



# JAG BARA LYFTER LUREN – så kommer dom

Utvärdering av Äldreteamet i Huddinge

Ingrid Hjalmarson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2011:4 ISSN 1401-5129

# FÖRORD

Åtskilliga granskningar under de senaste decennierna har visat på brister i vård och omsorg för äldre med stora och sammansatta vårdbehov. Bristerna har vanligen inte legat i vad respektive vårdgivare gör, utan i samspelet dem emellan. Olika försök har gjorts för att kunna uppnå målet, en trygg och sammanhållen vård och omsorg. Samverkansavtal, former för gemensam vårdplanering och olika modeller att organisera vården och omsorgen har prövats. Oavsett om dessa försök varit lyckosamma eller ej har de vanligen avvecklats.

I Huddinge har de båda huvudmännen, Huddinge kommun och Stockholms läns landsting, varit mer uthålliga, och driver gemensamt sedan 2006 Huddinge äldreteam. Under 2010 fick Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum uppdraget att utvärdera teamet.

Huddinge äldreteam är ett gott exempel på en verksamhet som involverar olika professioner, som har de resurser som behövs för att vara tillgängliga för den äldre i hennes hem och den kompetens som krävs. Det ger den äldre tilltro och trygghet. Kostnaden för teamet är högre än om vården getts av husläkarmottagningen, men när andra kostnader vägs in, exempelvis för slutenvårdsvistelser, så framstår teamet som klart kostnadseffektivt.

Ingrid Hjalmarson har varit projektledare och författat denna rapport. Lisbeth Hagman har gjort en del av intervjuerna. Rapporten har granskats av Äldrecentrums forskningsledare Mats Thorslund.

Stockholm 2011-02-24

Sven Erik Wånell



# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>SAMMANFATTNING</b> .....	<b>1</b>
<b>INLEDNING</b> .....	<b>4</b>
UPPDRAGET .....	4
VÅRD AV MULTISJUKA KRÄVER ANDRA LÖSNINGAR .....	4
HEMSJUKVÅRDEN I STOCKHOLMS LÄN .....	5
<i>Basal hemsjukvård</i> .....	5
ÄLDRETEAMET I HUDDINGE .....	6
<b>BAKGRUND</b> .....	<b>9</b>
SAMVERKAN OM GRUPPEN DE MEST SJUKA ÄLDRE.....	9
VAD STYR SAMVERKAN INOM ÄLDREOMRÅDET? .....	9
UTVÄRDERINGAR AV HEMSJUKVÅRDEN .....	10
<i>Erfarenheter av samverkan mellan basal hemsjukvård och hemtjänst</i> .....	11
<b>UTVÄRDERINGENS SYFTE</b> .....	<b>14</b>
FRÅGESTÄLLNINGAR.....	14
<b>METOD</b> .....	<b>15</b>
INTERVJUER.....	15
<i>Intervjuer med Äldreteamets patienter</i> .....	15
<i>Intervjuer med Äldreteamets personal</i> .....	16
<i>Intervjuer med Äldreteamets vårdgrannar</i> .....	16
<i>Övriga intervjuer</i> .....	17
<i>Analys</i> .....	17
REGISTERDATA.....	17
AVGRÄNSNING.....	17
<b>MATERIAL</b> .....	<b>18</b>
<i>Befolkningsutvecklingen i Huddinge</i> .....	18
<i>Äldreomsorgen i Huddinge</i> .....	18
<b>RESULTAT</b> .....	<b>19</b>
ÄLDRETEAMETS FRAMVÄXT .....	19
<i>Initiativet</i> .....	19
<i>Äldreteamet ett nära samarbete mellan Huddinge och landstinget</i> .....	20
<i>Förberedelser före starten</i> .....	20
ÄLDRETEAMETS START.....	21
ÄLDRETEAMETS NUVARANDE ORGANISATION .....	22
<i>Bemanning</i> .....	22
SÅ FUNGERAR DET ATT VARA PATIENT I ÄLDRETEAMET .....	23
<i>Hur blir man patient?</i> .....	23
<i>Vilken vård kan Äldreteamet ge?</i> .....	24
SÅ ARBETAR ÄLDRETEAMET .....	25
<i>Mötesordningen</i> .....	26
<i>Vad gör de olika yrkesgrupperna?</i> .....	27
PATIENTERNAS ERFARENHETER AV ÄLDRETEAMETS VÅRD OCH OMSORG (HEMSJUKVÅRD) .....	28

<i>Situationen före patienterna skrevs in i Äldreteamet</i> .....	28
<i>Hur fick patienterna kontakt med Äldreteamet?</i> .....	29
<i>Positiv förändring</i> .....	29
<i>Anhörigas situation underlättades</i> .....	29
<i>Anhörigas insatser</i> .....	30
<i>Telefonlinjen ger trygghet</i> .....	30
<i>Bra bemötande och kunnig personal</i> .....	31
<i>Erfarenheterna av sviktplatserna</i> .....	31
<i>Bytet till Nackageriatriken</i> .....	31
<i>Övrigt</i> .....	32
ERFARENHETERNA AV HEMTJÄNST .....	32
PERSONALENS ERFARENHETER – ETT UPPDRAG SOM ENGAGERAR .....	33
<i>Vilka kan vara Äldreteamets patienter?</i> .....	33
<i>Sviktplatserna en viktig resurs för teamet</i> .....	34
<i>Få remisser till akutsjukvården</i> .....	35
<i>Viktiga kontakter med anhöriga</i> .....	35
<i>Äldreteamet möjliggör kvarboende för patienterna?</i> .....	35
VÅRDGRANNARNAS ERFARENHETER .....	36
<i>Den ordinarie hemtjänstens erfarenheter</i> .....	36
<i>Erfarenheter från tre vårdcentraler</i> .....	36
<i>Erfarenheter från Huddinge sjukhus</i> .....	37
PERSONALENS ERFARENHETER AV ÄLDRETEAMETS ORGANISATION .....	38
<i>Bra samverkan mellan äldreteamets olika professioner</i> .....	38
<i>Vad har fungerat mindre bra i Äldreteamet?</i> .....	39
FÖRSLAG TILL UTVECKLING .....	40
<i>Om projektet skulle starta igen</i> .....	41
UPPGIFTER OM PATIENTERNA OCH KONSUMTIONEN AV VÅRD OCH OMSORG .....	41
<i>Antalet patienter i Äldreteamet</i> .....	42
<i>Konsumtion av hälso- och sjukvård före och efter inskrivningen i Äldreteamet</i> .....	43
<i>Användningen av sviktplatserna</i> .....	46
<i>Patienternas hjälp av hemtjänsten</i> .....	47
ÄLDRETEAMETS FINANSIERING OCH KOSTNADER .....	47
<i>Finansieringen</i> .....	48
<i>Kostnaderna för äldreteamet under olika förutsättningar</i> .....	48
<i>Landstingets kostnader för de mest sjuka äldre</i> .....	50
<i>Kommunens alternativa kostnader</i> .....	54
<i>Kostnader för hemtjänst</i> .....	56
BYTET AV VÅRDGIVARE .....	56
<i>Oenighet om kostnaderna ledde fram till byte av den medicinska vårdgivaren</i> .....	56
<i>Förändringar i samband med bytet av vårdgivare</i> .....	57
PERSONALENS ERFARENHETER AV BYTET AV VÅRDGIVARE .....	58
<i>Svårt uppdrag</i> .....	58
<i>Ändrad bemanning med sjuksköterskor</i> .....	58
<i>Byte av journalsystemet</i> .....	59
<i>Förändrad inställning till uppdraget?</i> .....	59
<i>Långa avstånd</i> .....	61
<b>SLUTSATSER OCH DISKUSSION</b> .....	<b>62</b>
ÄLDRETEAMET ERBJUDER TRYGGHET .....	62

ÄLDRETEAM ETT ALTERNATIV TILL ÄLDREBOENDE .....	62
VAD KAN VI LÄRA AV ÄLDRETEAMET .....	63
<i>Framgångsfaktorer för Äldreteamets vård.....</i>	64
<i>Inskrivningen i Äldreteamet.....</i>	64
<i>Äldreteamets storlek påverkar både kvaliteten om ekonomin.....</i>	65
<i>Samverkan gav kreativa lösningar .....</i>	66
HEMTJÄNSTEN EN VIKTIG DEL.....	66
BYTET AV VÅRDGIVARE .....	67
HUR STORT ÄR BEHOVET AV ÄLDRETEAMET? .....	67
FÖRÄNDRAD VÅRDKONSUMTION OCH LÄGRE KOSTNADER .....	68
HUR KAN VÅRDEN FÖR DE MEST SJUKA ÄLDRE UTVECKLAS? .....	69
<i>Fördelar med hemsjukvård.....</i>	69
<b>REFERENSER.....</b>	<b>70</b>
<b>BILAGA 1. ....</b>	<b>72</b>
<b>BILAGA 2. ....</b>	<b>74</b>
<b>BILAGA 3. ....</b>	<b>76</b>
<b>BILAGA 4. ....</b>	<b>77</b>



# SAMMANFATTNING

I början av 2010, inför att Äldreteamet i Huddinge skulle få en ny vårdgivare av hälso- och sjukvård och senare vid årsskiftet 2010/ 2011 läggas ner, fick Stiftelsen Äldrecentrum uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) och Huddinge kommun att utvärdera verksamheten. Utvärderingen omfattar intervjuer med patienter, personal, ekonomiska jämförelser samt registerdata om patienternas hälso- och sjukvårdskonsumtion.

Äldreteamet i Huddinge startade 2007-04-01 som ett samarbetsprojekt mellan HSN-f och Huddinge kommun. Det hade utvecklats efter flera års nära samarbete dem emellan. De som utformade Äldreteamet var social- och äldreomsorgschefen i Huddinge, chefen för Team Äldredoktorn inom SLSO<sup>1</sup> och en tjänsteman från HSN-f. Projektet har i huvudsak finansierats med statliga stimulansmedel.

Äldreteamet bedriver avancerad hemsjukvård<sup>2</sup> dygnet runt för kategorin de mest sjuka äldre. Syftet är bland annat att öka antalet hembesök av läkare och möjligheten att bo kvar i ordinärt boende samt att minska antalet akutmottagningsbesök. Några av kriterierna för att bli inskriven, förutom ett omfattande och sammansatt behov av vård och omsorg, är att ha svårt att ta sig till en husläkarmottagning och återkommande behov av snabb medicinsk bedömning. Äldreteamet ska också tillhandhålla hemtjänstinsatser. Utvärderingen visar att projektet har uppfyllt de flesta av de uppställda målen.

I Äldreteamet finns läkare, sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och biståndshandläggare. Äldreteamet har också tillgång till två sviktplatser i ett äldreboende. Från början hade Äldreteamet ingen övre gräns för antalet patienter. Som mest var det 52. Sedan maj 2010 är antalet begränsat till 30 platser.

Utvärderingen visade att alla intervjuade patienter var mycket nöjda med vården och omsorgen från Äldreteamet och var generösa med beröm. Endast enstaka mer marginella negativa synpunkter framkom. Patienterna ansåg att den personal, alla kategorier, som utförde hemsjukvården hos dem var kunniga och hade ett bra bemötande. Anslutningen till Äldreteamet hade inneburit att patienterna i mycket hög utsträckning kände sig trygga. De visste att de fick hjälp när de behövde och oroade sig för att Äldreteamet skulle läggas ner.

Patienterna hade däremot ofta synpunkter på hemtjänstens insatser både vad gällde kvalitet och kontinuitet. Trots detta är ändå intrycket av att patienterna med den vård som Äldreteamet ger har tillgång till en bra vård, som kan vara ett alternativ till äldreboende.

---

<sup>1</sup>SLSO Stockholms läns sjukvårdsområde

<sup>2</sup> Se definition sid 5



Samarbetet i styrgruppen fungerade bra fram till hösten 2009, då det uppstod oenighet inom landstinget mellan HSN-f (beställare) och Team Äldredoktorn (utförare). Antalet patienter hade ökat och kostnaderna var mer än dubbelt så höga som anslaget. Det fanns ingen skriftlig överenskommelse om vad som skulle gälla. Trots upprepade förhandlingar nåddes ingen enighet. Istället fick en annan vårdgivare, Nackageriatriken AB uppdraget att driva Äldreteamet vidare från maj 2010. Ersättningen höjdes 2010 från 2,7 Mkr per år till 4,8 Mkr samtidigt som antalet patienter begränsades till 30. Bytet av landstingspart var konfliktfyllt, men övergången fungerade bra. I september 2010 beslutade HSN-f att förlänga Äldreteamets verksamhet till 2011-12-31.

Samtliga intervjuade lovordade idén att bedriva hemsjukvård enligt Äldreteamets modell. Samarbetet mellan medarbetarna har fungerat bra och de uppskattade att arbeta i ett team. Det gav dem bredare kunskap om patienterna och underlättade arbetet. De problem som framkom gällde organisationen. Personalen önskade en gemensam chef och att Äldreteamet ska övergå till att vara permanent verksamhet.

Förutom att bidra till att patienterna har en god livskvalitet har Äldreteamet också bidragit till att vårdkonsumtionen har förändrats. De två sviktplatserna har enligt personalen avlastat akutsjukvården. Utvärderingen visar att patienternas besök i öppenvården och vård dagar inom akutsjukvården minskade sedan de skrevs in i Äldreteamet. Minskningen är i snitt 20 slutenvårdsdagar per patient och år.

Äldreteamet har enligt uppgifter från Huddinge kommun även inneburit förändrad konsumtion av kommunal äldreomsorg. Bl a har kostnaderna för utskrivningsklara patienter<sup>3</sup> inom akutsjukvården och korttidsboende minskat och även efterfrågan på äldreboende.

I och med att antalet patienter har begränsats till 30 har förutsättningarna för Äldreteamet förändrats och troligen också försämrats. Bemanningen med sjuksköterskor har minskat. Numera arbetar en sjuksköterska och en undersköterska kvällar och helger. En följd av det är att Äldreteamet inte kan besvara larm lika snabbt. Personalen önskar återgå till ett större antal patienter med en högre bemanning för att kunna öka sin snabbhet, säkerhet och flexibilitet i akuta situationer. Äldreteamets tidigare nattjour, ASIH:s jour som arbetar i Huddinge, är ersatt av Nackageriatriken AB:s jour. Den arbetar också i Nacka Värmdö och har betydligt längre restid till patienterna.

Det lägre patientantalet påverkar också kostnaderna per patient och ger en lägre kostnadseffektivitet. Det minskar samtidigt möjligheterna för multisjuka i Huddinge att få tillgång till Äldreteamets vård. Andra konsekvenser är att både antalet vård dygn för utskrivningsklara och efterfrågan på äldreboende kan öka.

---

<sup>3</sup> Kommunerna är skyldiga att betala för vården på sjukhus för patienter över 65 år som är utskrivningsklara. Kostnaden per dygn varierar mellan 2 900 kr och strax över 4 000.

Rapporten avslutas med några förslag för den fortsatta verksamheten. De är;

- att hemtjänstinsatserna bör utvecklas för att motsvara Äldreteamets kvalitet.
- att Äldreteamet ökar antalet patienter
- att Äldreteamet bör ses som ett alternativ till äldreboende och
- övergå att vara en permanent verksamhet

De goda erfarenheterna av Äldreteamet i Huddinge och från andra äldreteam ger också anledning att anta att mobila team kan vara en generell modell för hemsjukvård för äldre med stora och sammansatta behov. En organisation där all personal kan göra hembesök, som är tillgänglig dygnet runt, som erbjuder god kontinuitet och när det behövs även mer avancerade insatser, kan bidra till att lösa de svårigheter som den nuvarande hemsjukvården brottas med och även att minska efterfrågan på slutenvård.

# INLEDNING

## Uppdraget

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick våren 2010 uppdraget av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning (HSN-f) och Huddinge kommun att utvärdera projektet Äldreteam i Huddinge, ett samarbetsprojekt mellan Stockholms läns landsting och Huddinge kommun.

Beslutet att starta en utvärderingen föregicks av att projektet skulle avslutas vid årsskiftet 2010/2011 och ett beslut att byta vårdgivare av hälso- och sjukvård för de sista åtta månaderna av projekttiden, från Team Äldredoktorn till Nackageriatriken AB. Uppdragsgivarna ville att erfarenheterna från Äldreteamet skulle dokumenteras.

## Vård av multisjuka kräver andra lösningar

Äldreteamet riktar sig till gruppen de mest sjuka äldre, som också benämns multisjuka, sköra eller multisviktande. En del av dessa bor i äldreboende men många bor i sina ordinarie bostäder.

Det som är gemensamt för denna grupp är att de är högkonsumenter av både öppen och sluten sjukvård och har många kontakter med läkare distriktsköterskor, undersköterskor m fl. De har också en hög konsumtion av läkemedel, ofta ordinerade av olika läkare, men utan att de är samordnade (Socialstyrelsen 2008 och 2009b, Gurner & Thorslund 2003).

Förutom hälso- och sjukvård har gruppen de mest sjuka äldre också i hög utsträckning hjälp från hemtjänsten. Studier om hemtjänsten och hälso- och sjukvården visar att de äldre som får hjälp i hemmet numera har allt större vård och omsorgsbehov. Hemtjänstens uppgifter har successivt utökats från service till omfattande vård och omsorg (Larsson, 2005). Den så kallade kvarboendepincipen är en stark ledstjärna i äldreomsorgen. Från att tidigare ha presenterats som en möjlighet för äldre, att välja att bo kvar i sina ordinarie bostäder, trots omfattande behov av vård och omsorg, framstår det för de flesta alltmer som huvudalternativet. Frågan om hur hemtjänsten och primärvården klarar av de utökade uppgifterna aktualiseras ständigt.

Tidigare studier visar att en god vård och omsorg för de mest sjuka äldre kräver insatser från både kommunernas äldreomsorg och av hälso- och sjukvården. Ju större vård och omsorgsinsatserna är desto mer avgörande är det att insatserna är samordnade, tillgängliga och väl planerade (Gurner m fl 2010, Gurner & Thorslund 2003). I flera projekt i Stockholms län har äldre i kategorin de mest sjuka äldre erbjudits vård av äldreteam som har erbjudit lättillgänglig vård med god kontinuitet i hemmet. Genomgående har den vård dessa äldreteam erbjudit uppskattats av patienterna.

# Hemsjukvården i Stockholms län

Hälso- och sjukvården i Stockholms läns landsting är indelad i fyra nivåer.

1. Vårdguiden som kan nås på telefon och internet med information, rådgivning samt råd och stöd för egenvård
2. Husläkarvården, första linjens hälso- och sjukvård, som också omfattar jourverksamhet kvällar, nätter och helger.
3. Specialiserad vård. Dit räknas öppen och slutet geriatrisk vård, öppen och slutet psykiatrisk vård, beroendevård, somatisk öppen och slutet vård både på och utanför sjukhusen samt avancerad hemsjukvård och habilitering
4. Högspecialiserad vård som framförallt ges vid universitetssjukhusen

(Regelbok för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2010)

## Basal hemsjukvård

I husläkarverksamheten (nivå 2) ingår att bedriva basal hemsjukvård. I Stockholms läns landstings uppdragsguide<sup>4</sup> definieras det som

*”hälso- och sjukvård som ges i patientens hem som inte kräver specialiserad palliativ vård i öppen och slutet vårdform eller avancerad öppenvård i hemmet som annan vårdgivare (ASIH) ansvarar för eller täcks av annan huvudmans ansvar”*

*”Vårdgivaren ansvarar för att bedriva basal hemsjukvårdsverksamhet av sådan omfattning att patienter i behov av sådan hemsjukvård tillförsäkras det. Aktualiserat behov av hemsjukvård skall Vårdgivaren bedöma behovet snarast”.*

För att få hemsjukvård ska en patient på grund av medicinska skäl eller funktionshinder ha behov av hälso- och sjukvårdsinsatser (minst två insatser i hemmet per månad) som beräknas kvarstå under minst 14 dagar.

I Stockholms län är ansvaret för den basala hemsjukvården ofta uppdelat på flera vårdgivare olika tider på dygnet samt kvällar och helger. En husläkarverksamhet har ansvaret under kontorstid och en eller flera andra vårdgivare delar på ansvaret övrig tid.

## Avancerad hemsjukvård

En form av hemsjukvård är avancerad hemsjukvård som ingår i nivå 3. Avancerad hemsjukvård definieras av SLSO<sup>5</sup> inom Stockholms läns landsting som

---

<sup>4</sup> www.uppdragsguiden.sll.se

<sup>5</sup> Team Äldredoktorn är en del av ASIH Långbrospark som i sin tur ingår i Stockholms läns landstings sjukvårdsområde. (SLSO)

”ett frivilligt alternativ eller komplement till sjukhusvård utifrån patientens egna behov”

Inom den avancerade hemsjukvården (ASIH) arbetar sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer. Sjukvården i hemmet kan vara smärtlindring, läkemedelsbehandling, infusion (dropp), provtagningar, stödjande samtalskontakt och mycket annat. Avancerad hemsjukvård ges ofta till personer med cancersjukdomar.

## Äldreteamet i Huddinge

Äldreteamet i Huddinge är en form av avancerad hemsjukvård för äldre där samverkan med hemtjänst ingår för att vården ska motsvara patientgruppens behov. Projektet startade 2007-04-01 som ett resultat av den samverkan som Huddinge kommun och Stockholms läns landsting har haft sedan många år. (Hjalmarsen & Norman 2004)

I uppdragsbeskrivningen för Äldreteamet ges en ingående beskrivning av vad verksamheten ska erbjuda och hur den ska fungera. (HSN 0702-0172) Målgruppen är personer i ordinärt boende inom Huddinge kommun som har ett sjukdomstillstånd som innebär ett omfattande och sammansatt vård- och omsorgsbehov. Patienterna ska också uppfylla något av följande kriterier:

- Ha svårt eller omöjligt att ta sig till husläkarmottagning på grund av funktionshinder eller nedsatt allmäntillstånd eller,
- ha återkommande behov av snabb medicinsk bedömning av läkare i hemmet på grund av hög risk för hastig förändring av hälsotillstånd och/eller
- ha behov av rehabiliterande, och/eller funktionsuppehållande insatser som bäst tillgodoses i hemmiljö.

### Syfte och mål för Äldreteamet

Äldreteamet skall ge boende i Huddinge kommun, som uppfyller kriterierna, hemsjukvård och omsorgsinsatser dygnet runt med extra hög tillgänglighet och under kontorstid även erbjuda hemrehabilitering<sup>6</sup>. Teamet skall vara multi-professionellt och vården och omsorgen *skall utgå från en helhetssyn på den åldrande människan och hennes mångomfattande behov*. I tjänsten skall förebyggande, utredande, behandlande, rehabiliterande, omvårdande samt trygghetsskapande insatser ingå. Äldreteamet har tillgång till två sviktplatser inom Stortorps Äldrecenter för direktinläggning.

---

<sup>6</sup> Hemrehabilitering erbjuds då patienter bedöms ha bättre möjligheter att uppnå målen för rehabiliteringen genom insats i hemmet än genom insats på mottagning. Personer som har vårdats vid akutsjukhus, geriatrisk klinik eller vid extern sluten rehabiliteringsinstitution ska prioriteras. (Stockholms läns landsting)

Syftet med Äldreteamet är enligt uppdragsbeskrivningen att

- öka antal hembesök av läkare,
- förbättra samordningen av kommunens och landstingets insatser,
- förbättra läkemedelshanteringen
- minska antalet akutmottagningsbesök
- öka möjligheten för äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov bo kvar i eget boende.

Målen för Äldreteamets tjänster är:

- att patienten genom insatserna uppnår bästa möjliga funktionsförmåga, fysiska och psykiska välbefinnande samt bästa möjliga förmåga till självständigt liv utifrån sina resurser
- att patient och närstående upplever trygghet i vård, omsorg och rehabilitering, får ett gott bemötande och stöd, upplever delaktighet i planering och genomförande av vård, omsorg och rehabilitering samt känner till och har förtroende för och är trygga med Äldreteamets vård, omsorg och rehabilitering
- att patient och närstående upplever vård och omsorg som en helhet med välfungerande vårdkedjor och med en god tillgänglighet till vård, dygnet runt
- att patient och närstående upplever vård och omsorg med hög medicinsk kvalitet, omvårdnads kvalitet och omsorgskvalitet
- att patienter, närstående, vårdgrannar, berörda organisationer och kommun/ stadsdelsnämnder har god kännedom om verksamhetens utbud, omfattning, innehåll, tillgänglighet och intagningskriterier.
- att det inte ska ha någon betydelse för den enskilde vilken huvudman eller vilken verksamhet som ansvarar för vården, omsorgen och rehabiliteringen.

