



Bilagor till rapporten ”Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre” (2014:6)

Bilaga 1 är en redovisning av 19 försöksverksamheter och bilaga 2 beskriver tio samverkansnätverk.

Projektledare: Lisbeth Hagman

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:7 ISSN 1401-5129

Denna bilaga hör samman med Äldrecentrumrapporten, Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre (2014:6).

Våren 2010 utlyste Svenska Kommuner och Landsting (SKL) på regeringens uppdrag, stimulansmedel om 70 Mkr per år under en treårsperiod, totalt 210 Mkr. Regeringen ville stimulera till försöksverksamheter som skulle ”utgå från de mest sjuka äldres behov av samordnade insatser med höga krav på kvalitet och kontinuitet samt överblick och sammanhang för den enskilde. En viktig målsättning är att äldre personer med omfattande behov inte ska behöva administrera och samordna sin vård- och omsorgskontakt på egen hand.”

SKL utsåg 19 försöksverksamheter som har fått ta del av stimulansmedlen.

Socialstyrelsen gav Karolinska Institutet uppdraget att bistå med en vetenskaplig utvärdering där generaliserbara modeller skulle lyftas fram. Arbetet har utförts av Aging Research center (ARC) tillsammans med stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC).

Förutom de 19 försöksverksamheterna ingick också att studera tio samverkansnätverk som hade utsetts av Socialstyrelsen.

I bilaga 1 presenteras de 19 försöksverksamheterna och i bilaga 2 de tio samverkansnätverken.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BILAGA 1	79
19 FÖRSÖKSVERKSAMHETER	79
<i>Bättre samverkan – bättre liv, Hägersten- Liljeholmens stadsdelsförvaltning</i>	80
Syfte med försöksverksamheten	80
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	80
Resultat och erfarenheter	83
Kommentarer	85
Vad kan man lära?	86
<i>Dirigent finns, Norrköping</i>	87
Syfte med försöksverksamheten	87
Tillvägagångssätt – vad har man gjort?	87
Resultat och erfarenheter	88
Kommentarer	89
För andra att lära av projektet	91
Referenser	91
<i>För Malåbons bästa, Malå</i>	92
Syfte med försöksverksamheten	92
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	92
Resultat och erfarenheter	93
Kommentarer	93
För andra att lära av projektet	94
<i>Hopp, Skellefteå</i>	95
Syfte med försöksverksamheten	95
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	95
Resultat och erfarenheter	97
Kommentarer	99
För andra att lära av projektet	100
Referenser	100
<i>InterAction, Järfälla</i>	101
Syfte med försöksverksamheten	101
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	101
Resultat och erfarenheter	102
Kommentarer	103
För andra att lära	104
<i>In och utskrivningsklar patient (INUT), vårdkedjan för de mest sjuka äldre, Göteborgsregionen</i>	105
Syfte med försöksverksamheten	105
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	105
Resultat och erfarenheter	108
Kommentarer	110
För andra att lära av projektet	112
Referenser	112
<i>Mobila hembesöksteamet, Uppsala</i>	113
Syfte med försöksverksamheten	113
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	113
Resultat och erfarenheter	115
Kommentarer	117
För andra att lära av projektet	118
Referenser	118
<i>Mobilt äldreteam, Östermalm</i>	119
Syfte med försöksverksamheten	119
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	119

Resultat och erfarenheter.....	120
Kommentarer.....	121
För andra att lära av projektet.....	121
<i>Multi 7, Umeå.....</i>	<i>122</i>
Syfte med försöksverksamheten	122
<i>Tillvägagångssätt - vad har man gjort?</i>	<i>122</i>
Resultat och erfarenheter.....	124
Kommentarer.....	124
För andra att lära av projektet.....	125
<i>Patientprocess Mest sjuka äldre, Region Skåne</i>	<i>126</i>
Syfte med försöksverksamheten	126
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	126
Resultat och erfarenheter.....	127
För andra att lära av projektet.....	128
<i>Samverkan för Linnea- lokala team med samordningsansvar, Kronobergs Län</i>	<i>129</i>
Syfte med försöksverksamheten	129
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	129
Resultat och erfarenheter.....	130
Kommentarer.....	131
För andra att lära av projektet.....	131
Referenser	131
<i>Trygg i Tyresö, Tyresö.....</i>	<i>132</i>
Syfte med försöksverksamheten	132
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	132
Resultat och erfarenheter.....	133
Kommentarer.....	135
För andra att lära av projektet.....	136
<i>TryggVE, Södra Älvsborg</i>	<i>137</i>
Syfte med försöksverksamheten	137
<i>Tillvägagångssätt - vad har man gjort?</i>	<i>137</i>
Resultat och erfarenheter.....	138
Kommentarer.....	139
För andra att lära av projektet.....	139
Referens.....	139
<i>ViSam – Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell, Örebro län ...</i>	<i>140</i>
Syfte med försöksverksamheten	140
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	140
Resultat och erfarenheter.....	141
Kommentarer.....	142
För andra att lära av projektet.....	142
<i>Vännäs HemvårdsCenter</i>	<i>143</i>
Syfte med försöksverksamheten	143
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	143
Resultat och erfarenheter.....	145
Kommentarer.....	146
För andra att lära av projektet.....	147
Referenser	148
<i>Äldrecentrum, Rengsjö</i>	<i>149</i>
Syfte med försöksverksamheten	149
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	149
Resultat och erfarenheter.....	150
Kommentarer.....	151
För andra att lära av projektet.....	152
<i>Äldres bästa – Äldrelots, Blekinge</i>	<i>153</i>

Syfte med försöksverksamheten	153
Tillvägagångssätt, vad har man gjort?	153
Resultat och erfarenheter.....	155
Kommentarer.....	157
För andra att lära av projektet.....	159
Referenser	159
<i>Örkelljungamodellen, Örkelljunga.....</i>	<i>160</i>
Syfte med försöksverksamheten	160
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	160
Resultat och erfarenheter.....	161
Kommentarer.....	161
För andra att lära av projektet.....	162
Referens.....	162
<i>De mest sjuka äldre, Örnsköldsvik.....</i>	<i>163</i>
Syfte med försöksverksamheten	163
Tillvägagångssätt - vad har man gjort?	163
Resultat och erfarenheter.....	164
Kommentarer.....	165
För andra att lära av projektet.....	165
BILAGA 2	166
TIO NÄTVERK.....	166
<i>Esther.....</i>	<i>166</i>
Fakta och Bakgrund	166
Nätverkets arbete	167
Framtiden för nätverket	168
Referenser	168
<i>Hand i hand.....</i>	<i>168</i>
Fakta och Bakgrund	168
Nätverkets arbete	169
Framtiden för nätverket	170
<i>Helga</i>	<i>171</i>
Fakta och Bakgrund	171
Nätverkets arbete	171
Framtiden för nätverket	171
<i>Hilma</i>	<i>172</i>
Fakta och Bakgrund	172
Nätverkets arbete	172
Framtiden för nätverket	173
<i>Hisam.....</i>	<i>173</i>
Fakta och Bakgrund	173
Nätverkets arbete	174
Framtiden för nätverket	174
<i>Kersti.....</i>	<i>174</i>
Fakta och Bakgrund	174
Nätverkets arbete	175
Framtiden för nätverket	175
<i>Linnea</i>	<i>176</i>
Fakta och Bakgrund	176
Nätverkets arbete	176
Framtiden för nätverket	177
Referenser	177
<i>NISSE.....</i>	<i>177</i>
Fakta och Bakgrund	177

Nätverkets arbete	177
Framtiden för nätverket	178
<i>Närvård västra Skaraborg:</i>	<i>179</i>
Fakta och Bakgrund	179
Nätverkets arbete	179
Framtiden för nätverket	180
Referens.....	180
<i>TioHundra</i>	<i>181</i>
Fakta och bakgrund	181
Nätverksarbete	181
Framtiden för nätverket	182
Referens.....	182

BILAGA 1

19 FÖRSÖKSVERKSAMHETER

I denna bilaga presenteras de 19 försöksverksamheter som studerats, i bokstavsordning. I bilaga 2 presenteras de tio samverkansnätverken.

Vår redovisning av projekten baseras på att läsaren ska kunna bilda sig en uppfattning om vilka problem man ville komma till rätta med och vilket syftet var med att starta försöksverksamheten? Vad ville man förbättra för gruppen mest sjuka äldre? Därefter beskriver vi vad man gjort under projekttiden för att komma till rätta med problemen och för att förbättra för målgruppen.

Försöksverksamhets egna redovisade resultat beskrivs, i huvudsak hämtade från deras lokala utvärderingar, och från våra fältstudier. Därefter redovisas erfarenheter samt våra utvärderares kommentarer om i vilken utsträckning de lokala erfarenheterna och resultaten kan vara av mer generell intresse.

Försöksverksamheternas slutrapporter finns att läsa på Sveriges kommuner och landstings hemsida.¹

¹ http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/battreliv/forsoksverksamheter

Bättre samverkan - bättre liv, Hägersten-Liljeholmens stadsdelsförvaltning

Syfte med försöksverksamheten

Hägersten Liljeholmens stadsdelsförvaltning hade under en längre tid diskuterat behovet av att utveckla ett bättre omhändertagande för gruppen mest sjuka äldre. Man hade känslan av att målgruppen mest sjuka äldre kunde hamna ”mellan stolarna” och inte fick den vård som var nödvändig. Stadsdelsförvaltningen tog initiativet att tillsammans med Stockholms läns landsting söka pengar för samverkansprojektet. Inom stadsdelsförvaltningen bor det drygt 71 000 personer.

Inom stadsdelen finns ett stort antal hemtjänstutförare och flera privata vårdcentraler vilket innebär många samarbetspartners. För att få ordning på samarbetet inbjöds representanter från olika verksamheter för att planera och därefter i projektform jobba med ett strukturerat förbättringsarbete. I projektplanen beskrevs att man tillsammans skulle identifiera problemområden och därefter utarbeta säkrare arbetssätt och gemensamma rutiner.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

I projektet har 19 olika vårdgivare deltagit, både privata och offentliga, från hemtjänst, vårdcentraler och slutenvård. Samtliga 19 vårdgivare utsåg en eller flera förändringsledare som sedan deltagit i projektets arbete. Under det första 1,5 året (juli 2010 – december 2011) kartlades de problemområden som behövde förbättras. Till sin hjälp i kartläggningen använde man LEAN – metodiken². Samtliga förändringsledare fick genomgå utbildning i LEAN - metodik.

Initialt i projektet identifierades 170 problemområden som slutligen utmynnade i 7 områden som projektdeltagarna var överens om behövde bättre arbetssätt och rutiner. Förändringsledarna har haft ansvaret att pröva och förankra arbetssätt och rutiner och se till att dessa användes i det praktiska arbetet.

Målgruppen definierades som, invånare i Hägersten - Liljeholmen som var 65 år eller äldre och hade hemtjänst eller avlösning/växelvård, samt minst två slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna eller hem-sjukvård med minst ett hembesök var 14:e dag.

Förutom den fastlagda definitionen kunde personer även inkluderas att tillhöra målgruppen efter särskild bedömning. Nästan alla äldre som på detta vis inkluderats i projektet har identifierats av distriktssköterskor på

² LEAN: Syftet med metoden är att identifiera och eliminera faktorer i en produktionsprocess som inte skapar värde för kunden.

de fyra deltagande vårdcentralerna och av ASIH (avancerad vård i hemmet). Några har identifierats av hemtjänsten.

Under våren 2012 fanns sju olika rutiner kartlagda som projektgruppen beslutade skulle prövas och förankras i det praktiska arbetet.

De sju rutinerna som identifierades var:

1. **Individanpassad vård- och omsorg i teamsamverkan** innebär att alla de som ger den äldre vård- och omsorg ska kunna samverka bättre genom att det finns en samlad information om den äldre. Rutinen bygger på att distriktssköterskan, efter det att en äldre identifierats tillhöra målgruppen, kontaktar den äldre. Om den äldre önskar medverka i projektet bokar distriktssköterskan ett hembesök där den äldres hälsostatus går igenom. Efter hembesöket bjuder distriktssköterskan in samtliga aktuella vårdgivare till en telefonkonferens där de olika insatserna diskuteras och struktureras och en gemensam åtgärdsplan tas fram. Oftast deltar, förutom distriktssköterskan, ansvarig kontaktperson från hemtjänsten och biståndshandläggaren vid telefonkonferensen. Om den äldre är i behov av rehabilitering bjuds även arbetsterapeut och sjukgymnast in till konferensen.

Efter telefonkonferensen upprättar distriktssköterskan en vård- och omsorgspärm ("Gröna pärmen"). Pärmen innehåller uppgifter om viktiga medicinska data och vad den äldre behöver för vård- och omsorg. Där skall också finnas viktig vård- och omsorgsinformation som aktuell läkemedelslista, eventuella insatser från hemsjukvård och ASIH, omvårdnadsordinationer till hemtjänsten, åtgärdsplan för riskbedömning, aktuellt biståndsbeslut, genomförandeplan, rehabiliteringsplan, samordnad individuell plan och eventuella behandlingsmeddelanden från akutmottagningen. Vidare finns i pärmen aktuella vårdgivares kontaktinformation samt samtyckesblankett, information och checklista inför eventuella akutbesök.

Pärmen förvaras hemma hos den äldre och syftar till att ge den äldre, de olika vårdgivarna och eventuella anhöriga en bra översikt. På det sättet är tanken att alla olika vård- och omsorgskontakter tydliggörs och vem som ansvarar för vad. Om den äldre behöver uppsöka akut-sjukvård eller specialistvård är det tänkt att pärmen ska tas med. Viktiga iakttagelser om hälsotillståndet skall dokumenteras löpande i pärmen, främst av hemtjänsten som är den vårdgivare som mest regelbundet träffar den äldre och därför gör flest anteckningar.

Det är distriktssköterskan som ansvarar för att pärmen upprättas och hålls uppdaterad. För att upprätthålla kontakten med samtliga samverkanspartners finns en stående tid på tisdagar för telefonkonferen-

ser. Dessa kan användas till att diskutera både kända och nytillkomna "ärenden".

2. **Riskbedömningar.** Hemtjänstens personal skall genomföra regelbundna riskbedömningar hos den äldre. Distriktssköterskan tar del av bedömningarna och signerar dem vid sina hembesök hos den äldre. Tanken är att risker ska upptäckas i tid för att vårdgivarna ska kunna förebygga och undvika försämringar i den äldres tillstånd. Distriktssköterskan ansvarar för förebyggande åtgärder och riskbedömningar enligt Senior Alert. Utifrån dessa riskbedömningar upprättas en åtgärdsplan där de olika vårdgivarna tar sitt respektive ansvar men även kan ta del av andras ansvar.
3. **Rutinen försämring av den äldres tillstånd** innebär att det skall finnas en rutin framtagen för att den äldre ska få rätt vård i rätt tid och på rätt plats. Rutinen bygger på standardiserade utvärderingar (se under punkt 2) av den äldres tillstånd. Med hjälp av resultatet för utvärderingarna kan distriktssköterskan göra bedömningar om eventuella försämringar och behov av åtgärder.
4. **Specialspår på akutmottagningen** innebär att patienter med en grön pärm får en anpassad hantering på akutmottagningen. Det kan innebära att den äldre får en högre prioritering och att man tätare än annars bedömer den äldres behov av dryck, näring och toalettbesök.
5. Återgång från akutmottagning och vårdavdelning, s.k. **Trygg hemgång.** Syftet med rutinen är att hemgången från slutenvården sker i samförstånd med hemtjänst och primärvård. Försämringar ska förebyggas och det sker en kommunikation mellan de olika vårdgivarna, den äldre och anhöriga. Samtliga berörda vårdgivare ska delta i vårdplaneringen inför hemgången samt också genomföra en uppföljningsplanering efter hemkomsten.
6. **Förstärkt läkemedelshantering** innebär både läkemedelsavstämning och delegering. För att öka hemtjänstpersonalens kompetens har ett nytt delegeringsmaterial med kompetenspåfyllnad och kunskapsprov tagits fram.
7. **Fast kontakt** innebär att försöka skapa en ökad kontinuitet och trygghet för de äldre. Ansvaret för rutinen har tilldelats stadsdelens äldre- och anhörigkonsulenter. När konsulenterna får kännedom om behovet av en fast kontakt är deras uppgift att ta kontakt med den äldre och erbjuda ett hembesök. Den äldre kan behöva stöd i att bryta ensamhet och isolering. Andra behov kan vara att bistå vid kontakter med olika vårdgivare eller att genom regelbundna hembesök skapa trygghet genom att bygga upp en relation.

Resultat och erfarenheter

Erfarenheterna visar att det stundtals varit svårt att identifiera och fånga upp rätt målgrupp. Inom vårdcentralerna har man ofta valt att knyta projektet till hemsjukvården vilket inneburit att vissa äldre som inte har hemsjukvård kan ha missats. Likaså har det varit svårt att få väl-fungerande kanaler mellan slutenvården och öppenvården. I några fall har det varit svårt att motivera personer med demenssjukdom att medverka i projektet.

Antalet som tillhör målgruppen varierar över tid men har bedömts ligga runt 750 personer. Av dessa 750 har projektet hunnit med att erbjuda 210 personer att delta och därmed få en vård- och omsorgspärm ("Gröna pärmen"). Orsaken till att inte fler personer kunnat inkluderas i projektet förklaras med att distriktssköterskorna inte hunnit med fler äldre under det dryga år projektet kunnat erbjuda de nya rutinerna. De 210 personerna har en aktuell vård- och omsorgspärm och får förebyggande åtgärder med riskbedömningar som görs av distriktssköterskor och hemtjänstens vård- och omsorgspersonal.

Projektledaren har haft ett 60-tal uppföljningsmöten med förändringsledarna för att säkerställa att rutiner implementerats, följts och använts i det praktiska arbetet. Månadsuppföljningar genomförts av tillgängliga statistikuppgifter. Varje kvartal har medarbetarenkäter skickats ut och ett antal telefonintervjuer genomförts med äldre. Resultatet visar inte på några större förändringar avseende kundnöjdhet eller vårdkonsumtion. Antalet bedömningar i Senior alert har däremot ökat samt en ökad upplevd samverkan mellan de olika personalgrupperna.

Projektet har utvärderats av Medical Management Center (MMC) vid Karolinska Institutet. Utvärderingen genomfördes genom 19 intervjuer med personal på vårdcentralerna och via projektgenomlysning under en 12 månaders period. Vid intervjuerna framkom att man upplevt ett ändrat förhållningssätt och en ökad medvetenhet om målgruppens behov. Arbetet med att identifiera och tillämpa de nya rutinerna angavs vara engagerande och värdefulla för att nå ett bra samarbete och resultat. De intervjuade tyckte också att de gemensamma diskussionerna under försöksverksamheten har lett till erfarenhetsutbyte och ökad förståelse för varandras verksamheter.

En slutsats som dras är att de verksamheter som lyckats bäst med sitt förbättringsarbete haft ett starkt ledningsstöd. Ledningen har där underlättat för sina medarbetare att delta i projektet och gett förändringsledarna ett tydligt mandat och visat intresse av uppföljning och återkoppling.

De svårigheter som framkommer var tidsbrist, hög arbetsbelastning och förändringsmotstånd bland arbetskamrater. Försöksverksamheten har genomförts i mindre skala än vad som var tänkt. De hinder och utman-

ingar som identifierats av MMC är att landstingets ersättningsmodell till vårdcentralerna inte främjar ett bättre omhändertagande av gruppen mest sjuka äldre. Vid verksamheter med stor personalomsättning har det varit svårare att genomföra förändringsarbetet. Hårda krav på sekretess mellan de olika vårdgivarna försvårar informationsöverföring och går i vissa fall före patientnyttan.

ARC/ÄC har vidare genomfört ett antal intervjuer med projektledaren och med personal från vårdcentraler och hemtjänst.

Vid intervjuer med personal från hemtjänsten som gett vård- och omsorg till drygt hälften (130) av de äldre som identifierats tillhöra målgruppen framhålls att projektet haft stor betydelse för att förbättra samverkan, särskilt mellan distriktssköterskor och hemtjänstens personal. Telefonkonferenserna har varit ett uppskattat arbetsinstrument och grunden för hela projektet. Från hemtjänsten framhåller man att man ömsesidigt fått en större förståelse för varandras villkor. Den gröna pärmen har hjälpt till att få en bra struktur på vad som behöver bevakas och hur problem kan förebyggas. Personer med demenssjukdom har ingått i projektet och i de flesta fall har det fungerat bra utom i några fall där den äldre efter ett tag av sagt sig pärmen eller till och med rivit sönder den.

Lean-metodiken tycker de intervjuade varit bra vid uppstart men några säger att det tog lång tid med alla grupper och genomgångar innan problemområdena hade identifierats. Under uppstartstiden byttes Lean-konsulter ut vilket kan ha bidragit till förseningarna.

När det gäller specialspåret på akutmottagningen har rutinen fungerat om ambulanspersonalen tagit med sig den gröna pärmen till akutmottagningen. I några fall har ambulanspersonalen tyckt att den varit för otymplig att ta med och därmed har inte akutmottagningens personal fått kunskaper om att det är en äldre med speciella behov.

När det gäller tryggheten vid hemgången händer det fortfarande att äldre kommer hem utan tillräcklig information och vårdplanering.

Det delegeringsmaterial gällande läkemedelshanteringen som förnyats under projektiden är uppskattat och fungerar tillfredställande. Det har blivit en bättre dialog runt läkemedel mellan distriktssköterskor och hemtjänsten.

Rutinen fast kontakt, där stadsdelens äldre och anhörigkonsulenter har i uppgift att bistå äldre som så önskar, kom igång sent och har ännu inte nått mer än ett 20-tal äldre. Stödet har i huvudsak bestått av att hjälpa till med att lösa isolering och ensamhetsproblematik. Konsulenterna har besökt de äldre i deras hem och fört samtal om önskemål om stimulans och aktiviteter.

Kommentarer

Försöksverksamheten har inte klarat av att genomföra projektet fullt ut. Ambitionen var hög men på grund av lång uppstartstid, många inblandade samarbetspartners och hög omsättning på främst distriktssköterskor på vårdcentralerna har det varit svårt att hålla tempot uppe.

I projektet användes LEAN-metodiken, vilken enligt deltagarna tog tid och av vissa upplevdes som omständig. Parterna skulle förmodligen klarat av att identifiera förbättringsområdena snabbare utan metoden.

För flera av de sju rutinerna för en bättre samverkan, saknas uppgifter om i vilken omfattning de kommit att prövas och förankrats. Flera av de erfarenheter som gjorts är dock av allmänt intresse.

En bärande idé i detta projekt är att alla berörda parter deltar i att identifiera problem och utforma gemensamma rutiner. Detta för att skapa en delaktighet och ett gemensamt engagemang för kommande förändringar vad gäller samarbete och samverkan.

Försöksverksamheten visar på ett värde av samverkan mellan olika yrkesgrupper runt de mest sjuka äldre. En ökad helhetsbild och förståelse för varandras ansvarsområden verkar ha bidragit till en ökad öppenhet och respekt mellan yrkesgrupperna.

Telefonkonferenserna har i många fall visat sig vara en lösning när tid och resurser är knappa och när flera olika vårdgivare är verksamma inom ett område. Konferenserna har underlättat samarbetet och skapat en ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter.

Även om det varit tidskrävande finns ett värde med att de olika vårdgivarna tillsammans identifierade och utformade de gemensamma rutinerna. Initiativet har bidragit till ett bra engagemang från medarbetare att driva projektet framåt.

Ledningarnas engagemang och medverkan har betydelse. Där ledningen visat intresse och gett förändringsledarna ett tydligt mandat har projektet kommit längre.

Att ge en yrkesgrupp – distriktssköterskan – huvudansvaret för att systematiskt identifiera äldre personer som behöver samordnade insatser har inneburit att både primärvård och hemtjänst bättre uppmärksammat gruppen, mest sjuka äldre.

Frågor kring sekretess mellan vårdgivare och samtycke från personer som saknar rättskapacitet har försvårat arbetet med att utveckla teamarbetet över huvudmannaskaps- och utförargränser. Detta är frågor som kräver lagstiftningsändringar.

Beslut har tagits från båda huvudmännen att fortsätta med utvecklingsarbetet även under 2014.

Vad kan man lära?

Försöksverksamheten visar hur man i en storstadsmiljö med många parter inblandade kan arbeta med förändringsarbete. Det är värdefullt att det är den berörda personalen som deltar. Ska det vara möjligt måste tillräckligt med tid avsättas. Telefonkonferenser kan vara en tidsbesparande metod. Den modellen förutsätter att det först finns tydliga rutiner och upparbetade kontaktnät – något som projektet tillhandahållit.

Att ge distriktssköterskan uppdraget att identifiera de äldre som är i särskilt behov av samordnade insatser är intressant och det är sannolikt bra att en yrkesgrupp fått huvudansvaret för att vara koordinator.

Dirigent finns, Norrköping.

Syfte med försöksverksamheten

Det finns flera studier från slutenvård som kunnat visa att ett multiprofessionellt omhändertagande utgående från den äldre medicinska, psykologiska, funktionella och sociala behov har lett till positiva resultat när det gäller funktionsförmåga, möjligheten att bo kvar hemma samt minskat utnyttjande av vård. Däremot är det ont om utvärderade försök när det gäller öppen vård.

Syftet med detta projekt var att visa att ett multiprofessionellt team kan skapa en ökad kvalitet när det gäller vården och omsorgen av hemmaboende äldre multisjuka personer.

Målet var att med hjälp av kontinuitet och ett sammanhållet omhändertagande vid den nyöppnade geriatriska äldremottagningen skulle patienterna få en ökad känsla av trygghet, ökad livskvalitet, färre slutenvårdstillfällen och en lägre andel patienter som behövde flytta till vård- och omsorgsboende.

I Norrköpings kommun bor drygt 130 000 personer.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen i försöksverksamheten är hemmaboende äldre (75+) multisjuka personer i Norrköpings kommun. Inklusionskriterierna baserades på Socialstyrelsens dåvarande definition av "mest sjuka äldre" - att man under de senaste tolv månaderna vid minst tre tillfällen vårdats inom slutenvård för minst tre olika diagnoser.

Äldremottagningen – belägen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping – har haft två projektledare (en läkare och en sjuksköterska). Förutom läkare och sjuksköterskor har också (på deltid) ingått arbetsterapeut, sjukgymnast, apotekare, dietist, kurator och tandhygienist. Även en kommunal biståndsbedömare har ingått i teamet.

Alla äldre som under "inskrivningstiden" uppfyllde inklusionskriterierna (800 personer) fick ett brev där man tillfrågades om man ville vara med i försöksverksamheten. De 400 som fortfarande bodde hemma och som svarade ja fick ett hembesök av sjuksköterska som ställde frågor om funktion, livskvalitet, symptom, upplevelse av trygghet, mm. Därefter fördelades de äldre personerna slumpmässigt på en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. Där de äldre i interventionsgruppen blev erbjudna att bli anslutna till den geriatriska Äldremottagningen medan kontrollgruppen var kvar i den "ordinära" vården.

Patienterna i interventionsgruppen har fortfarande haft kvar sin listning på vårdcentral.

Den första åtgärden var att Äldremottagningens patienter fick ytterligare ett hembesök – denna gång av sjuksköterska och biståndshandläggare för en närmare kartläggning av problemområden, önskemål och förväntningar. Den äldre informerades om vilka kommunala insatser som finns alternativt att man gick igenom hur den kommunala omsorgen fungerat. En preliminär vård- och omsorgsplan upprättades.

En apotekare tog därefter per telefon kontakt för genomgång av läkemedel. I ett nästa steg kallades patienten till mottagningen för samtal med läkare inkluderande kroppsundersökning, genomgång av journaler samt läkemedelsgenomgång. Genom att ha tillgång till protokollen med den funktionsmässiga bedömningen och detta omfattande inskrivningsförfarande kan patienterna sägas ha genomgått en manualstyrd bedömning av hälsotillståndet ("Comprehensive Geriatric Assessment" - CGA).

Varje patient fick en patientansvarig sjuksköterska (PAS) som var kontaktperson och som kunnat ta initiativ till att patientens situation vid behov tagits upp på team-ronderna två gånger/vecka där förutom läkare och sjuksköterska också sjukgymnast, arbetsterapeut, apotekare och biståndsbedömare oftast ingått. Tidvis har också dietist och tandhygienist deltagit. Vid teamronderna planerades fortsatta åtgärder, exempelvis hembesök av arbetsterapeut eller sjukgymnast, ytterligare läkemedelsjusteringar eller kontakt med biståndshandläggare för översyn av omsorgsbehov.

Sjuksköterskorna har haft den löpande kontakten med patienten och varit de som ansvarat för att eventuella hembesök kommit till stånd och hur de fallit ut. Vanligtvis kontaktades patienterna med några månaders mellanrum. Vissa patienter har man dock under viss tid haft nära nog daglig kontakt med.

Äldremottagningen är öppen vardagar dagtid. Andra tider lämnar mottagningens telefonsvarare information om hur man vid akuta ärenden kan ta kontakt med den "vanliga" vården inklusive jourcentral och akutmottagning. Dessutom kan patienten lämna meddelande på telefonsvararen.

Resultat och erfarenheter

En uppföljning 12 månader efter att patienterna skrivits in vid Äldremottagningen visar inga eller endast små skillnader vad gäller livskvalitet i form av t ex rörlighet, aktiviteter och smärta över tid jämfört med patienterna i kontrollgruppen. För båda grupperna gäller att den genomsnittliga hälsorelaterade livskvaliteten inte förändrats under uppföljningsperioden.

Patienterna vid Äldremottagningen har använt mindre sluten sjukhusvård än kontrollgruppen. Däremot har de konsumerat mer öppenvård. Både i form av sjukvårdande behandlingar hos sjuksköterska eller rehabpersonal och i form av läkarbesök – främst på Äldremottagningen. Äldremottagningens patienter har i samma utsträckning som patienterna i kontrollgruppen fått specialistvård utanför Äldremottagningen.

Till det kommer att Äldremottagningens patienter också besökt primärvårdsläkare där förklaringen kan vara akut behov av läkarkontakt som inte kunnat ordnas på Äldremottagningen (efter läkarmedverkan när patienterna skrivs in har endast funnits tillgång till 0,2 läkare i tjänst). En annan förklaring kan vara att för vissa patienter i Norrköpings utkant har det varit lättare att ta sig till sin ordinarie vårdcentral.

