



STOCKHOLMS LÄNS LANDSTINGS ÄLDREMOTTAGNINGAR

Lars Sonde
Jenny Österman
Lennarth Johansson

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2018:4

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	2
METOD.....	4
RESULTAT.....	6
<i>VAL-data.....</i>	<i>6</i>
<i>Äldremottagningar.....</i>	<i>6</i>
<i>Intervjusvar.....</i>	<i>7</i>
KONKLUSION.....	16
<i>Framtiden</i>	<i>16</i>

SAMMANFATTNING

Sedan årsskiftet 2016-2017 har länets husläkarmottagningar (HLM) haft möjlighet att starta så kallade Äldremottagningar för personer 75 år eller äldre. Syftet är att skapa tillgänglighet, trygghet och kontinuitet för gruppen. Kriterierna för en Äldremottagning är att det ska finnas ett direktnummer utan knappval, att den äldre personen ska kunna få en fast vårdkontakt vid behov samt erbjudas besök, eller annan kontakt samma dag eller dagen efter. Äldremottagningen ska vidare ha tillgång till läkare med geriatrisk kompetens alternativt specialist i allmänmedicin.

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms län (HSF) har Äldrecentrum genomfört en utvärdering av länets Äldremottagningar med fokus på hur de är organiserade och hur de möter upp HSF:s krav på tillgänglighet, trygghet och kontinuitet.

I utvärderingen användes dels data från landstingets VAL-databas för att beskriva den patientgrupp 75+ som är listade på de HLM som också har Äldremottagning, dels gjordes intervjuer med ansvariga på 15 HLM med äldremottagningar. Ett strategiskt urval gjordes för att täcka in Äldremottagningar från geografiskt skilda områden, utifrån storlek (antal listade patienter) och ägarform (SLSO:s – Stockholms läns sjukvårdsområdes – egna, privata HLM som tillhörde koncerner samt övriga privata HLM).

Totalt hade 177 av länets 209 HLM också en Äldremottagning i slutet av 2017. Inom SLSO hade alla enheter utom en, en Äldremottagning. Nästan nio av tio HLM (86 %) inom de privata vårdgivarna hade Äldremottagningar och sju av tio (72 %) av övriga privata HLM.

I intervjuerna framkom en ganska samstämmig bild av hur husläkarmottagningarna organiserat sina Äldremottagningar. Den gemensamma nämnaren är den knappvals fria telefonen som ger patienterna möjlighet till direktkontakt. De intervjuade tyckte att tillgängligheten för de äldre både underlättas och ökar genom Äldremottagningarnas verksamhet. Samtidigt konstateras att de förhållandevis få som kontakter Äldremottagningen gör det av skiftande skäl. Samtalen kan handla om allt från akuta vårdinsatser, hjälpmedelsförfrågningar till anhörigas oro.

De intervjuade är i stort överens om att Äldremottagningarnas syfte nås. Telefonen gör att tillgänglighetskravet uppfylls. Tryggheten blir sedan en konsekvens av tillgängligheten och kontinuiteten. I intervjuerna återges beskrivningar av stabila personalgrupper med stor patientkännedom. Men också om enheter i områden med sämre socioekonomiska förhållanden som har svårt att behålla och rekrytera personal, vilket framför allt påverkar kontinuiteten.

Rapporten avslutas med en konklusion beträffande Äldremottagningarnas framtid. Tre tänkbara scenarier skissas där det första handlar om att fortsätta på samma sätt som idag med möjligheter till utveckling inom befintligt ersättningssystem. Det andra förslaget är att förändra Äldremottagningarna till egna enheter med egen personal och egna lokaler för att koncentrera kompetensen. Det tredje scenariot handlar om att integrera Äldremottagningen i hemsjukvårdens organisation. I ett utökat uppdrag för husläkarmottagningarna och hemsjukvården finns möjligheten att utveckla befolkningsansvaret och bland annat införa uppsökande besök i hemmet.

BAKGRUND

I Stockholms län har olika försök gjorts för att utveckla primärvårdens arbete med att möta upp äldres behov av hälso- och sjukvård. Några exempel: 2004 startade Hökarängens närvårdcentral. Två år senare öppnade Solna äldrevårdcentral och året därpå (2007) Hässelgårdens äldrecentral i Hässelby. Den senare var en vårdcentral för äldre (65+) och placerad i ett friskvårdscentrum med apotek, frisör, bibliotek, restaurang och ett vård- och omsorgsboende. Alla tre verksamheterna riktades enbart till äldre och har utvärderats av Äldrecentrum¹.

Ovanstående initiativ upplevdes som bra och trygghetsskapande men verksamheterna upphörde efter hand, delvis av ekonomiska skäl, men också av andra orsaker. Maj Rom, läkare och tidigare projektchef för Bättre liv för sjuka äldre vid Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), sa i en intervju i tidningen *Senioren*:

”I Hökarängen gjorde man misstaget att öppna i omoderna lokaler som låg vid sidan om ordinarie vårdcentraler. Så vill äldre knappast ha det. Äldre vill förstås också vara säkra på att ha tillgång till minst lika god vård och omsorg som alla andra. ... Det gick inte att beställa och hitta finansieringsform för denna vård. Det skiljer 30 år mellan en 35-åring och en 65-åring och det skiljer lika många år mellan en 65-åring och en 95-åring. Många 65-plussare är friska och ska nog vara kvar i samma system som yngre. De multisjuka däremot behöver mer kontinuitet och helhetslösningar och då blir äldre-vårdsmottagningar som de i Skåne mycket intressanta.”

Region Skåne har idag ett 90-tal vårdcentraler med äldremottagningar. De finns både inom privat och offentlig regi. Skåne var först med en strukturerad ersättning till vårdcentraler som ville starta äldremottagningar. Region Skånes vårdcentraler ges stimulanspengar i form av en struktur-ersättning på 240 000 kronor om året för att satsa på omhändertagandet av äldre patienter. Pengarna ska täcka vårdcentralernas merkostnader för exempelvis annonsering och det extra väntrum som krävs för att få öppna en äldremottagning. I kriterierna ingår också att det ska finnas: direktnummer till specialistutbildad äldresjuksköterska, möjlighet till hembesök, möjlighet att vara med på samordnad vårdplanering med kommunerna samt läkemedelsgenomgångar. Till skillnad från i Stockholms län drivs hemsjukvården i Skåne i kommunal regi.

I stadsdelen Västra Göteborg driver Västerläkarna sedan 2012 en specialiserad äldrevårdcentral för personer över 70 år. Äldrevårdcentralen är en del av den vanliga vårdcentralen, men fungerar som en egen enhet. Lokalerna har egen ingång i markplan, anpassade för permobiler och rullatorer. Tre läkare, tre äldresjuksköterskor, två undersköterskor och en medicinsk sekreterare arbetar på enheten. Där finns två laboratorier, tillgång till medicinsk fotvård och specialistkompetens inom diabetes och demens. Enligt vårdcentralens egen beskrivning utgör de listade ”70-plussarna” 14 procent av det totala antalet listade, men svarar samtidigt för 40 procent av vårdbesöken. Ekonomiskt går verksamheten ihop. Ersättningssystemet i regionen baseras på hur många personer som är listade på en vårdcentral samt ålder. Äldre ersätts med ett högre belopp.