För att möjliggöra fortsatt vård i hemmet skall läkare från teamet göra hembesök för snabb bedömning vid försämrat tillstånd. Val av vårdform skall ske i samråd med patienten och dennes närstående där så är möjligt.

I uppdragsbeskrivningen anges vidare att utmärkande för Äldreteamets vård- och omsorg skall vara god kvalitet, god tillgänglighet, kontinuitet, gott och respektfullt bemötande samt respekt för att vården sker i patientens hem.

Enligt uppdragsbeskrivningen ska Äldreteamet tillhandahålla:

- Hembesök och hemsjukvård dygnet runt med hög tillgänglighet
- Tillsyn och omvårdnad av symptom samt medicinsk behandling som kan ske i hemmet
- Utredning vid förändring i sjukdomstillstånd under vårdtiden.
- Rehabiliterande och/eller funktionsuppehållande insatser som bäst tillgodoses i patientens hemmiljö.
- Teambaserad och multiprofessionell vård.
- Psykiskt, socialt och existentiellt stöd till inskrivna.
- Stöd till närstående under vårdtiden
- Hemtjänst
- Personlig omvårdnad

Äldreteamet ska ta över såväl det fulla medicinska ansvaret som omvårdnadsansvaret för de inskrivna patienterna.

# BAKGRUND

## Samverkan om gruppen de mest sjuka äldre

Kommuner och landsting har sedan länge enligt lag haft skyldighet att på olika sätt samverka med varandra. Samverkan skall ske både för att förbättra insatserna till den enskilde och för att hushålla med samhällets gemensamma resurser. Studier visar att bristande samordning leder till onödigt höga kostnader framförallt för vård på sjukhus. (Gurner & Thorslund, 2003)

## Vad styr samverkan inom äldreområdet?

Samverkan betyder enligt Nationalencyklopedins ordbok (1996) gemensamt handlande för visst syfte. Definitionen av ordet samverka är att handla eller fungera gemensamt för visst syfte.

Vad som menas med samverkan framgår inte av 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.

Både socialtjänstlagen och hälso- och sjukvårdslagen ger kommunerna och landstingen skyldighet att samverka om vården och omsorgen om de äldre både på övergripande nivå och på individ nivå.

- Socialtjänstens insatser för den enskilde ska utformas och genomföras tillsammans med den enskilde och vid behov i samverkan med andra samhällsorgan, med organisationer och andra föreningar. (SoL 3 kap 5§)
- Socialtjänsten ska delta i samhällsplaneringen och i planeringen av insatser för människor med fysiska och psykiska funktionshinder finns en skyldighet att samverka med landstinget, andra samhällsorgan m fl (SoL 3 kap 1§ och 5 kap 8§)
- Landstingens skyldighet att samverka med kommunerna omfattar planering och utveckling av hälso- och sjukvården. (HsL §8).

I mer än hälften av Sveriges kommuner har landstinget överlåtit ansvaret för hemsjukvården för personer över 65 år till kommunerna. 2006 la en statlig utredning fram ett förslag att kommunerna ska överta ansvaret för hemsjukvården. Förslaget genomfördes aldrig. En ny utredning med ett liknande uppdrag tillsattes 2010. Utredningen ska vara klar 2011.

Sedan 2003 finns en bestämmelse i Socialtjänstlagen som ger kommunerna och landstingen möjligheter att inrätta gemensamma nämnder inom vård och omsorgsområdet. (SoL 2 kap 4§)



## Krav på individuella planer

Från 2010 finns en bestämmelse som ger kommunerna och landstinget skyldighet att tillsammans upprätta en individuell plan för de personer som har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården. En sådan plan ska göras om kommunen eller landstinget bedömer att den behövs för att *”den enskilde ska få sina behov tillgodosedda, och om den enskilde samtycker”*. Planen ska när det är möjligt göras tillsammans med den enskilde. Närstående ska ges möjlighet att delta, om det är lämpligt och den enskilde inte motsätter sig det. (HSL § 3f, SoL 2 kap §7)

## Utvärderingar av hemsjukvården

Socialstyrelsen redovisade i en rapport, Hemsjukvård i förändring (2008), resultatet av en nationell enkätundersökning. Den visar att antalet som får hemsjukvård ökar och att alltmer avancerade hälso- och sjukvårdsinsatser utförs i patienternas hem. Socialstyrelsen konstaterar att denna utveckling innebär ökade krav på att läkare och sjuksköteskor finns tillgängliga dygnet runt och att den nuvarande tillgången många gånger inte är tillräcklig.

I rapporten framkommer att hemsjukvårdspatienter har fler vårdtillfällen och vårddygn i slutenvården än befolkningen i övrigt och att män med hemsjukvård vårdas mer i slutenvården än kvinnor. Hemsjukvårdspatienter i ordinärt boende och som också har hemtjänst har fler vårdtillfällen och vårddygn än de som bor i äldreboende. Det är också den gruppen som ordinerar flest läkemedel. Rapporten visar också att vilka undersökningar och behandlingar som ges i hemsjukvården varierar bland annat beroende på vilken huvudman som har ansvaret och hur den är organiserad.

Socialstyrelsen anser att det finns ett behov av en översyn av hemsjukvården som bör innehålla en beskrivning av hemsjukvårdens uppdrag och innehåll samt av vilken kompetens som krävs. Socialstyrelsen anser också att omfattningen av landstingens ansvar för hemsjukvård respektive kommunernas ansvar för hälso- och sjukvård enligt 18§ HSL behöver klarläggas.

2008 publicerade Stockholms läns landsting en rapport (Stockholms läns landsting 2008) 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

Ett av de förslag som lämnades var att förbättra möjligheterna till direkta inläggningar på geriatrisk klinik. Ett annat att beställarna hos landstinget och kommunerna ska underlätta för vårdgivare att kunna erbjuda äldre personer en sammanhållen vård och omsorg av ett team.

Rapporten pekar på att de brister som hemsjukvården har, kan bero på att det nuvarande ersättningssystemet inte fullt ut täcker kostnaderna;

- för mer omfattande och flexibla insatser.
- för den tid det tar att utveckla samarbetet mellan vård- och omsorgsaktörerna
- för att genomföra gemensamma vårdplaneringar och ge stöd till hemtjänstpersonal och anhöriga.

Vissa av förslagen kan därför medföra att kostnaderna ökar.

Modin (2010) konstaterar att hemsjukvården inte är organiserad för att läkaren ska kunna ha rollen, som den medicinska ledaren. Något som försvårar är att de olika yrkesgrupper som är involverade i hemsjukvården sällan är under samma tak eller i samma organisation. Modin lyfter fram en rad faktorer som är avgörande för hur hemsjukvården fungerar. Bland andra läkarens och distriktssköterskans samarbete och om läkaren väljer att vara medicinsk ledare eller medicinsk konsult.

Ibland, framför allt när det gäller omvårdnad, kan det enligt Modin vara adekvat att läkaren överlämnar det medicinska ansvaret till distriktssköterskan, men förutsättningen är en regelbunden kontakt dem mellan. Modin framhåller vikten av att distriktssköterskorna är observanta på förändringar som kan kräva aktiva läkarinsatser. Hon framhåller också att läkare, för att kunna behålla det medicinska ansvaret för hemsjukvårdspatienter, måste ha en rimlig arbets-situation, tid för hembesök, bra rutiner och delta i vårdplaneringar.

Modin pekar också på förhållandet att hemsjukvårdspatienterna på grund av sin medicinska situation, höga ålder och/eller kognitiva förmåga inte alltid kontaktar sin läkare. Läkaren arbetar ofta från andrahandsinformation om patienterna från distriktssköterskorna. Ibland har även distriktssköterskorna endast andrahands-information från personal i hemtjänsten. Det försvårar för läkaren att fatta adekvata beslut om behandling och att vidmakthålla en god medicinsk vård.

## **Erfarenheter av samverkan mellan basal hemsjukvård och hemtjänst**

Det är hemtjänsten och den basala hemsjukvården som samverkar om insatserna för äldre som bor i ordinärt boende och som har behov av vård och omsorg.

Hemtjänsten utför hjälp i hemmet enligt ett biståndsbeslut (SoL 4 kap § 1). Både husläkarvården och hemtjänsten kan utföras av kommunala respektive landstingsdrivna enheter eller av privata företag.

### *Utvärderingar i Stockholms län av samverkan mm*

Flera utvärderingar har gjorts i Stockholms län av hur samverkan mellan hemtjänst och den basala hemsjukvården för de mest sköra äldre fungerar. Utvärderingarna visar att den sker på olika sätt och att vården och omsorgen som de äldre får, inte alltid motsvarar behoven. De största bristerna är tillgängligheten något som bidrar till att de äldre inte får tillräckliga vård- och omsorgsinsatser, inte känner sig trygga och därför ofta söker vård akut.

I studien Styckevis och delat (Gurner 2006), som genomfördes av Äldrecentrum på uppdrag av revisionskontoret i Stockholms läns landsting, Stockholm stad, Huddinge kommun och Norrtälje kommun var slutsatserna att;

- vården och omsorgen om multisjuka äldre som bor kvar i det egna hemmet fungerar i många avseenden dåligt, trots kunskaper om problemen. Det saknas en strukturerad samverkan i alla faser av vård och omsorgsprocessen.
- med en väl fungerande och sammanhållen hemvård kan slutenvårdsvistelserna reduceras.
- det krävs ett multiprofessionellt team som arbetar tillsammans och
- akutvård och övrig slutenvård måste vara tillgänglig då den verkligen behövs

En rapport om samverkan från Gävle (Gurner m fl 2010) avslutas med följande konstaterande: *”Vad som krävs är ett multiprofessionellt arbetande team i funktion ute i hemmen. Det behövs ett nytt arbetssätt och en ny organisatorisk idé som fokuserar på den multisjuka/multisviktande äldres behov”.*

Vikten av att ha en läkare med i teamet betonas särskilt.

Inom HSN-f är frågan om hur vården om de mest sjuka äldre ska utformas i framtiden mycket aktuell. Ett utredningsarbete; *”Strategier för äldre med stora och sammansatta vårdbehov”* pågår och ska presenteras under våren 2011.

### **Erfarenheter av olika projekt att förbättra vården och omsorgen för de mest sjuka äldre**

Flera kommuner och landstinget i Stockholms län har både tillsammans och var för sig genomfört projekt för att försöka anpassa vården och omsorgen till gruppen de mest sjukas behov. Projekten har ofta varit finansierade med statliga stimulanspengar.

Under den senaste tioårsperioden har landstinget i projektform startat äldre-vårdscentraler i Solna och i stadsdelarna Hökarängen, och Hässelby i Stockholm. I Hökarängen ingick även hemtjänsten i projektet. En erfarenhet är att kundval i hemtjänsten försvårar gemensamma projekt. Ingen av äldrevårdscentralerna

finns kvar idag i sin ursprungliga form. Olika former av Äldreteam som erbjuder vård i hemmet har också prövats. Förutom i Huddinge, Solna, Nacka, Nynäshamn och Haninge kommun också i stadsdelarna Kungsholmen, Östermalm och Bromma i Stockholms stad.

Några av projekten har utvärderats. (Se Äldrecentrumrapporter nr: 2003:3, 2004:4, 2007:5, 2007:13, 2007:15 och 2008:5.) De visar att projekten har varit organiserade på olika sätt, har haft varierande målsättningar och att de berörda vårdgivarna samverkade i olika utsträckning. Patienterna har genomgående varit mycket nöjda och deras konsumtion av slutenvård minskades.

### *Utvärdering av fyra Äldreteam*

I en rapport från Stockholms läns landsting (Nilsson 2008) refereras erfarenheterna från fyra Äldreteam i Stockholms län. Rapporten beskriver Äldreteamens organisation, hur personal och patienter upplevde vården samt hur patienternas vårdkonsumtion påverkades. De team som studerades var, Äldreenheten i Nynäshamn, Äldreteamet i Handen knutet till geriatriken, Äldreteamet i Huddinge och Äldretjänst i Sigtuna, Sollentuna och Upplands Väsby.

När utvärderingen gjordes var Äldreteamet i Huddinge nystartat och för tidigt att dra några slutsatser om eventuella effekter. Äldretjänsten i Sigtuna, Sollentuna och Upplands Väsby hade ett uppdrag och skiljde sig från de tre andra teamen. För de andra två Äldreteamen, i Nynäshamn och i Handen visade studien att de intervjuade patienterna genomgående var nöjda med den vård de fått av Äldreteamen. De kände sig trygga med vården och upplevde att tillgängligheten var mycket god. Rapporten påvisade en tydlig nedgång i antalet dagar i slutenvård för Äldreteamens patienter. I rapporten redovisas en uppskattning/beräkning av hur inskrivningen hos Äldreteamen hade påverkat patienternas sjukvårdskonsumtion och vårdkostnaderna. Beräkningarna visade att;

- ”inskrivning hos Äldreteam förändrar sjukvårdskostnaderna för den enskilda patienten på ett avgörande sätt
- den största ekonomiska effekten uppnås genom teamens förmåga att sänka patienternas konsumtion av slutenvård
- äldreteam bidrar till större kostnadsänkningar i vården än den kostnad de själva drar”. (Nilsson 2008)

# UTVÄRDERINGENS SYFTE

Studiens övergripande syfte var att beskriva hur Äldreteamet i Huddinge utvecklades från starten den 1 april 2007 fram till den 1 oktober 2010. Syftet var också att bidra till ökad kunskap om former för att ge äldre personer med omfattande och sammansatta behov av vård- och omsorgen samlad vård och omsorg i hemmet.

Andra syften var;

- att utvärdera hur Äldreteamets patienter och även deras anhöriga har upplevt vården
- att jämföra vilka vårdkontakter patienterna har haft inom öppen och slutenvård sedan de skrevs in i Äldreteamet jämfört med en tolv månadersperiod innan de skrevs in.
- att belysa Äldreteamets roll i vårdkedjan (hur och av vem patienterna remitteras till teamet.)
- att belysa hur kostnaderna för patienternas vård och omsorg påverkas efter att de skrivs in i Äldreteamet

Slutligen var syftet också att samla in styrgruppens, medarbetarnas och vårdgrannarnas erfarenheter både inom den öppna hälso- och sjukvården, slutenvården samt från företrädare för kommunen och HSN-f.

## Frågeställningar

Frågeställningar i utvärderingen är;

1. Vilka patienter har äldreteamet vårdat?
2. Hur var vården för patienterna innan de skrevs in i Äldreteamet
3. Vilka insatser har de fått?
4. Hur har patienter och närstående upplevt Äldreteamets vård och omsorg?
5. Hur har hembesöksfrekvensen sett ut, uppdelad på olika yrkeskategorier?
6. Har projektet påverkat hur länge patienterna kan bo kvar i hemmet?
7. Hur har vård- och omsorgskonsumtionen förändrats för de inskrivna patienterna?
8. Har antalet dagar för utskrivningsklara patienter som leder till betalningsansvar förändrats i Huddinge?
9. I vilken grad har de två sviktplatserna vid Stortorp utnyttjats?
10. Vad har inläggningsorsak varit till sviktplatserna?
11. Hur har vårdgrannarna geriatrik och övrig primärvård upplevt projektet?
12. Hur påverkades projektet av bytet av landstingspart?
13. Hur påverkades kostnaderna för patienternas vård och omsorg?

# METOD

I utvärderingen användes både kvalitativa och kvantitativa metoder. Eftersom utvärderingen startade när projektet redan hade pågått i tre år har det inte varit möjligt att beskriva Äldreteamets arbete annat än med utgångspunkt från intervjuer. Äldreteamets personal har fört viss statistik över arbetsinsatserna men den ger för lite information för att vara användbar i utvärderingen. De kvantitativa data som har varit tillgängliga är uppgifter om patienternas slutenvårdskonsumtion, användning av hemtjänst, uppgifter om bemanning samt olika ekonomiska uppgifter.

## Intervjuer

De som intervjuades var Äldreteamets patienter, personal, styrgrupp och vårdgrannar. Intervjuerna gjordes av två utredare från Äldrecentrum. Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes med stöd av en intervjuguide. (Se bilaga 1 och 2) Under intervjuerna förde utredarna anteckningar som sedan skrevs rent och analyserades.

Totalt gjordes 47 intervjuer. 17 var med anhöriga och 30 med yrkesverksamma, som på olika sätt hade kommit i kontakt med Äldreteamet. Intervjuerna var både individuella (25) och i grupp (22). Sex av de individuella intervjuerna gjordes per telefon.

### Intervjuer med Äldreteamets patienter

#### *Urval och genomförande*

Patienterna tillfrågades i turordning beroende på hur länge de hade varit inskrivna i Äldreteamet. Vid utvärderingens start i april 2010 hade Äldreteamet 45 patienter. 14 av dem hade växelvård på äldreboendet Solhöjden. Dessa skrevs ut från Äldreteamet i samband med bytet av vårdgivare och tillfrågades inte om att delta i utvärderingen.

Av de återstående 31 patienterna bedömde teamets medarbetare att tio inte kunde klara en intervju och tillfrågades därför inte. De var fysiskt mycket svaga eller kognitivt nedsatta .

Den medarbetare (en sjuksköterska, en undersköterska eller i något fall Äldreteamets projektledare) som kände patienterna bäst, frågade de återstående 21 patienterna om de ville delta i studien och bli intervjuade av en utredare från Äldrecentrum. Samtliga tackade ja.

Projektledaren förmedlade därefter patientens kontaktuppgifter till Äldrecentrums utredare, som skickade ett informationsbrev till dem (se bilaga 3) angående intervjuerna. Några dagar senare kontaktade Äldrecentrums utredare patienterna och bokade tid för en intervju. Anhöriga erbjöds också att närvara.

18 av de 21 patienterna som tackade ja blev intervjuade. Av de tre som inte blev intervjuade kände sig en för svag för att delta, en flyttade till äldreboende och skulle återkomma och en avled några dagar före den planerade intervjun. Dottern till den avlidna patienten ville gärna delta i utvärderingen så totalt samlades uppgifter in om 19 patienter. Totalt gjordes 17 intervjuer med patienter. I två av intervjuerna var det makar som båda var patienter i Äldreteamet. I nio av de övriga 15 intervjuerna deltog makar eller barn till patienterna. De anhörigas aktiva deltagande i intervjuerna varierade.

Intervjuerna gjordes i två perioder. Den första intervjuomgången med 10 patienter gjordes i maj – juli 2010 och den andra omgången med 9 patienter under oktober till december 2010. På så vis fångades erfarenheter in av de båda vårdgivarna, Team Äldredoktorn och Nackageriatriken AB.

Av de intervjuade patienterna var 10 män och 9 kvinnor. Den äldsta var 89 och den yngsta 68 år. De flesta var 80 år eller äldre. 10 av patienterna var gifta eller sammanboende.

### **Intervjuer med Äldreteamets personal**

Syftet med intervjuerna var att fånga olika erfarenheter av den vård och omsorg som Äldreteamet bedriver. Syftet var också att beskriva erfarenheterna av att arbeta i Äldreteamet och bytet av den medicinska vårdgivaren.

Nästan samtliga av äldreteamets ordinarie personal, projektledare läkare, distriktssköterskor, undersköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, dietist, biståndsbedömare, samt verksamhetschefer intervjuades. Totalt 26 personer. De som inte har blivit intervjuade var förhindrade att delta för att de var lediga när intervjuerna ägde rum.

Eftersom utföraren av de medicinska tjänsterna byttes 2010-05-01 intervjuades läkare, distriktssköterskor och verksamhetschef både från Team äldredoktorn och från Nackageriatriken AB. Ett ytterligare antal kontakter togs per telefon för att komplettera de tidigare intervjuerna.

Äldreteamet disponerar två sviktplatser på Stortorps äldrecenter. Enhetschefen och en sjuksköterska där intervjuades om sina erfarenheter.

### **Intervjuer med Äldreteamets vårdgrannar**

För att fånga erfarenheter av Äldreteamets vårdgrannar och samarbetspartners intervjuades företrädare för hemtjänst, husläkarmottagningar och geriatriska kliniken på Huddinge sjukhus.

Fyra företrädare för hemtjänstenheter som utför hemtjänst hos patienterna som Äldreteamet samarbetar med intervjuades per telefon. Två var kommunala och två privata.

Sammanlagt sex distriktssköterskor från vårdcentralerna i Huddinge, Segeltorp och Stuvsta intervjuades.

En läkare från en medicinsk akutavdelning samt en koordinator från geriatriska avdelningen på Huddinge sjukhus intervjuades. Intervjun med koordinatorm gjordes per telefon.

### **Övriga intervjuer**

Projektets styrgrupp, en tjänsteman från HSN-f, socialchefen i Huddinge samt chefen för Team Äldredoktorn intervjuades.

En telefonintervju gjordes också med chefen för ASIH Långbrospark.

### **Analys**

Analysen av intervjuerna har utgått från frågeställningarna. Fokus har varit främst att lyfta fram de teman som förekom oftast. I de delar som berör hur Äldreteamet skulle kunna utvecklas redovisas även förslag och idéer från enskilda personer.

## **Registerdata**

Befintlig statistik avseende Äldreteamets patienter från Landstinget och Huddinge kommun har ingått i utvärderingen: All data har avidentifierats innan den överlämnades till Stiftelsen Äldrecentrum.

### *Uppgifter om Äldreteamets patienter*

Uppgifter om in- och utskrivningsdatum i Äldreteamet samt orsak till utskrivningen samlades in manuellt ur patienternas landstingsjournaler. Därefter har uppgifter om antal vård dagar i slutenvården uppdelade på akut- och planerad vård, hämtats från landstingets Val-databas, för tiden 12 månader före patienterna skrevs in i Äldreteamet respektive för tiden efter inskrivningen fram till 2010-12-31.

Från Huddinge kommun har data hämtats om patienternas senaste beslut om hemtjänst.

### *Uppgifter om kommunens och landstingets kostnader*

Uppgifter har också hämtats in om landstingets och kommunens kostnader för teamet. Även uppgifter om priser/kostnader för olika former av äldreomsorg och hälso- och sjukvård har använts, som underlag för olika jämförelser.

Antalet betalda dagar i slutenvården, antalet helårsplatser i korttidsvård och äldreboende samt användningen av sviktplatserna har också inhämtas från Huddinge kommun för perioden 2007 - 2010.

## **Avgränsning**

Utvärdering behandlar inte några frågeställningar om patienternas läkemedelsanvändning. Utvärderingen innehåller heller ingen bedömning av hur många tjänster inom respektive profession ett Äldreteam bör bestå av.



# MATERIAL

## Befolkningsutvecklingen i Huddinge

Huddinge kommun hade den 31 december 2009, 95 798 invånare. Nedanstående tabell visar att andelen äldre i befolkningen fram till 2019 beräknas att öka.

Tabell 1. Befolkningen i Huddinge kommun 65 år och äldre den 31 december 2009 och prognos för befolkningen 65 år och äldre åren 2014 och 2019 (Källa: Huddinge kommun)

Ålder	2009		2014		2019	
	Antal	Andel	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>65-79</b>	8 947	9,3	10 605	10,3	11 216	10,2
<b>80-w</b>	2 708	2,8	3 007	2,9	3 492	3,2
<b>65-w</b>	11 655	12,2	13 612	13,2	14 708	14,9

## Äldreomsorgen i Huddinge

Budgeten för äldreomsorgen i Huddinge 2010 uppgick till ca 490 Mkr. Under 2010 ökade både användningen av hemtjänst och äldreboenden.

Under året fick totalt 1 166 personer hemtjänst. Antalet beviljade timmar var 426 000. Den 31 december var 488 personer beviljade plats i särskilt boende (ålderdomshem, demensboende och sjukhem).