Även om kostnaderna för slutna vård var något lägre för patienterna i interventionsgruppen är kostnaderna för slutna vård dominerande i båda grupperna. Räknar man in Äldremottagningens kostnader under 21 månaders försöksperiod kostade varje patient på Äldremottagningen drygt 21 000 kr mer i sjukvårdskostnader än patienterna i kontrollgruppen.

När det gäller den kommunala äldreomsorgen har Äldremottagningens patienter beviljats i genomsnitt 4 timmar mer hemtjänst/månad än patienterna i kontrollgruppen. När det gäller tid i vård- och omsorgsboende har Äldremottagningens patienter samma utnyttjande som kontrollgruppen.

Resultaten visar alltså att kostnaderna för både sjukvård och äldreomsorg blivit högre. Samtidigt som man inte hittills kan påvisa några mätbara skillnader vad gäller olika aspekter på livskvalitet.

Ett resultat sticker dock ut – patienterna vid Äldremottagningen har i högre utsträckning överlevt. Efter 24 månader har 18 procent av Äldremottagningens patienter avlidit jämfört med 28 procent av de som fick ”vanlig” vård.

I ett separat forskningsprojekt kommer patienternas och de anhörigas livskvalitet, känsla av otrygghet, hälsa och funktionsförmåga att följas upp efter två år. Utifrån intervjuer med den involverade personalen är det bestående intrycket att de äldre patienterna uppskattat att man haft mer tid för dem – inklusive uppföljningar - och att man i teamet haft tillgång till bredare kompetens.

Kommentarer

Av de uppställda målen uppnåddes målet att kostnaderna för slutna vård skulle kunna minskas. Däremot understeg denna kostnadsbesparing de ökade kostnaderna för Äldremottagningen och annan sjukvård samtidigt som kostnaderna för kommunal äldreomsorg inte blev lägre än för den matchade kontrollgruppen.

Många av Äldremottagningens patienter har kunnat ge positiva vittnesmål om att de känner sig mer trygga och uppskattar att de vet vart de skall vända sig med sina hälsoproblem. Förutom resultatet att några effekter när det gäller livskvalitet mätt med ett grovt mått inte kunde påvisas saknas det fortfarande resultat från försöksverksamheten i form av jämförelser över tid och jämfört med kontrollgruppens erfarenheter. En

mer ingående vetenskaplig uppföljning pågår som bör kunna ge mer konkreta resultat. Det kan inte uteslutas att det i flera avseenden är svårt att mäta förändringar över tid för gruppen ”multisjuka” äldre personer utifrån vissa av de etablerade mätskalor och instrument som använts i denna studie. Livskvalitet mätt med EQ-5D är t ex knappast ett relevant mått för att mäta välbefinnande och trygghet för gruppen mest sjuka äldre.

Skillnaden i överlevnad bör därför uppmärksammas. Det finns i den internationella litteraturen några liknande studier som också kunnat visa att det verkar gå att påverka överlevnaden för sköra äldre personer genom olika typer av interventioner.

Inklusionskriteriet i denna studie – hemmaboende äldre som under de senaste tolv månaderna vid tre eller flera tillfällen varit inlagda i slutenvård för olika diagnoser – har inte ändrats under försöksperioden. Detta trots att projektet med detta kriterium fått med flera patienter utan något egentligt behov av en särskild geriatrisk äldremottagning inriktad på sammanhållen vård. Där den tidigare vårdhistoriken inte speglar det aktuella behovet av vård – man är inte längre (eller åtminstone inte för tillfället) ”multisjuk”.

Tanken var att pröva ett alternativ till primärvården men Äldremottagningen blev mer ett komplement till primärvården där en utvald grupp av hemmaboende äldre multisjuka patienter får chans till en mer sammanhållen vård. Vid starten för Äldremottagningen i Norrköping fanns en genomtänkt plan för Äldremottagningens ansvar och befogenheter. Information om syfte och arbetssätt liksom hur samarbetet med primärvården skulle kunna bedrivas (Äldremottagningens patienter var fortfarande listade på vårdcentral) har dock endast i begränsad utsträckning funnits hos personalen på vårdcentralerna. Där åtminstone en del av förklaringen till att informationen inte kommit fram får sökas i vårdcentralpersonalens tidsbrist.

Viss kritik har framkommit från företrädare för primärvården i Norrköping som går ut på att detta redan är (alternativt borde) vara primärvårdens uppgift. Samtidigt som man i praktiken inte har organiserat arbetet för att klara detta. Dessutom skulle man ha svårt att kunna bedriva verksamheten lika ambitiöst som på Äldremottagningen utan extra finansiering.

Den höga ambitionsnivån i detta projekt har lett till högre kostnader för vård och omsorg. Till en del kan sannolikt mottagningens kostnader ses som ”startkostnader”. Och även om vissa andra lärdomar skulle kunna dras som medför att kostnadsnivån skulle kunna sänkas är det knappast rimligt att anta att man skulle kunna komma ner till den ”vanliga” vårdens genomsnittskostnader.

Äldremottagningen lades ner när projekttiden var slut. Landstinget i Östergötland valde att inte driva mottagningen vidare.

För andra att lära av projektet

Att införa en ny aktör i form av en geriatrisk äldremottagning för äldre särskilt utvalda hemmaboende patienter måste förberedas noga. Avgränsningen mellan en geriatrisk mottagning och primärvårdens generella befolkningsansvar är inte självklar.

Referenser

Mazya AL, et al. (2013). The Ambulatory Geriatric Assessment – a Frailty Intervention Trial (Age-FIT) – A randomised controlled trial aimed to prevent hospital readmissions and functional deterioration in high risk older adults: A study protocol. *European Geriatric Medicine*. In press.

För Malåbons bästa, Malå

Syfte med försöksverksamheten

I Malå – en av Sveriges minsta kommuner med drygt 3 000 invånare – var landstingets akutvårdsavdelning (sjukstugan) i Malå nerläggningshotad. Något som skulle innebära att närmaste sjukhus i så fall skulle finnas en dryg timmes bilresa bort. Projektets syfte var att genom en bättre samordning mellan kommun och landsting skapa en bättre vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Där ett av målen var att försöka behålla akutplatserna i kommunen.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen, de mest sjuka äldre, identifierades att omfatta de som var 65 år eller äldre och varit inskrivna på sjukhus eller vårdavdelning och där bedömts ha behov av fortsatta vårdinsatser från kommun och landsting.

I den ursprungliga projektplanen fanns initialt fem olika delprojekt som skulle genomföras med hjälp av stimulansmedlen. I praktiken kom projektet framförallt att fokusera på det första delprojektet, sammanläggningen av sjukstugan och ett av kommunens vård- och omsorgsboenden (Tjamstangården) för att samutnyttja kommunens och landstingets resurser. De båda verksamheterna låg i samma byggnad och med små medel kunde lokalerna samlokaliseras. Verksamheten är nu i ordinär drift.

Under projekttiden har flera utbildningssatsningar genomförts för personalen på sjukstugan och Tjamstangården. Undersköterskor inom de båda verksamheterna utbildades för att kunna arbeta med varandras verksamhet. Kommunens undersköterskor fick vidareutbildning för att kunna arbeta med hälso- och sjukvård och akutsjukvård. Landstingets undersköterskor fick vidareutbildning inom omsorg och omsorgsarbete.

Delar av personalen har också fått utbildning inom akut psykiskt omhändertagande och palliativ vård. Samtlig personal har fått en tvådagarsutbildning i demenssjukdomar och i omvårdnad om demenssjuka personer. Personalen har också fått utbildning inom olika kvalitetsregister som ex. Senior Alert och Palliativa registret.

De övriga fyra delprojekten var att:

- inrätta ett demensteam,
- utvecklat anhörigstöd,
- inrätta ett palliativt team samt,
- utveckla telemedicin som en arbetsmetod.

Resultat och erfarenheter

Genom att samlokalisera tre kommunala korttidsplatser och sex platser i vård- och omsorgsboende med landstingets akutvårdsavdelning har flera uppenbara fördelar uppnåtts. De mest sjuka äldre som vårdas på någon av platserna behöver inte längre byta plats om deras tillstånd förändras samtidigt som förutsättningarna för personkontinuitet underlättas. Vid ARC/ÄCs intervjuer med personalen framkommer att den gemensamma vårdavdelningen främst verkar gynna de som är kognitivt sviktande. De äldre möter samma personal på äldreboendet som på vårdavdelningen.

Landstingets kostnader för lokaler och i viss utsträckning personal har minskat utan att kommunens kostnader ökat nämnvärt. Detta är sannolikt åtminstone delvis en förklaring till att sjukstugan och fyra av de sex ursprungliga akutvårdsplatserna i Malå fick vara kvar när landstinget i Västerbotten genomförde besparingsåtgärder under hösten 2011. Utan sjukstuga och möjlighet till inläggning på orten skulle alla sjukdomsfall som kräver inläggning behöva åka till Lycksele, 85 kilometer från Malå.

Övriga delprojekt har inte hunnit startas under projekttiden. Demens-teamet är fortfarande under planering där teamet har haft svårt att komma igång då det saknats läkarmedverkan. En alternativ utformning kommer nu att prövas då det inte finns tillgång till en fast läkare i kommunen. Alternativet innebär att distriktssköterskan får ett större ansvar att utreda patienter i deras hem under handledning från Norrlands universitetssjukhus via bildtelefoni. Distriktssköterskan kan, eventuellt också tillsammans med en arbetsterapeut, ge anhörigstöd. Ett läkarbesök och provtagning sker på vårdcentralen för att utesluta andra orsaker till minnessvårigheterna.

Det palliativa teamet har ännu inte startat men en plan ska tas fram i samverkan mellan kommun och landsting.

Planerna på telemedicin utgick från att de äldre och deras anhöriga skulle kunna stå i direktkontakt med sjukstugan fick läggas ner eftersom många personer i målgruppen saknade fungerande bredbandsanslutningar.

Kommentarer

Att den samlade verksamheten bemannas av sjuksköterska dygnet runt och att läkare går rond varje morgon ger även de boende på Tjamstangårdens tre korttidsplatser och på de sex platserna i vård- och omsorgsboendet möjligheter att vårdas/behandlas i sitt boende. Detta innebär att samordningen av vården och omsorgsinsatserna bör ha förbättrats för de patienter/brukare som bor/vårdas på någon av de totalt 13 platserna. Målgruppen för kommunens platser är sannolikt till stor del de "mest sjuka äldre" som därigenom får en mer sammanhållen vård. Möjligheten för kommunen att tillhandahålla en god palliativ vård ökar rimligen också genom att boendet är bemannat med en sjuksköterska dygnet runt.

Sammanläggningen har inneburit förbättringar för personalen. Omsorgspersonalen har utbildats inom hälso- och sjukvård för att de ska kunna hantera situationer som kan uppstå inom akutsjukvården. Personalen upplever att de fått ett kompetenslyft vilket kan bidra till att man finner jobbet mer intressant och stimulerande. Den ökade kompetensen bland kommunens anställda har även inneburit att det blivit lättare att hitta vikarier till akutvårdsverksamheten. Bemanningen blir rimligen mindre sårbar genom att kommunen och landstinget kan utnyttja varandras personal.

En faktor bakom att detta lyckade samarbete kom till stånd kan nog sökas i en gemensam syn på de problem som skulle uppstå om akutsjukvårdsplatserna på orten lades ner helt och man skulle få över en timmes bilfärd till närmaste sjukhus.

En annan faktor som kan ha underlättat samarbetet, är småskaligheten – att det handlat om att samlokalisera platser och personal för totalt 13 vård- och omsorgsplatser.

Det som är genomfört inom projektet kommer att fortsätta i reguljär drift, när det gäller övriga delprojekt planeras att projektledaren fortsätter utvecklingsarbetet.

För andra att lära av projektet

Projektet har visat att man genom samlokalisering av akutsjukvårdsplatser och kommunala korttidsvårdsplatser och platser i vård- och omsorgsboende kan uppnå ett förbättrat samarbete mellan huvudmännen till minskade kostnader.

Hopp, Skellefteå

Syfte med försöksverksamheten

Hjärtsvikt är den vanligaste inläggningsorsaken på sjukhus för personer över 65 år och c:a 10-20 % av befolkningen över 75 år uppskattas ha hjärtsvikt. Personer med svår hjärtsvikt är dessutom mestadels äldre och multisjuka.

Förloppet vid hjärtsvikt kan ofta liknas vid en berg- och dalbana där symtombilden varierar över tid. Patienterna slussas ofta mellan medicinkliniken, hjärtsviktsmottagningen och primärvården utan att någon tar ett helhetsansvar.

I Skellefteå som har drygt 71 000 invånare ville man pröva möjligheten att ge patienter med kronisk hjärtsjukdom en hemsjukvård med den palliativa vårdfilosofin³ som utgångspunkt. Målet med projektet var att integrera palliativ och kurativ vård (lindrane och aktiva insatser som ges samtidigt) för gruppen hjärtsviktspatienter. Landstinget i Västerbotten ansökte tillsammans med Umeå universitet om medel till försöksverksamheten och tillika forskningsstudien. Försöksverksamheten har letts av en forskningsledare med hjälp av deltagarna i teamet. Vid tiden för ansökan och under genomförandet har studien varit organiserat under Medicin/geriatriska klinikens forskningsenhet.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Arbetet har bestått i att utveckla, implementera och utvärdera en modell som integrerar en teambaserad avancerad hemsjukvård, hjärtsjukvård och palliativ vård i hemmet för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. Ett team (HOPP-teamet) bildades. Genom journalgranskning identifierade läkare och sjuksköterska lämpliga personer till studien.

Målgruppen identifierades som patienter med verifierad hjärtsvikt samt minst en av nedanstående inklusionskriterier och med symtom enligt NYHA-klass III eller IV⁴.

³ Palliativ vårdfilosofi innefattar: symtomkontroll, teamarbete med tillgång till bred kompetens, god kommunikation och relation samt stöd till anhöriga.

⁴ NYHA-klass, New York Heart Association, definition av graden av hjärtsvikt. Patienterna delas in i fyra klasser efter graden av symtom vid arbete och i vila. NYHA I= Organisk hjärtsjukdom utan symtom. NYHA II= Lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet efter fysisk aktivitet av mer uttalad grad (t.ex. att springa, klättra eller tyngre kroppsarbete). NYHA III= Medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet, t.ex. promenad i lätt uppförbacke eller av- och påklädning. Denna grupp är relativt omfattande och lätta fall hänförs ibland till klass III A och svårare fall till klass III B. Klass III A klarar att gå mer än 200 m på plan mark utan besvär. NYHA IV= Svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila. Ökade symtom vid minsta aktivitet. Patienten är ofta bunden till säng eller stol.

Inklusionskriterier:

- Minst en episod av försämrad hjärtsvikt som åtgärdats med injektion/infusion av diuretika eller tillägg av annan hjärtsviktsbehandling senaste 6 mån och som av läkare bedömts vara optimalt behandlad.
- Låg livskvalitet
- Ofrivillig viktnedgång
- Mindre än ett års förväntad livslängd.

Exklusionskriterier:

- Vill ej delta i studien.
- Svåra kommunikationsproblem.
- Svår demenssjukdom.
- Annan svår sjukdom där hjärtsvikt är av underordnad betydelse.
- Annan livshotande sjukdom med förväntad kort överlevnad som huvuddiagnos.
- Hälsocentralen som ansvarar för patientens vård är geografiskt belägen utanför ca tre mils radie från sjukhuset.
- Redan anslutna i AHS-Viool (Avancerad hemsjukvård)
- Redan inkluderad i annan pågående forskningsstudie.

Under projektet övergick patienterna från primärvården till HOPP-teamet, efter 6 månader inskrivna i teamet skulle de återgå till primärvården.

Teamet har gjort planerade och akuta hembesök hos hjärtsviktspatienterna. Beroende på situationen/problemen har sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och specialistläkare i allmänmedicin och palliativ vård samt kardiolog varit tillgängliga i teamet. Vilka åtgärder som ska sättas in har planerats utifrån ett strukturerat vårdprogram baserat på europeiska riktlinjer för palliativ vård vid hjärtsvikt. Inom ramen för forskningsstudien har kardiologen träffat patienten när denne skrivs in i teamet.

Teamet har träffats varannan vecka, vid mötena har samtliga patienter avhandlats. De olika yrkesprofessionerna har avrapporterat sin medicinska bedömning av patienten och hur patienten fungerat i sin vardagsmiljö. Tillsammans har teamet skapat sig en helhetsbild över patientens situation. Kardiologen har med hjälp av informationen som framkommit vid teammötena kunnat göra en bedömning om patientens medicinska tillstånd, eventuella medicinjusteringar, beslut om undersökningar och

provtagningar eller om en patient behövt remitteras till annan specialist. Patienterna har kunnat nå teamet på dagtid och AHS-Viool (avancerad hemsjukvård- vård, individuell, omsorg och livskvalitet) på jourtid.

Teamets ambition har varit att arbeta utifrån ett helhetsperspektiv, utifrån den äldre patientens situation. Teamet har uppmärksammat frågor som, hur hemsituationen sett ut? I vilken utsträckning anhöriga varit berörda? Varför patienten mått som han/hon gjort? Den samlade kunskapen och utbytet av informationen har gett en total bild av patienten och hans/hennes behov. Vad som varit viktigt för patienten har tagits i beaktande i den fortsatta planeringen av vården.

Det är sällan som patienterna enbart haft problem med hjärtat. Teamet har därför tagit ansvar för att också utreda andra symtom. Ofta har patientens hjärtsvikt stabiliserats inom två månader och då har utredningar av andra sjukdomar kunnat ta vid. Även om inte teamet själv gjort alla utredningar så har det tagit ansvar för patienten och kontakterna med andra vårdgivare.

Genom att teamet mött patienterna i deras hem har de haft bättre möjlighet att se om och hur sjukdomen påverkat patienten. Brister i hemmet har ofta samband med hur patienten mår, något som annars inte hade upptäckts, om bara mottagningsbesök erbjudits. Under teammötena har även anhörigas situation avhandlats och hur teamet har kunnat hjälpa och stödja dem.

Resultat och erfarenheter

Resultaten från försöksverksamheten och RCT-studien, (Randomized Controlled Trial) inkluderar endast de som ingick i den ursprungliga målgruppen. Utvärdering har skett med totalt 72 patienter, 36 i interventionsgruppen och 36 i kontrollgruppen (traditionell hjärtsviktsvård). Datainsamling skedde via självskattningsformulär, klinisk värdering och via journalgenomgång av vårdkonsumtionen under sex månader.

Resultaten från studien visar att de patienter som ingått i interventionsgruppen efter sex månader har en bättre självskattad hälsorelaterad livskvalitet, minskad symtombörda och större tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtsvikt jämfört med de patienter som fått sedvanlig vård. Resultaten visar också att arbetssättet bidragit till förbättring i hjärtsviktens svårighetsgrad, färre inläggningar på medicin-geriatrisk klinik och kirurgklinik samt minskat antal ambulanstransporter för de personer som varit inskrivna i HOPP-teamet.

Kostnaderna för teamets insatser överstiger den traditionella vård som erbjuds hjärtsviktspatienter inom öppenvården. Samtidigt är HOPP-patienternas slutenvårdskonsumtion lägre än för de patienter som fått sedvanlig vård. I genomsnitt vårdades patienterna som fick vård av HOPP-teamet tre dagar på sjukhus under en 6 månaders period, kontrollgruppen vårdades i genomsnitt nio dagar. För landstinget kan teamets

arbetssätt ha inneburit en besparingseffekt på inemot 0,6 Mkr. Trots en hög personaltäthet i HOPP-teamet så har arbetssättet resulterat i en kostnadsbesparing.

Vid intervjuerna med personer som varit inskrivna i HOPP framkom att tillgång till medicinsk kompetens, hög kontinuitet och tillgänglighet var bidragande orsaker till att patienterna känt sig trygga. Detta har i sin tur lett till att patienterna inte behövt söka sjukhusvård i samma omfattning som tidigare. Projektet har också visat en minskad användning av kirurginsatser.

Vid ARC/ÄC intervjuer framkom att hemtjänsten saknat kontinuerlig informationsöverföring från HOPP-teamet, i form av möten alternativt telefonkontakt för att gå igenom förändringar i hälsotillståndet, ansvarsfördelning, planering av besök i syfte att minska ”springet” som några äldre upplevt när de fått insatser från både hemtjänst och HOPP-teamet. Det framkom också att hemtjänsten inte kände sig delaktiga i den vård och omsorg som tillhandahölls av teamet.

I de fall patienterna hade insatser från både hemtjänst och från HOPP-teamet upplevde hemtjänstpersonalen stora fördelar med teamets insatser för patienten. De täta kontakterna med teamets olika professioner och möjligheten att få hembesök av läkare skapade enligt hemtjänstpersonalen en trygghetskänsla hos patienten.

Vid intervjuerna med ledningen inom landstinget framkom att det kunde finnas samordningsvinster om HOPP organisatoriskt förlades till avancerad hemsjukvård (AHS). Några av de intervjuade ifrågasatte dock möjligheten för HOPP att klara av att bibehålla den goda kontinuiteten, tillgängligheten och flexibiliteten när verksamheten skulle implementeras i reguljär drift.

HOPP-teamets arbetssätt är enligt de distriktssköterskor som ARC/ÄC intervjuade ett bra sätt att organisera sig kring hjärtsviktpatienter. De ansåg också att arbetssättet borde kunna användas även för andra patientgrupper. De intervjuade framhåller att HOPP-teamet alltid bör kopplas in när en hjärtsviktpatient identifieras. Det tycker också att ett strukturerat samarbete borde byggas upp mellan primärvården och HOPP-teamet eftersom primärvården inte själv har resurser, varken i tid eller i kompetens för att ta hand om patientgruppen.

Det har i intervjuerna inte framkommit någon kritik mot det arbetssätt som HOPP-teamet tillämpat. Den kritik som framkommit rör inklusionskriterierna – vilka till stor del endast varit tänkta för RCT studien, där man t.ex. uteslöt patienter med svår demens då de inte kunde fylla i frågeformulär osv. Vissa tycker att projektet riktat sig mot en selekterad grupp.

Synpunkterna om att målgruppen var för snäv och att arbetssättet borde kunna användas även för andra diagnosgrupper ledde under 2013 till en

utvidgning av den ursprungliga försöksverksamheten. När interventionsstudien var avslutad fanns medel kvar och projektledaren fick tillåtelse av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting) att med återstående medel göra utvidgningen av projektet. Man valde då att utvidga målgruppen till att omfatta de mest sjuka äldre med t.ex. hjärtsvikt eller kroniskt obstruktiv lungsjukdom (KOL) med ett vårdbehov utöver primärvårdsnivå och som ett alternativ till sjukhusvård.

En erfarenhet som framkommit under projektet gäller vårdpersonalens förståelse om vad klinisk forskning innebär. Vad man kan förvänta sig för effekter i den kliniska verksamheten är inte självklart för alla. Projektet har haft vissa svårigheter i att få gehör från medicinkliniken, personalen där har haft svårt att se de direkta fördelarna med HOPP-teamet. Den begränsade patientgrupp som har fått ta del av HOPP-interventionen (36 patienter) har inte haft någon märkbar påverkan i beläggningsgraden på medicinkliniken. Projektgruppen bestående av projektledare, forskningshandledare samt de två läkarna i studien, tror att slutenvården haft felaktiga förväntningar på t.ex. minskade överbeläggningar. Projektgruppen har också dragit slutsatsen att det är viktigt att tydligt beskriva och presentera inte bara forskningsupplägg, utan även vilka förväntningar man kan ha i den direkta kliniska verksamheten under studietiden. Betydelsen av en tydlig ledningsstruktur och en nära koppling till ordinarie verksamhet har visat sig ha stor betydelse när ett forskningsprojekt ska övergå i ett verksamhetsnära förbättringsarbete.

Från april 2013 har Hopp organisatoriskt tillhört den avancerade hem-sjukvården i Västerbottens läns landsting som är en länsklirik (AHS). Organisationsförändringen syftade till att underlätta samarbetet med AHS-Viool i Skellefteå, som under projekttiden har utfört insatser åt teamet utanför kontorstid. I och med organisationsförändringen har HOPP fått en tydligare ledningsstruktur eftersom teamet numera är en del av verksamheten inom AHS. Det ökade samarbetet mellan AHS-Viool/HOPP och medicinkliniken har lett till att AHS-Viool/HOPP deltar vid medicinklinkens möten och därmed blir HOPP ett komplement till den vård som traditionellt erbjuds de mest sjuka äldre som skrivs ut från medicinkliniken. Uppdrag till HOPP förmedlas främst från sjukhuset, utskrivningssjuksköterskan, vårdsamordnaren men också från primärvården.

Kommentarer

Under projektets gång har landstingets organisation förändrats. Bl.a. har byte av projektägare inom landstinget skett vid tre tillfällen och verksamhetschefer inom AHS har bytts ett antal gånger. Projektet har därför fått ägna mycket tid till att informera de nya cheferna inom landstingsledningen, om projektet, dess arbetssätt och vilka fördelar teamarbetet har för patientgruppen. Utan denna förankring på ledningsnivå hade projektet haft små möjligheter att bli en permanent verksamhet inom

landstinget efter projekttiden. Att projektet kunnat genomföras på ett framgångsrikt sätt kan sannolikt också tillskrivas projektets tydliga målgrupp och upplägg.

För att modellen ska fungera fullt ut krävs ett bra samarbete med andra för patienten viktiga vårdgivare, som t.ex. andra specialister inom sjukvården, primärvården och kommunens hemtjänst och hemsjukvård. En brist har varit tidsgränsen för att få vara inskriven i HOPP-teamet, sex månader. Den tidsgränsen kan motiveras av upplägget som forskningsprojekt men har inget med patientens behov att göra.

Resultaten visar att de äldre patienter som ingått i interventionsgruppen har en bättre självskattad hälsorelaterad livskvalitet, lättare/mindre symtombörda och större tilltro till sin egen förmåga att hantera hjärtsvikt jämfört med de patienter som fått sedvanlig vård. Resultaten visar också att arbetssättet bidragit till förbättring i hjärtsviktens svårighetsgrad, färre inläggningar på medicin-geriatrisk klinik och kirurgklinik samt minskat antal ambulanstransporter för de personer som varit inskrivna i HOPP-teamet. Arbetssättet verkar också ha resulterat i en besparings-effekt.

För andra att lära av projektet

Genom teamarbete och hembesök har HOPP-projektet visat att mest sjuka äldre med en tydlig diagnos, hjärtsvikt, kan få bättre livskvalitet, symptomkontroll och färre vårddagar inom slutenvården. Detta utan att kostnaderna för landstinget blivit högre.

Detta visar på fördelarna med en strukturerad verksamhet, där patienter med behov av kontinuerliga medicinska insatser får den med hög kontinuitet och av samma personal. HOPP kan således vara en modell som kan användas i andra landsting/kommuner, och även riktas till andra patientgrupper.

Referenser

Brännström M, Boman K. (2013). A new model for integrated heart failure and palliative advanced homecare – rationale and design of a prospective randomized study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, vol. 12 no. 3, p. 269-275

InterAction, Järfälla

Syfte med försöksverksamheten

Huvudsyftet var att synliggöra äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. Tanken var att projektet skulle generera ny kunskap om målgruppens behov som förväntades leda till ökad förståelse, bättre bemötande och utveckling av insatser inom både kommun och landsting.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Den primära målgruppen definierades som äldre bosatta i Järfälla kommun, 65+ med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga. Den äldre skulle vara patient och inskriven i äldrepsykiatriska teamet, Psykiatri Nordväst, Karolinska sjukhuset. Den sekundära målgruppen var personal från landstinget (primärvården och psykiatrin) och kommunen (biståndsbedömare, hemtjänstpersonal, personal från Järfälla hemstöd och personal inom Lindens äldreboende) som arbetar med den primära målgruppen.

Järfälla kommun har en befolkning på ca 65 000.

Under 2012 utökades upptagningsområdet till att gälla även kommunerna Solna, Sundbyberg, Sollentuna, Upplands Väsby, Upplands-Bro och Sigtuna. Patienter boende i Järfälla kommun har dock prioriterats. Syftet med utökningen var att kunna rekrytera tillräckligt med patienter för att kunna utvärdera delprojekt 1 (se nedan). Målgruppen utökades också till att omfatta äldre personer med psykiska funktionshinder boende på Lindens äldreboende i Järfälla.

Projektet har bestått av fyra delprojekt:

1. Inom äldrepsykiatrin utveckla en modell att kommunicera med patienter via dator.
2. Utveckla tre kunskapsprogram utifrån målgruppens behov.
3. Inom Järfälla kommuns äldreomsorg utveckla kriterier för biståndsbedömning och insatser utifrån målgruppens behov.
4. Utveckla en modell för samverkan mellan Järfälla kommun och landstinget och nordvästra Stockholm genom att införa multiprofessionella team i arbetet med de mest sjuka äldre.

I delprojekt 1 utbildades landstingets äldrepsykiatriska team i att arbeta med e-hälsotjänster.

Rekryteringen av målgruppen skedde via det äldrepsykiatriska teamet i samverkan med kommunens biståndshandläggare. Det fanns inga krav på patienterna avseende tillgång till dator eller vana att hantera It-teknik. 26 äldre erbjöds att delta i projektet och 15 tackade ja. Deltagarna som

tackade ja var mellan 65 och 83 år, elva kvinnor och fyra män. De patienter som tackat ja, utrustades med datorer med bildtelefon. En arbetsterapeut avdelades för att instruera patienterna hur de skulle använda tekniken.

En sjuksköterska från äldrepsykiatriska teamet har också vid flera tillfällen gjort hembesök i syfte att informera, motivera och ge stöd till den äldre. När tekniken och kunskapen väl var på plats kunde användarna – det äldrepsykiatriska teamet (läkare och sjuksköterskor) och patienten och dennes anhöriga när de var på plats hos patienten - via sina datorer och bildtelefoner ha kontakter med varandra. Kontakterna handlade i huvudsak om stöd och behandling av teamet till patienten.