När sjuksköterskorna inte tar emot patienter på mottagningen arbetar de med rådgivning och tidsbokning, håller kontakt med sjukhus, hemsjukvård och hemtjänst, hjälper till med recept och gör hembesök. De beskriver själva arbetet som att ”det är högt och lågt”. – ”Vi sköterskor fungerar verkligen som spindlar i vårdnätet”. Patienterna ges mer tid. En timme vid första besöket och trekvart vid de flesta återbesök.

¹ **Hökarängens Närvårdcentral** Gurner U, Hagman L, Berger A-K, Fastbom J, Hjulström S, Shah-Shahid Z. Rapporter Äldrecentrum 2007. **Äldrevårdscentralen i Solna**. Lisbeth Hagman. Rapporter Äldrecentrum 2007. **Hässelgårdens Äldrecentral**. Sonde L. Rapporter 2008.

Trots att verksamheten går med vinst och är uppskattad av patienter och anställda så har konceptet inte spridits bland de runt 200 vårdcentralerna i Västra Götalandsregionen. I dagsläget finns bara en liknande verksamhet utöver Wästerlärarna.

Stockholms län

Sedan årsskiftet 2016–2017 har Stockholms läns husläkarmottagningar (HLM) med husläkaravtal (vårdcentraler och husläkarmottagningar) haft möjlighet att ansöka om att öppna en mottagning för äldre patienter. Syftet med Äldremottagningarna är enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) att skapa trygghet, tillgänglighet och kontinuitet för äldre personer. Målet är att öka tillgängligheten och kontinuiteten för patienter som är 75 år och äldre.

Målsättningen är att alla vårdcentraler på sikt ska ha specialistkompetens för äldre. Enligt HSF har 177 av länets 209 HLM² (85 %) ansökt om och startat Äldremottagningar fram till och med 2017. Ersättningen till HLM för att driva en Äldremottagning är 11 kr per listad patient. En HLM men 10 000 listade patienter ersätts alltså med 110 000 kr/år. Ersättningen betalas ut i april året därpå. Ersättningsystemet i sin helhet redovisas i HSF:s Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2017.

För att bli en godkänd Äldremottagning ska vissa kriterier uppfyllas enligt HSF. En patient ska kunna ringa Äldremottagningen direkt, utan knappvalskrav, kunna få fast vårdkontakt om behov finns, samt erbjudas besök, eller annan kontakt samma dag eller dagen efter.

I kriterierna ingår också att brevutskick ska göras till målgruppen med beskrivning av äldremottagningens arbetssätt. Informationen ska innehålla uppgifter om fast vårdkontakt, snabb tid till besök, längre tider vid besök, läkemedelsgenomgångar och vårdplaneringar m.m. Krav finns också på att det finns en medicinsk ansvarig specialist i allmänmedicin eller geriatrik på Äldremottagningen.

Husläkarmottagningarna kan välja att organisera sina Äldremottagningar på olika sätt. Den första Äldremottagningen i länet öppnade vid Torsviks vårdcentral på Lidingö. Där får listade personer över 75 år hjälp med läkemedelsgenomgångar, demensutredningar, hjälp vid inkontinens eller samtal om levnadsvanor. En av distriktssköterskorna ansvarar för mottagningen, som är en integrerad del i vårdcentralen. Husläkarmottagningen på Sophiahemmet har valt en annan organisation och har en egen mottagning speciellt för personer 75 år eller äldre. På mottagningen arbetar en läkare som är specialist i geriatrik och en distriktssköterska.

Äldrecentrums uppdrag

Trots att de ovan beskrivna verksamheterna i Skåne, Göteborg och i Stockholms län pågått en längre tid, saknas både systematiska uppföljningar och utvärderingar. Hösten 2017 gav HSF Äldrecentrum i uppdrag att beskriva hur Äldremottagningarna i Stockholms län är organiserade för att möta de krav som sattes upp på tillgänglighet, trygghet och kontinuitet. Äldrecentrums uppdrag skulle utmynna i ett stöd för HSF för fortsatt utveckling av länets Äldremottagningar.

² Exklusive Norrtälje

METOD

Initialt togs, i samtal mellan Äldrecentrum och HSF, ett antal frågeställningar fram:

- Hur är Äldremottagningarna organiserade med avseende på: bemanning, kompetens, tillgänglighet, öppettider, väntetider, telefonkontakt, möjlighet till fast vårdkontakt och läkemedelsgenomgångar?
- Hur rekryteras patienterna till Äldremottagningen och vilka rutiner finns för uppföljning av patienterna?
- Hur möter dagens ersättningssystem kraven i Äldremottagningarnas uppdrag?
- Hur ser besöksfrekvenserna ut till akutmottagning i Äldremottagningarnas upptagningsområden?
- Vilka framgångsfaktorer respektive utvecklingsmöjligheter finns för Äldremottagningarna?
- Hur tillgodoser Äldremottagningarna behovet av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet?

För att besvara frågeställningarna analyserades dels registerdata från hälso- och sjukvårdsförvaltningens VAL-databas, dels svar från intervjuer med representanter för ett antal Äldremottagningar i länet.

Registerdata (VAL)

Registerkörningarna från VAL-databasen gjordes av personal på HSF. Idag finns ingen specifik registrering (flaggning) av äldre som kontaktar HLM:s Äldremottagningar. De variabler som användes i analyserna gäller samtliga patienter 75 år och äldre samt de (75+) som var inskrivna i hemsjukvården. Följande variabler användes:

- Totalt antal listade personer på respektive VC
- Antal listade personer 75+ på respektive VC
- Andel 75+ av det totala antalet listade på respektive VC
- Antal och andel patienter 75+ inskrivna i basal hemsjukvård
- Ägarform (SLSO, koncerner, övriga privata eller personalägda)
- Antal genomförda fördjupade läkemedelsuppföljningar för patienter 75+
- Antal besök på akutmottagning under 2017 för listade personer (75+) på respektive VC

Intervjuer

Ett strategiskt urval gjordes för att täcka in Äldremottagningar från dels geografiskt skilda områden, dels utifrån storlek (antal listade) och ägarform.

Sammanlagt intervjuades personer från 15 vårdcentraler med Äldremottagningar i länet under perioden april-maj 2018. Intervjuerna genomfördes vid personliga möten i tre fall och som telefonintervjuer vid tolv tillfällen. En intervjuguide användes med följande frågor:

- Hur ser Äldremottagningens verksamhet ut idag?
- Varför valde ni att ansöka om att få bli Äldremottagning?
- Har ni separata organisationer för hemsjukvård respektive Äldremottagning?

- Erbjuder ni fast vårdkontakt, hur ser den ut?
- Vilken kategori av patienter kontaktar Äldremottagningen?
- Hur tycker ni att ni tillgodoser behovet av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet?
- Är HSF:s krav på Äldremottagningen rimliga eller för låga?
- Möjliggör dagens ersättning de organisationsförändringar som behövs?
- Vilka är framgångsfaktorererna för en välfungerande Äldremottagning?
- Hur kan arbetet på Äldremottagningen utvecklas?

Anteckningarna från intervjuerna grupperades och analyserades utifrån frågeställningarna. Belysande citat plockades ut för att markera de uppfattningar som kom fram.

RESULTAT

VAL-data

Under 2017 var drygt två miljoner personer (2 028 449) listade på länets HLM. Av dessa var 132 942 personer 75 år eller äldre (6,7 %). I gruppen 75+ var 12 578 personer även inskrivna i hemsjukvården, vilket var nästan var tionde patient (9,5 %).

