personalen på korttidsboendet i Älvsjö delta. Bakgrunden var enligt ansökan

*”att många äldre som blir inlagda på korttidsboende inte kommer hem till sitt ordinarie boende. Orsaken är att det idag brister i samverkan mellan korttidsboende primärvård, stadsdelsförvaltningens beställarenhet och hemtjänsten (privata utförare). Hemtjänstutförarna behöver utökade kunskaper kring de specifika behoven som uppkommer i samband med hemskrivning från korttidsvården. Ett utökat helhetsperspektiv är nödvändigt”*

De sökta medlen ska användas för rehabilitering för äldre personer boende i hemmet med insatser av hemtjänsten. Målsättningen var densamma som för den samverkan som pågår, att främja kvarboende - *”att med informationsutbyte och lärande skapa trygghet för de äldre i ordinärt boende.”* Insatserna för att uppnå målen ska också vara desamma som i det nu pågående samarbetet, regelbundna samverkansmöten, gemensam utbildning, utarbetande av rutiner i samband med hemskrivning från korttidsvården. En projektledare ska leda projektet. Ingen av dem som deltog i samverkan i Älvsjö var med i arbetet att utforma den nya projektplanen och kände inte till de fortsatta planerna .

## **DISKUSSION**

Projektet i Älvsjö att förbättra samverkan utvecklades bra på många sätt. Samtliga som deltog hade en uttalad ambition att samverka och såg positivt på projektet. Resultatet ger ändå upphov till nya frågor om de möjligheter och svårigheter som uppdragen att samverka innebär. I följande avsnitt kommer erfarenheterna från Älvsjö att diskuteras ur några olika perspektiv.

### ***Samverkan för vem?***

Gruppen ”de mest sjuka äldre” är en av de mest komplicerade grupperna att ge vård och omsorg till eftersom insatserna både är svåra att avgränsa och komplexa och ofta berör både medicinska, sociala och etiska aspekter. Utvärderingen visar att de vårdtagare som var med i projektet med få undantag tillhörde den tänkta målgruppen, de mest sjuka äldre. De flesta hade omfattande vård- och omsorgsinsatser och därmed ett behov av att de olika vård- och omsorgsinsatserna samordnades och planerades för att underlätta deras dagliga liv. En hög andel av de deltagande vårdtagarna hade inte bara fysiska funktionsnedsättningar utan ett flertal bedömdes av biståndshandläggarna ha så omfattande kognitiva nedsättningar att de inte skulle klara att bli intervjuade. Det innebär att många i gruppen har uppenbara svårigheter att föra sin talan och hävda sin rätt.

De som tackade nej till erbjudandet att vårdaktörerna skulle samordna vård- och omsorgsinsatserna var i hög utsträckning personer med nedsatt kognitiv förmåga eftersom de var tveksamma till att skriva under medgivandeblanketten. Frågan är om inte dessa erfarenheter från projektet kan motivera att försöka förenkla de formella kraven för att en vårdtagare ska kunna vara med. Med tanke på de handikapp nedsatt kognitionsförmåga ger, är det kanske den gruppen som samverkan mellan vårdaktörerna är mest angeläget för.

Det var biståndshandläggarna och distriktssköterskorna som tillfrågade de allra flesta om de ville att deras vårdgivare skulle samverka. För att samverkan ska nå fler behövs att hemtjänsten initierar att fler av deras vårdtagare ingår i samverkansarbetet.

### **Brukarnas/ patienternas upplevelse av samverkan**

De intervjuade var positiva till att deras vårdaktörer samverkade, men det var inget som var påtagligt för dem i vardagen. Ingen av de intervjuade berättade att projektet hade medfört att vård- och omsorgen hade förändrats eller blivit bättre sedan projektet startade. Det kan tolkas antingen som att samverkan ur vårdtagarnas perspektiv redan var bra innan projektet började eller att samverkan inte fick någon effekt för kvaliteten på vården och omsorgen. Hälften av de intervjuade var nöjda med den vård och omsorg de fick.