# RESULTAT

Resultaten visade i hög grad överensstämmande erfarenheter både från de intervjuade patienterna, deras anhöriga och från de yrkesverksamma som ingick i undersökningen. Även de redovisade förändringarna i vårdkonsumtionen stämmer väl överens med uppgifter som lämnades i intervjuerna.

Kapitlet inleds med en beskrivning av förberedelserna för Äldreteamet, starten och den nuvarande organisationen. I avsnitt två får vi ta del av patienternas, anhörigas, personalens och vårdgrannarnas erfarenheter av Äldreteamet samt förslag som lämnades om hur Äldreteamet kan förbättras och utvecklas. I det tredje avsnittet presenteras först uppgifter om hur patienternas vårdkonsumtion såg ut tolv månader före respektive efter att de skrevs in i Äldreteamet. Därefter presenteras kostnaderna för Äldreteamet och hur de kan jämföras med andra kostnader för vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

Avslutningsvis behandlas bytet av medicinsk vårdgivare som ägde rum den 1 maj 2010 då Nackageriatriken AB tog över ansvaret från Team Äldredoktorn<sup>7</sup>.

## Äldreteamets framväxt

### Initiativet

Idén att starta ett Äldreteam i Huddinge växte fram i den lokala samverkansgruppen mellan Huddinge kommun och HSN-f. Gruppen hade under en längre tid haft ett bra samarbete. Tre av deltagarna, social- och äldreomsorgschefen i Huddinge, en tjänsteman från HSN-f och chefen från Team Äldredoktorn hade i sina respektive arbeten på olika sätt sett behovet av att bättre tillgodose gruppen hemmaboende multisjukas behov av vård och omsorg. De hade alla erfarenheter av att det fanns brister. Den gemensamma utgångspunkten var att försöka erbjuda gruppen adekvat vård i hemmet och minska de akuta besöken inom slutenvården. De såg olika möjligheter att använda redan befintliga resurser, bland annat en läkare från Team Äldredoktorn som arbetade i Huddinges äldreboende, ASIH:s ordinarie jourorganisation som redan tidigare arbetade i Huddinge dygnet runt och korttidsvården på Stortorps äldrecenter.

I andra delar i Stockholms län pågick liknande försök, vilket bidrog till inspirationen. Intervjuerna visade att gruppen såg en möjlighet att använda erfarenheterna från ASIH:s sätt att arbeta i en verksamhet riktad till äldre multisjuka och att komplettera hälso- och sjukvården med omvårdnadsinsatser från hemtjänsten.

---

<sup>7</sup> Team Äldredoktorn är en enhet inom ASIH i Långbropark (SLSO) som arbetar med läkarvård i särskilda boenden

När Socialstyrelsen 2006 utannonserade stimulansmedel om förstärkt läkar-medverkan beslutade de att ansöka om medel för att starta ett projekt. Huddinge kommun och HSN-f ansökte var för sig och ansökningarna beviljades.

### **Äldreteamet ett nära samarbete mellan Huddinge och landstinget**

Målet för samverkan i Äldreteamet var enligt ett tjänstutlåtande från Huddinge äldreomsorgsförvaltning (ÄN 2006/103.187) ”att det inte ska ha någon betydelse för den enskilde personen (patienten) vilken huvudman eller verksamhet som ansvarar för vård, omsorg eller rehabilitering”. Arbetsgruppens vision var också att Äldreteamet skulle ha en gemensam arbetsplats och att det inte skulle spela någon roll vilken arbetsgivare som teamets medlemmar hade. Tjänstemannen från HSN-F sa att det som var spännande med Äldreteamet var ”att kommunen och landstinget verkligen skulle samarbeta i teamet. Det var inte självklart”.

Styrgruppen var också enig om att det skulle finnas en projektledare med en sammanhållande funktion. Den tog inte ställning till om projektledaren skulle vara chef eller samordnare.

### **Förberedelser före starten**

Beslut att starta Äldreteamet som ett treårigt projekt fattades av Äldreomsorgsnämnden i Huddinge och av Hälso- och sjukvårdsnämnden. Därefter har beslut fattats flera gånger i respektive nämnd att ansöka om ytterligare projektmedel.

Inför att projektet skulle starta utökades gruppen som förberedde Äldreteamet med MAS<sup>8</sup> i Huddinge. Gruppen beräknade att antalet personer i Huddinge som kunde behöva den form av avancerad hemsjukvård som Äldreteamet skulle erbjuda uppgick till ca 50 - 60 personer.

De tre initiativtagarna berättade samstämmigt om den entusiasm de kände för projektet. Projektet möttes också av stort intresse av politiker från alla partier.

Projektgruppen utformade uppdragsbeskrivningen (se sid 11), som beskriver hur Äldreteamet ska arbeta. Några andra styrdokument om Äldreteamets organisation och finansiering har inte gått att få fram under arbetet med utvärderingen.

### ***Inventering av antalet möjliga patienter***

Äldreteamets projektledare, en undersköterska, började sin anställning hösten 2006 och förberedde under sex månader starten. I arbetsuppgifterna ingick att sprida information om teamet och att rekrytera patienter. En viktig del i förberedelserna var att besöka vårdcentralerna och informera om Äldreteamet och undersöka om de kände till några patienter som skulle passa för den nya vårdformen. Den första vårdcentralen som de vände sig till var Huddinge vårdcentral. Senare besökte projektledaren tillsammans med en läkare alla kommunens vårdcentraler.

---

<sup>8</sup> Förkortning av Medicinskt Ansvarig Sjuksköterska

Ett annat sätt att rekrytera patienter var att annonsera i lokalpressen. Annonserna gav inget direkt resultat och endast ett fåtal patienter har själva tagit den första kontakten med Äldreteamet. Projektledaren utformade också en broschyr som lämnades bland annat på vårdcentraler och bibliotek.

Rekryteringen av patienter försvårades enligt projektledaren av att tidpunkten sammanföll med införande av Vårdval Stockholm<sup>9</sup> och fri etableringsrätt med möjligheter att överta de befintliga vårdcentralerna i privat regi. Vårdcentralerna var också osäkra på vilka intäkter de skulle förlora på att remittera patienter till Äldreteamet.

Äldreteamets sjukgymnast och arbetsterapeut rekryterade flera av de första patienterna. De arbetar halvtid med hemrehabilitering och hade i den verksamheten flera patienter som de bedömde skulle passa bra att tillhöra Äldreteamet.

Projektledarens inventering av antalet möjliga patienter i inledningsskedet omfattade även de som hade hemtjänst i Huddinge.

## Äldreteamets start

När Äldreteamet startade den 1 april 2007 var bemanningen en projektledare, en läkare (på deltid), två sjuksköterskor och två undersköterskor. En sjukgymnast, en arbetsterapeut och en dietist från kommunens hemrehabiliteringsenhet fanns också tillgängliga vid behov. Uppdraget att vara ansvarig nattetid sköttes av ASIH inom den befintliga verksamheten.

Projektets styrgrupp bestod av de tre initiativtagarna. Det fanns också en arbetsgrupp knuten till styrgruppen, som bestod av projektledaren, chefen för hemtjänsten, MAS samt en medarbetare från Team Äldredoktorn.

Projektledarens uppgift var att lösa alla praktiska frågor som uppstod. Tjänstemannen från HSN-f som var medlem i styrgruppen konstaterade att projektledaren var viktig och kunde lösa det mesta. I ett avseende blev samarbetet svårare än styrgruppen hade tänkt. Svårigheterna som orsakades av att det var två huvudmän, gällde frågor om sekretessregler, vem som kunde ha tillgång till journalerna, regler för delegeringar etc.

Styrgruppen tog en aktiv del i Äldreteamets utveckling och följde arbetet på nära håll, bland annat genom att delta i *”stormöten”* med personalen var tredje månad. Flera av de intervjuade berättade att Äldreteamets utformning utvecklades successivt. Först efter en tid kompletterades teamet med en biståndshandläggare. En annan förändring var när 14-15 växelvårdspatienter på Solhöjdens äldreboende skrevs in i Äldreteamet. Det gjordes på initiativ av Äldreteamets dåvarande läkare som också var läkare på Solhöjden. Han såg fördelar att vara patienternas

---

<sup>9</sup> Vårdval innebär att invånarna får välja sin husläkare. En viss ersättning följer med varje patient. Enligt SOU:200837 (sid 108-109) bidrar vårdval till konkurrens och ökad kvalitet i hälso- och sjukvården.

läkare inte bara de perioder när de var på Solhöjden<sup>10</sup>. Alla dessa patienter motsvarade inte fullt ut Äldreteamets kriterier.

## Äldreteamets nuvarande organisation

I Äldreteamet nuvarande organisation ingår en projektledare, läkare, chef för sjuksköterskorna, sjuksköterskor, undersköterskor, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och dietist. Logoped samt syn- och hörselinstruktör finns också att tillgå.

Teamets medlemmar har olika organisatorisk tillhörighet och olika chefer. Läkaren, chefen för sjuksköterskorna och sjuksköterskorna är anställda av Nackageriatriken AB. De övriga i personalen är anställda av Huddinge kommun. Undersköterskorna arbetsleddes av projektledaren. De övriga medlemmarna tillhör organisatoriskt andra enheter i Huddinge kommun.

Äldreteamet har lokaler i centrala Huddinge. Där har projektledaren, sjuksköterskorna och undersköterskorna sina arbetsplatser. Läkarna utgår från Nacka sjukhus.

Tabell 2. Antal tjänster i Äldreteamet från Huddinge kommun respektive SLL 2009 och 2010.

Huddinge kommun	2009	2010	SLL	2009	2010
Projektledare	0,5	0,5	projektledare	0,5	
Undersköterskor	3,75	3,75	Läkare	0,5	0,5
Biståndshandläggare	0,5	0,5	Sjuksköterskor dag*	5,75	4,75
Dietist	0,25	0,25			
Sjukgymnast	0,5	0,5			
Arbetsterapeut	0,5	0,5			
<b>Antal tjänster</b>	<b>6,0</b>	<b>6,0</b>		<b>6,75</b>	<b>5,25</b>

\*Tillkommer läkare och sjuksköterskor natt.

Ovanstående tabell visar vilken personal som landstinget respektive Huddinge kommun stod för under 2009 och efter den 1 maj 2010.

## Bemanning

Sjuksköterskorna och undersköterskorna arbetar tillsammans och följer ett veckoschema som är bemannat varje dag mellan kl 07.00 till 21.00. Därefter tar en jourorganisation över ansvaret.

På vardagar arbetar två sjuksköterskor och två undersköterskor. Övrig tid helgdagar och kvällar är det en sjuksköterska och en undersköterska.

<sup>10</sup> Under de perioder personer med växelvård bor i sina ordinarie bostäder har de sin ordinarie husläkaren och när de är på växelvård tar äldreboendets läkare över ansvaret.

Tabell 3. Äldreteamets bemanning från den 1 maj 2010.

	Vardagar		Lördag, söndag och helgdagar		Alla nätter
<b>Tid på dygnet</b>	7-16	16-21	7-16	16-21	21-07
<b>Läkare</b>	1	jour	Jour*	Jour*	Jour*
<b>Sjuksköterska</b>	2	1	1	1	Jour*
<b>Undersköterska</b>	2	1	1	1	Jour*

\* Jourtid ansvarar Nackageriatriken AB:s jour som också ansvarar för ett äldreteam i Nacka Värmdö.

De övriga medarbetarna arbetar deltid under kontorstid. Sjukgymnasten, arbetsterapeuten och biståndshandläggaren arbetar halvtid och dietisten 10 tim/vecka.

Alla deltidsanställda kombinerar arbetet i Äldreteamet med en annan anställning. De har möjlighet att disponera sin arbetstid flexibelt vilket innebär att antalet timmar per vecka de arbetar i Äldreteamet beror på patienternas behov.

Äldreteamet har också några timanställda sjuksköterskor och undersköterskor som rycker in vid frånvaro och andra tillfällen som kräver personalförstärkning.

## Så fungerar det att vara patient i Äldreteamet

### Hur blir man patient?

För att bli patient i Äldreteamet krävs att man uppfyller kriterierna (se sidan 6). En blivande patient ska enligt kriterierna, på grund av sitt allmäntillstånd eller funktionshinder ha svårigheter eller inte alls kunna ta sig till husläkarmottagningen, ha återkommande behov av snabb medicinsk bedömning (instabilt hälsotillstånd) och ha behov av rehabiliterande eller funktionsuppehållande insatser som bäst kan tillgodoses i hemmet. Inledningsvis ställde Äldreteamet också krav på att patienterna skulle ha tre eller fler diagnoser. Detta krav tillämpades inte lika strängt längre. Istället är det faktiska behovet av avancerad hemsjukvård som är avgörande.

Det krävs också att en läkare skriver en remiss. Ofta har det varit patienternas tidigare husläkare. Även läkare inom slutenvården, bland annat från geriatriken och akutavdelningen på Huddinge sjukhus, har remitterat flera patienter. De som blir antagna väljer Äldreteamets läkare som sin husläkare.

Patienternas kontakt med Äldreteamet inleds med ett inskrivningssamtal, som läkaren och en sjuksköterska har tillsammans. Ibland deltar även en undersköterska. Vid inskrivningssamtalet undersöker läkaren patienten och gör en första vårdplan. Den innehåller en målsättning för vården samt hur patientens kontakter med Äldreteamet ska utformas. Även anhöriga kan delta i inskrivningssamtalet.

I samband med inskrivningen får patienterna en pärm med information om Äldreteamet. Alla patienter får också ett telefonnummer som de kan ringa dygnet runt. Samtalen besvaras av en av Äldreteamets sjuksköterskor. Om det inte

räcker med rådgivning per telefon får patienten besök av en av Äldreteamets sjuksköterskor eller undersköterskor. Vid behov kontaktas läkaren.

Äldreteamets vård är liksom annan avancerad hemsjukvård kostnadsfri för patienterna.

### *Nära kontakt mellan Äldreteamets personal och patienter*

Att ha en kontinuerlig dialog med patienter och anhöriga ingår i Äldreteamets arbetssätt. De stämmer kontinuerligt av arbetsplanen både med patienterna och med deras anhöriga.

Efter dödsfall har Äldreteamet, om anhöriga önskar, ett uppföljningssamtal. Syftet är att höra hur de anhöriga mår och hur de ser på Äldreteamets insatser.

### **Vilken vård kan Äldreteamet ge?**

Äldreteamets personal utför vård, omsorg och rehabilitering i patienternas hem. Äldreteamet kan erbjuda olika medicinska behandlingar, omvårdnad, tillsyn och även rehabilitering. Exempel på medicinska behandlingar är, intravenösa injektioner, infusioner, transfusioner och respiratorvård. Ibland motiveras besöken av att patienterna känner oro. Besöken hos patienterna kan ta mellan 15 minuter och upp till flera timmar.

Under ca fyra månader från slutet av 2008 och framåt behandlade Äldreteamet en patient som vårdades i respirator. Vården krävde omfattande resurser med bland annat sjuksköterska dygnet runt. För denna patient hade Äldreteamet ett specialavtal med HSN-f angående extra ersättning.

Äldreteamets kontakter med patienterna anpassas kontinuerligt till förändringarna i hälsoläget. I vissa perioder har patienterna behov av täta besök medan det ibland kan vara perioder med mindre kontakter. Äldreteamets personal ringer regelbundet till de patienter som inte har så täta inplanerade besök och frågar hur de mår.

En del i Äldreteamets uppdrag är att ge vård i livets slutskede. Vid intervjuerna framkom att en stor del av medarbetarna hade erfarenheter från ASIH att arbeta med palliativ vård.

### *Hemtjänst*

Enligt uppdragsbeskrivningen ska Äldreteamet tillhandahålla hemtjänst och personlig omvårdnad. Samtidigt som Äldreteamet startade, införde Huddinge kommun kundval i hemtjänsten, som ger de äldre rätt att välja utförare av beviljade hemtjänstinsatser. Huddinge har ett flertal olika hemtjänstutförare att välja emellan, både privata företag och kommunala enheter. Kundvalet försvårade för Äldreteamet att bli den hemtjänstaktör som det från början var planerat eftersom Huddinge kommun ansåg att Äldreteamets patienter skulle kunna välja hemtjänst som andra. Den hemtjänst som Äldreteamet utför är därför begränsad till omvårdnadsinsatser i samband med olika medicinska behandlingar. Övrig hemtjänst utförs av den utförare som patienten har valt.

Äldreteamets personal har ofta kontakt med hemtjänstpersonalen förutsatt att patienten har lämnat sitt medgivande till dessa kontakter. Hemtjänst utför olika serviceinsatser; att handla, tvätta och städa, men också omvårdnadsinsatser och medicinska insatser på delegation av Äldreteamets sjuksköterskor. Bland annat överlämnar de läkemedel ur dosett, tar av och på stödstrumpor med mera.

### *Två sviktplatser på Stortorps Äldrecenter*

Om möjligheterna att klara av att vårda i hemmet under en period inte bedöms vara tillräckliga har Äldreteamet tillgång till två så kallade sviktplatser på Stortorps Äldrecenter. Det är läkaren som avgör när sviktplatserna ska användas och läkaren behåller ansvaret under tiden de vistas där. Läkaren besöker patienterna senast dagen efter att de har kommit till Stortorps äldrecenter och ordinerar de behandlingar som ska utföras. I övrigt är det personalen på Stortorp som ansvarar.

Exempel på situationer när sviktplatserna används är vid en tillfällig försämring av en patients hälsotillstånd eller är instabilt och patienten behöver observeras och få regelbunden tillsyn. Andra exempel var när vissa prover behövde tas, inställning av läkemedel, när en patients mathållning inte fungerade etc. Sviktplatserna kan också användas när en anhörig behöver avlastning.

Vistelserna på Stortorp är begränsade till två veckor och ska alltid ha ett bestämt syfte. Om en vistelse behöver vara längre flyttas patienten till Stortorps korttidsboende.

## **Så arbetar Äldreteamet**

I det här avsnittet beskrivs de olika medarbetarnas ansvarsområde och arbetsuppgifter. Intervjuerna med Äldreteamets personal visade att arbetssättet hade utvecklats och förändrats successivt. I takt med att antalet patienter och anställda ökade blev behovet av rutiner och riktlinjer större. Patienternas vård och om-sorgsbehov hade enligt de intervjuade också ökat under projektiden.

### *Daglig planering med hjälp av internetbaserat program*

Äldreteamet använder ett internetbaserat administrativt program som heter Mobilklirik, för planeringen av det dagliga arbetet. Där kan läkaren, sjuksköterskorna och undersköterskorna se vilka patientbesök som är inplanerade olika dagar, vem som ska utföra besöken och vilka uppgifter som ska utföras under hela dygnet. De andra medarbetarna som har Huddinge kommun som arbetsgivare har inte tillgång till detta system.

Läkaren och sjuksköterskorna använder även dokumentationsprogrammet Melior för att kommunicera och utbyta information med varandra. Undersköterskorna kan läsa journalerna och göra vissa anteckningar i Melior. I övrigt dokumenterar de för hand. Rehabiliteringspersonalen har inte tillgång till Melior. De använder Procapita. Vid behov får de utskrifter av läkarnas och sjuksköterskornas journaler.



Äldreteamets personal besöker patienterna i olika konstellationer. Det är sjuksköterskorna och undersköterskorna som gör de flesta besöken. Läkarna besöker endast patienterna när det är medicinskt motiverat. Vissa besök gör sjuksköterskorna på egen hand medan andra underlättas av att de är två. Även undersköterskorna arbetar två och två i vissa moment när det är motiverat, till exempel vid komplicerade såromläggningar. Ibland arbetar en sjuksköterska och en undersköterska tillsammans.

Sjuksköterskorna och undersköterskorna gör både planerade och oplanerade besök hos patienterna. De planerade följer ett schema och besöken varierar från ett besök varannan vecka till flera besök varje dag. Behovet av planerade besök ändras ofta, efter patienternas hälsotillstånd. De som har få planerade besök har istället behov av att snabbt få hjälp vid akuta tillstånd. Sjuksköterskorna gör oplanerade besök när behov uppstår. Ofta efter att en patient eller en anhörig har hört av sig per telefon.

I slutet av december 2010 gjorde sjuksköterskorna och undersköterskorna ca 90 planerade besök per vecka hos de då 25 inskrivna patienterna. Antalet oplanerade besök/dag, mellan klockan 07.00 och 21.00 varierade oftast mellan ett och fyra. Vissa dagar eller kortare perioder när behovet av sjuksköterskeinsatser varit extra stort har extra personal tagits in. Läkaren gjorde mellan två och fyra besök per dag. Nattpersonalen har nästan aldrig några inplanerade besök nattetid. Besöksfrekvensen varierade från inget besök alls upp till fyra, fem. Det var vanligt att de hade telefonkontakt med oroliga patienter nattetid och att ett personligt besök inte alltid behövdes.

De övriga medlemmarna i Äldreteamet har oftast en glesare kontakt med patienterna. Äldreteamets sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist och biståndshandläggare gör inbokade hembesök. De utgår också från sina ordinarie arbetsplatser och kommer till Äldreteamets lokal på olika gemensamma möten. Efterfrågan på deras insatser i Äldreteamet varierade och de hade möjlighet att vara flexibla och förlägga olika mycket arbetstid på arbetet i Äldreteamet respektive i det ordinarie arbetet.

Intervjuerna visade att alla medarbetare försökte att arbeta lugnt och inte visa sig stressade. De trodde att patienterna upplevde deras lugna arbetssätt som en viktig kvalitet. .

### **Mötesordningen**

En viktig del i Äldreteamets arbete är de schemalagda möten då de olika yrkesgrupperna träffas. Läkaren, sjuksköterskorna och undersköterskorna har möte varje vecka. Var tredje vecka är det storrrond då alla medlemmar i teamet träffas. Då deltar ibland även sjuksköterskornas chef, chefer från Huddinge kommun och hemtjänstpersonal. Mötet leds av läkaren.

Sjuksköterskorna och rehabiliteringspersonalen träffas också en gång mellan storrronderna. De har behov att träffas regelbundet bland annat på grund av att de

inte har samma arbetsplats eller ett gemensamt dokumentationsprogram som de kan kommunicera med.

Var tredje månad fram till maj 2010 hade Äldreteamet stormöten tillsammans med styrgruppen och styrgruppens arbetsgrupp. Då behandlades olika allmänna frågor.

## Vad gör de olika yrkesgrupperna?

### *Läkaren*

Läkaren är patientansvarig (PAL) för samtliga patienter. Under hösten har en underläkare knutits till Äldreteamet som avlastar den ansvarige läkaren. Intervjuerna visade att den nuvarande och tidigare läkaren arbetade på ett liknande sätt. De började sina arbetsdagar med att ta del av eventuella e-brev från sjuksköterskorna och läsa aktuella journalanteckningar. På så vis har läkaren tillgång till aktuell information om förändringar i patienternas hälsa. Läkaren kan lägga in beställningar på provtagningar och andra ordinationer i Mobilklinik. Den nuvarande läkaren anpassade sina ordinationer så långt det var möjligt efter vilka dagar som patienterna fick ordinarie besök av sjuksköterskorna. Läkarna besöker patienterna endast när det är medicinskt motiverat. Antalet läkarbesök varierade beroende på antalet inskrivna patienter och deras hälsotillstånd.

### *Sjuksköterskor och undersköterskor*

Sjuksköterskorna (ofta distriktssköterskor) har fördelat uppdraget att vara patientansvarig sjuksköterska (PAS) mellan sig. I PAS uppgifter ingår att ansvara för dokumentation samt för kontakterna med patienterna och deras anhöriga. Undersköterskorna är kontaktpersoner för några patienter var.

Det är sjuksköterskorna som sköter den dagliga planeringen. Arbetsuppgifterna fördelas med utgångspunkt från vilken kompetens de olika insatserna kräver. Sjuksköterskorna utför i första hand de hälso- och sjukvårdsuppgifter som de inte kan delegera till undersköterskorna. Det kan vara injektioner, blodtransfusioner, m m. Det finns exempel på personer som vårdats i respirator i hemmet. Sjuksköterskorna gör även omvårdnadsinsatser i samband med de medicinska insatserna. Schemalagda insatser med längre intervaller är ofta läkemedelsdelning i dosett och provtagning.