I delprojekt 2 var syftet att öka den äldres egen förmåga att påverka sin livssituation och egenvård genom olika kunskapsprogram. Tre kunskapsprogram togs fram av företaget ACTION-Caring i samarbete med Psykiatri Nordväst och äldre personer med erfarenhet av psykisk ohälsa samt ett antal anhöriga till äldre med psykisk ohälsa. Det första programmet, "Välbefinnande i själen", handlade om depression och ångest i samband med åldrandet. Det andra programmet handlade om sömn och åldrande och det tredje om anhöriga till äldre personer med psykisk ohälsa. Samtliga program bygger på erfarenheter från äldre med psykisk ohälsa eller från anhöriga till äldre med psykisk ohälsa. Förutom patienterna kunde deras anhöriga och personal inom äldrepsykiatriska teamet och hemtjänsten ta del av programmen.

I delprojekt 3 var syftet att ta fram en modell för biståndsbedömning utifrån målgruppens behov. Biståndsbedömarna i Järfälla kommun kartlade äldre med psykisk diagnos inom kommunen och skaffade sig därigenom kunskaper om vilket behov målgruppen har.

I delprojekt 4 fanns planer på att utarbeta en modell för samverkan i multiprofessionella team men som aldrig genomfördes.

Resultat och erfarenheter

Projektet avslutades i förtid, i mars 2013 då psykiatrin upphandlades och Psykiatri Nordväst inte längre var ansvariga för patienterna i Järfälla kommun. Projektet som helhet kommer med stor sannolikhet inte att permanentas i ordinarie verksamhet.

Projektet har haft en utarbetad uppföljningsmodell som innefattat området som självskattat psykiskt välbefinnande bland de äldre patienterna, självskattat screeningsinstrument gällande depression, global funktions-skattningsskala (GAF), baserat på individuella intervjuer med 10 deltagare och en fokusgruppintervju med deltagande personal.

Resultatet av projektet visade inte någon skillnad när det gäller upplevt psykiskt välbefinnande eller självskattad depression före och efter att

man haft möjligheten att samtala med personalen över bildtelefonen. Däremot finns en viss ökning av psykologisk och social funktionsförmåga.

Flertalet av de 10 intervjuade deltagarna angav att projektet gav ökad trygghet och att det funnits ett värde i att slippa åka till sjukhuset för samtal. Kontakterna via bildtelefoni och dator beskrevs som tillfredsställande och personliga. Sju av de 10 som intervjuades uppfattade projektet som positivt eller mycket positivt. En ansåg inte att bildtelefoni kunde ersätta mänskliga kontakter, en annan tyckte att han blivit sämre medicinerad under projektet och den tredje hade inte fått ut något alls av projektet. Samtliga intervjuade, även de som uttryckt negativ kritik, kände sig mer eller mindre besvikna över att projektet avslutades i förväg.

Vid fokusgruppsintervjuer med läkare, sjuksköterska, biståndsbedömare och arbetsterapeut framkom att det varit svårt att rekrytera deltagare till projektet, en del patienter var antingen för sjuka eller för friska för att kunna delta. De patienter som var för friska ansåg sig inte ha något behov av bildtelefoni och de som var för sjuka hade svårt att lära sig tekniken. Det gick lättast att motivera de äldre som hade aktiva anhöriga och de patienter som också hade datorvana.

Personalen ansåg att projektet pågick för kort tid för att hinna se resultat, det skulle ha funnits mer tid för motiveringsarbete med patienterna. En annan negativ faktor var att bildtelefonin upplevdes som ett hinder vid längre stöd och behandlingssamtal då tekniken inte alltid fungerade (fel uppstod vid 20% av bildtelefonikontakterna). Fördelarna beskrevs som att personalen kunde ha tätare kontakter och möjlighet till tillsyn och göra fysiska bedömningar tack vare bildtelefonin.

Vid intervjuerna framkommer att de tre kunskapsprogrammen som togs fram inte har använts av patienterna i någon större utsträckning.

Delprojekt 4 där planeringen var att utarbeta en modell för samverkan i multiprofessionella team genomfördes aldrig. Orsak som anges till att delprojektet inte prioriterades var att projektledningen valde att fokusera på ett bra avslut i delprojekt 1. Svårigheter har också bestått av att lyfta fram fördelarna med en samverkansmodell och att förankra dessa på ledningsnivå hos involverade samarbetspartners, landsting och kommun.

Kommentarer

Målgruppen, äldre med psykiska funktionshinder, är ofta en försummad grupp och vård och omsorg är ibland eftersatt på grund av organisations- och kunskapsbrister hos ansvariga och hos den vårdgivande personalen. Psykiska funktionshinder hör också ofta ihop med somatisk multisjuklighet vilket komplicerar vård och behandling.

Även om behovet av psykiatrisk vård och samtal/rådgivning är stort så är det uppenbart att kommunikation via dator/bildtelefon inte kan komma att fungera för stora delar av målgruppen. Detta minskar givetvis inte

intresset för att införa den möjligheten för kommande grupper av äldre personer som skulle ha lättare att kunna utnyttja denna möjlighet.

Projektet påverkades negativt av svårigheterna med förankringen på ledningsnivå och att landstinget mitt under projekttiden genomförde en ny upphandling inom psykiatrin vilket gav en ny samarbetspart innan projektet hann slutföras.

För andra att lära

Försöket visar att bildtelefoni kan vara ett fungerande arbetsverktyg som underlättar personalens arbete och därmed indirekt kan innebära en ökad trygghet för vissa patienter. Projektet belyser också vikten av huvudmännens långsiktiga ansvar för att ett projekt ska överleva och ge avtryck i reguljär verksamhet.

In och utskrivningsklar patient (INUT), vårdkedjan för de mest sjuka äldre, Göteborgsregionen

Syfte med försöksverksamheten

De tio stadsdelarna i Göteborg samt kranskommunerna Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö ansökte gemensamt med Västra Götalandsregionen om stimulansmedel. Totalt bor det 640 000 personer i de aktuella kommunerna. De ingår i en gemensam organisation LGS⁵ för att utveckla samverkan mellan kommunerna, närvården⁶ och slutenvården.

Syftet med projektet var *att skapa en trygg, säker och jämlik vårdkedja där de mest sjuka äldre omhändertas vid rätt tid, på rätt vårdnivå och att de samlade resurserna används på ett för samhället effektivt sätt.*

Grundtanken bakom projektet var att implementera den lokalt förankrade och i flera avseenden framgångsrika Hisam-modellen⁷ som hade utvecklats i stadsdelen Hisingen och som visade att en utvecklad närvård kan förbättra vårdkedjan och minska behovet av sjukhusvård.

Ett mål med projektet var att närvården, kommunerna och sjukhusen skulle förbättra sin samverkan för att tidigt upptäcka äldre med sviktande hälsa. Fokus var vårdövergångar. Projektet skulle arbeta för att äldre så långt som möjligt skulle få vård utanför sjukhuset och i de fall sjukhusvård var adekvat skulle de komma till rätt klinik, om möjligt utan att passera akuten. Efter ett vårdtillfälle inom slutenvården skulle de äldre i första hand slussas tillbaka till närvården för fortsatt vård. En viktig utgångspunkt för att samverkan skulle lyckas bättre var att få sjukhusen att se sig som en del i vårdkedjan.

Möjligheten att få stimulansmedel för att i projektform utveckla samverkan om de mest sjuka äldre passade bra in i det omfattande utvecklingsarbete som skulle inledas i LGS-området.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet INUT startade den 1 januari 2011. Samtidigt genomförde Göteborgs stad en omfattande omorganisation som bland annat innebar att antalet stadsdelar minskade till 10. De nya stadsdelarna fick en likadan organisation, bland annat för att på så sätt underlätta samverkan. De fyra andra kommunerna har inte denna organisations-

⁵ LGS ledningsgruppen för samverkan

⁶ Begreppet Närvård används i Västra Götaland istället för primärvård och är organiserad i mindre områden i regionen

⁷ Se om Hisam i beskrivningen av 10 nätverk.

modell. Även närvården omorganiserades med nya geografiska ansvarsområden och nya chefer.

Parallellt med omorganisationen i Göteborgs stad omorganiserades även LGS, som leds av en politiskt tillsatt ledningsgrupp. Under den finns fyra temagrupper på tjänstemannanivå som arbetar övergripande med att utveckla samverkan inom olika områden där äldre multisjuka (temagrupp äldre) är ett område. Omorganisationen innebar att varje kommun eller stadsdel blev ett så kallat Nosamområde (Närområdessamverkan). Samverkan bedrivs även på individnivå och kallas då I-sam.

Målgruppen var ursprungligen personer 75 år eller äldre i behov av vård och omsorg, som söker vård och omsorgstjänster från närsjukvård, kommun och slutenvård. Under projektets gång ändrades åldersgränsen till 65+. Orsaken angavs vara att 65+ var etablerat och användes både nationellt och internationellt som åldersgräns.

En projektledare (på halvtid) och sex processtödjare (4,8 årsarbetare) har haft uppgiften att på olika sätt stödja arbetet för en ”obruten vårdkedja” i LGS-området.

Projektledaren har ansvarat för kontakterna med den övergripande nivån inom LGS, bland annat genom att föra information om samverkans- och samarbetsfrågor från Nosam-områdena till de centrala samverkansgrupperna och se till att frågor av strategisk övergripande art uppmärksammats.

Processtödjarnas huvudsakliga uppgifter har varit att ansvara för att olika former av samverkan skulle kunna komma igång inom de sammanlagt 13⁸ lokala Nosam-områdena. Kraven på processtödjarna var att de skulle ha erfarenhet av förändringsarbete, samt av att leda verksamheter och projekt inom sjukhus, närsjukvård och kommun.

Processtödjarna har deltagit vid Nosam-gruppernas möten och senare också i de speciella arbetsgrupper som startades av Nosam-grupperna med uppgift att arbeta med vård och omsorg om de äldre. Processtödjarnas arbetsuppgifter var initialt att:

- inventera de fungerande samverkansformer som fanns när projektet startade,
- informera styrgruppen inom respektive NOSAM om INUT-projektet samt lokala pensionärsorganisationer och andra intressenter,
- delta i Nosam-gruppernas möten för att ge stöd i arbetet att utveckla och utarbeta modeller och arbetssätt för samverkan om de mest sjuka äldre,

⁸ Två Nosamområden arbetade tillsammans.

- starta en arbetsgrupp för äldrefrågor i varje Nosam och se till att dessa arbetsgrupper upprättade handlingsplaner för hur samverkan skulle utvecklas,
- sammanställa lokala listor med kontaktuppgifter för deltagarna i den lokala samverkan, och
- erbjuda metodstöd och stämma av hur samverkan utvecklades.

Ytterligare en uppgift var att ha kontakt med berörda chefer.

Projektledaren arbetade under 2011 tillsammans med en av processtödjarna fram en rutin (Direktrutinen), för direktinläggning på sjukhus, som implementerades under 2012. Den 1 juni 2012 fastställdes också rutinen för utskrivning (PRIMUS) där implementering pågick under 2013.

En processtödjare har även arbetat med att utveckla funktionerna i vårdplaneringsinstrumentet KLARA SVPL⁹ för att underlätta samverkan.

I juli 2012 ändrade projektet delvis inriktning, något som också sammanföll med byte av projektledare. Fokus flyttades från det lokala utvecklingsarbetet i Nosam-områdena till LGS-området som helhet. De pengar som fanns i projektet satsades på att erbjuda personal i olika kategorier och på alla nivåer i den kommunala äldreomsorgen, närsjukvården och sjukhus att delta i olika former av utbildningar. Syftet med utbildningarna var att stimulera samverkan. De startade under våren 2013 och behandlade varierande ämnen. Bland annat olika sjukdomar som hjärtsvikt och stroke och modeller/metoder för samverkan/kommunikation i samband med utskrivning av primärvårdspatienter från sjukhus.

Ett annat initiativ var att under våren 2013 starta, alternativt stödja redan pågående arbete/försöksverksamheter för att förbättra vården och omsorgen för målgruppen. De projekt/verksamheter som fick stöd den återstående projekttiden var bland andra;

- Akutmottagningarna på Sahlgrenska och Östra sjukhuset som fick var sin omsorgscoordinator med uppgift att bedöma vilka äldre patienter som var i en skör livssituation. Förebilden var det redan etablerade arbetssättet på Mölndals sjukhus.
- En s.k. ”bedömningsbil” bemannad med en sjuksköterska besökte äldre sjuka personer där SoS-alarm hade bedömt att det inte fanns ett akut behov av sjukhustransport.

⁹ KLARA SVPL är ett IT-stöd för att på elektronisk väg kunna hantera innehållet i de tidigare pappersbaserade meddelanden som ingår i rutinen för att skapa ett beslutsunderlag som finns tillgängligt i den samordnade vårdplaneringsprocessen.

- Personal som arbetade i kommunerna, närsjukvården och inom slutenvården bjöds in till sjukhusen för att stärka samarbetet och den kollegiala samhörigheten inför storhelger.
- Utveckling av en modell och arbetssätt för uppsökande verksamhet i Angered.
- De verksamheter som använde Primusremissen (den fastställda rutinen för utskrivning) fick ersättning per individ efter tillämpning av rutinen.

Resultat och erfarenheter

Projektet har i sin slutrapport avrapporterat olika aktiviteter och tidpunkter för genomförande samt syftet med aktiviteterna och inblandade organisationer. Projektet har också utvärderats av FoU i Väst.

Implementeringen av projektet i de tio stadsdelarna i Göteborgs stad respektive de fyra kranskommunerna har skiljt sig åt. En anledning är troligen att kranskommunerna till skillnad från stadsdelarna i Göteborg inte omorganiserades under projekttiden.

Efter projektets första 18 månader hade någon form av samverkan inletts i alla tretton Nosam-områden och arbetsgrupper med uppgift att arbeta med äldre frågor hade etablerats i tolv av områdena. Den första arbetsgruppen startades i april 2011 och de sista under hösten 2012. Arbetsgrupperna hade olika sammansättning men främst har chefer inom äldreomsorgen och närvården, biståndshandläggare och medicinskt ansvariga sjuksköterskor (MAS) ingått. Arbetsgrupperna har i olika takt utvecklat och utarbetat modeller, handlingsplaner och arbetssätt i syfte att stödja samverkan om de mest sjuka äldre. Bland annat har arbetsgrupperna utarbetat "listor" med kontaktuppgifter för att underlätta kommunikationen. De har också utarbetat rutiner för samverkan kring personer med behov av hälso- och sjukvård i hemmet.

Utvärderingarna visar att INUT-projektet uppfattades som vagt och svårt att få grepp om och att projektet haft svårt att nå ut till alla verksamheter. Samtidigt fanns stöd för projektets innehåll bland medlemmarna i NOSAM-grupperna. Intervjuer genomfördes med nio ordförande och tre medlemmar i NOSAM-grupper. Samtliga uppfattades vara motiverade att arbeta med olika åtgärder för att förbättra processerna kring de äldre.

Processtödarna har blåst liv i och/eller vidmakthållit samverkanskontakterna i Nosam-områdena. Projektiden var att stödja de nya Nosam-grupperna att utveckla en hållbar samverkan. Medlet var ett processinriktat arbetssätt enligt modellen från Hisam. Processtödarna har fört upp samverkansfrågor på agendan, t ex genom regelbundna möten och att ta fram aktuella telefonlistor. De har också utarbetat lokala handlingsplaner för att utveckla samverkan och bidra till att deltagarna i

NOSAM lärt känna varandra vilket inspirerat till fortsatt samverkan. De har också initierat läkemedelsgenomgångar

Analysen visade att de flesta chefer hade förstått det övergripande syftet med INUT men däremot framkom att närvården inte alltid förstått vikten av samverkan och av att ta ansvaret för att göra hembesök hos de mest sjuka äldre.

I den ursprungliga "Hisam-modellen" var tanken att kommunens distriktssköterskor skulle göra hembesök hos äldre som blev akut sjuka för bedömning och eventuell åtgärd. Eftersom denna arbetsfördelning visade sig strida mot det gällande lokala avtalet inom närvården beslöt ledningen för Göteborgs kommun att inte införa denna rutin. Däremot har Härryda kommun ingått avtal med närvården att göra akuta hembesök under jourtid. Lokala avtal angående hembesök på obekvämtid förbereddes även i de tre andra deltagande kranskommunerna.

Uppdraget att mäta vilka eventuella effekter projektet skulle ge kunde inte slutföras. Anledningen var att de uppgifter som hämtades ur statistikregister inte visade sig vara tillförlitliga på grund av felregistreringar eller ingen registrering alls. Bl.a. har uppgifter som, antal patienter som skrivits in i slutenvården, akutmottagningens genomloppstider för olika patientgrupper, återinläggningar och antal listade patienter 65+ samt antal av dessa som besökt vårdcentralen inte gått att följa upp.

I FoU i Västs utvärdering (2014) som avser hösten 2012 till projektet avslutades 2013 framkom att projektet främst upplevdes ha bidragit till att skapa lokala plattformar för samverkan. De bestod enligt utvärderingen av de samverkansarenor som Nosamstrukturen ger och verktyg som underlättade samverkan. Exempel är remissen för direktinläggning och utskrivningsremissen PRIMUS samt vårdplaneringsverktyget KLARA SVPL.

Baserat på resultatet från utvärderingen kan de gemensamma utbildningar som hölls i projektets senare del även sägas ha bidragit till viss samverkan över gränserna. Samtidigt var det svårt för verksamheterna att kunna skicka deltagare i den utsträckning de önskade eftersom utbildningarna gavs med kort varsel och under en begränsad tid.

INUT-projektet verkar enligt FoU Västs slutrapport (2014) främst ha bidragit till att underlätta en ökad koordinering¹⁰ mellan organisationer. [...] *Kännedom om varandra och varandras uppdrag underlättade arbetet med att hänvisa eller slussa till varandra. Verktyg som underlättade var*

¹⁰ Med koordinering menas att verksamheternas bidrag adderas till varandra vilket är den lägsta graden av integration mellan organisationer (Berggren, 1982).

till exempel kontaktlistorna med direktnummer, direktinläggningsremissen och PRIMUS-remissen.

Kommentarer

INUT startade samtidigt som en stor omorganisation gjordes i Göteborgs stad, inom närvården och i samverkansorganisationen LGS. Det medförde att många chefer byttes ut och att de tidigare samverkansstrukturerna helt eller delvis slogs sönder.

Att samtidigt starta ett gemensamt förändringsarbete i samtliga stadsdelar i Göteborg och i de fyra kranskommunerna med ambitionen att skapa en enhetlig samverkansstruktur innebar en stor utmaning. När det gällde förutsättningarna i form av t.ex. kunskap, kompetens och resurser att kunna utarbeta och använda rutiner för samverkan om de mest sjuka äldre var det uppenbart att de olika omorganisationerna bröt upp tidigare samverkansrelationer och försvårade och försenade projektet. Som en följd av alla förändringarna fick aktiviteterna inom INUT också en mer organisatorisk inriktning och fokuserade mer på de som samverkar än på de som de samverkar för.

De olika omorganisationerna bidrog troligen också till att Göteborgs stad och närvården misslyckades med att utforma en överenskommelse att ansvaret för akuta hembesök under jourtid skulle ligga hos kommunerna.

Projektet angav i sin ursprungliga ansökan om stimulansmedel ett konkret exempel för hur samarbete rörande in- och utskrivningsrutiner från sjukhus för äldre patienter kan utvecklas (Hisam). Försöket att i så stor skala införa en arbetsmetod (modell) baserat på ett redan genomfört projekt kan ha väckt motstånd. INUT-projektet omfattade tretton Nosam-områden med totalt 55 000 medarbetare. Organiseringen med vårdval inom närvården gynnar heller inte samverkan. Det har varit svårare att få igång samarbetet där det varit många aktörer inblandade.

Vid intervjuerna med processledarna samt företrädare för närvården, hemtjänst och slutenvården framkom att det är viktigt att det finns tillräckligt med tid för samverkan. De intervjuade upplevde inte att de hade tillräckligt med tid för att utföra sina ordinarie arbetsuppgifter om de också skulle samverka. Bra relationer mellan distriktssköterskor och läkare bedömdes också vara mycket viktigt samtidigt som intervjuerna med distriktssköterskor i såväl landsting som kommuner visade att de hade svårigheter att nå läkare när de behövde.

De intervjuade processtödjarna tyckte inte att alla ekonomiska incitament i ersättningen för verksamheterna stödjer målen för samverkan. De påpekade också att första linjens chefer inte hade fått de mandat eller medel de behövde för att kunna genomföra förändringar som skulle gynna samverkan.

Enligt processtödarna var det inte ovanligt att äldre personer skrevs ut för tidigt från slutenvården där också hemtjänstens personal ansåg att de äldre var i för dåligt skick att komma hem. Det innebar risk för att de fick åka tillbaka till sjukhuset igen.

Samverkan mellan landstingets primärvård, kommunal hemsjukvård och äldreomsorg behöver växa fram lokalt. Projektets värde synes här främst ha varit att skapa plattformar för möten mellan vårdgivare och professioner. De intervjuer utvärderarna gjort visar på värdet både av Nosam-grupperna och de gemensamma utbildningarna. De har bidragit till en ökad förståelse för varandra, och skapat kontaktkanaler – att man kunnat minska ”vi- och domkänslan”.

Ambitionen att stödja den lokala samverkan i Nosam-områdena genom ett antal gemensamma övergripande stödstrukturer i form av olika remisser, KLARA SVPL m m uppnåddes inte helt under projekttiden. Möjligheten att kunna skriva in äldre personer som insjuknat akut i slutenvården med hjälp av en direktinlägningsremiss har inte fungerat så som det var tänkt. En bidragande svårighet har varit att antalet slutenvårdsplatser har minskat och att det ofta varit fullbelagt eller till och med överbelagt på sjukhusen. I de situationerna är sjukhusen inte benägna att ta emot patienter via direktinläggning. Direktinläggningarna försvåras också av att det inte finns läkare tillgängliga på vårdcentralerna som kan göra akuta hembesök. Vid projekttidens slut höll den Primusremissen på att implementeras och nya funktioner utvecklades inom ramen för vårdplaneringsinstrumentet KLARA SVPL.

Alla processtödjare hade heller inte erfarenheter av att arbeta i ledande ställning eller att leda liknande utvecklingsprocesser vilket troligen påverkade arbetet.

Sättet att arbeta i Mölndal med sköra äldre personer och den samverkan som pågår mellan Mölndals kommun, sjukhus och primärvården uppmärksammas runt om i Sverige. På samma sätt som Hisam-projektet visar intressanta vägar att försöka förebygga att äldre multisjuka gör onödiga besök i slutenvården innebär arbetssättet i Mölndal en modell för hur slutenvården, kommunen och primärvård kan samarbeta i samband med att äldre har besökt en akutmottagning eller vårdats inom slutenvården. I projektets andra del anställdes omsorgskoordinatorer på Sahlgrenska och på Östra sjukhuset för att arbeta på samma sätt som i Mölndal. Projektet hade vunnit på om detta arbetssätt hade uppmärksamats tidigare och förankrats i samtliga Nosam-områden eftersom arbetssättet kräver en organisation både inom kommunen och primärvården för att fungera.

För andra att lära av projektet

Projektet visar värdet av strukturerade former för möten, som Nosam-grupperna erbjuder. Det visar också på vikten av att det finns tillräckligt med tid för att medverka och driva samverkansprojekt framåt.

Att inte göra olika förändringar när ett projekt startar alternativt pågår som avsevärt påverkar förutsättningarna för projektet.

Att i ett projekt ha processtödjare som en stöttande funktion för att driva arbetet framåt.

Referenser

Lindahl L, Innes Mac H. (2014). *En plattform för samverkan. Slutrapport från utvärderingen av projektet In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre*. FoU i Väst/GR. Göteborg.

Levin, E.&Lindgren, L. (2013) *Implementering av projektet In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre (INUT): Rapport FoU Väst/GR.Göteborg*

Mobila hembesöksteamet, Uppsala

Syfte med försöksverksamheten

Projektidén var att undvika onödiga sjukhusvistelser för de mest sjuka äldre. Både att undvika inläggningar på sjukhus men också att försöka minska besöken på akutmottagningen. Äldre personer med sammansatta vårdbehov får ofta vänta länge på akutmottagningar utan mat, dryck eller annan basal omvårdnad, vilket i sin tur kan leda till att de blir ännu mer medtagna.

Ett annat område som man ville uppmärksamma var den kommunala sjuksköterskans arbete med äldre sköra patienter i hemmet. Arbetet kräver hög kompetens. Om kunskaperna inte räcker och sjuksköterskan känner sig osäker på sin egen bedömning finns ofta ingen annan möjlighet än att skicka patienten till akutmottagningen.

Mot denna bakgrund ansökte Uppsala kommun med drygt 200 000 invånare och Landstinget i Uppsala län gemensamt om att starta en försöksverksamhet med ett Mobilt hembesöksteam (MHT). Med försöksverksamheten var tanken att de sjuka äldre i Uppsala snabbt skulle få kontakt med läkare för ett hembesök. Syftet var att öka tillgängligheten av vård och behandling i hemmet dygnet runt. När fortsatt vård i hemmet inte var möjligt skulle inskrivning i slutenvård kunna ske direkt till vårdavdelning och inte via akuten. Teamet skulle också kunna fungera som stöd till den kommunala sjuksköterskan.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har reviderats vid flera tillfällen under projektet. Den ursprungliga formuleringen var: *Sjuka äldre 65+ i ordinärt boende, som har insatser från kommunens utförare (hemtjänst och/eller hemsjukvård) och som insjuknar akut. Vårdtagaren (den äldre) som inte kan uppsöka vårdcentralen akut ska alltså inte skickas till sjukhuset innan MHT kontaktats såvida tillståndet inte är livshotande* (sept. 2011).

Under 2012 utökades målgruppen till att även gälla personer 65+ boende i Uppsala kommun som kontaktat ambulans, sjukvårdsrådgivningen (1177), eller som kontaktat vårdcentral men inte kunnat få någon akut besökstid alternativt inte själv kunde ta sig till vårdcentralen, samt boende på särskilt boende utifrån särskilda fastställda kriterier.

Kontakten med MHT kan endast ske via personal och inte av de äldre själva eller anhöriga.

I teamet har två läkare (1,3 tjänster) och en sjuksköterska arbetat. De båda läkarna är distriktsläkare/allmänläkare, med erfarenhet av primärvård och akutsjukvård. Sjuksköterskan i teamet är leg sjuksköterska med lång erfarenhet från kommunens hemsjukvård samt erfarenhet från akutsjukvård.

Teamet har under försöksverksamheten varit placerat vid Hemvårdsenheten inom primärvården i Uppsala. Den ursprungliga tanken var att bemanna teamet även jourtid, men detta ansågs inte kostnadseffektivt. Med ledning av besöksstatistik från akuten på Akademiska sjukhuset som visar att de flesta patienter söker vård dagtid bestämdes att verksamheten skulle vara igång vardagar 8 – 17. De kommunala sjuksköterskorna hade förutom möjlighet till rådgivning av MHT under dagtid vardagar, även rådgivning av läkare på helger och 17-07 alla dagar i veckan från primärvårdens läkarjour.

Vid behov av läkarbedömning har teamet kontaktats av sjuksköterskorna i hemvården, ambulansverksamheten, sjukvårdsrådgivningen (1177), sjuksköterskor vid särskilt boende samt från vårdcentraler i Uppsala.

Prioriteringar av patienterna har gjorts av läkaren i teamet i dialog med den som tagit kontakten. Prioriteringarna har t.ex. handlat om hur akut patientens vårdbehov är, om det är lämpligt att MHT rycker ut eller om tillståndet direkt kräver akutsjukvård. Teamet har haft tillgång till bil och akutväska med vissa läkemedel, sjukvårdsmaterial och medicinskt teknisk utrustning. Ett hembesök har i regel varat mellan 10 – 60 minuter. De vanligaste orsakerna till att teamet kontaktats har varit olika infektioner, vid hjärtsvikt eller andningsproblem. Tillstånden har flera gånger varit akuta men MHT har även gjort hembesök på grund av att patienten inte orkat åka till vårdcentralen eller att vårdcentralen inte haft möjlighet att ta emot patienten tillräckligt snabbt.

Journalföring har gjorts i dokumentationssystemet Cosmic¹¹ av läkaren vilket sedan, via systemet, rapporterats vidare till berörd vårdgivare och därefter avslutades kontakten med patienten. Någon uppföljning av patienten har inte gjorts av MHT men den som kontaktat teamet kunde återkomma med eventuella frågor.

Enligt den ursprungliga planen skulle MHT:s läkare kunna göra en direktinskrivning vid Geriatriska medicinavdelningen på Akademiska sjukhuset. På grund av nedskärningar på avdelningen har denna möjlighet inte funnits och teamet har istället varit tvunget att skicka patienterna till akutmottagningen.

Från och med hösten 2012 har projektet kompletterats med att ett nytt arbetssätt prövats på akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset. En sjuksköterska, med erfarenhet från den kommunala hemsjukvården och akutsjukvård har, måndag-fredag 8-16, följt patienter 65+ boende i ordinärt boende i Uppsala kommun som kommit in till akuten. Målsättningen var att förhindra inläggning där medicinska skäl för inskrivning saknats och istället undersöka om dessa patienter hade behov av annan

¹¹ För de vars ordinarie husläkare inte hade tillgång till Cosmic skickades en journalkopia.

vård och omsorg såsom, hemtjänst, korttidsvård eller hemsjukvård. Tillfälliga insatser har i samverkan med Uppsala kommun (biståndshandläggare, distriktssköterska, driftschef, trygghetsjour) snabbt kunnat sättas in i form av insatser från distriktssköterska, tillsyn från hemtjänsten samt korttidsvård under några dagar.

För sitt arbete hade den kommunala sjuksköterskan tillgång till akutliggaren där samtliga patienter skrivs in och kodas beroende på vad de sökt för och hur akut det bedöms vara. Med hjälp av en checklista gjordes en kartläggning av patientens hemsituation där sjuksköterskan tog reda på om personen hade insatser från hemsjukvård/hemtjänst eller om behov fanns och i sådana fall med vad och i vilken omfattning, samt om personen kunde gå hem eller om behov fanns av korttidsvård. Sjuksköterskan kontaktade vid behov även anhöriga. Sjuksköterskan tog också reda på om patienten har kontakt med vårdcentralen och om personen kunde ta sig dit samt lämnade information om det mobila hembesöksteamet.

Resultat och erfarenheter

Det mobila hembesöksteamet har mellan september 2011 – februari 2013 genomfört totalt 2272 hembesök. Hembesöken har i samtliga fall initierats av de olika samverkansaktörerna (sjuksköterskorna i hemvården, ambulansverksamheten, sjukvårdsrådgivningen 1177, sjuksköterskor vid särskilt boende samt från vårdcentraler i Uppsala).