De intervjuade vårdtagarna som inte var nöjda med de insatser de fick hade invändningar framförallt mot hur hemtjänsten utförde sina tjänster i deras hem. Fle-



ra hade på olika sätt projekt att få en ändring till stånd men utan att lyckas. En gemensam nämnare i de synpunkter som vårdtagarna framförde gällde bristen på fast personal, att hjälpen inte kom på bestämda tider och att de bedömde att personalen inte alltid hade tillräcklig kompetens. De som hade dagliga insatser från hemsjukvården tyckte att insatserna ibland var jobbiga på helgerna, när den ordinarie personalen inte arbetade.

## ***Målet att förbättra kvaliteten***

Även vårdaktörernas uppfattning om insatsernas kvalitet växlade. Det bekräftade att projektets mål, att förbättra kvaliteten på vården och omsorgen och att brukarna/ patienterna skulle känna sig trygga och säkra, var motiverade. Målen kändes troligen både självklara och bekanta för vårdaktörerna och det är säkert en förklaring till att de inte gjorde några försök att närmare definiera dem och skapa en gemensam bild av vad deras samverkan skulle innebära för hur vård och omsorgsinsatserna skulle genomföras. För att samverkan ska fortsätta att utvecklas finns dock flera skäl för vårdaktörerna att gemensamt definiera målen.

I projektet utgick projektledarna från en modell där samverkan ses som en process (se sid. 14), som särskiljer fem olika nivåer. Modellen utgår från de samverkande parternas sätt att kontakta varandra och kommunicera och visar hur samverkan kan utvecklas. Den lägsta nivån av samverkan är att känna till ”de andra organisationerna” och den högsta att de samverkande organisationerna smälter samman eller integreras. De samverkande vårdaktörerna i Älvsjö kan sägas befinna sig på den mellersta nivån på denna skala. Det innebär att de samråder och ger varandra en översiktlig information om sina aktiviteter så att de inte kolliderar eller motverkar varandra. Till nästa nivå, samplanering av aktiviteter för att förstärka effekten av insatserna, återstår det ännu en bit som kräver att vårdaktörerna fördjupar sin dialog och på ett mer ingående sätt definierar gemensamma mål. Till den nivån kan samverkan troligen inte komma utan ett mycket starkt stöd i ledningen hos de samverkande organisationerna.

## **Insatserna behöver utvärderas och kvalitetssäkras**

En fördjupad samverkan skulle underlättas av att de samverkande vårdaktörerna inför fler utvärderande inslag. Kort sagt börjar använda en kvalitetsutvecklingsmodell som utgår från en gemensam bild av vad de ska uppnå med att samverka. Ännu finns inget moment i modellen i Älvsjö som är inriktat på kvalitetsuppföljning på individnivå. När ingen part har ett tydligt ansvar för vilken kvalitet som ska uppnås och målgruppen har svårigheter att föra sin egen talan ligger fältet öppet för fria tolkningar. Det ger de samverkande vårdaktörerna möjlighet att själva bestämma sin egen standard.

Kvalitetssäkring är numera ett obligatoriskt inslag i vården och omsorgen enligt Socialstyrelsens dokument för kvalitetsstyrning. Kvalitetsbrister anses inom alla branscher bidra till ökade kostnader. I utvärderingen ges flera exempel både från vårdaktörerna och från vårdtagarna på brister i kvaliteten. Planerade vård- och omsorgsinsatser har inte alltid utförts. Det gällde såväl städningar som tränings-

program. Exempel fanns också på personal som inte har haft tillräcklig kompetens för att utföra sina arbetsuppgifter och brist på personkontinuitet så att insatserna har upplevts belastande för vårdtagarna m.m.

### *Ökade rehabiliteringsinsatser kan ge kvalitetsutveckling*

En vinst för pensionärerna med projektet är den ökade uppmärksamheten på behoven och möjligheterna till rehabilitering som medverkan av rehabiliteringsföretaget ReAgera har medfört. Samtidigt var rehabiliteringspersonalen inte nöjda med hur de träningsprogram de utarbetade genomfördes eller hur de funktioner som pensionärerna genom träning återfick bevarades. Det framkom att det hände att personer som hade lärt sig att gå igen efter ett benbrott eller liknande snart satt i rullstol igen. Det framkommer också i intervjuerna en oklarhet om i vilken utsträckning det ingår i hemtjänstens uppdrag att arbeta med rehabilitering trots att avtalet (se sid 20) har en klar formulering i den riktningen (rehabiliterande förhållningssätt).