Av länets 209 HLM var 67 enheter (32 %) i SLSO:s regi, 63 enheter (30 %) var privata HLM som tillhörde koncerner samt 79 (38 %) övriga privata HLM.

Personer i gruppen 75+ gjorde i genomsnitt 4,2 besök per år hos sin läkare på HLM men mindre än ett besök (0,7 %) i genomsnitt på sjukhusens akutmottagningar³ (Tabell 1.)

Tabell 1. Beskrivande data gällande länets 209 husläkarmottagningar (HLM) 2017. Antal listade personer totalt och 75+, antal hemsjukvårdspatienter totalt och 75+, samt HLM-patienternas läkarbesök och akutmottagningsbesök.

209 HLM	Totalt antal listade	varav 75+	Andel 75+	Antal hemsjukvårdspatienter 75+	Läkarbesök på HLM	Besök per år	Besök på akutmottagning av HLM-patienter 75+	Antal besök av HLM-patienter
Länet	2 028 449	132 942	6,7	12 578	555 999	4,2	98 052	0,7
Genomsnitt				55 per enhet			469 per enhet	

Äldremottagningar

Totalt hade 177 av de 209 HLM också en Äldremottagning 2017. Inom SLSO hade alla HLM en Äldremottagning utom en. Motsvarande antal för HLM som tillhörde privata koncerner var 54 av 63, samt 57 av 79 övriga privata HLM.

I tabell 2 (sist i rapporten) redovisas VAL-data för de mottagningar med Äldremottagning som ingick i studien. Fyra av dem var SLSO-enheter i Rinkeby, Sigtuna, Salem och Nacka. Av de större privata koncernerna var Praktikertjänst, Capio, Aleris och Legevisitten representerade i respektive Väsby, Vällingby, Södertälje, Österåker, Blackeberg, Hagsätra, och Järna. Övriga privata och personalägda enheter var Fridhemsplans VC, Helsa AB i Älta, Sjöstad doktorn i Hammarby sjöstad och Attundahälsan i Sollentuna.

Antalet listade patienter på enheterna varierade mellan drygt 6 000 personer på den minsta till knappt 26 000 personer vid den största. Andelen äldre (75+) på respektive enhet varierade mellan tre och tio procent och antal personer mellan 200 och 643.

Alla intervjuade enheter hade även hemsjukvårdspatienter. Minst andel hemsjukvårdspatienter i gruppen 75+ fanns i Österåker (5 %). Störst andel hade den undersökta vårdcentralen i Älta (30 %).

Patienterna (75+) vid de undersökta HLM gjorde i genomsnitt mellan tre och nio besök hos läkare under året. Älta VC hade flest och Boo VC minst.

I VAL-data går det att ta fram antal och genomsnittligt antal besök av patienter till sjukhusens akutmottagningar relaterat till vilken HLM patienten är skriven. I genomsnitt gjorde vård-

³ Äldrecentrum har i rapporten; Äldres resa till, genom och ut från sjukhus i Stockholms län (rapport 2018:1) redovisat att gruppen 80+ i genomsnitt besökte akutmottagningen 0,8 ggr/år. Undersökningsår 2015.

centralens patienter 75+ som lägst 0,5 besök och som mest 1,7 besök på akutmottagningen under 2017 (Sigtuna läkarhus och Boo VC respektive Älta VC).

Intervjusvar

Totalt intervjuades 16 personer från 15 enheter. Fem av dem var vårdcentralens chef och övriga var ansvarig sjuksköterska för enhetens Äldremottagning. Nedan redovisas korta sammanfattningar av de intervjuades svar samt belysande citat under respektive frågeställning.

Äldremottagningens verksamhet

I intervjuerna framkommer en ganska samstämmig bild av hur Äldremottagningarna har organiserats trots att både andelen äldre och befolkningssammansättningen skiljer sig åt mellan de undersökta enheterna.

Äldremottagningen är en integrerad del av vårdcentralen, d.v.s. mottagningen har inga egna lokaler eller egen ingång. Den personal (ofta sjuksköterska) som svarar i telefonen delas ibland, men inte alltid, med hemsjukvården. Alla Äldremottagningar har eget direktnummer dit patienterna kan ringa utan knappval. Under dagen är telefonen bemannad under en begränsad tid, vanligtvis 1–2 timmar. Övrig tid kan patienten tala in ett meddelande som lyssnas av under dagen och sjuksköterskan ringer tillbaka. Direktnumret används, men i en ganska liten omfattning. En sjuksköterska (i något fall flera) är ansvarig för Äldremottagningen och är den som oftast svarar i telefonen.

Hemsjukvårdens sjuksköterskor och undersköterskor kan ingå som en resurs för Äldremottagningen. Det kan handla om att svara i telefonen, ta emot besök eller genomföra hembesök vid behov. I några av intervjuerna sägs även hemsjukvårdens läkare bli involverade vid behov. Några citat:

”Det är ju inte någon drop in-mottagning. Det är en telefontid varje dag mellan 13–14. Oftast är det en hemsjukvårdssköterska som svarar men det kan också vara distriktssköterska eller sjuksköterska. I enstaka fall även undersköterska. Det är inte en speciell sjuksköterska som har tiderna, utan ringer det och någon vill ha t.ex. läkemedelsgenombesök så bokar vi in personen till någon distriktssköterska eller hemsjukvårdssköterskan. Hon har ju hand om alla hemma som är äldre. Det är en ganska liten mottagning så vi måste hjälpas åt allihop. Just nu är det läkarbrist men vi har några distriktsläkare som är fasta och de jobbar med våra hemsjukvårdspatienter. Så de får ta hand om ärendet om det är något speciellt med den här gruppen.”

”Vi har en sjuksköterska som är geriatriksjuksköterska som ansvarar för äldremottagningen, tillsammans med andra sköterskor och distriktssköterskor, men det är hon som har huvudansvaret. Här i (stadsdelen) har vi ju väldigt många äldre, äldre äldre dessutom. Det är ett tungt klientel, välvårdade såklart, vi har en hög kontinuitet bland läkarna. Så de flesta gamla är ”kändisar”. Dörren är ju öppen så det är bara att komma in om det är något. Sedan har vi telefontid med speciellt nummer, en timme om dagen, där geriatriksköterskan svarar. Är det många som ringer hjälps vi åt att svara med det är inte så jättemånga som ringer – allt från 0 till 5 samtal under den här timmen kan vi säga. Övriga tider ringer patienterna som vanligt till vårdcentralen.”

”Så här är det. Vi har inte så många äldre i (stadsdelen). Direktnummer. Vi har telefontider varje dag mellan 13–15 men ringer de utanför tiden så svarar vi i alla fall. Det är en sjuksköterska som svarar. Sedan utgår vi ifrån vad patienten vill. Ibland är det telefonrådgivning, läkemedel ... det är lite olika ... vi har ingen direkt öppen mottagning utan vi bokar in till distriktssköterska eller läkare. Det är kanske 1–3 samtal per dag, ibland inga alls.”

Orsaken till att bli äldremottagning

På frågan om varför man ansökt om att få bli Äldremottagning svarade man att det var av ekonomiska skäl, men att det också fanns andra anledningar. Många pratar om behovet av att öka tillgängligheten för målgruppen. Det kan vara svårt med knappval och patienten hamnar lätt fel. Andra påtalar att patientgruppen är den grupp som man bör satsa på men säger samtidigt att det egentligen inte är någon större skillnad mot tidigare, utan att det är en grupp man haft fokus på.