Efter det att patienten hade haft besök av MHT blev de flesta kvar hemma. Bland de som ändå bedömdes behöva åka in till akutmottagningen blev de allra flesta inlagda på vårdavdelning.

Teamets läkare bedömde att cirka 75 % av de äldre patienterna som MHT haft kontakt med sannolikt hade hamnat på akutmottagningen på Akademiska sjukhuset om de inte fått besök av MHT

Institutionen för folkhälsa och vårdvetenskap, Uppsala Universitet genomförde den lokala utvärderingen av det mobila hembesöksteamet. Utvärderingen visade bland annat att:

- De intervjuade patienterna var mycket nöjda med den vård de erhållit av det mobila teamet. De äldre ansåg att de hade fått en snabb diagnos, att teamet gjorde en kvalificerad bedömning och gav adekvat behandling i hemmet samt att teamet upplevdes som kompetenta och deras insatser gjorde att de äldre kände sig trygga. Flera lyfte även fram att de fick ett trevligt och värdigt bemötande.
- Samtliga sjuksköterskorna i hemvården som besvarade frågeformuläret (37 av 63 tillfrågade) var mycket nöjda eller nöjda med samarbetet. Sjuksköterskorna ansåg att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med det mobila hembesöksteamet.

- De intervjuer som genomfördes med 20 sjuksköterskor i hemvården visade att de upplevde en stor trygghet att ha tillgång till MHT, de ansåg att teamet var lätt att nå och att MHT besökte patienten snabbt (oftast samma dag), de uppfattade teamets personal som hjälpsamma, samarbetsvilliga, flexibla, engagerade och kompetenta. Detta kan jämföras med sjuksköterskornas erfarenhet av att det vanligtvis är mycket svårt att komma i kontakt med patientens husläkare, där de sällan fick svar samma dag.
- En enkätundersökning till 35 ambulanssjuksköterskor visade att merparten var mycket nöjda med samarbetet med mobila hembesöksteamet och de ansåg att vårdens kvalitet höjdes i och med samarbetet med MHT. Teamet bedömdes ha en bred kompetens, vara trevliga och tillmötesgående med en tydlig vilja till att hjälpa patienten. Teamets insatser mildrade patientens lidande i form av stress och obehag och patienterna var tacksamma för att slippa åka ambulans till sjukhuset. Sköterskorna ansåg att teamet minskade belastningen på sjukhusets akutsjukvård och underlättade ambulansverksamhetens arbete.
- Intervjuer som genomfördes med teamets egna medarbetare visade att de ansåg sig vara ett komplement framförallt till vårdcentraler och akutmottagning genom att de kan göra hembesök som vårdcentralerna inte hinner med och att de är en resurs för sjuksköterskorna i hemvården.

Den kommunala sjuksköterskan på akutmottagningen har mellan oktober 2012- mars 2013 träffat 243 personer 65 + och boende i Uppsala kommun. I en tredjedel av fallen gjorde sjuksköterskan bedömningen att ett besök från MHT skulle kunnat förhindra besöket på akuten.

Av de 243 personerna som sjuksköterskan träffade blev 40 % inlagda på vårdavdelning. 4 % blev hemskickade med utökat stöd av hemvården, 5 % fick nyinsatt hemvård, 21 % fick direktplats i kommunens korttidsvård och för 5 % beslutades om en vårdplanering i hemmet¹².

I den utvärdering som gjorts i Uppsala har man även försökt att kvantifiera de kostnadsbesparingar det inneburit att de flesta av teamets patienter inte besökt akuten. I avsaknad av heltäckande register när det gäller vård- och omsorgsutnyttjande för en målgrupp med ibland stora och komplexa behov av vård och omsorg krävs olika antaganden och schablon-

¹² De tillfälliga insatser som sjuksköterskan kunde initiera i samarbete med biståndshandläggare, distriktssköterska, driftchef eller trygghetsjour/biståndshandläggare var insatser både inom HSL och SoL. Aktuella insatser kunde vara hälso- och sjukvårdsinsatser (dsk-nivå), hemtjänstinsatser (verkställa insatsen tillsyn inom fyra timmar) samt korttidsvård (max tre dagar).

skattningar vilket gör skattningarna osäkra. Den rimliga slutsatsen är dock att införandet av det mobila teamet totalt sett inneburit en inte oväsentlig kostnadsbesparing.

Flera hinder och svårigheter har identifierats under projektet:

- Uppsala kommun är organiserad i en beställare och utförarmodell (BUM) – och styrs av avtal (även egen regi) som ofta löper på flera år vilket hindrar flexibla och tillfälliga lösningar i samverkansfrågor, internt och externt. Detta har inneburit en krånglig process när t ex insatser inom fyra timmar skulle införas (sjuksköterskan på akuten). Avtal inom landstinget har också satt käppar i hjulet, t ex gällande tillgång till jourläkare på natten.
- Det har varit svårt att prova nya arbetssätt över organisatoriska gränser.
- Olika journalsystem har försvårat samverkan och medfört att önskade projektaktiviteter inte kunnat genomföras tillfredsställande.
- De ekonomiska incitamenten behöver ses över när det gäller t ex hembesök av läkare från vårdcentralen. I dagsläget är det mer ”lönsamt” att ta emot besök på vårdcentralen än att göra hembesök. Det är också lätt att föreslå patienten att åka till akuten.

Kommentarer

Försöksverksamhetens innehåll är rätt tänkt och genomfört. Det övergripande projekt målet att öka tillgängligheten av vård och behandling i hemmet för akut sjuka 65+ har uppfyllts. En fungerande organisation med tillgänglig läkare och sjuksköterska för akuta hembesök och/eller råd och stöd via telefonkontakt samt bedömning av patientens tillstånd i hemmet har kunna upprättas. Med detta arbetssätt har onödiga transporter till akutmottagningen undvikits.

Det mål projektet inte lyckats uppnå var möjligheten till direktinläggningar. Detta har inte kunnat genomföras på grund av platsbrist på Akademiska sjukhuset samt att MHT inte funnits tillgänglig dygnet runt, vilket skrindades eftersom det inte ansågs vara kostnadseffektivt.

Ett engagerat team, läkare och sjuksköterskor, har drivit projektet framåt genom att hitta och prova nya samverkansvägar för att öka tillgänglighet av vård och behandling i hemmet för personer 65+. Det har upplevts som en trygghet att teamet bestått av både sjuksköterska och läkare.

Behov finns av utökad samverkan med vårdcentralerna för att göra de akuta hembesök som vårdcentralsläkarna sällan eller aldrig gör/hinner med. Under projekt tiden har vårdcentralerna endast kontaktat MHT ett fåtal gånger med förfrågan om hembesök från teamet. Här finns möjligheter att utveckla samverkan ytterligare.

Behov finns av att se över vårdplanering/upsökande verksamhet från kommunens sida vid Akademiska sjukhuset. En utökad samverkan mellan akutmottagningen och biståndshandläggarna (vårdplaneringsteamet) skulle kunna innebära att man fångar upp mångbesökarna eller personer med behov av insatser som inte är medicinska utan där behovet är social vård- och omsorg.

Mobila hembesöksteamet verkar i Uppsala kommun, där man tagit beslutet att permanenta verksamheten från och med januari 2014. Det finns delade meningar om att utöka teamet till att omfatta hela länet. Att ta sig till de yttersta geografiska delarna av länet tur och retur för ett hembesök beräknas ta en halv dag för ett Uppsala baserat team, medan det är kort väg till vissa angränsande kommuner som t ex Knivsta. En möjlig lösning som kan övervägas är att istället ge distriktsläkarna bättre möjligheter (organisatoriskt och ekonomiskt) att få tid att göra hembesök i de mer avlägsna delarna i länet.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten har visat att ett mobilt hembesöksteam kan ge ökad trygghet och att onödiga akutbesök därmed kan undvikas för den äldre. Det mobila teamet kan också ge sjuksköterskor/distriktsköterskor i hemsjukvården stöd och hjälp i avvägningen om vården kan ges i den äldres hemmiljö.

Referenser

Pöder U, Wadensten B, *Utvärdering av mobilt hembesöksteam*, Uppsala universitet, Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Vårdvetenskap, 2013-08-27

Mobilt äldreteam, Östermalm

Syfte med försöksverksamheten

Syftet med Mobilt Äldreteam Östermalm (MÄÖ) var att hitta nya vägar för stöd till äldre med stora vård- och omsorgsbehov samt att hitta vägar för ökad samverkan mellan vård- och omsorgsgivare. Inom stadsdelen bor det ca 67 000 invånare.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen definierades initialt enligt Socialstyrelsens definition av de mest sjuka äldre - *Personer 65 år och äldre med omfattande sjukvårdsinsatser enligt hälso- och sjukvårdslagen och/eller omfattande insatser enligt socialtjänstlagen/lagen om stöd och service för funktionshindrade (minst 25 timmar/mån).*

Det visade sig dock vara svårt att hitta de äldre och beslut fattades att gälla alla äldre 65 + boende på Östermalm. Tanken var att även äldre personer utan vård- och omsorgsinsatser kan behöva stöd

Under projektet vände sig också personer som inte omfattades av ovanstående definition, t.ex. äldre som inte bodde inom Östermalms stadsdelsförvaltning, till projektet. Bedömning gjordes att även de skulle ges stöd och råd.

För att på olika sätt stödja äldre personer med behov av omfattande vård- och omsorgsinsatser anställdes två vård- och omsorgssamordnare (VoO). De sammanlagt fem olika VoO som kom att arbeta i projektet hade tidigare arbetat som socionom, biståndshandläggare, distriktssköterska och sjukgymnast.

Vanliga arbetsuppgifter har varit:

- svara på frågor i telefon från äldre, anhöriga, grannar eller personal,
- kontakt med enskilda äldre vid hembesök,
- finnas med i olika kontakter om den äldre så önskat (t ex vid hembesök av biståndshandläggare),
- ha aktiv kontakt med olika personalkategorier utifrån den enskildes önskemål (t ex kontakta syn- och hörselinstruktör, distriktsköterskan),
- ge stöd, rådgivning och information,
- sprida information om funktionen VoO och om projektet.

I några fall hade vård- och omsorgssamordnaren återkommande kontakter med de äldre, i andra fall fungerade de som en förmedlande länk.

Under projektet har två olika utskick riktats till äldre, boende inom Östermalms stadsdel. Under hösten 2011 skickades brev till 392 personer 65 + varav 34 personer med omfattande hemtjänstinsatser. Av dessa 392 personer återkom tre till försöksverksamheten med en önskan om hembesök. Inom en vecka från utskicket ringde MÄÖ också upp de 34 personerna som hade omfattande hemtjänstinsatser. Fem av de uppringda tackade ja till hembesök. Totalt tackade åtta personer ja till hembesök.

2013 gjordes ett nytt utskick till samtliga äldre på Östermalm och denna gång till de äldre som fyllde 85 år innevarande år, vilket motsvarade 155 personer och som inte tidigare haft kontakt med socialtjänsten. Inom en vecka ringdes personerna upp. Ett flertal personer var intresserade av att få information hemsänd om t.ex. vård- och omsorgsboende, hemtjänst samt kommunens öppna verksamhet. Av de uppringda tackade 15 ja till hembesök.

I februari 2013 startades en riktad uppsökande verksamhet till personer 85 år och äldre boende på Östermalm då det sedan projektstarten främst varit denna åldersgrupp som kontaktat mobila teamet.

Olika utbildningsdagar har anordnats om samverkan kring de mest sjuka äldre där distriktssköterskor, biståndshandläggare, enhetschefer m.fl. varit inbjudna. En folder har även utarbetats med information om Östermalms äldreomsorg.

Resultat och erfarenheter

Det har inte genomförts någon utvärdering av projektet. Samtliga effektmål som angavs i den ursprungliga projektplanen och som var inriktade på att utvärdera hälsorelaterad livskvalitet, trygghetsupplevelse samt vård- och omsorgskonsumtion togs bort. Vid ett möte med stadens juridiska avdelning hade det framkommit, att den typ av registrering, som krävdes för att kunna följa upp effektmålen inte var juridiskt försvarbara. De uppgifter det var frågan om var bl. a kontaktväg till teamet, motiv/behov, sjukdomar och besvär, kognition, motorik, nutrition, hälsoprofil.

Under projekttiden har det varit stor personalomsättning och sjukskrivningar bland VoO. Under vissa perioder hade projektet överhuvudtaget inte någon VoO alls i tjänst. Rollen som VoO upplevdes som oklar och man hade inga befogenheter att vidta några åtgärder utan kunde endast ta kontakt med andra professioner och påtala/beskriva de äldres behov och situation.

Projektet avslutades i förtid, i juli 2013.

Sammanfattningsvis framkom det att de personer som försöksverksamheten kommit i kontakt med till stor del var oberoende alternativt mildt beroende när det gäller aktiviteter i det dagliga livet (IADL). De flesta har varit ensamstående och kvinnor. Flertalet har besökt akutsjukvården under det senaste året samt vid minst ett tillfälle under det senaste året vårdats inom slutenvården. Hälften av personerna hade hjälp av hemtjänst.

Kommentarer

I projektansökan uppgavs att MÄÖ skulle vara ett samarbetsprojekt mellan landstinget och kommunen. Östermalms stadsdelsförvaltning har dock ensamt drivit projektet, utan samverkan med Stockholms läns landsting. I slutrapporten från projektet framkommer följande; *Det visade sig dock vara mycket svårt att skapa en organisation tillsammans med landstinget. En orsak var att det vid försöksverksamhetens start fanns nio husläkarmottagningar på Östermalm, en landstingsdriven och åtta privata.* Landstingets enda funktion har under projekttiden varit att de haft representanter i styrgruppen.

För andra att lära av projektet

Detta projekt påminner oss om vikten av att skapa förutsättningar och tydlighet innan ett projekt startas och att, när det är flera aktörer som äger projektet, alla är medvetna om sitt ansvar. Vidare tydliggörs vikten av att ge projektledningen det stöd den behöver under genomförandetiden.

Multi 7, Umeå

Syfte med försöksverksamheten

Samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård behövde förbättras för de mest sjuka/multisjuka äldre. Målet var att försöka minska risken för att insatser ibland inte blivit utförda samtidigt som dubbelarbete kunde förekomma när hemtjänst och hemsjukvård inte samarbetade. Äldre har haft svårt att hitta rätt kontakt inom primärvården och det har hänt att äldre multisjuka åkt in och ut på sjukhuset flera gånger utan att primärvården känt till det. Ambitionen har också varit att hitta äldre personer som är i behov av samlade vård- och omsorgsinsatser ur förebyggande syfte.

Umeå har drygt 117 000 invånare.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet har utgått från flera olika definitioner av målgruppen ”mest sjuka” äldre. Målgruppen kom att definieras som personer 65 år och äldre med behov av vård och/eller omsorg enligt:

- Personer som varit inlagda eller besökt akutmottagningen tre eller fler gånger inom sex månader.
- Är inskrivna i hemsjukvården.
- Personer där personal inom hemtjänst, på hälsocentraler och inom slutenvården larmat vid fallrisk, risk för trycksår, risk för undernäring, munhälsa, social svikt, signal från närstående, nytillkommen urin- eller avföringsinkontinens, återinläggning inom 30 dagar, många läkemedel.
- Nya brukare med omvårdnadsinsats och/eller matleverans.

Försöksverksamheten har drivits gemensamt av två projektledare, en från kommunen och en från landstinget. För utveckling av hemsida, sociala medier och material har stöd getts från en informatör och en statistiker, den senare för att sammanställa data. Memeologen, landstingets utvecklingsenhet, har fungerat som stöd och bollplank.

Multi7 innefattar två delar, ”Trygg och Säker Hemma” och ”Trygg och Säker Utskrivning”.

Arbetsprocessens fem steg för **Trygg och säker hemma** har varit identifiering, bedömning, planering, att åtgärda och att kontinuerligt följa upp. Stadsdelen Backen i Umeå har utgjort ”testyta” där medarbetare från Backens hälsocentral och den kommunala hemtjänsten tillsammans har utarbetat ”Multi7-modellen”.

Under 2013 har 2 ytterligare hälsocentraler i Umeå och en i Skellefteå börjat arbeta enligt Multi7modellen.

Personer som bedömts tillhöra målgruppen har erbjudits att delta i ett standardiserat vårdprogram. Erbjudandet har skett via telefonkontakt eller via personlig kontakt med distriktssköterskan. Ett hembesök har gjorts där distriktssköterskan, ibland tillsammans med kontaktpersonen från hemtjänsten och/eller biståndsbedömaren, gått igenom vårdprogrammet och tillsammans med den äldre beslutat om åtgärder. Totalt har 80 personer blivit erbjudna att delta i Multi7 programmet, 75 tackade ja och 5 tackade nej.

Det standardiserade vårdprogrammet innehåller:

1. Fast namngiven vårdkontakt/patientansvarig läkare
2. Riskbedömning i Senior alert (*fall, trycksår, nutrition och munhälsa.*) I samband med bedömningen sätts åtgärder in och följs upp enligt den plan, patienten, distriktssköterskan och hemtjänsten kommer överens om. Distriktssköterskan ansvarar för registrering i kvalitetsregistret.
3. Läkemedelsgenomgångar görs enligt beskrivningen i det samlade dokumentet "Handlingsplan Modell Västerbotten – Läkemedelsgenomgångarna innebär bl.a. säkerställande av korrekta läkemedelslistor för patienten.
4. Behovsanpassad omsorg, biståndshandläggare kontaktas när behov av ökad eller minskad insats finns.
5. Individuell plan. Den som först ser behov (ex. biståndshandläggare, distriktssköterska, läkare) ansvarar för att sammankalla de övriga personalkategorier som behöver delta för att kunna upprätta en plan. Dokumentationen görs på en speciell blankett, därefter ansvarar varje huvudman för dokumentation i respektive journal-system. Ett exemplar av planen äger patienten/brukaren själv. Uppföljning av insatser man kommit överens om skall alltid ske efter 12 veckor eller tidigare om behov finns.

När det gäller den andra delen av projektet som benämns: **Trygg och Säker Utskrivning** kom det igång i februari 2013. Tanken var att sätta fokus på personer som hade omfattande vård- och omsorgsbehov och som varit inlagda inom slutenvården och där risk för återinskrivning förelåg.

Syftet med delprojektet var att skapa en trygg och säker hemgång genom en standardiserad utskrivningsprocess. Till sin hjälp har sjuksköterskan bl.a. haft ett verktyg i form av en checklista för att bedöma risk för

återinskrivning. Från och med våren 2013 sker också uppföljning via”
Webbkollen hemma¹³”.

Resultat och erfarenheter

Målen har varit att de äldre ska känna sig trygga, att brukare/patienter och närstående ska vara välinformerade, att man kan uppnå en god kvalitet på hälso- och sjukvårdinsatser och omsorgsinsatser samt en väl-fungerande samordning mellan vårdgivarna. Ett problem i utvärderingen har varit att målen varit svåra att konkretisera och att mäta. Det som gått att följa upp och utvärderat är mått som process- och strukturmått, t.ex. att det existerar en individuell plan, att man faktiskt har en namngiven ansvarig läkare, att Senior Alert bedömning är gjord osv. Däremot saknas en uppföljning rörande effekterna för den äldre och dennes närstående.

Under projektet har intervjuer genomförts med 6 äldre från Backenområdet. De har upplevt att hemtjänst och distriktssköterska har ett bättre samarbete än tidigare. De är mycket positiva till de insatser och det bemötande som hemtjänst, läkare och distriktssköterska har gett. Det har varit lätt att nå distriktssköterskan och enkelt att få komma till hälsocentralen när behov funnits. Samtliga kände till att de hade en individuell plan som de själva varit med och utformat. De flesta uppgav också att de kände sig trygga.

Enligt vård- och omsorgspersonalen och projektmedarbetarna har kommunikationen och förståelsen för varandras arbete ökat under projektiden, särskilt mellan hälsocentralen och hemtjänsten.

Trygg och säker utskrivning har skötts från Norrlands universitets-sjukhus där två utskrivningssjuksköterskor ansvarat vid hemgången. Till sin hjälp har de haft ett standardiserat arbetssätt som inneburit, utskrivningssamtal med en checklista där viktig information har getts och ett uppföljningssamtal med den äldre patienten via telefon efter att den äldre varit hemma i 72 timmar. Vid intervju med en av utskrivningssjuksköterskorna framkommer det att uppföljningssamtalet varit särskilt uppskattat av den äldre och att funktionen som utskrivningssjuksköterska underlättat och effektiviserat arbetet för de andra sjuksköterskorna inom avdelningarna.

Kommentarer

Flera delar av vårdprogrammet förefaller som självklara, som t.ex. att det skall finnas en namngiven patientansvarig läkare och att hemtjänsten skall vara behovsanpassad. Det som i teorin är självklarheter fungerar

¹³ Webbkollen hemma är ett intervjustöd vid uppföljning av personer över 65 år som skrivs ut till hemmet efter en sjukhusvistelse.

dock inte alltid i praktiken. Multi7 kan därför vara ett strukturerat sätt att arbeta för att dessa ”självklarheter” bättre följs.

Under 2013 har privata hemtjänstutförare börjat delta i Multi7. Det har däremot varit svårare att få med de privata vårdgivarna inom primärvården. De ser behovet och vill införa modellen men anser att de inte kan, på grund av att ersättningsmodellen inte stödjer arbetssättet.

För andra att lära av projektet

När samarbete inte fungerar och när ansvariga vårdgivare inte uppfyller det som åligger dem kan Multi 7 ses som ett exempel på hur man kan arbeta med standardiserade modeller och väl beprövade metoder.

Patientprocess Mest sjuka äldre, Region Skåne

Syfte med försöksverksamheten

I regionen saknades det ett helhetsansvar för gruppen mest sjuka äldre. Vården och omsorgen behövde ha fokus ur patientens perspektiv. Med försöksverksamheten skulle detta åtgärdas genom att bygga upp ett systematiskt samarbete. I regionen bor ca 1 200 000 personer.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Från början skulle målgruppen mest sjuka äldre hittas genom att använda patientregistreringssystemet Adjusted Clinical Groups (ACG) som används i Skåne. I systemet grupperas patienter efter sjuklighetsmönster och tar hänsyn till samtliga diagnoser, sjukdomarnas allvarlighetsgrad samt varaktighet och krav på vårdresurser.

Det visade sig vara svårt att med hjälp av ACG-systemet hitta, mest sjuka äldre, både inom primärvården och inom hemsjukvården.

Projektet valde därför i stället att i var och en av de fyra försökskommunerna Höganäs, Svedala, Tomelilla och Östra Göinge ta fram två grupper med 25 boende i särskilt boende (SÄBO) och 25 boende i ordinärt boende, vilka hade insatser från både kommun och primärvård.

Ett patientprocessteam bildades med personal från primärvården, kommunen och specialistvården (sjukhuset). Uppgiften var att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv. En central del i teamets arbete har varit att teamet tillsammans träffats hemma hos den aktuella personen – där anhöriga också ofta varit med. Parterna har vid träffen hemma hos den äldre genomfört en vård- och omsorgsplanering som utmynnat i att en samordnad individuell plan (VOPS). Varje team har haft en utsedd patientprocessansvarig person med ansvaret att driva utvecklingen med fokus på det planerade och överenskomna slutresultatet för patienten.

Patientprocessmodellen hade tidigare prövats på olika diagnosgrupper (ledplastik och stroke) och frågan var om den även kunde fungera på en målgrupp som ”mest sjuka äldre” med behov av vård och omsorg av olika slag och från olika vårdgivare.

Projektet saknade vid start en utvärderingsplan.

Teamen hade i uppdrag att ta fram lämpliga utfallsmått. En förhoppning var att patientregisterdata (direktinläggningar, återinläggningar, planerade hembesök, namngiven fast läkarkontakt) skulle kunna användas som utfallsmått efter avslutat projekt. Teamen har under projektet rappor-

terat om svårigheter att hitta valida mätinstrument och några resultat baserade på registerdata har därför inte redovisats.

Resultat och erfarenheter

Projektets första mål var att utarbeta en modell för att försöka förbättra samarbetet mellan de olika vård- och omsorgsgivarna och därmed uppnå en kvalitetsförbättring för de mest sjuka äldre utifrån ett patient/vårdtagarperspektiv.

Modellen där ett sammansatt team utformat en samordnad individuell plan kommer nu att spridas över hela Region Skåne, dels med hjälp av Sveriges Kommuner och Landstings (SKL) satsning på ”Ledningskraftsteam”, dels med hjälp av ekonomiska incitament till primärvården. Ännu finns inga resultat redovisade som talar för eller emot en optimerad resursanvändning.

Ekonomiska incitament har använts för att engagera primärvården. Incitamenten gäller för alla enheter i Skåne, inte bara för de fyra projektgrupperna. Antalet framtagna och därmed ersatta VOPS har ökat från 705 stycken i augusti 2012 till 913 ett år senare. Ersättningen som utbetalats till primärvården har under samma år ökat från 564 000 till 1 826 000 kronor. Ersättningen per VOPS har ökat från 800 kronor till 2000 kronor under projektiden.

Om läkare är med vid hembesök är ersättningen fem gånger högre jämfört med ett besök på vårdcentralen.

Målrelaterade ersättningar ges också till vårdcentraler för hög läkarkontinuitet för patienter, antal besök på akuten som inte lett till inläggning, andel direktinläggningar, tvärprofessionella läkemedelsgenomgångar, olämpliga läkemedel till äldre, samordnade individuella planer, tidig upptäckt, diagnostisering och registrering av demens, systematisk och resultatorienterad samverkan med kommunerna kring de mest sjuka

Kommentarer

Det har varit positivt att det funnits lokala patientprocessledare (LPPL) som engagerat, drivit och hållit ihop de lokala patientprocessteam. LPPL har i sin tur haft två regionala patientprocessledare (RPPL) som stöd. Initialt saknades en arbetsbeskrivning för dessa och även kunskaper i processkunskap vilket gjorde att det tog tid att få igång arbetet.

Likt många andra försöksverksamheter där olika huvudmän och yrkeskategorier getts möjlighet att mötas har patientprocessteamens arbete uppskattas av de som medverkat. De framhåller att samverkan genom det nya sättet att arbeta har förbättrats. Personalen tycker själva att de nu mer sätter den äldre personen (patienten) i fokus. Primärvården har också

involverats mer i samverkansarbetet och även läkarna finns med vid mötorna hemma hos personen/patienten.

De ekonomiska incitamenten har säkert spelat en stor roll. Region Skåne har använt det för att motivera arbetet med patientprocessteamerna och framtagande av VOPS. Däremot har inte kommunernas deltagande i patientprocessteamerna ersatts under projekttiden. Fokus har legat på att få med primärvården i samverkansarbetet.

Det finns risk för att de ekonomiska incitamenten för vårdcentralerna skulle kunna innebära att "onödiga" VOPS genomförs eller ibland enbart beröra primärvårdens aktörer.

Regionen planerar att via SKL:s ledarprogram, ledningskraft, sprida erfarenheterna och arbetssättet vidare för att nå ut i hela regionen.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten visar på en modell där man genom ett strukturerat samarbete och ekonomiska incitament kan få fart på den samordnade vårdplaneringen i hemmet.

Samverkan för Linnea- lokala team med samordningsansvar, Kronobergs Län

Syfte med försöksverksamheten

Problemet beskrevs inledningsvis som att de mest sjuka äldre har svårt att på ett optimalt sätt få tillgång till en välfungerande vård och omsorg, ofta på grund av brister i samordning och samarbete mellan de olika vårdgivarna.

Det övergripande syftet med försöksverksamheten var att genom de lokala teamen identifiera och därefter erbjuda de mest sjuka äldre i länet ett sammanhållet omhändertagande via lotsar.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har varit personer 75 år eller äldre, med en eller flera sjukdomar och stora behov av omsorg och sjukvård, benämnd ”Linnea”. Målgruppen har inte ändrats under projekttiden, däremot har olika försök gjorts att identifiera målgruppen.

Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan landstinget och länets alla åtta kommuner med totalt 185 000 invånare. Projektägare var Regionförbundet Södra Småland. FoU Kronoberg har svarat för utvärderingen. Projektet har letts av två projektledare på halvtid som svarat för kontakterna med projektledningsgruppen, informationen, ledningen av processledare, planering, genomförande, uppföljning, dokumentation och återkoppling.

I varje kommun har det funnits ett team, i de större kommunerna ett par team, som bl.a. arbetat med att identifiera Linneor. Teamen har också haft en roll att arbeta med förbättringar och att ta vara på utvecklingsprojekt som genomförts i den egna kommunen. Varje teams arbete har samordnats av en processledare på kvartstid.

I ett pilotprojekt använde projektet primärvårdens ACG-system (ersättningssystem efter vårdtyngd) för att identifiera Linnea innan problemen blivit alltför omfattande. Processledarna i några av försökskommunerna kontaktade utifrån listor från fyra vårdcentraler patienter med lägst sex ACG-poäng.

De tvärprofessionella teamen har på olika sätt arbetat med att identifiera ”Linnea” för att kunna erbjuda en äldrelots. Personal har också kunnat hänvisa äldre till teamen och ”Linnea” eller hennes anhöriga har själva kunnat ta kontakt. Lotsen har varit en person i det lokala teamet eller någon av den personal som ger den äldre vård och omsorg, någon hon/han känner förtroende för. Lotsarna har till sin hjälp haft en instruktionspärm där lotsuppdraget varit beskrivet.

Under arbetets gång har teamen uppmärksammat samverkansproblem på olika nivåer i organisationerna och lokala förbättringsarbeten har då kunnat inledas. Processledarnas möten och de lokala teamen är exempel på mötesplatser som projektet bidragit med. Framtidsverkstäder för att få fram konkreta idéer och visioner genomfördes också inledningsvis i varje kommun.

Resultat och erfarenheter

Projektet har haft svårt att hitta fungerande modeller för att identifiera "Linnea". Detta har inneburit att det inte varit möjligt, annat än för ett mindre antal personer, att erbjuda ett sammanhållet omhändertagande via lotsar.

Totalt blev det 43 personer som tackade ja till en lots. En stor majoritet av de äldre personer som kontaktades med ledning av ACG-poängen ansåg att de själva klarade av att koordinera sina vårdkontakter. Slutsatsen blev att ACG-systemet inte fungerade tillfredställande som urvalsmodell.

