



# Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre

Äldrecentrums slutrapport

Projektledare: Lisbeth Hagman

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2014:6 ISSN 1401-5129



# FÖRORD

Våren 2010 utlyste SKL, på regeringens uppdrag, stimulansmedel, 70 Mkr per år under en treårsperiod, totalt således 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.”*

Målgruppen de mest sjuka äldre beskrevs som ”människor som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare/verksamheter både inom kommun och landsting”.

Nitton försöksverksamheter i projektform beviljades medel. Syftet var att kunna lära för framtiden. Det skulle vara möjligt att dra slutsatser från försöken. För att få ta del av medlen förutsattes att varje projekt skulle ha en egen utvärdering, samtidigt som regeringen gav Socialstyrelsen uppdraget att svara för en extern vetenskaplig utvärdering och uppföljning av försöksverksamheterna. Regeringen inkluderade i det uppdraget att följa upp och utvärdera tio redan etablerade regionala samverkansnätverk på äldreområdet.

Socialstyrelsen gav uppdraget att bistå med den vetenskapliga utvärderingen till Karolinska Institutet. Arbetet har utförts av Aging Research center (ARC) tillsammans med stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC). Professor Mats Thorslund, KI, har varit vetenskaplig ledare och Lisbeth Hagman, ÄC, har varit ansvarig projektledare för utvärderingen och slutrapporten.

ARC och ÄC har följt de nitton försöksverksamheterna och de tio nätverken under en dryg treårsperiod, från hösten 2010 till januari 2014. Vi har mött många engagerade och kreativa personer, som fått möjlighet att pröva olika metoder och rutiner. Många av dessa är väl värda att prövas av andra. Liknelsen med kakan där man kan plocka russin stämmer väl in på dessa projekt. Den här rapporten vill ge dig som läsare möjlighet att göra just det. Vi visar också på hur nätverken kan ses som en styrform väl anpassad till vårdens och omsorgens logik, med basen i den personal som är nära den äldre.

I rapporten belyser vi även försöksverksamheternas svårigheter att identifiera sin målgrupp, de mest sjuka äldre. Ju tydligare de studerade projekten kunnat identifiera sin målgrupp, desto mer framgångsrika har de varit. Men fallgroparna är många. I ett kapitel ger vi därför en bakgrund till de olika definitioner som finns av målgruppen. Vi ger också en forskningsöverblick för att underlätta att sätta in de olika försöken i ett internationellt sammanhang.

Vi har under de år vi följt försöksverksamheterna och samverkansnätverken blivit både hoppfulla och pessimistiska. Hoppfulla därför att det finns så mycket engagerad personal som visar att det med förhållandevis enkla medel går att göra skillnad. Pessimistiska för att det är så lite intresse att lära och utveckla det som prövats – knappt hälften av försöksverksamheterna lever vidare helt eller delvis. Vår förhoppning är att denna rapport ska bidra till att sprida kunskap och väcka nya idéer om hur vården och omsorgen av de mest sjuka äldre ska kunna bli mer samordnad, och med ett mer tydligt fokus på att använda sig av den kunskap som finns.

Vi ser också fram emot nya satsningar, där modeller för en samordnad vård och omsorg kan utprovas i olika miljöer och arbetet organiseras och följs upp forskningsmässigt på ett sådant sätt att det ska gå att dra slutsatser om modellernas brister och förtjänster.

Inom ARC/Äldrecentrum har Lisbeth Hagman (projektledare), Ingrid Hjalmarson, Lennarth Johansson, Anita Karp, Bettina Meinow, Eva Norman, Pär Schön, Lars Sonde, Mats Thorslund (ansvarig forskningsledare), Sven Erik Wånell och Jenny Österman arbetat med utvärderingen av de totalt 29 verksamheterna.

Stockholm i december 2014

Chatrin Engbo

Mats Thorslund

Direktör

Professor

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

KI/Aging Research Center

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING & SLUTSATSER.....	1
Att identifiera sin målgrupp .....	1
Många intressanta metoder har prövats .....	1
Samordning i nya former för äldre med störst behov .....	3
Uppmärksamma de anhöriga.....	3
Slutsatser.....	3
<b>KAPITEL 1 .....</b>	<b>4</b>
INTRODUKTION .....	4
Rapportens uppläggning .....	4
Målgruppen.....	4
Problemen som ska hanteras .....	4
Allt fler kan bo kvar i sitt hem.....	5
Kvarboendepincipen.....	6
Ädelreformen och "avinstitutioniseringen".....	7
Anhörigas roll .....	8
Nya styrformer .....	9
Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre .....	10
Utvärderingsuppdraget .....	11
<b>KAPITEL 2 .....</b>	<b>13</b>
OLIKA DEFINITIONER AV ÄLDRE MED LÅNGVARIGA OCH SAMMANSATTA HÄLSOPROBLEM .....	13
Olika kännetecken på de mest sjuka äldres situation .....	13
Olika perspektiv på långvariga och sammansatta hälsoproblem .....	14
Att identifiera "fall" (case-finding).....	14
Det epidemiologiska perspektivet .....	15
Revisionsperspektiv .....	15
Olika definitioner av långvariga och sammansatta hälsoproblem .....	16
Multisjuklighet .....	16
Frailty .....	17
Komplexa hälsoproblem .....	17
Mest sjuka äldre .....	18
Dynamiken i gruppen de mest sjuka äldre.....	19
Hur hänger de olika måtten på sammansatta hälsoproblem ihop?.....	20
Boende, vård och omsorg bland äldre med komplexa hälsoproblem .....	23
<b>KAPITEL 3 .....</b>	<b>24</b>
HUR HAR DE NITTON FÖRSÖKSVERKSAMHETERNA IDENTIFIERAT SINA MÅLGRUPPER? .....	24
Fem vägar till målgruppen .....	24
Rekrytering av äldre utifrån diagnos.....	25
Rekrytering av äldre med hjälp av register .....	25
Rekrytering bland äldre personer på väg in eller ut från sluten vård .....	26
Rekrytering bland äldre personer som är vårdtagare i primärvården och äldreomsorgen .....	27
Identifiering av målgruppen underordnat mål .....	27
Summering.....	27
Strategierna gav olika resultat .....	28

<b>KAPITEL 4 .....</b>	<b>30</b>
INTERNATIONELLA ERFARENHETER AV SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE .....	30
Att översätta internationella erfarenheter till svensk kontext .....	30
Forskning om samverkan .....	31
Case management/individuell samordnare .....	33
Vårdmodeller.....	35
Identifiera sköra äldre, äldretriage .....	37
Ekonomiska incitament för samverkan .....	37
Erfarenheter av försök med samverkan i vård och omsorg om äldre .....	37
<b>KAPITEL 5 .....</b>	<b>39</b>
FÖRSÖKSVERKSAMHETERNAS METODER .....	39
Att tänka på när man drar slutsatser från projekten .....	39
Samordnad vård.....	40
Team underlättar att få vård i hemmet .....	40
Rådgivande strukturerat omhändertagande .....	40
Gemensamma erfarenheter från teamen.....	41
Att vara i samma hus skapar förutsättningar för samarbete .....	42
Äldretriage.....	43
Individuell samordnare.....	44
Samordning mellan vårdgivarna .....	46
Samordnad vårdplan.....	46
Former för kommunikation mellan vårdgivarna .....	46
Mobilisera hela byn .....	47
Strukturerat förbättringsarbete .....	47
Några gemensamma erfarenheter.....	48
Redovisning av projekten efter huvudinriktning.....	49
<b>KAPITEL 6 .....</b>	<b>51</b>
TIO SAMVERKANSNÄTVERK .....	51
Uppdraget .....	51
Nätverkens utmaning – att ha fokus på huvudpersonen .....	52
Nätverkets frivilligstruktur kan vara ett hinder.....	53
Faktorer som bygger ett nätverk.....	54
Samordnare/Nätverksbyggare.....	54
Ambassadörer.....	54
Arenor, mötesplatser.....	55
Erfarenheter från nätverken.....	55
Har samverkan blivit bättre? .....	55
Tas idéer och initiativ till vara? .....	55
Hantera samverkan i vårdval och kundval .....	56
Horisontell och vertikal styrning.....	56
Faktorer som bidrar till att nätverk förtvinar.....	58
Reflektioner kring nätverk som styrform.....	58
Relationen till den äldre.....	58
Nätverken utmanar.....	59
Summering .....	59
Främjas samverkansklimatet av att nätverken tillhandahåller arenor för möten mellan vårdgivare och professioner? .....	59
Hur tas idéer som ”föds på golvet” om hand i linjeorganisationen? .....	59

Vilka faktorer verkar ha lett till att vissa nätverk lever, andra tynar bort, helt eller delvis? ..... 60

**KAPITEL 7 ..... 61**

SUMMERING OCH DISKUSSION..... 61

*Försöksverksamheter behöver tid och legitimitet* ..... 61

Svårigheter att dra generaliserbara slutsatser ..... 62

*De mest sjuka äldre, en svårfångad grupp* ..... 62

Målgruppen måste anpassas till syftet för interventionen ..... 63

*Erfarenheter från försöksverksamheterna och nätverken* ..... 64

Katalysator till förändring ..... 64

Samverkan inom befintliga strukturer ..... 64

Primärvården reaktiv, inte proaktiv ..... 65

Ett nätverksbaserat arbetssätt kan vara framgångsrikt ..... 65

Få projekt har uppmärksammat anhöriga ..... 66

Hälsoekonomiska bedömningar ..... 67

Bara samordning räcker inte ..... 67

REFERENSER ..... 69





# SAMMANFATTNING & SLUTSATSER

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en vetenskaplig utvärdering av nitton försöksverksamheter som erhållit statliga stimulansmedel, totalt 210 Mkr under tre år. I Socialstyrelsens uppdrag ingick dessutom att studera tio s.k. 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 få fram generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

ARC/ÄC har följt projekten och nätverken genom besök, intervjuer och tagit del av rapporter och lokala utvärderingar. ARC/ÄC har vidare gjort en kunskapsöversikt och tagit del av internationella erfarenheter som kan belysa de svenska försöken.

## Att identifiera sin målgrupp

Såväl den kunskapsöversikt som gjorts som erfarenheterna från de 19 försöksverksamheterna visar på svårigheterna att identifiera målgruppen – de mest sjuka äldre. Det är en heterogen grupp, där de med omfattande hälso- och sjukvård endast i mindre utsträckning överlappar med de som har en omfattande äldreomsorg.

En första fråga att ställa sig är om syftet med de insatser man avser är att förebygga att den äldre får stora och omfattande behov av vård och omsorg, eller om det tvärtom är att samordna insatser från olika vårdgivare för de som redan tillhör den gruppen. I det förra fallet kan hälso- och sjukvårdens register vara en väg. Dock med det förbehållet att de speglar historiska uppgifter som inte alltid är relevanta för den enskilde äldres situation just nu. I det andra fallet, att erbjuda samordning, är registerdata svåra eftersom det inte (ännu) är legalt möjligt att samköra hälso- och sjukvårdsregister med kommunens register över äldreomsorgen. En väg flera av försöksverksamheterna använt efter att först ha prövat med registerdata är personalens egen kunskap om sina patienter/omsorgstagare. En fallgröp här är att personalen ibland kan underskatta den äldres behov av samordning och överskatta sina egna insatser betydelse för att den äldre ska uppleva vården och omsorgen som samordnad och trygg.

## Många intressanta metoder har prövats

Några projekt har prövat olika former av team. Dessa har varit av olika karaktär, någon riktad till en viss diagnosgrupp (svår hjärtsvikt; Skellefteå), en annan har haft en mer bred målgrupp som bjudits in till en äldremottagning (Norrköping). Några har varit mer nischade mot till

exempel in- eller utskrivning från sjukhus (Uppsala med mobilt team respektive Tyresö med ”trygg hemgång”). Denna typ av projekt har kunnat redovisa resultat, mer eller mindre säkerställda, att den självskattade livskvaliteten ökat, i något fall att överlevnaden ökat, och att antalet sjukhusinläggningar minskat.

Äldrelots i Blekinge är ett exempel på en försöksverksamhet med individuell samordnare (Case manager) som för vissa äldre ökat tryggheten och bidragit till mer adekvata insatser.

Samlokalisering av verksamheter som i Vännäs och Malå kan vara ett kraftfullt verktyg för att få till stånd teamarbete över huvudmannaskaps- och utförargränser.

Skåneregionens patientprocessteam och strukturerade form för vårdplanering i hemmet har av den personal som prövats bedömts underlätta samarbetet mellan olika vårdgivare. Andra exempel är det beslutsstöd som tagits fram för kommunens distriktssköterskor i projekt ViSam i Örebro, in- och utskrivningsrutinerna i Göteborg (direktinskrivningsrutinen och PRIMUS), och telefonkonferenserna i Hägersten-Liljeholmen. Personal med särskild uppgift att samordna insatser har visat sig vara värdefullt vid utskrivning från sjukhus. Exempel på det är samordnings-sköterskor i Göteborg och utskrivningssjuksköterskor på Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Några försök har handlat om att kunna arbeta mer proaktivt och förebyggande, i Örnsköldsvik med hjälp av ”hälsodagboken” och i Sjuhäradsområdet med hjälp av ett omfattande screeninginstrument.

Flera av projekten visar på den utmaning som finns på såväl lokal som nationell nivå att finna IT-lösningar som tillvaratar både behovet av gemensam dokumentation och den enskildes integritet.

De rutiner, samverkansstöd (t.ex. telefonkonferenser) och bedömningsinstrument som enligt intervjuad personal fallit ut väl är i de redovisade projekten framtagna av personal nära den äldre, och utformade så att de ska vara enkla och tidsmässigt möjliga att använda. Såväl det som utformats som tillvägagångssättet bör kunna inspirera andra.

Flera av projekten visar ett värde av att samverkansarenor har skapats och där personal lärt känna varandra, och därmed fått en ökad kunskap om och förståelse för varandras roller och kompetens. I flera av utvärderingarna berättar intervjuad personal att det har förbättrat samarbetet. Detta ligger nära de erfarenheter som de tio samverkansnätverken gjort.

Ett positivt värde med försöksverksamheterna liksom nätverken är just att de har skapat fora och engagemang för att diskutera nödvändig utveckling av äldreomsorgen. Nätverken kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kom-

petenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. För att underlätta samverkan är det viktigt att utveckla en ”samverkanskultur” som stödjer detta, där den mest sjuka äldres bästa kommer i första rummet, före huvudmanna-, verksamhets- och professionsintressen.

## Samordning i nya former för äldre med störst behov

Äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg måste mötas av ett strukturerat omhändertagande. Detta oavsett om behoven uppstår hemma, på sjukhuset eller finns när man skrivs hem igen från sjukhuset.

I det strukturerade omhändertagandet måste det finnas rutiner för att identifiera de personer man avser hjälpa. Nödvändiga insatser från olika delar av sjukvården bör utföras eller koordineras av ett team, som i sin tur måste samordnas med socialtjänstens insatser. Det samlade teamet måste kunna erbjuda mobila och flexibla insatser i den äldres hem.

## Uppmärksamma de anhöriga

De mest sjuka äldre som bor hemma är mycket beroende av sina anhöriga. Sviktat anhöriga, uppstår ofta akuta behov av sjukvård, och risk för att den äldre måste åka till sjukhus. När den äldre ska skrivas ut från sjukhus efter att ha varit inläggande är anhörigas inställning, möjlighet och förmåga att hjälpa av avgörande betydelse. Både vården och den drabbade är beroende av de anhöriga, något som bör ses som en grundläggande utgångspunkt för en samordnad vård och omsorg om den äldre och deras anhöriga.

## Slutsatser

Utifrån ARC/ÄCs utvärdering av försöksverksamheterna och erfarenheterna från nätverken kräver en sammanhållen eller integrerad vård och omsorg om de mest sjuka äldre:

- att det finns ett system och rutiner för en fortlöpande identifiering av de mest sjuka äldre och hur deras behov ska tillgodoses
- att det finns en organisation som tillhandahåller hälso- och sjukvård dygnet runt samordnat med kommunens äldreomsorg.
- att stöd, vård och omsorg riktas till både den äldre och dennes anhöriga.
- att olika modeller för en samordnad vård och omsorg över huvudmannaskapsgränserna utvecklas, prövas och vetenskapligt utvärderas med hjälp av statliga initiativ.

# KAPITEL 1

## INTRODUKTION

### Rapportens uppläggning

Denna rapport är omfattande – så ska den också sammanfatta erfarenheter från nitton försöksverksamheter och tio samverkansnätverk av mycket olika karaktär. Det kan därför vara på plats att inledningsvis ge en kort ”läsanvisning”.

### Målgruppen

Målgruppen för försöksverksamheterna och flertalet av de tio nätverken är äldre med stora och sammansatta behov. När stimulansmedlen som finansierat de nitton försöksverksamheterna annonserades ut användes begreppet ”de mest sjuka äldre”. Vilka är då de? För att kunna rikta insatser till denna målgrupp måste de ju kunna identifieras.

I kapitel 2 ges en beskrivning av de olika metoder som brukar användas, hur dessa överlappar respektive kan komplettera varandra och vilka brister som finns med dessa metoder. Begrepp som multisjuk, skör (frail) och komplexa hälsoproblem förklaras och föränderligheten i gruppen blir belyst. I kapitel 3 redovisas hur de olika försöksverksamheterna arbetat med att finna sina målgrupper, vilka svårigheter de mött och hur de lyckats.

### Problemen som ska hanteras

Vilka är då de problem som möter gruppen ”de mest sjuka äldre”? I resterande del av kapitel 1 ges en översiktlig bild. Här belyses effekter av kvarboendepincipen, förändringar i utbudet av sjukhusplatser och särskilt boende, huvudmannaskapsförändringar och nya styrformer.

I kapitel 4 ges en översiktlig beskrivning av forskningen från andra länder om olika sätt att möta dessa problem. Bland annat belyses begrepp som Integrated care och Case manager/individuell samordnare, liksom olika vårdmodeller för att få en bättre samverkan.

I kapitel 5 ges exempel på lärdomar som kan dras av de olika försöksverksamheterna. Det handlar om många små vardagsförbättringar, som kan inspirera till efterföljd. Materialet är strukturerat utifrån några huvudteman. Den som vill fördjupa sig kan läsa mer i bilaga 1, som finns att

ladda ned på Äldrecentrums hemsida.<sup>1</sup> Där finns också information ifall projekten haft externa utvärderare som publicerat en utvärdering.

I kapitel 6 redovisas vilka lärdomar som kan dras av de tio nätverken och hur de kan stimulera till styrformer där personalens kompetens och erfarenheter främjas och tas tillvara. Nätverken redovisas var och en för sig i bilaga 2, som finns att ladda ned på Äldrecentrums hemsida.<sup>2</sup>

I kapitel 7 slutligen diskuteras de iakttagelser författarna till denna rapport har gjort när erfarenheterna från försöksverksamheterna och nätverken analyserats.

## Allt fler kan bo kvar i sitt hem

I hela västvärlden finns en strävan efter att göra det möjligt för äldre att få nödvändig vård och omsorg i sitt eget hem, istället för att behöva flytta till institution. Det finns många drivkrafter bakom detta. En är insikten om att ens hem för de allra flesta är den trygga och välkända plats där man vill bo så länge det går. Denna önskan har också blivit mer möjlig att uppfylla. Den allmänna samhällsutvecklingen med en förbättrad boendestandard, kommunikationer och samhällsservice underlättar för människor med stora hjälpbehov att kunna bo kvar hemma. Under 1980- och 1990-talet har det också varit en positiv utveckling av äldres hälsa (Parker, m fl., 2008; Victor, 2005).

Under 1970- och 80-talet redovisades resultat från både svensk och internationell forskning som pekade mot att äldre blev ”piggare och friskare” samtidigt som hypoteser om en ”komprimerad sjuklighet” vid livets slut presenterades (Fries, 1980). Det skulle betyda allt fler friska år under vår levnad och en allt kortare period av sjuklighet vid livets slut. Aktuell forskning indikerar snarare en uppskjuten eller till och med förlängd period av sjuklighet vid livets slut (Crimmins & Beltran-Sanches, 2010; Fors, m fl., 2013; Thorslund, 2012).

För att främja ett värdigt liv är människors funktionstillstånd en viktig utgångspunkt. Det är ofta begränsningar i autonomin som följer av nedläggningar av olika fysiska och psykiska funktioner hos den gamla människan som leder till beroenden av hjälp, inte sjukdomsförekomst i sig. Individer kan ha många sjukdomar eller vara svårt sjuk, men ändå ha god funktionsförmåga i olika avseenden. Det är stora skillnader mellan vad antalet diagnoser eller läkemedel säger om en människas livssituation och individens egen uppfattning om densamma. En viktig faktor är hur begränsningar i funktionstillståndet kompenseras – med bostadsanpassning och tillgänglig utemiljö, hjälpmedel och vård och omsorg.

---

<sup>1</sup> [www.aldrecentrum.se/nationellaexempel](http://www.aldrecentrum.se/nationellaexempel)

<sup>2</sup> [www.aldrecentrum.se/nationellaexempel](http://www.aldrecentrum.se/nationellaexempel)

Den ständigt pågående medicinsk-tekniska utvecklingen, när det gäller att kunna ge allt mer avancerad behandling, vård och omsorg utanför sjukhus och institution, har underlättat att kunna bo kvar hemma. Under de senaste 20 åren har hemtjänst och hemsjukvård byggts ut så att den idag kan ges dygnet runt, och den avancerade sjukvården i hemmet möjliggör för allt mer sjuka personer att bo kvar hemma, många gånger till livets slut.

En annan drivkraft bakom denna utveckling är att försöka dämpa kostnadsutvecklingen. Från landstingens sida att färre ska finnas i den dyra sjukhusvården, hos kommunerna att erbjuda hemtjänst hellre än särskilt boende. Detta är inte okontroversiellt. Det finns till exempel en kritik mot kommunerna att äldre som vill flytta till särskilt boende för att få en ökad trygghet kan få avslag.

## Kvarboendepincipen

Redan i mitten av 1950-talet lade riksdagen fast vad som kommit att kallas för kvarboendepincipen. Åldringsvårdsutredningen föreslog 1956 att *"Åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand och i största möjliga utsträckning inriktas på att med alla medel förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem."* Regeringen följde utredningens förslag, som beslöts av riksdagen 1957.

Ambitionen att göra det möjligt för äldre att bo kvar hemma har sedan dess handlat inte bara om fysisk "överlevnad", utan också om att dessa personer ska kunna få ett "värdigt liv", liksom för anhöriga och familjen.

1980-talet blev det årtionde när den offentliga äldreomsorgen stod i zenit och nådde betydligt fler personer, än någonsin tidigare och därefter. Satsningen på "hemma-boende" politiken i form av utbyggnaden av vården och omsorgen i hemmet hade nått sin kulmen, samtidigt som utbyggnaden av kommunernas ålderdomshem och servicehus och landstingens långvård hade fortsatt.