”För att man får mer pengar. Ersättningssystemet ändras ju hela tiden och för att få del av den ersättningen så får man anpassa sig efter det. En anpassning var att man skulle ha en äldremottagning. Sedan kan jag tycka att det är en bra satsning rent kvalitetsmässigt.”

”Vi tyckte att det var viktigt. De är den gruppen vi ska satsa på, den gruppen passar oss. Vi gjorde det för att vi har en del patienter som vi haft sedan vi startade som gärna kommer. De droppar in här och känner sig hemma. Många är ensamma och behöver bara få prata några minuter.”

”Pengarna. Vi har en bra organisation idag med bra tillgänglighet. Egentligen är det ingen större skillnad mot innan. Vi får betalt för att vi pysslar lite extra med de äldre.”

Hemsjukvård och äldremottagning

De intervjuade fick frågan om vad som skiljer hemsjukvården och Äldremottagningen åt. Man var överens om att hemsjukvården har klara kriterier för sina patienter. Det handlar om medicinska behov som behöver åtgärdas i hemmet för att patienten inte kan komma till mottagningen. Samtidigt berättar flera om hur hemsjukvårdens personal används när patienter som kontaktar äldremottagningen behöver insatser.

”Den som kontaktar äldremottagningen får prata med någon av hemsjukvårdssköterskorna. Men en patient som kontaktar äldremottagningen behöver nödvändigtvis inte ha hemsjukvård. Det kan också vara behov av anhörigstöd, t.ex. vid demens.”

”Hemsjukvårdspatienterna, som har ett ökat behov, har vi stenkoll på. Vi går hem till dem, rondar varje vecka, både sjuksköterska läkare. De andra patienterna (som kontaktar äldremottagningen) kan vara relativt pigga äldre som kanske behöver kontroller varje halvår, att en sköterska tittar till lite extra om de tagit medicinerna som sig bör. Kanske någon läkemedelsgenomgång. När de kommer hem från sjukhuset kollar vi eventuella förändringar.”

”Många gånger är äldremottagningens patienter personer som ganska snart behöver hemsjukvård. De har svårt att klara av det medicinska själva, har inte koll på mediciner, är oroliga för att minnet försämras. Andra ringer för att det är lättare att få träffa en sjuksköterska än att få läkartid.”

På organisationsnivå beskrevs både sammanslagna och delade organisationer mellan hemsjukvården och Äldremottagningen. Man diskuterade för- och nackdelar med att ha en speciell läkare kopplad till Äldremottagningen. Både kompetens och kontinuitet kan komma med en fast läkare. Samtidigt noterar många att patienterna vill ha kvar sin tidigare kontakt. En del, som fått informationsbrevet, ringer och är oroliga för att de ska behöva byta.

”Patienterna som är inskrivna i hemsjukvården har ett direktnummer dit. Och hemsjukvården har en specifik läkare som har hand om de patienterna. Den läkaren är

inte kopplad till äldremottagningen även om vi har tankar på att framöver ha den funktionen. Men patienterna vill sällan ha det så. De vill ha kvar sin ordinarie läkare på vårdcentralen. De vill inte byta för att de blivit äldre.”

Äldremottagningen är ju inte ett hemsjukvårdsuppdrag, men det blev naturligt för oss att ha det inom samma organisation eftersom många av hemsjukvårds-patienterna ringer på den telefonen och pratar in meddelanden eller så svarar den sköterskan. Hemsjukvårdspatienterna har andra nummer att ringa men de ringer på det här numret också. De (hemsjukvårdspatienterna) har fått informationen i brevlådan eftersom de flesta är över 75 år.

”Det är separata organisationer men samma människor som jobbar eftersom det är distriktssköterskekompetens vi valt.”

Fast vårdkontakt

Kravet på fast vårdkontakt diskuterades av de intervjuade. Någon försöker hålla fast vid den läkare som personen är listad hos, medan en annan ser det som svårt att läkaren skulle ha det ansvaret, framför allt på grund av tidsbrist. Andra låter sjuksköterskan som svarar i telefonen bli den fasta vårdkontakten.

En av cheferna säger att de anställt en koordinatorsköterska som ska få rollen som fast vårdkontakt. Här handlar det om att planera inför den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - en lag som innebär att primärvården får huvudansvaret för patientens fortsatta planering efter sjukhusvistelse.

En av de intervjuade ställer sig frågande till begreppet ”fast vårdkontakt” och ser det som en variant på tidigare benämningar, men som bara rör till det.

”När patienterna ringer får de alltid kontakt, oftast med samma sköterska. Alla patienter som vill kan få lista sig hos en specialist i allmänmedicin. Men alla vill inte och när de ringer vill de komma till den som kan ge snabbast tid. Då blir det inte en fast vårdkontakt utan en kontakt med den som är akutläkare vid tillfället.”

”Vi har anställt en koordinatorsjuksköterska som ska vara den fasta vårdkontakten.”

”Vi har ju läkaren som är knuten till äldremottagningen men de äldre som i många år gått hos någon annan läkare vill oftast ha kvar den personen.”

”Fast vårdkontakt är ju ett önskemål som man ibland undrar vad det är för någonting? Jag tolkar det som att det kan vara antingen distriktssköterska eller läkare. Men egentligen är det mer åt sköterskehållet eftersom man ska försöka hålla ihop vården. Det har ju inte läkarna möjlighet att göra, de har för mycket att göra. Distriktssköterskan har ju helhetsperspektivet, de kallar till vårdplanering och har mer kontakt med kommunen. ”Fast vårdkontakt”, ”namngiven listad doktor”... det är väldigt många begrepp ... man vet inte riktigt vad som menas från andra sidan och patienterna tolkar det väldigt olika.”

Äldremottagningens patienter

På frågan om det finns en typisk patient som kontaktar Äldremottagningen svarar de flesta nej och menar att det ser väldigt olika ut. Det kan handla om personer som vill ha läkartid, receptförnyelse, beställning av inkontinensskydd eller som vill veta vart man kan vända sig med olika frågeställningar. De kan ha frågor om diabetes, kost och fallrisk eller önskemål om att få blodtrycket kollat. Även anhöriga som läst informationsbrevet kontaktar Äldremottagningen. Även hemsjukvårdspatienter kan använda numret trots att de har ett eget. Flera av de intervjuade

konstaterar att det speciella telefonnumret uppfattas som en gräddfil för att få snabbare kontakt. – Och så får det vara, som en av dem sa. Ibland är det så enkelt som att man vill ha någon att prata med. Några av de intervjuade ifrågasätter om de når rätt målgrupp.

”Nej ... det finns ingen typisk. Vissa har lärt sig använda numret för tidsbokning eller receptförnyelse, alltså inga akuta grejer. De har insett att de slipper sitta och vänta på att det ska ringa. Andra, som kanske är de flesta, använder numret när det är mer akuta saker. Men vad som är akut är upp till var och en. Det kan vara att medicinen är akut slut, att man ramlat, ångest, oro ... det kan vara väldigt olika. Men det ska sägas; vi är inte överbelamrade med samtal. Det finns också en tradition att om man ringer det vanliga numret så ringer vi snabbt tillbaka. Men för en del patienter känns det nya numret som en ökad trygghet.”

”De kan behöva en punktinsats, något tillfälligt. Ibland kan de ringa för att boka besök hos doktorn. Eller så kan det vara så att de behöver hjälp av oss att kontakta kommunen för att ordna något. Ibland är det anhöriga.”