I undersköterskornas arbetsuppgifter var tidigare främst omvårdnad, bland annat att hjälpa till vid uppstigningen med påklädning, duscha patienter i samband med sårömläggning, ta på och av stödstrumpor, laga frukost, lunch och middag i samband med andra omvårdnadsinsatser samt promenader. I ett uppföljande samtal med undersköterskorna framkom att de under de sista månaderna i allt högre utsträckning utför delegerade medicinska insatser och att de numera mer undantagsvis utför hemtjänstinsatser i samband med besöken hos patienterna. Anledningen var enligt dem att flera av patienternas hälsa hade försämrats den senaste tiden och att behovet av medicinska insatser därför har ökat. De uppgifter som sjuksköterskorna kan delegera till undersköterskorna är bland

annat att överlämna läkemedel från dosett, viss provtagning, hjälpa patienter att inhalera läkemedel, ge insulin, lägga om sår och ge sondmat.

Sjuksköterskorna och undersköterskorna disponerar var sin bil när de arbetar.

### *Arbetsterapeuten, sjukgymnasten och dietisten*

Arbetsterapeuten arbetar främst med att förse patienterna med hjälpmedel och ombesörjer vid behov att patienternas bostäder anpassas för att underlätta det dagliga livet.

Sjukgymnasten berättade att hon prioriterar smärtlindring, (bland annat med TNS-behandling) som ett komplement till annan smärtbehandling. Hon arbetar också med rörelseträning och andningshjälp och tränar och instruerar patienter hur de kan röra sig på ett andningsbesparande sätt. Andra insatser är att underlätta för patienterna att kunna komma ut.

I planerna för Äldreteamet fanns från början en ambition att satsa på kost och nutrition. Dietisten berättade att hon ordinerade varierande insatser, allt från sondmat till näringsdrycker och att hon hade fått mycket uppskattning både av kollegorna i Äldreteamet och av patienterna.

### *Biståndsbedömaren*

Biståndshandläggaren har kontakt med samtliga Äldreteamets patienter som behöver insatser från kommunens äldreomsorg. Omkring hälften av patienterna har hemtjänst. Biståndshandläggaren berättade att hon oftast gör ett hembesök när en patients insatser behöver förändras. Enligt henne var det vanligt att teamets personal tog initiativ till att utöka hemtjänstinsatserna. I intensiva skeden var det ibland var täta kontakter angående enskilda patienter.

## **Patienternas erfarenheter av Äldreteamets vård och omsorg (hemsjukvård)**

De intervjuade patienterna och deras anhöriga hade genomgående mycket positiva erfarenheter av Äldreteamet och det framkom endast några enstaka kritiska synpunkter.

### **Situationen före patienterna skrevs in i Äldreteamet**

Alla utom två av de intervjuade patienterna beskrev att innan de blev inskrivna i Äldreteamet, hade haft stora svårigheter att få kontakt med sin husläkare och andra hälso- och sjukvårdsinrättningar. De hade också haft svårt att besöka dem. En anledning var olika funktionsnedsättningar som innebar svårigheter att ta sig någonstans utanför hemmet. En annan orsak var att de inte alltid orkade den dagen de hade tid hos husläkaren. Nästan alla intervjuade patienter berättade att de därför hade haft en mycket gles kontakt med sin husläkare, trots allvarliga diagnoser. Distriktssköterskan eller husläkaren från vårdcentralen (basal

hemsjukvård) hade sällan kunnat hjälpa till i akuta situationer. Istället hade de intervjuade i liknande situationer valt att söka vård akut.

### **Hur fick patienterna kontakt med Äldreteamet?**

De flesta av de intervjuade patienterna hade fått kännedom om Äldreteamet genom sin husläkare eller en sjukhusläkare. Endast ett fåtal hade dessförinnan känt till att vårdformen fanns. Två hade själva tagit initiativ att bli överförda till Äldreteamet. De hade läst om Äldreteamet i lokalpressen och blivit intresserade. Två av de intervjuade patienterna hade tidigare vårdat sin make/maka, som också hade varit Äldreteamets patienter.

### **Positiv förändring**

Samtliga intervjuade berättade om den positiva förändring det hade inneburit för dem att anslutas till Äldreteamet. Många hade tidigare ofta åkt till akuten och fått stanna kvar på sjukhuset under en kortare eller längre tid. Ett par av de intervjuade berättade att personalen på akuten hade känt igen dem när de kom.

De intervjuade var eniga om att deras besök på sjukhus hade minskat mycket sedan de blev patienter i Äldreteamet. Av de intervjuade uppgav 10 att de vid något eller några tillfällen varit inlagda på sjukhus sedan dess. Av dem var det två som hade haft längre vårdtider i samband med operationer. Ytterligare två hade blivit remitterade till olika undersökningar. De övriga sju hade inte varit på sjukhus alls.

En av de intervjuade patienterna berättade att hon innan hon anslöts till Äldreteamet haft täta lunginflammationer och i långa perioder vårdats på sjukhus. Efter utskrivningen efter en lunginflammation, behövde hon ha syrgas. Den intervjuade kände till Äldreteamet och bad sin husläkare att skriva en remiss. Efter att hon hade blivit patient i Äldreteamet fick hon snart en ny lunginflammation och kunde då få vård i hemmet. Hon fick tre antibiotikainjektioner per dygn och sa att hon inte skulle ha orkat åka till vårdcentralen för denna behandling. Alternativet till Äldreteamet hade varit en ny sjukhusvistelse. Att slippa vara på sjukhus var fantastiskt tyckte hon. Enligt henne var det mycket bättre att få vård i hemmet. Det var en uppfattning som alla intervjuade patienter och deras anhöriga delade.

Nästan alla av de intervjuade ansåg att den hemsjukvård de fick från Äldreteamet var tillräcklig. En av de intervjuade patienterna framhöll kontakten med dietisten. Den blev *”ett lyft”* för henne. En av de intervjuade önskade remisser till fler undersökningar än han hade fått och en saknade rehabiliteringsinsatser.

### **Anhörigas situation underlättades**

De anhörigas upplevelser av Äldreteamet var i stort sett överensstämmande med patienternas. Flera av de intervjuade anhöriga framhöll att Äldreteamet både gav patienterna och anhöriga trygghet, *”nu kunde de sova på natten”*.

De anhöriga som intervjuades, berättade hur de hade avlastats både praktiskt arbete och oro när deras närstående blev inskrivna i Äldreteamet. Det gällde både de makar/makor som var sammanboende med en patient och barn till de patienter som intervjuades.

En son till en patient sa att när han och de övriga familjemedlemmarna först fick information om Äldreteamet trodde att det var ett skämt. Det hade under en längre tid varit mycket jobbigt för dem att hjälpa sin mamma med kontakterna med sjukvården. Den anhörige berättade att de, alla tider på dygnet, hade fått göra henne sällskap till akuten och i övrigt samordna insatserna. Flera av de intervjuade med liknande erfarenheter hade gjort samma reflektion. En av dem som hade lagt ner mycket tid på att koordinera sin mammas olika insatser tyckte att teamet var fantastiskt. *"Ett samtal så är allt ordnat – egentligen för bra för att vara sant"*. Några andra anhöriga tyckte att Äldreteamet var en så gott som fulländad vårdform och att den kändes som en lyx.

Flera anhöriga uppskattade att de alltid fick återkoppling från Äldreteamet om det hade hänt något med den närstående.

### Anhörigas insatser

Intervjuerna visade att patienterna fick hjälp av sina anhöriga på olika sätt. Sex av patienterna som var sammanboende fick hjälp av sin make/maka främst med olika sysslor i hushållet. Ett fåtal av dem hjälpte även till med vissa omvårdnadsinsatser, vilket framkom att de inte alltid tyckte var helt enkelt. Några av de sammanboende makarna berättade att de ofta fick sin nattsömn störd. En av dem sa att *"även jag blir ju äldre och har egna krämpor, fast dem får jag trycka undan"*. Några av de sammanboende patienterna var på en avlastningsplats vissa perioder. Även patienternas barn hjälpte sina föräldrar på olika sätt, mest med praktiska uppgifter.

### Telefonlinjen ger trygghet

Både de intervjuade patienterna och deras anhöriga berättade att situationen före de skrevs in i Äldreteamet ofta hade känts mycket otrygg. Äldreteamet skulle kunna heta Trygghetsteam tyckte en av de intervjuade patienterna. *"Deras telefonnummer ger trygghet!"* En annan patient sa att den trygghet som Äldreteamet gav inte gick att värdera.

Patienterna uppskattade att det var så lätt att nå Äldreteamet och att personalen var så lätta att kommunicera med. Det var enligt dem en stor skillnad mot hur det var att söka kontakt med en läkare på vårdcentralen. De upplevde att Äldreteamet var nära. Det framkom i intervjuerna att möjligheten att kunna ringa Äldreteamet när som helst och vissheten om att någon kom om det behövdes bidrog till känslan av trygghet.

De intervjuade patienterna och deras anhöriga berättade att alla som svarade när de ringde till Äldreteamet kände igen dem. De behövde inte förklara situationen, utan kunde lägga fram sitt ärende direkt.

## Bra bemötande och kunnig personal

Den bild som patienterna gav av sina kontakter med Äldreteamet var i hög grad överensstämmande. Patienterna ansåg att Äldreteamets personal alla kategorier

- var kunniga.
- hade ett bra bemötande och gav sig tid
- gav personligt stöd både till patienter och anhöriga
- hade god kontinuitet och
- god ordning

Nästan alla av de intervjuade framhöll personalens kompetens. De sa att de var kunniga och skickliga. Några berättade om insatser de hade fått akut som de uppfattade som svåra och som personalen hade klarat mycket bra. En av de intervjuade hade fått en sådan insats natten före intervjun och uttryckte stor tacksamhet.

De intervjuade uppskattade också Äldreteamets trevliga sätt och sa att de utöver vården och omsorgen också fick personligt stöd av Äldreteamets personal. Något som de menade var viktigt för att de skulle orka med sin situation. Majoriteten av patienterna sa att de mätte bra av personalens goda bemötande och trodde att det hjälpte dem. Det var trevligt att få besök av Äldreteamet och att personalen tog sig tid. Patienterna uppfattade aldrig att de var stressade.

Patienterna upplevde inte att det var en speciell sjuksköterska som hade ansvar för deras vård utan de fick besök av Äldreteamets alla medlemmar. Ingen av patienterna hade några synpunkter på detta förhållande. De intervjuade sa med något enstaka undantag att de kände alla i Äldreteamets personal och att alla var bra. Flera betonade också hur väl uppdaterade personalen var när de kom och att de visste vad de skulle göra. *”De kan både min långa och korta historia”*, som en av patienterna uttryckte det.

De intervjuade ansåg också att personalen var pålitlig och kom på avtalade tider.

En av de intervjuade patienterna önskade att samma sjuksköterska skulle komma, för att hon skulle känna ett större förtroende.

## Erfarenheterna av sviktplatserna

Sex av de intervjuade hade varit på sviktplatsen på Stortorps äldrecenter. Med något enstaka undantag hade de uppskattat att vara där och de var nöjda med den vård de hade fått. De berättade att läkaren hade besökt dem där, något som de hade uppskattat. En av de intervjuade åkte varje vecka till Stortorps äldrecenter för att bada eftersom hon inte hade möjlighet att bada hemma.

## Bytet till Nackageriatriken

Flera var kritiska till bytet till Nackageriatriken AB och hade av den information de hade fått inte förstått varför det hade ägt rum. Framförallt på kvällarna och nätterna tyckte de inte att det kändes så bra att teamet utgick från Nacka. De hade uppskattat den tidigare geografiska närheten. Två av de intervjuade hade

efter bytet av vårdgivare varit med om att jouren inte hade kommit när de hade ringt nattetid. En hade blivit rekommenderad att åka till sjukhus och den andra hade senare fått besök av ASIH.

En av de intervjuade sa att det hade tagit tid att lära känna den nya personalen, men erfarenheten av vården var bra även efter bytet av vårdgivare.

## Övrigt

Mer än hälften av de intervjuade tyckte att informationen om Äldreteamet skulle spridas bättre till allmänheten. De tyckte att vårdformen skulle införas överallt och flera av dem kände till andra personer som också skulle behöva få vård av ett Äldreteam. En av de intervjuade patienterna berättade att hennes vänner hade svårt att tro henne när hon berättade vilken service hon fick från Äldreteamet och att den dessutom var gratis.

## Erfarenheterna av hemtjänst

Av de 19 intervjuade patienterna hade 15 också hjälp av hemtjänsten i varierande omfattning. De 10 som var ensamstående hade alla hemtjänst. Av de som hade hemtjänst hade de flesta omfattande insatser med tre eller fler besök per dag och tillsyn nattetid. De övriga hade hjälp i mindre omfattning främst med inköp och städning.

Majoriteten som hade hemtjänst kände till biståndshandläggaren och berättade att de hade haft kontakt med henne i samband med att de behövde ändra sina hjälpinsatser från kommunen. Kontakterna hade fungerat bra.

Erfarenheterna av hemtjänst var blandade. Fyra av de intervjuade var mycket nöjda. De hade alla ett begränsat antal vårdbiträden som besökte dem.

De flesta som hade hemtjänst ansåg att personalens bemötande var bra och att larmet fungerade. Men det fanns enstaka erfarenheter av att personalen även brast i sitt bemötande.

De kritiska synpunkter som framkom om hemtjänsten gällde

- kontinuitet
- tillgänglighet
- kompetens
- pålitlighet och
- insatserna nattetid

Flera av de intervjuade patienterna och deras anhöriga poängterade vikten av att även hemtjänst arbetar med god kontinuitet för att helheten ska bli bra. Med något enstaka undantag patienterna att det kom så många olika vårdbiträden från hemtjänsten. Flera som hade tillsyn nattetid berättade att det då ofta kom personer de inte kände och att det inte kändes tryggt att obekanta personer hade nycklar till deras bostäder.

I tre av intervjuerna framkom att patienterna i perioder hade fått ”kämpa med sitt hemtjänstföretag” för att få behålla den personal som de trivdes med. En av patienterna jämförde sina kontakter med hemtjänsten med dem hon hade med Äldreteamet. Det var en stor skillnad. Äldreteamet kunde hon få kontakt med omgående, men med hemtjänsten var det komplicerat. Helst skulle man ringa till en telefonsvarare klockan 8.00 på morgonen och lämna ett meddelande berättade hon. Men det var inte säkert att de kontaktade henne ändå. Det enklaste var att skicka bud med personalen, men inte heller det var ett säkert sätt. *”Man tycker att det borde vara lite mer tillgängliga för oss gamla. Om jag ringer Äldreteamet svarar de ju alltid, hur kan det vara så olika?”* undrade en annan.

Insatsernas kvalitet var mycket ojämn ansåg de intervjuade som var missnöjda med hemtjänsten. Hur hjälpen blev berodde på vilken personal som kom. *”Varför skickar de inte folk som kan laga mat”*, var det flera som frågade.

Fleraberättade att hemtjänsten hade svårt att hålla tiderna. Personalen brukade ringa och berätta när de var försenade. Det var inte ovanligt att pensionärerna då avstod från hjälpen. Fyra av de intervjuade berättade att det också hänt att hjälpen från hemtjänsten helt hade uteblivit utan att någon hade ringt. Några av de situationer som de intervjuade berättade om hade lett till allvarliga incidenser som hade drabbat personer med omfattande hjälpbehov som inte hade kunnat kalla på hjälp. Exempelvis blev en person klämd i en hiss och fick en skada som inte rapporterades. En annan, som var sängbunden, fick ingen hjälp under en helg.

Några berättade också att hemtjänsten inte utförde all den hjälp som de var beviljade.

## Personalens erfarenheter - ett uppdrag som engagerar

I detta avsnitt får vi ta del av personalens erfarenheter av sitt arbete. Samtliga intervjuade medarbetare var mycket positivt inställda till tankarna bakom projektet och visade ett stort engagemang för sitt arbete. *”Vården och omsorgen som Äldreteamet bedriver motsvarar ett behov”* konstaterade en av de intervjuade läkarna. Några av de intervjuade sjuksköterskorna sa att det var ett roligt, viktigt och positivt arbetet att förhindra akuta sjukhusbesök.

### Vilka kan vara Äldreteamets patienter?

De intervjuade i personalgrupperna hade en gemensam bild av ”vem” som kan vara Äldreteamets patient. Patienternas sjukdomspanorama var i de flesta fall inte något hinder med undantag för demenssjukdomar i ett sent skede. Ingen av de intervjuade, som hade arbetat i Äldreteamet innan Nackageriatriken AB tog över ansvaret som medicinsk vårdgivare, ansåg att det fanns några tydliga gränser för vilka diagnoser eller vårdbehov som de kan klara. Istället betonades



personliga egenskaper hos patienterna och deras sociala situation. Det är inget hinder att vara ensamstående, men de behövde stöd.

Den tidigare läkaren från Team Äldredoktorn ansåg att ett kännetecken för Äldreteamets patienter var att de hade stor uthållighet. Några avgörande faktorer för att kunna vara patient i Äldreteamets var enligt personalen att de,

- själva ville få vård i hemmet
- har stöd av anhöriga eller hemtjänst
- har de hjälpmedel som behövs och
- har en fungerande mathållning

Bostäderna innebar enligt läkaren oftast inga begränsningar även om det kunde vara svårt att arbeta där det inte var rent. En svårighet kunde exempelvis vara att ge behandlingar ur hygienisk synpunkt *”om husdjur kommer och slickar på nålarna”*.

Enligt sjuksköterskorna är det personaltillgången som sätter gränserna för Äldreteamets insatser och berättade att en patient under en period hade haft åtta besök per dag. Patienter vars tillstånd krävde många besök, med krav på insatser på exakta tider eller som bodde avlägset kunde ibland vara svåra att klara.

Annat som försvårade kunde vara patienter eller anhöriga med missbruksproblem eller psykiska sjukdomar som gör dem våldsbenägna. Det kan enligt de intervjuade vara ett skäl att inte låta en person bli patient inom teamet. Personalen kan inte arbeta där och känna sig trygga och då saknas förutsättningarna, konstaterade en av läkarna.

### **Sviktplatserna en viktig resurs för teamet**

Alla medarbetare i Äldreteamet ansåg att tillgången till sviktplatserna var av stor betydelse för verksamheten. Att arbeta för att göra det möjligt för patienterna att inte behöva uppsöka slutenvården var enligt sjuksköterskorna en målsättning som kändes mycket meningsfull att arbeta efter. Alternativet för de flesta patienterna som hade vårdats på sviktplatserna hade enligt de intervjuade varit sjukhusvård. Sviktplatserna bidrog därför också till att avlasta sjukvården.

Personalens erfarenheter av att ha tillgång till sviktplatserna var med några enstaka undantag god. Ibland berättade de att patienter inte vill åka hem efter en vistelse där. Anledningen var oftast tryggheten att det fanns personal dygnet runt. Maten, att träffa andra och miljöombytet var andra faktorer som de trodde bidrog till att patienterna trivdes. Enligt några av de intervjuade sjuksköterskorna hade det stor betydelse att Äldreteamets läkare behåller ansvaret under tiden en patient vårdas där. *”Det innebär att det finns en röd tråd i behandlingen”*. Sviktplatserna användes enligt de intervjuade också ibland när anhöriga behövde avlastning. Patienterna kan komma vilken tid på dygnet som helst och med mycket kort varsel.

Några patienter hade tackat nej till erbjudandet till en vistelse på Stortorps Äldrecenter. Anledningen var ofta att de inte ville lämna sina hem.

Personalen på Stortorp som tar emot Äldreteamets patienter såg positivt på uppdraget. Enligt enhetschefen ”*innebar det en stimulans för personalen*”. Hon betonade att de hade de resurser som behövdes för att klara vården av Äldreteamets patienter, bland annat sjuksköterska dygnet runt. Hon och en sjuksköterska ansåg att de hade ett bra samarbete med Äldreteamets läkare och sjuksköterskor. De besökte ibland patienterna när de var på Stortorps Äldrecenter och kom med läkemedel eller omlägningsmaterial om det behövdes.

I några enstaka fall (två under det senaste året) hade en patient fått flytta till den palliativa enheten inom Stortorp och en hade avlidit under tiden på en sviktplats.

### **Få remisser till akutsjukvården**

Läkaren från Team Äldredoktorn konstaterade att det inte var ofta som han hade remitterat patienter till akutsjukvården under tiden han hade ansvarat för Äldreteamet. Det fanns inga exakta uppgifter. Han beräknade att det hade hänt någon enstaka gång i månaden. Vanliga orsaker var benbrott, oklara neurologiska symptom, cirkulationsbesvär, andningsvärigheter och liknande. Oftast hade patienterna med sig en remiss när de åkte till akuten och blev tack vare den snabbare omhändertagna där. Vid några tillfällen hade det hänt att hemtjänstpersonal hade skickat patienter till akuten utan att först kontakta Äldreteamet. Personalen hade i de fallen inte känt till att de först skulle ringa till Äldreteamet.

### **Viktiga kontakter med anhöriga**

Intervjuerna med personalen visade att kontakterna med anhöriga var en viktig del i arbetet. Personalen var noga med att kontinuerligt informera dem. I många fall var det enligt personalen att anhöriga som gjorde det möjligt för patienterna att bo hemma. En del av de anhöriga, ofta make/maka, utförde en del av den närståendes vård medan andra överlät den helt till Äldreteamets personal.

### **Äldreteamet möjliggör kvarboende för patienterna?**

De intervjuade medarbetarna i Äldreteamet uppskattade att ungefär hälften av patienterna inte skulle kunna bo kvar i sina ordinarie bostäder om inte Äldreteamet och deras anhöriga fanns.

Personalen hade enbart positiva erfarenheter av den vård och omsorg de gav och ansåg att Äldreteamets patienter mätte bra även psykiskt. Patienterna var enligt dem trygga med vården. En av läkarna betonade fördelen att patienterna får vård av personal som är vana att vårda svårt sjuka personer och som klarar de komplicerade situationer som de möter. Den tidigare läkaren kunde inte påminna sig att någon patient hade ”*skrivit ut sig*” av annan orsak än att de flyttat till ett äldreboende.

Alla framhöll värdet av att läkaren gjorde hembesök. En av läkarna ansåg att den främsta fördelen med Äldreteamet var att patienterna slapp åka till vårdcentra-

ler och sjukhus med tanke på de svårigheter det innebär att använda färdtjänst etc. Äldreteamets sjukgymnast och arbetsterapeut berättade att de i sitt andra halvtidsjobb inom hemrehabiliteringen träffade patienter som hade en liknande situation som Äldreteamets patienter. Deras bedömning var att Äldreteamets patienter hade det bättre. Skillnaderna var bland annat att det var svårt för patienterna med hemrehabilitering att få besök av sin ordinarie läkare i hemmet.

Deltagarna i styrgruppen var glada över Äldreteamets framgångar och att *"idén höll"*. Många av patienterna som tidigare hade haft dåliga erfarenheter av vården hade snabbt både fått tillit till Äldreteamet och en bättre livskvalitet berättade en av medlemmarna. En annan konstaterade att *"den ordinarie vården är inte uppbyggd för dessa patienter och det är en stor glädje att vi underlättat för så många"*.

## Vårdgrannarnas erfarenheter

I detta avsnitt refereras intervjuer med medarbetare i fyra hemtjänstenheter, tre vårdcentraler i Huddinge och på geriatriken på Huddinge sjukhus, med erfarenhet av att remittera patienter till Äldreteamet. De intervjuade var samordnare, distriktssköterskor, en läkare och en koordinator.

### Den ordinarie hemtjänstens erfarenheter

Kontakterna med företrädare för de fyra hemtjänstenheterna visade att de av deras kunder som var inskrivna i Äldreteamet utmärkte sig genom att de var mycket sjuka och att de hade omfattande insatser från hemtjänsten. Tre av de intervjuade hade positiva erfarenheter av att samarbeta med Äldreteamet och ansåg att deras kunder var trygga med Äldreteamets vård. En hade mer negativa erfarenheter och berättade att Äldreteamet nyligen hade överlåtit kvalificerade omvårdnadsinsatser, som de tidigare hade utfört hos en patient till hennes hemtjänstenhet. Den intervjuade ställde sig frågande till detta och hade inte fått någon förklaring varför Äldreteamet inte skulle fortsätta att utföra dessa uppgifter.