Förutom att funktionsnedsättningar i hög utsträckning påverkar enskilda personers livskvalitet innebär det samtidigt att de blir mer beroende av hjälp för att klara sig. Rehabiliteringsinsatser och ett rehabiliterande förhållningssätt bör därför vara en central del i de insatser som vårdtagarna får. Både för att bidra till en bättre livskvalitet och för att minska behovet av hjälpinsatser och eventuellt också behovet av särskilt boende. Att följa upp och utvärdera effekterna av olika träningsprogram på individnivå är samtidigt ett område som väl lämpar sig för kvalitetsuppföljning.

## ***Omständigheter som påverkar samverkan***

### **Resursbrist och konkurrens omständigheter som försvårar samverkan**

Samverkansmodellen utgår från att det råder harmoni mellan vårdaktörerna och bortser från de intressekonflikter som kan finnas. De medverkande vårdaktörerna förutsätts ha en god vilja och förmåga att tillgodose vårdtagarnas behov och att alltid arbeta för deras bästa. Utvärderingen visade att viljan finns, men ett ganska genomgående tema är att tiden – den viktigaste resursen – inte alltid är tillräcklig vare sig för att samverka eller att utföra vård och omsorgsinsatserna.

Bristen på resurser innebär att de medverkande vårdaktörerna medvetet eller omedvetet kan ha eller har intresse av att i förhållande till de beställningar av vård och omsorgsuppdrag som de får, hålla tillbaka sina egna insatser. Det kan också finnas andra motiv t.ex. ansträngningar inom företagen att öka sin vinst. Om någon eller flera vårdaktörer har någon form av dold agenda kan det innebära en risk, att vård- och omsorgsinsatserna för vårdtagarna kan bli lidande.

## **Vårdtagarnas inflytande behöver förstärkas**

En annan svaghet i projektet är att vårdtagarna har en oklar ställning i ansträngningarna att samordna vård- och omsorgsinsatserna. Intervjuer med äldre i olika studier visar att ett av problemen för de som får vård och omsorg i sitt hem är upplevelsen av att förlora kontrollen över sin situation. Det blir för mycket ”spring” är en vanlig kommentar. Många upplever att de tvingas anpassa sin vardag till hemsjukvårdens och hemtjänstens regler och tider och ger dem en känsla av att både ha förlorat makten i sitt eget hem och sitt oberoende. Ju mer hjälp en person har ju större är risken att vårdaktörerna tar över hemmet. I många fall sker det utan att vårdaktörerna reflekterar över situationen eller diskuterar den med de berörda personerna eller deras anhöriga.

Den låga graden av inflytande bidrar inte sällan till att upplevelsen av att få hjälp i hemmet inte blir positiv. För många påverkar det lusten att bo kvar i sina ordinarie bostäder. Det är vanligt att äldre när de börjar få behov av hjälp av utomstående i så hög grad som möjligt vill begränsa insatserna. En av orsakerna är säkert att de försöker värna sin integritet och sitt oberoende.

Behovet av inflytande för de berörda kan gälla olika områden, antalet besök per dag, vilka tider personalen kommer, hur många olika personer som kommer, deras kompetens och bemötande, hur maten smakar, hur ofta det är möjligt att komma ut och träffa andra, tillgång till hjälpmedel etc.

Socialstyrelsen (2009) framhåller att ju fler olika vårdgivare det finns, desto större är behovet av samordning och pekar på risken att de enskilda som får vården och omsorgen inte kan göra sig hörda. Socialstyrelsen föreslår därför att någon form av tjänst som ombud inrättas för vårdtagarna.

Förslaget är intressant. Om det kan genomföras behöver ett sådant ombud ha en fristående ställning på så sätt att han eller hon i sitt arbete har fokus på hur vården faktiskt faller ut för de enskilda personerna och inte ha ett direkt ansvar att till exempel minska kostnaderna eller att ”ro iland” ett besparingsbeting. Det viktigaste måttet på samverkan är hur vård och omsorgsinsatserna praktiskt fungerar i vardagen för vårdtagarna och hur de upplever den.

En möjlighet att inrätta en sådan funktion för kommunerna är att radikalt förenkla reglerna för biståndsbedömning och i stället satsa resurser på kvalificerade stödpersoner, kuratorer eller liknande.