Ambitionen att möjliggöra kvarboendet förstärktes under detta årtionde. Äldredelegationen formulerade sig bland annat så här i sitt betänkande som lämnades till regeringen 1989: *Inriktningen av bostads- och socialpolitiken, när det gäller äldre samt personer med funktionshinder med psykiska eller sociala handikapp, är att förstärka möjligheterna för dem att bo i sitt eget boende. Vissa människor måste emellertid kunna erbjudas särskilda boendeformer för att kunna få sina grundläggande behov av trygghet, service och omvårdnad tillgodosedda.*

Äldredelegationens förslag ledde fram till den reform som kom att få delegationens smeknamn som sitt, Ädel-reformen.

## Ädelreformen och ”avinstitutionaliseringen”

På 1970-talet fanns en infekterad diskussion om ”långliggarna” inom akutsjukvården, ofta äldre personer, som vistades både 12, 18 eller 24 månader på akutsjukhus, i väntan på att fortsatt vård skulle ordnas. Kommun och landsting spelade ”Svarte Petter” om vem som skulle ta hand om (det vill säga behöva ta ansvar och kostnader) för den äldre som efter sjukhusvistelsen behövde fortsatt vård och omsorg.

Detta sågs som alltmer ohållbart och ledde fram till en genomgripande förändring i början av 1990-talet. Då genomfördes Ädelreformen, som innebar den största organisationsförändringen av svensk äldrevård och omsorg i modern tid. Bland annat övertog kommunerna ansvaret för långvården, och kunde ta över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Syftet var att åstadkomma en bättre samordning av insatserna för de äldre, och därmed ett bättre resursutnyttjande.

Ädelreformen medförde nya samverkansproblem beträffande hemsjukvården, läkarnas medverkan i den kommunala äldreomsorgen och inte minst nya huvudmannaskapstvister beträffande ansvar och innehåll i rehabilitering av äldre. Det har handlat – och handlar – om samordning mellan huvudmännen, vårdnivåer och verksamheter (specialistvården och primärvården), professioner, anhöriga och vårdtagare. Dessa ”klassiska” tvister mellan huvudmännen har till stor del ofta sin grund i kampen om resurser eller att slippa ta kostnader. Bristande samordning innebär också ett ineffektivt resursutnyttjande.

Under årtionden hade äldreomsorgen haft en särställning som ett ”fredat” område i den offentliga verksamheten. På 1990-talet drabbades dock äldreomsorgen av samma sparkrav som andra samhällssektorer. Därför kom implementeringen av Ädelreformen att påverkas kraftigt av den ekonomiska recession som inträffade samtidigt som reformen trädde i kraft. Den snabbt försämrade ekonomin innebar samtidigt ett snabbt minskat utrymme för expansion när det gäller vården och omsorgen om äldre.

En omedelbar förändring efter Ädelreformen var att andelen färdigbehandlade äldre patienter inom akutsjukvården halverades. Med Ädelreformen fick kommunerna betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade, vilket kraftfullt reducerade antalet ”långliggare” på sjukhus (Styrborn & Thorslund, 1993). Denna utveckling banade vägen för en kraftig reduktion av antalet platser på sjukhus. Antalet sjukhusplatser minskade från närmare 37 000 år 1992 till drygt 19 000 år 2012. Vårdplatserna inom geriatriken minskade från drygt 6 000 platser 1994, till knappt 1 500 platser år 2012. Tidigare fanns även ett stort antal platser på konvalescenthem, som betydde en viktig möjlighet till eftervård och återhämtning efter en sjukhusvistelse, en möjlighet som i dag inte längre finns.

De första åren efter Ädelreformen ökade antalet platser i särskilt boende, men under 2000-talet har det varit en märkbar minskning av platser. Drygt 28 000 platser eller ca 25 procent av det totala antalet platser i riket avvecklades; i vissa kommuner var platsreduktionen ännu större. Fenomenet förekom i praktiskt taget alla kommuner och kom att dominera utvecklingen inom äldreomsorgen under denna tid (Socialstyrelsen, 2014). Läger man samman den kraftiga reduktionen av sjukhusplatser under 1990-talet med minskningen av platser i särskilt boende, ger detta en av förklaringarna till att situationen i hemvården blivit alltmer ansträngd (Akner, 2004, 2006).

Några år efter Ädelreformens genomförande, genomfördes också andra reformer som vården av de kroniskt psykiskt sjuka ("PsyÄdel") och Handikappreformen. Sammantaget kom det att förstärka en successiv "avinstitutionalisering" och decentralisering av vården och omsorgen från landsting och sjukhus till kommunen och hemmet.

## Anhörigas roll

Kvarboendepolitiken och Ädelreformen innebar att vården av äldre och långvarigt sjuka, vård i livets slut, psykiskt sjuka, liksom omsorgen om funktionshindrade nu i ökande grad fick hemmet som bas. Med kvarboendepincipen som den överordnade politikinriktningen, har inte sällan anhöriga fått ta ett mycket stort ansvar, ibland till priset av en sämre livskvalitet både för den äldre och anhöriga (Socialstyrelsen, 2014).

När sjukdomen intar hemmet, berörs alla som "finns där", det vill säga familjemedlemmar och kretsen av närstående, släkt och vänner. Sjukdomen och vården tränger in hos människor, tar plats, utrymme och energi.

All vård och omsorg sker inom ramen av någon form av relation. När vården flyttar in i vardagen får det också stora konsekvenser för vardagslivet och påverkar därmed relationerna människor emellan. Den sjukes situation och behov styr i hög grad hur vardagslivet utspelas; hur man använder tiden, vilken mat man äter, vad man gör på dagarna och umgänget med andra.

Konsekvenserna för familjemedlemmarna i denna situation kan bli långtgående när det gäller hälsa, ekonomi och livskvalitet. Hur anhöriga påverkas och hur man tar det får också återverkningar på den sjukes/funktionshindrades tillstånd och situation.

Anhörigas situation, inte minst anhöriga till sjuka äldre, kom att bli allt mer uppmärksammas och föremål för olika politiska initiativ. År 1998 infördes en ny bestämmelse i socialtjänstlagen med innebörden att kommunerna bör stödja anhöriga som vårdar närstående. Under tio år där- efter gav staten stimulansmedel till landets kommuner, för att de skulle



bygga ut stödet till anhöriga. År 2009 skärptes bestämmelsen i socialtjänstlagen så att kommunerna blev skyldiga att *”erbjuda stöd för att underlätta för de personer som vårdar en närstående som är långvarigt sjuk, äldre eller som stödjer en närstående som har funktionshinder”*. Socialstyrelsen konstaterar emellertid att det inte finns underlag för att bedöma om lagändringen inneburit ett ökat stöd till anhöriga eller ej (Socialstyrelsen, 2013a).

## Nya styrformer

När ekonomin förbättrades i slutet av 1990-talet medförde detta inte mer resurser till äldreomsorgen utan konkurrensutsättning som ett sätt att effektivisera resursanvändningen och dämpa kostnadsutvecklingen hade fått fast förankring. Konkurrensutsättning av äldreomsorgen blev under 1990-talets andra del både ett medel och ett mål i många kommuner. I en första fas handlade det om att bryta upp det kommunala monopolet, genom att skilja på beställare och utförare av kommunala tjänster. Nästa steg innebar att kommunerna började upphandla alternativa utförare av vård och omsorg, där den offentliga vården fick konkurrera med privata utförare på lika villkor.

Valfrihet har blivit ledstjärna för utvecklingen av äldreomsorgen – något som tog sig uttryck i att en ny våg av konkurrensutsättning växte fram under 2000-talet, genom så kallade kundvalssystem. Denna utveckling förstärktes också av en ny lagstiftning som trädde i kraft 2007 och som gjorde det möjligt för alla att köpa skattesubventionerade hushållstjänster (”RUT”), något som privata företag (inte offentlig vård och omsorg) kan erbjuda i form av tilläggstjänster.

Introduktionen av LOV (Lag om Valfrihetssystem) 2009, och motsvarande lagstiftning om valfrihet i primärvården år 2010, har i många kommuner gett ökade möjligheter för den enskilde att välja utförare. Ett problem för gruppen mest sjuka äldre är dock att många inte är i stånd, fysiskt eller psykiskt, att utnyttja sina valmöjligheter. Data från SWEOLD studien 2002, visar att drygt var fjärde person 77 år och äldre hade omfattande behov av vård och omsorg och av dessa var det enbart drygt 40 procent av de tillfrågade som själva var i stånd att svara på intervjufrågorna. Något som indikerar att förmågan att välja själv är starkt nedsatt bland de mest sjuka äldre (Meinow, m fl., 2011).

De nya systemen förutsätter att personer med nedsatt beslutsförmåga av olika skäl har någon som företräder sig, vilket inte alla har. Företrädarkap för personer som på grund av demenssjukdom eller annan kognitiv nedsättning saknar rättskapacitet har ännu inte lagligt stöd.

Både inom socialtjänsten och sjukvården etableras nu olika typer av kundvalssystem, som innebär nya ”spelregler” för både producenter och

konsumenter av vård och omsorg. Patienten eller kunden får större möjligheter att välja vårdgivare, men det förutsätter också att man själv tar initiativ till att välja. En utmaning är att anpassa kundvalssystemen även för äldre med stora vårdbehov.

Även andra typer av styrformer inom vården och omsorgen kan få negativa effekter för äldre med stora vård- och omsorgsbehov. Ett exempel illustreras i en ESO- studie (Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi) av vårdgarantins konsekvenser för den ortopediska verksamheten. Där framkom att många ortopedier ansåg att äldre, mer vårdbehövande patienter inte prioriterades, utan systemet – vårdgarantin – ledde till att yngre, friskare och mer ”krävande” fick förtur (Ekersted, m fl., 2008; Winblad & Andersson, 2010).

## **Försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre**

Äldre, sjuka och sköra människor möter en organisation som också är skör, fragmenterad och stadd i ständig förändring. Strukturella förändringar av äldreomsorgen, till exempel när det gäller tillgång till särskilt boende eller hemtjänst, påverkar de mest sjuka äldres situation. Likaså påverkar akutsjukvårdens omfattning, roll och funktion vården av de mest sjuka äldre. Den äldre är till exempel sällan ”frisk”, botad eller färdigbehandlad efter den numera korta vistelsen på sjukhus. De anhörigas belastning och egen hälsa kan också svikta, vilket då får direkta konsekvenser för den sjuke äldre.

Det är mot denna bakgrund som regeringens stimulansbidrag till försöksverksamheter kring de mest sjuka äldre tillkom. 70 miljoner kronor per år avsattes för ändamålet under tre år, 2010-2013. Medlen skulle vara använda senast 2013. Dessa stimulansmedel, totalt 210 miljoner kronor, fördelades av SKL (Sveriges Kommuner och Landsting).

Som utgångspunkt för försöksverksamheterna och som villkor för att få medel, angavs följande: ”Förbättringsarbete med den äldre i centrum och ett helhetsperspektiv ska vara vägledande för försöksverksamheterna. Dessa ska 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. De mest sjuka äldre är människor som har omfattande och återkommande behov av vårdinsatser från flera vårdgivare/verksamheter både inom kommun och landsting”.

Som exempel på försöksverksamheter som man kunde söka medel för angavs som ett exempel ”processorienterade förbättringsmodeller som till exempel Lean-modellen, genombrottsmetoden, dialogseminariemetoden”.

Ett andra exempel handlade om ”organisatoriska lösningar som bidrar till ett bättre samarbete mellan kommuner och landsting: uppbyggnad av gemensamma centrumbildningar, samverkan i gemensamma nämnder, äldrevårdscentraler, verksamheter för palliativ vård, ”gemensam ingång” till vården, samlokaliserade/samfinansierade verksamheter och övriga verksamheter som främjar en sammanhållen vård”.

En tredje typ av försöksverksamheter som man kunde ansöka om medel till rubricerades som *”helhetsperspektiv på vård- och omsorgskedjan” som omfattar flera huvudmän och utförare (kommun/landsting och idéburna/enskilda verksamheter) och utgå från uppföljning av individens fysiska, psykiska, sociala behov, nödvändig kompetens och optimal personalkontinuitet. Försöksverksamheter kan också utveckla och pröva förslag på adekvat vägledning för äldre bl.a. i form av ”äldrelots”, utveckla ett ökat socialt innehåll, ett salutogent perspektiv samt ta fram modeller för bättre tillgång till avancerad vård och omsorg i hemmet”.*

De villkor som skulle vara uppfyllda för att kunna få medel var i korthet följande:

- Ansökan ska vara politiskt förankrad hos samtliga sökande och medsökande.
- Försöksverksamheten ska innefatta ett nära samarbete mellan flera vårdgivare.
- Ansökan ska innehålla en beskrivning av hur försöksverksamheten ska följas upp och utvärderas.

SKL utlyste möjligheten att söka medel i april 2010 och ansökningstiden gick ut den 11 juni 2010. SKL erhöll ca 90 ansökningar, varav 19 projekt valdes ut som under tre år fick medel för försöksverksamhet med att utveckla och utvärdera effekterna en sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Medlens storlek skiftade från ort till ort, framförallt beroende på hur stort projektet var, ställt i relation till storleken på den grupp äldre man avsåg att nå. I genomsnitt fick försöksverksamheterna ca sex till tio miljoner kronor under en treårsperiod som bidrag till försöksverksamheten, med en variation mellan drygt 3 till knappt 25 Mkr.

## Utvärderingsuppdraget

Samtidigt med utlysning av medel till försöksverksamheterna gav regeringen Socialstyrelsen i uppdrag att genomföra en vetenskaplig utvärdering av dessa försöksverksamheter, samt tio så kallade samverkansnätverk som valts ut av Socialdepartementet (men som ej fått några särskilda medel). Syftet med den vetenskapliga utvärderingen var att *”få fram generaliserbara slutsatser som kan användas för att sprida goda exempel och stimulera nationell utveckling inom området”.*

Socialstyrelsen gav Aging Research Center (ARC) vid Karolinska Institutet (KI) att tillsammans med Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum (ÄC) i uppdrag att genomföra utvärderingen vilken startade med en förstudie årsskiftet 2010/2011. Syftet med förstudien var att ge en bild av de totalt 29 utvalda verksamheterna samt att utifrån den bilden presentera en plan för hur utvärderingen följande år skulle genomföras. Förstudierapporten lämnades till Socialstyrelsen i maj 2011 (ARC & Äldrecentrum, 2013).

I september 2011 fick ARC/ÄC uppdraget att vetenskapligt utvärdera resultaten och generaliserbarheten av de nitton försöksverksamheterna och de tio samverkansnätverken. I det slutliga uppdraget bestämdes i samråd med Socialstyrelsen, av resursskäl, att sju till åtta försöksverksamheter skulle väljas ut för djupstudier. De övriga försöksverksamheterna skulle följas men inte lika ingående som de utvalda.

Beträffande de tio så kallade samverkansnätverken bestämdes också i det slutgiltiga uppdraget att det inte fanns förutsättningar för en vetenskaplig utvärdering. I stället skulle nätverkens verksamhet dokumenteras och analyseras utifrån hur olika samverkanskulturer och strukturer inom organisationerna vuxit fram.

Försöksverksamheterna fick medel och startade i juli 2010; ett arbete som skulle pågå till juli 2013. I början av 2011 hade ARC/ÄC de första kontakterna med försöksverksamheterna som då varit i gång drygt ett halvt år. ARC/ÄCs utvärdering har byggt på att varje försöksverksamhet och nätverk följdes av 1-2 utredare/forskare, genom personliga besök, telefon- och e-post kontakt. Vidare har fakta om befolkning, konsumtion av vård och omsorg och uppgifter om den lokala vårdorganisationen inhämtats.

ARC/ÄC har också tagit del av de halvårsvisa rapporter som löpande lämnades av de olika försöksverksamheterna till SKL liksom slutrapporterna från projekten. Vidare har ARC/ÄC kunnat utgå från de lokala utvärderingar som genomförts för vissa av projekten. Dessa har kommit i slutfasen av ARC/ÄC:s arbete. I vissa fall har information inhämtats av vårdgrannar till de olika försöksverksamheterna genom intervjuer eller telefonkontakter. Vid ett flertal tillfällen, när SKL arrangerat mötesdagar med projektledarna, har också ARC/ÄCs medarbetare deltagit och medverkat i programmet.

Som redskap för att kunna följa försöksverksamheterna har frågeguider och checklistor använts, för att få en likartad struktur och innehåll på den information som samlades in. ARC/ ÄCs utvärdering utgår i stort från försöksverksamheternas egna utvärderingar.

Uppdraget och resultaten från utvärderingen har redovisats till Socialstyrelsen i två delrapporter, 31 mars 2012 och 2013 samt i en slutrapport i februari 2014.

## KAPITEL 2

# OLIKA DEFINITIONER AV ÄLDRE MED LÅNGVARIGA OCH SAMMANSATTA HÄLSOPROBLEM

I detta kapitel beskriver vi de olika definitioner som finns av gruppen de mest sjuka äldre och vad de innebär. Av betydelse, till exempel, om man vill planera hälso- och sjukvård och äldreomsorg för de som hör till denna grupp eller om man vill söka upp dem för att erbjuda samordnade insatser.

Sedan 1950-talet har medellivslängden ökat, framför allt tack vare minskad dödlighet i de högre åldrarna. Att allt fler får chans att komma upp i hög ålder har medfört att antalet personer som dör en relativt snabb död i tidig ålder har minskat.

Även bland äldre personer har det blivit alltmer ovanligt att man dör hastigt utan att ha haft några tidigare allvarliga hälsoproblem. Istället är ett vanligt scenario att man får uppleva en tid med flera långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar (Crimmins & Beltrán-Sánchez, 2010; Larsson, m. fl., 2008; Lunney, m. fl., 2003). Många akuta tillstånd som till exempel hjärtinfarkt, höftfraktur och lunginflammation som förr var liktydigt med döden, kan nu behandlas och kontrolleras även om de inte alltid kan botas (Rosén & Haglund, 2005). En bakgrund till denna utveckling är att goda levnadsförhållanden och en högt utvecklad sjukvård har bidragit till att även sjuka och mycket gamla personer överlever trots allvarliga sjukdomar (Gurner & Thorslund, 2003). Modern medicinsk teknik i kombination med en utvecklad äldreomsorg har bidragit till att tidpunkten för döden bland de äldsta har skjutits upp.

## Olika kännetecken på de mest sjuka äldres situation

Gruppen ”de mest sjuka äldre” är som vi kommer att se i detta kapitel en heterogen grupp. Några gemensamma drag kan beskrivas som;

- Hög ålder
- Behov av både sjukvård och hemtjänst
- Behov av insatser dygnet runt
- Stora fluktuationer i behoven

- Stora funktionsnedsättningar
- Många läkemedel
- Har svårt att själv ta sig till vårdcentral eller sjukhus
- Har svårt att kalla på hjälp när det behövs
- Är beroende av hjälp från anhöriga

Vad som orsakar sviktande hälsa i det enskilda fallet kan variera åtskilligt. Inte alla har samtliga problem samtidigt. Det kan finnas faser då hälsotillståndet är relativt stabilt, med avbrott för situationer med hastigt nedsatt hälsa. Andra faktorer som har betydelse är boendesituationen, avstånd till vård och omsorg, ekonomi, familj och socialt nätverk och personliga resurser.

## Olika perspektiv på långvariga och sammansatta hälsoproblem

Långvariga och sammansatta hälsoproblem bland äldre har definierats utifrån olika perspektiv. Det finns definitioner som har ett kliniskt perspektiv och syftar till att identifiera individer med förhöjd risk för olika typer av negativa konsekvenser av sin sviktande hälsa. Ett annat perspektiv är det epidemiologiska som syftar till att utifrån ett översiktligt perspektiv beskriva hälsan och vård- och omsorgsbehov i den äldre befolkningen.

### Att identifiera ”fall” (case-finding)

- a) Case-finding i syfte att identifiera personer med förhöjd risk

En stor del av forskningen som bedrivs om långvariga och sammansatta hälsoproblem syftar till att identifiera personer som riskerar en hälsoförsämring, alternativt som redan är eller riskerar att bli storkonsumenter av vård och omsorg (case-finding). Genom att identifiera personer med förhöjd risk är ambitionen att med olika åtgärder försöka förhindra eller skjuta upp en hälsoförsämring och/eller utnyttjande av vård och omsorg. Måtten för att identifiera dessa risk-personer bygger ofta på fastställda medicinska diagnoser och/eller screeninginstrument som kan användas i den kliniska verksamheten.

- b) Case-finding i syfte att studera hur vård- och omsorgssystemen fungerar för de mest sjuka äldre

En annan typ av "case-finding" syftar till att utifrån fallstudier lära sig var brister i samordningen av vård och omsorgssystemen finns och hur man kan åstadkomma förbättringar. Här utgår man ofta från en kombination av registerbaserade kriterier rörande vårdvolym och fastställda diagnoser för att identifiera personer med ett komplext vårdbehov där många aktörer har involverats, såsom primärvård, kommunal äldreomsorg och sjukhusvård. Genom en retrospektiv kartläggning av patientens vårdkontakter är syftet att få en bild av eventuella systemhinder och att hitta lösningar för hur de olika delarna av vård- och omsorgssystemen kan samarbeta bättre.

## **Det epidemiologiska perspektivet**

Utifrån ett epidemiologiskt perspektiv är syftet att beskriva och analysera förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem i olika grupper i den äldre befolkningen. Överlag är det ont om studier som kan ge representativa skattningar av förekomsten (prevalensen) av multipla hälsoproblem i den äldre befolkningen. Resultaten varierar dessutom mellan studierna, dels beroende på vilka äldre som inkluderats i studierna och dels på vilka mått som används. Oavsett vilken definition av "mest sjuka" som används finns dock ett starkt samband med ålder. Med ökande ålder och ju närmare livets slut desto större risk för långvariga och sammansatta hälsoproblem. Kvinnor och personer med lägre socioekonomisk position har också en högre risk (Marengoni, m. fl., 2011; Meinow, m. fl., 2006).

## **Revisionsperspektiv**

Flera svenska studier har haft som syfte att beskriva hur vården och omsorgen fungerat för äldre med omfattande slutenvårdskonsumtion och ett flertal olika diagnoser (Gurner, m fl, 2006; Gurner, m fl., 2010; Gurner & Thorslund, 2003). I det här perspektivet inkluderas i regel enbart personer i ordinärt boende och definitionen är oftast baserad på den vård den äldre haft enligt patientregister. Studiegruppen har definierats som personer 75 år och äldre som under en tolv månadersperiod har varit inskrivna inom slutenvården vid minst tre tillfällen samt under denna tidsperiod fått diagnoser från minst tre sjukdomsgrupper enligt internationella klassifikationssystemet ICD-10 (Gurner & Thorslund, 2003).

Utifrån fallbeskrivningar har man undersökt hur vård- och omsorgskedjan fungerar i förhållande till behoven hos dessa äldre och deras anhöriga. Register- och journaluppgifter vad gäller vård och omsorg som undersökningspersonerna fått under en viss tidsperiod samt information om läkemedel och läkemedelshantering har granskats och kompletterats med intervjuer med de äldre och deras anhöriga för att få en bild av hur samordningen mellan olika vård- och omsorgsgivare har fungerat (Gurner & Thorslund, 2003).