”Många hemsjukvårdspatienter ringer på det här numret också. Då vet de att de får tag på någon av distriktssköterskorna. Många ringer för att det är lättare att prata med någon än att stå i telefonkö ... det är ett sätt att få hjälp fortare. Få läkartid, prata om inkontinenshjälpmedel, fråga om läkemedel ... och så. Det ringer kanske 3–5 gånger per dag, inklusive de som talar in meddelanden, men exklusive hemsjukvårdspatienterna. Ibland ringer det inte alls på hela timmen, men det är ovanligt.

Ibland dyker det upp äldre på mottagningen och då försöker vi naturligtvis hjälpa till så mycket som möjligt ... utan att skämma bort dem (skratt). Många äldre tycker att det är svårt med telefon, att bli uppringda och så, blir lätt oroliga.”

”Det finns ingen typisk patient. Det är hela spannet från att man tycker att det är bra att man har en gräddfil in men jag kan tycka att det är ganska få när det gäller den målgrupp man hade tänkt. Det är få som behöver både fysiskt och psykiskt stöd, eller en läkemedelsgenomgång, men alla vi skulle vilja ha tag på kanske inte ens hör av sig?”

Ibland får vi signaler via hemtjänsten där personalen har kontakt med våra sköterskor och kan tipsa om någon. Men det är ett mörkertal som vi inte kommer åt, inte med brev eller någonting. De bor hemma utan hjälp och slutar med intagning på sjukhus. För den här gruppen måste det kanske till något annat?”

Kontinuitet, tillgänglighet och trygghet

En central fråga för HSF är att äldre mottagningen ska tillgodose behovet av kontinuitet, tillgänglighet och trygghet. Vid intervjuerna fick respondenterna ge sin syn på detta.

Kontinuitet

Här fanns det två huvudsakliga och skilda svar. Dels fanns den majoritet som ansåg att man hade en hög kontinuitet beroende på att personalen, läkare och sjuksköterskor arbetat länge på mottagningen och/eller att den ansvariga sjuksköterskan på äldremottagningen kunde erbjuda en god kontinuitet. Dels den minoritet, mestadels vårdcentraler i ytterstadsstatsdelar eller kommuner med hög andel invandrare, som sa sig ha sämre kontinuitet då de har svårt att tillsätta läkar- och sjukskötersketjänster.

Men det påtalades också att kontinuitet kanske inte bara handlar om att träffa samma personer utan snarare om hur snabbt patienten får träffa någon, alltså tillgänglighet. En av de intervjuade föreslog att vårdcentralen skulle bygga upp vårdteam med läkare, sjuksköterskor och undersköterskor istället för att träffa samma läkare.

”Det är ju inte alltid samma person som svarar, men det är bra kontinuitet därför att det nästan alltid är en sjuksköterska som svarar, som kan åtgärda ... och de flesta patienter har sina läkare sedan många år, vi har bra kontinuitet här. Är det så att de får en av äldresjuksköterskorna så är det också någon av dem som de sedan träffar. Så kontinuiteten handlar främst om våra två sjuksköterskor eftersom många vill behålla sin ordinarie läkare.”

”Kontinuiteten är något som vi får jobba med. För alla grupper är det svårt att hålla eller lova.”

”Sextioåtta procent av våra listade har en fast läkare. Alla gamlingar har en egen doktor.”

”När man har behov att ett akut besök kommer man ju inte till sin ordinarie läkare. Det handlar mycket om hur en vårdcentral av tradition är uppbyggd. Tidigare har jag varit på en VC där alla läkare var specialister och alla hade akuttider varje dag – det var ett annat upplägg. De patienterna var mycket tryggare som jag uppfattade det. De fick för det mesta träffa ”sin” läkare. Men i framtiden kanske man bör bygga upp det kring ett ”vårdteam” istället. Med sjuksköterska, läkare, undersköterska. Vi kan inte hänga upp allt kring läkaren. De finns så mycket kompetens hos de andra, både i bemötande av äldre och i omvårdnad.”

Tillgänglighet

Överlag ansågs tillgängligheten vara god, till stor del beroende på direkttelefonen med de dagliga telefontiderna samt att sjuksköterskan, och ibland läkaren, ofta har möjlighet att träffa personen samma dag. En av de intervjuade menade att tillgängligheten för äldre måste prioriteras på de yngres bekostnad. De få som var tveksamma om tillgängligheten oroades av personalbristen.

”Tillgängligheten tycker jag är bra i och med telefonen och telefontiderna och möjligheten till snabba besökstider.”

”Jag tycker nog att vi är väldigt tillgängliga. Vi har en jourverksamhet måndag-fredag på kontorstid. Vi kan alltid åka på akuta hembesök. Det är ett krav vi har på oss. Vi har också bra dialog med läkarna, att de kan ta sig ut om det skulle behövas. Vi försöker tänka efter före för att inte belasta sjukhusen och ambulans. Vi känner patienten bättre än vad de gör på akuten på sjukhuset.”

”Ja, det tycker jag. Vi har ju telefontid varje vardag. Sedan är det så här att (staden) ligger där den ligger. Vårdcentralen ligger mitt i centrum. Många som inte kan ringa

kommer bara in och vill prata med någon. Vi har ju öppna dörrar. Vi får ju inte stänga dörrarna ... jag tycker nog att vi är tillgängliga.”

”Tillgänglighet för mig har inte varit måttet; hur snabbt får jag en läkartid, som befolkningen och media tittar på, utan tillgänglighet för mig är att de som är sjukast ska få vård på ett bra sätt. Var man än bor eller befinner sig eller vilka möjligheter man har psykiskt och fysiskt. En med snuva som inte får läkartid är inte ett mått på tillgänglighet. Utan det handlar om att äldre, sjuka, sköra får möjlighet till vård. Då ska vi inte behandla dem som inte behöver för att möta kraven på tillgänglighet i befolkningen. Äldre ska alltid prioriteras – och det klarar vi. Ingen blir nekad.”

”Nja... det kan nog bli bättre. Vi har personalbrist. Ibland har även undersköterskor fått ta telefonen så att någon svarar. Alla är ju inte riktigt nöjda med detta... men så är det, och det ska ju vara tillgänglighet åt alla håll och kanter ... det är svårt att hinna allt.”

Trygghet

Frågan om trygghet uppfattades vara svårare att besvara då den egentligen borde ställas till patienterna. Överlag tyckte dock de intervjuade att tryggheten fanns där. Man såg att tillgänglighet och kontinuitet ledde till trygghet, vilket man tillgodosåg. Äldremottagningens telefon spelar en viktig roll, då oroliga patienter snabbt kan få kontakt.

De som arbetade vid vårdcentraler med fullteknade listor kunde uttrycka oro över det faktum att de inte kunde lista fler personer. De frågade vad som händer med de äldre som får ökat vårdbehov när vårdcentralen stängt listningen.

”För många är det här en stor trygghet. Kanske en bättre trygghet än innan äldremottagningen därför att de vet att de kan ringa det här numret och att det alltid är någon som svarar ... istället för att hålla på att bli uppringda. Patienterna kan uttrycka det i telefon, att de tycker det är så himla bra. Att det vet att de kommer i kontakt med någon istället för att kanske bli uppringda om en längre stund. Men framför allt tror jag det är för att det är så lätt... det är lätt att göra rätt! Och det skapar trygghet.”

”En del ringer och säger att ’det är bra att jag har dig’, det hör jag ofta. De kan fråga om stort och smått eller så bokar man en tid. ... de som inte ringer vet vi ju inget om. Vi har ju ingen uppsökande verksamhet.”