## **Kundval/vårdval ger andra förutsättningar för samverkan**

Projektets viktigaste moment var att skapa personliga relationer mellan dem som ger vård och omsorg om de mest sjuka äldre i Älvsjö. Representanterna för de tre hemtjänstföretagen, som alla bedriver verksamhet i olika delar av Stockholms län var mycket positiva till erfarenheterna av Älvsjömodellen och önskade att samma form av samverkan fanns i alla områden. Utvärderingen visar att samverkansmodellen fungerade bäst i centrala Älvsjö där vårdaktörerna hade samma geografiska arbetsområde. En av de intervjuade distriktssköterskorna som också arbetade i ett angränsande stadsdelsområde till Älvsjö hade liknande positiva erfarenheter, men

från den närliggande stadsdelen. Inom ett mindre område där, hade hon regelbundna kontakter med områdets ansvariga biståndshandläggare och den hemtjänstenhet som gav många av hennes patienter hemtjänst. Deras samarbete grundades på täta personliga kontakter och en struktur med regelbundna möten för uppföljning och avrapportering. Det som saknades i deras samverkan var en representant för hemrehabiliteringen.

Införandet av marknadsinspirerade sätt att fördela resurserna inom vården och omsorgen med Kundval och Vårdval innebär att förutsättningarna för samverkan radikalt har förändrats. Tidigare har samverkan när den har fungerat, precis som i Älvsjö; i hög utsträckning byggt på geografisk närhet och goda personliga relationer. Men de enheter som arbetar med vård och omsorg för gruppen de mest sjuka äldre, har inte längre alltid någon lokal förankring. Därmed har förutsättningarna för samverkan radikalt ändrats, vilket också visade sig i projektet. I utkanten av Älvsjö stadsdel, där vårdtagarna var listade på vårdcentraler som till stor del hade sitt upptagningsområde i andra stadsdelsområden och där fler hemtjänstföretag var aktiva, fick projektet en mer obetydlig roll för samverkan mellan vårdaktörerna. De många vårdaktörerna bidrog till att samverkan enligt projektets modell inte fick samma betydelse där.

## ***Andra möjligheter att utveckla samverkan***

Införandet av kundval innebär att modellen för samverkan i Älvsjö troligtvis inte kan överföras till så många andra stadsdelar eller kommuner eftersom geografiska ansvarsområden har minskat i betydelse för en stor del av vårdaktörerna och antalet vårdgivare i de flesta stadsdelarna numera är stort. Samverkan måste därför ske i nya former.

Det är svårt att ha många olika parter att samverka med och ännu svårare om man inte känner till dem. Flera av de intervjuade som arbetade i Älvsjö yttreområden efterlyste därför samverkan, baserad på ny teknik och inte på relationer som modellen i Älvsjö bygger på. Erfarenheterna av vårdplaneringsprogrammet WebCare var genomgående positiva och kanske kan en liknande applikation bidra till att underlätta både samverkan mellan olika vårdaktörer och samordningen av de äldres vård och omsorgsinsatser. Samtidigt måste frågan ställas om samverkan via digitala kontakter kan nå högre än någon av de lägsta nivåerna av samverkan (se sid 14), dvs. kännedom och envägskommunikation och i vilken utsträckning det i så fall påverkar kvaliteten på vården och omsorgen för de äldre.

En annan möjlighet att utveckla samverkan är att uppdragen att bedriva hemtjänst och hemsjukvård ges som ett gemensamt uppdrag. Det underlättar om ansvaret för hemsjukvården för äldre förs över till kommunen. Mer än hälften av landets kommuner har det ansvaret och det finns många goda exempel, som visar att vård och omsorgsinsatserna med en sådan organisation ger en god kvalitet.

Ytterligare ett annat sätt är att vårdaktörerna skapar team, som samordnar vård och omsorgsinsatserna för varje enskild individ. Ett sådant arbetssätt skulle kunna underlätta för vårdbiträden från hemtjänsten att delta i samverkan mer aktivt. I

vilken utsträckning som vårdbiträdena fick ta del av det som beslutades på samverkansmöten i det utvärderade projektet framkommer inte och kan vara en svag länk som minskar effekten av samverkan för de berörda äldre.