## Olika definitioner av långvariga och sammansatta hälsoproblem

Beroende på ändamålet används en mängd olika begrepp i forskningslitteraturen, i den kliniska verksamheten och i den offentliga statistiken för den grupp äldre som har långvariga och sammansatta hälsoproblem; man är till exempel "multisjuk", "multisviktande", "frail" (skör), "mest sjuk", eller har "komplexa hälsoproblem".

De olika begreppen som används i forskningslitteraturen och offentlig verksamhet speglar i olika grad de ovan nämnda perspektiven. Begreppen har också operationaliserats på olika sätt i olika studier och använts ur flera perspektiv.

### Multisjuklighet

Det begrepp som har dominerat forskningslitteraturen är "multisjuklighet" – vanligtvis definierat som samtidig förekomst av två eller fler sjukdomar (Marengoni, m. fl., 2011). Sjukdomarna kan vara självrapporterade eller identifierade via journaler, register eller baserade på kliniska studier. Med begreppet multisjuklighet fångar man en heterogen grupp av såväl personer som lever relativt obehindrat (med eller utan medicinering) trots att de har flera diagnoser men också personer som inte klarar sin vardag själva och har omfattande vård- och omsorgsbehov.

Förekomsten av multisjuklighet definierat som samtidig förekomst av två eller fler sjukdomar bland personer 60 år och äldre varierar i svenska, europeiska och nordamerikanska studier mellan 55 och 98 procent (Marengoni, m fl, 2011). De stora skillnaderna i prevalenstalen beror på vilka och hur många sjukdomar som inkluderats som mått på multisjuklighet men också på skillnader i studiepopulationen vad gäller en mängd faktorer, till exempel åldersfördelningen i den undersökta populationen, om det är en befolkningsstudie eller en studie som baseras på primärvårdsregister/journaler, huruvida personer på vård- och omsorgsboenden är inkluderade och om indirekta intervjuer har genomförts för de som inte själva kunde svara på frågor eller utföra tester.

När det gäller utvecklingen över tid är det överlag ont om studier på befolkningsnivå. En holländsk studie baserad på primärvårdsregister rapporterade en ökning av patienter med tre eller fler kroniska sjukdomar mellan åren 1985 och 2005. Andelen med en eller två kroniska sjukdomar var relativt oförändrat medan andelen utan kronisk sjukdom hade minskat (Uijen & van de Lisdonk, 2008). Studier baserade på befolkningsdata har också funnit en ökad andel med två eller flera kroniska sjukdomar bland svenskar i åldern 65-84 år under 1990-talet (Rosén & Haglund, 2005) och bland hemmaboende personer i USA under 2000-talet (Freid, m fl., 2012; Hung, m fl., 2011).



## Frailty

Ett internationellt begrepp som inte har någon direkt svensk motsvarighet i svenska språket är "frailty" (ungefär: "skörhet"). "Frailty" används, likt multisjuklighet, ofta i kliniska sammanhang och beskriver ett tillstånd med nedsatt kroppslig reservkapacitet som innebär ökad risk för till exempel beroende i vardagliga aktiviteter, dödlighet, inläggning på sjukhus eller flytt till vård- och omsorgsboende (Fried, m fl, 2001). "Frailty" kan liknas vid en grogrund för snabb utveckling av ytterligare sjukdomar och försämringar av allmäntillståndet. En akut sjukdom kan få en skör men hyggligt fungerande person att "tappa fotfästet".

Studier som bygger på konceptet "frailty" fokuserar därför ofta på att identifiera personer där åtgärder kan sättas in i syfte att förhindra eller skjuta upp en försämring. I forskningslitteraturen finns dock ingen konsensus om hur "frailty" ska mätas i praktiken (Rodriguez-Manas, m fl, 2012). De flesta empiriska måtten bygger på att ett visst antal av en uppsättning indikatorer är uppfyllda. Vanligt förekommande indikatorer är allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktnedgång/aptitlöshet, låg fysisk aktivitet, dålig balans och nedsatt kognition (Ferrucci, m. fl., 2004; Rodriguez-Manas, m fl., 2012). Enligt ett av de mest använda måtten på frailty anses personer som uppfyller minst tre av följande fem kriterier vara "frail" och de som uppfyller ett till två kriterier anses vara "prefrail": utmattning, viktnedgång, låg aktivitetsnivå (kcal förbrukning), långsam gånghastighet, låg handstyrka (Fried, m fl., 2001).

Personer som kategoriseras som "frail" *kan*, men behöver inte, ha några funktionsnedsättningar. Inom sjukvården används frailty-konceptet i syfte att hitta personer som på grund av den minskade reservkapaciteten är i riskzonen för en ytterligare försämrad hälsa och därmed följande behov av sjukvård. Syftet är att försöka sätta in åtgärder och behandling innan personerna blivit så sjuka att det är svårt att hejda eller fördröja sjukdomsförloppet. Enkla screening-instrument som kan användas i primärvården har föreslagits för att upptäcka sköra äldre inom sjukvården (Romero-Ortuno, m fl, 2010; Wilhelmson, m fl, 2012).

## Komplexa hälsoproblem

Begreppet "*komplexa hälsoproblem*" används huvudsakligen ur ett epidemiologiskt och planeringsperspektiv där avsikten är att göra representativa skattningar av förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem och relaterade behov av vård och omsorg i olika grupper i den äldre befolkningen. Detta förutsätter hälsomått som kan tillämpas i en urvalsundersökning och som även fungerar vid indirekta intervjuer för de personer som av hälsoskäl (oftast kognitiva svårigheter) inte själva kan delta i en studie.

Ett mått på ”komplexa hälsoproblem” har konstruerats baserad på SWEOLD-studien<sup>3</sup> som omfattar ett nationellt representativt urval av befolkningen i 77 år och äldre (Meinow, m fl., 2006). Svåra problem i tre olika hälsoområden som är kopplade till behov av både sjukvård och omsorg inkluderas: Sjukdomar/symptom, nedsatt rörelseförmåga och nedsatt kognition/kommunikationsförmåga. Personer med multipla och svåra problem i minst två av dessa områden anses ha komplexa hälsoproblem vilket sannolikt medför behov av insatser från flera vårdgivare – både av sjukvården, äldreomsorgen och närstående.

När det gäller förekomsten av komplexa hälsoproblem, dvs. att ha flera långvariga sjukdomar/symptom och olika slag av funktionsnedsättningar redovisas en ökning mellan åren 1992 och 2011 från 18 procent till 26 procent. Ökningen skedde huvudsakligen under de första 10 åren av perioden (Meinow, m fl., 2014). Det har alltså blivit vanligare att som äldre hinna med att få uppleva att flera av kroppens organsystem samtidigt sviktar och att funktionsförmågan i olika avseenden försvagas. En del av denna ökning kan sannolikt förklaras av att överlevnaden för personer med komplexa hälsoproblem ökat (Meinow, m fl., 2010).

## Mest sjuka äldre

Begreppet ”mest sjuka äldre” är inget begrepp som förekommer inom forskningslitteraturen. Begreppet har introducerats av Socialstyrelsen för att identifiera personer 65 år och äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom. Medan multisjuklighet och ”frailty” huvudsakligen är kopplade till sjukvårdsinsatser omfattar ”de mest sjuka äldre” personer som är i behov av både omfattande sjukvård och omsorg (Socialstyrelsen, 2011b). Någon entydig eller vedertagen definition vad denna benämning står för finns dock inte.

Socialstyrelsen föreslår tre operationella avgränsningar av gruppen mest sjuka äldre utifrån om man har omfattande sjukvård och/eller omfattande omsorg. Definitionen bygger på historiska registerdata i form av vård dagar i slutenvården, antal inskrivningar i slutenvården och den öppna specialistvården samt inskrivning i särskilt boende, antal hemtjänst-timmar med mera:

1. Den snävaste definitionen är **personer med ”omfattande sjukvård och omfattande omsorg” – det vill säga som ingår både**

---

<sup>3</sup> SWEOLD (Swedish Panel Study of Living Conditions of the Oldest old) omfattar personer i åldern 76 år eller äldre (n=931; svarsfrekvens 86 %). Intervjuerna gjordes företrädesvis i den äldres hem. I de 27 procent då den äldre inte klarade en intervju på egen hand genomfördes intervjuer istället tillsammans med (blandad intervju) eller endast med (proxyintervju) en närstående eller vårdgivare.

**i grupp 2 och 3.** De utgjorde 2008 två procent av befolkningen 65 år och äldre (= 29 000 personer).

2. **Personer med ”omfattande omsorg”:** Personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen, dvs. beslut om permanent särskilt boende eller beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, korttidsboende eller beslut om insatser med stöd enligt lagen om stöd och service till funktionshindrade (LSS). De flesta i denna grupp är sannolikt helt beroende av hjälp för att klara av vardagliga aktiviteter. År 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre i Sverige (= 154 000 personer).
3. Den vidaste definitionen är **personer med ”omfattande sjukvård” eller ”omfattande omsorg”**. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vårddagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. År 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (= 286 000 personer).

## Dynamiken i gruppen de mest sjuka äldre

Utifrån ett livsloppsperspektiv ökar för de flesta sjukligheten och funktionsförmågan avtar med ökande ålder. Vilket innebär att många till slut ”ingår” i gruppen de mest sjuka i befolkningen. Att ”ingå” i denna grupp är dock inget statistiskt. Lagergren (2013) har på basis av Kungsholmsdata (den longitudinella studien SNAC), analyserat hur förändringar av hälsostatus leder till skiftande behov av vård och omsorg över tid. Med stöd av Socialstyrelsens kriterier för avgränsning av gruppen de mest sjuka äldre uppdelades de äldre i fyra grupper, där den fjärde gruppen innefattar de som vare sig har omfattande behov av sjukvård eller äldreomsorg.

1. Kärnan i gruppen mest sjuka äldre utgörs av personer med såväl omfattande sjukvård som omfattande omsorg (grupp 1 ovan). Dödligheten i gruppen är mycket hög och mindre än hälften av de överlevande kvarstår i gruppen följande år, de allra flesta av de överlevande som lämnar gruppen går till grupp 2.
2. Gruppen ”omfattande omsorg” (cirka 7 % av den äldre befolkningen), alltså personer med omfattande omsorgsinsatser från kommunen, är den mest stabila av de olika äldregrupperna. Fem av sex personer finns kvar i denna grupp efter ett år, vanligen blir man kvar i denna grupp livet ut.
3. Gruppen ”omfattande sjukvård” (cirka 14 % av den äldre befolkningen, de som har fler än 19 vårddagar i slutenvården, fler än tre inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen

specialistvård) är den mest rörliga. Ungefär hälften av dessa är kvar i denna grupp efter ett år. Av de övriga har de flesta gått till grupp 4. Många äldre som drabbas av akut sjukdom, kan efter vård och behandling bli återställda igen. För att sedan, kanske efter någon månad eller flera år, åter bli akut sjuka och behöva vård.

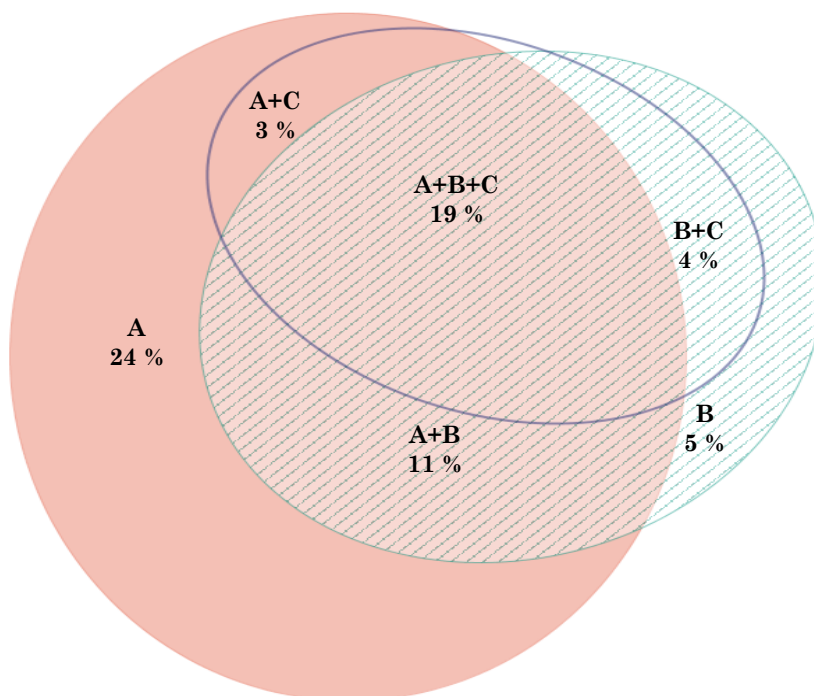
4. Denna grupp består av äldre med vare sig omfattande sjukvård eller äldreomsorg och som alltså inte ingår i gruppen ”mest sjuka äldre”. Denna grupp är den största, cirka 77 procent av alla äldre, och de flesta kvarstår i denna grupp efter ett år. En majoritet av dessa har god hälsa och funktionsförmåga och har bara enstaka kontakter med vården och omsorgen, liksom den övriga befolkningen.

Vård och omsorgsgrupp 1 är särskilt intressant, eftersom det är den gruppen som av ”de mest sjuka äldre” har de största behoven av samordning mellan huvudmänen och vårdgivare (Lagergren, 2013).

## **Hur hänger de olika måtten på sammansatta hälsoproblem ihop?**

De olika perspektiven – och måtten - som används för att studera multipla hälsoproblem indikerar olika typer av vård- och omsorgsbehov. För att bättre kunna förstå i vilken utsträckning samma eller olika individer fångas med dessa begrepp har vi i en och samma studie (SWEOLD) studerat förekomsten av multisyjuklighet, frailty och komplexa hälsoproblem.

**Figur 2.1: Förekomst av multisjuklighet, komplexa hälsoproblem och frailty bland personer 76 år och äldre, 2011**



**A = Multisjuklighet – totalt 57 procent**

Minst 2 svåra sjukdomar/symtom baserad på en lista av 14 vanliga sjukdomar/symtom

**B = Frailty – totalt 39 procent**

Minst 3 av 5 av följande kriterier: viktnedgång, utför få/inga fysiska aktiviteter, trötthet, dålig handstyrka, rörelsehinder

**C = Komplexa hälsoproblem – totalt 26 procent**

Multipla och svåra och problem i minst två av tre hälsodimensioner: 1) sjukdomar/symptom 2) rörelseförmåga 3) kognition/kommunikationsförmåga

Källa: Sweold 2011

”Multisjuklighet” fångar in en heterogen grupp bestående av såväl personer som lever relativt obehindrat trots att de har flera diagnoser men också personer som inte klarar sin vardag själva och har omfattande vård- och omsorgsbehov. Totalt var en fjärdedel av de äldre personerna ”enbart” multisjuka utan att samtidigt vara frail eller ha komplexa hälsoproblem,

det vill säga dessa personer hade inte några svåra fysiska eller kognitiva funktionsnedsättningar eller andra tecken på skörhet som till exempel brist på ork och viktnedgång. Det innebär att det finns en relativ stor grupp äldre som framförallt har flera och svåra medicinska problem men inga omfattande funktionsnedsättningar. Dessa personer är huvudsakligen i behov av samordnad sjukvård. Det kan variera från uppföljning inom primärvården någon eller några gånger per år till behov av regelbunden kontakt med flera olika typer av högspecialiserad sjukvård.

Däremot sammanfaller förekomsten av frailty och komplexa hälsoproblem i de flesta fall med något av de andra koncepten. Tre fjärdedelar av de som klassats som "frail" var även multisjuka, det vill säga utöver multisjukligheten har dessa äldre symtom på ytterligare sårbarhet i form av till exempel nedsatt ork/styrka, viktnedgång och/eller rörelseproblem.

"Komplexa hälsoproblem" är det begrepp som omfattar den allvarligaste graden av sjuklighet och funktionsnedsättningar och överlappar därför så gott som fullständigt med multisjuklighet och/eller frailty. Tre fjärdedelar av personerna med komplexa hälsoproblem var både multisjuka och frail. Personer med komplexa hälsoproblem, det vill säga som har både multipla medicinska problem samt allvarliga fysiska och/eller kognitiva funktionsnedsättningar, behöver med stor sannolikhet insatser från flera aktörer inom sjukvården, äldreomsorgen samt från anhöriga.

Sammanfattningsvis visar resultaten att det finns en relativ stor grupp, cirka en fjärdedel av de som är 76 år och äldre, som "enbart" har medicinska problem. Däremot har majoriteten av de som klassats som frail eller har komplexa hälsoproblem också flera olika medicinska problem.

För personer med multisjuklighet är det nödvändigt att olika delar av sjukvården samverkar. Screeninginstrument som utvecklats utifrån frailty-konceptet kan bidra till att hitta de äldre som kan ha nytta av interventioner i syfte att fördröja allvarligare funktionsnedsättningar (Romero-Ortuno, m fl., 2010; Wilhelmson, m fl., 2012).

För personer som har komplexa hälsoproblem och där många aktörer ofta är inblandade (inklusive anhöriga) är en viktig uppgift att säkra att samordningen mellan huvudmännen av de olika insatserna blir så bra som möjligt (Meinow, m fl., 2006).

Baserat på SWEOLD 2011 har vi analyserat i vilken omfattning de äldre personer som kategoriserats ha behov av sammanhållen vård enligt de tre definitionerna har varit inlagda på sjukhus minst en gång under de tolv månader som föregått intervjun. Uppgifterna om sjukhusvård är självrapporterade (av de äldre, anhöriga eller omsorgspersonal) och alltså inte baserade på registeruppgifter.

Resultaten visar att 37 – 43 procent av de äldre som kategoriserats som "multisjuka", "frail" och "komplexa hälsoproblem" har varit inlagda på

sjukhus det senaste året. Skillnaderna mellan de olika sätten att definiera de ”mest sjuka” är små – oavsett vilken definition vi använder oss av skulle ett register över sjukhusvård ha möjlighet att fånga upp mindre än hälften av de äldre med sammansatta problem.

Flera av de försöksverksamheter som redovisas i denna rapport har som målgrupp haft äldre personer som under det senaste året varit inlagda på sjukhus. Som framgår nedan i kapitel 3 har man i vissa av dessa projekt erfarit att information om det tidigare vårdutnyttjandet inte fungerat särskilt väl för att identifiera en grupp äldre med aktuella behov av en samordnad vård och omsorg.

## **Boende, vård och omsorg bland äldre med komplexa hälsoproblem**

Med hjälp av uppgifter från SWEOLD kan man också belysa boende, vård och omsorg bland äldre med komplexa hälsoproblem. Drygt hälften av dessa äldre bodde på särskilt boende 1992, liksom 2002, medan andelen hade minskat år 2011 till knappt 40 procent.

Av de drygt 60 procenten äldre som bodde hemma år 2011 var drygt hälften ensamboende och knappt hälften sammanboende. Bland de ensamboende hade knappt två tredjedelar hjälp av hemtjänst. Av de ensamboende som uppgav att de inte hade hjälp av hemtjänst hade en del hjälp av sina barn, medan det i några fall kan vara minnesproblem som gjort att de helt enkelt svarat fel.

Sammanfattningsvis indikerar resultaten från SWEOLD 2011 att gruppen äldre personer med komplexa hälsoproblem i ökad utsträckning bor och vårdas hemma. Av de drygt 60 procent hemmaboende bor en tredjedel ensamma och har hjälp av hemtjänst medan två tredjedelar får hjälp i första hand av make eller maka och/eller barn.

## KAPITEL 3

# HUR HAR DE NITTON FÖRSÖKS- VERKSAMHETERNA IDENTIFIERAT SINA MÅLGRUPPER?

I föregående kapitel kunde vi konstatera att den målgrupp regeringen identifierat för försöksverksamheterna – de mest sjuka äldre – är en förhållandevis stor och heterogen grupp. Redan tidigt stod det klart att majoriteten av försöksverksamheterna hade problem med att hitta och precisera målgruppen för den tänkta interventionen. De flesta har under projekttiden i mer eller mindre stor utsträckning ändrat sin definition av målgruppen. Det handlar om pragmatiska ändringar, när de ursprungliga målgruppskriterierna inte visade sig vara träffsäkra, det vill säga att de identifierade personerna inte motsvarade dem man haft i åtanke.

Någon vägledning om hur denna grupp skulle kunna hittas eller avgränsas i befolkningen fanns inte i utlysningen av medlen. Det var först hösten 2011 som Socialstyrelsen kom med ett förslag till avgränsning av gruppen de mest sjuka äldre (Socialstyrelsen, 2011). Vid det laget hade flera försöksverksamheter gjort egna försök, mer eller mindre framgångsrika, att finna sin målgrupp.

## Fem vägar till målgruppen

I denna redovisning har vi för överskådlighetens skull delat in projekten i fem grupper efter hur man arbetat med att ”hitta” sin målgrupp och hur man definierat gruppen ”de mest sjuka äldre”. Att gruppera försöksverksamheterna utifrån sättet att rekrytera äldre är problematiskt eftersom projekten i många fall har ändrat tillvägagångssättet över tid. Så har till exempel flera av dem startat med att försöka definiera sin målgrupp med hjälp av registerdata, för att sedan övergå till att rekrytera äldre till interventionen bland av personal kända personer inom sjukvården och äldreomsorgen. I vissa fall fanns ingen uttalad strävan att identifiera gruppen de mest sjuka äldre, utan man riktade sig till alla äldre som behöver vård och omsorg (grupp 5). De fem strategierna för att identifiera de mest sjuka äldre i försöksverksamheterna är:

1. Rekrytering av äldre utifrån diagnos,
2. Rekrytering av äldre med hjälp av register (om tidigare konsumtion av sjukvård och omsorg),



3. Rekrytering bland äldre personer på väg in till eller ut från slutenvård,
4. Rekrytering bland äldre personer som är vårdtagare i primärvården och äldreomsorgen,
5. Identifieringen av målgrupp har varit underordnat

## **Rekrytering av äldre utifrån diagnos**

Två försöksverksamheter har använt diagnos som urvalskriterium. I Skellefteå (HOPP) gjordes en mycket snäv avgränsning av målgruppen som bestod av personer med svår hjärtsvikt. I Järfälla valde man som målgrupp personer 65 år och äldre med psykiska funktionshinder. De som rekryterades var inskrivna i det äldrepsykiatriska teamet, Psykiatri Nordväst.

## **Rekrytering av äldre med hjälp av register**

Flera försöksverksamheter använde initialt uppgifter från olika register (bl.a. slutenvårdsregistret) för att hitta och rekrytera personer för interventionen. Flera av dessa projekt kompletterade eller ersatte successivt detta med att utgå från personalens kännedom om sina patienter/omsorgstagare.

Södra Älvsborg är ett exempel på en sådan förskjutning, från att identifiera målgruppen via registerdata till att också identifiera vad som kallades ”TryggVe-patienter” i samband med vårdplaneringar inför hemgång från slutenvården. I kommunerna kunde personal vid sina olika teamträffar också identifiera 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 sköra identifierats som en ”TryggVE-patient”.