”Det kan jag inte svara på. Det är så nytt fortfarande. Några har sagt att de tycker det är bra med telefonnumret och att vi är här om de behöver oss.”

”Jag har några patienter som är väldigt oroliga, som behöver ha kontakt ofta fast vi har bokade tider. De är äldre och behöver komma och prata. De tycker att det är jätteskönt att bara behöva ringa och lämna ett meddelande så ringer man upp. Jag tycker att det funkar för dem som verkligen behöver. Men sedan är det kanske så att det inte alltid är de som gnäller som har största behov.”

”Jag tycker vi tillgodoser tryggheten genom att vi har fasta läkare, som har jobbat här många år, som har sina listor. Listorna är stängda nu men det ligger inte i äldremottagningen att man måste ta emot nya utan de man har. Man kan diskutera vad som händer med äldre som plötsligt får ett ökat vårdbehov och som inte är hemsjukvård och där vårdcentralen har stängt listning? Vad gör de då? Det finns inget juridiskt krav att vi måste ta emot de patienterna. Om vi skriver in dem i hemsjukvården finns ett juridiskt krav att ta emot patienten... Men, som det ser ut idag försöker vi hjälpa patienten genom att kontakta andra vårdcentraler och fråga om de har möjlighet att ta emot.”

Hälso- och sjukvårdsförvaltningens krav på Äldremottagningen

Det gavs olika svar på frågan om HSF:s krav på äldremottagningen är rimliga. Många tyckte att kraven var rimliga men av olika skäl. Några menade att verksamheten egentligen bara är en fortsättning på ett arbetssätt som man redan har. Andra menade att det var rimligt därför att det inte krävdes några stora organisatoriska förändringar. Friheten att få lägga upp Äldremottagningen efter eget huvud uppskattades, samtidigt som en intervjuad efterlyste större styrning.

Man såg att de regionala skillnaderna påverkar kravbildningen. Där det är svårt att rekrytera är det också svårt att leva upp till kraven.

Ett par personer ville ha möjligheten till uppsökande verksamhet men såg inte att ekonomin skulle klara det. En person ansåg att separata Äldremottagningar för äldre skulle vara ett bra sätt att optimera vården.

”Ja, jag kan jag tycka att de (HSF:s krav) är rimliga. En äldremottagning kan ju bedrivas på olika sätt. En del kan ha en lokal för det här, dit bara äldre får komma ... det var min dröm en gång i tiden. Nu försöker vi samverka kring våra äldre genom att ha kunskap och anställda som kan det här med äldre personer. Och det tycker jag vi har.”

”De är helt rimliga eftersom det inte blev några ändringar alls för oss. Det man kan fundera på är om man når alla? Det här bygger på att patienten redan har kontakt med vårdcentralen. Hur når vi de andra i samhället? Ibland blir det via hemtjänsten eller sjukhuset.”

”Kraven är kanske för låga. De kunde vara mer specificerade. Om man nu skulle göra mer än att bara ha en telefon, skulle det vara högre krav på t.ex. antal tider i veckan per antal listade.”

”Det första jag reagerade på när det här kom var – vad av det här är det som vi INTE gör? Det är nog politiker och patientorganisationer som tycker det här är bra. Men, tanken är inte dum, men det är ju det här vi gör. Att specificera som nu kan verka som att vi inte gjorde det innan... det skapar förvirring.”

”Tyvärr tror jag det handlar om i vilket område vårdcentralen ligger. Jag vet ju hur det ser ut på andra ställen bara i Stockholm. Svårt med personal, både på läkarsidan och på sköterskesidan. Då blir det svårt att uppnå äldremottagningens intentioner. För man måste kunna ha en basnivå för att klara av det lilla extra, för att kunna klara av det här (äldremottagning) också. Det blir ju ett extrajobb för vårdpersonalen, självklart. Det här blir ju krasst en extratimme som jag inte kan debitera för.”

”Jag tycker inte HSF har tagit hänsyn till att det tar längre tid med den här patientgruppen. Om man vill ha en optimal vård för de äldre behövs en specifik äldremottagning där man har mer tid med patienterna. Det kan jag känna. En äldre patient som kommer med en förkylning, halsfluss, hosta eller liknande ... det tar längre tid. De kan inte skynda sig, behöver mer tid för tänkande. Plötsligt kommer de på saker de vill fråga om.”

Ersättningsnivån

Frågan som ställdes var om den ersättning som ges möjliggör de förändringar och tillägg som behövs för att ha en Äldremottagning. En del av de intervjuade sjuksköterskorna kunde inte svara på frågan. De sjuksköterskor som kunde och enhetscheferna svarade generellt att ersättningen var rimlig utifrån de förändringar som gjorts. Någon påpekade att äldre generellt behöver mer tid vilket belastar ekonomin och skulle ersättningen utebli går det inte att bedriva en Äldremottagning. En

person tyckte att ersättningen till vårdcentralen i stort var alldeles för låg för att bedriva en god vård och att vårdssäkerheten påverkas.

”Ja, det tycker jag väl. Om man ska vara uppriktig. Det är klart att man vill ha mer pengar men det här behöver man kanske inte ha betalt för. Det mesta har ju fungerat redan tidigare. Den stora skillnaden är telefonen ... tänker jag. Normalt hade det gått via tele-Q där patienten slussats vidare. Skillnaden nu är att det är färre personer involverade för dem som verkligen behöver hjälp.”

”Ja, det gör det definitivt för det som vi har gjort. Vi hade till stor del folket på plats innan beslutet kom. Det gäller att ha kompetensen, och en god samverkan (med sjukgymnaster, arbetsterapeuter och andra), det är det viktigaste och det har vi.”

”Tid ger kvalitet. För då kan vi bygga upp det här med en bra plan för varje person. Det här tror jag inte att man förstår på landstinget.”

”Ersättningen till primärvården är alldeles för låg. Det är i princip omöjligt att bedriva god vård som vi vill det med att jobba förebyggande eller sträcka oss lite mer ut. Som verksamhetschef och ägare har jag full koll på det här och det är jättesvårt att få det att gå runt utan att påverka vårdssäkerheten... så alla tillskott till ekonomin är välkomna. Ska man bedriva en god omsorg för äldre så krävs en bra ekonomi för det.”

Framgångsfaktorer

Flera av de intervjuade pekade på tillgängligheten och kontinuiteten som framgångsfaktorer för Äldremottagningen. Telefonen och möjligheten att snabbt möta upp de äldres behov på rätt nivå är viktigt, vare sig det handlar om att boka läkartid, tid till fysioterapeut eller arbetsterapeut eller bara vara någon som lyssnar. Kontinuiteten, att det är samma person (sjuksköterska eller läkare) som svarar eller träffar den äldre ger trygghet.

Kunskap och kompetens togs också upp som framgångsfaktorer. Behovet av personal med geriatrisk kompetens och med stort intresse för äldre människor.

”Det är de här tre grejerna: tillgänglighet, trygghet och kontinuitet som är viktigt. Att man har en fast kontakt, får träffa samma distriktssköterska och läkare. Att patienten får en relation. Det är viktigt med relationen. Det ger en livskvalité ... det låter flummigt men det är viktigt. Tillgängligheten är viktig och att ge den tid som behövs ... en del har svårt att uttrycka sig, så man behöver ge den tid som behövs.”