## ***Konsten att driva projekt***

Projektet i Älvsjö startades och genomdrevs enligt alla konstens regler. Vid starten tillämpade projektledningen många, sedan tidigare kända, framgångsfaktorer för att utveckla samverkan mellan organisationer. Bland annat att samverkan förankras, att parterna träffas regelbundet och att aktiviteterna bedrivs på alla nivåer i en organisation. Under hela projekttiden följdes projektet nära av ledningsgruppen, men det engagemanget upphörde abrupt i samband med att de berörda cheferna inom stadsdelsförvaltningen som drev projektet från början slutade.

En möjlighet att både ge det nu ordinarie samverkansarbetet ny energi och det nya planerade projektet goda förutsättningar att lyckas, vore att ge den nuvarande samverkansgruppen uppdraget att enligt det nya förslaget utvidga sitt samverkansarbete med ytterligare en vårdaktör – korttidsboendet, och innan det nya projektet startar låta de nu samverkande vårdaktörerna få ett reellt inflytande över hur det utökade uppdraget ska verkställas. Även om stadsdelsnämnden inte beviljas de ansökta pengarna skulle troligen den nuvarande samverkansgruppen kunna hantera det utvidgade uppdraget. En annan viktig faktor är att samverkansgruppens ledningsgrupp snart återupptar sitt arbete och med ett fortsatt engagemang bidrar till att samverkansarbetet hålls vid liv och fortsätter att utvecklas.

Personkontinuitet har även i tidigare projekt visat sig vara viktigt för att utveckla god samverkan. Under projekttiden i Älvsjö bytte förutom äldreomsorgen i Älvsjö två av hemtjänstföretagen chefer. Att utse vice kontaktpersoner till samverkansgruppen eller på annat sätt försöka minska den påfrestning som ett projekt utsätts för när olika deltagare byts ut kanske också kan vara en fråga för samverkansgruppen att lösa.

## REFERENSER

- Berggren, B. (1982) *Om samarbete, samarbetsproblem, gränsdragning och konkurrens om makt och ansvar*. Sprirapport: 121: 107). Stockholm
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003) *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm, Natur och Kultur
- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004) *Samverkan, enkelt i teorin – svårare att praktisera*. Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2005:3
- Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Ingberg, A. Gewitsch, L. Lindström, M-L, (2007) *Samverkan hur svårt kan det vara?* Rapport 52, Kompetenscentrum, Stockholm
- Ingberg, A: (2008) *Samverkan – Ja det kan fungera!* Älvsjö Stadsdelsnämnd, Stockholms stad. <http://www.stockholm.se/Fristaende-webbplatser/Stadsdelssajter/alvsjo/Alvsjo-Projekt/Anhorigstod/Samverkan---Ja-det-kan-fungera/>
- Lagen om betalningsansvar (SFS 1990:1404)
- Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (1998:531)
- Larsson, K. (2005) *Är utvecklingen av hemtjänsten de senaste 15 åren relaterade till förändrade behov i den äldre befolkningen? Analys av data från ULF-undersökningar 1988/89 – 2002/03*. Stockholm, Socialstyrelsen
- Sekretesslagen (SFS:1980:100)
- Socialtjänstlagen (SFS:2001:453)
- Socialstyrelsen (2001) *Framgångsfaktorer för samverkan – en översikt i punktform*. Stockholm, Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2008) *Hemsjukvård i förändring - En kartläggning av hemsjukvården i Sverige*. Stockholm, Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2009) *Årsrapport*. Stockholm, Socialstyrelsen
- SOFS 1998:14 Delegeringsföreskrifter
- Stockholms läns landsting (2008) *Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras?* Fokusrapport Stockholms läns landsting, Stockholm

**Övriga referenser**

Avtal med utförare av hemtjänst i Stockholms stad Dnr 327-560/2008

Regelbok för husläkarverksamhet Stockholms läns landsting 2009

Avtal mellan Stockholms läns landsting och ReAgera (Dnr Stockholms läns landsting ADA 5303)

Ansökan Älvsjö stadsdelsnämnd, Dnr 161 - 2009 - 600

# BILAGOR

## ***Bilaga 1. Älvsjö samverkansteam***

Reviderad 2008-06-11

### **Medgivande till att sekretessbelagda uppgifter utlämnas**

Älvsjö Samverkansteam är en samordnad organisation för hälso- och sjukvård och kommunala omvårdnads- och serviceinsatser för äldre med många olika aktörer i Älvsjö. Äldreomsorgen i Älvsjö stadsdelsförvaltning ansvarar för beställningen av service- och omsorgsinsatser. De privata hemtjänstutförarna, verksamma i Älvsjö, ansvarar för utförandet av hemtjänsten. Vårdcentralerna ansvarar för närsjukvård och hemsjukvård. Stockholms läns landsting ASIH Långbro Park ansvarar för viss avancerad hälso- och sjukvård. ReAgeraklinikerna ansvarar för insatser av arbetsterapeut, sjukgymnast samt dietist. Dagverksamheterna i Älvsjö drivs i stadsdelens regi. Mellan dessa vård- och omsorgsgivare råder sekretess enligt 7 kap 4 § sekretesslagen.