I Hägersten/Liljeholmens stadsdel kom urvalet i stor utsträckning att ske genom distriktssköterskors kännedom om sina patienter i stället för via register som ursprungligen planerades.

I Norrköping erbjöds äldre som valts ut med Socialstyrelsens ursprungliga definition kontakt med den geriatriska mottagningsverksamheten. Den definitionen byggde på slutenvårdsregistret och avsåg äldre personer (75 år eller äldre) som under den senaste tolv månaders perioden varit inlagda på sjukhus minst tre gånger för tre eller fler diagnoser i tre eller fler diagnosgrupper. Dessa personer kontaktades och inbjöds till ett läkarbesök. Bland dem som tackade ja, fördelades dessa slumpmässigt på interventionsgrupp respektive kontrollgrupp. Projektet hade ett forskningsupplägg, varför inklusionskriteriet behölls oförändrat hela projekttiden, trots att man härmed kom att erbjuda äldre personer utan behov av samordning att ingå.

I Blekinge använde man först samma definition som Norrköping för att rekrytera personer som skulle erbjudas kontakt med en så kallad Äldrelots. När Socialstyrelsen utformade en ny definition för gruppen de mest sjuka äldre (se kapitel 2) var ambitionen att ta den snävaste definitionen, mycket hälso- och sjukvård och mycket äldreomsorg (förutom särskilt boende). Det visade sig dock ogörligt eftersom det av sekretesskäl inte var möjligt att samköra landstingets och kommunernas register. Många äldre som uppfyllde kriterierna för att med ledning av sjukvårdsdata inkluderas i studien hade dock inte behov av vård och omsorg, än mindre någon samordning. Stegvis prövades andra vägar att erbjuda äldrelots, bland annat via SKL:s ”Webbkollen Hemma” (personer som skrivs ut från slutenvården kontaktas per telefon inom 72 timmar från utskrivningen).

Det så kallade Linneaprojektet i Växjö prövade att identifiera målgruppen genom primärvårdens system Adjusted Clinical Groups (ACG). ACG är ett system för att gruppera patienter inom primärvården efter sjuklighetsmönster, med hänsyn tagen till diagnos, sjukdomarnas allvarlighetsgrad, varaktighet och krav på vårdresurser (används också som grund för ekonomisk ersättning till läkare/vårdcentral) (Zielinski & Lenhoff, 2009). Även här uppstod problemet att man fick med äldre som inte i någon större utsträckning var i behov av samordning av vård och omsorg, varför projektet övergick till att rekrytera äldre via personal och genom att den äldre/anhöriga själv hörde av sig.

Även försöksverksamheten i region Skåne hade initialt motsvarande erfarenheter som i Linneaprojektet, det vill säga att ACG-systemet inte fungerade som grund för att hitta de mest sjuka äldre. I stället bestämdes att i var och en av de fyra kommunerna som deltog, skulle man välja ut 25 personer i särskilt boende och 25 personer som hade insatser både från landstingets hälso- och sjukvård och kommunernas äldreomsorg. Målgruppen kom alltså att definieras som; personer 65 år och äldre med behov av en Vård och Omsorgsplan i Samverkan (VOPS).

## **Rekrytering bland äldre personer på väg in eller ut från slutenvård**

I den tredje gruppen av försöksverksamheter har urvalet styrts av syftet att försöka förhindra eller fördröja besök eller inläggning på sjukhus eller att underlätta hemgång. I Uppsala har ett mobilt hembesöksteam (läkare och sjuksköterskor) gjort akuta hembesök hos äldre Uppsalabor, där alternativet sannolikt skulle vara att den äldre förs till sjukhus. Teamet blir kontaktat av ambulansen, hemtjänsten, hemsjukvården och ibland vårdcentralen. Försöksverksamheten i Tyresö har haft fokus på omhändertagandet efter slutenvård. Målgrupp var de äldre personer som efter en vistelse vid Södersjukhuset i Stockholm erbjudits fortsatt vård på

Handens geriatriska sjukhus eller vistelse på kommunens korttidsboende och behövde mer stöd för att kunna återgå hem.

## **Rekrytering bland äldre personer som är vårdtagare i primärvården och äldreomsorgen**

Den fjärde kategorin av försöksverksamhet handlar om olika metoder och tillvägagångssätt för att försöka identifiera de mest sjuka äldre bland dem som redan är kända av och har insatser från primärvården och kommunen. Som vi sett utvecklades även projekten som valt urval via register efterhand mot att identifiera målgruppen via personalens kännedom.

Ett exempel är Vännäs där personalen från primärvården (sjuksköterska, paramedicinare och läkare) tillsammans med kommunens handläggare gick igenom sina kända vårdtagare. Genom en samordnad bedömning kom man överens om vilka personer som var att betrakta som ”mest sjuka äldre”.

I Örebro län tog man fram en checklista för att vid utskrivning från sjukhus identifiera personer med risk för återinläggning och utifrån detta planera för insatser. Checklistan ”Geriatrisk riskprofil” skulle fungera som stöd för öppenvårdsmottagningar och vårdcentraler i syfte att identifiera personer i behov av samordnad individuell planering.

## **Identifiering av målgruppen underordnat mål**

Några försöksverksamheter kännetecknas av att de inte försökt att definiera de mest sjuka som målgrupp för försöksverksamheten utan inkluderat alla äldre.

I Rengsjö inkluderades alla äldre personer boende i kommundelen.

I Örkelljunga var målsättningen att trygga informationsöverföringen mellan kommunal hemsjukvård och landstingets primärvård oavsett patientens ålder. I Göteborg var målet att utveckla samverkan mellan kommun, primärvård och sjukhus. I dessa båda projekt har målgruppen närmast varit personal, något som sedan indirekt skulle gynna äldre personer med behov av samordnade insatser.

## **Summering**

De 19 projekten kan således utifrån hur målgruppen identifierats översiktligt delas in enligt följande tabell, med de förbehåll som ges ovan att flertalet av dem använt projekttiden till att pröva sig fram.

**Tabell 5.1. Försöksprojekten fördelade efter hur målgrupperna har rekryterats**

Diagnos	I huvudsak registerbaserade	Till/från slutenvård	Kända vård-/omsorgstagare	Alla/målgrupp underordnat
Järfälla	Blekinge	Tyresö	Malå	Göteborgsregionen
Skellefteå	Hägersten-Liljeholmen	Uppsala	Umeå	Rengsjö
	Kronobergs län		Vännäs	Örkelljunga
	Norrköping		Örebro län	Örnsköldsvik
	Skåne		Östermalm	
	Södra Älvsborg			

## Strategierna gav olika resultat

För flertalet av försöksverksamheterna var identifieringen av målgruppen avgörande för att kunna rikta interventionen till de äldre som har störst behov. Några försöksverksamheter upptäckte ganska snart att den definition som redovisats i projektplanen inte fungerade tillfredsställande, eftersom den kom att inkludera personer som inte hade behov av samordnade insatser. Som vi visat i redovisningen ovan ändrade flera av projekten målgrupp och/eller metoder att identifiera den.

Närmare en tredjedel av försöksverksamheterna använde sig av olika register (patientregistret, ACG-data, socialtjänstregistret) för att identifiera de äldre som skulle bli föremål för interventionen. Den samlade erfarenheten av detta tillvägagångssätt är att metoden har avsevärda svagheter. Det finns en eftersläpning i alla registerdata, vilket betyder att använder man till exempel slutenvårdsregistret består det av uppgifter om slutenvårdskonsumtion som kan vara ett år gamla. Det andra problemet är att det register som oftast används, slutenvårdsregistret, ger en ensidig bild av äldres utnyttjande av vård och omsorg. Vidare är, som redovisades i kapitel 2, träffsäkerheten låg. Flera försöksverksamheter som baserade sin rekrytering på register drabbades också av ett klen gensvar från de tillfrågade äldre, vilket kan vara en konsekvens av att de äldre inte uppfattade sig vara ”mest sjuka”.

Ett praktiskt hinder vid användning av register som också försvårade för flera försöksverksamheter är att det finns sekretesshinder för att samköra uppgifter från patientregistret och socialtjänstregistret.

En ytterligare begränsning med identifiering baserad på slutenvårdsregistret är risken att missa den stora gruppen äldre med demenssjukdom eftersom de vanligen inte har en så omfattande hälso- och sjukvård att de kommer att omfattas av Socialstyrelsens kriterier. Detta är givetvis en

svaghet ur ett äldreomsorgsperspektiv, eftersom det är den gruppen som kommunen oftast uppfattar vara de mest sjuka och resurskrävande äldre.

Erfarenheter från några av försöksverksamheterna är att urvalet kan bli mer träffsäkert när det görs med ledning av något som nyligen hänt alternativt kommer att hända (till exempel att en äldre patient skall skrivas ut från sluten vård), att patienten har insatser från flera vårdgivare eller har vissa diagnoser.

För att kunna ge de mest sjuka äldre en bättre vård och omsorg måste verksamheterna utveckla arbetssätt och rutiner för att hitta, identifiera och komma i kontakt med personer som på grund av komplexa, sammansatta och snabbt föränderliga behov av vård och omsorg kräver särskild uppmärksamhet av sjukvården och socialtjänsten. Det mest närliggande sättet att identifiera de mest sjuka äldre är bland de vård- och omsorgstagare som man redan har kontakt med och som redan är kända av vården och/eller omsorgen. En nackdel med en sådan identifiering är att man då kan missa personer med omfattande anhöriginnsatser. Kommunernas uppsökande verksamhet bland äldre kan vara ett komplement för identifiering av äldre personer som behöver hjälp.

## KAPITEL 4

# INTERNATIONELLA ERFAREN- HETER AV SAMMANHÅLLEN VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE

## Att översätta internationella erfarenheter till svensk kontext

En åldrande befolkning innebär växande behov av vård och omsorg, något som inte är unikt för Sverige. Situationen är densamma i hela världen och relaterat till att allt fler äldre i befolkningen överlever till höga åldrar. Härmed växer också behovet av forskning och kunskap på området, när det gäller hur behoven av vård och omsorg i en åldrande befolkning ska tillgodoses.

Värdet av den internationella forskningen på området är svårbedömd, när det gäller dess relevans för hur Sverige ska tillgodose de mest sjukas behov av vård och omsorg. Förklaringen är främst att man i andra länder – framförallt utanför Norden – har andra system för vård och omsorg om äldre, sjuka och personer med funktionsnedsättningar. Systemskillnaderna handlar både om struktur, finansiering, kvalitet och tillgång till vård och omsorg.

I Sverige, liksom i övriga nordiska länder, är det ett uttalat ansvar för den lokala nivån (kommun och landsting) att inom ramarna för befintlig lagstiftning svara för att tillgodose medborgarnas behov av vård och omsorg. Kopplat till detta ligger också ett ansvar för att finansiera vården och omsorgen. Statens roll i de nordiska länderna inskränker sig till ansvar för lagstiftning och ekonomiska stimulansmedel. Möjligheterna att från statlig nivå påverka utformning eller omfattning på vården och omsorgen är begränsad, i jämförelse med andra länder utanför Norden.

En annan skiljelinje är vilket ansvar som familjen förväntas ta för de äldre och sjuka och vad som samhället ska svara för. I ett flertal länder i Europa, till exempel Tyskland, Spanien, Italien, Grekland, har barnen en lagstadgad skyldighet att stödja föräldrar, både ekonomiskt och med vård- och omsorgsinsatser (Colombo, m fl., 2011).

Det finns också stora skillnader när det gäller hur tillgången till hälso- och sjukvård respektive socialtjänst är reglerad. I Sverige ska vård och

omsorg ges utifrån den enskildes behov, medan man i andra länder också tar hänsyn till den enskildes betalningsförmåga. I många länder är tillgången till sjukvård större än tillgången till socialtjänst relativt sett.

Sannolikt beror detta på att ”socialtjänst” i många länder är något som framförallt familjen förväntas ansvara för. Den sjukvårdsslagssida som äldreomsorgen har i många länder, betyder samtidigt att de mest sjuka äldre i dessa länder oftare finns på institution, långvårdssjukhus eller liknande, än vad som är fallet i Sverige. Skillnader i begrepp och definitioner i vad som räknas som äldreomsorg i internationell statistik, till exempel EUROSTAT och OECD, försvårar ytterligare att jämföra förhållanden i Sverige med andra länder.

## Forskning om samverkan

Bristerna i samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst är ingalunda bara ett svenskt fenomen. Det utgör också ett stort och växande internationellt forskningsområde inte minst inom vården och omsorgen om de äldre (Kodner & Spreeuwenberg, 2002; Leichsenring, 2004, 2012; Schrijvers & Goodwin, 2010). I den internationella litteraturen används ofta begreppet ”integrated care” som ett paraplybegrepp för att uttrycka behovet av samordning av insatser för personer med stora behov av vård och omsorg (Lloyd & Wait, 2006). Integrated Care – med olika begrepp som ”case management”, ”shared care”, ”comprehensive care”, ”seamless care” och ”transmural care” – betecknar ofta försök att hantera de många gånger splittrade vård och omsorgssystemen som inte minst de äldre är beroende av (Øvretveit & Brommels, 2011).

Integrated Care spänner över ett komplext och sammansatt område vilket också innebär att det finns många skilda tolkningar av de aktuella begreppen. WHO har följande definition: *Integrated care is a concept bringing together inputs, delivery, management and organization of services related to diagnosis, treatment, care, rehabilitation and health promotion. Integration is a mean to improve services in relation to access, quality, user satisfaction and efficiency* (WHO, 2008).

”Sammanhållen vård” och ”vårdkedja” är andra uttryck för målet att vård- och omsorgsinsatser ska fungera som länkar i en kedja av insatser för den äldre. Begreppet vårdkedja används för att beskriva en önskvärd samverkan för den enskilde på dennes ”väg” genom vårdsystemet. Tänkandet bygger på att insatserna för den äldre skall vara organiserade och hänga samman i en kedja. Det förutsätter ett samarbete där huvudmannen, verksamheterna och alla personalkategorier som är eller borde vara inblandade i den enskildes vård vet sitt ansvar och befogenheter och vad man förväntas göra. Vårdkedjetänkandet är utbrett och beträffande vissa diagnoser/sjukdomar, till exempel höftfrakturer och stroke, är detta en

etablerad form av samarbete, om än inte alltid välfungerande (Socialstyrelsen, 2011c).

Samma betydelse ligger i begreppet "continuum of care", som definierats som "a client-oriented system composed of both services and integrating mechanisms that guides and tracks clients over time through a comprehensive array of health, mental health and social services spanning all levels of intensity of care" (Evashwick, 2005)

Samverkan mellan olika professioner och verksamheter mellan och inom huvudmännen kan vara organiserad på olika sätt och för olika behov. Hur samverkan fungerar beror på vilken grupp i befolkningen som är föremål för samverkan.

Att *länka* vårdkedjor fungerar bäst för de personer som har behov som kan åtgärdas genom en serie olika handlingar som utförs i tur och ordning.

Att *koordinera* fungerar bäst där olika insatser samtidigt kan understödja varandra.

Att *integrera* fungerar bäst där patienten eller brukaren har sammansatta behov, hög nivå av beroende, ofta förändrade behov, behov av många olika typer av stöd, behov av hjälp flera gånger per dygn, långvariga behov, upplever svag egen kontroll, har svårt att förflytta sig samt har försvagade sociala strukturer (Nies, 2006), kriterier som utmärker gruppen äldre med komplexa hälsoproblem (se kapitel 2).

Ofta görs skillnad mellan "horisontell integration", att länka samman olika professioner, t.ex. i multidisciplinära team och "vertikal integration", samarbete mellan olika vårdnivåer eller vårdgivare, till exempel team bestående av både sjukvårds- och hemtjänstpersonal (Åhgren & Axelsson, 2011).

I Sverige används begreppen samverkan, samarbete och samordning (jfr engelskans collaboration, cooperation, coordination) med en mer eller mindre synonym betydelse.

Ett annat exempel är "sammanhållen vård" vilket är regeringens benämning på statens satsning på vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Socialdepartementet, 2012) och som i allt väsentligt motsvarar begreppet integrated care.

Det finns olika modeller eller strukturer beskrivna i den internationella forskningslitteraturen när det gäller att åstadkomma "integrated care" för sjuka, äldre personer. Socialstyrelsen publicerade 2011 en kartläggning av översikter med avseende på hur vården och omsorgen om de äldre kan organiseras. Slutsatserna var att, trots att man fann ett 15-tal aktuella översikter av god kvalitet, var evidensstyrkan svag vad gäller om metoderna gav bättre resultat än att "göra som vanligt". Endera var resulta-



ten inte statistiskt säkerställda, beskrev kortvariga effekter, eller byggde på mycket små patientunderlag. Som alltid kan också möjligheterna att överföra slutsatserna till svenska förhållanden ifrågasättas, eftersom en majoritet av primärstudierna hade sitt ursprung utanför nordens, framförallt från USA (Socialstyrelsen, 2011d).

I den internationella litteraturen kan man skilja mellan modeller som utgår från den enskilde individen, respektive modeller som utgår från omsorgssystemet, vårdgivarens perspektiv. Ett tredje perspektiv utgår från makronivån eller den strukturella nivån (Allen, m fl, 2013).

## Case management/individuell samordnare

Case management är en vanlig modell för att åstadkomma en mer sammanhållen vård och omsorg, särskilt för personer med komplexa, föränderliga och sammansatta behov. I den här rapporten kommer vi att använda begreppet *individuell samordnare* som den svenska motsvarigheten till Case manager (Socialstyrelsen, 2013d). Utgångspunkten är att den enskilde måste få hjälp att få tillgång till nödvändiga insatser, eftersom vård- och omsorgssystemet är så splittrat och svårnavigerat. Behoven av samordning beror ofta på att den äldre inte har förmåga att själv hämta in information om tillgängliga alternativ och knappast inte heller kan ta de initiativ som behövs för att få tillgång till – och dessutom vid behov koordinera – olika vård- och omsorgsinsatser. I många länder – också i Sverige – är det i dag vanligast att någon anhörig får försöka ansvara för samordningen av vård och omsorgsinsatserna.

Den individuella samordnaren svarar för eller bistår till att den enskilde får nödvändiga insatser. Den utsedda samordnaren kan ha mycket skiftande bakgrund och utbildning, olika ställning i vård- och omsorgsorganisationen, ansvar och befogenheter. Hur samordnaren arbetar kan därför skifta; man kan agera ställföreträdare för den enskilde, eller som personligt stöd, alternativt att man svarar för att vård- och omsorgsinsatser kommer till stånd. Centralt i uppdraget som samordnare är att bedöma den enskildes behov av vård och omsorg, bistå den enskilde att se vad som kan behövas för att få ett så värdigt liv som möjligt, utforma en vård- och omsorgsplan, följa upp och fortlöpande koordinera nödvändiga insatser för den enskilde.

Den här modellen av personlig samordning av insatserna är vanlig i andra länder i vården av de äldre. I en systematisk litteraturgenomgång av studier med kontrollgrupper (RCT) och observationsstudier med syfte att utvärdera effekten av samordnare inom kommunal äldreomsorg, fann You m fl. (2012) starkt skiftande resultat. Eftersom studierna var upplagda på olika sätt och hade olika resultatmått, kan man inte enkelt summera resultaten. Tendensen var dock att de äldre personer som tilldelats en individuell samordnare hade bättre psykologisk hälsa och högre väl-

mående, speciellt hos de allra äldsta, jämfört med övriga. Däremot var resultaten blandade när det gällde påverkan på den äldres fysiska och psykiska funktionsförmåga. Man fann heller ingen tydlig effekt på överlevnad hos de äldre.

En kunskapsöversikt från Socialstyrelsen rörande värdet av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre visar att det vetenskapliga stödet för effekterna av detta arbetssätt är begränsade eller otillräckliga (Socialstyrelsen, 2013d). Givet dessa förbehåll redovisas dock ett visst vetenskapligt stöd som indikerar att en individuell samordnare av vård- omsorgsinsatser för äldre på kort sikt kan minska inläggningar och vårdtiden på sjukhus och besök hos läkare. Däremot påverkas inte sannolikheten för flyttningar till institution (särskilt boende). Det finns heller inte tillräckligt vetenskapligt stöd för att säga något om effekterna beträffande besök på akutmottagning eller den äldres upplevelser av vårdkvaliteten. På lite längre sikt (upp till ett år) fann man visst stöd för förbättrad ADL förmåga, men ingen påverkan på de äldres livskvalitet.

En annan slutsats i Socialstyrelsens arbete är att det är ont om interventionsstudier som har nödvändig vetenskaplig kvalitet för att ge underlag för generaliserbara slutsatser. Översikter baserade på studier med mycket skilda upplägg, metodik och sätt att fånga effekter ger ofta motsägelsefulla resultat.

I en svensk studie genomförde Sandberg en kontrollerad studie av effekterna av intervention som bestod av en individuell samordnare för sköra äldre (Sandberg, 2013). Interventionsgruppen fick stöd av en sjuksköterska eller sjukgymnast i form av en hälsobedömning, som utmynnade i en vårdplan över de samordnade insatser den äldre behövde. Vidare informerade de om kommunens utbud av aktiviteter, om vikten av egen fysisk aktivitet och att hemmiljön anpassas. En viktig uppgift var att ge en personligt utformad information om den äldres hälsotillstånd och läkemedel. Slutligen fick de äldre i interventionsgruppen ett direktnummer som man kunde kontakta samordnaren på under dagtid måndag till fredag.

Studien visade att interventionsgruppen hade lägre andel besök vid akutmottagning som inte ledde till inläggning jämfört med kontrollgruppen. Interventionsgruppens äldre hade också lägre andel besök hos läkare i öppen vård. Likaså noterades minskade insatser från anhöriga i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen. Inga skillnader hittades för antalet vårdtillfällen på sjukhus, vård dagar på sjukhus eller omfattning av hemtjänst eller hemsjukvård mellan interventionsgruppen och kontrollgruppen under det år studien pågick.

Bland slutsatserna framhålls att det är oklart vad i de olika delarna av interventionen som ger effekt och att det behövs längre studietid för att se eventuella effekter på hälsorelaterad livskvalitet (Sandberg, 2013).

## Vårdmodeller

I den internationella litteraturen framhålls ofta vikten av att åstadkomma en mer övergripande struktur eller vårdmodell för samordningen av vården och omsorgen.

I en systematisk litteraturoversikt som Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) gjort av studier gällande omhändertagande av sköra äldre som inkommer akut till sjukhus bygger redovisningen på 19 studier av tillfredsställande vetenskaplig kvalitet varav de flesta kommer från USA (SBU, 2013).

Även om styrkan i rapportens slutsatser – evidensstyrkan – i flera fall är begränsad, är resultaten av intresse. Resultaten från de olika studierna redovisades utifrån två olika typer av interventioner eller omhändertagande som jämförs mot ”vanligt omhändertagande”.