Att personal i stället väljer ut personer som hör till målgruppen är dock en sårbar metod, eftersom det bygger på uppmärksamhet hos personalen, en uppmärksamhet som inte alltid finns. Arbetet med att i högre utsträckning identifiera Linneor för att erbjuda dem att bli "vårdens VIP-kunder" återstår alltså.

FoU Kronoberg har följt upp de som tackade ja till en äldrelots. Utvärderaren fann en tendens att tryggheten ökat under tiden med lotsen.

De lokala teamen har på olika sätt identifierat hinder för samarbete och samverkan som skulle kunna lösas på en mer övergripande nivå. Detta arbete har fungerat olika i de olika kommunerna, från bra genomslag till ingen respons alls. Processledarna har här en central roll, som dock försvårats av för lite tid. Flera av dem har haft svårt att kombinera processledarrollen med sitt ordinarie arbete. För teammedlemmarna har ett hinder varit ersättningen (235 kr/möte) som inte täckt alla kostnader utan endast tiden för själva mötena.

Det har varit svårt att få med personal från vårdcentralerna i teamen. En orsak som angetts är det vårdvalssystem som införts. Det har medfört att det inte längre finns någon övergripande ledning för vårdcentralerna, och i uppdraget till vårdcentralerna i vårdvalet har medverkan i projekt av typen samordning för Linnea inte tydliggjorts. Ännu svårare har det varit att få med representanter från länssjukhusen.

Det har varit många projekt som har pågått samtidigt i kommunerna, som t.ex. webbkollen, Senior alert, uppsökande verksamhet till alla 75+ etc., deltagarna tycker att det blivit "ryckigt". *"Alla de olika projekten borde ha gått via teamen."* påpekar en av processledarna.

Kommentarer

Projektansökan skrevs fram av FoU Kronoberg på uppdrag av Regionförbundet Södra Småland. Förankring hanns inte med eftersom tiden för projektansökan var knapp. Det tog tid innan projektledare och processledare var på plats, och de lokala teamen startade mer än ett år efter beslutet om medel. Alla framtidsverkstäder var inte genomförda förrän en bit in på 2012. Utformningen av arbetet skedde lokalt i varje kommun vilket innebar att det tog tid för teamen att hitta sina arbetsformer.

Projektet prövade också några modeller som inte ledde vidare. Det ena var försöket att identifiera "Linnea" via primärvårdens ACG-modell. Det andra var inriktningen att erbjuda "Linnea" en lots, en modell där bedömningen blev att den sågs som mer lämpad för storstadsmiljöer än för Kronoberg. Dessa aktiviteter tog teamens hela tid, vilket innebar att de förbättringsförslag som kom fram i framtidsverkstäderna i kommunerna inte kunde börja bearbetas förrän under 2013.

Enligt projektplanen skulle teamen sammanlänka andra pågående projekt med försöksverksamheten. Teamen har kartlagt de projekt de kunnat identifiera i sin kommun. Processledarna har dock, fränsett en kommun, varken fått i uppdrag eller tid av sina chefer att söka samordna de olika projekt som pågår, eller att inventera det utvecklingsarbete som gjorts t.ex. inom ramen för nätverket Linnéa¹⁴.

Formerna för om och i så fall hur teamen ska leva vidare är olika i kommunerna. Samtliga kommuner betonar vikten av att det även fortsättningsvis finns en lokal processledare. Likaså att det är viktigt med teamets huvudmannaskapsövergripande roll.

För andra att lära av projektet

De lokala teamen har visat sig vara en fungerande metod för att identifiera vad som inte fungerar för "Linnea". Teamen har där förvaltningscheferna stött teamens arbete kunnat initiera lokala förbättringsarbeten.

Referenser

Wikström E, Thulesius H. (2013) Utvärdering av en länsövergripande försöksverksamhet "Samordning för Linnea". FoU Kronoberg. *FoU-skrift* 2013:1

¹⁴ Se avsnittet om Nätverket Linnea

Trygg i Tyresö, Tyresö

Syfte med försöksverksamheten

I Tyresö kommun bor drygt 44 000 personer. Bland alla äldre som vårdas på Södersjukhuset, skrivs de flesta hem igen från sjukhuset. Erfarenheten har dock visat att alla inte klarar av att hantera sin situation hemma utan hamnar åter på sjukhus efter en kort tid hemma. De äldre Tyresöbor som har haft svårt att återvända hem efter att de varit inlagda på Södersjukhuset, pga. kvarstående behov av vård och omsorg, har därför skrivits ut till Handengeriatriken eller anvisats plats på ett kommunalt korttidsboende. Syftet med försöksverksamheten har varit att ge extra stöd, vård och omsorg för att göra det möjligt för den äldre att kunna återvända hem från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har definierats som:

Personer som är 65 år eller äldre och har behov av hemtjänst och uppfyller kriterierna för att bo på korttidsboende, utifrån riktlinjer tagna av socialnämnden i Tyresö kommun. Efter utskrivning från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende ska de ha behov av rehabiliteringsinsatser och medicinsk vård- och omsorg i hemmet. Personerna ska också vara motiverade att delta i projektet.

Försöksverksamheten har erbjudit äldre tillhörande målgruppen att under sex till åtta veckor efter utskrivningen från Handengeriatriken eller kommunalt korttidsboende delta i Trygg i Tyresö programmet. Hjälpn har innefattat stöd från ett nyskapat team med läkare, sjukgymnast, arbetsterapeut och sjuksköterska, stationerade vid Handengeriatriken.

Trygg i Tyresöprogrammet har omfattat fyra faser:

1. Identifiering → 2. Inskrivning → 3. Inskrivningstid → 4. Utskrivning

Tillsammans med kommunens biståndshandläggare har teamet identifierat och rekryterat sina patienter från Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende. Efter att ha motiverat den äldre och dennes anhöriga att delta i programmet, blev de som tackade ja inskrivna i teamet. I några fall gjordes ett hembesök tillsammans med den äldre för att inhämta ytterligare information om hemsituationen innan den äldre kunde skrivas in i teamet.

Efter ett vårdplaneringsmöte inför hemgången, och den äldre valt hemtjänstutförare, kunde den äldre återvända hem. Teamet fanns då på plats tillsammans med hemtjänsten och ett nytt vårdplaneringsmöte genomfördes i den äldres hem. Ett ytterligare vårdplaneringsmöte med samma personal genomfördes därefter cirka två dagar senare. Vid detta senare

möte tog man tillsammans med den äldre fram en genomförandeplan och beskrev där mål för vården och omsorgen under tiden som den äldre skulle vara inskriven i Trygg i Tyresö. Målen har sedan följts upp genom att teamet haft en regelbunden dialog med den äldre och dennes anhöriga under hela vårdtiden.

Handengeriatriken har haft det medicinska ansvaret under tiden den äldre varit inskriven i projektet. Den äldre och dennes anhöriga har när som helst på dygnet kunnat kontakta teamet via ett direkttelefonnummer. I akuta situationer har personal från Handen geriatriken gjort hembesök eller alternativt återinlagt den äldre på geriatriken.

Utifrån en individuell bedömning, vanligtvis efter sex till åtta veckor med extra stöd, (under vilket teamets insatser för den äldre oftast avtog efter hand), blev den äldre utskrivna från Trygg i Tyresö. I samband med att den äldre skrevs ut, hölls ett utskrivningsmöte hemma hos den äldre med uppföljning och utvärdering av målen tillsammans med den äldre och dennes närstående. Vid mötet fanns också den personal med från primärvården som skulle ta över den medicinska vården efter tiden i projektet. Tre månader efter utskrivningen från Trygg i Tyresö följdes den äldres situation upp.

Resultat och erfarenheter

Under tiden januari 2011 till maj 2013 har 77 personer ingått i försöksverksamheten. Av de 77 personerna skrevs 48 personer direkt hem från Handengeriatriken, medan resterande 29 personer skrevs in från korttidsboendet. Alla patienter som ingått i projektet hade ett flertal diagnoser, som hjärtsvikt, flimmer, diabetes, lunginflammation, njursvikt, trycksår eller Parkinson. Även några personer med demens i ett tidigt stadium har ingått i projektet, men då detta inte dokumenterats tillfredsställande är det oklart i vilken omfattning det skett.

Den vanligaste huvuddiagnosen på patienter som remitterades till Handengeriatriken var frakturer. Enligt projektets slutrapport var den avgörande orsaken till att den äldre skrevs in i projektet ”stor oro inför hemgång och osäkerhet inför förflyttning”.

I genomsnitt var det fem personer per vecka som omfattades av projektet och vanligtvis var den äldre inskriven i teamet i 58 dagar (varierade från 7 – 180 dagar). Efter utskrivningen till hemmet hade de äldre i genomsnitt 21 timmar hemtjänst i veckan (varierade mellan 0,5 – 51 timmar) och besök av någon i teamet i genomsnitt 5 gånger per vecka. Sjuksköterskeinsatserna bestod av dosettindelning, provtagning, såromläggning, kateterhjälp och akutbesök. Arbetsterapeutens och sjukgymnastens insatser bestod av hjälp med förflyttningsträning, ADL träning, utprovning av hjälpmedel och handledning av hemtjänstpersonal.

Vid projektets slut, och fortfarande efter tre månader från utskrivning från projektet bodde, 44 personer fortfarande hemma, 2 personer hade

flyttat till särskilt boende, 3 personer befann sig på korttidsboende och 10 personer (23 %) hade avlidit. Bland de 44 hemmaboende hade hemtjänstinsatserna minskat med i genomsnitt fyra timmar per person, jämfört med när de ingick i projektet.

En fristående konsult genomförde på uppdrag av projektledningen intervjuer med nio äldre personer och sex anhöriga. I intervjuerna gav de tillfrågade överlag goda omdömen, särskilt när det gällde upplevelser av trygghet för både den äldre och deras anhöriga. De äldre upplevde att de fått vara delaktiga i processen kring mål och planering av insatserna och själva kunnat påverka utifrån sina behov. När de skrivits ut från Trygg i Tyresö har de flesta kommit över den första svåra situationen och oron som kan uppstå vid hemgång från en sjukhusvistelse eller ett korttidsboende, då de äldre varit i stort behov av stöd och vård.

Flera anhöriga vittnar om att den samordnade uppslutning som gjordes i början och som innebar att ”rätt” resurser och stöd snabbt kom igång ledde till att dessa resurser sedan successivt kunde trappas ner. Övergången från geriatriken eller korttidsboendet blev inte så dramatisk och prövande som vissa anhöriga hade befarat. Samtliga anhöriga utom en var mycket nöjda med insatserna från Trygg i Tyresö. Hjälpmedlen kom snabbt och effektivt. För den som hade stora omvårdnadsbehov kom personalen från hemtjänsten flera gånger per dag.

De anhöriga framhöll också hur viktigt direktnumret till Trygg i Tyresö var. Vetskapen om att den anhöriga eller den äldre, bara genom att slå ett telefonnummer kan få direktkontakt med sjukvårdspersonal som vet vem man är, känner till ens sjukdomshistoria och nuvarande behov, och som omedelbart kan ge återkoppling inger lugn och säkerhet.

Personalen från hemtjänsten ansåg att Trygg i Tyresö var ett bra projekt där det nära samarbetet med sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast gynnar den äldre. Att sjukvårdspersonalen även finns tillgänglig för hemtjänstpersonalen sågs som positivt. Vissa ADL moment tränas ihop med hemtjänstpersonalen och de kan få hjälp och instruktioner om hur den äldre ska förflytta sig, osv. När hemtjänsten upptäckt komplikationer eller andra hälsoförändringar hos den äldre så har de kunnat konsultera sjuksköterskan, arbetsterapeuten eller sjukgymnasten. Det har då gått snabbt och enkelt att komma i kontakt med dem. Enligt hemtjänstpersonalen har projektets fördelar handlat om bättre samarbete, större flexibilitet och ökad trygghet för de äldre.

Intervjuer genomfördes också med tre politiker, chefer, projektets styrgrupp och projektledning. Politikerna gav positiva omdömen om projektet, likaså tyckte de intervjuade cheferna att projektet gett intressanta erfarenheter.

Kommentarer

Projektet syftade till att hjälpa de äldre personer som inte kunna återvända hem efter en sjukhusvård, och som flyttats till Handengeriatriken eller kommunens korttidsboende, för eftervård. För att underlätta för äldres hemgång från geriatriken eller korttidsboendet, erbjöds äldre via projektet extra stöd vid hemgången. Förutom den hemtjänst som de äldre hade när de återvände hem, fick de även regelbundna besök av sjuksköterska, arbetsterapeut eller sjukgymnast. Genom att erbjuda detta extra stöd under en övergångstid vid återgång till hemmet, har äldre med ”stor oro för hemgång och förflyttningsproblem” kunna motiveras att gå hem.

Vad som hade blivit utfallet i form av minskad oro, förmågan att klara olika aktiviteter själv hemma, behovet av hemtjänstinsatser, återinskrivningar till sjukhus, etc. utan detta extra stöd, går inte att uttala sig om. Någon jämförelse med en kontrollgrupp har inte gjorts. Det finns heller inga uppgifter som gör det möjligt att bedöma om de personer som fick hjälp av teamet, hade en annorlunda problembild, än andra äldre. Till exempel skulle det vara intressant att jämföra om de äldre som ingick i projektet skiljer sig från de äldre som gick direkt hem från Södersjukhuset. Det saknas också uppgifter om vad som är det vanliga förloppet beträffande äldre personer som vårdats på Södersjukhuset och därefter flyttats till Handengeriatriken eller korttidsboende.

Uppgifter från uppföljningen tre månader efter de äldre lämnat projektet visar att ungefär en fjärdedel av dem som ingått i projektet inte längre finns hemma. Merparten har avlidit och några har flyttat till särskilt boende eller kommunalt korttidsboende. Det tyder på att gruppen äldre som ingått i projektet faktiskt har bestått av sköra och sjuka äldre, dvs. en pragmatisk avgränsning av de ”mest sjuka äldre”. Tiden som de äldre fick stöd av teamet var i genomsnitt 57 dagar, vilket är något längre än de sex till åtta veckor, som planerades i projektet. Sammantaget, att många av dessa äldre behöver extra stöd för att överhuvudtaget kunna återvända hem, kan sägas bekräftas av Trygg i Tyresö projektet.

Många äldre behöver extra stöd för att överhuvudtaget kunna återvända hem efter en sjukhusvistelse. Får de inte detta extra stöd är det stor risk att de inte kan återvända hem igen, utan måste flytta till särskilt boende. Det som Tyresöteamet gjort är att samordna hälso- och sjukvårdens insatser, och därmed underlätta samarbetet med hemtjänsten.

Behovet av hemtjänstinsatser vid de äldres hemkomst varierade dock avsevärt och i vissa fall var insatserna mycket ringa. De genomsnittliga hemtjänstinsatserna hade dessutom också minskat tre månader efter att den äldre skrivits ut från teamet. En förklaring kan vara att många äldre som ingick i projektet hade drabbats av frakturer och att efter det att man återfått funktionsförmågan, behövde man inte lika mycket hjälp från

hemtjänsten. Något som illustrerar att vem som är ”mest sjuk”, varierar avsevärt och också förändras över tid.

Ett resultat som lyfts fram i projektets slutrapport är uppgifter om färre dagar med betalningsansvar vid Handengeriatriken för Tyresöbor under 2011 och 2012, jämfört med 2010. Det skulle kunna indikera att projektet resulterat i en effektivare eftervård.

Under tiden som projektet genomfördes minskade kommunen platsantalet i korttidsboendet från 24 till 15 platser. Denna förändring gör det i praktiken omöjligt att dra slutsatser om projektet varit kostnadseffektivt eller ej.

Beslut har tagits att fortsätta med verksamheten under hela 2014.

För andra att lära av projektet

Att vid hemgång från sluten vård ge extra stöd med hög personkontinuitet (”följa med hem”) och dygnet runt garantera insatser vid akuta sjukdomstillstånd (via Handengeriatriken) har bidragit till en ökad psykisk, medicinsk och socialt trygghet. Denna erfarenhet borde vara överförbar till andra orter med motsvarande förutsättningar.

TryggVE, Södra Älvsborg

Syfte med försöksverksamheten

Idén till projektet väcktes på Södra Älvsborgs läns sjukhus (SÄS) när personal började uppmärksamma att äldre multisjuka patienter ofta återkom till akutmottagningen. Projektets övergripande mål var att med en ökad uppmärksamhet på dessa ”riskpatienter” bedriva rätt vård, på rätt nivå med hög effektivitet och med ett tydligt patientperspektiv med fokus på trygghet.

TryggVE står för Trygghet, Vårdsamverkan och Effektivitet och är ett samverkansprojekt mellan kommuner, primärvård och sjukhus i Södra Älvsborg. Total befolkning är ca 185 000.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektets målgrupp identifierades som ”multisjuka” eller ”multisviktande”. ”Multisjuka” definierades som äldre över 75 år med minst tre diagnoser och minst tre oplanerade läkarkontakter det senaste året, med skör och snabbt föränderlig livssituation. ”Multisviktande” identifierades som en person 65 + med någon eller flera diagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabilitering eller funktionsuppehållande insatser under en längre tid. Gemensamt är att målgruppen har en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård, omsorg och rehabiliteringsinsatser. Totalt har 1 770 personer identifierats som TryggVE-patienter.

Identifiering av målgruppen har skett på flera nivåer. På sjukhuset via registerdata samt i samband med vårdplaneringar inför hemgång från slutenvården. I kommunerna har personal (arbetsterapeuter, sjukgymnaster, sjuksköterskor, omvårdnadspersonal, biståndshandläggare och enhetschefer) vid sina olika teamträffar identifierat personer. Inom primärvården har personer som ofta ringt till vårdcentralen för ospecifika symtom eller varit på läkarbesök med en komplex sjukdomsbild eller haft flera olika sjukdomsbesvär och bedömts som skör identifierats som en TryggVE – patient.

För äldre som tackat ja till att bli TryggVE-patient gjordes en utredning, på platsen där patientens ”hälsosituation uppmärksammades” (på sjukhuset, vårdcentralen eller inom hemsjukvården). Utredningen omfattade ett antal områden där olika screeninginstrument användes, bland andra Senior Alert. Screeningen omfattade följande; kartläggning av vad som skapar trygghet för patienten, psykisk hälsa, utredning av områdena depression ångest demens och riskbruk, läkemedel, nutrition, risk för undernäring, rehabilitering, identifiera nedsatt aktivitets och funktionsförmåga, prevention och riskbedömning för trycksår, fall m.m.

TryggVE-patienten fick en kontaktsjuksköterska som sedan skulle fungera som koordinator. TryggVE-patientens journal märktes också så att patienten snabbt skulle kunna identifieras. Patienterna fick ett telefonnummer där de kunde nå sin kontaktsjuksköterska för rådgivning och stöd vissa dagar i veckan.

Från de tio kommuner som deltagit i projektet och från primärvården i Södra Älvsborg, Södra Älvsborgs sjukhus och Alingsås lasarett, rekryterades 100 kontaktpersoner. Majoriteten av kontaktpersonerna var sjuksköterskor och övriga var sjukgymnaster, arbetsterapeuter samt biståndsbedömare. Till kontaktpersonernas uppgifter hörde, att sammankalla den lokala arbetsgruppen, förmedla information, ta fram lokala rutiner samt driva utvecklingen lokalt och handleda i implementeringen av modellen.

Under projektet har gemensamma riktlinjer tagits fram där vårdgivarnas och de olika professionernas ansvar tydliggjorts. Som stöd i arbetet med TryggVE-patienterna har ett antal manualer och instruktioner utarbetats. Nätverk har skapats för kontaktpersonerna och dessa har tillsammans med projektledningen varit navet i arbetet. Förutom den muntliga förankringen har broschyrer utarbetats riktade till personal, patienter och anhöriga.

Resultat och erfarenheter

Projektet har dels utvärderats av FoU Sjuhärad, dels av projektledningen. Utvärderingen visade att antalet återinläggningar på SÅS inom 30 dagar av de identifierade TryggVE-patienterna minskade mellan 2010 - 2012, från 74 % till 58 %.

I en enkät riktad till den legitimerade personalen (sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) framkom att flertalet tyckte att det var ett bra projekt men att de inte hade kommit igång med att arbeta efter modellen fullt ut. Man ansåg att alla yrkesgrupper inte gjorde vad de skulle göra, vilket minskade motivationen för andra. De intervjuade tyckte att det saknades förmåner/gräddfiler för patienterna i vårdsystemet. TryggVE medförde i vissa fall också dubbelarbete och mer administration för personalen.

Vid intervjuer med 12 patienter och fem anhöriga visade det sig att patienterna i hög utsträckning kände sig trygga med sin situation, men att tryggheten ofta relaterades till kontakten med de anhöriga och inte till vårdkontakterna. Vad det innebar att vara en TryggVE-patient var oklart, men några hade haft god nytta av att ha en egen kontaktsjuksköterska.

Utvärderingen ger inget svar på frågan om vilken nytta personal, patienter och närstående haft av TryggVE. Det är heller inte möjligt att dra några slutsatser om vad som ligger bakom att frekvensen återinläggningar inom 30 dagar hade minskat. Förutom att utvärderingens utformning inte medger sådana analyser måste också vägas in att fler

projekt pågick samtidigt, som också riktades mot samma patientgrupp. Omorganisationer, införandet av vårdval och nationella satsningar som t ex inneburit prestationsersättningar innebär att det är svårt eller till och med omöjligt att avgöra vilka förändringar över tiden som kan relateras just till satsningen på TryggVE-patienter.

Kommentarer

Fokus i projektet har i hög grad varit inriktat på att identifiera TryggVE-patienter – att försöka identifiera patienter i kategorin de mest sjuka äldre.

För att TryggVE projektet ska kunna erbjuda patienterna ett alternativ till att söka akut vård bör erbjudandet vara betydligt mer omfattande, t.ex. att en läkare i akuta situationer kan göra hembesök för att bedöma patientens vårdbehov och hur det bäst ska kunna tillgodoses.

ARC/ÄC bedömning är att projektet hade vunnit på om kommunerna och primärvården hade bjudits in att delta när projektidén utvecklades. Främst för att bredda frågeställningar och tankar på hur samverkan mellan alla olika vårdgivare borde fungera i praktiken.

Informationen som inhämtas genom den första kartläggningen och som görs med de olika screeninginstrumenten i TryggVE kan vara en bra grund för distriktssköterskornas fortsatta kontakter med patienterna.

För andra att lära av projektet

Projektets intention att arbeta systematiskt för att klarlägga behov hos målgruppen har ett stort värde men det omfattande screeningsverktyg som togs fram med olika evidensbaserade instrument kan vara svårt att hinna med i det vardagliga arbetet.

Referens

Höglund E, Frändin K, Hörder H, Karlsson P-Å. Utvärdering av TryggVE – ett projekt för anpassade insatser till de mest sjuka äldre, FoU Sjuhärad Valfärd, rapport nr 32, januari 2014.

ViSam - Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell, Örebro län

Syfte med försöksverksamheten

Trots på pappret väl fungerande formella och informella strukturer för samverkan (både på politisk nivå och på tjänstemannanivå), fanns, enligt ansökan, behov av att utveckla samverkansformer över huvudmanna-gränserna för att förbättra vård, behandling och rehabilitering av de mest sjuka äldre inom hela länet.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen definierades som äldre personer med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg där vården kräver en nära samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård.

Regionförbundet i Örebro som företräder Örebro läns landsting och samtliga kommuner i länet har varit aktiva i försöksverksamheten. Totalt bor det drygt 285 000 personer i länet. Projektet har varit förankrat både på politisk och tjänstemannanivå hos de båda huvudmännen.

En projektgrupp har haft till uppgift att ta fram en modell för ökad samverkan mellan huvudmännen. ViSam som blev försöksverksamhetens namn betyder Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell. Projektet hade initialt fler målområden men under projektets gång reducerades de till tre områden A) Beslutsstöd¹⁵. B) Säker utskrivning. C) Samordnad individuell plan (SIP). Inom varje område togs fram och testades konkreta hjälpmedel för vårdplanering och informationsöverföring.

Beslutsstödet är ett instrument som kan användas av den kommunala sjuksköterskan för att avgöra vad som är optimal vårdnivå för den enskilde patienten då denne hastigt eller oväntat försämras i sitt hälsotillstånd. Instrumentet som är utformat som en checklista togs fram i samverkan med specialister inom allmänmedicin, geriatrik, internmedicin, kirurgi, lungmedicin, akutsjukvård, anestesi och intensivvård. Vid framtagandet diskuterades de frågor och parametrar som bedömdes vara viktiga i bedömningen om lämplig vårdnivå.

Projektet hade ingen utformad utvärderingsplan vid start. Resonemanget som fördes var att eventuella effekter inte kunde ses förrän modellen

¹⁵ Checklista beslutsstöd: <http://www.visamregionorebro.se/wp-content/uploads/2013/12/checklista-beslutsstod.pdf>

började användas. Dock såg man med tiden ett behov av att testa de instrument som togs fram, vilket också genomfördes.

Ett ytterligare målområde som från början fanns lyftes bort. Det gällde rutiner för kommunikation och informationsöverföring mellan läkare inom primärvården och slutenvården. Orsaken till att man inte gick vidare var att det var svårt att rekrytera läkare till projektet, man bedömde att en läkarmedverkan var viktig för att kunna nå målet.

Resultat och erfarenheter

Huvudmålet var att skapa en länsövergripande modell för vårdplanering och informationsöverföring mellan de olika vårdgivarna. Modellen är framtagen och arbetet med implementeringen påbörjades efter försöksverksamhetens slut hösten 2013.

- Beslutsstödet har tagits emot väl av verksamheterna. I september 2013 hade närmare 500 personer inskrivna i hemsjukvården testats, varav ungefär 20 procent i SÄBO och 80 procent i eget boende. Instrumentet används av de kommunala sjuksköterskorna som sedan kontaktar någon av de 20-tal primärvårdsläkare som har det medicinska ansvaret. Jämförelser gjorda mellan 2011 och 2012 visar att läkarna kontaktades av sjuksköterskan i betydligt större utsträckning efter ett år. År 2011 hade primärvårdsläkaren kontaktats i 27 procent av de fall som kom in till akuten på sjukhuset. Året efter var siffran 70 procent.

Ett annat resultat var att de patienter som kom till akuten var högre triagerade, (allvarlighetsgraden på deras tillstånd var högre). En slutsats kan vara att det var fler patienter som bedömdes kunna stanna längre kvar i hemmet än tidigare. Beslutsstödet kan ha gett en ökad trygghet i sjuksköterskornas bedömningar om när en person ska skickas in till sjukhus eller ej.

- Säker utskrivning med det processtöd och checklista som tagits fram har testats vid Karlskoga lasarett. Processtödet innebär ett tydliggörande för vilket ansvar kommunen, primärvården och slutenvården har vid en utskrivning från sjukhuset. I Karlskoga som testat verktyget har det fungerat som ett instrument för kvalitetssäkring vid hemgång. Det har dock framkommit att det är svårt att ändra på inarbetade rutiner. Verktyget har haft svårt att få genomslag fullt ut.
- Pilottester genomfördes av SIP, i utvalda områden under november 2012 till våren 2013. Samordnad individuell vårdplan (planerad i hemmet) har även den haft svårt att få genomslag. Under projekttiden har tio vårdplaner tagits fram. Orsak kan vara bristen på fungerande IT-stöd för den gemensamma dokumentationen över vårdgivargränserna. Det har varit svårt att hitta en godkänd tillämpning av IT-stöd som både uppfyller personalens och sekre-

tessens krav. Tillämpningen inom Örebro län av systemet Nationell patientöversikt (NPÖ) som var tänkt att användas för SIP har tidigare kritiserats av datainspektionen. De har i sin kritik konstaterat att landstingsstyrelsen brutit mot patientdatalagen då man lämnat ut patientuppgifter till de andra vårdgivarna utan att ha informerat patienterna på ett tillräckligt sätt.

Projektgruppen anser att det behövs mer tid för att etablera de båda rutinerna, säker utskrivning och samordnad vårdplan.

Kommentarer

Målet att tryggheten för de äldre skall förbättras genom bättre samarbetsformer mellan huvudmännen och de olika aktörerna har under hela projekttiden varit förankrat på högsta politiska nivå och på tjänstemannanivå. Trots det har det ibland saknats mandat både för tester och för införande av de nya metoderna. Det har också varit svårt att rekrytera och engagera ”rätt” personer/chefer i projektet.

Den samordnade individuella planen (SIP) är påbjuden i såväl HSL som SoL sedan 2010 – det är bekymmersamt att de legala förutsättningarna för att dokumentera den samordnade planen hos de olika vårdgivarna ännu inte är klarlagda. Det är en utmaning på såväl lokal som nationell nivå att finna lösningar som tillvaratar både behovet av gemensam dokumentation som den enskildes integritet.

Projektet visar på de svårigheter som finns för att få genomslag för länsövergripande modeller för samverkan och informationsöverföring mellan de olika vård- och omsorgsgivarna. En nödvändig förutsättning för omfattande projekt som detta – ett helt landsting och tio kommuner – är att förändringar och nya rutiner är förankrade såväl hos politiker och chefer på olika nivåer som hos den personal som ska använda de nya rutinerna.

Utvecklingsarbetet planeras att fortgå även efter projekttidens slut.

För andra att lära av projektet

Det beslutsstöd som utformats för att bedöma rätt vårdnivå har i utvärderingen av projektet bedömts vara ett välfungerande instrument.

Vännäs HemvårdsCenter

Vännäs kommun är en liten kommun som ligger i Västerbottens län, tre mil från Umeå, med en befolkning på omkring 8 500 personer.

Bakgrunden till projektet i Vännäs var att primärvården och kommunen en längre tid hade arbetat för att hemsjukvården skulle övergå till kommunens ansvar. Då två kommuner i regionen sa nej, och alla kommuner måste överta ansvaret för att övertagandet skulle kunna ske, behöll landstinget ansvaret för hemsjukvården. I Vännäs ville man dock ta tillvara det arbete och den tankeverksamhet som man hade lagt ned. Detta ledde till att Vännäs kommun och primärvården gemensamt skrev en projektplan om hur de skulle samarbeta och samlokalisera sina verksamheter. Vännäs kommun och primärvården har tidigare genomfört flera samverkansprojekt.