### Erfarenheter från tre vårdcentraler

Sammanlagt intervjuades fem distriktssköterskor från tre vårdcentraler i Huddinge. De gav en liknande bild av sin arbetssituation. Dagarna var hårt inrutade med många patientbesök, både i hemmen och på mottagningen. Det gjorde det svårt för dem att ha tid över till akuta hembesök och att ge de instabila patienterna tillräcklig tillsyn. Distriktssköterskorna berättade att de hade patienter som skulle behöva få besök av sin husläkare i hemmet, men att läkarna endast undantagsvis gjorde hembesök. De intervjuade distriktssköterskorna hade en positiv inställning till Äldreteamet, men flera var vid intervjun osäkra på om det fanns kvar eller inte. Osäkerheten hade enligt dem bidragit till att antalet remitterade patienter hade minskat det sista året. En vårdcentral remitterade numera oftare patienter till ASIH:s speciella hjärtsviktsteam. Distriktssköterskorna ansåg att Äldreteamet var en smidig vårdform och att det innebar ett lidande för multisjuka

att åka in och ut på akuten. De ansåg att vården som Äldreteamet ger är tryggare.

De intervjuade berättade att de hade fått information om Äldreteamet i samband med att det startade. Äldreteamets personal hade besökt dem och berättat om den nya verksamheten. De hade också fått en broschyr som flera av dem fortfarande hade kvar.

Distriktssköterskornas erfarenhet var att de flesta patienter som hade blivit erbjudna att övergå till Äldreteamet hade tackat ja. De berättade också om patienter som hade tvekat att byta till Äldreteamet för att de inte ville byta läkare. Efteråt hade de varit nöjda.

Flera av distriktssköterskorna önskade att Äldreteamets kriterier skulle luckras upp så att antalet diagnoser och ålder inte spelade någon roll utan bara vård- och omsorgsbehovet. Alla som åker till akutmottagningen ofta skulle enligt dem passa att vara Äldreteamets patienter. De trodde att läkarna på akuten hade svårt att sätta sig in i den situation som de här patienterna lever i. Istället för att åka till akuten behöver de träffa en läkare som känner dem, annars är risken för felbehandlingar stor. Några av de intervjuade distriktssköterskorna ansåg att Äldreteamet skulle ha en flexibel åldersgräns. Även personer under 65 år skulle behöva vård, utformad på samma sätt som i Äldreteamet.

Under intervjun när de intervjuade funderade på Äldreteamet kom de att tänka på flera patienter som skulle passa för att få sin hemsjukvård från Äldreteamet. Det som dessa patienter hade gemensamt vara att deras hälsotillstånd var instabilt och ofta krävde oplanerade besök av distriktssköterskorna, ibland dagligen. De intervjuade såg flera fördelar med att remittera instabila patienter till Äldreteamet eftersom de hade svårt att klara dessa patienter inom hemsjukvårdens ramar. Det var enligt dem heller inte något ekonomiskt problem att en patient listade om sig till Äldreteamet, eftersom vårdcentralerna hade en god tillströmning av nya patienter.

### **Erfarenheter från Huddinge sjukhus**

En läkare och en koordinator på Huddinge sjukhus tillfrågades om sina erfarenheter av Äldreteamet. Båda kände till Äldreteamet väl, men hade ingen uppfattning om hur ofta de remitterade patienter till Äldreteamet. De trodde att läkarna inte alltid tänkte på den möjligheten. De bekräftade att det finns en grupp patienter som kommer till akuten vid upprepade tillfällen. De kommer för akuta hjärtproblem, infektioner eller andra akuta tillstånd och behöver exempelvis behandlas med intravenösa injektioner som inte görs på en vårdcentral. För den gruppen passar ett Äldreteam bra ansåg koordinatören. Hon framhöll också fördelen med sviktplatser och att en biståndshandläggare ingår i teamet.

## Personalens erfarenheter av äldreteamets organisation

Att arbeta i Äldreteamet var enligt de intervjuade medarbetarna ett arbete med mening. De intervjuade hade i stort sett bara positiva erfarenheter av att arbeta tillsammans i team.

### Bra samverkan mellan äldreteamets olika professioner

Samtliga intervjuade uppskattade samarbetet mellan Äldreteamets olika professioner och ansåg att det gagnade patienterna. Flera av de intervjuade framhöll att samarbetet innebar att de fick mer kunskap om patienterna än annars.

De gemensamma storrderna var genomgående mycket uppskattade. *”Varje rond var som en minilektion”* konstaterade rehabiliteringspersonalen. Teamet hade enligt dem också inneburit bättre inblick och förståelse för hur kommunen respektive hälso- och sjukvården arbetar. Nästan alla intervjuade ansåg att det var värdefullt att biståndshandläggaren ingick i Äldreteamet. Genom henne hade de förstått hur biståndshandläggare arbetade. *”De är en del i pusslet”* konstaterade en av de intervjuade.

De intervjuade berättade att de fick stöd och hjälp av varandra om hur de kunde bemöta och lösa svåra situationer som uppstår i arbetet. Om något var oklart var det lätt att fråga kollegorna i Äldreteamet om råd. Tack vara att de visste mer om patienterna hade de blivit tryggare och modigare i sitt arbete tyckte rehabiliteringspersonalen.

Biståndshandläggaren berättade att hon vid några tillfällen hade bett en av sjuksköterskorna i teamet att vara med på vårdplaneringar på sjukhus angående olika patienter. Deras medverkan hade underlättat. Biståndshandläggarens erfarenhet var att en sjuksköterska bättre kunde få personalen som de mötte på sjukhuset att förstå patientens aktuella situation. Biståndshandläggaren hade även bett sjuksköterskorna vara med vid behovsbedömning hemma hos Äldreteamets patienter. De hade ibland hjälpt henne att *”övertyga”* patienter att ta emot olika hjälpinsatser, tack vare att de hade en så nära relation med patienterna.

Den intervjuade arbetsterapeuten, sjukgymnasten och dietisten berättade att de också upplevde kontakterna med undersköterskorna som mycket positiva. Undersköterskorna kunde enligt dem ofta lämna värdefull information om patienternas vardagssituation. De saknade att de inte var med på deras möten med sjuksköterskorna.

Undersköterskorna var också mycket positiva till samarbetet i Äldreteamet. De tyckte att de lärde sig mycket av att samarbeta med sjuksköterskorna och att alla yrkesgrupperna lärde sig av varandra.

De intervjuade sjuksköterskorna uppskattade främst samarbetet med dietisten och arbetsterapeuten. De ansåg också att det fanns ett behov hos många av patienterna att träffa en kurator.

## Vad har fungerat mindre bra i Äldreteamet?

Ett problem som många av deltagarna i utvärderingen beklagade var att Äldreteamet drivs som ett projekt eftersom projektformen omöjliggör en långsiktig planering. En annan svårighet som de flesta av de intervjuade också nämnde var det dubbla ledarskapet.

### *Projektformen har försvårat en långsiktig planering*

Att äldreteamet har drivits som ett projekt med finansiering ett år i taget hade enligt flera av de intervjuade försvårat en långsiktig planering. Många både i personalen och i styrgruppen önskade att Äldreteamet ska permanentas.

Tjänstemannen från HSN-f ansåg att landstinget behövde "göra ett vägval" när det gällde Äldreteam. Frågan är "vill vi ha Äldreteam eller inte". Nästan alla Äldreteam i Stockholms län har finansierats med projektmedel utom det i Haninge som är anslagsfinansierat. "Varför blir de inte permanenta när det finns en så stor uppslutning kring dem både från personalen och från politiker", undrade han och framhöll att kortsiktiga projekt är en osäker form att arbeta i.

Frågan om Äldreteam var enligt tjänstemannen mycket aktuell inom HSN-f. Problemet låg enligt tjänstemannen på det ekonomiska planet då det var osäkert hur Äldreteamen ska finansieras i framtiden. Den framtida finansieringen måste diskuteras menade tjänstemannen, "annars finns risk för att denna typ av verksamhet går i graven när stimulanspengarna är slut". En fråga att ta ställning till var enligt honom på vilket sätt husläkarverksamheterna ska ta sitt ansvar för första linjens vård. Vilka patienter är husläkarnas ansvar respektive ett äldreteams?

### *Dubbelt ledarskap ett problem*

Samtliga intervjuade i personalen och även de som ingick i styrgruppen eller på annat sätt hade insyn i Äldreteamets arbete pekade på det olyckliga att Äldreteamet hade två chefer, en för sjuksköterskorna och en för undersköterskorna. De intervjuade önskade att all personal skulle ha en gemensam chef som skulle finnas på plats i lokalen. Några trodde att Äldreteamet på så sätt skulle få "en lite fastare form."

Under intervjuerna kom det fram olika synpunkter på vad det dubbla ledarskapet hade medfört. En vanlig erfarenhet var att det hade inneburit att de olika yrkesgrupperna inte hade haft tillgång till samma information. Det hade ibland lett både till missnöje och olika missförstånd.

Flera av de intervjuade ansåg att det dubbla ledarskapet hade bidragit till att Äldreteamet inte hade utvecklat sina arbetsmetoder mer. Samtliga intervjuade saknade att de inte hade haft regelbundna gemensamma planeringsdagar.

Exempelvis berättade de intervjuade sjuksköterskorna att de från början hade haft en önskan att arbeta sida vid sida med undersköterskorna. Så hade det inte blivit utan de arbetade oftast var för sig. De trodde att det delade ledarskapet kanske hade bidragit till att samarbetet inte hade utvecklats. Sjuksköterskorna

var annars nöjda med sin arbetssituation. De hade haft ett bra samarbete med den tidigare chefen och möjligheter att arbeta självständigt.

## Förslag till utveckling

Alla intervjuade, både patienter och personal blev tillfrågade om de hade några förslag på hur Äldreteamet kunde förbättras och utvecklas. Det vanligaste svaret var att inget behöver ändras. *"Det fungerar perfekt"*, var det flera som ansåg. De som blev intervjuade innan beskedet om att projekttiden för Äldreteamet skulle förlängas under 2011 uttryckte oro över vad som skulle hända om Äldreteamet skulle läggas ner. Majoriteten av både patienter och anhöriga var eniga om de stora fördelarna som Äldreteamets vård ger.

### *Förslag på förändringar i Äldreteamets organisation*

Tydliga önskemål från personalgruppen angående organisationen var att Äldreteamet ska ha en gemensam chef. De ville också använda samma dokumentationssystem och ansåg att det skulle underlätta intern kommunikation samt utvecklingen både av organisation och av arbetsmetoder. De önskade också att all personal skulle ha en arbetsplats i Äldreteamets lokaler.

Flera av de intervjuade av Äldreteamets personal ansåg att det interna arbetet skulle kunna utvecklas. Det framgick inte alltid, enligt rehabiliteringspersonalen, att det ingår sjukgymnast, arbetsterapeut, dietist, logoped och biståndshandläggare i Äldreteamet. Rehabiliteringspersonalen ansåg att samarbetet mellan dem och sjuksköterskorna skulle kunna utvecklas mer. De skulle vilja göra gemensamma hembesök med sjuksköterskorna och gärna vara med på inskrivningssamtalet. Då skulle rehabiliteringsperspektivet komma med från början. Rehabiliteringspersonalen såg också möjligheter att ha olika internutbildningar.

Några av de intervjuade ansåg att samarbetet med den ordinarie hemtjänsten också skulle kunna utvecklas och att personalen där ofta har värdefull information om patienterna.

### *Fördelar med större verksamhet*

Flera av de intervjuade önskade att Äldreteamet skulle återgå till att ha fler patienter. 60 patienter var enligt dem ett lämpligt antal. Det fanns flera motiv. Ett var att möjliggöra en högre sjuksköterskebemanning, som de ansåg gav Äldreteamet både större flexibilitet, kompetens och möjlighet att snabbare kunna besöka patienter som ringer efter dem. Ytterligare ett argument var att Äldreteamet skulle få ett bättre ekonomiskt underlag.

Några av de intervjuade önskade att Äldreteamet skulle ansvara för patienternas samtliga hemtjänstinsatser enligt den ursprungliga idén. Vårdgrannarna föreslog att de även skulle ta emot patienter under 65 år och bara utgå från behovet av hälso- och sjukvårdsinsatser.

Ett förslag var att fler Äldreteam med olika närliggande geografiska ansvarsområden skulle kunna dela lokaler. De intervjuade såg olika samordningsfördelar vad gäller ledning, administration och utrustning, men också att det skulle kunna vara en bra bas för att utveckla vårdformen.

Båda de intervjuade läkarna ansåg att det bör vara två läkare (på deltid) knutna till Äldreteamet, för att kunna täcka upp för varandra och underlätta vid ledigheter.

En av patienterna önskade kunna få tandvård i hemmet med tanke på svårigheterna att åka till olika vårdinrättningar.

### *Samarbete med äldreboenden*

Äldreteamets sjuksköterskor hade vid några tillfällen anlitats för att stötta personalen inom kommunens äldreboenden. Chefen för Team Äldredoktorn såg möjligheter att utveckla ett sådant samarbete eftersom det enligt henne ibland krävs en högre kompetens i vården av de boende i äldreboenden än vad personalen för närvarande har. Äldreteamets sjuksköterskor skulle exempelvis kunna kopplas till några äldreboenden var, som konsulter i geriatrisk och palliativ vård.

### **Om projektet skulle starta igen**

Styrgruppen fick besvara frågan hur de skulle göra om de skulle starta ett Äldreteam igen.

Tjänstemannen från HSN-f sa att han inte skulle tveka att starta ett liknande projekt igen. *"Idén är bra"*. Det som han skulle göra annorlunda var att tydligare ange de ekonomiska förutsättningarna och ansvarsfördelningen. Han skulle också ha med en utvärdering som följer projektet från början.

När det gäller organisationen var de tre initiativtagarna också eniga om vikten av att ha en gemensam chef. Social- och äldreomsorgschefen konstaterade att projektledaren aldrig fick det förtroende som hon skulle ha haft. I praktiken har hon bara arbetslett den kommunala personalen. *"Om vi skulle startat idag så skulle samtlig personal legat under en och samma chef. Det samlade ledarskapet betyder mycket för trygghet och utveckling"*. Initiativtagarna betonade också att det behövs en chef med erfarenhet och att chefens utbildning också är viktig. En annan ambition skulle vara att i ännu högre grad försöka bortse från gränserna mellan kommunen och landstinget.

## **Uppgifter om patienterna och konsumtionen av vård och omsorg**

Intervjuerna med personal och patienter visade att patienterna uppfyllde inskrivningskriterierna. Flera av de intervjuade patienterna hade blivit patienter i Äldreteamet i samband med att de blev utskrivna från akutsjukvården. Några hade kunnat komma hem efter långa sjukhusvistelser (den längsta över ett år) och fick istället vård och omsorg av Äldreteamet. Det fanns också exempel på enstaka



patienter som bara behöver hjälp när de fick akuta symptom, men i övrigt klarade sig själva. I båda fallen innebar vården från Äldreteamet att de inte behövde sjukhusvård i samma omfattning som tidigare. Även efter inskrivningen i Äldreteamet hade flera då och då behov av sjukhusvård.

Det fanns enligt den nuvarande läkaren någon enstaka patient, vars hälsa hade förbättrats sedan inskrivningen.

Intervjuer med tre hemtjänstutvecklare bekräftade att Äldreteamets patienter genomgående hade mycket sämre hälsa än andra som de hjälper och att de ofta också hade omfattande hemtjänstinsatser.

En speciell grupp av Äldreteamets patienter var de 14 patienter som hade växelvård i ett äldreboende där en av läkarna arbetade. De hade alla en demenssjukdom, men uppfyllde i övrigt inte alla kriterierna för att bli inskrivna. Genom att vara inskrivna i Äldreteamet hade de samma läkare oavsett om de var i sina ordinarie bostäder eller i äldreboendet. I samband med bytet av vårdgivare för hälso- och sjukvård skrevs de ut från Äldreteamet. Team Äldredoktorn fick i samband med att de avslutade sitt uppdrag i Äldreteamet ett specialavtal med HSN-f, som innebär att de fortsätter att ha det medicinska ansvaret för dessa patienter även de perioder de är i sina ordinarie bostäder.

## Antalet patienter i Äldreteamet

Sedan starten hade Äldreteamet fram till 2010-12-31 totalt haft 129 patienter.

Av de 129 var 72 män och 57 kvinnor. Den äldsta var 100 år, den yngsta 55 år och genomsnittsåldern 83,3 år. Totalt hade Äldreteamet producerat

42 856 vårddygn. Som mest har Äldreteamet haft 52 patienter. Den 31 december 2010 var 22 patienter inskrivna i Äldreteamet.

Tabell 4, visar att det tog relativt lång tid för Äldreteamet att rekrytera patienter och man hade under det första året ett mindre antal patienter. Under 2010 har antalet inskrivna patienter nästan halverats i jämförelse med de två föregående åren.

Tabell 4. Antalet in och utskrivna patienter fördelade per år 2007 tom 2010.

År	2007*	2008	2009	2010	Totalt
Skrevs in	20	49	41	19	129
Skrevs ut	3	23	37	44	107
Kvar i Äldreteamet					22***

\*Från den 1 april. \*\*Inklusive 14 växelvårdspatienter.\*\*\* 2010-12-31

De utskrivna patienterna hade i genomsnitt vårdats av Äldreteamet i 332 dagar. De kortaste vårdtiderna har varit några enstaka dagar. Tre har varit inskrivna nästan hela tiden sedan Äldreteamet startade. En hade behandlats tillfälligt under en kort period för att få en viss behandling.

Av de som har skrivits ut har 52 avlidit och 41 flyttat till äldreboende. I gruppen utskrivna ingår också de 14 växelvårdspatienterna.

Knappt en tredjedel av patienterna (41) har efter en tids vård i Äldreteamet flyttat till ett särskilt boende. Anledningen var ofta enligt Äldreteamets personal, situationen i hemmet som gjorde det svårt eller omöjligt för patienten att bo kvar. Det kan vara anhöriga som inte orkar längre eller att hemtjänstinsatserna inte räcker på grund av att patienten nästan har ett kontinuerligt behov av omsorgsinsatser. Det händer också att patienter inte vill ta emot hjälp från hemtjänsten. Enligt personalen var de medicinska insatserna från Äldreteamet ofta tillräckliga.

### Konsumtion av hälso- och sjukvård före och efter inskrivningen i Äldreteamet

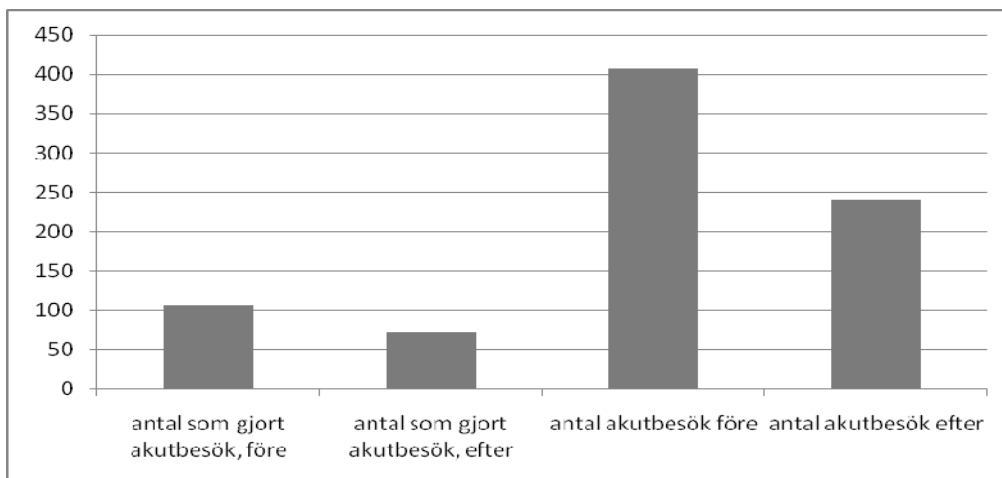
De första åren var ett kriterium som tillämpades för att bli patient i Äldreteamet att ha vårdats inom slutenvården vid ett antal tillfällen. Här redovisas först patienternas besök på akutmottagning inom slutenvården 12 månader före respektive efter inskrivningen i Äldreteamet. Motsvarande besök inom öppenvården har inte räknats in.

Därefter redovisas motsvarande uppgifter angående antalet slutenvårdstillfällen samt antalet slutenvårdsdagar.

#### *Antal besök på akutmottagning före och efter inskrivningen*

Figur 1, visar att 106 av patienterna tillsammans hade gjort 407 besök på akutmottagningen 12 månader före inskrivningen i Äldreteamet (främst på Huddinge sjukhus, se tabell 22 i bilaga 4). I genomsnitt hade de gjort 3,8 besök/ patient.

Figur 1. Äldreteamets patienter som har besökt akutmottagning 12 månader före inskrivningen respektive efter i Äldreteamet samt det totala antalet besök på akutmottagningen 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen.



De flesta hade gjort ett eller två besök före inskrivningen. Fem av patienterna hade gjort tio besök eller fler och svarade tillsammans för 73 besök. Den som hade gjort flest besök före inskrivningen hade varit på akuten 21 gånger.

4 av de 14 växelvårdspatienterna hade varit på akuten vid enstaka tillfällen 12 månader innan de blev patienter i Äldreteamet.

23 av patienterna hade inte varit på akutmottagning inom slutenvården någon gång under de 12 månader som föregick att de skrevs in i Äldreteamet.

Efter inskrivningen i Äldreteamet hade patienternas besök på akutmottagningen minskat med omkring en tredjedel. Drygt hälften, 71 av patienterna hade gjort sammanlagt 240 besök på akutmottagningen. De flesta hade gjort ett eller två besök. Fem hade gjort mer än 10 besök. Tillsammans stod de för en tredjedel (81) av besöken. Den som hade flest besök hade gjort 21 besök. Igenomsnitt var det 3 besök på akutmottagning efter inskrivningen. 58 hade inte gjort något besök på akutmottagningen efter att de blev inskrivna i Äldreteamet.

Vid besöken på akutmottagningen efter inskrivningen hade patienterna ibland en remiss. Vanliga orsaker till remisserna var en misstänkt fraktur som behövde röntgas eller allvarliga problem med andning där möjligheterna att behandla dem i hemmet var otillräckliga.

En del patienter har fortsatt att söka akut hjälp på sjukhus även efter inskrivningen i Äldreteamet utan att först kontakta Äldreteamet. En vanlig orsak är att patienten eller anhöriga är oroliga.

Tabell 5. En jämförelse av åtta patienters besök på akutmottagning 12 mån före resp. efter inskrivningen i Äldreteamet.

Patient Nr	Besök 12 mån före inskrivningen	Besök efter inskrivningen	Antalet dagar i Äldreteamet
133	10	2	48
131	12	13	552
26	16	2	567
64	17	18	1341
120	21	3	174
109	4	13	744
51	7	16	1088
83	8	21	1061

Tabell 5 visar att för tre av de patienter, som hade flest akutbesök före de skrevs in i Äldreteamet, minskade antalet efter inskrivningen. För två av patienterna med många besök före innebar inskrivningen i Äldreteamet ingen förändring. För tre ökade akutbesöken efter inskrivningen.

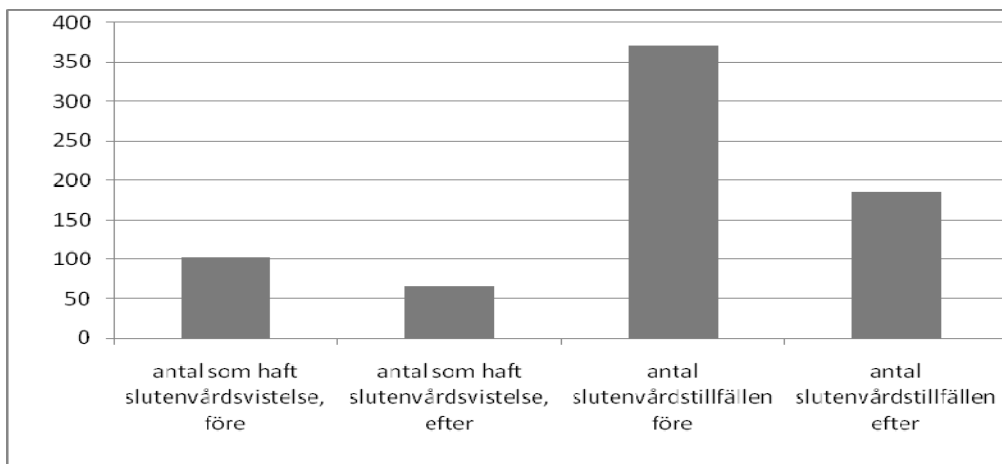
### *Antal vårddygn i slutenvården före respektive efter anslutningen till Äldreteamet*

Patienternas konsumtion av sluten sjukvård före och efter inskrivningen i Äldreteamet är uppdelad efter om den betecknades som akut respektive planerad.