1. *Integrerat strukturerat omhändertagande*: multiprofessionella team har ett direkt patientansvar (dvs. integrerat i det ordinarie arbetet).
2. *Rådgivande strukturerat omhändertagande*: rådgivande externa team som gör en geriatrisk bedömning på begäran av den personal som har direktansvar för patienten.

Av resultaten framgår att:

1. Ett *integrerat, strukturerat omhändertagande* kan användas för sköra äldre som inkommer till akuten
  - P-ADL<sup>4</sup> förbättras mer än vid vanlig vård.
  - Möjligheten att bo kvar i det egna hemmet är större
  - Minskad återinskrivning: minst lika bra som vanlig vård.
  - Främja I-ADL<sup>5</sup>: effekten kunde inte bedömas
  - Mortalitet: samma eller lägre än vanlig vård.
  - När det gäller information om påverkan på kognitiv funktion, depression, livskvalitet saknas resultat liksom hur det påverkat de anhörigas situation.
2. *Rådgivande strukturerat omhändertagande*
  - Sämre eller lika bra som vanlig vård. Medför överlag inte bättre resultat än vanlig vård.
  - P-ADL: sämre eller lika bra som vanlig vård

---

<sup>4</sup> Personligt ADL (P-ADL), vilket omfattar aktiviteter kring den egna personen, till exempel födointag, toalettbesök och badning.

<sup>5</sup> Instrumentell ADL (I-ADL) vilket omfattar aktiviteter som rör boendet eller fritiden till exempel olika hushållsgöromål som matlagning, inköp och städning.

- Återinläggning: lika bra eller bättre än vanlig vård.
- Eget boende
- Mortalitet: sämre eller lika bra som vanlig vård.

Ett exempel från Australien är en vårdmodell som utvecklats för äldre patienter med komplexa vårdbehov (Bird, m fl., 2007). Syftet är att reducera behovet och utnyttjandet av akutsjukvård. Patienterna rekryterades och definierades som personer med multisjuklighet och komplexa vårdbehov, via deras frekventa besök vid akutvårdsmottagningen. Ett databaserat system (sjukhusjournalerna) indikerade vilka patienter som mötte dessa kriterier. Logiken bakom detta urval vilade på antagandet att vissa akuta besök kan undvikas genom att informera och guida till ”rätt” insatser från den kommunala vård- och omsorgen samt öka patientens egen förståelse för dennes hälsoproblem och förmågan till egenvård.

Vårdmodellen bygger på fyra delar:

1. Identifiering av patienter
2. Bedömning av patientens behov vid hembesök
3. Vårdkoordination och identifiering av individens resurser och behov, inklusive behov som inte tillgodoses, brister i hem- och närmiljö för att kunna vidmakthålla hälsa, samt riskfaktorer för fortsatt funktionsnedsättning. En geriatiker utvärderar sedan hembesöket och de vårdbehov som identifierats, samt de medicinska journalerna och gör sedan en bedömning av vilka insatser som behövs. Utefter detta utformas en individuell vårdplan för varje patient. Patienten informeras, ges råd och utbildning rörande sitt hälsotillstånd och uppmuntras till egenvård
4. Organisering och koordinering av vårdkontakter. Varje ”vårdansvarig” (individuell samordnare) ansvarar för högst 25 patienter. Denna person organiserar sedan de vårdkontakter som patienten anses behöva.

Akutbesök, sjukhusinläggningar och antal vårddagar utvärderades innan och efter implementeringen av denna vårdmodell, och en kostnadsanalys genomfördes. I interventionsgruppen återfanns en signifikant minskning av akutbesöken (- 21 %), sjukhusinläggningar (- 28 %), och antalet vårddagar (- 19 %), jämfört med kontrollgruppen, vilka snarare påvisade en mindre ökning av akutbesök och antalet vårddagar på årsbasis. Vårdmodellen bedömdes således vara såväl kostnadseffektiv som fördelaktig ur ett patientperspektiv (Bird, m fl., 2007).

## Identifiera sköra äldre, äldretriage

I litteraturen identifierade SBU också fem etablerade metoder för äldretriage. Äldretriage kan beskrivas som verktyg, särskilt lämpligt för bedömning eller identifiering av de sköra äldre där ett strukturerat omhändertagande skulle vara lämpligt. SBU framhåller dock att deras litteraturgenomgång inte är tillräckligt omfattande för att kunna dra några slutsatser om äldretriage-metodernas effekter.

Författarna påpekar att slutsatserna baseras på studier där flertalet är utförda på 1980- och 1990-talen och i system som skiljer sig från den svenska vården och omsorgen om de äldre, varför resultatens överförbarhet till svenska förhållanden är oklart.

## Ekonomiska incitament för samverkan

Stiftelsen Leading Health Care har fått i uppdrag av regeringen att studera och utarbeta (ekonomiska) ersättningsmodeller anpassade till de mest sjuka äldres behov (Hagbjer, 2012). Målsättningen är att utveckla ersättningssystem som understödjer en vårdprocess för äldre som är beroende av insatser från flera olika parter. I den genomgång av internationell litteratur som Leading Health Care har redovisat är slutsatsen att det saknas förebilder både nationellt och internationellt, när det gäller ekonomiska styrsystem som är anpassade till vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Dagens ekonomiska styrsystem riskerar snarare att förstärka ett ”stuprörstänkande”, vilket innebär att man ”gör bara det som man får betalt för”. Vården blir fraktionerad och uppsplittrad och ”ingen tänker på helheten”. Enligt Hagbjer, slår detta särskilt hårt mot att få till stånd en sammanhållen vård om de äldre, som kräver helhetssyn (Hagbjer, 2012)

## Erfarenheter av försök med samverkan i vård och omsorg om äldre

I den internationella forskningslitteraturen är det svårt att hitta arbeten av god kvalitet som redovisar modeller eller systemlösningar för en sammanhållen vård, mellan sjukvård och socialtjänst, för de mest sjuka äldre. Däremot finns exempel på olika försöksverksamheter och interventionsstudier med olika sätt att organisera samverkan kring den äldre. Förutom att det är svårt att bedöma i vilken utsträckning internationella erfarenheter av sammanhållen vård och omsorg kan vara generaliserbara för svenska förhållanden finns ingen tydlig bild av vilka åtgärder som fungerat bättre än andra.

I en engelsk studie har man försökt sammanställa erfarenheter av olika lokala försöksverksamheter när det gäller samverkan kring sjuka per-

soners, oberoende av ålder, behov av vård och omsorg. Det övergripande syftet var att sammanställa kunskaper och erfarenheter om vad för slags vård de sjuka och deras anhöriga behövde samt hur de sjuka och deras anhöriga önskade få hjälp. För yngre funktionshindrade personer fann man exempel på att insatser av multidisciplinära team medfört positiva effekter, medan individuell samordnare gav de bästa resultaten för äldre personer med demenssjukdom. För personer med psykisk sjukdom som vårdas hemma var stöd av specialiserade socialarbetare det som verkade fungera bäst (Gridly, m fl., 2013).

I ett annat arbete från England utvärderades fem lokala försöksverksamheter som syftade till att samordna vården och omsorgen för personer med komplexa, kroniska tillstånd i olika åldrar. Försöksverksamheterna hade delvis olika fokus som palliativ vård i hemmet, hemvård av personer med psykisk sjukdom, vård i hemmet av personer med avancerad demenssjukdom och två ytterligare försöksverksamheter rörande insatser för äldre personer. En generell erfarenhet var att resultaten från försöksverksamheterna var starkt beroende av vilket stöd den fick av lokala politiker och beslutsfattare. När det gäller framgångsfaktorer för försöksverksamheterna, oberoende av typ av verksamheter, identifierades följande: starkt och engagerat ledarskap, en tydlig och gemensam inriktning och mål för arbetet, flexibilitet och förmåga att snabbt svara på patienters behov, och förmågan att stödja och hjälpa anhöriga och familjerna till de sjuka och funktionshindrade (Goodwin, m fl., 2013).

Billings (2013) anför på basis av det nuvarande kunskapsläget beträffande vården och omsorgen om de äldre att det fortfarande saknas grundläggande kunskaper om vad som krävs för att få till stånd en väl fungerande äldreomsorg.

Sammanfattningsvis visar den internationella utvecklingen på området att den tycks domineras av vissa modeller och centrala funktioner beträffande omhändertagandet av äldre. Insatser som prövats och som visat sig ha effekt är bland annat individuell samordnare, multiprofessionell behovsbedömning, multiprofessionella team, gemensam individuell vårdplanering, särskilda organisationer för multisjuka, samt fungerande informations- och kommunikationssystem som stödjer samverkan (Goodwin, m fl., 2013; Nies, 2006).

Några ofta återkommande villkor för att samverkan ska fungera, som nämns i den internationella litteraturen (Antunes & Moreira, 2011; Goodwin, 2013; Goodwin, m fl., 2013; Leichsenring, 2012), är

- att samverkan kring de äldre innebär ett strukturerat omhändertagande som är förankrat i det lokala vård- och omsorgssystemet och
- att det finns en samverkanskultur, som en grund för arbetet kring de mest sjuka äldre

## KAPITEL 5

# FÖRSÖKSVERKSAMHETERNAS METODER

Försöksverksamheterna är sinsemellan olika, men förenas i syftet att skapa en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. I det här avsnittet redovisas de viktigaste resultaten. Projektet beskrivs i bilaga 1 till denna rapport (är publicerad på Äldrecentrums hemsida). Redovisningen följer de huvudområden som beskrivits i kunskapsöversikten i kapitel 4.

## Att tänka på när man drar slutsatser från projektet

Det går att hävda att erfarenheterna från de olika försöksverksamheterna utgör intressanta förslag på olika insatser som kan prövas på andra orter, omsatta till de lokala förutsättningarna. Det finns dock svårigheter med att dra slutsatser från försöksverksamheterna. Resultatredovisningen från försöksverksamheterna är ofta knapphändig. Några få försöksverksamheter kan lämna en mer fullödlig redovisning av resultaten. Endast ett fåtal av projektet har kunnat redovisa kvantitativa data om hur många personer som fick del av en insats, om dessa personer tillhörde målgruppen eller ej, och vad insatsen resulterade i för målgruppen vad gäller påverkan på hälsa, livskvalitet, upplevelser av trygghet och utnyttjande av vård och omsorg i olika former.

Det har för projektet också visat sig svårt att ta fram uppgifter om vad insatserna har kostat. Än svårare, närmast omöjligt, har det varit för projektet att bedöma om projektets metoder kan leda till ökade eller minskade kostnader för de båda huvudmännen på kort och lång sikt.

Det går därför inte att besvara frågan ”blev det bättre för den äldre” på grundval av de redovisningar projektet kunnat lämna, inte heller om vården och omsorgen kan bli mer kostnadseffektiv genom de metoder som prövats i försöksverksamheterna.

Från de flesta försöksverksamheterna finns det dock exempel på och idéer om hur man kan utveckla samverkan, rutiner och organisation för en mer sammanhållen vård och omsorg om de äldre.

Personal (över huvudmanna-, verksamhets- och professionsgränser) har mötts, kartläggningar och inventeringar genomförts och analyserats, och

omorganisationer och andra initiativ kommit i gång. Inom försöksprojektens ram har det varit möjligt att pröva nya funktioner, teambaserade lösningar och strukturerade rutiner. Ett positivt värde med försöksverksamheterna tycks vara att de på flesta håll har skapat fora och engagemang för att över vårdgivargränser utveckla äldreomsorgen. Det finns all anledning för andra att låta sig inspireras av dessa försök.

## Samordnad vård

### Team underlättar att få vård i hemmet

I *Skellefteå* har Projektet HOPP utvecklat, implementerat och utvärderat en modell som integrerar en teambaserad avancerad hemsjukvård, hjärtsjukvård och palliativ vård i hemmet för patienter med svår kronisk hjärtsvikt. Försöksverksamheten har letts av en forskningsledare. Teamet har gjort planerade och akuta hembesök hos hjärtsviktpatienterna dagtid vardagar. 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.

Utnyttjandet av slutenvården har minskat. Forskarna som följde projektet fann även en förbättrad hälsorelaterad livskvalitet i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen. HOPP-teamet i Skellefteå är sedan våren 2013 en del av den avancerade hemsjukvården och ska få en breddad patientbas.

I *Tyresö* är Projektet Trygg hemma ett exempel på korttidsvård i hemmet efter sjukhusvård. Ett team med personal från Handengeriatriken svarade för utökade hälso- och sjukvårdsinsatser (läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut och sjukgymnast) under 6 - 8 veckor efter det att den äldre kommit hem igen efter vård på geriatriken eller vistelse på kommunal korttidsplats. Det geriatriska teamet samarbetade och planerade insatserna tillsammans med den hemtjänst den äldre valt. Den äldre/anhöriga kunde dygnet runt komma i kontakt med sjuksköterska/läkare i Trygg i Tyresö via Handengeriatriken.

Uppföljningen visar att teamets insatser påskyndade återgången till hemmet, vilket resulterat i minskat behov av korttidsplatser och ett minskat kommunalt betalningsansvar. I Tyresö erhöll projektet nya medel i början av 2014, varför verksamheten fortsatte som tidigare under 2014.

### Rådgivande strukturerat omhändertagande

Äldremottagningen i *Norrköping* var ett försök att med en strukturerad geriatrisk bedömning samordna sjukvårdens insatser för de mest sjuka äldre. Inklusionskriterierna baserades på den definition Socialstyrelsen



hade av ”mest sjuka äldre” vid projektstarten (se kapitel 2). De som svarade ja på erbjudandet att ingå i projektet fick ett hembesök av sjuksköterska. Därefter fördelades de äldre personerna slumpmässigt i en interventionsgrupp och en kontrollgrupp. De som kom att ingå i interventionsgruppen blev erbjudna att bli anslutna till den geriatriska Äldremottagningen medan kontrollgruppen var kvar i den ”ordinära” vården. Ett team inom den geriatriska öppenvårdsmottagningen bestod av sjuksköterskor, biståndshandläggare, geriatriker, arbetsterapeut, sjukgymnast, apotekare, dietist och kurator med sysselsättningsgrad varierande mellan 2,0 och 0,1.

Teamet erbjöd de äldre hembesök av sjuksköterska och biståndshandläggare, läkemedelsgenomgång och en fortsatt kontakt med mottagningen med en patientansvarig sjuksköterska.

Interventionen har lett till en statistiskt säkerställd högre överlevnad för Äldremottagningens patienter. Utnyttjandet av slutenvården har minskat, men kostnaderna ökade för de äldre som ingick i interventionsgruppen, eftersom de utnyttjade mer öppen sjukvård (framför allt från Äldremottagningen) och hemtjänst, jämfört med kontrollgruppen. Det gick inte att finna någon förbättrad hälsorelaterad livskvalitet i interventionsgruppen, jämfört med kontrollgruppen

I Norrköping har sjukvårdsförvaltningen aktivt tagit ställning för att inte fortsätta med verksamheten.

## **Gemensamma erfarenheter från teamen**

Teamen skiljer sig åt, när det gäller vilka personer och professioner som ingår. Ofta är sjuksköterskan den som är ”spindeln i nätet” och den som tillsammans med till exempel arbetsterapeuten och sjukgymnasten svarar för hembesök och samarbetet med hemtjänsten. Närhet till läkare och läkarens delaktighet i patientarbetet har varit en framgångsfaktor.

Resultaten pekar på att möjligheterna för att erhålla goda resultat ökar när målgruppen är väldefinierad och när insatsen ges av personal med god kompetens. Kontinuitet och kompetens kan ses som viktiga delar för att skapa ett gott omhändertagande och ge den trygghet den äldre patienten behöver.

Det har varierat hur väl projekten lyckats utveckla samarbetet mellan primärvård och hemtjänst. När arbetet sker i den äldres hem – som Trygg hemma-projektet i Tyresö – har det varit enklare att etablera en god kontakt med den hemtjänst den äldre valt, än när insatsen gjorts på en geriatrisk mottagning som i Norrköping.

## Att vara i samma hus skapar förutsättningar för samarbete

I *Malå* genomfördes en samordning av sjukstugan och ett av kommunens vård- och omsorgsboenden. De båda verksamheterna låg redan tidigare i samma byggnad. Genom att samutnyttja tre kommunala korttidsplatser och sex platser i vård- och omsorgsboende med landstingets akutvårdsavdelning har man kunnat utnyttja alla vård- och boendeplatser maximalt, oberoende av huvudmannaskapsgränser. De äldre möter samma personal på äldreboendet som på vårdavdelningen.

Förutsättningarna att ge en bra vård och omsorg har härmed förbättrats. Möjligheten för kommunen att tillhandahålla en god palliativ vård ökar genom att boendet är bemannat med en sjuksköterska dygnet runt. Omsorgspersonalen har utbildats inom hälso- och sjukvård för att de även ska kunna hantera situationer som kan uppstå inom akutsjukvården. Bemanningen blir mindre sårbar genom att kommunen och landstinget kan utnyttja varandras personal.

I *Vännäs* handlade det om samlokalisering av delar av primärvårdens personal (hemsjukvården) och äldreomsorgens personal. På så sätt skulle olika yrkesgrupper med olika kompetenser och arbetssätt – hemtjänst, nattpatrull, distriktssköterskor, biståndshandläggare samt kommunens och landstingets sjukgymnaster och arbetsterapeuter – lättare kunna träffas och därmed öka förutsättningarna för att kunna samarbeta bättre. En redan tidigare etablerad samverkansform (ROS – Rehabilitering Och Samverkan) 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. Legitimerad personal oavsett huvudman dokumenterar i gemensam journal enligt lokalt avtal och patientens medgivande.

Samlokaliseringen har underlättat att utveckla en daglig samverkan och planering. Vid en uppföljande studie 2013 genomförd av Umeå universitet beskrevs samlokaliseringen av personalen entydigt som mycket positiv. Den hade bidragit till snabbare, öppnare och en mer personlig kommunikation mellan personalen. Arbetsmiljöundersökningen visade även att personalen bedömde att deras 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 på ett ställe. Sammantalet pekar de genomförda mätningarna på att samlokaliseringen, de multiprofessionella teamen och ROS samt IT-stödet har resulterat i en mer effektiv resursanvändning.

Att glesbygdskommuner har mycket att vinna på en rationell samverkan mellan huvudmännen och olika vårdgivare framstår som tydligt utifrån

erfarenheterna i Malå. Att samlokalisera personal från olika huvudmän i samma lokaler kan sannolikt ge liknande fördelar i form av bättre samverkan mellan olika personalkategorier även i större kommuner/stadsdelar. Att personal från olika yrkesgrupper tack vare samlokaliseringen i Vännäs träffar varandra regelbundet, såväl vid arbetsmöten som vid mer informella sammanhang som exempelvis i det gemensamma lunchrummet och vid fikastunder, har naturligt medfört att man lärt känna varandra bättre. Både den fysiska samlokaliseringen och de regelbundna multiprofessionella ROS-mötena skulle kunna 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.

Verksamheterna i Malå och Vännäs är nu i ordinär drift.

## Äldretriage

I *Uppsala* har ett mobilt hembesöksteam, bestående av läkare och sjuksköterskor, kunnat tillkallas av ambulansen, sjukvårdsrådgivningen, hemtjänsten, eller vårdcentral för att ta hand om en akut sjuk äldre person. Patienten skulle dagtid vardagar snabbt få ett hembesök. Syftet var att öka tillgängligheten av vård och behandling och undvika onödiga färder till akutmottagningen. När fortsatt vård i hemmet inte var möjligt skulle inskrivning i slutenvård kunna ske direkt till vårdavdelning och inte via akutmottagningen. Det planerade direktintaget till geriatrisk vårdavdelning kom dock inte till stånd under projekttiden. Hembesöksteamet skulle också kunna fungera som stöd till den kommunala sjuksköterskan.

Data från uppföljningen i Uppsala tyder på att vissa besök och inläggningar vid Akademiska sjukhuset kunnat undvikas. Det mobila hembesöksteamet i Uppsala ingår nu i den permanenta organisationen, men omfattar ännu enbart Uppsala av kommunerna i Uppsala län.

I *Göteborg* var ett av målen med projektet att närvården, kommunerna och sjukhusen skulle förbättra sin samverkan för att tidigare upptäcka äldre med sviktande hälsa. Fokus var på vårdövergångar. Projektet skulle arbeta för att de äldre skulle få vård utanför sjukhuset och i de fall sjukhusvård var adekvat skulle de om möjligt komma till rätt klinik utan att passera akuten. Inom projektets ram togs ett par rutiner fram; rutinen för direktinläggning på sjukhus, och rutinen för utskrivning. Med projektmedel har också några lokala försöksverksamheter stöttats, som omsorgskoordinatorer på akutmottagningarna som först prövats på Mölndals sjukhus och en s.k. ”bedömningsbil” bemannad med en sjuksköterska som besöker äldre sjuka personer där SoS-alarm bedömt att det inte är ett akut behov av sjukhustransport

I *Örebro* fick projektet namnet ViSam som betyder Vårdplanering och informationsöverföring i en Samlad modell. Projektet hade initialt fler

målområden men under projektets gång reducerades de till tre områden varav beslutsstöd var ett. 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.

Tillståndet bedömdes i den utvärdering som gjordes allvarligare för de patienter som kom till akuten efter det att beslutsstödet för sjuksköterskorna i hemsjukvården tagits fram. En möjlig slutsats är att det var fler patienter som bedömdes kunna stanna längre kvar i hemmet än tidigare. Det beslutstöd som togs fram kan ha gett en ökad trygghet i sjuksköterskornas bedömningar om när en person ska skickas in till sjukhus eller ej.

I *Örnsköldsvik* utvecklades en rad olika aktiviteter, bland annat infördes prehospitall triagering för strukturerad bedömning av en persons hälsostatus och hur akut behoven av vård är. Genom metoden kan vårdpersonal snabbt och effektivt kommunicera med varandra mellan till exempel ambulans och sjukhus.

Proaktiv vårdplanering innebar att personal i *Örnsköldsvik* utvecklade en "hälsodagbok" där de äldres hälsostatus fortlöpande skulle dokumenteras. Dokumentationen var tänkt att användas som underlag för förebyggande insatser och därmed undvika försämringar som skulle kunna leda till sjukhusvård.

I *Södra Älvsborg* var en viktig del i projektet att personal som möter äldre på ett strukturerat sätt ska arbeta med att identifiera multisjuka och multiviktade äldre med risk att försämras (TryggVe). En modell har utvecklats bestående av validerade instrument, för att bedöma riskområden i syfte att kunna arbeta mer proaktivt. TryggVe-patienten har fått en kontaktsjuksköterska i primärvården. Screeningverktyget är dock så omfattande att det torde ha små förutsättningar att leva vidare om det inte bantas till en mer hanterbar modell.

## Individuell samordnare

Tre av projekten har arbetat med att utveckla former för att stödja den äldre att få den vård och omsorg han/hon behöver. De kan ses som exempel på att utveckla rollen som Case manager/individuell samordnare, något som också var ett uttalat mål i Blekinge, där funktionen fick namnet äldrelots. I Kronoberg har man också valt benämningen lots, medan projektet på Östermalm valde namnet vård- och omsorgssamordnare. Projektet på Östermalm har inte utvärderats, och det avslutades i förtid.