Projektet har varit ett samverkansprojekt mellan Vännäs kommun (vård- och omsorgsförvaltningen) och Vännäs Hälsocentral (Hälsocentralen Tre Älvar som tillhör landstingets primärvård i Västerbotten).

Syfte med försöksverksamheten

Vännäs kommun uppmärksammade att allt fler sköra äldre bor kvar i sina egna hem, vilket medfört ökade krav på såväl hemtjänst som hemsjukvård. Brister identifierades i samordning, kommunikation och informationsöverföring mellan kommun och landsting.

Ett annat problem var att personalen mötte de äldre inom sina begränsade ansvarsområden vilket innebar att de ofta bara såg till det egna begränsade uppdraget.

Syftet med försöksverksamheten var att samlokalisera kommunens och en del av landstingets yrkesgrupper i nya gemensamma lokaler i anslutning till Vännäs Hälsocentral (primärvården). På så sätt skulle olika yrkesgrupper med olika kompetenser och arbetssätt – hemtjänst, nattpatrull, distriktssköterskor, biståndshandläggare samt kommunens och landstingets sjukgymnaster och arbetsterapeuter – samlas för att ”tänka mer lika” och därmed öka förutsättningarna för att kunna samarbeta bättre. Målet var att en gemensam ”HemvårdsCenteranda” ska prägla kontakterna utåt mot de äldre och deras närstående och att också minska beroendet av vilken medarbetare som stod för kontakten.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Projektet har haft två målgrupper. Den ena målgruppen var personer 65 år och äldre i ordinärt boende som uppfyller kraven för att vara hemsjukvårdspatienter. Kriterierna för att definieras som hemsjukvårdspatient är ett långvarigt (minst tre månader) eller varaktigt behov av hälso- och sjukvård och en diagnos och/eller funktionshinder som motiverar att insatserna ges i hemmet. En samlad multiprofessionell

bedömning av berörd personal utgör grunden för vem som ska innefattas av hemsjukvård (minst två olika personer från två olika professioner ska vara överens om bedömningen).

Den andra målgruppen var övriga personer i ordinärt boende som har någon form av sjukvård i hemmet utan att vara inskrivna i hemsjukvården (kortare insatser, enstaka hembesök, akuta hembesök och hemrehabilitering) och/eller hemtjänst.

Under projekttiden har följande tre åtgärder genomförts:

Samlokalisering av hemtjänst och hemsjukvård i nya lokaler. Målet var att skapa en hemvårdsenhet där kommunens och landstingets personal för hemtjänst, hemsjukvård och rehabilitering samlokaliseras. Från kommunen innefattade det medarbetare inom hemtjänsten (dag- och nattpersonal), områdeschef, arbetsterapeut, sjukgymnast, biståndshandläggare och projektledare. Från landstinget var det Hälsocentralens personal vilket innebar distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster.

Multiprofessionellt team, rehabilitering och samverkan (ROS). En redan tidigare etablerad samverkansform (ROS – Rehabilitering Och Samverkan) mellan Vännäs kommuns vård- och omsorgsförvaltning och Vännäs Hälsocentral i form av gemensamma möten vidareutvecklades och utökades till att genomföras fem dagar i veckan och inkludera fler yrkeskategorier, med läkarmedverkan en dag i veckan. ROS-mötena har hållits i HemvårdsCenters lokaler och har omfattat ca 30 minuters mötestid. Vid ROS-mötena har i huvudsak följande genomförts:

- teambaserade bedömningar av inkomna hälsofrågeställningar och hälsoärenden,
- gemensam planering av åtgärder och insatser för genomförande och uppföljning,
- bokning av samordnad vårdplanering och genomförandeplaner samt att,
- delge varandra relevant information om gemensamma hälsoärenden (efter samtycke från den enskilde).

Tekniska lösningar och IT-stöd. En rad tekniska lösningar har under projektet introducerats och utvecklats av medarbetarna. Grunden i systemet är databasen TES som är ett digitalt planerings- och registreringssystem och som har använts sedan 2004. TES innehåller bland annat uppgifter om var brukarna bor, vilken hjälp de ska ha, samt när och hur de önskar få sin hjälp. När personalen är ute i praktiskt arbete har de med sig en smartphone som är sammankopplad med TES. I smartphone kan personalen bland annat se sina scheman, planerade besök och nödvändig information om brukaren, samt registrera utförda besök.

En annan teknisk lösning är ett nyckelfritt låssystem, som aktiveras via personalens smartphones. Fördelarna är en säkrare och minskad nyckelhantering, minskad restid och att snabbare nå personer som larmat. För personer som har svårigheter med att hantera sina läkemedel erbjuds nyckelfria låsbara (kodlås) medicinskåp utan kostnad för brukaren.

För att underlätta för brukare, anhöriga och andra att komma i kontakt med HemvårdsCenter har ett gemensamt telefonnummer införts, ”en väg in” (EVI).

För att serva och stötta personalen i den tekniska utvecklingen har en särskild tjänst som tekniksamordnare inrättats.

En förutsättning för samverkan mellan huvudmännen och olika yrkesgrupper bedömdes också vara en gemensam dokumentation. Oavsett huvudman har legitimerad personal (sjuksköterskor, sjukgymnaster och arbetsterapeuter) kunnat dokumentera i gemensam journal enligt ett lokalt avtal och patientens medgivande. Sedan den 1 september 2013 sker dokumentationen i kommunens journalsystem.

Under projekttiden har det genomförts ett antal medarbetarträffar, där olika problemområden hanterats. Utifrån dessa diskussioner har det skapats gemensamma lokala arbetsrutiner, som har uppdaterats och systematiserats i databasen. När rutinerna skapades utsågs särskilda uppföljningsansvariga. Inledningsvis bevakade projektledaren att uppföljningar skedde. I dagsläget pågår ett arbete med att föra över databasens innehåll till kommunen. Enligt projektledningen fungerar rutinerna, men för tillfället fungerar inte uppföljning och uppdatering.

Målsättningen är att samtliga aktuella brukare, oavsett om de kategoriserats som hemsjukvårdspatient eller inte, ska få en riskbedömning utifrån Senior Alert. Efter en fallolycka genomförs, enligt rutinen, alltid en riskbedömning. På ROS-mötet utses sedan ett team som ska upprätta en åtgärdsplan och genomföra en uppföljning. Samtliga legitimerade medarbetare (distriktssköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster) samt tio undersköterskor har utbildats i riskbedömning.

Resultat och erfarenheter

En lokal undersökning av brukarnas upplevelse av vård och omsorg, som genomfördes 2011 och 2013, visade att brukarna vid båda tillfällena generellt var nöjda med de insatser som gavs. Samtliga studerade parametrar, utom en (delaktighet) som var oförändrad, hade förbättrats vid uppföljningen 2013.

I samarbete med Umeå universitet genomfördes två studier av den psykosociala arbetsmiljön hos medarbetarna, en förstudie genomfördes under våren 2011 och en uppföljning genomfördes under våren 2013. Vid projektstarten 2011 visade resultatet att medarbetarna inte var mer stressade än andra sjukvårdsanställda överlag. Vid den uppföljande

studien 2013 beskrevs samlokaliseringen entydigt som mycket positiv och hade bidragit till ”snabbare, öppnare och en mer personlig kommunikation”. Arbetsmiljöundersökningen visade även att personalens relationer till både brukare och kollegor hade förbättrats.

Ett annat resultat från den uppföljande studien var att de tekniska lösningarna har förenklat arbetet då nästan all information har samlats till ett ställe. Personalen får genom TES tillgång till den information de behöver för att utföra sitt arbete, samt annan nödvändig praktisk information, dock inte journaluppgifter. IT-stödet uppgavs även ha bidragit till en ökad känsla av kontroll över arbetssituationen, både när det gäller möjligheten att alltid ha viktig information nära till hands och att uppfylla mer praktiska behov som att lätt kunna hitta till en ny brukare med hjälp av GPS. För arbetsledarna innebar IT-stödet att de hade fått en bättre överblick av verksamheten.

Läkemedelsavvikelser och andelen personer över 80 år med mer än tio läkemedel minskade under projekttiden. Detta är sannolikt en effekt av att man arbetat med flera åtgärder på läkemedelsområdet som exempelvis kvalitetsparmar och medicinskåp med kodlås, förbättrat delegeringsförfarande och en satsning på strukturerade läkemedelsgenomgångar.

Deltagandet i ROS-mötena har varit högt. Sammantaget pekar de genomförda mätningarna på att samlokaliseringen, de multiprofessionella teamen och ROS samt IT-stödet har resulterat i en mer effektiv resursanvändning. Bland annat redovisas att kostnaden per utförd hemtjänsttimme har minskat, en bidragande orsak till det är sannolikt förbättrade rutiner och bättre samverkan. Personalen uppgav att antalet onödiga resor har minskat efter införandet av smartphones, nyckelfri låshantering, medicinskåp med kodlås och bättre samordning av insatserna. Efter en kartläggning gjordes bedömningen att många av uppgifterna som distriktssköterskorna utfört (drygt 40 %) kunde delegeras till undersköterskor. Hemrehabiliteringen uppges ha underlättats genom förbättrad samverkan och information via ROS, vilket också i flera fall kan ha medverkat till minskat behov av hemtjänst.

Både kommunens och vårdcentralens personal uppger att samarbetet har blivit allt bättre under projektets gång. Personalen på HemvårdsCenter menar att primärvården har blivit mer delaktiga i arbetet, bland annat genom de i högre grad deltar i vårdplaneringar och att läkarna deltar i ROS. Enligt personalen på vårdcentralen har samlokaliseringen och ROS-mötena haft flera positiva effekter, bland annat uttrycker de att ”nu är det vår gemensamma patient” och att de har ett ”gemensamt uppdrag”.

Kommentarer

Samlokaliseringen av verksamheterna och de multiprofessionella ROS-mötena, som varit navet i projektet, tycks ha varit ett effektivt sätt att samordna vård- och omsorgsinsatser för projektets målgrupp. De gemen-

samma lokalerna och ROS-mötena har också, enligt de involverade yrkesgrupperna, varit viktiga framgångsfaktorer för att sudda ut huvudmannaskapsgränserna. Samlokaliseringen har varit en starkt bidragande faktor för att ROS-mötena har fungerat.

Representanter från olika yrkesgrupper framhåller att samlokaliseringen har medfört ett antal positiva synergieffekter. Att i princip dagligen träffas har, enligt medarbetarna, lett till att personer från olika yrkeskategorier har lärt känna varandra bättre. Det faktum att personal från olika yrkesgrupper numera regelbundet träffar varandra, såväl vid arbetsmöten som vid mer informella sammanhang som exempelvis i det gemensamma lunchrummet och vid fikastunder, har lett till att det blir svårare att ”skylla på varandra” om något inte fungerar.

Förståelsen för och kunskapen om varandras yrken och arbetsområden har ökat. Flera personer uppger att de numera ser nyttan av varandras arbete. De menar att de ser vidare än sin egen kompetens och sina egna ansvarsområden. Samlokaliseringen och ROS-mötena har gjort uppdraget till ett gemensamt uppdrag. Ett exempel som illustrerar detta är att när en distriktssköterska ändå ska åka till någon för att lägga om ett sår, så kan hon även vid samma besök koka gröten.

Under projekttiden har det bedrivits ett omfattande förändringsarbete. Genomförandet av projektet har, enligt de involverade, underlättats av att Vännäs är en liten kommun samt att kommunen endast har en hemtjänstutförare och en vårdcentral vars lokal ligger i anslutning till HemvårdsCenter. Något som bland annat gjorde det möjligt att samla kommunens och landstingets vård och omsorg i en och samma lokal. Trots småskaligheten är erfarenheten att det är både tids- och tålmodigsprövande att förändra invanda rutiner och arbetssätt.

Idén till projektet var en gång i tiden sprungen ur långtgående planer på ett kommunalt övertagande av hemsjukvården som då inte blev av. Den 1 september 2013 kommunaliserades hemsjukvården i Västerbottens län. På grund av det arbete som bedrivits inom ramen för projektet var mycket av förberedelsearbetet inför kommunaliseringen redan genomfört.

Vännäs HemvårdsCenter kommer att fortsätta i reguljär drift.

För andra att lära av projektet

Den fysiska samlokaliseringen som möjliggör att all personal träffas dagligen och de regelbundna multiprofessionella ROS-mötena kan stå som modell för andra, både mindre och större orter, som vill förbättra sin verksamhet och skapa en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre.

Referenser

- Bergfors, C., Brantmo, C., Uckelstam, C.-J., & Valijani, S. (2011). *Nulägesbeskrivning av den psykosociala arbetsmiljön hos medarbetarna vid Vännäs HemvårdsCenter*. C-uppsats. Institutionen för psykologi. Umeå universitet.
- Kennedy, M., Lindström, A., Melin, J., & Nyrinder, K. (2013). *En undersökning av vårdgivargruppens psykosociala arbetsmiljö inom Hemtjänsten på Vännäs HemvårdsCenter*. C-uppsats. Institutionen för psykologi. Umeå universitet.

Äldrecentrum, Rengsjö

Rengsjö är ett litet samhälle som tillhör Bollnäs kommun som ligger i södra Hälsingland. Rengsjö ligger en dryg mil öster om Bollnäs. I projektet ingår även grannbyn Växbo som ligger en knapp mil från Rengsjö. I Rengsjö och Växbo bor det omkring 1 650 personer.

Syfte med försöksverksamheten

Bakgrunden till projektet var att servicen för de äldre hade försämrats på orten. Det särskilda boendet hade omvandlats till trygghetsboende och distriktssköterskemottagningen hade lagts ned. Det folkliga missnöjet var stort och det framfördes protester till Bollnäs kommun och primärvården. Initiativtagare till projektet var ledningen för primärvården i Bollnäs, som drivs av vårdföretaget Aleris, i samarbete med socialtjänsten i Bollnäs kommun, samt frivilligföreningarna Rengsjö PRO, Föreningen Rengsjö framtid, Ringshögs anhörigförening, Röda korset (första året) och Svenska kyrkan (sedan ca 2,5 år). Projektet har genomförts i samverkan mellan dessa aktörer.

Syftet med projektet var att utveckla någon form av verksamhet riktad till de äldre på orten - ett aktivitetscenter med förebyggande och stödjande aktiviteter, utifrån de äldres behov och önskemål, för att uppnå ett ökat välbefinnande och kvarboende i Rengsjö och Växbo.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen har ändrats över tid. Vid projektets start definierades målgruppen som de mest sjuka 75 år och äldre. I december 2011 inkluderades alla pensionärer när det gällde de förebyggande insatserna och för stödinsatserna blev målgruppen personer 75 år och äldre som av hälsoskäl inte kan ta sig till Hälsocentralen i Bollnäs.

Från 2012 definierades målgruppen för stödinsatser om, nu i enlighet med Socialstyrelsens definition: "Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom." Projektet har i huvudsak arbetat med tre åtgärder:

1. Förebyggande aktiviteter (friskvårds- och fritidsaktiviteter).
2. Utveckling av en modell för samverkan mellan primärvård och hemtjänst.
3. Stödåtgärder (mobilisering av resurser).

Det förebyggande arbetet har bedrivits regelbundet under ledning av representanter från frivilligföreningar och från projektet. Det förebyggande arbetet har vänt sig till alla pensionärer i Rengsjö och Växbo. Några av de aktiviteter som togs fram var: måndagsgruppen (varje

måndag promenader med eller utan stavar samt efterföljande social samvaro och föreläsningar med hälsotema), balansgruppen (övningar för att undvika fallskador), kortspel, bowling (TV-spel) och inomhusboule.

När det gäller åtgärden att **utveckla en modell för samverkan** hade Landstinget i Gävleborg och länets kommuner sedan tidigare beslutat att införa en gemensam rutin för samordnad vård- och omsorgsplanering (SVOP). I Rengsjö har detta utvecklingsarbete genomförts som en del av försöksprojektet. SVOP har inneburit omfattande bedömningar och dokumentation där flera professioner varit inblandade. Bland annat har det genomförts riskbedömningar enligt Senior alert, ADL-bedömningar, funktions- och balansbedömningar samt läkemedelsgenomgångar. Efter att en SVOP utarbetats har respektive vårdgivare reviderat sina egna planer; genomförandeplaner (hemtjänsten), rehabiliteringsplaner (sjukgymnast och arbetsterapeut) och omvårdnadsplaner (distriktssköterska). För att säkerställa att de samverkande parterna även fortsättningsvis ska arbeta enligt den utarbetade modellen har det tecknats ett samverkansavtal mellan primärvården och Bollnäs kommun.

De stödjande åtgärderna har inneburit en mobilisering av resurser, exempelvis återöppnades distriktssköterskemottagningen under 2011 en dag i veckan, inledningsvis dock endast för patienter som var 75 år och äldre och som inte kunde ta sig till Hälsocentralen i Bollnäs. Från 2013 utökades verksamheten till att ha öppet två förmiddagar i veckan för alla pensionärer men med tidsbokning via Aleris Hälsocentral i Bollnäs. Under projekttiden har det även funnits en läkare på mottagningen en förmiddag varannan vecka (fr.o.m. 2013 har läkaren kommit till mottagningen efter tidsbokning). Dessutom har en sjukgymnast och en arbetsterapeut involverats i arbetet. Under projekttiden har mottagningen provat sig fram för att hitta en modell som, ”svarar mot behoven, men till rimliga kostnader”.

De stödjande åtgärderna har varit möjliga att genomföra tack vare de beviljade projektmedlen. Redan vid ansökningsförfarandet bjöds befolkningen på orten in till ett stormöte där projektledningen informerade om syftet med projektet. Frivilligföreningarna blev därigenom redan från början delaktiga i projektet och involverades i arbetsgruppen som skulle utveckla det nya arbetssättet och de stödjande åtgärderna. Det första önskemålet från föreningarna var att distriktssköterskemottagningen skulle öppnas igen.

Resultat och erfarenheter

Måndagsgruppen har varit välbesökt och uppskattad av deltagarna, det har varit ca 45 deltagare per tillfälle. Balansgruppen startades för att minska antalet fallskador. Ett tiotal personer har deltagit under ledning av en sjukgymnast och en arbetsterapeut, de flesta av deltagarna har

förbättrat sin balans. Bollnäs kommun har beslutat att det ska startas balansgrupper enligt "Rengsjömodellen" på andra platser i kommunen.

Projektet som helhet har bidragit till att bryta ensamheten för många äldre personer samt motiverat dem till både fysiska och sociala aktiviteter. Utöver de personliga vinsterna för de äldre finns det, enligt den lokala utvärderingen, indikationer på att såväl de förebyggande aktiviteterna som de stödjande åtgärderna och modellen för samverkan har lett till färre sjukhusinläggningar och ett minskat behov av hemtjänst.

Inom ramen för projektet har primärvården i Bollnäs och hemtjänsten i Rengsjö utvecklat och implementerat lokala rutiner för samverkan, vilka är baserade på länets rutiner. Merparten av de äldre som har tagit del av de stödjande insatserna har varit inskrivna i hemsjukvården, vilken under en stor del av projekttiden var en landstingsangelägenhet. De nya rutinerna har inneburit att planerade insatser beslutas vid SVOP istället, som för tidigare, att de olika professionerna arbetade parallellt med bristande kommunikation. Enligt de inblandade yrkesgrupperna har det nya arbetssättet och strukturen bidragit till bättre planering och att de äldre får sin hjälp snabbare än tidigare.

Kommentarer

Projektet är ett exempel hur ett folkligt missnöje efter försämrade samhällsservice för de äldre i glesbygd kan vändas till någonting positivt. Resurser mobiliserades på bred front och frivilliga krafter engagerades. De frivilliga krafterna har varit viktiga under projektets utformning och uppbyggnad, och kommer även i framtiden att vara viktiga för verksamhetens överlevnad. Under projektets gång har det framkommit att det är viktigt att frivilligheten inte blir tvingande. De som engagerar sig frivilligt vill inte bära hela ansvaret för aktiviteterna och känna sig uppbundna. För att säkra överlevnaden och dela ansvaret med de frivilliga krafterna har Bollnäs kommun avdelat viss tid för en anhörigstödare att bl.a. delta i måndagsgrupperna och kalla till planeringsmöten en gång i månaden för planering av aktiviteter. Kommunen bedömer det vara "en rimlig kostnad för något som ger så stora hälsovinster för den äldre befolkningen".

Genom de förebyggande aktiviteterna har man skapat en arena och mötesplats för de äldre. Därigenom har personalen också lärt känna fler av de äldre och på det sättet också kunnat identifiera personer som är i behov av stödåtgärder.

Den 1 februari 2013 kommunaliserades hemsjukvården i Bollnäs kommun. I samband med att kommunen tog över ansvaret för hemsjukvården uppstod en osäkerhet kring ansvarsfördelning och struktur rörande samverkan. Bland annat uppstod problem för hemtjänsten då vissa brukare var inskrivna i hemsjukvården och andra inte. Hemtjänsten behövde utveckla samverkansrutiner med både primärvården och

kommunens hemsjukvård. Detta arbete underlättades av att man inom ramen för projektet hade utvecklat en modell för samverkan. Ett mål har varit att modellen för samverkan och stöd, som projektet har arbetat fram, successivt ska implementeras i hela kommunen.

Rengsjö och Växbo är små orter som är en del av en större kommun. Föreningarna på orten har en stark folklig förankring. Detta kan ha varit en framgångsfaktor som underlättat mobiliseringen av det folkliga missnöjet med neddragningar som skett under de senaste åren. I andra kommundelar har det visat sig vara svårare att engagera frivilligorganisationerna. På grund av att det är små orter kan en annan framgångsfaktor ha varit att den lokala personalen har haft en god kännedom om sin äldre befolkning. Antalet personer som tillhör målgruppen ”de mest sjuka äldre” är relativt få, och därmed borde det rimligtvis också ha varit få i denna målgrupp som har varit okända för personalen.

För andra att lära av projektet

Den samverkan som skedde mellan vård och omsorg, frivilligorganisationer och medborgare kan tjäna som lärande exempel för andra liknande orter med liknande problem.

Äldres bästa - Äldrelots, Blekinge

Syfte med försöksverksamheten

Projektet skulle genom att erbjuda en äldrelots underlätta för den äldre i gränssnitten mellan olika vårdgivare, och uppmärksamma generella brister i systemen.

Tillvägagångssätt, vad har man gjort?

Huvudmän för projektet har varit Blekinge läns landsting och de fem kommunerna i länet, Karlskrona, Ronneby, Karlshamn, Sölvesborg och Olofström. Totalt bor det drygt 152 000 personer i de fem kommunerna. Projektet har organisatoriskt legat utanför huvudmännen, hos det gemensamma FoU-organet Blekinge kompetenscentrum (BKC). Samverkan har skett med Blekinge Tekniska Högskola (BTH) som leder utvärderingen.

Interventionen har dels varit på individ-, dels på strukturnivå. Kärnan i interventionen har varit att pröva och utforma en roll som benämns äldrelots. Lotsen skulle ha två uppdrag; att stödja den äldre i att få sina behov identifierade och tillgodosedda, och att fortlöpande identifiera och dokumentera förbättringsområden i vården och omsorgen för den aktuella målgruppen.

Lotsrollen

Lotsarna valdes medvetet så att de skulle ha olika professioner (arbets-terapeut, sjuksköterska, undersköterska, enhetschef etc.). De skulle ha god erfarenhet av äldrevården, men inte arbeta i sin gamla kommun – för att undvika att man blir mer lojal med sina kollegor än med den äldre, och att inte blandas ihop med sin förra yrkesroll och ses som någon från kommunen eller landstinget.

När lotsarna började hade de utbildning och reflektion som skulle stödja dem att gå från en roll med en tydlig yrkesidentitet till att bli den äldres lyhörda lots. De har under hela projekttiden haft handledning och reflektion kring de dilemman detta kan innebära.

Lotsrollen kan beskrivas som

- att bry sig om, vara lyhörd, samtala, stödja
- att ge rådgivning, informera om vad den äldre har rätt till/kan få
- att vara ombud för den äldre, påtala brister för ansvarig myndighet och samordna de insatser den äldre har
- att för huvudmännen uppmärksamma brister i vården och omsorgen för de äldre, som en slags internrevisor
- att identifiera icke uppmärksammade behov och brister i det utbud som finns

Äldrelotsen börjar med att ringa upp de som ska erbjudas en äldrelots, etablera en första kontakt, bygga upp ett förtroende. Samtalet är medlet, inkörsporten. Den äldre kan ha svårt att beskriva sina önskemål, vad behoven är. Många tar sin situation för given, ”nu sitter jag här”. Lotsens roll kan då vara att hjälpa den äldre att se vad det finns för möjligheter att underlätta vardagen. Det kan också handla om att stärka den äldre i att våga begära en viss insats, eller att påtala om en insats inte utförs på ett bra sätt. Lotsen frågar och lyssnar; hur är din vardag nu, hur har den varit, hur skulle du vilja ha det, hur skulle ditt liv kunna bli enklare? När relationen byggts upp kan det komma fram andra behov, som inte var så tydliga från början.

Lotsen kan ha en stödjande roll eller agera själv och företräda den äldre. Viktigt har varit att så långt möjligt stödja den äldre att göra det själv, det är inte meningen att lotsen ska ta över. Lotsen kan också ha en samordnarroll, och vara trygghetsskapande för anhöriga

En del i lotsrollen har varit att översätta det lotsen sett på individnivå till organisationsnivå. Det viktigaste forumet har varit referensgrupperna, en i varje kommun. Referensgruppernas syfte har varit ömsesidig information, skapa delaktighet, hantera det äldrelotsarna förmedlar för ett fortsatt utvecklingsarbete samt få synpunkter från och förankra hos olika yrkeskategorier. Kommunala frågor har dominerat, vilket sannolikt berott på att det varit kommunens personal som deltagit mest. Det har varierat mellan kommunerna i vilken utsträckning man fått med företrädare för vårdcentralerna och Blekingesjukhuset.

Målgruppen

Projektet har arbetat med olika sätt att identifiera målgruppen, de mest sjuka äldre, 65+. I den första fasen användes Socialstyrelsens dåvarande definition för multisjuk (3 diagnoser, 3 sjukhusvistelser). Totalt inkluderades 271 personer. Av de som lotsarna kunde få tag på tackade sex av tio ja till erbjudandet.

När Socialstyrelsen utformade nya definitioner för gruppen de mest sjuka äldre som inte enbart utgick från tidigare sjukhusvistelser var ambitionen att definiera målgruppen efter att ta den snävaste definitionen, mycket hälso- och sjukvård och mycket äldreomsorg. Det visade sig dock ogörligt eftersom det inte var lagligt möjligt att samköra landstingets och kommunernas register. Projektet kunde då bara använda två vägar. En grupp var de som enligt Socialstyrelsens definition har omfattande sjukvård. Dessa identifierades via landstingets register. Den andra var att identifiera via biståndshandläggarna.

Via landstingets register identifierades cirka 7 000 personer. Det stora antalet berodde på att landstinget i Blekinge registrerar rehabilitering i varmvattenbassäng och besök hos diabetessjuksköterska som specialist-äkarbesök. Ett slumpmässigt urval gjordes. Knappt två av tio tackade ja.

Biståndshandläggarna identifierade bara ett fåtal äldre. Det rörde sig mestadels om personer som biståndshandläggarna hade svårt att få en bra relation till.

Under projektets slutfas användes också SKL:s s.k. webbkollen¹⁶. Lotsarna fick genomföra den, och erbjöd då den äldre att få en lots. Ytterligare en grupp är de äldre som identifieras via SKL:s Webbkollen hemma¹⁷. Den som ringt upp den äldre har haft möjlighet att koppla in en lots.

Totalt har cirka 1 000 personer erbjudits lots åren 2011-2013, varav cirka 250 tackat ja.

Resultat och erfarenheter

Målet att det ska finnas en lotsmodell när projekttiden var över har uppnåtts. Det finns åtskilliga berättelser där de äldre vittnar om hur de känner sig sedda och stärkta av samtalen med äldrelotsen. Av utvärderingen framgår att åtta av tio upplevt lotsen som viktig för att känna sig trygg och nio av tio att de känner sig tryggare om de skulle få behov framöver.

I en hälsoekonomisk utvärdering blev en slutsats att funktionen som Äldrelotsarna erbjuder bör kunna leda till en bättre matchning mellan de verkliga behoven hos målgruppen och de insatser som behövs och sätts in.

Lotsrollen

Lotsen är varken landsting eller kommun, de representerar inte någon. Det har skapat förtroende hos den äldre. Till lotsen har man ingen beroendeställning och med lotsen kan den äldre prata om allt. Att inte vara en myndighetsperson underlättar också att se utanför de regelverk och rutiner som finns. Lotsen har som uppgift att se den äldres önskemål och behov, oavsett vilken huvudman som ska tillgodose dem och vad som ingår i huvudmannens vanliga utbud. Lotsen kan identifiera behov som inte har någon självklar adressat, peka på utbud som saknas eller försöka hitta rätt när en person helt hamnat mellan stolarna. Lotsen har också följt upp hur det senare gått för den äldre.

Kunskap om hur man för ett samtal har visat sig nödvändig, liksom att det tar tid att etablera en relation, bygga upp förtroendet, lyssna. Och att små förändringar kan vara av stor betydelse för den enskilde äldre. Samtalet betraktas vanligen inte som någon "insats", men beskrivs som grunden i lotsarnas arbete.

¹⁶ Via en webbaserad enkät på plats på sjukhuset intervjuas äldre som blivit oplanerat återinskrivna i slutenvården inom 30 dagar.

¹⁷ Personer som skrivs ut från slutenvården och kontaktas per telefon inom 72 timmar från utskrivningen

Att sakna annat mandat än det den äldre ger har setts som en styrka – underlättar den förtroendefulla relationen med den äldre. Men också som – en svaghet – det kan ta tid att uppnå förändringar eftersom lotsen inte själv kan fatta beslut utan måste vända sig till exempelvis kommunens biståndshandläggare eller ansvarig vid vårdcentralen.

Att vara neutral har varit särskilt värdefullt när det funnits konflikter mellan den äldre eller dennes anhöriga och biståndshandläggare eller vård/omsorgsgivare. Lotsen har då kunnat ha en roll som medlare.