Totalt hade 103 av patienterna tillsammans haft 3199 akuta slutenvårdsdygn fördelade på 371 vårdstillfällen, 12 månader innan de blev inskrivna i Äldreteamet. Den som hade flest akuta slutenvårdsdagar under denna period hade tillbringat 116 dagar på sjukhus. I genomsnitt var det 31 slutenvårdsdygn per patient.

26 av patienterna hade inte varit akut på sjukhus under motsvarande period.

Figur 2. Äldreteamets patienter som haft akuta slutenvårdsvistelser 12 månader före inskrivningen i Äldreteamet respektive efter inskrivningen samt patientgruppens totala antal akuta slutenvårdsvistelser 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen.

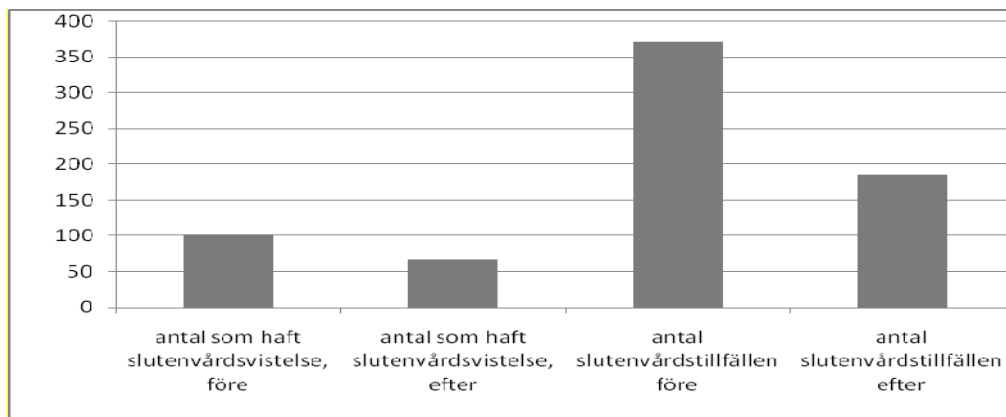


Figur 2 visar också att Äldreteamets patienter efter inskrivningen hade 185 akuta slutenvårdstillfällen. Drygt hälften (66) hade varit akut på sjukhus. De kortaste vistelserna hade varit ett dygn och den längsta 116 dagar. Den som hade varit flest gånger hade varit där 18 tillfällen. I genomsnitt 18,5 slutenvårdsdagar per patient. 63 patienter hade inte haft några akuta slutenvårdstillfällen efter inskrivningen.

Genomgången av patienternas journaler visade att omkring en tredjedel av slutenvårdsdygnen efter inskrivningen var vistelser i samband med livets slutskede eller inom en månad före att de avled. Ett tjugotal avled på sjukhus eller var på sjukhus under den sista levnads månaden.

Äldreteamets patienter hade haft 80 planerade slutenvårdstillfällen före inskrivningen i Äldreteamet. Totalt innebar det 1503 planerade slutenvårdsdagar. Den som hade tillbringat längst tid på sjukhus hade varit där mer än ett år (379 dagar). I genomsnitt hade patienterna 2,9 planerade slutenvårdsdagar före inskrivningen. (Se bilaga 3, tabell 23)

Figur 3. Äldreteamets patienter som haft planerade slutenvårdstillfällen 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen i Äldreteamet samt patientgruppens totala antal slutenvårdstillfällen 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen.



Efter inskrivningen minskade de planerade slutenvårdsbesöken radikalt. Efter inskrivningen i Äldreteamet var det 27 personer som hade haft planerade slutenvårdsvistelser fördelade på 769 slutenvårdsdagar och 47 tillfällen. Genomsnittstiden var 2,8 dagar per patient. 102 av patienterna hade inte haft några planerad slutenvård sedan de skrevs in i Äldreteamet.

Tabell 6. Sammanställning av slutenvårdskonsumtionen 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen för Äldreteamets patienter.

	Före	Efter	Skillnad
<b>Ej akuta slutenvårdsdagar</b>	1503	769	734
<b>Akuta slutenvårdsdagar</b>	3199	1227	1972
			2706
<b>Ej akuta Slutenvårdstillfällen</b>	80	47	33
<b>Akuta slutenvårdstillfällen</b>	365	185	180
			213

Tabell 6 visar att efter inskrivningen minskade slutenvårdsbesöken. Antalet slutenvårdsdygn minskade totalt med 2706 dygn.

### Användningen av sviktplatserna

Under Äldreteamets första tre år ökade användningen av sviktplatserna successivt. Både antalet vård dagar och antalet vistelser ökade. 2010 har beläggningen minskat.

Tabell 7. Antalet dagar då sviktplatserna på Stortorps äldrecenter utnyttjades samt antalet vistelser från den 1 april 2007 till och med den 31 december 2010. Källa Huddinge kommun.

	2007	2008	2009	2010
<b>Antalet vistelser*</b>	8	27	30	27
<b>Antalet vård dagar</b>	144	227	286	203

\* En person kan ha varit flera gånger på Stortorps äldrecenter.

Alternativet till de flesta vistelserna på sviktplatserna hade enligt de intervjuade varit sjukhusvård.

## Patienternas hjälp av hemtjänsten

Flertalet av Äldreteamets patienter har hjälp av den ordinarie hemtjänsten någon gång under tiden de är inskrivna i Äldreteamet, som ett komplement till Äldreteamets insatser. Tabell 8 visar omfattningen av hemtjänstens insatser (enligt senaste beslutet). Nivå 1 och 2 omfattar serviceinsatser. Nivå tre och uppåt innebär även omvårdnad. Nivå 4 och uppåt innebär insatser en eller flera gånger per dag.

Tabell 8. Antalet patienter som hade hemtjänst fördelade per avgiftsnivå. Källa Huddinge kommun.

Avgiftsnivå	Antal patienter	Antal timmar/Månad
1	5	1-4
2	6	5-10
3	3	11-15
4	9	16-30
5	14	31-60
6	20	61-120
6	30	121-
<b>Totalt</b>	112	

27 av patienterna hade inte någon hemtjänst. I den gruppen ingår 12 av de 14 växelvårdsboenden som var Äldreteamets patienter. De var alla sammanboende.

11 hade mer än 200 timmar hemtjänst per månad. Den som hade mest hade 300 timmar. Så stora hemtjänstinsatser görs ofta under en kortare period vid vård i livets slutskede.

### *Övriga insatser från kommunen*

Anhöriga till 12 av patienterna var beviljade hemvårdsbidrag och 10 var anslutna till kommunens hemtjänstlarm.

## Äldreteamets finansiering och kostnader

Den ekonomiska redovisningen visar kommunens och landstingets direkta kostnader för Äldreteamet, stadsbidragen samt olika beräkningar av kostnaderna.

## Finansieringen

Projektet syftade till att erbjuda gruppen de mest sjuka äldre en vårdform utformad efter deras behov och initiativtagarna utgick från möjligheterna att använda redan befintliga resurser. De resurser som har använts var förutom hemtjänsten, ASIH:s nattpersonal som redan arbetade i Huddinge, läkaren som arbetade i Huddinges äldreboenden, korttidsplatser på Stortorps äldrecenter samt Huddinge kommuns hemrehabiliteringsteam.

Fördelningen av kostnaderna i projektet mellan HSN-f och Huddinge kommun illustrerar det kreativa samverkansklimatet och följde inte den vanliga uppdelningen där landstinget strikt står för kostnaderna för hälso- och sjukvård och kommunen för kostnaderna för äldreomsorgen (socialtjänsten).

Landstinget bekostar läkare, sjuksköterskor och de två sviktplatserna (fram till maj 2010 även halva projektledartjänsten).

Kommunen står för projektledare, undersköterskor, biståndshandläggare, sjukgymnast, arbetsterapeut dietist, syn- och hörselinstruktör samt logoped.

Äldreteamet i Huddinge har i hög utsträckning men inte enbart bekostats av statliga stimulansmedel. Huddinge kommun och HSN-f har gjort separata ansökningar, som de har fått beviljade.

Tabell 9. Beviljat statsbidrag till Äldreteamet i Huddinge. Källa Huddinge kommun och HSN-f.

	2 007	2 008	2 009	2 010	Summa
<b>Huddinge kommun</b>	674 140	2 228 387	2 904 738	3 215 949	9 023 214
<b>HSN-f</b>	2 100 000	2 100 000	4 100 000	0*	8 300 000
<b>Totalt</b>	2 774 140	4 328 387	7 004 738	3 215 949	17 323 214

\*Landstinget använder under 2011 ”gamla medel från 2007-2009” cirka 6 700 tkr för att finansiera Äldreteamet i Huddinge

Huddinge kommun har sammanlagt fått ca 9 Mkr och landstinget 8,3 Mkr. Det innebär att både kommunens och landstinget har bidragit med ytterligare medel utöver statliga stimulansmedel.

Tabell 10. Äldreteamets kostnad för Huddinge kommun respektive HSN-f, 2007-2010 utöver stadsbidragen.

	2007	2008	2009	2010	Summa
<b>Huddinge kommun</b>	-57 937	290 614	956 411	490 108	1 679 196
<b>HSN-f</b>	-1 425 860	700 166	22 779	6 290 309	5 587 394

## Kostnaderna för äldreteamet under olika förutsättningar

De båda samverkande organisationerna betalar för respektive administrativa kostnader, kostnaderna för bilar och annan utrustning samt delar på lokal-kostnaderna.

Nedanstående tabell 11, visar Äldreteamets kostnader 2009 och 2010 redovisade under olika förutsättningar.

*Alternativ 1* utgår från det anslag som HSN-f hade avsatt till Äldreteamet 2009. För Huddinge kommun redovisas kostnaderna enligt bokslutet 2009. Antalet patienter beräknas till 50.<sup>11</sup>

*Alternativ 2* utgår från Team Äldredoktors kostnader för Äldreteamet enligt bokslutet. Huddinge kommuns kostnader redovisas på samma sätt som i alternativ 1 och antalet patienter är 50.

*Alternativ 3* utgår från HSN-f:s ersättning till Nackageriatriken för 2010 omräknat till helår. För Huddinge kommun redovisas kostnaderna enligt bokslutet 2010. Antalet patienter är 50.

*Alternativ 4* utgår från samma kostnader som i alternativ 3, men med antalet patienter minskat till 30.

Tabell 11. Fördelningen av kostnaderna för Äldreteamet mellan HSN-f och Huddinge kommun 2009 och 2010 Tkr

Kostnader	2009 Alt 1	2009 Alt 2	2010 Alt 3*	2010 Alt 4**
<b>Antal patienter</b>	50	50	50	30
<b>HSN-f:s anslag till den medicinska vårdgivaren</b>	2 700		4 800	4 800
<b>2 sviktplatser</b>	1 428	1 428	1 428	1 428
<b>Bokslut Team Äldredoktor</b>		6 991		
<b>Landstinget totalt</b>	4 128	8 419	6 228	6 228
<b>Huddinge kommun</b>	3 861	3 861	3 706 ***	3 706
<b>Summa</b>	7 989	12 280	9 934	9 934

\* tom 30 april 2010. \*\* från och med den 1 maj 2010, \*\*\* preliminärt bokslut

Tabell 11 visar att Team Äldredoktors kostnader för Äldreteamet 2009 uppgick till 6,9 Mkr och översteg anslaget på 2,7 Mkr med mer än 200 procent. Tabellen visar också att HSN-f från och med 2010 höjde ersättningen till Äldreteamet från 2,7 Mkr till 4,8 Mkr. En ökning med knappt 80 procent. Samtidigt begränsades antalet patienter från den 1 maj till 30.

Tabell 12 visar Äldreteamets kostnader redovisade på samma sätt som i tabell 11, men fördelade per patient och kalenderdag. Tabellen visar att kostnaden per patient per kalenderdag ökade med ca 70 procent, från 544 kr till 922 kr när antalet patienter minskade från och med maj 2010.

<sup>11</sup> Äldreteamet hade under stora delar av 2009 omkring 50 patienter.



Tabell 12. Äldreteamets kostnader per patient/kalenderdag fördelat på HSN-f:s, respektive Huddinge kommuns kostnader och de totala kostnaderna

Kostnad per patient/dag	2009 Alt 1	2009 Alt 2	2009 Alt 2 b	2010 Alt3	2010 Alt4
Antalet patienter	50	50	60	50	30
Huddinge	212	212	176	203	353
HSN-f	226	461	385	341	569
Totalt	438	673	561	544	922
Per patient/mån	13 315	20467	17056	16 456	27 427
Per patient/år	159 780	245 690	204667	197 476	329 126

För Huddinge kommun medförde det minskade antalet patienter att kostnaden per patient ökade från 203 kr till 353 kr. Kostnaden per dag kan jämföras med kostnaden för en timmas hemtjänst som är ca 300 kr/timme dagtid beroende när under veckan den utförs (se tabell 21 sid 56). Huddinge kommun har inte gjort några neddragningar i Äldreteamet med anledning av det minskade antalet patienter.

Tabell 12 visar också att Landstingets kostnad per patient och dag beräknande enligt anslaget 2009 blir 226 kr per patient och dag. Beräknad efter Team Äldredoktors bokslut 2009 blir kostnaden den dubbla, 461 kr per patient och dag. Alternativ 2 b visar hur stor kostnaden per patient 2009 hade varit enligt bokslutet om Äldreteamet hade haft 60 patienter.

Vidare framkommer att de första fyra månaderna 2010 när Team Äldredoktor var medicinskt ansvariga och fick ersättning enligt avtalet med Nackageriatriken AB, var priset per patient och dag 341 kr.

Efter den 1 maj 2010 ökade de totala kostnaderna per patient i jämförelse med de fyra första månaderna med 70 procent som en följd av det lägre patientantalet. I jämförelse med anslaget till Team Äldredoktor 2009 innebär det en kostnadsökning på mer än 100 procent per patient och dag.

### Landstingets kostnader för de mest sjuka äldre

Gruppen de mest sjuka äldre tar en stor andel av hälso- och sjukvårdens resurser i anspråk både inom den öppna och slutna vården. Nedan redovisas några beräkningar av hälso- och sjukvårdskostnader att ha som jämförelsetal med de redovisade kostnaderna för Äldreteamet.

#### *Basal hemsjukvård*

Personer som tillhör gruppen de mest sjuka äldre och som bor i ordinärt boende är ofta inskrivna i den basala hemsjukvården.

Ersättningen per patient för dem som har basal hemsjukvård i Stockholms län varierar beroende på vilka insatser som görs. Ersättningen ges per besök och

varierar också beroende på vilken yrkeskategori som gör besöket. För varje patient utgår en grundersättning, så kallad kapitering med 3000 kr per patient och år. I tabell 13 redovisas kostnaderna i tre olika exempel.

*Alternativ 1* visar kostnaden för basal hemsjukvård för en patient som får två besök i månaden av en sjuksköterska (dosettindelning).

*Alternativ 2* visar kostnaderna för en patient som får ett besök om dagen (en distriktssköterska och en undersköterska gör hälften av besöken vardera) och ett läkarbesök i månaden.

*Alternativ 3* visar kostnaden för två besök per dag (en distriktssköterska och en undersköterska gör hälften av besöken vardera) och ett läkarbesök i månaden.

Tabell 13. Ersättning till husläkarverksamheter i tre alternativ för basal hemsjukvård för patienter med olika insatser. (Källa Regelbok för husläkarverksamhet 2010)

	Alternativ 1		Alternativ 2		Alternativ 3		
	Ersättning/ Besök	Antal besök/ mån	Ersättning	Antal besök/ mån	Ersättning	Antal besök/ mån	Ersättning
Läkarbesök	979	1	490	1	979	1	979
Sjuksköterska	250	2	500	15	3 750	30	7 500
Undersköterska	150		0	15	2 250	30	4 500
Summa/månad			990		6 979		12 979
12 månader		30	11 874	372	83 748	732	155 748
Kapitering/ patient och år			3 000	3 000	3 000	3 000	3 000
Kostnad/ år			14 874		86 748		158 748
Kostnad/ dag			41		238		435

Beräkningen visar att ersättningen för basal hemsjukvård för patienter med dagliga insatser är lägre än kostnaden för Äldreteamet.

### *Kostnader för övrig hälso- och sjukvård*

Erfarenheter visar att patienter som tillhör gruppen de mest sjuka äldre förutom den basala hemsjukvården också har hög konsumtion både av annan öppenvård och av slutenvård.

Eftersom Stockholms läns landsting ersätter utförare av slutna hälso- och sjukvård efter patienternas diagnoser, så kallade DRG-grupper, har det varit svårt att få fram uppgifter om vad olika vårddygn kostar. Enligt uppgifter från några kliniker varierar vårddygnskostnader för akutvård mellan 8 480 kr och 18 500 kr och för geriatrisk slutenvård mellan 4 300kr och 4 600kr per vårddygn.

Landstinget har också kostnader för dem som bor i äldreboende. Det är landstinget som ansvarar för läkarvården. 2010 var ersättningen för läkarvård till de medicinskt ansvariga läkarna omkring 9135 kr per patient och år.

## Beräkningar

I rapporten (2008) om Äldreteam inom Stockholms län konstaterades att Äldreteamen var kostnadsneutrala eller bidrog till att minska landstingets kostnader för hälso- och sjukvård för patienterna. I följande avsnitt kommer olika jämförelser att göras av kostnaderna för Äldreteamet i Huddinge.

Tabell 14. En jämförelse av Äldreteamets patienters konsumtion av akut slutenvård respektive akut öppenvård (på sjukhus) året före respektive efter inskrivningen i Äldreteamet omräknat till helår.

	Jämförelseperioden ett år före inskrivningen i Äldreteamet	Efter inskrivning i Äldreteamet omräknat till helår
<b>Antal patienter</b>	129	129
<b>Patient dygn</b>	47085	42856
<b>Antal slutenvårdsdagar</b>	4702	1996
<b>Vårddygn/ patient och dag</b>	0,10	0,05
<b>Vårddygn/ patient och år</b>	36,45	17,00
<b>Antal akutbesök</b>	407	240
<b>Akutbesök/ patient och dag</b>	0,009	0,006
<b>Akutbesök/ patient och år</b>	3,16	2,04

Tabell 14, visar att antalet slutenvårdsdygn per patient och dag halverades för Äldreteamets patienter efter inskrivningen i Äldreteamet, från 0,1 slutenvårdsdag per dag (per år 36,45) till 0,05 slutenvårdsdag per dag (per år 17,00). Antalet slutenvårdsdagar minskade i genomsnitt med 20 dagar per person och år.

Antalet akutbesök minskade med en tredjedel.

Nedanstående tabeller (nr 15, 16 och 17) visar exempel på möjliga besparingar som en följd av den för ändrade vårdkonsumtion hos Äldreteamets patienter. Beräkningarna bygger på att de inskrivna patienternas slutenvårdskonsumtion minskade med 20 vård dagar per år och att de akuta besöken i slutenvården minskade med ett besök per patient och år. I kalkylerna ingår inte kostnaderna för transporter i samband med sjukhusbesök.

Tabell 15. En jämförelse av hur antalet patienter i Äldreteamet påverkar landstingets kostnader för akut och planerad slutenvård med två alternativa kostnader/ vårddygn.

Antalet patienter	Antalet minskade dygn i slutenvården/patient och år	Kostnad per slutenvårdsdygn	Möjlig besparing /år
30	20	4 300	2 580 000
40	20	4 300	3 440 000
50	20	4 300	4 300 000
60	20	4 300	5 160 000
<b>Alt B</b>			
30	20	5 500	3 300 000
40	20	5 500	4 400 000
50	20	5 500	5 500 000
60	20	5 500	6 600 000

Vårddygnspriset 4 300 motsvarar ett lågt räknat pris för ett vårddygn inom geriatriken. Vårddygnspriset 5 500 är ett vägt pris där en andel vårddygn i somatisk vård ingår.

Tabell 16. en jämförelse av hur antalet patienter i Äldreteamet påverkar landstingets kostnader för akutbesök i slutenvården.

Antalet patienter	Antalet minskade akut besök på sjukhus /patient och år	Pris per besök	Möjlig besparing/ år
30	1	1 500	45 000
40	1	1 500	60 000
50	1	1 500	75 000
60	1	1 500	90 000
<b>Alt B</b>			
30	1	2 500	75 000
40	1	2 500	100 000
50	1	2 500	125 000
60	1	2 500	150 000

Landstinget får också minskade kostnader för basal hemsjukvård för patienter inskrivna i ett äldreteam. Beräkningen (se tabell 17) grundas i det första exemplet på att på att majoriteten av patienterna, men inte alla, behöver ett besök per dag av en distriktssköterska eller undersköterska vilket ger en genomsnittskostnad per patient och år på ca 70 000 kr (jfr tabell 13 sid 51) I det andra alternativet, med en beräknad kostnad på 45 000 kr per år, har antalet besök minskat till ett varannan dag.

Tabell 17. En jämförelse av hur kostnaderna för basal hemsjukvård minskar för olika antal inskrivna patienter i ett äldreteam

Antalet patienter	Beräknad kostnad för basal hemsjukvård/år	Möjlig besparing/år
30	70 000	2 100 000
40	70 000	2 800 000
50	70 000	3 500 000
60	70 000	4 200 000
30	45 000	1 350 000
40	45 000	1 800 000
50	45 000	2 250 000
60	45 000	2 700 000

Ovanstående tabeller visar hur många patienter Äldreteamet i Huddinge måste ha för att landstingets besparingar för minskad slutenvård, akut öppenvård och basal hemsjukvård ska täcka kostnaden att driva Äldreteamet ett år. 2010 var den kostnaden ca 6,2 Mkr. Jämförelsen visar med dessa exempel att Äldreteamet behöver ha mellan 40 och 50 patienter för att vara kostnadsneutralt.

### Kommunens alternativa kostnader

Gruppen de mest sjuka äldre är den grupp som har störst behov av kommunens olika tjänster för äldre. Många av dem har hemtjänst och många bor i äldreboende. Andra har växelboende eller dagverksamhet, Anhöriga till en handfull patienter har hemvårdsbidrag. Endast en mindre andel klarar sig utan insatser från kommunen.

Kommunens del av kostnaderna (ca 3,7 Mkr) motsvarade mindre än en procent av Huddinge kommuns budget. Enligt social och äldreomsorgschefen i Huddinge var kostnaderna för Äldreteamet ingen belastning för äldreomsorgens budget. Hennes uppfattning var istället att Äldreteamet hade bidragit till att begränsa kommunens kostnader. Det gällde såväl kostnaderna för utskrivningsklara på sjukhus, för korttidsboende och behovet av platser i äldreboende.

### *Kostnaderna för färdigbehandlade har minskat*

Utvärderingen visar att Äldreteamet på olika sätt troligen påverkar kostnaderna för äldreomsorgen för de patienter som ingår. Antalet slutenvårdsvistelser för Äldreteamets patienter har minskat efter inskrivningen (se ovan, figur 2 och 3) Det bidrar enligt Huddinge kommuns bedömning, troligen till att kommunens kostnader för färdigbehandlade hade minskat.

Tabell 18. Huddinge kommuns kostnader för utskrivningsklara inom slutenvården (Huddinge sjukhus) mellan 2006 och 2010.