I *Kronoberg* har det i vart och ett av de åtta kommunerna funnits tvärprofessionella team som på olika sätt arbetat med att identifiera

”Linnea” (det namn som används i Kronoberg för de mest sjuka äldre) för att kunna erbjuda en äldrelots. 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. Hos personalen i Kronoberg fanns tveksamhet till om de äldre behövde en lots, eller om behovet tillgodoses av den personal den äldre redan har kontakt med.

Det projekt som mest strukturerat arbetat med att utforma en roll som ”äldrelots” är *Blekinge*. Lotsrollen kan beskrivas som att vara lyhörd, samtala, stödja, hjälpa den äldre att hantera sin situation och finna möjligheter att underlätta vardagen; att ge rådgivning, informera om vad den äldre har rätt till/kan få och att vara ombud för den äldre.

Den individuella samordnaren kan ha skiftande bakgrund, mandat och ställning i organisationen. En del är att vara ”lots”, hjälpa de mest sjuka att ”navigera” i vård- och omsorgssystemet. Lotsens inblick i de äldres vardag har också gett kunskap om hur vård- och omsorgssystemet fungerar.

Erfarenheterna av lotsfunktionen är skiftande. I Blekinge valde man att lotsfunktionen skulle vara fristående från huvudmännen. Där bedömdes det som viktigt att lotsen var neutral, inte tillhörde någon av huvudmännen eller någon viss profession. Lotsen skulle vara den äldres samtalspart, hjälpa den äldre att identifiera hur vardagen skulle kunna förbättras, och bistå den äldre så att landsting och kommun ger det stöd som behövs.

I Kronoberg fanns det en tveksamhet till om det skulle vara en fristående lots, eller om lotsen skulle vara någon särskilt utsedd bland dem som ger vård och omsorg till den äldre. På Östermalm hämmades försöket av svårigheterna att hitta målgruppen och personalbyten.

Beroende av om lotsen är fristående, eller en av den ordinarie personalen, får lotsen olika roll. Vilken som är mest funktionell går inte att dra slutsatser om med ledning av försöksverksamheterna. Äldrelots i Blekinge har utvärderats och flera avhandlingsarbeten pågår med projektet som forskningsfält. Utvärderarna bedömer att projektet har utvecklat en lotsroll som gett trygghet och bidragit till en bättre livssituation för flera av de äldre som haft en lots. Det är ännu för tidigt att dra slutsatser om vad i äldrelotsrollen som varit framgångsrikt och vad som eventuellt kan tonas ner. Projektet i sig var framgångsrikt och uppskattat, men har trots det inte lett till någon fortsättning.

Vår bedömning är att det är värdefullt med en ”lots-funktion” när det gäller stöd och vägledning till den äldre och samordning av vård och omsorg inom ramen för befintliga organisationer. Där erfarenheterna från projektet i Blekinge kan tas tillvara och provas även på andra håll.

# Samordning mellan vårdgivarna

## Samordnad vårdplan

I region *Skåne* var tanken att en samordnad individuell vårdplanering i hemmet ska ge förutsättningar för ett teambaserat arbetssätt över huvudmannaskapsgränserna. En central del i arbetet har varit att berörd personal från de olika vårdgivarna tillsammans träffas hemma hos den äldre – där anhöriga också ofta varit med. Vid mötet hemma hos den äldre genomförs en vård- och omsorgsplanering som utmynnar i en samordnad individuell plan (VOPS). Personalen ska arbeta som ett team och har en utsedd patientprocessansvarig person med ansvaret att driva utvecklingen med fokus på det planerade och överenskomna resultatet för patienten.

Patientprocessteamens arbete har 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 i fokus. Primärvården har också involverats mer i samverkansarbetet och även läkarna finns med vid mötena hemma hos personen/patienten. Det har varit positivt att det funnits lokala patientprocessledare som engagerat, drivit och hållit ihop de lokala patientprocessteamerna. Ersättningen till husläkarna har höjts för deltagande i den samordnade planeringen, vilket gynnat deltagandet.

Arbetssättet med samordnad vårdplan har prövats i fyra Skånekommuner och ambitionen är att den ska användas i hela Region Skåne. Den särskilda ersättningen till husläkarna för att delta i den samordnade vårdplaneringen förväntas leda till att husläkarna deltar i större utsträckning.

I *Örebro län* har en annan modell utvecklats, kallad säker utskrivning och samordnad individuell plan (SIP). Erfarenheterna visar att det tar tid att få den samordnade vårdplaneringen att fungera. En orsak som nämns är bristen på IT-stöd för den gemensamma dokumentationen över vårdgivargränserna.

## Former för kommunikation mellan vårdgivarna

I *Hägersten-Liljeholmens* stadsdelsförvaltning är mångfalden av utförare stor. Av över hundra vård- och omsorgsgivare har nitton deltagit i projektet, både privata och offentliga, från hemtjänst, vårdcentraler och slutenvård. Målgruppen valdes ut av personalen bland de som hade hemtjänst eller avlösning/växelvård samt minst två slutenvårdstillfällen under de senaste 12 månaderna eller hemsjukvård med minst ett hembesök var 14:e dag. De som valdes ut erbjöds kontakt med distriktssköterska för en hälsoundersökning. Efter hembesöket svarade distriktssköterskan för att kontakten mellan samtliga aktuella vårdgivare etablerades via en telefonkonferens. Via den kunde de olika insatserna

struktureras och dokumenteras i en gemensam vård- och omsorgspärm (gröna pärmen). Den förvarades hemma hos den äldre.

Telefonkonferenserna var ett uppskatta arbetsinstrument för hemtjänstpersonal i Hägersten-Liljeholmen. De framhöll att projektet haft stor betydelse för att förbättra samverkan, särskilt mellan distriktssköterskor och hemtjänstens personal. Telefonkonferenserna såg de som grunden för hela projektet. Den gröna pärmen har hjälpt till att få en bra struktur på vad som behöver bevakas och hur problem kan förebyggas.

## Mobilisera hela byn

I *Rengsjö* i Bollnäs kommun utgjorde försöksverksamheten en mobilisering av byns resurser – offentliga och frivilliga krafter – för att förbättra hälsa och livskvalitet för den äldre befolkningen. Tillsammans med frivilligorganisationerna startade projektet aktiviteter för att bryta social isolering bland de äldre, liksom att motivera de äldre att delta i olika motionsaktiviteter. Inom ramen för försöksverksamheten startades en distriktssköterskemottagning en dag i veckan (två dagar från 2013) och varannan vecka läkarmottagning. Försöksverksamheten kom också att utgöra en arena för förberedelse och upparbetande av samverkansrutiner inför kommunaliseringen av hemsjukvården.

Projektet i Rengsjö har bidragit till att bryta ensamheten för många äldre personer samt motiverat dem till både fysiska och sociala aktiviteter. Samarbetet mellan primärvård och hemtjänst har stärkts. Det nya arbetssättet och strukturen har enligt vård- och omsorgspersonalen bidragit till bättre planering och att de äldre får sin hjälp snabbare än tidigare.

De olika aktiviteterna i Rengsjö planeras fortsätta, och kommunen (Bollnäs) stödjer bland annat med att anhörigkonsulenten får ägna del av sin arbetstid för Rengsjö. Kommunen bedömer det vara en rimlig kostnad för något som kommunen menar kan ge hälsovinster för den äldre befolkningen.

Samarbete med alla aktörer har varit kärnan i Rengsjö. Det projektet är ett exempel hur ett folkligt missnöje efter försämrad samhällsservice för de äldre i glesbygd kan vändas till någonting positivt. Resurser mobiliserades på bred front och frivilliga krafter engagerades. Tillvägagångssättet borde kunna tjäna som exempel för andra mindre orter med liknande problem.

## Strukturerat förbättringsarbete

I *Blekinge och Kronoberg* har projekten också haft ett uppdrag att stärka det lokala förbättringsarbetet, att för huvudmännen uppmärksamma brister i vården och omsorgen för de äldre som en slags "internrevisor" samt att identifiera icke uppmärksammade behov och brister i det utbud som

finns. I Blekinge via en referensgrupp till äldrelotsen i varje kommun, i Kronoberg genom lokala team, ledda av en processledare på deltid.

Erfarenheterna visar att detta kan vara ett fungerande sätt förutsatt att det finns ett aktivt intresse hos ledningen i respektive kommun. Referensgrupperna i Blekinge har i flera, men inte alla, av kommunerna skapat delaktighet och gett möjlighet att hantera det äldrelotsarna förmedlat av sina generella iakttagelser om brister i hur vården och omsorgen är utformad för de äldre.

## Några gemensamma erfarenheter

Det har visat sig svårt att få rutiner och samverkansformer att implementeras under projekttiden. Det finns flera näraliggande skäl till detta. Ett är komplexiteten i flera av projektområdena. Hägersten-Liljeholmen med ett stort antal utförare inom vårdval och kundval; Göteborgsregionen, Örebro län och södra Skaraborg med många stadsdelar/kommuner och stort antal utförare och medarbetare. Ett annat är de ekonomiska ersättningarna till vårdcentralerna, som i vart fall i Göteborg, Stockholm och Umeå bedömts inte ge tillräckliga incitament för att verksamhetscheferna ska ge personalen tid för att samarbeta. Ett tredje skäl är omorganisationer och byten på ledande tjänster.

Trots dessa svårigheter har några av projekten lyckats få fram vissa rutiner och samverkansformer som de lokala utvärderarna bedömt som framgångsrika. Till dessa hör det mobila teamet i Uppsala, modellen för trygg hemgång i Tyresö och de riktade insatserna till vissa patientgrupper i Skellefteå. Äldrelots i Blekinge är ett annat exempel på en intressant försöksverksamhet. Samlokalisering av verksamheter som i Vännäs och Malå kan vara ett kraftfullt verktyg för att få till stånd teamarbete över huvudmannaskaps- och utförargränser. Skånerregionens patientprocess-team och strukturerade form för vårdplanering i hemmet är intressant att fortsätta att följa. Andra exempel är det beslutsstöd som tagits fram för kommunens distriktssköterskor i projekt ViSam i Örebro, in- och utskrivningsrutinerna i Göteborg (direktinskrivningsrutinen och PRIMUS), hälsodagboken i Örnsköldsvik och telefonkonferenserna i Hägersten-Liljeholmen. Personal med särskild uppgift att samordna insatser har visat sig vara värdefullt vid utskrivning från sjukhus. Exempel på det är samordningssköterskor i Göteborg och utskrivningssjuksköterskor på Norrlands universitetssjukhus i Umeå.

Flera av projekten visar på den utmaning som finns på såväl lokal som nationell nivå att finna IT-lösningar som tillvaratar både behovet av gemensam dokumentation och den enskildes integritet.

De rutiner, samverkansstöd (till exempel telefonkonferenser) och bedömningsinstrument som enligt intervjuad personal fallit ut väl är i de redo-



visade projekten framtagna av personal nära den äldre, och utformade så att de ska vara enkla och tidsmässigt möjliga att använda. Såväl det som utformats som tillvägagångssättet bör kunna inspirera andra.

Flera av projekten visar ett värde av att samverkansarenor har skapats och där personal lärt känna varandra, och därmed fått en ökad kunskap om och förståelse för varandras roller och kompetens. I flera av utvärderingarna berättar intervjuad personal att det har förbättrat samarbetet. Detta ligger nära de erfarenheter som de tio samverkansnätverken gjort och som redovisas i nästa kapitel.

## Redovisning av projekten efter huvudinriktning

### Organisatoriska lösningar

#### *a. Samarbete mellan vårdgivare*

<b>Malå</b>	Konkreta metoder för att utveckla samarbete mellan landstingets primärvård och kommunens hemsjukvård och äldreomsorg
<b>Vännäs</b>	
<b>Rengsjö</b>	Samverkan mellan socialtjänst, sjukvård och frivilliga

#### *b. Teambaserade arbetssätt*

<b>Skellefteå</b>	Genom förstärkta och multiprofessionella sjukvårdsinsatser underlätta vård i hemmet och minska behov av plats i slutenvård
<b>Uppsala</b>	
<b>Tyresö</b>	
<b>Norrköping</b>	Teambaserat arbetssätt, geriatrisk äldremottagning

## Förbättringsmodeller med bibehållna organisationer

### a. Utveckla stödjande funktioner

<b>Blekinge</b>	Case manager/lots, kombinerat med att identifiera förbättringsområden
<b>Kronobergs län</b>	
<b>Östergötland</b>	Case manager/vård- och omsorgssamordnare

### b. Rutiner för att förbättra samarbete socialtjänst och sjukvård

<b>Skåne</b>	Samordnad vårdplan
<b>Hägersten/Liljeholmen</b>	Rutiner och stöd för kommunikationen mellan socialtjänst och sjukvård
<b>Örkelljunga</b>	
<b>Härryda, Göteborg, Mölndal, Partille, Öckerö</b>	Förbättra vårdkedjan
<b>Örebro län</b>	
<b>Örnsköldsvik</b>	
<b>Södra Älvsborg</b>	Utveckla screeningverktyg
<b>Umeå</b>	Utarbeta modell för strukturerat arbetssätt
<b>Järfälla</b>	Internetbaserat stöd för vårdkontakter

## KAPITEL 6

# TIO SAMVERKANSNÄTVERK

## Uppdraget

I regeringens uppdrag till Socialstyrelsen om en utvärdering av nitton försöksverksamheter har regeringen också tagit med tio samverkansnätverk/motsvarande. Dessa har dock inte erhållit några ekonomiska medel från regeringssatsningen liknande försöksverksamheterna.

Sex av nätverken (Hand i hand i Avesta-Hedemora, Linnéa i Kronoberg, Nisse i Malmö, Hilma i Örebro, Helga i Skellefteå och Kersti i Falun) har hämtat inspiration från det äldsta nätverket, Esther på Småländska höglandet. Övriga tre nätverk har en annan uppkomst. Närvård västra Skaraborg och HiSam på Hisingen är samverkansstrukturer som växt fram tack vare lokala eldsjäljar. TioHundra i Norrtälje är av en mer formaliserad karaktär. Det är ett projekt med en gemensam nämnd mellan landsting och kommun.

Nätverken är sinsemellan olika och skulle förtjäna egna mer omfattande utvärderingar. Något som inte varit möjligt inom ramen för denna studie.

I vilken utsträckning nätverkens existens har kunnat påverka de äldres situation går inte att påvisa. Detta dels eftersom det inte gjorts utvärderingar lokalt annat än för någon enstaka av dessa nätverksformer och då med mer begränsat fokus, dels eftersom nätverken är en del av en ständigt föränderlig vård och omsorg, där det inte är möjligt att urskilja orsak och verkan.

Redovisningen nedan bygger framförallt på intervjuer med nyckelpersoner i de olika nätverken och skriftlig dokumentation från nätverken. Några av nätverken har också egna utvärderingar.

Majoriteten av de tio nätverken har startat tack vare enskilda ”eldsjäljar”, i syfte att åtgärda problem de iakttagit i samspelet kring den äldre, ofta i gränslandet mellan slutna vård och öppen vård/kommunal omsorg. Kärnan i flertalet av dem är att skapa arenor där personal från olika vård- och omsorgsgivare möts. Vilka som är aktörer skiljer sig och har också växlat över tid. Några nätverk har blivit en del av den formella organisationen, andra har nu en låg aktivitetsnivå, ytterligare andra fortsätter som projekt. Nätverket Esther har visserligen stått som en förebild för ”syskonnätverken”, men inget nätverk har helt kopierat Esther, utan format sitt eget arbete efter lokala förutsättningar och behov.

Nätverken är beskrivna mer utförligt i bilaga 2, finns att ladda ned på Äldrecentrums hemsida.

## Nätverkens utmaning - att ha fokus på huvudpersonen

Samtliga nätverk, och då i synnerhet de som har ett egennamn som Esther ("syskonnätverken"), har som sin grund sin fokus på den äldre personen. Att välja ett namn i stället för att använda objektifierande begrepp som patient, brukare, kund eller klient är tänkt att hjälpa personalen att inte tappa fokus på huvudpersonen. I det äldsta nätverket, Esther, beskrevs hon vid starten av nätverket, vintern 1997 så här:

*"Esther är född 1912. Hon bor på Storgatan i Vetlanda. De sista tre nätterna har Esther inte kunnat sova, hennes andfäddhet blir allt värre och benen allt mer svullna. Hon känner sig ängslig, orolig och vet inte vart hon skall vända sig."*

De som möter Esther i sitt arbete förväntas flytta fokus från sin egen organisation till Esther. Att ingå i nätverkets arbete ska då ses som värdefullt inte för att det gynnar en själv eller ens arbetsplats utan för att det ska bli bättre för Esther.

Några av projekten beskriver detta som att vårda "Esther-andan", "Nisse-andan" och liknande.

Utgångspunkten är således vad Esther behöver och vad Esther vill. Nätverken bygger på en tilltro till personalen nära Esther, deras förmåga att se vad Esther önskar, se vad som krånglar till det för Esther, att försöka se med hennes ögon. En utmaning är att ta tillvara dessa erfarenheter i ett ständigt förbättringsarbete.

Som redovisats i kapitel 4 är det svårt att identifiera gruppen äldre med stora och sammansatta behov via register. Personal som tränas att uppmärksamma dessa personer, "att se Esther", kan vara ett bättre sätt att identifiera de äldre som bör få bli vårdens "VIP-kunder". Nätverket kan främja en "uppmärksamhetskultur". Nätverket kan också träna personalen i att se det gemensamma, gränsöverskridande uppdraget. Att det man själv gör måste kugga i vad andra vårdgivare har ansvar att göra.

Med ett fokus på den äldre kan det bli möjligt att bryta igenom de kulturer som uppstår inom varje vårdform. Det är lätt att annars enbart se det egna, snäva uppdraget. "Vi på ortopedien fixar benet, resten får någon annan ta hand om".

Med en alltför diagnosriktad kultur finns en risk att exempelvis en vårdcentralschef enbart ser till de specifika insatser som följer av en viss diagnos och vad vårdcentralen får betalt för. Fokus behöver då flytta till

hela den äldres livssituation, vad som kan samverka för att det ska bli en god hälsa och välbefinnande för henne/honom. Om fokus inte är ”Esther” kan det i stället vara naturligt att ställa sig utanför nätverkets samarbetsarenor, för ”det får vi inte betalt för”.

## Nätverkets frivilligstruktur kan vara ett hinder

Nätverken lever genom att de tillhandahåller mötesplatser, de

- består av människor; - det behövs tid som möjliggör möten som leder till de nödvändiga relationerna, i en vård och omsorg där tid är en bristvara.,
- är icke-hierarkiska; - det krävs tillit och förtroende mellan deltagarna och mellan politisk- och förvaltningsledning och nätverket.

Nätverken följer inte gränser efter profession, slutet/öppen vård, huvudmannaskap, offentlig eller privat regi. *”Det jag upplevt är förmågan att se roller i systemet, att mitt område är inte bara mitt utan att nästa område är en del av mitt, att de länkar i varann”* (intervju med en Esther-coach)

Tanken med ett nätverk är vanligen att man deltar av fri vilja, av engagemang, och för att det ger deltagarna något. Men samverkansnätverken är beroende av att alla deltar. Även de vårdcentraler som anser att de inte får betalt för att delta. Liksom ortopedkliniken som inte tycker sig ha tid. En försvårande faktor för ”syskonnätverken” har varit bristen på tydlighet från förvaltningsledningarna att deltagande inte är ett fritt valt arbete. Detta skiljer dem från Närvård västra Skaraborg och TioHundraprojektet, som båda har politisk och förvaltningsledning som en del i sin grundläggande struktur.

Det kan synas som en svårförenad paradox att deltagandet både behöver vara obligatoriskt och frivilligt. Paradoxen kan förklaras av att tvånget och frivilligheten ligger på olika nivåer. På en organisatorisk nivå måste det vara tydligt för alla aktörer – vårdcentraler, sjukhuskliniker, hemtjänstenheter, särskilda boenden etc. – att de ska medverka. Detta innebär att varje verksamhetschef bör ha ett uppdrag från sin ledning att främja deltagandet i nätverket. På individnivå förutsätter däremot ett livskraftigt nätverk deltagare som valt att delta och som bär nätverket med sitt engagemang.

Ett gott exempel på hur det obligatoriska och det nätverksbaserade kan förenas är Närvård Skaraborg. Där finns en tydlig struktur för hur samarbetet ska ske, förankrat såväl hos den politiska organisationen som hos chefstjänstemännen. Denna struktur stödjer ett utvecklingsarbete mellan olika yrkesgrupper, tack vare ett nätverksbaserat sätt att arbeta.

## Faktorer som bygger ett nätverk

Nätverken kan ses som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Faktorer som i de olika nätverken visat sig ha särskilt stor betydelse för nätverkens överlevnad och deras roll för att utveckla vården och omsorgen är samordnaren, ambassadörerna/coacherna och arenorna.

### Samordnare/Nätverksbyggare

Om nätverken ska överleva är den enskilt viktigaste faktorn att det finns en processledare/samordnare. Utan en funktion med tid och uppdrag att samordna och utveckla riskerar nätverket dö, eller åtminstone att dess potential att vara en förändringskraft och kulturskapare inte tas tillvara fullt ut. Samordnaren behöver ha ett tydligt mandat och ingå i en ledningsstruktur.

### Ambassadörer

De lokala "ambassadörerna" (Esther-coach, Nisse-ambassadör, Helga-ombud etcetera) behöver tid för nätverksskapande, att delta i möten och att vara utvecklingsstöd på den egna arbetsplatsen. En erfarenhet från bland annat nätverket Esther är att det är värdefullt om minst en person i arbetslaget är en del av nätverket. En person som därmed kan få kunskap om hur förändringsarbete kan bedrivas och få ett bra nätverk med vårdgrannar och andra kommuner. Den personen kan se den egna verksamhetens roll för att få en helhet för Esther, och via sitt nätverk få nya idéer om verksamhetsutveckling.

En ambassadör på varje arbetsenhet kan ses som rimlig om "Esther-andan" ska genomsyra alla arbetsplatser. Det förutsätter att berörda landsting och kommuner på ledningsnivå bestämmer sig för att nätverket är en metod alla ska medverka i för att utveckla vården och omsorgen och samarbetet mellan vårdgrannarna. Coach-utbildningar eller liknande utbildningar skulle då behöva finansieras av landstinget och kommunerna, inte den enskilda arbetsenheten. Något som kan motiveras av att nätverket är ett gemensamt åtagande.