Initialt kunde en del personal känna det som ett jobbigt ifrågasättande när lotsen ringde. Lotsens roll är visserligen inte att säga att någon har gjort ett dåligt jobb, men väl att ta upp brister utifrån den äldres perspektiv. Det har varit en process, den som blir kontaktad kan respektera äldrelotsens information när han/hon förstår såväl lotsens roll som den äldres situation. Lotsarna har märkt att deras roll blivit allt mer känd och respekterad. När de nu kontaktar någon i kommunens äldreomsorg, primärvården, färdtjänsten eller Blekingesjukhuset får de ofta omgående respons, ”*nästan så att de vi lotsar har fått en gräddfil*”. Olika tolkningar av sekretessfrågor har vid vissa tillfällen blivit ett problem. Denna svårighet har minskat under projekttiden.

Vilka nyttjar äldrelots?

Utvärderarna har kunnat urskilja och kategorisera tre typer av användare av en äldrelots;

- *nykomlingen*, som har ett uttalat behov av stöd och hjälp att orientera sig i kontakter med vård- och omsorg. Äldrelotsen kan fungera som mentor/coach och informera och stödja den äldre och, i förekommande fall, också dennes anhörige att klara sig på egen hand.
- *den rutinerade*, som inte lika ofta använder äldrelotsen men som kan uppskatta värdet av en samtalspart vid behov. De har enligt äldrelotsarna många gånger en etablerad relation till vården, är nöjda och känner sig väl omhändertagna.
- *den ömtålige äldre*, som kan sakna förmåga att själv agera och lotsen kan bidra med direkt stöd i form av att koordinera insatser eller att ringa samtal för den äldres räkning.

Ny teknik

En del i projektet har varit att tillsammans med BTH pröva ny teknik, bl.a. för den uppföljning som gjorts. Lotsarna har haft med sig en enkät, som inte upplevts som ett hinder, utan snarare öppnat för samtal. Enkäten har registrerats i en läsplatta. En del av de äldre har också erbjudits en läsplatta för att kunna ha kontakt via Skype med lots och anhöriga, och att använda Internettjänster, något som föll oväntat väl ut.

Organisationernas/huvudmännens erfarenheter

Att lotsarna haft olika yrkeskompetenser har visat sig värdefullt. Det har bl.a. inneburit att huvudmännen på detta sätt fått tillgång till en särskild kunskap och en förhållandevis unik överblick över hela systemet – landsting, kommun och frivilligsektor.

Referensgrupperna har haft betydelse för att länka ihop erfarenheterna nära de äldre med förvaltnings- och chefsnivå. *”Tidigare i dessa möten har man skyllet på varandra, nu kan man utifrån fallen lotsarna lyfter upp prata om det som faktiskt hänt, och då händer det något. Vi har genom lotsarna fått något att prata om.”* (intervju med kommunföreträdare)

Referensgrupperna har fallit olika väl ut i de olika kommunerna. Både på kommun- och länsnivå har det varit avgörande hur ansvarig chef utnyttjat projektet.

Ett hinder för projektets genomslag har varit att styrgruppen på länsnivå bytt sammansättning pga. byte av förvaltningschefer, däribland ordförandeposten. Den mest drivande avdelningschefen i landstinget slutade, vilket var ett stort avbräck för projektets förankring i landstinget. Lotsen skulle enligt honom bli hans ”ögon och öron” för att uppmärksamma var det brister, var landsting och kommun tillsammans behöver förändra. Det är dock tydligt att när denne chef lämnade sin post är det ingen i landstinget som efterlyst vad lotsarna ser.

Projektet var i början ifrågasatt, det var svårt att beskriva vad en äldrelots var och vad lotsen skulle göra innan en äldrelotsmodell hade utarbetats. När modellen väl fanns på plats vann den respekt på de flesta håll.

Verksamhetens fortlevnad är osäker. Kommunalisering av hemsjukvården har genomförts under den tid äldrelotsprojektet pågått. Ett flertal andra större förbättringsarbeten har också pågått parallellt med försöksverksamheten. Landstinget har haft stora problem med ekonomin för sina två sjukhus, och flera av kommunerna har brottats med budgetunderskott. En ytterligare försvårande faktor är de nationella prestationsbaserade stimulansmedlen som styr fokus åt annat håll med sina detaljerade och specifika områden, som kvalitetsregister, läkemedel och återinskrivningar. Allt detta har tagit kraft för alla berörda och inneburit att beslut om att introducera en ny funktion, äldrelots, inte tagits.

Kommentarer

Målgruppen

Projektet har tydligt visat på svårigheterna att via register kunna välja ut just den målgrupp som har störst nytta av en äldrelots. Registren är ”historiska” genom att de bygger på tidigare vårdkonsumtion som inte självklart speglar de aktuella behoven av vård och omsorg hos äldre

personer. Registren är uppbyggda för andra syften än att identifiera personer för ett uppsökande arbete. Ett ytterligare problem som projektet drabbades av är legala restriktioner att samköra olika register för att få en samlad bild av en äldre persons vård- och omsorgssituation.

Detta kom att innebära att man i projektet fick arbeta med olika definitioner med därav följande problem att utvärdera hur träffsäkra olika definitioner är när det gäller att ge vissa äldre patienter erbjudanden om särskilda insatser.

Förhållandevis få har inom projektet fått erbjudande om lots genom att någon personal kontaktat äldrelotsarna. Det blev bara de särskilt svåra fallen, de som biståndshandläggarna inte kunnat lösa, som blev aktualiserade till lotsarna.

Lotsen

Att så förhållandevis få har aktualiserats via kommunens biståndshandläggare eller annan personal kan tyda på att detta inte är en säker väg att identifiera målgruppen. Det är först när man får tiden att lyssna på den äldre som behoven blir synliggjorda.

En fråga är om lotsrollen kan tas av personal som redan finns nära den äldre, som distriktssköterska och biståndshandläggare? Båda har en sådan funktion i sin yrkesroll och i intervjuer med personer som på olika sätt ingått i projektet återkommer ofta funderingen att så här arbetade väl distriktssköterskorna förr i tiden? Fördelen för den enskilde om lotsrollen ligger på någon som redan har kontakt med den äldre är att denne inte behöver möta olika personer.

Fördelen med en lots som inte hör till någon av huvudmännen eller till en viss arbetsenhet är att denne kan röra sig fritt i systemet och är neutral. Det är då lättare att få förtroende både hos den äldre och hos vårdens och omsorgens aktörer. Det är också lättare att våga se den äldres önsknings- och möjligheter, vara behovs-, inte insatsstyrd.

Lotsen ska ha stor omvärldskunskap, "kunna alla världarna". Lotsen ska därigenom kunna ta sig fram, föra samtal på olika nivåer, och det kan ses som en förutsättning för att kunna lotsa.

Det kan vara så att vården och omsorgen är så slimmad att det behövs en särskild funktion, en lots som har tid så att den äldre blir lyssnad på, hjälp att komma rätt både med vad man själv vill och i systemet. Om läkaren, distriktssköterskan, biståndshandläggaren, kontaktpersonen etc. hade tid, så skulle behovet av en äldrelots möjligen vara mindre. Dock kan behovet av en fristående lots motiveras av att aktörerna som förväntas ha en lotsroll (som distriktssköterska, biståndshandläggare och i viss mån kontaktpersonen i hemtjänsten) bara har en del av helheten och inte kan agera "gränsöverskridande".

Lotsen kan beskrivas som systembevarande, eller snarare systemstödande. Givet den organisation av vård och omsorg vi har, gäller det att minska de problem för de äldre ”mest sjuka” som en fragmentiserad vård/omsorg som ständigt brottas med tidsknapphet kan skapa. Samtidigt kan lotsrollen medverka till förändringar. Ett centralt syfte är ju att identifiera brister, för att det ska bli bättre, att verksamheterna ska organisera sig klokare.

För andra att lära av projektet

Ett team med lotsar med olika kompetenser, utbildning för sitt uppdrag och rätt personlighet är en modell som visat sig fungera både i glesbygd och i tätort. Erfarenheten från Blekinge är att lotsen bör ha en neutral och fristående roll för att inte, varken av den äldre, de anhöriga eller personal, betraktas som företrädare för den ena eller den andra huvudmannen.

När målgruppen söks fram via hälso- och sjukvårdens register får man med många personer som inte har behov av samordnade insatser.

Referenser

- Gustafsson M, Kristensson J, Holst G, Willman A & Bohman D. (2013). Case managers for older persons with multi-morbidity and their everyday work -- a focused ethnography. *BMC Health Services Research*, 13(1),496. doi: 10.1186/1472-6963-13-496.
- Sapic, P. (2013). *Meningsfulla möten – en bok om äldrelotsprojektet*. Blekinge läns landsting.

Örkelljungamodellen, Örkelljunga

Syfte med försöksverksamheten

För att skapa en god sammanhållen vård för de mest sjuka äldre, behövs verktyg för att säkerställa en säker och trygg informationsöverföring över olika organisations och huvudmannagränser. Örkelljungamodellen utvecklades från behovet av att kunna kommunicera mellan organisationer som har olika huvudmän. I Örkelljunga bedrivs hemsjukvården av kommunen och ett behov fanns av gemensam informationsöverföring mellan de kommunalt anställda sjuksköterskorna, sjukgymnasterna och arbetsterapeuterna och primärvårdens läkare. Syftet var att kommunens hemsjukvård och primärvårdens (Region Skånes) utförare elektroniskt skulle kunna kommunicera och dela information med varandra för varje enskild patient.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

Målgruppen för projektet var alla patienter i hemsjukvården i Örkelljunga kommun. Inom kommunen bor det knappt 10 000 personer. Beslut om hemsjukvård görs enligt tröskelprincipen, det vill säga om patienten kan ta sig till vårdcentralen själv eller med assistans/ledsagare räknas de inte som en hemsjukvårdspatient.

Försöksverksamhetens huvudarbete har bestått i att Örkelljunga kommun har tagit fram ett underlag för en IT- baserad individuell vårdplan, som planerades vara gemensam för hemsjukvården inom kommunen och i samarbetet med Region Skåne.

Journalssystemet som används i kommunen har konfigurerats så att gemensamma koder för all hälso- och sjukvårdspersonal kan användas och övergripande riskanalyser och vårdplaner kan utformas. Från och med maj 2013 dokumenterar all hälso- och sjukvårdspersonal anställda inom kommunen i samma ”sökordsträd”.

En E-tjänst har utvecklats för att kommunens hemsjukvård och regionens primärvård i Örkelljunga ska kommunicera kring gemensamma patienter.

Under projekttiden har projektgruppen arbetat för att kommunen ska kunna få ta del av den nationella patientöversikten NPÖ¹⁸, samt tagit fram nödvändiga dokument i anslutning till NPÖ som informationsfolder till patienter, samtyckesblankett, rutiner och riktlinjer.

¹⁸ Den nationella patientöversikten är en del av den svenska nationella IT-strategin för vård och omsorg. NPÖ samlar information från olika vårdssystem hos landsting, kommuner och privata vårdgivare, som med patientens medgivande kan bli tillgänglig för behöriga användare var som helst i landet.

Ett annat arbete som pågått har varit att förbereda kommunen för lagen om valfrihet (LOV). Införande av LOV medger att andra aktörer än den kommunala hemsjukvården kan leverera hemsjukvård.

Resultat och erfarenheter

I kommunen finns nu ett fungerande IT-system som möjliggör en strukturerad gemensam dokumentation med riskanalyser och individuella vårdplaner för legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom den kommunala hemsjukvården.

De hitintills gjorda analyserna av projektet visar att ett flertal av kommunens hälso- och sjukvårdspersonal är positiva till en gemensam dokumentation. De framhåller att det ger en ökad kvalitet och säkerhet för patienten. Verksamhetscheferna i primärvården, var initialt positiva till att skapa en gemensam plattform för informationsöverföring. Region Skånes primärvård står dock fortfarande utanför Örkelljungamodellen pga. att primärvården inväntar införandet av det nya journalsystemet för samtliga region Skånes utförare (PMO)¹⁹.

I och med att Region Skåne tog beslut om att stå utanför Örkelljunga modellen så utformades istället en E-tjänst för meddelandehantering mellan kommunens hemsjukvård och primärvården i Örkelljunga. E-tjänsten färdigställdes under hösten 2013, men var inte i bruk vid projekttidens slut.

En konsumentbehörighet till den nationella patientöversikten (NPÖ) finns framtagen i både kommunen och regionen. En ursprunglig målsättning var att den individuella vårdplanen skulle vara kompatibel med NPÖ för att vara av värde för andra vårdgivare, vilket också har uppnåtts.

Kommentarer

Under projektets gång har personer i projektet bytts ut och det har också varit omfattande omorganisationer inom Region Skåne. Sista styrgruppsmötet för projektet hölls i april 2012. I styrgruppen ingick då förutom projektansvarig, en avdelningschef från Region Skåne, en strategisk rådgivare, en avdelningschef inom IT, en närsjukvårdschef från regionen samt en IT chef från Kommunförbundet. Styrgruppsmötena ställdes senare in, eftersom regionen under våren 2012 befann sig i en osäker fas avseende införandet av det nya gemensamma primärvårdsregistret för både privata och offentliga utförare inom hela Region Skåne (PMO).

¹⁹ PMO (Profdoc Medical Office) är ett journalsystem för verksamhetsstöd och administrativt stöd och används av såväl offentliga som privata vårdgivare inom öppen vård. PMO skall utgöra öppenvårdsdelen av målbilden "En patient – en journal – ett vårdinformationsstöd" i Region Skåne.

Under hösten 2012 meddelade Region Skåne att de inte kunde ställa sig bakom beslut och samverka med Örkelljungamodellen eftersom införandet av PMO krävde alla Region Skånes resurser

IT-plattformen för gemensam vårdplanering mellan kommunens hemsjukvård och region Skånes utförare i Örkelljunga har inte kunnat färdigställas på grund av omständigheterna inom Region Skåne samt brister i förankring mellan de två huvudmännen. Erfarenheten av detta är att det kan vara svårt och ibland inte alls möjligt att göra lokala lösningar när man ingår i en region. Regionen har svårt att anpassa sina system utifrån flera olika förutsättningar och lokala samarbetsformer.

Det kan vara svårt att förutse alla typer av förändringar i stora och komplexa organisationer. Det är därför betydelsefullt att så långt det är möjligt innan projektstart försöka kartlägga intresset och förutsättningarna att starta ett projekt där flera parter är involverade. Likaså att försöka belysa i vilken utsträckning det redan planerats eller till och med pågår liknande utvecklingsprojekt i en eller flera av de organisationer som kommer att bli involverade i projektet.

Ett vanligt förekommande problem, nationellt, är att huvudmännen använder olika dokumentationssystem som inte är kompatibla med varandra och där ingen part är beredd att byta system. Delvis på grund av de kostnader man redan investerat i de existerande systemen men också på grund av att verksamheterna har olika behov av olika dokumentationsmöjligheter.

För andra att lära av projektet

Försöksverksamheten visar på problemen med att på lokal nivå utveckla IT-verktyg för att kunna kommunicera över huvudmannaskapsgränserna. Förankring och omvärldsanalys är viktigt innan ett projekt av detta slag startas.

Referens

Carlsson G, Malmgren Fänge A. (2013). *Samverkan mellan kommunens hemsjukvård och Region Skånes utförare kring en integrerad gemensam IT-baserad individuell vårdplan – processutvärdering av en försöksverksamhet*. Lund: Institutionen för hälsa, vård och samhälle. Lunds Universitet.

De mest sjuka äldre, Örnsköldsvik

Syfte med försöksverksamheten

Att säkerställa ett effektivt och säkert patientflöde på rätt vårdnivå. För de mest sjuka äldre som kommer till akutmottagningen ska väntetider och tiden på akutmottagningen inte vara längre än vad som krävs för en effektiv och säker vård. Vistelse och omhändertagande skall ske i en vårdmiljö som är anpassad till de mest sjuka äldres förutsättningar.

Örnsköldsviks kommun har en befolkning på ca 55 000.

Tillvägagångssätt - vad har man gjort?

I ansökan angavs fyra åtgärder:

- prehospital triagering,
- proaktiv vårdplanering,
- alternativa vårdformer och
- tid/miljö på akutmottagningen.

Prehospital triagering är en metod som innebär en strukturerad bedömning av en persons hälsostatus innan personen kommit till sjukhuset. Genom metoden kan vårdpersonal snabbt och effektivt kommunicera med varandra mellan t.ex. ambulans och sjukhus. Ett system med anvisningar och manualer för att bedöma behov av åtgärder och vårdnivå (RETTs-pre) har införts i hela länet i ambulansverksamheten. Genom bättre information om patientens hälsotillstånd innan denne kommer till sjukhus, ökar möjligheten att styra patienter till alternativa vårdformer/rätt vårdnivå. Checklistan och manualer för prehospital triagering testas fortfarande.

Proaktiv vårdplanering innebar att utveckla en "Hälsodagbok" där personal i hemtjänsten och hemsjukvården fortlöpande skulle dokumentera de äldres hälsostatus. Dokumentationen var tänkt att användas som underlag för förebyggande insatser och därmed undvika försämringar som skulle kunna leda till sjukhusvård. Hälsodagboken för det förebyggande arbetet införs successivt i verksamheterna och förväntas bli ett viktigt underlag för den kommunala hemsjukvården.

Alternativa vårdformer handlade om att skapa vårdplatser för direktinläggning av äldre. I oktober 2012 inrättades fyra geriatriska slutenvårdsplatser med direktinläggning från akutmottagningen.

Tid och miljö på akutmottagningen innebar att väntetiden och vistelse-tider kontinuerligt registrerades och följdes upp. Likaså skulle vårdmiljön på akuten förbättras med tanke på de mest sjuka äldres välbefinnande. Akutmottagningen har utrustats med specialmadrasser för att undvika

liggsår och ”vätskestationer” har placerats ut för att förebygga uttorkning hos de äldre.

Utöver dessa fyra åtgärdsområden som ingick i den ursprungliga planen har ytterligare aktiviteter genomförts inom ramen för projektet.

Mångbesökarna på akuten har kartlagts och nya rutiner för personer med sviktande hemsituation har implementerats våren 2013. Ett exempel är arbetet med ”trygg hemgång” där man samverkar med kommunens hemtjänst och primärvårdens distriktssköterska för att säkerställa att ingen patient blir hemskickad från sjukhuset utan att mottagandet i hemmet är tryggt. En vårdplaneringssjuksköterska anställdes under projektet för att tillsammans med akutmottagningens medarbetare ta fram och implementera rutinerna kring ”trygg hemgång”, vilket blev genomfört i september 2013.

På motsvarande sätt har ett samarbete med psykiatrin påbörjats kring mångbesökare som har både psykiska och somatiska problem i syfte att utveckla omhändertagandet på akutmottagningen.

Ytterligare ett projekt är att Hälsocentralen Ankaret (inför överförandet av hemsjukvårdsansvaret till kommunen) har genomfört ett arbete med att kartlägga vilka hemsjukvårdspatienterna är och i vilken utsträckning de får den hjälp de behöver. Syftet har varit att hitta alla patienter och erbjuda dem adekvat omsorg, vård och behandling. Tankar finns också om att inrätta en särskild mottagning för de mest sjuka äldre.

Resultat och erfarenheter

Av slutrapporten framgår att man har minskat väntetider på akutmottagningen överlag med 13 minuter i genomsnitt per patient, från redan tidigare relativt korta väntetider.

I ett projekt som omfattar äldre patienter med höftfraktur undersöker man om patienter kan överföras direkt till vårdavdelning från röntgen (om patienten ska läggas in), istället för att som tidigare behöva komma tillbaka till akutmottagningen från röntgen för att bli inskriven där och därefter flyttas till vårdavdelning. Detta arbete har tillsammans med användningen av RETTS kunna öppna ett snabbspår för höft-patienterna, som innebär en minskad ledtid från ankomst till behandling från 14 timmar och 15 minuter till 11 timmar och 45 minuter i genomsnitt hösten 2013 (trots att den nya rutinen inte är fullt ut implementerad ännu)

Det pågår också ett arbete kring samordnad vårdplanering för att systematisera och standardisera informationsöverföringen. Ett ökat fokus på utskrivningsplanering och inrättandet av en särskild vårdplaneringssköterska för detta ändamål har enligt slutrapporten minskad tiden från slutjusterad vårdplan tills att patienten är utskrivningsklar med drygt 19 och en halv timme i snitt per patient, mellan åren 2011 till 2013. Intro-

duktionen av Hälsodagboken har kommit igång under 2013, men det är oklart i vilken mån som den kommer att finnas i verksamheterna i framtiden.

Kommentarer

Fokus för försöksverksamheten i Örnsköldsvik har varit att utveckla metoder, rutiner och strategier för att förebygga inläggningar på sjukhus, förbättra omhändertagandet på akutmottagningen och säkerställa trygg hemgång för de äldre som varit inlagda på en slutenvårdsplats. Bemötandet på akutmottagningen och förebyggande insatser har varit i centrum för flera av initiativen. Flera olika interventioner har startats, varav vissa är genomförda och andra kommer att fortsätta efter försöksverksamhetens slut.

Samtidigt med försöksverksamheten har också en rad andra aktiviteter startats, för att utveckla sjukvården och äldreomsorgen, bl.a. inför övertagandet av hemsjukvården. Dessa aktiviteter var inte nämnda i projektansökan, utan har tillkommit under försöksverksamhetens gång.

Några uppföljningar har inte gjorts med inriktning på vad de olika insatserna betytt för de mest sjuka äldre. Det innebär att några tydliga effekter av de genomförda och planerade förändringarna inte kan avläsas vid försöksverksamhetens slut.

För andra att lära av projektet

Att trimma rutiner och organisation kan som i Örnsköldsvik resultera i både ett effektivare resursutnyttjande och tryggare vård för den äldre.

Hälsodagboken har fokuserat på tidig identifiering av äldre som riskerar akut försämring av sitt hälsotillstånd. Idén med Hälsodagboken och tankar bakom denna borde därför vara av intresse för många kommuner.

BILAGA 2

TIO NÄTVERK

I Regeringens uppdrag till Socialstyrelsens ingick att vetenskapligt utvärdera tio namngivna lokala samverkansnätverk.

Inför huvudstudien kom KI/ARC och Socialstyrelsen överens om (mars 2012) att nätverken inte hade förutsättningar för en vetenskaplig utvärdering. Istället studerades nätverken och deras verksamhet med avseende på följande:

- Främjas samverkansklimatet av att nätverken tillhandahåller arenor för möten mellan vårdgivare och professioner?
- Hur tas idéer som ”föds på golvet” om hand i linjeorganisationen?
- Vilka faktorer verkar ha lett till att vissa nätverk lever, andra tynar bort- helt eller delvis?

I bilagan beskrivs hur nätverken startade, deras arbete och utveckling. I kapitel 7 redovisas slutsatser och lärdomar som kan dras av de tio nätverken.

Esther

Fakta och Bakgrund

Nätverket Esther startade 1997 på Småländska höglandet och är äldst bland de 10 nätverken som studerats. I nätverket ingår sju kommuner, Aneby, Eksjö, Nässjö, Sävsjö, Tranås, Vetlanda och även Ydre i Östergötland, samt Jönköpings läns landsting med en total befolkning på cirka 111 000 innevånare.

Målet i nätverket Esther är att *”genom samverkan i ett hållbart och handlingskraftigt nätverk kan Esther uppleva trygghet och oberoende”*. Esther ska veta vart hon ska vända sig, få vård i eller nära hemmet, uppleva oss som en vårdgivare och ha en individuell vårdplan.

Esthers ledningsgrupp består av MAS från de sex kommunerna på Småländska höglandet och ytterligare en person som kan vara en biståndshandläggare eller en Esthercoach, verksamhetschef från fem vårdcentraler samt representanter från klinikerna vid Nässjö- och Eksjöklinikerna. Förvaltningschefgruppen, den så kallade Andersgruppen (från Höglandssjukhuset, närsjukvården och kommunerna), fungerar som övergripande styrgrupp för nätverket.

Nätverkets arbete

En gemensam verksamhetsplan utarbetas på hösten, förankras vid strategidagen och i projektets ledningsgrupp och beslutas därefter i Andersgruppen. Årligen skrivs en verksamhetsberättelse för att tydliggöra vad som gjorts och ge återkoppling till ledning och coacher. De olika förbättringsprojekt som drivs gör vanligen egna utvärderingar, handledda av samordnaren.

Samordnaren får, enligt beslut i ledningsgruppen, in alla avvikelser som har med samverkan att göra, där någon skadats eller löpt risk att skada sig, samt (eget initiativ) där det inte fungerat smidigt nog för Esther

Coacher är en form för att främja arbete i Esthernätverkets anda. Utbildningen är åtta heldagar, inkluderande ett internat om två dagar. Steg 1 innebär att man har fått grundläggande förbättringskunskap och kan stödja team inom sin egen verksamhet. Den kan kompletteras med steg 2. En steg 2 coach har fördjupade kunskaper i samverkan, förbättringskunskap och vinnande team. En steg 2 coach kan stödja team som arbetar med förbättringar i hela vårdkedjan. De stödjer också de nya coacher som gått steg 1. För att coachen ska kunna bidra till verksamhetsutvecklingen på sin arbetsplats krävs en chef som ger utrymme, tid och mandat för det.

Nätverket tillhandahåller mötesplatser.

Coachernas utbildning, nätverksmöten och de kontaktnät som skapas på detta sätt, är kanske de mest effektiva.

Strategidagarna har en viktig roll för att få med alla viktiga aktörer, få ett forum för gemensam planering som kan leda till gemensamt ansvarstagande för att genomföra det man kommer fram till vid strategidagens workshops.

Esther café är ett forum för att dela med sig och få information om vad som är på gång, och följa upp frågor där det finns klagomål och problem.

Utbildningar där personal från både slutet och öppen vård, landsting och kommun, privat och offentlig regi ger möjligheter att få förståelse för varandra och skapa nya kontakter. En form som var mest omfattande när det fanns särskilda EU-medel (regionala stödfondsmedel).

Projektgrupper för olika område. Arbetsgrupp startar kring problem som uppmärksammas av drivande personer.

Lokala projekt som kan växa fram ur att man blir uppmärksam på problem i den egna verksamheten som uppmärksammas någon annanstans i vårdflödet.

Hospitering, för att lära hur andra arbetar, något som verkar vara enklare för personal som kan styra sin almanacka, men svårare för undersköterskorna.

Kontaktkanaler, som att distriktsläkarna har utsedda specialistläkare på Höglandssjukhuset de kan konsultera. Esther har gett oss vägar att bryta igenom genom kunskap, gett oss andra vägar. Som att kunna ringa läkaren på sjukhuset som konsultation.

Virtuella nätverk, som Facebook och att kunna skicka ut frågor via nätet.

Esther nätverk kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan människor, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Nyckelpersoner är Esthersamordnaren och Esther coacherna.

Framtiden för nätverket

Sedan 1999 är Esther ett permanent nätverk, med en heltids samordnare (uppdelat på två personer från våren 2013).

Referenser

Johansson, E., Varol, D. (2007) Utvärdering av enkätundersökning för Esthers ESF-projekt. *Rapport*. Science Park i Jönköping.

Hedberg, B., Sund-Levander, M., (2008) *Utvärdering av Samverkan i Vårdkedjan*. Jönköping: Luppen.

Vackerberg, N. (2012) Så snidar vi en förbättringscoach. Masteruppsats. Jönköping: Högskolan i Jönköping.

Hand i hand

Fakta och Bakgrund

Hand i hand är ett nätverk i Avesta och Hedemora kommuner som har 36 500 innevånare varav 8 400 är 65 år och äldre. Från Hälso- och sjukvården södra Dalarna ingår, Primärvården och Avesta lasarett.

Nätverket bygger på ett samverkansarbete, Projekt Armkrok, som startades 2005 på initiativ av Närsjukvården Södra Dalarna. Syftet var att utforma en samordnad vård för äldre multisjuka/-sviktande 75 år och äldre. Målsättningen var att de äldre skulle uppleva trygghet, tillgänglighet, kontinuitet och tydlig hemvist. Visionen var att på sikt utveckla någon form av äldreteam i södra Dalarna. Fyra arbetsgrupper bildades och arbetade fram en struktur som senare formulerades i en gemensam verksamhetsplan för de båda kommunerna och lasarettet. I november 2007 kunde nätverket Hand i hand starta.

Visionen för Hand i hand är att ”Där Vilja finns – finns vi” och värdegrunden är att Vilja (Esthers motsvarighet) i alla sammanhang ska sättas

i centrum, och att det bästa för Vilja ska vara grunden för det gemensamma arbetet.

Nätverkets arbete

Nätverket når ut till olika nivåer i organisationen genom olika möten och processdagar. En styrgrupp och stabsgrupp koordinerar arbetet. Styrgruppen består av resultatenhetschefen för Avesta kommun, förvaltningschefen för Hedemora kommun och verksamhetschefen för hälso- och sjukvården i södra dalarna. Stabsgruppen representeras av verksamhetschefer, utvecklingschefer, områdeschefer och medicinskt ansvariga sjuksköterskor.

I slutet av 2009 anställdes en projektledare med hjälp av statliga stimulansmedel. Uppdraget för projektledaren var att skapa struktur och tydliga rutiner för nätverksarbetet för att få en hållbarhet över tid. Från och med 2013 har parterna själva ansvarat för nätverket.

Det finns ett ömsesidigt engagemang från både landstinget och de båda kommunerna. Mötesstrukturen och arbetsordningen är god och följs av parterna. Styrgruppen ansvarar för att det varje år tas fram en verksamhetsplan för Hand i hand som sedan följs upp med en verksamhetsberättelse.

Nätverket har olika arenor i form av möten och processdagar där olika utvecklingsområden och kompetensutvecklingsbehov diskuteras. Där läggs grunden för arbetssätt och områden som senare bereds, planeras och beslutas i stabsgrupps och styrgrupp. Referensgrupper sätts samman med deltagare från verksamheterna som sedan jobbar med utvecklingsfrågorna. Grupperna har under åren bl.a. tagit fram samverkansplan och kompetensutvecklingsplan inom området demens, skapat en struktur för multiprofessionella demensteam och utarbetat samverkansplan inom rehabiliteringsområdet.

Under 2013 var huvudfokus ledningskraftsarbetet i SKL regi. Ett annat exempel är ett hjärtsviktsprojekt som involverar alla delar i nätverksområdet d.v.s. Avesta och Hedemora kommuner samt landstinget. Projektet omfattar områden som undvikbar slutenvård återinläggningar riskbedömningar, patientmedverkan och läkemedelsgenomgångar.