År	Vårddygn	Antal Personer	Kostnaderna (Tkr)
2006	1850	184	3 991
2007	3210	244	8 693
2008	1783	194	4 372
2009	1306	184	3 742
2010	1010	185	2 588

Tabell 18 visar att antalet vård dygn för utskrivningsklara i Huddinge kommun sedan 2007 har minskat med 2 200 eller 69 procent. 2007 var antalet vård dygn för färdigbehandlade ovanligt stort. Om man istället jämför med 2006, året innan projektet startade, är skillnaden 840 dagar eller ca 45 procent.

Kommunens kostnad per vård dygn för färdigbehandlade inom slutenvården varierade under 2010 mellan 2 941 kr och 4 076 kr. Kostnadsminskningen sedan 2007 då projektet startade är ca 2,2 Mkr och i jämförelse med 2006 1,4 Mkr.

Antalet personer har varit relativt stabilt de senaste åren, vilket innebär att antalet debiterade dagar per patient har minskat.

### *Korttidsboende*

Antalet utnyttjade helårsplatser i korttidsboende i Huddinge kommun har minskat sedan 2006 med 10 helårsplatser (se tabell 19). Det motsvarar en kostnad i 2010 års kostnadsnivå på 5,8 Mkr. Även här är kommunens bedömning att Äldreteamet bidrar till att minska efterfrågan. När Äldreteamets patienter har vårdats på sjukhus kan de enligt de intervjuade åka direkt hem och behöver i mindre utsträckning korttidsboende.

Tabell 19. Antalet helårsplatser i genomsnitt per månad i korttidsboende 2006-2010. (källa Huddinge kommun)

År	Antal helårsplatser i korttids boende
2006	44
2007	40
2008	44
2009	34
2010	34

### *Äldreteamet påverkar efterfrågan på Äldreboende*

Uppgifter från Huddinge kommun visar att antalet boende i särskilt boende har ökat sedan 2006 med 73 helårsplatser (se tabell 20). Trots ökningen bedömer företrädare för Huddinge kommun att Äldreteamet även bidragit till att minska efterfrågan på äldreboende.

Tabell 20. Antalet helårsplatser i genomsnitt per månad i särskilt boende 2006- 2010. (Källa Huddinge kommun)

År	Antal helårsplatser i särskilt boende
2006	415
2007	427
2008	456
2009	487
2010	488

Personalen i Äldreteamet beräknade att minst hälften av patienterna skulle behöva äldreboende om de inte hade fått vård av Äldreteamet. Det innebär lågt räknat med det nuvarande antalet patienter en minskad efterfrågan på 10 platser. Huddinge kommuns kostnader för Äldreteamet ca 3,7 Mkr, motsvarar årskostnaderna för 6,5 platser.

### Kostnader för hemtjänst

Huddinge kommun har utöver kostnaderna för Äldreteamet också kostnader för hemtjänst. I Huddinge beviljas hemtjänst per timme och ersätts med varierande pris beroende både på vad och när hemtjänsten utförs.

Tabell 21. Timersättning (kr) för hemtjänst i Huddinge kommun 2010. (Källa Huddinge kommun)

	2010
Hemtjänst dagtid	272
Hemtjänst kvällstid	288
Hemtjänst natt	588
Hemtjänst helg	316

En genomgång av antalet beviljade hemtjänsttimmar hos Äldreteamets patienter visade att de i det sista eller senaste biståndsbeslutet i genomsnitt var beviljade 75 timmar per månad eller ca 2,5 timmar per dag. Antalet beviljade timmar per person och månad varierade mellan ingen hemtjänst alls och ca 300 timmar. Se tabell 8 sid 47.

## Bytet av vårdgivare

### Oenighet om kostnaderna ledde fram till byte av den medicinska vårdgivaren

Det tidigare så goda samarbetet i projektet mellan de två representanterna för landstinget, HSN-f respektive Team Äldredoktorn försämrades under hösten 2009. Anledningen var oenighet om kostnaderna för Team Äldredoktors del av Äldreteamet.

Det faktum att det saknades en överenskommelse mellan HSN-f och Team Äldredoktorn om projektets organisation, antalet patienter och finansiering bidrog troligen till händelseförloppet. Äldreteamet startade som ett försök i liten skala finansierat med statliga stimulansmedel. Landstinget hade inte satt upp några definitiva ekonomiska ramar. Budskapet till Team Äldredoktorn från HSN-f hade varit att ersättning för ökade kostnader skulle regleras i efterhand. Tjänstemannen från HSN följde projektet nära i och med att han ingick i styrgruppen. Projektledaren berättade att styrgruppen kontinuerligt fick information om hur antalet patienter utvecklades och att frågan om att anställa mer personal alltid förankrades i styrgruppen.

Under 2009 ökade antalet patienter snabbt och kostnaderna beräknades bli dubbelt så stora som det anslagna beloppet 2,7 Mkr. Resultatlösa förhandlingar fördes på högsta nivå mellan företrädare för SLSO och HSN-f om ytterligare anslag för 2009 samt om nivån för ersättningen 2010.

Uppdraget att vara ansvarig för hälso- och sjukvården gick istället från och med den 1 maj 2010 till Nackageriatriken AB. Ersättningen var omräknad till helår 4,8 Mkr och antalet patienter begränsades till 30. Vid årsskiftet 2010/11 skulle Äldreteamet upphöra och att Nackageriatriken AB skulle avveckla verksamheten.

I september 2010 blev det klart inom HSN-f att det fanns statliga stimulansmedel kvar som kunde föras över till 2011 och användas för några av de pågående projekten. Äldreteamet i Huddinge var ett av de projekt som prioriterades. Anslaget för 2011 är detsamma som för 2010.

### **Förändringar i samband med bytet av vårdgivare**

Uppdraget till Nackageriatriken innebar utöver att patientantalet begränsades till 30 patienter också att landstingets del av projektledartjänsten drogs in. I praktiken upphörde också projektorganisationen, men något formellt sådant beslut har inte fattats.

I samband med bytet av medicinsk vårdgivare slutade läkaren och två sjuksköterskor. En biträdande chefssjuksköterska från Nackageriatriken AB blev ny chef för sjuksköterskorna. Hon är i Huddinge en och en halv dag per vecka. Tidigare var sjuksköterskorna och läkaren underställda chefen för Team Äldredoktorn, som också ingick i styrgruppen. Inte heller den tidigare chefen hade sin fasta arbetsplats i Äldreteamets lokaler.

Som en följd av det minskade antalet patienter har bemanningen med sjuksköterskor minskat. (Se tabell 2 och 3, sid 22 resp. 23.)

Organisationen för undersköterskorna har inte ändrats. Projektledaren var fram till bytet av vårdgivare också anställd av Team Äldredoktorn och hade samma chef som sjuksköterskorna och läkaren. Nu är hon anställd av Huddinge kommun. Utöver att arbetsleda undersköterskorna har projektledarens uppgift varit att samordna teamets arbete, att se till att allting fungerade och att regler och



riktlinjer följdes. Den uppgiften har hon inte längre kvar. Projektledaren arbetar numera halvtid och har förlagt sin arbetstid främst till förmiddagar. Formellt har undersköterskorna tidigare varit underställda en chef inom Äldreomsorgen i Huddinge kommun.

Biståndshandläggarens, sjukgymnastens, arbetsterapeutens och dietistens förhållanden har inte påverkats organisatoriskt av bytet av hälso- och sjukvårdgivare.

## Personalens erfarenheter av bytet av vårdgivare

### Svårt uppdrag

Det var enligt den biträdande chefssjuksköterskan från Nackageriatriken ett svårt uppdrag att ta över ansvaret för Äldreteamet i Huddinge. Framförallt för att personalen inte var positivt inställd till förändringen. De hade hoppats på att Äldreteamet skulle ha permanentats i sin tidigare form. Enligt henne bidrog det till att personalen både var besvikna och omotiverade. Nackageriatriken AB hade erbjudit sjuksköterskorna handledning för att bättre kunna hantera sin ilska och besvikelse. Trots det svåra utgångsläget ansåg chefssjuksköterskan att övertagandet hade gått bra.

Flera av de intervjuade i personalen bekräftade chefssjuksköterskans uppfattning att Nackageriatriken AB:s övertagande av Äldreteamet hade gått bra. Läkaren ansåg, några månader efter övertagandet, att arbetet i Äldreteamet fungerade bättre och bättre allteftersom han lärde känna personalen.

### Ändrad bemanning med sjuksköterskor

Bemanningen med sjuksköterskor minskade när antalet patienter skars ner. Både sjuksköterskorna och läkaren beklagade att teamet på kvällar och helger endast var bemannat med en sjuksköterska och en undersköterska. (se tab. 3 sid 29) De ansåg att en bemanning med två sjuksköterskor och en undersköterska helger och kvällar var att föredra. Att arbeta ensam som sjuksköterska innebar enligt dem olika begränsningar och en större sårbarhet. Bland annat saknade sjuksköterskorna en kollega att rådgöra med och skulle föredra att antalet patienter ökades igen för att alltid kunna vara två i tjänst. Sjuksköterskorna ansåg också att det var svårare att snabbt åka på *"patienternas ringningar"* kvällstid när de redan var upptagna med en patient. Larm om andningsproblem på kvällar och helger såg de som extra problematiska. Det var inte alltid möjligt för dem att lämna en patient snabbt. Längre väntetid för akuta besök bidrog enligt de intervjuade sjuksköterskorna till en ökad risk att fler patienter behöver åka till akuten.

De stora geografiska avstånden i Huddinge bidrog också till att det kändes tufft att arbeta ensam som sjuksköterska eftersom det vid den typen av larm gäller att komma snabbt.

Att vara ensam sjuksköterska och dessutom nyanställd var enligt de intervjuade ett svårt utgångsläge för att våga behandla patienterna på plats.

Läkaren delade sjuksköterskornas bedömning och framhöll att det i svåra situationer var värdefullt för sjuksköterskorna att kunna hjälpas åt i olika bedömningar.

### **Byte av journalsystemet**

När Nackageriatriken AB tog över ansvaret fick Äldreteamet byta journalsystem, från Take Care till Melior som används av Nackageriatriken.

Läkaren berättade att han skulle föredra att använda Take Care. Den främsta orsaken var att det skulle underlätta kontakterna med Huddinge sjukhus, där Take Care används.

De olika dokumentationssystemen kan inte kommunicera med varandra. Enligt läkaren kan det innebära en säkerhetsrisk när patienter remitteras till Huddinge sjukhus eller skrivs ut från sjukhuset. Äldreteamets läkare berättade att när en patient läggs in på sjukhuset utgår läkarna där ofta från att all aktuell information om patienten finns i Take Carejournalen. När det kommer en patient som är inskriven i Äldreteamet till Huddinge sjukhus finns det en risk att de därför konstaterar att det inte har hänt något med patienten på länge. Det innebär enligt den intervjuade läkaren att han, när han remitterar en patient alltid måste påpeka att den aktuella informationen inte finns i Take Care och att de inte kan skicka provsvaren till honom via Take Care. Samma problem uppstår när en patient skrivs ut från sjukhuset då läkaren inte kan ta del av de nya journalanteckningarna eller medicinlistorna angående patienten som finns i Take Care. Anteckningarna måste istället skickas till läkaren, vilket ofta innebär en tidsfördröjning och en osäkerhetsfaktor. Situationen skulle enligt läkaren förbättras eftersom Nackageriatriken inom kort skulle få en tittfunktion i Take Care.

Sjuksköterskorna delade läkarens uppfattning. Bytet av dokumentationssystem innebar enligt dem en hel del merarbete i kommunikationerna med Huddinge sjukhus och det kändes enligt dem osäkert att faxa uppgifter dit i jämförelse med tidigare då de direkt kunde överföra olika uppgifter.

### **Förändrad inställning till uppdraget?**

De förändringar som övergången till Nackageriatriken medförde var enligt den intervjuade personalen inte bara att antalet patienter förändrades. En annan skillnad som Äldreteamets personal hade noterat var uppfattningen om vilka patienter som Äldreteamet ska vårda. Personalens uppfattning var att Nackageriatriken hade ett mer exkluderande synsätt än vad de hade haft tidigare bland annat avseende patienter med cancerdiagnoser. Bedömningen hade varit att patienterna skulle få bättre vård av ASIH. Tidigare hade Äldreteamet inte haft den begränsningen och personalen ansåg att de klarade att vårda patienter med cancer. I några fall hade Äldreteamet sagt nej till att ta emot patienter som redan fått nej från ASIH. Följden blev att de inte kunde få någon avancerad hemsjukvård alls. Idén med Äldreteamet att personal från hälso- och sjukvården

och hemtjänsten skulle samarbeta för att patienterna skulle få en vård anpassad efter deras behov gick enligt projektledaren därmed förlorad.

I ett uppföljande telefonsamtal bekräftade läkaren personalens uppfattning och berättade att han när han tillträdde ansåg att cancerpatienter framförallt i ett sent skede ofta fick bättre vård av ASIH. Efter ett drygt halvår berättade han att han numera ansåg att Äldreteamet klarade att vårda personer med cancer och att en sådan diagnos inte var något hinder att bli antagen som patient. Läkaren berättade att anledningen till att han hade tackat nej till några remisser alldeles efter övertagandet var att Äldreteamet då hade haft 32 patienter vilket översteg taket för uppdraget.

En annan förändring som personalen rapporterade var att patienterna enligt deras uppfattning nu vårdades oftare på sjukhus än tidigare. Enligt de intervjuade sjuksköterskorna kunde det bero på att juren inte längre kunde komma lika snabbt som tidigare på grund av det stora geografiska ansvarsområdet<sup>12</sup> den hade. De intervjuade berättade också att nattsjuksköterskorna inte hade kunnat komma tre gånger sedan Nackageriatriken tillträdde. Det hade inte hänt tidigare. Användningen av sviktplatserna på Stortorps äldrecenter hade enligt dem däremot inte förändrats.

Läkaren höll med om att fler patienter hade vårdats på sjukhus den senaste tiden men att det inte berodde på att han tillämpade någon annan policy. Orsaken var att fler patienter hade blivit svårt sjuka och några hade dessutom åkt till akuten på eget initiativ.

Biståndshandläggaren berättade i en intervju under hösten 2010 att hennes kontakter med Äldreteamet hade blivit glesare sedan bytet av läkarvårdgivare. Tidigare hade hon haft en relativt intensiv telefonkontakt framförallt med sjuksköterskorna och med läkaren och ett väl fungerande samarbete. Hon hade ännu inte lärt känna den nya läkaren och sjuksköterskorna. Förändringen innebar att hon mer sällan fick veta när någon patient, hade vårdats på sjukhus eller hade avlidit, uppgifter som var viktiga att hon rapporterade vidare. Hon ansåg att attityden var att de inte behövde träffas och att det därför inte längre var nödvändigt att hon var biståndsbedömare för samtliga patienter. Däremot trodde hon att det var bra att hon var kvar som kontaktperson och var med på storrderna.

Huddinge kommuns ledamot av styrgruppen ansåg att företrädarna för Nackageriatriken AB visade en lägre grad av engagemang än vad den tidigare vårdgivaren hade gjort. Hennes uppfattning var att de var noga med taket för sitt uppdrag och lade mycket tid på gränsdragning. Hon var också kritisk till det minskade antalet patienter och trodde att behovet var omkring 60 platser.

---

<sup>12</sup> Äldreteamets joursjuksköterskor arbetar i delar av Nacka kommun, i Värmdö kommun och i Huddinge.

## Långa avstånd

Läkaren ansåg att hans förflyttningar mellan Nacka och Huddinge (22 km enkel resa) var ett slöseri med hans arbetstid. De mest avlägsna patienterna bor i Vårby gård som ligger ännu längre bort. Enligt honom ger geografisk närhet ”*en annan känsla och underlättar spontana kontakter*”. Han berättade att han var i Huddinge 4- 5 dagar i veckan och beklagade att han inte kunde vara där redan på morgonen innan arbetet hos patienterna börjar. Att träffa personalgruppen och tillsammans förbereda sig inför arbetsdagen var enligt honom ett bra tillfälle för informationsutbyte. Hans övriga arbetsuppgifter tvingade honom att vara i Nacka vid början och slutet på arbetsdagen.

# SLUTSATSER OCH DISKUSSION

## Äldreteamet erbjuder trygghet

Utvärderingen visar att Äldreteamet i Huddinge i hög utsträckning uppfyllde projektets syften och mål.

De intervjuade patienterna och deras anhöriga lovordade både idén bakom Äldreteamet och hur den genomfördes. Även personalen var mycket entusiastisk. Att arbeta för att hjälpa patienter med omfattande behov av vård och omsorg att kunna bo kvar hemma och hjälpa dem att inte behöva åka till akutsjukvården hade inspirerat dem.

Mötena med patienterna och att få ta del av hur de klarade sitt dagliga liv och hur mycket de uppskattade vården och omsorgen de fick av Äldreteamet gav starka intryck. Ordet trygghet nämndes i alla intervjuer när patienterna förklarade vad Äldreteamet betydde för dem och verkar vara den viktigaste kvaliteten som vårdformen erbjuder. Att betydelsen av trygghet är centralt för patienter som tillhör gruppen de mest sjuka äldre, har framkommit i ett flertal liknande studier.

Uppgifterna om hur vården och omsorgen fungerade samt om patienternas hälso- och sjukvårdskonsumtion före och efter inskrivningen visar att Äldreteamet är ett bra exempel på hur vård och omsorg för ”de mest sjuka äldre” kan organiseras.

Äldreteamet är också ett bra exempel på målinriktat och väl fungerade samarbete mellan företrädare för en kommun och för landstinget. De samverkande parterna hade kommuninvånarnas bästa för ögonen, tänkte fritt och kreativt för att hitta ett sätt att erbjuda de mest sjuka äldre en vårdform som passade dem. Deras förankring och kunskap om de lokala förhållandena gjorde att de hade god överblick över de resurser som fanns och idéer om hur de kunde samutnyttjas.

Erfarenheterna från Äldreteamet i Huddinge kan användas vidare och vara en förebild för hur vården och omsorgen om de mest sjuka kan organiseras. Vård av ett äldreteam kan också vara ett alternativ till äldreboende för personer med stora vård- och omsorgsbehov.

Dessa slutsatser och ytterligare några andra kommer att diskuteras närmare i de följande avsnitten.

## Äldreteam ett alternativ till äldreboende

Utvärderingen visar att tack vare den vård och omsorg som Äldreteamet ger tillsammans med hemtjänst och anhöriga skapas förutsättningar för att patienterna kan bo kvar i sina hem. En dryg tredjedel kunde bo i hemmet livet ut och Äldreteamet har med all säkerhet bidragit till att de inte behövde flytta till äldreboende. En knapp tredjedel av Äldreteamets patienter har flyttat till äldreboende efter att under en tid ha fått vård av Äldreteamet. Den föregående tiden som patient i

Äldreteamet bidrog troligen till att flyttningen till äldreboende kunde ske senare än om vårdformen inte hade funnits.

Den entusiasm som Äldreteamets patienter gav uttryck för talar för att även många andra äldre skulle föredra att få vård av ett äldreteam istället för att behöva flytta till ett äldreboende. Vetskapen om att möjligheten fanns skulle också kunna bidra till att fler äldre hade en större tillförsikt inför framtiden än vad de har idag.

Ofta är det en känsla av otrygghet som gör att äldre önskar flytta till äldreboende. Men det är ingen självklar rätt, att få plats i ett äldreboende. Många kommuner i Stockholms län gör restriktiva bedömningar av ansökningarna till äldreboende. Den policyn skulle vara lättare att förstå om de som inte får någon plats istället fick erbjudande om vård av ett äldreteam och med det stödet kunde få en bättre livskvalitet.

Fungerande äldreteam i större skala skulle också kunna minska behovet av akutsjukvård. Befolkningen i Stockholms län växer och det nuvarande antalet sjukhusplatser är relativt sett litet. Det visar sig i återkommande överbeläggningar som medför komplikationer för patienterna och även försvårar för personalen att utföra sitt arbete på bästa möjliga sätt. Att generellt göra det möjligt för äldre att få fler hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet kan förutom de mänskliga vinsterna också vara ett sätt att minska belastningen på akutsjukvården.

Äldreteamet ger även stöd till patienternas anhöriga, som ofta är de som gör det möjligt för dem att kunna bo hemma. Att vårda en närstående upplevs av många som meningsfullt. Det kan också innebära att anhöriga har en svår livssituation som enligt forskning kan innebära risker för den egna hälsan. Anhörigas behov av stöd har uppmärksamrats under de senaste åren och 2009 skärptes kraven på kommunerna att ge stöd till anhöriga som vårdar en närstående.

## Vad kan vi lära av Äldreteamet

Begreppet äldreteam används idag för verksamheter med olika innehåll och olika organisation. Äldreteamet i Huddinge bedriver avancerad hemsjukvård, alltså specialiserad sjukvård i nivå tre enligt Stockholms läns landstings definition (se sid 5). Det innebär att uppdraget och innehållet på olika sätt skiljer sig från den basala hemsjukvården.

En avgörande skillnad är inskrivningskriterierna. För att få basal hemsjukvård krävs att patienternas har behov av sjukvård i hemmet som förväntas kvarstå i mer än 14 dagar. Patienternas förhållanden i övrigt varierar mycket. Kriterierna för Äldreteamet i Huddinge är dels att patienterna ska ha en dokumenterad omfattande sjuklighet och dessutom svårt att fysiskt ta sig till en husläkarmottagning, ha återkommande behov snabb medicinsk bedömning av läkare samt behov av funktionsuppehållande behandlingar som bäst tillgodoses i hemmet (se sid 6).

Behovet av snabb medicinsk bedömning innebär ofta att patienternas hälsa är instabil och att de riskerar att få allvarliga symptom. Det kan exempelvis vara andningssvårigheter, som kräver snabba hälso- och sjukvårdsinsatser. Förutom behovet av snabba insatser medför andningsproblem och andra liknande akuta tillstånd att patienterna känner oro. För att vård liknande den som Äldreteamet bedriver ska fungera är därför kontinuitet och personkännedom av extra stor vikt. För patienterna underlättar kända ansikten bland personalen att de känner tillit och trygghet till vården. För personalen underrättar kontinuiteten att de snabbare kan sätta sig in i de situationer som uppstår och lättare avgöra vad som ska göras.

De medicinska insatser som Äldreteamet kan utföra är mer avancerade än de som vanligtvis ingår i den basala hemsjukvården. Insatserna måste också kunna utföras med kort varsel dygnet runt. De kan vara tidskrävande och förutsätta tillgång till olika former av medicinskteknisk utrustning.

De äldreteam som finns idag är organiserade på olika sätt, från geriatriska kliniker och enheter i öppenvård. Det finns ännu inga studier som visar vilken organisationstillhörighet som är att föredra. De olika alternativen har för- och nackdelar, som bör studeras vidare.

### **Framgångsfaktorer för Äldreteamets vård**

Erfarenheterna av olika teambaserade projekt med hemsjukvård är genomgående mycket positiva.

Fördelarna för Äldreteamets patienter är främst att vården är lättillgänglig. Att läkare och sjuksköterskor och annan vårdpersonal kommer hem till dem, är troligen den faktor som mest bidrar till att skapa trygghet. En annan viktig faktor är god kontinuitet. Inte bara det att patienterna lär känna personalen utan också att de är väl informerade om deras förhållanden och utför vården och omsorgen på ett liknande sätt. En tredje viktig faktor som de intervjuade patienterna framhöll var personalens bemötande som de sa var uppmuntrande och stödjande. En fjärde faktor som både personal och patienter framhöll var betydelsen av att Äldreteamets personal inte har bråttom utan arbetar i lugn takt.

### **Inskrivningen i Äldreteamet**

Det är läkaren som har rätt att skriva in patienter i Äldreteamet. Vare sig den basala hemsjukvården eller hemtjänst kan neka någon vård eller omsorg om behov föreligger. För de patienter som nekas att skrivas in i Äldreteamet blir alternativet att de får lita till vård av den basala hemsjukvården i kombination med insatser från hemtjänsten. Det alternativet är ofta inte tillräckligt för gruppen de mest sjuka äldre och kan därför innebära att de istället behöver en plats i särskilt boende. Möjligheten att neka patienter som uppfyller kriterierna att skrivas in bör därför vara mycket begränsade och endast finnas när den medicinska säkerheten inte kan garanteras.