Några citat från intervjuer med Esther-coacher kan belysa värdet av denna funktion;

*"Genom förbättringskunskapen har vi blivit bättre på att visualisera vad en personalgrupp åstadkommit, att man ser att man faktiskt lyckas, gör något. Viktigt hålla ångan uppe hos personalen, att de har tillit till sig själva i stället för att man hänger med axlarna och är superstressade. Det gagnar Esther."*

*”Att ta direktkontakt, kunna ta kontakt själv, man behöver inte gå via chefen. Kunna ta initiativ själv. Nu ringer jag min coachkollega. Vi känner varann, henne kan jag få hjälp av.”*

*”Att vara Esthercoach ger legitimitet.”*

*”Viktigt med en bra chef. Om chefen inte vill och stödjer blir det inget. Bra därför med det chefs-coachkontrakt som nu tecknas.”*

## **Arenor, mötesplatser**

Nätverket lever genom att det tillhandahåller mötesplatser. När nätverken formar gemensamma arenor kan man inte längre tala om ”dom”. Att mötas är en förutsättning för att förstå den andres uppdrag och yrkesvardag, och att se hur det gemensamma uppdraget kan utformas. Dessa mötesplatser kan se olika ut, som gemensamma utbildningar, seminarier, nätverksskaféer etcetera.

## **Erfarenheter från nätverken**

### **Har samverkan blivit bättre?**

Nätverken ger fora där personal och beslutsfattare kan identifiera problem som uppstår i gränsyterna mellan olika vårdgivare och gemensamt söka lösningar. Det finns exempel från flertalet av nätverken hur rutiner skapats och implementerats. De som intervjuats i de sju ”syskonnätverken” menar att samverkansklimatet blivit bättre. Frågan är då om detta kan gälla även utanför de som är aktiva i nätverket?

Erfarenheten från nätverket Esther tyder på att det kan vara så. Det är dock svårt att uttala sig om hur samverkansklimatet påverkats för enheter som inte har någon medarbetare som är delaktig. På småländska höglandet finns cirka 7 000 personal nära Esther. Det är knappast realistiskt att räkna med att alla dessa ska kunna involveras i en ”nätverksanda”.

### **Tas idéer och initiativ till vara?**

Från de flesta av nätverken finns exempel på hur organisatoriska förändringar genomförts och att nätverken har en lösningsfokuserad inriktning. Det finns också exempel på att rutiner och arbetsformer man enats om inte genomförts eller upphört att tillämpas. Ny personal, organisationsförändringar och sparbetning är exempel på omvärldsfaktorer som ständigt skapar nya förutsättningar för samspelet mellan de olika aktörerna runt Esther. Arbetet med att uppnå målen har aldrig något slut.

I vilken utsträckning initiativ från nätverken kunnat fortleva verkar också vara beroende av om idéerna kostar eller ej. Det är påtagligt att de överlevt säkrare när det handlar om ändrade arbetssätt och bättre

bemötande som kan utvecklas inom eller mellan arbetsenheter och som inte kostar. Rutiner som inte kostar (till exempel rutiner vid in- och utskrivning på sjukhus) har fått genomslag, liksom förändrade arbetsformer och bättre bemötande. *”Hittills upplever jag inte att Esther-projekt kostat pengar, utan mer handlat om bemötande, arbetsformer, förståelse. Förändra sitt sätt att vara. Ständiga förändringar.”* (Intervju med förvaltningschef i kommun småländska höglandet)

## **Hantera samverkan i vårdval och kundval**

Ett nätverk är beroende av att de som deltar har förtroende för varandra, och villigt delar med sig av sina erfarenheter och goda exempel. Nätverkets öppenhet kan krocka med en viss typ av beställar-utförarkultur, där aktörerna inte sett värdet av samarbete, något vi kunnat iaktta för vissa nätverk.

Aktörer inom vårdval och kundval kan betrakta varandra som konkurrenter och vara tveksamma att dela med sig av erfarenheter i ett nätverk. Det krävs att beställarsidan skapar incitament som främjar samverkan och vilja att gemensamt utforma en god och sammanhängande vård och omsorg. Nätverken har med sin gränsöverskridande karaktär möjlighet att underlätta detta.

Fler aktörer genom vårdval och kundval ökar fragmentiseringen i vården. Det innebär till exempel fler som ska delta i nätverket, en utmaning i sig.

Det saknas kunskap om hur LOV påverkat den informella samverkanskultur som nätverken utgör. De flesta nätverken har försökt att få med alla aktörer, såväl egen regi som privata.

## **Horisontell och vertikal styrning**

Ett nätverk kan ses som ett fritt samarbete mellan intresserade. Idéer som föds i nätverket har inga andra bärare än deltagarna i nätverket. Där till en början en del idéer spränger ramarna för de befintliga systemen. Något som innebär att beslut måste tas i linjeorganisationen vilket innebär att den horisontella styrningen i ett nätverk kan krocka med linjeorganisationens vertikala. Men de kan också samspela med varandra. Förslag från de som är nära den äldre kan tas om hand i linjen, och beslut tagna i linjen kan förankras och implementeras tack vara nätverket. Att ta tillvara denna möjlighet är förstås viktigt, men har visat sig vara en svår utmaning, för samtliga de tio studerade nätverken. Det gäller såväl de nätverk som bygger på baspersonalens engagemang som TioHundra vars kärna är den gemensamma nämnden (”top-down”).

När nätverket identifierat ett problem är frågan hur man går från ord till handling. Detta kräver att personer med beslutsmandat ingår i nätverket. I flera av nätverken finns både chefsnätverk och nätverk för ombud/coacher. Det kan dock se lite olika ut hur snabbt förändringar kan genom-



föras. I till exempel Nisse-nätverket tas beslut direkt som får prövas och eventuellt ändras efter hand. I Hand i Hand arbetas förslag in i verksamhetsplanen och tar därmed längre tid att implementera.

I landstingen finns det ofta ambitioner om likhet i hela länet, något som kan krocka med den lokalt baserade utvecklingen som får sin näring ur ett nätverk. När flera kommuner är involverade kan en broms vara att alla måste vara med, och satsningar inom nätverket på till exempel utbildningar kan hämmas av att alla kommuner inte gör samma prioriteringar.

Beslut kan tas från ledningshåll som går på tvärs mot de tankar som kommit fram i nätverket, eller som sliter sönder samverkansstrukturer som mödosamt byggts upp. Än mer påtagligt blir avsaknaden av ett "Esther-perspektiv" när sparbetingen sätts på kartan hos någon av huvudmännen. Ska geriatriken flyttas och krympas, servicehuset ändras till seniorboende eller korttidsplatser läggs ner så är det ju inte bara en fråga för den ena huvudmannen. I dessa sammanhang verkar nätverken spela en underordnad roll.

En önskan som framförs i intervjuer med aktiva i nätverken är att politiker och chefstjänstemän måste våga ge legitimitet åt de förslag som växer fram i nätverket. Frågan "*har detta beslutats i kommunfullmäktige*" är ett exempel på krocken mellan det nätverksbaserade och det linjebaserade. När det kommer nya förvaltningschefer talar man också i nätverket Esther om att de behöver introduceras i Esther-andan.

Det verkar i alla de sju "syskonnätverken" saknas fora där man kan pröva om ett förändringsförslag som ger någon part en ökad kostnad faktiskt är dyrt, när hänsyn tagits till alla aktörers kostnader, och att bättre vård kan vara prisvärd.

Problem kan också uppstå visavi den nationella styrningen, som de årliga överenskommelserna sedan 2010 mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Ett tydligt styrinstrument är de prestationsersättningar för uppnådda resultat enligt vissa indikatorer som utgått med totalt 4,3 miljarder under mandatperioden 2011-2014. Det har fått ett stort genomslag i vad som landsting och kommuner väljer att prioritera. Nätverket och dess arbetsformer och prioriteringar kan då ses som ett störande moment. För nätverket kan det som kommer "uppifrån" upplevas som något som stör de processer som initieras lokalt. Det är svårt att få fram samma engagemang för det uppifrån givna som för det lokalt framarbetade. Syftet med SKL:s satsning Bättre liv för sjuka äldre är visserligen att det ska bli bättre för Esther. Men de indikatorer som ingår i regeringens och SKL:s satsning är specifika och innebär en risk för att fokus skiftar från helheten till de detaljer som ger prestationsersättningar.

## **Faktorer som bidrar till att nätverk förtvinar**

Nätverken är sköra, två av de tio studerade nätverken har försvunnit, två går på sparlåga. Avsaknad av en samordnare, bristande förankring hos ledningen inom de medverkande kommunerna och landstinget, personförändringar och omorganisationer verkar förklara nedgångarna. Nya ledningar gör annorlunda prioriteringar som inte integrerar det som redan utvecklats. Nätverken riskerar att trasas sönder av omorganisationer. Om nätverket inte har en tydlig förankring i hela organisationen, både på lednings- och basplanet, så blir det sårbart när drivande personer slutar.

## **Reflektioner kring nätverk som styrform**

Nätverk är ofta informella och tillfälliga till sin karaktär. Men nätverk kan också ses som en mer permanent form att leda och utveckla verksamheter. Det kan vara särskilt intressant för verksamheter av den typen där resultatet bygger på de olika aktörernas samordnade insatser. Som vård och omsorg om de mest sjuka äldre med stora och sammansatta behov. De vanliga styrformerna i dagens äldrevård och äldreomsorg bygger mer eller mindre uttalat på tankegods hämtat från New Public management (NPM). Verksamheten förväntas bli bättre anpassad till den äldres behov och önskemål genom att olika aktörer får konkurrera om att bli vald. Utförarna styrs genom avtal och genom att ersättningssystemen ska ge incitament till önskade arbetsformer.

Ett nätverksbaserat arbetssätt har en annan logik. Det bygger på relation och ömsesidighet snarare än avtal och konkurrens. Det har ett ”bottom-up”-perspektiv.

## **Relationen till den äldre**

En utgångspunkt är relationen mellan den äldre och den personal som möter henne. Det nätverksbaserade tänkesättet ska stödja personalen nära den äldre att se med den äldres ögon. Den kunskap som växer fram i mötena med de äldre ska få vara vägledande när vården och omsorgen organiseras. Detta synsätt återspeglas i flera av de studerade nätverken, som talar om den äldre med ett namn, som Nisse, Linnea och Esther. Detta för att lyfta fram den enskilde, sätta individen, inte organisationen, i centrum.

Nätverk är relation och bygger på samtal, med kollegor och med vårdgrannar. På den egna arbetsplatsen är tid för reflektion en förutsättning. Lika viktigt är att det finns mötesplatser där dialog kan ske och förståelse skapas över vårdgivar- och professionsgränser.

I dessa möten kan brister i samarbetet – sett med den äldres ögon – identifieras. Och, om det nätverksbaserade arbetssättet är accepterat på ledningsnivå, åtgärdas. Drivkraften söks i det nätverksbaserade arbetssättet i personalens blick för den äldre, och den logik som finns i ett arbete

präglat av omsorgsrationalitet. Med detta begrepp avses att man anpassar sig till omsorgstagaren, arbetar kontextuellt, med förnuft, inlevelse, empati och känsla, stärker den enskildes förmågor. Relationen bygger på konkret kunskap om omsorgsmottagaren och dennes livssituation. Planering och organisering av omsorgsarbete ska då utgå från omsorgens specifika karaktär och skapa utrymme för den handlingsfrihet som är nödvändig för att kunna hantera individuella behov och oväntade situationer (Wærness, 1990).

I mer NPM-präglade styrmodeller är tanken att samarbetet mellan vårdgivare styrs av uppdraget så som det formuleras i avtal, och främjas av olika ersättningsystem.

## **Nätverken utmanar**

Nätverket är en informell struktur, som inte utan vidare låter sig inordnas i traditionella styr- och ledningssystem. Inom nätverkets ram kan olika förändringsverktyg användas, som utbildning, genombrottsmetodik, framtidsverkstad etcetera. Men nätverket är inte ett verktyg som kan tas fram ibland. Nätverk är snarare en kultur som behöver genomsyra vård och omsorg. Utgångspunkten är att kunskapen finns nära den äldre, hos de som dagligen möter henne eller honom. Det vill inspirera personalen till att se den äldre och att hjälpa personalen att lyfta sig från ett personal- och organisationsperspektiv.

## **Summering**

### **Främjas samverkansklimatet av att nätverken tillhandahåller arenor för möten mellan vårdgivare och professioner?**

Svaret är ja, givet de faktorer som redovisats ovan. Det krävs förståelse för varandras uppdrag. Det gäller att släppa sitt egna avgränsade uppdrag, inte se diagnosen utan personen.

### **Hur tas idéer som ”föds på golvet” om hand i linjeorganisationen?**

Svårigheterna är uppenbara. Det behövs arenor både på chefs- och basnivå, med tydlig kommunikation dem emellan och god kunskap om vart olika förslag och frågor ska föras. Kulturen bör vara tillåtande, att få utforma lokala lösningar och att ha beslutanderätt långt ut i organisationen. Det är försvårande om allt ska göras lika i hela länet. Sannolikt är det enklare att driva förändringsarbete via nätverk i mindre kommuner eller i avgränsade områden inom ett län, än i ett stort län.

## **Vilka faktorer verkar ha lett till att vissa nätverk lever, andra tynar bort, helt eller delvis?**

Nätverken behöver ett tydligt fokus, finnas till för ”Esther” – inte bara att få bort överbeläggning på medicinkliniken. Nätverket behöver vara lösningsinriktat – det räcker inte att bara mötas. Nätverken kan också ges rollen att se till att de rutiner som utvecklats för att säkerställa en sammanhållen vårdkedja fortlever – trots personalomsättning och organisationsförändringar.

Ett samverkansnätverk är inte ett fritt valt arbete, utan en modell som berörda förvaltningsledningar behöver ge ett tydligt mandat. Nödvändigt för överlevnaden är bland annat att det finns en eller flera samordnare, att det på arbetsplatserna finns lokala ombud som får utbildning, till exempel i förändringsarbete, och att det finns olika former av arenor där olika professioner och vårdgivare möts. Det kräver att det är inte bara tillåtet utan påbjudet att delta, och att det finns någon form av gemensam finansiering.

Det behövs en tydlig vilja hos ledning i landsting och kommun att behålla såväl kultur som aktiviteter och att finansiera samordnare. Hinder är bland annat ekonomi och tid, tendenser till uppifrån styrning, fragmentisering genom fler aktörer (vårdval och kundval) och omsättning av personal.

## KAPITEL 7

# SUMMERING OCH DISKUSSION

## Försöksverksamheter behöver tid och legitimitet

Försöksverksamheterna skulle ge möjligheter till att pröva nya idéer när det gäller vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Med den korta tid som stod till förfogande från utlysning till beslut om medel (mindre än två månader), blev prioriteringen att få fram en trovärdig ansökan som kunde resultera i att ansökan bifölls.

Det var vanligt att försöksverksamheterna drabbades av olika störningar under verksamhetens gång. Det handlade om byte av personal, omorganisationer och omprioriteringar av aktiviteter. Det väcker frågor om varför försöksverksamheterna inte var mer ”skyddade”. Huvudmännen för varje försöksverksamhet hade ju erhållit i snitt cirka 10 miljoner kronor (med en variation mellan 3 till 25 miljoner) av staten, för att åstadkomma en mer sammanhållen vård av de mest sjuka äldre.

En annan typ av ”störning” handlar om problemen med att inom försöksverksamhetens ramar försöka integrera andra aktiviteter i form av statliga stimulansmedel som blivit tillgängliga för kommuner och landsting, inom ramen för regeringens satsning på de mest sjuka äldre. Det handlar om ersättning för registrering i kvalitetsregister och särskilda stimulansmedel för undvikbar slutenvård och onödiga återinläggningar.

Faktorer som budgetfrågor inom huvudmännens verksamheter och upphandlingar gjorde det också svårt att skydda projektet från att inte påverkas. Kopplat till detta kan man också notera ett mycket ojämnt engagemang bland huvudmännen bakom försöksverksamheten.

Bland inblandade aktörer i försöksverksamheterna har ofta primärvården haft en underordnad roll, detta i kontrast med att flera av försöksverksamheterna vittnar om problem med den frånvarande husläkaren.

En nödvändig förutsättning för omfattande projekt med landsting och många kommuner involverade 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. Så har knappast varit fallet någonstans.

## **Svårigheter att dra generaliserbara slutsatser**

Att göra randomiserade studier är ovanligt inom socialtjänstens område. Det är därför inte anmärkningsvärt att de enda försöksverksamheterna som haft en sådan ansats helt hör hemma i den medicinska världen (HOPP i Skellefteå och äldreomsorgen i Norrköping). När målgruppen är bred och projektet består i att få olika aktörer att samverka bättre krävs ofta andra verktyg, av mer beskrivande, kvalitativ art. Det är då en vägledning att ta del av ett projekts erfarenhet att till exempel personalen blivit mer tillfreds med sitt arbete och att äldre som fått del av projektets insatser upplever sig tryggare än innan.

De nitton försöksverksamheterna möjliggör för andra att lära sig av gjorda erfarenheter, men de medger inte att den som vill lära något av dem kan vara säker på att den metod ett visst projekt valt faktiskt är bättre än någon annan. Vill man bli mer säker på vilka metoder som är bättre än andra ställer det krav på före- och eftermätning, kontrollgrupp, tydligt definierad målgrupp och en tydlig beskrivning av intervention och resultat.

## **De mest sjuka äldre, en svårfångad grupp**

Begreppet ”mest sjuka äldre” är inget etablerat begrepp. Beroende på ändamålet förekommer i forskningslitteraturen och praktisk verksamhet ett antal olika begrepp för den grupp äldre som har långvariga och sammansatta hälsoproblem, till exempel att man är ”multisjuk”, ”multisviktande”, skör, ”mest sjuk”, eller har ”komplexa hälsoproblem”. De olika sätten att definiera de mest sjuka ger olika resultat. Detta avspeglar sig också i försöksverksamheterna, där olika definitioner använts för att avgränsa vilka äldre personer som utgör målgruppen. En generell erfarenhet från försöksverksamheterna är att vård och omsorgssystemen har stora problem med att identifiera de mest sjuka äldre. Det medför i sin tur problem att erbjuda målgruppen anpassade insatser.

Även om hälsoutvecklingen varit positiv genom att vi lagt fler friska år till livet, så saknas det i dag underlag för att kunna dra slutsatsen att livets slutfas blivit kortare, den del av livet som ibland kallas den fjärde åldern, då man är beroende av andra för att klara sin vardag. Viss forskning pekar på att vi lever längre med sjukdomar och funktionsnedsättningar som efterhand leder till att vi blir beroende av andra för att klara vår vardag.

Socialstyrelsens definition av ”de mest sjuka” är vid. När alla med omfattande sjukvård inkluderas ingår var femte av den äldre befolkningen, 65 år och äldre. Den som är mest sjuk enligt den vida definitionen den ena dagen är inte självklart det den andra dagen – för den gruppen är situationen inte lika statisk som för de som har såväl omfattande sjukvård som äldreomsorg. Den grupp som har omfattande äldreomsorg är däremot

oftast i slutfasen av livet. Få i denna grupp blir ”friska” och kan klara sig själva. Färre än hälften av de som både har omfattande äldreomsorg och sjukvård lever ett år senare (Lagergren, 2013).

Nästan samtliga försöksverksamheter har ändrat definitionen av målgruppen under försöksverksamhetens gång alternativt haft en bred målgrupp – alla äldre – från start. Erfarenheterna från flera av försöksverksamheterna bekräftar tidigare erfarenheter, att metoden att via register hitta sin målgrupp inte är välfungerande. Eftersom de tänkta insatserna baseras på de äldre personernas aktuella behov kan ett näraliggande alternativ vara att utgå från vad vård- och omsorgspersonalen vet. En risk med att utgå från personalens kunskap om gruppen de mest sjuka äldre är dock att man kan missa personer där omfattande insatser görs av familjen och anhöriga – insatser som inte självklart uppmärksammas av vården och omsorgen.

Ett problem är vidare att personalen främst har information om sina ”egna” patienter/brukare, och kan tycka att patienten/omsorgstagaren är väl omhändertagen inom den egna organisationen.

## **Målgruppen måste anpassas till syftet för interventionen**

Målgruppen varierar i de olika projekten, beroende av vad interventionen syftar till. I några av projekten har ett av målen varit att förebygga att den äldre ska försämras, bli ”mest sjuk”. Då kan en vidare definition av målgruppen mest sjuka äldre vara användbar. Linnea i Kronobergs län kan tas som exempel. Projektet valde att identifiera en grupp att rikta förebyggande insatser till via primärvårdens register efter vårdtyngd (Adjusted Clinical Groups), vilket dock i det försöket inte var framgångsrikt. De äldre som kontaktades identifierade sig inte som ”mest sjuka”.

Mobilt hembesöksteam i Uppsala och trygg hemgång i Tyresö är exempel på projekt inriktade på mer avgränsade och tydliga målgrupper. Här har syftet varit att underlätta i de kritiska övergångarna till och från slutenvård.

En tredje målgrupp för interventioner är de som har behov av mer eller mindre stadigvarande insatser, vanligen till livets slut. Ett exempel är HOPP i Skellefteå (patienter vid medicin-geriatriska kliniken med svår hjärtsvikt), Interventionen bestod av insatser från ett specialiserat team.

Utifrån vår genomgång av de nitton projekten är slutsatsen att möjligheterna att planera och genomföra sammanhållna insatser ökar när målgruppen är väldefinierad. De försöksverksamheter som varit tydliga med att definiera och rekrytera till målgruppen de mest sjuka äldre har också kunnat redovisa de tydligaste resultaten.

# Erfarenheter från försöksverksamheterna och nätverken

## Katalysator till förändring

Försöksverksamheterna, liksom nätverken, har haft det gemensamt att de kunnat fungera som katalysatorer eller igångsättare av nödvändiga processer när det gäller att utveckla samverkan mellan huvudmännen. Det betyder att deras främsta förtjänst kan vara att skapa motivation att komma samman, mobilisera viljan att förbättra situationen och ge nödvändiga mötesplatser – en slags starthjälp för att komma igång.

## Samverkan inom befintliga strukturer

Majoriteten av försöksverksamheterna har utgått från den befintliga vård- och omsorgsstrukturen. De har bland annat arbetat med att utveckla rutiner för att tydliggöra när och hur samverkan ska ske mellan olika vårdgivare.

Ett alternativ som angavs i utlysningen av stimulansmedlen var att, inom ramen för *en* sammanhållen organisation, skapa ett team som svarar för både slutet och öppen vård av de mest sjuka äldre. Det skulle innebära en särskild organisation för en viss grupp av patienter, vilket medför nya frågor om hur man ska avgöra vilka äldre som ska betjänas av den organisationen, och vilka som ska tas om hand av den ordinarie organisationen. Med undantag av Norrköpings äldremottagning som kan ses som ett fristående komplement till den reguljära primärvården, har inget av projekten försökt utveckla en sådan modell. Den gemensamma nämnden i Norrtälje, TioHundra-projektet, är dock ett exempel på ambitionen att koppla ihop vården på Norrtälje sjukhus med öppen vård och omsorg. Kulturskillnader och inarbetade strukturer har dock gjort det arbetet svårt.

Några av försöksverksamheterna har försökt utveckla teamarbete i den ordinarie verksamheten. Här framstår Vännäs som ett intressant exempel där man, genom att samlokalisera kommunens äldreomsorg och primärvården, skapat goda förutsättningar för dagligt samarbete utan att förändra huvudmannaskapsgränserna. Här fortsätter man som förut efter det att försöksverksamheten slutat.