Du som vårdtagare kan genom ditt medgivande göra det möjligt för ovan nämnda organisationer att trots detta lämna uppgifter till varandra som underlättar samarbetet rörande dina insatser från hälso- och sjukvård och omsorg. I detta syfte ber vi därför om ditt medgivande till utlämnande av de uppgifter som har betydelse för Älvsjö Samverkansteam i utförandet av insatser och vård till dig. **Medgivandet omfattar bara de uppgifter som beskrivs på baksidan av denna blankett.**

Om du har frågor är du välkommen att ringa till Susanne Nilsson på telefonnummer: 0736 82 57 88 eller till Anna Ingberg på telefonnummer: 08-508 21 523

### **Medgivande**

Jag har tagit del av informationen på baksidan av denna blankett och ger härmed mitt medgivande till att personal i hemtjänsten, på vårdcentralen, i kommunens äldreomsorg, på ReAgerakliniken, på ASIH Långbro Park samt från Älvsjö dagverksamheter utbyter de uppgifter om mig som finns hos respektive organisation. Medgivandet gäller endast de uppgifterna och situationer som beskrivs på baksidan av denna blankett. Jag har när som helst rätt att återkalla mitt medgivande. Det åligger kommunen eller landstinget att halvårsvis försäkra sig om att medgivandet kvarstår.

Datum:.....

Personnummer: .....

Namnsteckning: .....

Namnförtydligande: .....



## Uppgifter som omfattas av medgivandet

Grundläggande för all vård och omsorg är att den sker i samråd med dig och att din integritet respekteras. Enligt 7 kap 1 § sekretesslagen gäller sekretess inom hälso- och sjukvården för uppgift om ditt hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att du eller någon närstående lider men. Motsvarande bestämmelse för social-tjänsten finns i 7 kap 4 § sekretesslagen. Inom enskilt bedriven hälso- och sjukvård råder tystnadsplikt enligt 2 kap. 8-10 §§ lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område. Dessa bestämmelser innebär att uppgifter om dig inte får lämnas mellan socialtjänsten och hälso- och sjukvården utan ditt samtycke.

Medgivandet på denna blankett omfattar:

- Rätt för personal från Älvsjö samverkansteam att utbyta de uppgifter som respektive organisation har om dig och som den andra organisationen behöver känna till i det praktiska arbetet med att utföra äldreomsorg och den sjukvård som påverkar äldreomsorgens arbete.
- I Älvsjö samverkansteam ingår: biståndsbedömare från kommunens äldreomsorg i Älvsjö, personal från Älvsjö vårdcentral samt Liseberg vårdcentral och Fruängens vårdcentral, personal från ReAgeraklinikerna i Älvsjö, hemtjänstutförare verksamma i Älvsjö stadsdel, personal från ASIH Långbro Park samt personal från Älvsjö dagverksamheter.

## ***Bilaga 2. Frågor till vårdtagare i Älvsjö***

1. Uppgifter om den intervjuade.
  - familjeförhållanden
  - ålder
2. Vilken hemtjänst har du?
3. Vilken hemsjukvård har du?
4. Anser du att de insatser du har är tillräckliga?
5. Är det några insatser du saknar?
6. Vilka vårdkontakter har du?
  - Vem ansvarar för din hemsjukvård?
  - Vem ansvarar för din hemtjänst?
  - Vem är din biståndshandläggare?
7. Känner du till att hemtjänsten och hemsjukvården samarbetar?
8. Hur fick du information?
9. Har du lämnat medgivande till samråd/samverkan?
10. Har det varit något samverkansmöte hemma hos dig?
11. Hur upplever du hemtjänsten?
  - Kontinuitet
  - Kvalitet
  - Samordning/Koordination
12. Hur upplever du hemsjukvården?
  - Kontinuitet
  - Kvalitet
  - Läkarmedverkan
  - Samordning/Koordination
13. Hur upplever anhöriga vården och omsorgen?
  - Kontinuitet
  - Kvalitet
  - Läkarmedverkan
  - Samordning/Koordination
14. Hur anser du att vården och omsorgen kan förbättras och utvecklas?
15. Något du vill tillägga?