Ett sätt att utveckla Äldreteamets modell för inskrivning av patienter vore att utvidga kriterierna att också omfatta sociala hänsynstaganden. Det skulle innebära att utöver överväganden om behovet av lättillgänglig hälso- och sjukvård också väga in patientens sociala situation i bedömningen. En rutin skulle kunna vara att läkaren samrådde med till exempel Äldreteamets biståndshandläggare.

### **Äldreteamets interna samverkan kan utvecklas**

Äldreteamets nuvarande fokus på medicinska insatser ställer också frågor om det finns behov och möjligheter att utöka det interna samarbetet i teamet med betoning på patienternas sociala situation. I utvärderingen framkommer att patienterna inte sällan har behov av kontakt med en kurator något som Äldreteamet inte kan tillgodose.

Äldreteamets biståndshandläggare var uppskattad. Att ha henne med i arbetet innebar att förändringar i patienternas behov av hemtjänst snabbt kunde tillgodoses. En möjlighet vore att utöka biståndshandläggarens uppgifter att även omfatta psykosocialt stöd och kurativa insatser. En sådan funktion skulle göra teamet ännu mer komplett och innebära en möjlighet för patienterna att få ytterligare stöd i en ofta svår situation.

### **Äldreteamets storlek påverkar både kvaliteten om ekonomin**

Antalet patienter i Äldreteamet är nu begränsat till 30. I utvärderingen framkommer flera synpunkter som pekar på att det begränsade antalet patienter på flera sätt försvårar Äldreteamets arbete. Istället framkom att det finns flera fördelar både ekonomiskt och ur ett verksamhetsperspektiv att antalet patienter inte är alltför litet. Personalgruppen ansåg att omkring 60 patienter skulle vara ett lämpligt antal. Argumentet var att det krävs så många patienter för att motivera att Äldreteamet alltid kan vara bemannat med två sjuksköterskor. Det medför i sin tur att Äldreteamet har

- större flexibilitet
- bättre kapacitet att snabbt komma till en patient som larmar
- högre kompetens när två sjuksköterskor kan samarbeta och konsultera varandra

Den lägre bemanningen kvällstid med en sjuksköterska och en undersköterska försvårar för Äldreteamet att snabbt och flexibelt komma till patienterna på oplanerade/akuta besök. Det kan få/får till följd att patienter får vänta längre, vilket i sin tur kan riskera att den trygghet som de känner för Äldreteamet blir rubbad. Färre medarbetare minskar också den tillgängliga kompetensen.

Andra följder av den lägre bemanningen kan vara att läkaren blir mer tveksam till om patienter kan vårdas i hemmet eller ej och blir mer benägen att tacka nej till remisser, att använda sviktplatserna eller att remittera till slutenvården. Frågan är också om det nu är möjligt för jouren nattetid att ge Äldreteamets patienter samma trygga vård som tidigare. Att patienterna får akuta andningsproblem är inte ovanligt. Restiderna mellan de östligaste delarna av Värmdö och



Huddinges sydvästra delar är avsevärda och nattjouren har vid några tillfällen inte kunnat komma när patienter har ringt.

Fler patienter ger också en lägre kostnad per patient. Att antalet patienter inte är för lågt är också viktigt för att utnyttja sviktplatserna effektivt. Det behöver vara två platser för att ha god tillgång till platserna, men möjligheterna att belägga dem fullt ut minskar med ett mindre antal patienter.

### **Samverkan gav kreativa lösningar**

Grunden för Äldreteamet är den goda samverkan som funnits mellan landstinget och Huddinge kommun.

I Äldreteamets ursprungliga organisation fanns flera lösningar som gav samarbets- och samordningsvinster både för kommunen och för landstinget genom att befintliga resurser fick ett utökat och förändrat användningsområde. Bland andra ASIH:s nattpatrull som också fick ansvar för Äldreteamets patienter,

Stortorps äldrecenter där två sviktplatser inrättades och läkaren i Huddinges äldreboende som också fick ansvar för hemsjukvårdspatienter. Dessa förändringar gjordes inom de befintliga ekonomiska ramarna. Förutom att det är goda exempel på hur befintliga resurser kan användas till närliggande uppgifter innebär det också minskade vårdkostnader i nästa led – för slutenvård, korttidsvård och äldreboende.

Äldreteamet kom också långt, men inte ända fram, i ambitionen att skapa en gemensam organisation för landstingets respektive kommunens personal. Att frågan om hur Äldreteamet skulle ledas inte klargjordes i styrgruppen påverkade troligen till en del hur Äldreteamet utvecklades. Medarbetarnas starka motivation för arbetsuppgifterna gjorde att Äldreteamet, trots den bristande ledningsorganisationen, ändå fungerade väl.

### **Hemtjänsten en viktig del**

Omkring hälften av patienterna får vård både av Äldreteamet och av hemtjänsten. Äldreteamet utför hälso- och sjukvårdsinsatser och hemtjänst ansvarar främst för omvårdnad men också för vissa delegerade hälso- och sjukvårdsuppgifter. Att hemtjänsten fungerar bra är av stor betydelse för att patienternas tillvaro i sin helhet ska vara optimal. Patienternas utsagor om hemtjänsten visar att det finns ett behov av att hemtjänstinsatserna utvecklas för att motsvara Äldreteamets kvalitet. En viktig faktor som patienterna betonade var att hemtjänsten arbetar med god kontinuitet och att ett så litet antal personer som möjligt utför de olika insatserna.

En svårighet när olika enheter har delat ansvar är behovet av samordning som inte alltid tillgodoses med följd att vården inte upplevs vare sig som trygg eller av tillräckligt god kvalitet. Äldreteamet har exempelvis betonat vikten av att patienterna har en god mathållning. Det är avgörande för välbefinnandet och undernäring är en riskfaktor för fall, förvirringstillstånd med mera. I utvär-

deringen framkom att just mathållningen var något som inte alltid fungerade på ett tillfredställande sätt för dem som hade hjälp av hemtjänst. Det riskerar att motverka de andra vård- och omsorgsinsatserna som Äldreteamets patienter får. Här kan individuella planer enligt den nya bestämmelserna i HsL och SoL underlätta för samverkande vårdgivare att koordinera sina insatser.

När teamet startade var tanken att Äldreteamet skulle utföra både medicinska och hemtjänstuppgifter för att patienterna skulle få en enhetlig och likvärdig vård. Utvärderingen visar dock att de medicinska uppgifterna i Äldreteamets arbete dominerar. Frågan är var vårdens fokus ska ligga? Ska den vara medicinsk eller social eller kan hälso- och sjukvården arbeta tillsammans med hemtjänsten?

Det framkommer också att kundval i hemtjänsten försvårade för Äldreteamet att bli den hemtjänstaktör som de planerade. Flera studier pekar på behovet av enheter som erbjuder gruppen de mest sjuka äldre vård och omsorg som kan klara både hemsjukvård och hemtjänst.

## Bytet av vårdgivare

Bytet av vårdgivare ändrar trots de befarade negativa konsekvenserna inte den positiva bilden av vårdformen, men måste kommenteras av andra orsaker. Det val HSN-f gjorde för den sista delen av Äldreteamets projekttid innebar

- att kostnaden per patient blev avsevärt högre
- för låg volym för att möjliggöra en acceptabel bemanning och därmed kunna ge bra vård
- att flera av de synergieffekter som Äldreteamets tidigare organisation innebar gick förlorade.
- att jouten nattetid blev mer sårbar

Erfarenheterna från bytet av vårdgivare har gett viktiga erfarenheter att ta tillvara vid eventuell start av nya äldreteam i länet.

Beslutet att byta vårdgivare och minska antalet patienter förankrades inte i styrgruppen och värdet av Team Äldredoktors utvecklingsarbete och engagemang räknades inte in i kalkylen.

## Hur stort är behovet av Äldreteamet?

Det finns idag ingen säker beräkning av hur många personer i Huddinge som har behov av att få vård och omsorg av ett Äldreteam. En vanlig uppskattning bland de ansvariga var mellan 50 och 60 platser. Sedan maj 2010 har antalet patienter successivt sjunkit. Vid årsskiftet hade teamet 22 patienter. Det nya avtalet innehåller inga prestationskrav och ger inga incitament att fylla platserna. Ersättningen utgår ändå.

### *Äldreteamet okänt och behöver sprida information bättre*

Mycket tyder på att det finns behov av insatser från ett team som detta för betydligt fler patienter än det nuvarande antalet. Intervjuerna med företrädare för vårdcentraler och Huddinge sjukhus som i hög utsträckning remitterar patienter till Äldreteamet visade att alla inte kände till om Äldreteamet fanns kvar och fortfarande tog emot patienter. I flera intervjuer framkom att det var ett tag sedan de sist hade remitterat någon patient till Äldreteamet, samtidigt som de efter en stund kom att tänka på patienter som uppfyllde Äldreteamets kriterier. De hade också exempel på patienter under 65 år som de ansåg hade behov av att få vård av Äldreteamet.

Det finns uppenbarligen ett behov att Äldreteamet utvecklar kontakterna med tänkbara remitteranter och regelbundet sprider information om verksamheten för att göra verksamheten känd både hos andra vårdorganisationer och hos allmänheten.

## **Förändrad vårdkonsumtion och lägre kostnader**

Utvärderingen visade att Äldreteamets patienter minskade sin konsumtion av slutenvård. Det är en utveckling i linje med landstingets uttalade ambition att länets hälso- och sjukvård ska bedrivas på lägsta möjliga nivå enligt ”Leonprincipen”. Enligt den är vård på lägsta möjliga nivå bäst både för patienter och för ekonomin. De redovisade beräkningarna visar att Äldreteamet är kostnadsneutralt eller ger en besparing både för Huddinge kommun och för Stockholms läns landsting.

Patienternas lägre slutenvårdskonsumtion innebär minskade kostnader för landstinget. Besparingarna täcker en del av landstingets kostnader för Äldreteamet. Vår bedömning är att tillsammans med minskade kostnader för besök på akutmottagningen och basal hemsjukvård motsvarar besparingarna mer än väl driftskostnaden för Äldreteamet. Om man till det lägger patienternas livskvalitet i form av ökad trygghet torde Äldreteamets kostnadseffektivitet framstå ännu tydligare.

Ett problem både inom kommunen och inom landstinget är att kunna ”räkna hem besparingar” liknande de som här redovisas för Äldreteamet. Inom landstinget märks inte det minskade antalet vård dagar i form av tomma sängar på geriatriken eller att det är tomt på akutmottagningen. För det krävs att Äldreteam införs i mer än en kommun.

Företrädare för Huddinge kommun ansåg att Äldreteamet bidrar till att begränsa kommunens kostnader för omsorgen om gruppen de mest sjuka äldre. Eftersom behovet av äldreomsorg ökar i kommunen går det inte med siffror säkert att visa ett sådant samband. Några av de siffror som redovisas, framförallt de minskade kostnaderna för färdigbehandlade på sjukhus och kostnadsutvecklingen för korttidsvård, stöder dock den hypotesen. En annan hypotes är att med vård från Äldreteamet kan inflyttning till äldreboende fördröjas.

## Hur kan vården för de mest sjuka äldre utvecklas?

När utvärderingen inleddes skulle Äldreteamet upphöra årsskiftet 2010/2011. De intervjuade patienterna, deras anhöriga och personalen ställde sig frågan hur patienterna skulle få sin vård och omsorg därefter. En vanlig uppskattning var att ungefär hälften av patienterna skulle ha svårt att bo kvar hemma. Äldreteamet har nu fått ett år till (2011) och det råder åter osäkerhet om verksamheten ska få vara kvar eller inte. Samma förhållanden gäller för de flesta Äldreteamen i Stockholms län.

### Fördelar med hemsjukvård

Frågan om Äldreteam väcker flera principiella frågor. En är hur hemsjukvården för de mest sjuka i länet ska organiseras. Majoriteten av dem har inte tillgång till avancerad hemsjukvård dygnet runt som Äldreteamet i Huddinge erbjuder. Flera rapporter visar att den basala hemsjukvården som den organiseras idag inom husläkarmottagningarna inte alltid ger patienterna i denna grupp den vård och omsorg de behöver. Läkarbesöken i hemmet är ovanliga och tillgängligheten över dygnet otillräcklig. Ansvaret för vården är ofta uppdelad på flera vårdgivare och olika vårdgivare har ansvaret kvällar, nätter och helger. Inte heller slutenvårdens organisation passar gruppen de mest sjuka äldre. Både på grund av patientgruppens komplexa sjukdomsbild och på grund av att de på olika sätt är sköra, riskerar att fara illa i sjukhusmiljön.

Inställningen till om det ska finnas äldreteam inom Stockholms läns landsting är avvaktande. Flera Äldreteam kommer att upphöra vid årsskiftet 2011/2012. Äldreteamet i Huddinge och även andra äldreteam, framstår som ett genomtänkt sätt att organisera vård för gruppen de mest sjuka äldre. Att inte behålla de äldreteam som finns riskerar att medföra en klar försämring för de berörda patienterna och deras anhöriga. Det innebär också att en intressant utveckling stoppas. Innan några sådana beslut fattas är det därför angeläget att mer ingående studera de Äldreteam som finns, både vad gäller verksamhet och ekonomi.

# REFERENSER

- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm, Natur och Kultur
- Gurner, U. (2007). *Äldrevårdscentralen i Hökarängen*, Stockholm, Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2007:05
- Gurner, U. et al (2010). *Äldreteam vision och verklighet*. Stockholm, Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie, 2010:7
- Hagman, L. (2007). *Äldrevårdscentralen i Solna*. Intervjuer med personal och samverkanspartners. Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2007:15
- Hjalmarson, I. (2003). *Äldreteam - en ny vårdform för äldre multisjuka*. Stockholm. Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2003:3
- Hjalmarson, I. & Norman, E. (2004). *Samverkan, enkelt i teorin – svårare att praktisera*. Stockholm, Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2005:3
- Hjalmarson, I. (2009). *Goda relationer grunden för samverkan i Älvsjö*. Stockholm, Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2009:11
- Hälso- och Sjukvårdslagen (SFS 1982:763)
- Lagen om betalningsansvar (SFS 1990:1404)
- 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
- Medin, S. (2010) *The medical treatment of patients with home care by district nurses from the family physician's perspective*. Akademisk avhandling Karolinska institutet Stockholm
- Nilsson, T (2008). *Erfarenhetsåterföring avseende fyra Äldreteam inom Stockholms läns landsting*. Stockholm, Stockholms läns landsting
- 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
- Socialstyrelsen (2009b) *Hälso- och sjukvårdsrapport 2009*, Socialstyrelsen
- SOFS 1998:14 Delegeringsföreskrifter

Sonde, L. (2008) *Hässelgårdens äldrecentral*. Stiftelsen Stockholm. Äldrecentrums rapportserie 2008:5

Stockholms läns landsting (2008) *Basal hemsjukvård för äldre personer med långvariga vårdbehov – hur kan vården förbättras?* Fokusrapport Stockholms läns landsting, Stockholm

Weurlander, I (2004) *Äldreteam i Nynäshamn en beskrivning*. Stockholm. Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2004:8

Weurlander, I. (2007) *Trygghet och omsorg. Äldreteam i Nynäs vård*. Stockholm. Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2007:13

### *Övriga referenser*

Regelbok för husläkarverksamhet Stockholms läns landsting 2009

# BILAGA 1.

## *Intervju med projektmedarbetare ang. Äldreteamet i Huddinge*

1. Vem/vilka intervjuas
2. Vilka arbetsuppgifter/ansvarsområde har ni?
3. Hur kom ni i kontakt med projektet?
4. Deltog ni i förberedelserna av projektet?
5. Hur ser ni på tankarna bakom projektet?
6. Beskriv hur ni hade kontakt med kommunens/sll-personal före projektet startade?
7. Vilka pensionärer/patienter kan vara patient i Äldreteamet med avseende på  
Funktionsförmåga  
Hälsa  
Vård och omsorgsbehovet  
Annat
8. Vilka pensionärer/patienter kan inte vara med, med avseende på  
Funktionsförmåga  
Hälsa  
Vård och omsorgsbehovet  
Annat
9. Hur arbetar ni med patienterna/ de äldre som ingår i projektet inom din egen yrkesgrupp, planering/ samverkan tillsammans med övriga yrkesgrupper
10. Vilka kontakter har ni med anhöriga?
11. Involverar ni dem i arbetet och i så fall hur?
12. Vilka vård- och omsorgsinsatser kan ni ge patienterna/ de äldre som ingår i projektet?
13. Vilka vård- och omsorgsinsatser kan ni inte ge patienterna/ de äldre som ingår i projektet?
14. I vilka situationer (vad har orsakat inläggningen) använder ni sviktplatserna?
15. Vilka erfarenheter har ni av sviktplatserna? Vad är bra/ vad är mindre bra?
16. I vilka situationer får patienterna/ de äldre som ingår i projektet åka till akutsjukvården?
17. Hur arbetar ni med palliativ vård?

18. Vad anser ni att samarbetet/projektet har fört med sig?
  - för de berörda äldre
  - för dina kontakter med kollegor
  - fördelar
  - nackdelar
  - Ge gärna några konkreta exempel
19. Hur upplever patienterna/ omsorgstagarna vården och omsorgen?
  - Kontinuitet
  - Kvalitet
  - Läkarmedverkan
  - Samordning/Koordination
20. Hur upplever anhöriga vården och omsorgen?
  - Kontinuitet
  - Kvalitet
  - Läkarmedverkan
  - Samordning/Koordination
21. Deltar de äldre/patienterna och anhöriga i planeringen av vård- och omsorgsinsatsrena?
22. Hur är det att arbeta i Äldreteamet?
23. Vad anser ni om fördelningen av arbetsuppgifter mellan hemtjänsten och hemsjukvården?
24. Ledarskapet, hur har det fungerat
25. Om ni fick bestämma hur skulle projektet/samverkan utformas?
  - För att vården och omsorgen skulle bli bättre
  - För att vården och omsorgen skulle kosta mindre att utföra?
  - Något annat
26. Hur ser ni på bytet av läkarvårdgivare?
  - Fördelar/ nackdelar
27. Något övrigt



## BILAGA 2.

### *Intervjuguide för Äldreteamets patienter*

1. Vem/vilka intervjuas

-familjeförhållande

-ålder

-bostad

2. Vad är det som gör att du behöver hjälp?

3. Hur fick du kontakt med Äldreteamet?

4. Vilken hjälp får du

a) från Äldreteamet

b) från hemtjänsten

c) anhöriga

d) annan

5. Har du varit på Äldreteamets platser på Stortorps äldrecenter

6. Har du varit på sjukhus sedan du blev inskriven i Äldreteamet? I så fall varför

7. Har du några andra insatser från äldreomsorgen eller landstinget

8. Hur fick du din vård och omsorg tidigare?

9. Anser du att de insatser du har är tillräckliga?

10. Är det några insatser du saknar?

11. Vilka vårdkontakter har du?

a). Vem är din sjuksköterska?

b. Vem är din kontaktperson inom (den ordinarie) hemtjänsten?

c.) Vem är din biståndshandläggare?

d) Hur har du kontakt med honom eller henne?

12. Hur upplever du vården och omsorgen?

a) Kontinuitet

b) Kvalitet

c) Samordning/Koordination

d) Läkarmedverkan

13. Hur upplever anhöriga vården och omsorgen?
- a) Kontinuitet
  - b) Kvalitet
  - c) Samordning/Koordination
  - d) Läkarmedverkan
14. Känner du dig trygg
- a) Med vård och omsorgsinsatserna
  - b) I boendet
  - c) Annat
15. Ge exempel på när du anser att vården och omsorgen fungerar
16. Ge exempel när du anser att vården och omsorgen inte fungerar
17. Hur anser du att vården och omsorgen kan förbättras och utvecklas?
18. Något du vill tillägga

# BILAGA 3.

Till

Stiftelsen Äldrecentrum i Stockholms län<sup>13</sup> utvärderar, på uppdrag av Hälso- och sjukvårdsnämndens förvaltning i Stockholms läns landsting, Äldreteamet i Huddinge.

Syftet med utvärderingen är att ge en utökad kunskap om bra former för att ge en samlad vård och omsorg i hemmet för äldre personer med omfattande och sammansatta vård- och omsorgsbehov.

Syftet är också att belysa Äldreteamets roll i vårdkedjan samt hur patienter och anhöriga har upplevt vården och omsorgen.

Genom kontakter med Äldreteamets sjuksköterskor och samordnare har vi fått veta att Du har gett samtycke till att delta i utvärderingen. Under de närmaste veckorna kommer undertecknad utredare att kontakta Dig för att boka tid för en intervju. Intervjun beräknas ta ca en timme.

De uppgifter som vi samlar in kommer att behandlas med sekretess och vi som gör denna utvärdering har tystnadsplikt. Resultaten kommer att redovisas så att det inte är möjligt att identifiera dem som har deltagit i undersökningen. Har du några frågor är Du välkommen att vända dig till undertecknad.

Vänliga hälsningar

Ingrid Hjalmarsen, projektledare och utredare  
telefon 690 58 13, [ingrid.hjalmarsen@aldrecentrum.se](mailto:ingrid.hjalmarsen@aldrecentrum.se)

---

<sup>13</sup> Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är en oberoende stiftelse för forskning och utvecklingsarbete inom äldreområdet. Stiftelsens huvudmän är Stockholms stad och Stockholms läns landsting. [www.aldrecentrum.se](http://www.aldrecentrum.se)

## BILAGA 4.

Tabell 22. Antal besök på akutmottagning 12 månader före inskrivningen respektive efter i Äldreteamet.

Antal besök/ Patient	Antal patienter före	Antalet patienter efter	Antalet akutbesök före	Antalet akutbesök efter
0	23	58		
1	21	25	21	25
2	26	18	52	36
3	19	9	57	27
4	13	7	52	28
5	6	1	30	5
6	3	4	18	24
7	5	2	35	14
8	6		48	
9	2		18	
10	1		10	
11	0		0	
12	1		12	
13	1	2	13	26
16				16
17	1		17	
18		1		18
21	1	1	21	21
<b>Summa</b>	<b>129</b>	<b>71</b>	<b>407</b>	<b>240</b>

Tabell 23 Antal akuta slutenvårdsvistelser 12 månader före inskrivningen i Äldreteamet respektive efter.

Antal slutenvårdsvistelser före	Antal patienter före	Antal patienter efter	Antal slutenvårdstillfällen Före	Antal slutenvårdstillfällen Efter
0	26	63		
1	27	22	27	22
2	19	19	38	38
3	18	9	54	27
4	12	7	48	28
5	7	3	35	15
6	4	1	24	6
7	3	2	21	14
8	5	1	40	8
9	1	1	9	9
10	5		50	
11	1		11	
12			0	
13			0	
14	1		14	
18		1		18
	103	66	371	185

Tabell 24 Antal planerade slutenvårdstillfällen 12 månader före inskrivningen respektive efter inskrivningen i Äldreteamet.

Antal slutenvårdstillfällen/person	Antal personer före	Antal Personer efter	Antal Tillfällen Före	Antal Tillfällen Efter
0	77	102		
1	38	18	38	18
2	6	3	12	6
3	4	3	12	9
4	2	2	8	8
5	2		10	
6		1		6
	52	27	80	47

Olika försök har gjorts för att kunna uppnå målet, en trygg och sammanhållen vård och omsorg för gruppen de mest sjuka äldre. Samverkansavtal, former för gemensam vårdplanering och olika modeller att organisera vården och omsorgen har prövats. Oavsett om dessa försök varit lyckosamma eller ej har de vanligen avvecklats.

I Huddinge har de båda huvudmännen, Huddinge kommun och Stockholms läns landsting, varit mer uthålliga, och driver gemensamt sedan 2007 Huddinge äldreteam. Under 2010 fick Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum uppdraget att utvärdera teamet.

Huddinge äldreteam är ett gott exempel på en verksamhet som involverar olika professioner, som har de resurser som behövs för att vara tillgängliga för den äldre i hennes hem och den kompetens som krävs. Det ger den äldre tilltro och trygghet. Kostnaden för teamet är högre än om vården getts av husläkarmottagningen, men när andra kostnader vägs in, exempelvis för slutenvårdsvistelser, så framstår teamet som klart kostnadseffektivt.

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum är ett forsknings-och utvecklingscentrum. Uppdraget är att bidra med kunskap om äldre personers hälsa, vård och omsorg