Nätverket har också fortsatt vara drivande inom demensområdet där basutbildning i demens och bemötande gemensam har erbjudits till all personal inom Avesta och Hedemora kommuner och inom landstinget. Alla sjuksköterskor i båda kommunerna och i landstinget har också fått utbildning inom äldre och läkemedel.

Framtiden för nätverket

I dagsläget är parterna överens om att nätverket är värdefullt och kommer att fortsätta enligt överenskommelse. Hand i hand är ett begrepp som det talas om i olika sammanhang när beslut ska fattas.

Helga

Fakta och Bakgrund

Nätverket Helga bildades i Skellefteå kommun (72 000 innevånare) på initiativ från medicin -geriatriska kliniken vid Skellefteå sjukhus. I januari 2006 fick personalen på sjukhuset i uppdrag att arbeta med vårdutveckling. De skulle arbeta fram rutiner för en sammanhållen vårdkedja för multisjuka äldre – Helgarutiner. Helga stod för ett synsätt - en struktur för samverkan över huvudmannagränserna. Nätverket startade med nätverket Ester som förebild.

Helga är enligt den första definitionen, 70+ och uppfyller minst två av följande kriterier; multisviktande, många vårdkontakter och kognitiv svikt. Definitionen ändrades senare till att personen skulle ”vara i behov av” hälso- och sjukvårdsinsatser samt omsorgsinsatser.

Nätverkets arbete

Nätverket drevs genom en projektgrupp som initialt bestod av sex personer från medicin -geriatriska kliniken. En arbetsgrupp bildades senare med representanter från kommunen, primärvården och den medicin -geriatriska kliniken på lasarettet. Helga- ombud utsågs och fick utbildning i vad Helga nätverket innebar. Helga-ombuden möttes fyra gånger per år.

Arbetsgruppen tog fram struktur och arbetssätt för Helga. På sjukhuset identifierades Helga patienterna genom ett klistermärke som personalen fäste på journalen. Ett slags ”stickor” togs fram där det fanns information om vad man ska tänka på, vad som skulle följa med patienten hem samt viktiga telefonnummer. Det ”Rosa bladet” togs också fram, som var ett dokument som hemtjänsten skulle fylla i och hålla uppdaterat. Det var tänkt att den äldre skulle ta med sig det vid eventuella besök inom slutenvården. Bladet skulle också fyllas i av slutenvården vid hemgång för att hemtjänsten skulle få aktuell information efter en slutenvårdsvistelse.

Framtiden för nätverket

Nätverket är nerlagt och avvecklades bl.a. därför att det inte gick att förankra Helga-konceptet inom alla berörda delar i sjukvården och äldreomsorgen. Speciellt fanns svårigheter i primärvården och på avdelningarna på lasarettet. En möjlig anledning till att förankringen inte lyckades, var att inte alla parter (primärvården och kommunen) var med vid starten av projektet.

En annan möjlig anledning till att förankringen misslyckades inom landstingets verksamheter är att det inte fanns beslut på ledningsnivå inom primärvården och på sjukhuset att alla skulle arbeta efter Helgarutinerna. I verksamheterna fanns det också olika tolkningar om vilka

äldre som skulle identifieras tillhöra gruppen "Helga". Begreppsförvirringen blev särskilt tydlig när Socialstyrelsens begrepp "de mest sjuka äldre" lanserades 2011 och att man inom landstingsledningen undrade vilka detta gällde i förhållande till Helga.

Hilma

Fakta och Bakgrund

Nätverket startade 2004. Fem kommuner deltar; Askersund, Hallsberg, Kumla, Lekeberg och Örebro med totalt 193 000 innevånare samt primärvården och Universitetssjukhuset i Örebro.

Orsak till att nätverket startade var det dåliga samarbetet mellan vård- och omsorgsgivarna. Syftet med nätverket var att samarbeta kring gemensamma patienter. Nätverket Esther var inspirationskällan. Beslut togs att utgå från tre utgångspunkter; att fokusera på Hilma, att personalen skulle utveckla samarbetet och att personalen skulle utgå från processen – Hilmas väg i vårdkedjan.

Målgruppen för Hilma är inte definierad utan tyngdpunkten ligger på patienter där vårdplanering genomförs eller där personal från flera huvudmän/organisationer involveras.

Nätverkets arbete

Örebro län har sedan flera år tillbaka en samverkansorganisation mellan landsting och kommuner, med dels en "Marit-grupp" på politikernivå, dels en "Vilgot-grupp" på chefstjänstemannanivå. Denna organisation gör att besluten om samverkansarbetet beskrivs som både stabil och förankrad. Detta tillsammans med en engagerad projektledare som också är knuten till primärvården, gjorde att Hilma blev framgångsrikt och att projektet kunde övergå i ordinarie verksamhet där de deltagande kommunerna tillsammans med sjukhuset i Örebro ingick och fortfarande ingår.

Hilma har en arbetsgrupp med 14 medlemmar som träffas fyra gånger per år. I arbetsgruppen ingår: Distriktssköterska från Askersund, områdeschef från Hallsberg, medicinskt ansvarig sjuksköterska och en undersköterska från Kumla, medicinsk ansvarig sjuksköterska från Lekeberg, medicinsk ansvarig sjuksköterska, en områdeschef och en utbildningsledare från Örebro. Lasarettet representeras av två överläkare, en bitr. avdelningschef, en ambulanschef, en undersköterska och en biträdande områdeschef.

Det finns idag ingen egen budget för Hilma men personalen vet att samverkansarbetet ingår i arbetsuppgifterna där respektive huvudman står för sin del.

Hilma nätverket har också flera ”underordnade nätverk”. De nätverk som för närvarande är aktiva är nätverken för sjuksköterskor, undersköterskor och arbetsterapeuter där personal möts regelbundet från de båda huvudmännen.

Workshops, utbildningar och hospiteringar (besöka andra arbetsplatser) för att öka förståelsen över organisationsgränser är också aktiviteter inom Hilma-nätverket. Arbetet via nätverket har skapat nya och bättre rutiner om informationsöverföring och även bidragit i utformningen av vårdplaneringsteamet. Drygt 1900 Hilma-ambassadörer har utbildats för att förankra och stötta nätverkets genomslag. Kommunala sjuksköterskor har också fått utbildning i medicinsk bedömning.

Fokus har legat på att förbättra vårdplaneringar och överföring av patientinformation mellan huvudmännens verksamheter.

Framtiden för nätverket

Arbetet i Hilma nätverket är för närvarande ”avvaktande”. Grupperna träffas men man väntar på SKL’s satsningar i bl.a. ledningskraft och det pågående arbetet i ViSam – projektet för att se vilken roll Hilma ska få i framtiden. Sedan 2012 har inga utbildningssatsningar eller nya Hilma-ambassadörer utbildats vilket befaras försämra ”Hilma- andan” på sikt.

Diskussioner har förts om nedläggning av Hilma.

Hisam

Fakta och Bakgrund

Hisam var ett projekt som startade i april 2007 och avslutades 2010. Projektet genomfördes på Hisingen i Göteborg som har 100 000 invånare. Hisam-projektet var ett samarbetsprojekt mellan de tidigare sex stadsdelar som fanns på Hisingen, primärvården och Östra sjukhuset.

I Hisingen fanns det sedan tidigare ett bra samarbete mellan vård och omsorgsgivarna. Ett av de problem som ändå fanns var att äldre vårdades inom akutsjukvården trots målsättningen att hälso- och sjukvården i hög utsträckning skulle erbjudas inom primärvården.

Målsättningen i projektet Hisam var att: skapa en obruten vårdkedja att utveckla en närsjukvård i samverkan där äldre med vård och omsorgsbehov omhändertas vid rätt tidpunkt, på rätt vårdnivå så att samhällets resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.

Nätverkets arbete

Utgångspunkten i projektet var att skapa en gemensam målbild och med den som utgångspunkt genomfördes sedan aktiviteter och åtgärder för att utveckla och förändra befintligt arbetssätt.

Några exempel på aktiviteter/arbetssätt som genomfördes inom ramen för projektet: Hälsofrämjande uppsökande verksamhet (HUV), mobil funktion för distriktsläkare, integrerad hemsjukvård – hemtjänst. Ett annat exempel var inskrivningsklar- och utskrivningsklar patient – ett arbetssätt för sjuksköterskor för att förebygga återinläggningar och förhindrar avbruten vårdkedja. Arbetssättet synliggör patienten i akutsjukvården, primärvården och inom kommunen i ett tidigt skede i vårdprocessen.

Under projektet utvecklades också vårdprocesser för demensvård, strokevård, vård av personer med hjärtsvikt, medicin direkt, röda tråden akutintaget, konsulter på vårdcentralerna och äldrelotsen.

Framtiden för nätverket

Projektet avslutades i december 2010. När Göteborgs stad minskade antalet stadsdelsnämnder blev de tidigare sex stadsdelsnämnderna på Hisingen i januari 2011, tre stycken och många av de som hade arbetet med Hisam-projektet fick samtidigt nya arbeten. Därmed upphörde också de nätverk som projektet hade byggt upp.

Hisam-modellen har legat till grund för den försöksverksamhet som Göteborgs stad och fyra grannkommuner sökte stimulansmedel till 2010, försöksverksamheten In och Ut. Tanken var att implementera arbetssättet från HiSam i alla Göteborgs stadsdelar och fyra kranskommunerna.

Kersti

Fakta och Bakgrund

Falu kommun har 56 000 innevånare. Kersti startade 2004 som ett samverkansprojekt med hjälp av stimulansmedel och på initiativ från Falu lasarett. En läkare på medicinkliniken signalerade om att det behövdes förbättringar, bl.a. fanns det ett behov av vårdplatser, dit äldre kunde skrivas in direkt, utan att behöva gå via akutmottagningen. I ett tidigt skede hoppade dock lasarettet av projektet och fokus kom istället att riktas mot samverkan mellan primärvården och hemtjänsten. När projektet avslutades 2006 övergick samverkansprojektet i nätverket Kersti där nätverket Esther utgjorde modell.

Huvudfrågan som ställdes i nätverket var: Vad är bäst för Kersti? Målet var att alla personer, 80 år och äldre, boende i Faluns kommun och som får vård och omsorg ska känna sig trygga med de insatser som ges av de offentliga vård- och omsorgsgivarna. *Kersti ska känna att vi tillsammans*

ansvarar för att hon får den bästa möjliga vård vi kan ge utifrån de resurser som finns.

Nätverkets arbete

Fokus låg på vad som var bäst för Kersti. Ledningen uttalade från början sitt fulla stöd för arbetet med nätverket och där många yrkeskategorier från olika vårdnivåer och organisationer deltog. Nätverket skapade en samsyn på hur man på bästa sätt skulle arbeta för Kersti. De privata vårdgivarna har inte fått ingå i nätverket.

Nätverket har under åren behållit sin mötesstruktur, det finns en politisk nivå och två chefsnivåer för möten. Mellan de olika yrkeskategorierna som arbetar i med de äldre fanns det tidigare teamträffar men dessa har inte fungerat tillfredställande under de senaste två åren. Orsak är att deltagarna har haft svårt att komma på träffarna då det inte funnits tid. De tycker inte att de har kunnat prioritera träffarna på grund av den höga arbetsbelastningen de har i sitt dagliga arbete.

Nätverket går enligt ansvariga chefer på ”sparlåga”. Orsaken anges vara vårdval, kundval och omorganisationer som stört arbetet i nätverket. Kommunens hemtjänst har också dragits med ett stort underskott och inom landstinget har effektiviseringar skett. I och med kommunaliseringen av hemsjukvården vid årsskiftet 2012/2013, försvann också kopplingen till primärvården då distriktssköterskorna numera är kommunalt anställda.

Tidigare har olika förbättringar genomförts och implementerats i reguljär verksamhet. Det har bl.a. handlat om att ta fram bättre rutiner och samverkansformer och att öka kunskapen och förståelsen mellan huvudmännens personal och för deras olika uppdrag.

Likaså har man i nätverket behandlat avvikelser av gemensam karaktär, diskuterat läkarrollen inför kommunaliseringen och utvecklingsbehov inom demensomsorgen.

Framtiden för nätverket

Kersti är inte formellt nedlagt men går på sparlåga. Det finns ingen strategi för hur Kersti ska kunna återgå till sitt ursprung men företrädarna för primärvården och kommunen tycker att Kersti är värd att satsa på. Förhoppningsvis fortsätter arbetet i de olika grupperna och teamträffarna återuppväcks i ny tappning.

Linnea

Fakta och Bakgrund

Linnea är sedan 2005 ett samarbetsprojekt mellan Alvesta, Lessebo, Ljungby, Markaryd, Tingsryd, Uppvidinge, Växjö och Älmhults kommuner och Kronobergs läns landsting. I Kronoberg bor cirka 186 000 innevånare. Nätverket startades på grund av problem med överbeläggningar på läns-sjukhusen Växjö och Ljungby. Chefen på medicinkliniken var initiativtagare och är som centrumchef alltså drivkraften. Inspiration kom från Esther nätverket. Inom nätverket har ett stort antal personal inom vården och omsorgen mötts i olika projektgrupper i förändringsarbetet.

Linnea är symbolen för en äldre patient som har flera olika kroniska sjukdomar och ett stort behov vård och omsorg.

Nätverkets arbete

Nätverket har en aktiv ledningsgrupp och består av medlemmar från länsjukvården, primärvården, kommunerna samt länets FoU-enhet. Ledningsgruppen bjuder varje år in till nya nätverksgrupper som arbetar under fyra-sex månader utifrån genombrottsmetoden. Grupperna är sammansatta av personal från både landsting och kommun, och med olika yrkesroller. Arbetet i grupperna startar med att var och en intervjuar en äldre person med sammansatta behov, ”Linnéa”, och utifrån intervjuernas resultat ska gruppen identifiera vilka problem som bör åtgärdas. Grupperna möts under fyra heldagar, så kallade lärandeseminarier, och de gör även därutöver studiebesök.

Vid inbjudan 2012 skrev ledningsgruppen: ”Vi vänder oss till dig som vill medverka till en förbättring för Linnea genom samverkan i team. Linnea kan vara en möjlighet för dig/er som under handledning och utifrån handlingsplanen vill förbättra vård och omsorg för de mest sjuka äldre. Linnea är öppet för alla professioner som jobbar kring Linnea. Detta år fokuserar vi särskilt på sammanhållen vård, palliativ vård och äldre med psykisk sjukdom eftersom detta är områden som behöver förbättras i vårt län.”

Syftet är att genomföra förbättringar för Linnea. Vanliga förbättringsområden har varit samordnad vårdplanering, in- och utskrivning från sjukhus, informationsöverföring, läkemedelsfrågor, förebygga fall, nutrition och munhälsa.

Linnea-grupperna har både identifierat problemområden och kommit med förslag till förändringar. Enligt en utvärdering 2011 från FoU Kronoberg har flera av de förbättringsarbeten som gjorts utvecklats till större förändringar, bl.a. genom att nya riktlinjer utformats för länet.

Svårigheten enligt de som intervjuats av ARC/ÄC har dock ofta varit att få gruppernas förslag att leva vidare och att sprida sig utanför de enheter

som deltagarna själva tillhör. Det största värdet synes vara för deltagarna själva, som fått nya nätverk, och ny kunskap om förändringsarbete.

Framtiden för nätverket

Linnea är en etablerad arbetsform i Kronoberg.

Referenser

Wikström, E. (2007) Linnea i Linneaprojektet, *FoU-rapport 2007:5*. FoU Välfärd i Södra Småland.

Wikström, E. (2011) Linnea – ett samarbetsprojekt i Kronobergs län, *Rapport april 2011*. Landstinget Kronoberg.

NISSE

Fakta och Bakgrund

Malmö har 308 000 innevånare. Initiativet till "Nisse" togs 2002 på sjukhuset och förankrades med en av innerstadsdelarna och öppenvården i stadsdelen. Sjukhuset fick ett formellt uppdrag av förvaltningsgruppen där nätverkets uppgift skulle vara att se över rutiner för samordnad vårdplanering. Nätverket skulle även hantera andra vanliga "trätofrågor" mellan parterna som demensutredningar, nutritionsfrågor och korttidsvård. Nätverket startades som ett projekt och projektgruppen bestod förutom projektledaren av en medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS), enhetschef inom äldreomsorgen, arbetsterapeut, två distriktsläkare och vårdchefen på sjukhuset.

Nätverkets arbete

Förbättringsarbetet har byggts "underifrån" genom att personalen inom de olika verksamheterna tillfrågats om hur de vill arbeta. Alla fick komma med idéer, men de skulle innebära en förbättring för den äldre "*hur blir det bättre för patienten/den äldre?*". Om idén inte gagnade den äldre, utan hade ett personalperspektiv så skrotades den.

Projektgruppen kom bl.a. överens om att förbättra logistiken inom sjukhuset så att NISSE-patienterna skulle slippa gå via akuten, utan skrivas in direkt på vårdavdelning.

När Nätverket utökades 2009 till att omfatta hela Malmö (och inte bara en stadsdel) delades nätverksarbetet in i geografiska områden med tillhörande husläkarmottagningar och en utsedd avdelning inom medicinkliniken. Respektive område utsåg sina representanter i "sitt" nätverk och beslutade själva hur dialogen och mötesstrukturen skulle se ut. Från medicinkliniken ingår läkare och sjuksköterskor i nätverken, från

kommunen, verksamhetschefer och distriktssköterskor och från primärvården läkare.

Varje område har också utsedda ambassadörer från respektive verksamhet, (slutenvården, kommunen och primärvården) När och hur ambassadörerna möts ser olika ut för de olika områdena. Ambassadörernas uppdrag är att ordna samverkansmöten och se till att rutinen för direktinlägg på sjukhus, och att kommunikationen mellan slutenvården och öppen vård fungerar.

Det uppstod en del problem när nätverket utökades till att omfatta hela Malmö. Implementeringen gjordes i etapper och projektgruppen insåg att vårdcentralerna arbetade olika och att det fanns hierarkier som inte alltid var så lätta att hantera. Det var också svårt att nå ut med information till alla vårdgivare. Under tiden uppstod även brist på platser inom sjukhuset vilket gjorde det svårt att koordinera och styra patienterna till direktinlägg. Samtidigt infördes också Hälsoval i Region Skåne vilket gjorde att flera privata alternativ etablerade sig.

Bäst fungerar NISSE i den stadsdel där arbetet startade, i andra stadsdelar har det tagit längre tid att få rutinerna att fungera. NISSE-ambassadörerna infördes för att hålla arbetssättet vid liv, men det har ändå inte varit enkelt. Några av svårigheterna är; stor omsättning av personal, vilket kräver kontinuerlig introduktion kring arbetssättet i NISSE. Rutinerna som utarbetats för hanteringen av NISSE patienter har bedömts som tidsödande. Införandet av vårdval och att ledningen inom landstinget inte har krävt deltagande från de olika verksamheterna i NISSE nätverket, har försvårat samarbetet. En del vårdcentraler har påpekat att de inte får betalt för att delta på NISSE-möten.

Där arbetssättet fungerar bra har parterna lärt känna varandra, och därmed utvecklat ett gemensamt synsätt och en gemensam kulturell plattform. Nätverket kan ses som en plattform för en dialog mellan slutenvård, kommunen och primärvården. Idéer som kommer till gruppen diskuteras och omsätts i många fall till konkreta projekt, där idéerna testas och utvärderas och om de fallit väl ut, implementeras i reguljär verksamhet.

Framtiden för nätverket

Att det finns ett uttalat stöd från ledningen och en plattform för samverkan är en förutsättning för att nätverket ska leva vidare.

Närvård västra Skaraborg:

Fakta och Bakgrund

Västra Skaraborg består av de sex kommunerna Essunga, Grästorp, Götene, Lidköping, Skara och Vara. I kommunerna bor 100 000 invånare. Det finns nio vårdcentraler varav tre är privata samt Lidköpings sjukhus.

Närvård Västra Skaraborg startade med syfte att stärka samverkan mellan primärvård, sjukhusvård och kommuner för att tillförsäkra vårdtagaren en god och säker vård. Sättet att organisera har vuxit fram ur en fungerande samverkanskultur, som föddes ur ett samverkansprojekt under 2001, "Framtidens hälso- och sjukvård i Lidköpingsområdet". Arbetet att utveckla närsjukvården i Västra Skaraborg och har genomförts i samverkan med forskare knutna till Skaraborgsinstitutet.

Nätverkets arbete

Projektet har en politisk samverkansorganisation som möts fyra gånger per år. Ledningsgruppen består av beslutsfattande chefer från de sex kommunerna, sjukhuset i Lidköping, Västra Götaland regionens primärvård och en verksamhetschef från de fyra privata vårdcentralerna. Verksamhetschefen från de privata vårdcentralerna har informationsplikt till övriga privata vårdcentraler. Ledningsgruppen träffas regelbundet var 3:e-4:e vecka. Till ledningsgruppens hjälp finns det tre koordinatörer (en från respektive part) utsedda som stöd och länk till respektive organisation. En till två gånger per år har ledningsgruppen utvecklingsinternat. Där planeras arbete för det kommande året. På dessa dagar deltar samtliga privata aktörer.

Närsjukvården har en gemensam budget för omkostnader för ledningsgruppen, utbildningar, information och utvärderingar.

Närsjukvårdens åtta nätverk är inriktade på rehabilitering, kol, palliativ vård, demens, diabetes, psykiatri, samordnad vårdplanering samt kompetens och utveckling. Alla kommuner, primärvården och slutenvården är representerade i så gott som samtliga nätverk. Arbetet bygger på överenskommelser som de medverkande har arbetat fram. Varje år ingår nätverken avtal med Närsjukvårdens ledningsgrupp om vad de ska arbeta med. Nätverken arbetar på olika sätt men vanliga insatser är att implementera nya vårdprogram, sprida information eller anordna utbildningar. De åtta nätverken har en strukturerad och regelbunden kontakt med ledningsgruppen.

Ledningsgruppen avsätter en heldag varje termin då nätverken kommer till dem och presenterar sitt arbete. Ett av nätverken kommer också till den politiska samverkansgruppen varje gång de sammanträder.

Samverkan har bl.a. lett till olika verksamheter som syftar till att ge äldre med sammansatta behov en mer samordnad vård och omsorg. Ett exempel är närsjukvårdsteam för hemsjukvård för de mest sjuka äldre. Teamet vänder sig till patienter med komplexa behov av medicinsk vård och omsorg, där vården kräver en samverkan mellan kommun, primärvård och slutenvård. Arbetssättet är situationsorienterat i stället för diagnosorienterat. Ett annat exempel är det palliativa teamet. Det är ett treårigt projekt, som medverkar till avancerad vård i hemmet i samarbete med kommunens sjuksköterskor och hemtjänst. Teamet (två läkare och tre sjuksköterskor) är tillgängligt dygnet runt, och utbildar och ger rådgivning i palliativ vård. I Lidköping finns en mobil hemsjukvårdsläkare. I övriga kommuner saknas en god struktur för samverkan med husläkarna.

Dessa verksamheter har på uppdrag av SKL utvärderats av Health Care Management. Utvärderingen visar på ett positivt samarbetsklimat, en arbetskultur som anses vara en av de grundläggande förutsättningarna för att Närvård västra Skaraborg blivit så framgångsrik. En annan viktig faktor är den samsyn och förtroende som finns i den gemensamma ledningsgruppen. De två teamen (närsjukvård och palliativa) kompletterat med den mobila hemsjukvårdsläkaren ses som nyckelfunktioner, och målgrupperna är väl definierade. Det mobila arbetet där insatser ges i hemmet är viktig för teamens målgrupper. En önskan som framförts av de intervjuade är att fler skulle få del av teamens vård och omsorg. Utvärderarna bedömer de båda teamen som kostnadseffektiva, och akutbesök och slutenvård har minskat påtagligt för de patienter som skrivits in i de båda teamen.

Framtiden för nätverket

Verksamheten är idag en del av den ordinarie organisationen och kan därför fortsätta som tidigare.

Referens

HCM Health Care Management. (2013). Närvården i västra Skaraborg. Utvärdering och ekonomisk analys av Närsjukvårdsteamet, Mobila palliativa teamet och Mobil hemsjukvårdsläkare. *Slutrapport till Sveriges Kommuner och Landsting*. HCM november 2013.

TioHundra

Fakta och bakgrund

TioHundra är sedan 2006 ett projekt med en mellan en kommun (Norrtälje) och ett landsting (Stockholms läns landsting) gemensam nämnd för hälso- och sjukvård och omsorg om funktionsnedsatta och äldre. Norrtälje kommun har 57 000 innevånare. TioHundranämnden (från 2013 benämnd sjukvårds- och omsorgsnämnden) är beställarnämnd. Norrtälje kommun och landstinget äger också gemensamt ett vårdbolag (TioHundra AB) som driver sjukhuset, specialist- och psykiatrisk vård samt inom vårdvalets och kundvalets ramar primärvård, hemsjukvård och omsorg om funktionsnedsatta och äldre.

Det fanns i Norrtälje en lång tradition att lösa frågor pragmatiskt mellan landstinget och kommunen. Det fungerade så länge Norrtälje var ett eget sjukvårdsområde inom landstinget, men denna samverkanskultur försvårades efter millennieskiftet alltmer i takt med en ökande centralisering inom landstinget. Förslag att avveckla Norrtälje sjukhus som akutsjukhus ledde till stora protester. Det ledde 2005 fram till beslutet att pröva en gemensam nämnd i Norrtälje.

Nätverksarbete

TioHundraprojektet har som ett av sina mål att få en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov. Ett exempel är den modell TioHundranämnden valde för kundval där utförarna ska tillhandahålla såväl hemtjänst som hemsjukvård. Andra exempel är förstärkning av geriatrik och rehabilitering, uppdrag till särskilt boende att svara för all hälso- och sjukvård samt översyn av rutiner för in- och utskrivning vid sjukhuset och vårdplaneringsteam.

Flera av dessa förändringar har kommit till under de senaste åren, flera år efter det att TioHundraprojektet startade. Några av förändringarna, framför allt kundvalet, har först under 2013 satt sig ordentligt och börjar få de former som är avsedda och möjliga. Det går att se flera faktorer som bromsat utvecklingen.

När projektet startade 2006 var beställare och utförare en förvaltning. Relativt snart infördes en beställar-utförarmodell, vilket komplicerade arbetet med att uppnå en samverkan mellan de olika aktörer som möter den enskilde patienten/omsorgstagaren. Utvecklingen styrdes inte längre av att vård- och omsorgspersonal kunde identifiera förbättringsområden, utan genom avtal.

Projektet inleddes med omfattande besparingar och genomgripande omstruktureringar av äldreomsorgen. Detta var ingen optimal start för att få med personalen på tåget.

Kulturskillnader har påverkat liksom vilka som drivit processen, hur personalens kunskap tagits tillvara och osäkerhet om projektet skulle få fortsätta. TioHundraprojektet visade att det tar tid att förändra befintliga kulturer, att t.ex. få distriktssköterska och vårdbiträde att bilda ett team. Det har tagit länge tid i den befintliga verksamheten, TioHundra AB, att nå målet med teamarbete jämfört med nya aktörer i kundvalet.

Det Äldrecentrum mötte under den utvärdering som genomfördes inför beslut om förlängning 2012 var en verksamhet som var inne i en kraftig förändrings- och utvecklingsfas. Fördelarna med TioHundra som idé beskrevs bl.a. som

- att kunna göra prioriteringarna utifrån ett befolkningsperspektiv, inte från ett huvudmannaskapsperspektiv,
- att kunna beställa samordnade lösningar utan svåra förhandlingar med en motpart,
- att inte behöva fundera över om detta är mitt eller någon annans bord – pengarna ligger, åtminstone i teorin, i samma påse,
- möjlighet att följa upp utifrån befolkningsperspektiv, inte begränsat av huvudmannaskap eller av enskilda avtal med utförare.

I Äldrecentrums utvärdering noterades bl.a. värdet av att vårda ”TioHundraandan”. En viktig del beskrevs som att utveckla de arenor som finns där personal möts över professions- och vårdgivargränser. Under en tid av införande av vård- och kundval, omstruktureringar och att få ekonomin i balans har detta inte alltid varit i fokus. En ökande insikt växte enligt utvärderarnas bedömning fram om att brister och möjligheter bäst identifieras av de som är nära den äldre. Utveckling sker säkrast när personalen är med i förändringsarbetet. Samspelet mellan olika utförare förutsätter att alla berörda aktörer inser att uppdraget är att samverka för de äldres bästa, inte att konkurrera om kunder.

Norrtälje har unika förutsättningar att utforma specialistvård, vårdval och kundval så att de styr mot samarbete, och att fortsätta att integrera verksamheter på nya sätt. Det är av stort nationellt och internationellt intresse att fortsätta att följa detta utvecklingsprojekt.

Framtiden för nätverket

Projektet startade i januari 2006 och skulle löpa över fem år. Projektet blev förlängt till 2012. Under en period hösten 2011 till hösten 2012 var TioHundraprojektets framtid osäker, och nyckelpersoner slutade. Efter utvärdering fattade landstinget och Norrtälje kommun beslut om förlängning fram till 2015.

Referens

Schön P, Hagman L, Wånell SE. (2012). Kan två bli en? TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum, *rapport* 2012:1.

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen uppdraget att göra en vetenskaplig utvärdering av 19 försöksverksamheter som tilldelats statliga stimulansmedel inom området mest sjuka äldre. I uppdraget ingick dessutom att studera tio samverkansnätverk inom vården av de äldre. Socialstyrelsen gav uppdraget till Aging Research Center (ARC) vid Karolinska Institutet (KI) tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC). Målet var att hitta generella faktorer och goda exempel som kan stimulera nationell utveckling.

ARC/ÄC har följt verksamheterna genom besök, intervjuer, rapporter och utvärderingar samt sammanställt en kunskapsöversikt och tagit del av internationella erfarenheter.

I detta dokument finns samtliga försöksverksamheter och samverkansnätverk presenterade. Dokumentet utgör de två bilagorna till rapporten "Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre" (2014:6). Rapporten finns att beställa från Äldrecentrum, eller kan laddas ned från hemsidan www.aldrecentrum.se. Mer information om utvärderingsprojektet finns på **www.aldrecentrum.se/nationellaexempel**.

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

Gävlegatan 16, 113 30 Stockholm // Vxl: 08 690 58 00 // www.aldrecentrum.se