”Tillgänglighet. Att vi ställer upp, att vi finns där. Att vi är tillgängliga. Och att de får prata med någon och slippa knapptelefonen.”

”Personal som kan få patienten till rätt vårdnivå direkt. Att de inte ska harva runt och belasta vården och få hjälp inom rimlig tid. Det kräver erfarenhet hos den som svarar i telefonen. Att de äldre kan känna sig trygga i kvarboendepincipen, att få bo hemma och inte behöva åka in för saker som vi kan hantera i primärvården. Det här försöker vi jobba med hela tiden. Och behöver de åka in ska vi se till att de inte behöver hamna på en akutmottagning utan komma till rätt instans direkt.”

”Att det finns utbildad personal”

”Tid för de äldre. Tid för att lyssna, läkemedelsgenomgång, hur ser det ut hemma, socialt nätverk, anhöriga, vem ringer man till om det händer något? Kan man göra hembesök är det bra.”

”Att de äldre kan få komma ganska snabbt eller få hjälp att samordna insatser från kommun eller rehab. Det hjälper vi till med.”

Hur kan arbetet på Äldremottagningen utvecklas?

En av de intervjuade ville utveckla den befintliga Äldremottagningen genom ett utökat samarbete med hemsjukvården. Några andra såg en utveckling med olika ”tilläggstjänster” som demensrådgivning, samtalsterapi eller anhöriggrupper. Någon ville utöka möjligheten till drop in-besök.

En person föreslog separata Äldremottagningar, alltså enheter med specialister inom äldreområdet, medan ett par andra tyckte den idén var riktigt dålig. Istället borde samarbetet med andra vårdgivare som geriatrik och ASIH utvecklas.

Två av de intervjuade föreslog att de hembesök som erbjöds för några år sedan borde tas upp igen då man hade goda erfarenheter av dessa.

”Med demenssjuksköterskan skulle vi kunna ha en nisch... för att kunna erbjuda ännu mer. Man skulle kunna ha en speciell dag när folk kan komma utan att behöva boka tid. Ge stöd till anhöriga till demenssjuka. Anhöriggrupp ... vi har inte kommit dit men vi spånar på det.”

”En del som kommer vill ha personliga möten för samtal, information och rådgivning vilket jag tycker är svårt att debitera för. Om det gick att göra dessa samtal betalningsfria för patienten skulle det vara bra. Det är många ”lugnande” samtal jag har.”

”En utökad (förstärkt) hemsjukvårdsenhet som kan göra fler hembesök.”

”I förlängningen skulle man kunna se en omorganisation med en specialist i allmänmedicin eller geriatrik som har hand om de äldre på en specifik äldremottagning. Men då krävs resurser eftersom man måste anställa denna läkare, en geriatriker som har intresse av att bara jobba med äldre.”

”Jag är totalmotståndare till att flytta de äldre från primärvården in i ett annat system. Hela min utbildning och hela min arbetsdag handlar om att ta hand om de äldre sjuka och de som behöver mest vård. Det är det vi är bäst på i primärvården, det vi gör hela dagarna. Jag tycker att primärvården ska få hjälp att ta ett ännu större ansvar för de äldre. Stimulera till direktinskrivningar till geriatriken – som vi redan gör mycket. Vi skulle kunna samarbeta mer med ASIH. De skulle kunna bistå oss när vi inte finns (utanför kontorstid) istället för att ta till sjukhusvården. Det är inte någon annan som ska ta ”uppdraget äldre”, det ska stanna hos oss. Konstigt om jag ska lära känna patienten väl men när den blir jättesjuk, inte ta hand om den längre... väldigt väldigt konstigt. Men det här kräver fast listning och fler läkare som stannar kvar på vårdcentralen, och trivs där.”

”Kanske öka möjligheten till drop in-mottagning för äldre. Det är svårt med sådana mottagningar men i och med att de inte är så många kanske det skulle fungera?”

”Förut gjorde vi hembesök till alla 75-åringar men sedan fick vi inte betalt för det ... och det är en brist kan jag känna. För det var jättebra. Jag skulle kunna tänka mig ett kallelsesystem där man erbjuder ett mottagningsbesök eller hembesök. Det skulle vara en del av vårt arbete. Min erfarenhet från den tiden är att vi fick tag på flera som verkligen behövde vår hjälp. Vi såg både det ena och det andra.”

KONKLUSION

- En stor majoritet av länets vårdcentraler och husläkarmottagningar har startat Äldremottagningar. På många ställen har verksamheten varit igång knappt ett år. Äldremottagningarnas roll och funktion i den öppna hälso- och sjukvården är fortfarande under utveckling. Den här rapporten ska ses som en lägesbild våren 2018.
- Den minsta gemensamma nämnaren för Äldremottagningarna är den knappvals fria telefonen och svaren från de intervjuade indikerar att tillgängligheten till den öppna hälso- och sjukvården för äldre personer underlättas och ökar genom Äldremottagningarna. Gruppen som kontaktar Äldremottagningen är spretig. Samtalen kan handla om allt från akuta vårdinsatser, hjälpmedelsförfrågningar till anhörigas oro.
- Äldremottagningarna startas av ekonomiska skäl. Kraven är blygsamma och de förändringar som behöver göras är inte omfattande. Många tycker sig redan arbeta på det sätt som HSF efterlyser. Villkoren för att driva en Äldremottagning har inte någon tydlig styrande effekt på Äldremottagningarnas utformning.
- Namnet ”Äldremottagning” kan leda fel då det för många syftar på en fysisk avgränsad eller separat mottagning. Enbart ett fåtal HLM har en sådan lösning. De intervjuade berättar om Äldremottagningen som ”en telefon” men också som en integrerad del av vårdcentralen och/eller som en del av hemsjukvården. En annan anledning till att namnet leder fel är exemplen på äldre som fått informationsbrevet och som ringer och är oroliga för att de ska tvingas byta vårdcentral och bli av med sin ordinarie läkare.
- Det övergripande syftet med Äldremottagningarna är att öka tillgängligheten, kontinuiteten och tryggheten för de äldre. Personalen är i stort överens om att HSF’s syfte nås. Telefonen gör att tillgänglighetskravet uppfylls. Kontinuiteten är kopplad till personalsituationen. Tryggheten blir sedan en konsekvens av tillgängligheten och kontinuiteten. Många av de intervjuade enheterna berättar om stabila personalgrupper, där personalen arbetat länge på samma arbetsplats och känner sina patienter. En del områden med specifika socioekonomiska förhållanden har svårare att upprätthålla personalkontinuiteten och att rekrytera läkare och sjuksköterskor.
- Tillgängligheten till den öppna hälso- och sjukvården har ökat genom Äldremottagningens telefon men samtidigt säger de intervjuade att det normalt bara är en handfull samtal per dag, ibland inga alls. Kanske handlar det om att Äldremottagningarna fortfarande är en ny företeelse, kanske handlar det om bristande information? Idag går informationen ut via brev och med tiden kommer nog fler och fler ”nya” 75-åringar känna till Äldremottagningen.
- Husläkarmottagningarna kan inte redovisa hur många och vilka äldre som är listade på Äldremottagningarna. Därmed går det inte att verifiera effekter av Äldremottagningarnas arbete genom registerdata. I rapporten finns övergripande data för HLM’s verksamhet i stort och de undersökta enheterna specifikt, men bara för gruppen 75 och äldre, inte för de patienter som kontaktar Äldremottagningen. I framtiden behöver sådana data samlas in för att tydliggöra både effekter och målgruppen.