### ***Bilaga 3. Frågor till deltagare i samverkansgruppen***

1. Uppgifter om den intervjuade
2. Arbetsplats/arbetsuppgifter/ansvarsområde
3. Beskriv hur du hade kontakt med kommunens/sll-personal i ditt arbete före projektet startade
4. Hur kom du i kontakt med projektet?
5. Hur ser du på tankarna bakom projektet?
6. Vad underlättar/försvårar att projektet ska fungera
7. Vilka vårdtagare kan vara med?
8. Vad har samarbetet fört med sig, fördelar/ nackdelar  
-för de berörda äldre. Ge några konkreta exempel.  
-för dina kontakter med kollegor
9. Vad underlättar projektet/ vad försvåras genom projektet?
10. Hur anser du att samverkansmodellens olika delar fungerar?
  - Medgivande till samråd/samverkan
  - Veckomöten för berörda aktörer
  - Individuella samverkansmöten i hemmet och i förekommande fall samverkanskartor
  - Något annat
11. Hur fungerar samverkan i vård- och omsorgsinsatserna i praktiken för enskilda personer?
12. Hur ser du på fördelningen av arbetsuppgifter mellan kommunen och primärvården i hemsjukvården?
13. Om du fick bestämma hur skulle samverkan utformas?
14. Reflektioner om enskilda vårdtagares förhållanden i projektet?
15. Något övrigt att tillägga?

### **Bilaga 3. Ersättningsnivåer för hemtjänsten i Stockholms stad 2009**

<b>Nivå</b>	<b>Antal timmar per månad</b>	<b>Ersättning/mån Kommunal regi</b>
1	0 -1,4	285
2	1,5 -2,4	565
3	2,5 -3,4	828
4	3,5 -6,4	995
5	6,5 -10,7	1 124
6	10,8 -15,1	2 248
7	15,2 -23,7	5 082
8	23,8 -32,4	7 862
9	32,5 -37,6	9 561
10	37,8 -52,8	12 806
11	52,9 -68,0	16 885
12	68,1 -83,1	21 139
13	83,2 -98,3	24 499
14	98,4 -113,5	30 344
15	113,6 -136,2	36 007
16	136,3 -166,5	41 923
17	166,6 -227,2	52 777
18		Särskilt avtal



Kommunernas och landstingens svårigheter att samverka om vården- och omsorgen om de äldre är inte nya. Orsakerna anses bland annat vara att hälso- och sjukvården och socialtjänsten arbetar i skilda organisationer, med olika lagar, metoder och synsätt. Stadsdelsförvaltningen i Älvsjö har haft ett projekt för att utveckla samverkan mellan de vårdaktörer, som arbetar med de mest sjuka äldre. Målsättningen för projektet var att vård- och omsorgsinsatserna skulle bli tryggare och säkrare, underlätta kvarboende och minska kostnaderna. Kärnan i den utvärderade modellen, var de samverkansmöten där, biståndshandläggare, personal i hemtjänsten, hemsjukvården och hemrehabiliteringen träffades. Där behandlades både allmän information och frågeställningar om de aktuella vårdtagarna.

De deltagande vårdtagarna var positiva till samverkan och vårdaktörerna framhöll värdet av att ha lärt känna varandra och ansåg att det underlättade kontakterna dem emellan. En faktor som bidrog till projektets framgång var att vårdaktörerna arbetade inom ett avgränsat geografiskt område. Införandet av Kundval/Vårdval innebär nya förutsättningar för vårdaktörernas samverkan när vården och omsorgen numera ofta utförs av ett stort antal företag som arbetar i större geografiska områden. Det försvårar att ta efter de goda erfarenheterna från Älvsjö och innebär att nya samverkansformer måste utvecklas. En möjlighet är också att uppdragen i framtiden att bedriva hemsjukvård och hemtjänst ges som en helhet.