Framtiden

Hälso- och sjukvården står under en ständig förändring. För närvarande (2018) pågår implementeringen av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård. Lagen medför ett ökat ansvar för primärvården att samordna sina insatser och socialtjänstens insatser efter sjukhusvistelse. Något som i hög grad påverkar den grupp Äldremottagningarna kan nå.

En övergripande fråga är vad HSF vill uppnå med Äldremottagningarna. Handlar det om att öka tillgängligheten för äldre i allmänhet till den öppna hälso- och sjukvården? Eller ska Äldremottagningarna rikta sig till en specifik målgrupp? Hur ska den målgruppen definieras och identifieras, med tanke på att de allra flesta äldre är listade på HLM och cirka sju procent av de äldre är inskrivna i hemsjukvården?

Kan till exempel primärvården arbeta mer proaktivt för att hitta ”sköra äldre”? Nuvarande ersättningssystem möjliggör detta genom till exempel en ”extra ersättning för besök i hemmet” eller ”teambesök i hemmet med läkarmedverkan”⁴.

Utifrån vad som framkommit i den här rapporten ser vi tre tänkbara framtidsscenarier för Äldremottagningarna:

1. Äldremottagningarna fortsätter på samma sätt som nu. Utifrån lokala förutsättningar kan mottagningarna arbeta för att utveckla verksamheten. Ett eventuellt namnbyte skulle kunna förtydliga och stärka konceptet. Ett förslag är: ”Öppen mottagning för äldre”. Men, ett namnbyte kan å andra sidan skapa både frågor och förvirring kring verksamhetens uppdrag.
2. Äldremottagningarna förändras och blir en egen verksamhet med egen personal i egna lokaler. Det som talar för en sådan utveckling är möjligheten att koncentrera geriatrisk kompetens till enheterna, att sköra äldre personer möts av kunnig och intresserad personal, vilket skulle kunna leda till en högre kvalitet i omhändertagandet av en definierad målgrupp multisjuka äldre. Det som talar emot är framförallt att det skapar ett nytt ”stuprör” i primärvården och därmed risk för samarbetsproblem med den övriga primärvården och hemsjukvården och i ett ineffektivt resursutnyttjande. Möjligheterna att arbeta proaktivt kan försvåras eftersom det är två olika verksamheter och organisationer som har ett överlappande ansvar för de sköra och sjuka äldre. Tidigare erfarenheter av specifika enheter i länet, har också visat sig vara resurskrävande. Svaren i den här rapporten indikerar också att befintliga HLM både har kompetens, möjlighet och ser det som en primär uppgift att svara för de äldre personernas medicinska behov.
3. Äldremottagningen integreras i hemsjukvårdens organisation. Fördelen är att man kan bygga vidare på befintlig samverkan. I rapporten ges många exempel på hur Äldremottagningen redan idag samarbetar nära med hemsjukvården. Det ger en mer flexibel organisation och ett mer effektivt resursutnyttjande. Till exempel i implementeringen av den nya lagen om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård kan HLM ta hjälp av hemsjukvårdens personal för att möta upp de nya kraven. I ett justerat uppdrag för HLM och hemsjukvården samt andra vårduppdrag finns möjligheten att utveckla befolkningsansvaret och bland annat införa uppsökande besök i hemmet. För att detta alternativ ska fungera, krävs ett smidigt samarbete mellan läkare, hemsjukvården och Äldremottagningarna, vilket kan vara svårt att uppnå i områden med låg personalkontinuitet.

Avslutningsvis; För att kunna skapa sig en bild av utvecklingen och konsekvenser beträffande tillgänglighet, kontinuitet och trygghet för äldre, är det angeläget att utveckla ett system för fortlöpande verksamhetsuppföljning, som kan ge en återkoppling till landstingets förtroendevalda och hälso- och sjukvårdsförvaltningen hur verksamheten utvecklas.

⁴ Förfrågningsunderlag enligt LOV vårdval – Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård. Vårdval i Stockholms län. Hälso- och Sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns Landsting. 2017.

Tabell 2. Beskrivande data för de HLM med äldreomsorg som ingick i studien: Enhetens namn, regi, antal listade personer, antal hemsvårspatienter, läkarbesök, akutomsorgsbesök och genomförda läkemedelsuppföljningar 2017.

HLM	Regi	Listade	Listade 75+	Andel listade 75+	Hemsvårspatienter 75+	Hemsvårspatienter 75+ andel	Läkemedelsuppföljningar	Läkarbesök på HLM	Antal läkarbesök per patient 75+	Antal besök på akuten	Antal besök genomsnitt
Fridhemsplans VC	Privat	7 962	300	3,8	19	6,3	17	1 389	4,6	260	0,9
Halsa – Älta VC	Privat	9 739	513	5,3	152	29,6	9	4 423	8,6	872	1,7
Rinkeby VC	SLSO	9 069	296	3,3	22	7,4	9	889	3,0	193	0,7
Sigtuna läkarhus	SLSO	6 424	643	10,0	42	6,5	33	2 863	4,5	296	0,5
Väsby VC	Capio	9 007	516	5,7	57	11,0	42	1 820	3,5	369	0,7
Råcksta-Vällingby närård	Praktikertjänst	16 972	1 099	6,5	143	13,0	23	4 459	4,1	784	0,7
Lina Hage VC Södertälje	Capio	6 592	423	6,4	54	12,8	45	1 844	4,4	319	0,8
Salem VC	SLSO	13 892	1 153	8,3	78	6,8	2	4 727	4,1	737	0,6
Österåker husläkarna	Praktikertjänst	22 874	2 003	8,8	97	4,8	848	9 155	4,6	1 173	0,6
Sjöstadsdoktorn	Privat	6 575	200	3,0	15	7,5	12	1 003	5,0	115	0,6
Blackeberg VC	Legevisitten	9 385	516	5,5	91	17,6	3	2 437	4,7	397	0,8
Hagsätra VC	Capio	8 127	689	8,5	57	8,3	170	2 921	4,2	511	0,7
Attundahälsan Sollentuna	Läkarpraktik AB	7 822	446	5,7	32	7,2	150	1 930	4,3	315	0,7
Järna VC	Aleris	7 898	619	7,8	68	11,0	-	2 364	3,8	377	0,6
Boo VC	SLSO	25 752	1 376	5,3	165	12,0	599	4 762	3,4	684	0,5

Stockholms läns husläkarmottagningar har möjlighet att starta så kallade Äldremottagningar för personer 75 år eller äldre.

På uppdrag av hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms län har Äldrecentrum genomfört en utvärdering av befintliga Äldremottagningar med fokus på hur de är organiserade och hur de möter upp hälso- och sjukvårdsförvaltningens krav på tillgänglighet, trygghet och kontinuitet.

Resultaten visar att den gemensamma nämnaren för Äldremottagningarna är den knappvalsfria telefonen som ger patienterna möjlighet till direktkontakt. Telefonen gör att tillgänglighetskravet uppfylls. Tryggheten blir sedan en konsekvens av tillgängligheten och kontinuiteten.

I slutet av rapporten skissas tre scenarier för framtiden där det första handlar om att fortsätta på samma sätt som idag med möjligheter till utveckling inom befintligt ersättnings-system. Det andra förslaget är att förändra Äldremottagningarna till egna enheter med egen personal och egna lokaler för att koncentrera kompetensen. Det tredje scenariot handlar om att integrera Äldremottagningen i hemsjukvårdens organisation.

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