Hägersten-Liljeholmen kan med sin mångfald av utförare ses som en kontrast till Vännäs. Här har man försökt få till stånd samverkansrutiner som ska kunna fungera även med väl utvecklade vårdval och kundval. Medan projektet i Vännäs nu lever vidare i den ordinarie organisationen är det lång väg kvar i Hägersten-Liljeholmen. I en komplex struktur tar förändringsarbete tid. Det kan inte heller uteslutas att, för att få till stånd en sammanhållen vård och omsorg för de mest sjuka äldre, strukturerna i



storstaden behöver göras om. Att det inom vårdvalets och kundvalets ram behöver skapas möjligheten att få välja team som inom sig kan erbjuda både hälso- och sjukvård, rehabilitering och omsorg.

## **Primärvården reaktiv, inte proaktiv**

Erfarenheterna från de nitton försöksverksamheterna och även nätverken är att första linjens sjukvård vanligen inte har en struktur anpassad för de mest sjuka äldre. Det handlar både om tillgänglighet under olika tider på dygnet och kompetens och kunskaper om de mest sjuka äldre. Ett annat exempel på brister är när primärvården (inklusive den kommunala hemsjukvården) inte observerar signaler på att den äldre håller på att försämrans och missar att sätta in insatser i tid, vara proaktiv.

Förutsättningarna för vad den kommunala hemsjukvården kan klara är dels beroende av vilket läkarstöd man har och dels vilken kompetens personalen i övrig äldreomsorg har när det gäller att rapportera till sjuksköterskan om den äldres medicinska tillstånd. Hela kedjan av kontakter runt den äldre måste fungera. Inklusive samspelet med de anhöriga.

Befintliga ersättningssystem i primärvården är ofta inte utformade med tanke på de mest sjuka äldres behov. På många orter är stafettläkare i primärvården en daglig realitet. Det är exempel på faktorer som försvårar möjligheterna att bygga upp en samordnad vård där läkarinsatserna ingår, något som också lyfts fram i andra studier av samordningsproblematiken (Leading Health Care, 2013).

Frågan är hur behovet av hälso- och sjukvård för äldre med stora och sammansatta behov ska mötas; ska första linjens sjukvård bestå av en förstärkt och utvecklad primärvård eller av en specialiserad sjukvård som går in och tar över det medicinska ansvaret för denna grupp, tillfälligt eller permanent? Nästa fråga blir då hur en specialiserad organisation ska länka in i den ordinära organisation, så att det inte uppstår nya gränsdragningsproblem? Några av försöksverksamheterna och nätverken har närmat sig detta problem, som Trygg hemma i Tyresö, Närsjukvårdsteamerna i västra Skaraborg och den Geriatriska mottagningen i Norrköping. I dessa fall har särskilda team skapats vid sidan om den ordinära primärvården, dock utan att hitta former för hur arbetet ska integreras med vårdcentralerna.

I några projekt har ambitionen varit att identifiera äldre i risk att försämrans, för att kunna arbeta förebyggande. Intressant är den hälsodagbok som utvecklats av personal i Örnköldsvik. Det har dock varit svårt att få den använd.

## **Ett nätverksbaserat arbetssätt kan vara framgångsrikt**

Arbetsformer och mål i de tio nätverken skiljer sig inte avsevärt mot hur många av försöksverksamheterna arbetat. Däremot har flertalet av nät-

verken fått växa fram organiskt, drivet av den personal som är nära den äldre. Det har i flera fall inneburit bättre möjligheter till förankring och att uppnå resultat. Det fokus nätverken haft när det gäller att se individen och hennes behov – inte organisationens eller den egna professionen – har inneburit en tydlighet kring visioner och mål jämfört med många av försöksverksamheterna.

Till skillnad mot försöksverksamheterna har nätverken vanligen inte haft någon egen budget utöver att det oftast funnits en samordnare. Fördelen har varit att nätverkens existens och de förändringar nätverken bidragit till inte står och faller med extern projektfinansiering.

Nätverken har ändå haft liknande problem som försöksverksamheterna. De har påverkats negativt av organisationsförändringar, byten på ledande poster i landsting och kommuner och om drivande krafter i nätverket slutat.

Nätverken kan beskrivas som ett sätt att tänka, där kulturskapande ingredienser är möten mellan personal med olika kompetenser och ansvarsområden, engagemang och kunskap. Detta kommer inte av sig självt. Det krävs aktörer som driver och vårdar processerna och de arenor som finns för möten. Faktorer som i de olika nätverken visat sig ha särskilt stor betydelse för nätverkens överlevnad och deras roll för att utveckla vården och omsorgen är att det finns en projektledare/samordnare, att det på arbetsplatserna finns lokala personer med ansvar att vårda nätverket och att det finns tid att mötas, arenor.

Framgångsfaktorer för att få till stånd förändringar i vård- och omsorgssystemen synes för såväl försöksverksamheterna som nätverken ha varit att det funnits drivande projektledare, möjlighet för personal från olika vårdgivare att medverka och mötas, och lyhördhet hos och stöd från förvaltningsledning och chefer.

## **Få projekt har uppmärksammat anhöriga**

En ytterligare iakttagelse är att få försöksverksamheter har riktat någon intervention till anhöriga till de mest sjuka äldre. Att anhöriga utgör de mest sjukas viktigaste resurs för att kunna bo kvar hemma är ett välkänt faktum. När vården flyttar in i vardagen berörs alla som ”finns där”, dvs. familjemedlemmar och kretsen av närstående, släkt och vänner. Något som får stora konsekvenser för det dagliga livet och därmed påverkar relationerna människor emellan.

Ett familje- och nätverksperspektiv har tidigare varit sällsynt i vård och omsorg, trots att det är väl känt att de anhöriga i hög grad påverkas och blir delaktig om någon drabbas. Av försöksverksamheterna blev detta dock en tydlig del bara i projektet äldrelots i Blekinge.

## Hälsoekonomiska bedömningar

Flera av försöksverksamheterna hade som mer eller mindre uttalat mål att finna former som är mer kostnadseffektiva – till exempel att den äldre i högre utsträckning ska kunna vårdas på ett tryggt sätt i sitt hem i stället för på sjukhus. Det är dock svårt att urskilja orsaker till eventuella förändringar i vårdutnyttjande – vad kan hänföras just till de insatser som prövats i försöksverksamheten? Få av de 19 projekten har kunnat göra bedömningar av hur kostnadseffektiva de metoder som prövats är, än mindre några hälsoekonomiska bedömningar. Närmast ett sådant resultat kommer de två projekt som utvärderats med vetenskapliga metoder. Som vi sett minskade sjukvårdskostnaderna i Skellefteå samtidigt som den äldres trygghet ökade. I Norrköping ökade tvärtom kostnaderna, men överlevnaden för de patienter som lottades att tillhöra projektets äldre-mottagning förbättrades. Om hänsyn tas till längre levnadslängd kanske projektets resultat ändå är positivt ur ett hälsoekonomiskt perspektiv. Det saknas dock vedertagna modeller för att beräkna hälsoekonomi för personer som lämnat yrkeslivet bakom sig.

Erfarenheterna från Uppsala och även Örebro tyder på att färre äldre kommit till sjukhusens akutmottagningar. Den snabbare hemgången efter sjukhusvård som projektet i Tyresö redovisar kan också innebära en mer kostnadseffektiv vård. Några säkerställda resultat från dessa eller övriga projekt finns dock inte.

Bland nätverken har Närvård västra Skaraborg utvärderats hälsoekonomiskt. Bedömningen är att de team som startats (Närsjukvårdsteamet och mobila palliativa teamet) är kostnadseffektiva – för patienter som skrivits in i närsjukvårdsteamet har antalet vårddagar i sluten vård minskat med drygt 90 procent, (HCM Health Care Management: 2013).

## Bara samordning räcker inte

En välvillig tolkning av resultaten från försöksverksamheterna, som ofta också framhålls från projekten själva, är att ett bättre samarbete mellan sjukvården och kommunens äldreomsorg alltid är till nytta för gruppen de mest sjuka äldre. Det finns dock skäl att problematisera den uppfattningen. De mest sjuka äldre kräver något annat än den ”standardinsats” som merparten av andra äldre klarar sig med – hur väl rutiner för samarbete än är utformade.

Regeringens stimulansmedel avser en grupp som det finns all anledning för samhället att prioritera. Det krävs bra rutiner för att identifiera de äldre som har behov av samordning. Och när man identifierat dem kunna erbjuda samordnade insatser – ett team från både sjukvård och socialtjänst – med den flexibilitet som sköra äldre med snabbt växlande hälsotillstånd behöver. Äldre personer med stora och sammansatta behov av vård och omsorg måste mötas av ett strukturerat omhändertagande.

Detta oavsett om behoven uppstår hemma, på sjukhuset eller finns när man skrivs ut igen från sjukhuset. Landsting och kommuner måste kunna erbjuda en samordnad, flexibel, kompetent och tillgänglig vård och omsorg.

# REFERENSER

- Akner, G. (2004). *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Stockholm: Liber.
- Akner, G. (2006). Äldrevård måste grundas på etik. Den enskilde patientens bästa måste alltid stå i fokus. *Läkartidningen*, 41, 3068-3069.
- Allen, K., Glasby, J., & Rodrigues, R. (2013). Joint working between health and social care. In K. Leichsering, J. Billings & H. Nies (Red.), *Long-term care in Europe. Improving policy and practice*. Palgrave Macmillan.
- Antunes, V., & Moreira, J. P. (2011). Approaches to developing integrated care in Europe: a systematic literature review. *Journal of Management & Marketing in Healthcare*, 4(2), 119-135.
- ARC & Äldrecentrum. (2013). *Försöksprojekt och nätverk för bättre samverkan i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre*. Delrapport mars 2013.
- Bergman, U., Ulfvarson, J., von Bahr, C. (2005). *Läkemedelsbiverkningar som orsak till inläggning på sjukhus*. Stockholm: Stockholms läns landsting.
- Billings, J. (2013). Improving the evidence base. In K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (Red.), *Loong-term care in Europe. Improving policy and practice*. Palgrave Macmillan.
- Bird, S. R., Kurowski, W., Dickman, G. K., & Kronborg, I. (2007). Integrated care facilitation for older patients with complex health care needs reduces hospital demand. *Australian Health Review*, 31(3).
- Colombo, F., Llana-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD.
- Crimmins, E. M., & Beltrán-Sánchez, H. (2010). Mortality and morbidity trends: is there compression of morbidity? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66(1), 137-163.
- Ekersted, N., Carlsson, L., & Edberg, P. (2008). *Prioriteringar av multisjuka äldre inom kardiologin – en medicinsk, etisk och hälsoekonomisk analys*. Linköping: Prioriterings Centrum.
- Eklund-Grönberg, A., Köhler, M., Ekdahl, A., Modin, S., & Sjöberg, A. (2009). Bättre vård för multisjuka äldre. *Läkartidningen*, 106(40), 2512-2513.

- Evashwick, C. J. (2005). *The continuum of Long - Term care*. United States: Delmar.
- Ferrucci, L., Guralnik, J. M., Studenski, S., Fried, L. P., Cutler, G. B., Jr., & Walston, J. D. (2004). Designing randomized, controlled trials aimed at preventing or delaying functional decline and disability in frail, older persons: a consensus report. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 52(4), 625-634.
- Fors, S., Lennartsson, C., Agadhi, N., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2013). Äldre har fått fler hälsoproblem, men klarar vardagen bättre. *Läkartidningen*, 110, 1-3.
- Freid, V. M., Bernstein, A. B., & Bush, M. A. (2012). Multiple chronic conditions among adults aged 45 and over: trends over the past 10 years. *NCHS data brief*, no 100. Hyattsville, MD: National Center for Health Statistics.
- Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, M146-156.
- Fries, J. (1980). Aging, natural death, and the compression of morbidity. *New England Journal of Medicine*, 302, 130-135.
- Goodwin, N. (2013). Taking integrated care forward: the need for shared values. *International Journal of Integrated Care* (13), 1-2.
- Goodwin, N., Sonola, L., Thiel, V., & Kodner, D. (2013). *Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. Key lessons and markers for success*. London: The Kings Fund.
- Gridly, K., Brooks, J., & Glendinning, C. (2013). Good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs: evidence from a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 1-15.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L. & Shaha-Shahid, Z. (2006). Styckevis och delat: Hur fungerar informationsöverföring och läkemedelshantering för utskrivningsklara multisjuka i Enskede-Årsta, Norrtälje och Huddinge. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2006:7*.
- Gurner, U., Norén, D., Bowin, R. & Brinne, A. (2010). Äldreteam vision och verklighet: uppföljning av samverkansavtal för multisjuka/multisviktande

äldre mellan primärvården, Gävle kommun och Gävle sjukhus. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2010:7*.

Hagbjer, E. (2012). *Internationella föregångare inom en sammanhållen vård och omsorg om äldre. En jämförelse av ersättningssystemens utformning*. Leading Health Care.

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.

Hung, W. W., Ross, J. S., Boockvar, K. S., & Siu, A. L. (2011). Recent trends in chronic disease, impairment and disability among older adults in the United States. *Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't*. BMC Geriatrics, 11, 47. doi: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-11-47>.

Johansson, L., & Thorslund, M. (2013). Samverkan i vården och omsorgen om de äldre - en evig fråga. In R. Axelsson & S. Bihari Axelsson (Red.), *Om samverkan - för utveckling av hälsa och välfärd*. Lund: Studentlitteratur.

Kodner, D., & Spreeuwenberg, C. (2002). Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. *International Journal of Integrated Care*, 2, 1-8.

Lagergren, M. (2013). De mest sjuka äldre, nu och sedan. En dynamisk analys av dödlighet och övergångar mellan olika vård- och omsorgsgrupper. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2013:8*.

Larsson, K., Kåreholt, I., & Thorslund, M. (2008). Care utilisation in the last years of life in relation to age and time to death; results from a Swedish urban population of the oldest old. *European Journal of Ageing*, 5(4), 349-357.

Leichsenring, K. (2004). Developing integrated health and social care services for older persons in Europe. *International Journal of Integrated Care*, 4, 1-15.

Leichsenring, K. (2012). Integrated care for older people in Europe – latest trends and perceptions. *International Journal of Integrated Care*, vol 18, 1-4.

Lloyd, J., & Wait, S. (2006). Integrated care. A guide for policymakers. WHO The Ageing and Life Course program (ALC).

Lunney, J. R., Lynn, J., Foley, D. J., Lipson, S., & Guralnik, J. M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 289(18), 2387-2392.

- Marengoni, A., Angleman, S., Melis, R., Mangialasche, F., Karp, A., Garmen, A., Fratiglioni, L. (2011). Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Research Reviews*, 10(4), 430-439. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arr.2011.03.003>.
- Meinow, B. (2008). *Capturing health in the elderly population: Complex health problems, mortality, and the allocation of home-help services*. ( Akademisk avhandling). Stockholm: Department of social work, Stockholm university.
- Meinow, B., Kåreholt, I., Thorslund, M., & Parker, M. G. (2014). Complex health problems among the oldest old in Sweden: increased prevalence rates between 1992 and 2011. (Under bedömning).
- Meinow, B., Parker, M. G., & Thorslund, M. (2010). Complex health problems and mortality among the oldest old in Sweden: decreased risk for men between 1992 and 2002. *European Journal of Ageing*, 7(2), 81-90.
- Meinow, B., Parker, M. G., Kåreholt, I., & Thorslund, M. (2006). Complex health problems in the oldest old in Sweden 1992–2002. *European Journal of Ageing*, 3(2), 98-106.
- Meinow, B., Parker, M., & Thorslund, M. (2011). Consumers of eldercare in Sweden: The semblance of choice. *Social Science and Medicine*, 73, 1285-1289.
- Nies, H. (2006). Managing effective partnerships in older people's services. *Health and Social Care in the Community*, 14(5), 391-399.
- Parker, MG., Schön, P., Lagergren, M. & Thorslund, M. (2008). Functional ability in the elderly Swedish population from 1980 to 2005. *European Journal of Ageing*. 2008;5(4):299-304.
- Philp, I., Mills, K. A., Long, J. F., Thanvi, B., & Ghosh, K. (2013). Reducing hospital bed use by frail older people: results from a systematic review of the literature. *International Journal of Integrated Care*, 13(4).
- Rodriguez-Manas, L., Feart, C., Mann, G., Vina, J., Chatterji, S., Chodzko-Zajko, W., . . . Vega, E. (2012). Searching for an Operational Definition of Frailty: A Delphi Method Based Consensus Statement. The Frailty Operative Definition-Consensus Conference Project. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 68(1), 62-67. doi: 10.1093/gerona/gls119.
- Romero-Ortuno, R., Walsh, C. D., Lawlor, B. A., & Kenny, R. A. (2010). A frailty instrument for primary care: findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). [Comparative Study Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't Validation Studies]. *BMC Geriatrics*, 10, 57.



- Rosén, M., & Haglund, B. (2005). From healthy survivors to sick survivors - implications for the twenty-first century. *Scandinavian Journal of Public Health*, 33(2), 151-155.
- Rydeman, I. (2013). *Discharged from hospital and in need of home care nursing-experience of older persons, their relatives and care professionals*. Stockholm: Karolinska Institutet.
- Sandberg, M. (2013). *Case management for frail older people. Effects on healthcare utilization, cost in relation to utility, and experience of the intervention*. (Akademisk avhandling). Lund: Lunds universitet.
- SBU. (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus- med fokus på sköra äldre. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
- Schrijvers, G., & Goodwin, N. (2010). Looking back whilst moving forward: Observations on the science and application of integrated care over the past 10 years and predictions for what the next 10 years may hold. *International Journal of Integrated Care*, 10, 1-3.
- Socialdepartementet. (2012). *De mest sjuka äldre*. [www.de-mest-sjuka-aldre website](http://www.de-mest-sjuka-aldre.website).
- Socialstyrelsen. (2008). *Hemsjukvård i förändring. En kartläggning av hemsjukvården i Sverige och förslag till indikatorer*.
- Socialstyrelsen. (2011a). *De mest sjuka äldres vård och omsorg - en beskrivning utifrån nationella indikatorer*.
- Socialstyrelsen. (2011b). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*.
- Socialstyrelsen. (2011c). *Organisering av vård och omsorg för de mest sjuka - en kartläggning av översikter*.
- Socialstyrelsen. (2013a). *Stöd till personer som vårdar eller stödjer närstående*.
- Socialstyrelsen. (2013b). *Väntetiderna vid sjukhusbundna akutmottagningar. Rapport december 2013* Stockholm.
- Socialstyrelsen. (2013c). *Primärvårdens ansvar och insatser för de mest sjuka äldre. Kartläggning av korttidsboenden samt utbud av primärvård och övrig vård och omsorg*.
- Socialstyrelsen. (2013d). *Effekter av individuell samordning/samordnare av vård och omsorg för de mest sjuka äldre - en systematisk översikt*.

- Socialstyrelsen. (2014). Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård och socialtjänst. *Lägesrapport 2014*.
- Styrborn, K., & Thorslund, M. (1993). "Bed-blockers" - delayed discharge of hospital patients in a nationwide perspective in Sweden. *Health Policy*, 26, 155-170.
- Thorslund, M. (2012). Hälsa och ohälsa bland äldre. I:L. Andersson & P. Öberg (Red.), *Jämlik ålderdom? I samtid och framtid*. Stockholm: Liber.
- Thylén, P., Wennlund, A., & Bischofberger, E. (2006). Framtidens åldersutveckling ställer geriatrisk etik på prov. *Läkartidningen*, 41, 3092-3094.
- Uijen, A. A., & van de Lisdonk, E. H. (2008). Multimorbidity in primary care: prevalence and trend over the last 20 years. *European Journal of General Practice*, 14 Suppl 1, 28-32.
- Victor, C. (2005). The Epidemiology of Ageing. I: Johnsson, M.L. (Red.) *The Cambridge Handbook of Age and Ageing*. Cambridge: Cambridge University press.
- Waerness, K (1990) Omsorgsrationalitet, Reflexioner över ett begrepps karriär. I: Rosmari Eliasson (Red.) *Omsorgens skiftningar. Begreppet, vardagen, politiken, forskningen*. Lund: Studentlitteratur.
- WHO. (2008). Integrated Health Services - what and way? *Technical Brief* No, 1.
- Wilhelmson, K., Eklund, K., Gustafsson, H., Larsson, A.-C., Landahl, S., & Dahlin-Ivanoff, S. (2012). Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. *Läkartidningen*, 109(16), 826-827.
- Wilhelmson, K., Dunér, A., Eklund, K., Gosman-Hedström, G., Gustafsson, H. & Dahlin-Ivanoff, S. (2009). Bättre vård och omsorg för multisjuka äldre kräver samverkan och ansvariga vårdgivare. *Läkartidningen*, 106, 48, 3273-3274.
- Winblad, U., & Andersson, C. (2010). Kårerna och köerna. En ESO-rapport om den medicinska professionens roll i styrningen av svensk sjukvård. *ESO rapport 2010:9*. Finansdepartementet.
- Wånell, S. E. (2007). Vård och omsorg i samverkan mellan huvudmännen. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. *Rapport nr 2007:16*.
- You, E. C., Dunt, D., Doyle, C., & Hsueh, A. (2012). Effects of case management in community aged care on client and carer outcomes: a systematic review of randomized trials and comparative observational studies. *BMC Health Services Research*, 12(1), 395-395.

Zielinski, A., Kronogård, M., & Lenhoff, H., Halling, A. (2009). Validation of ACG case - mix for equitable resource allocation in Swedish primary health care. *BMC Public Health*, 9(347), 1-8.

Åhgren, R., & Axelsson, R. (2011). A decade of integration and collaboration: the development of integrated health care in Sweden 2000 -2010. *International Journal of Integrated Care*, 17, 1-8.

Øvretveit, J., & Brommels, M. (2011). *Review of research into comprehensive integrated care systems*. Stockholm: The Medical Management Centre. Karolinska institutet.

Regeringen gav 2010 Socialstyrelsen uppdraget att göra en vetenskaplig utvärdering av 19 försöksverksamheter som tilldelats statliga stimulansmedel inom området mest sjuka äldre. Medlen omfattade totalt 210 mkr under tre år. 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 denna rapport beskrivs försöksverksamheterna samt nätverken. Det finns projekt för in- och utskrivning från sjukhus, försök med individuell samordnare (Case manager) samt med samlokalisering av verksamheter för att främja teamarbete över ansvarsgränser och målgrupper. Det finns också projekt som arbetat med vårdplanering, beslutsstöd för distriktsköterskor och förebyggande verksamhet.

Behovet av gemensam dokumentation är en utmaning som projekten visar. Projekten synliggör också värdet av samverkan mellan aktörer. Medarbetare har fått en ökad kunskap om och förståelse för varandras roller och kompetens. Detta ligger nära de erfarenheter som de tio nätverken gjort. Projekten och nätverken har skapat forum att diskutera utveckling och behovet av en samverkanskultur. En kultur där den äldres bästa kommer i första rummet, före huvudmannens, verksamhetens eller professionens intressen.

Mer information om försöksverksamheterna och nätverken finns på **[www.aldrecentrum.se/nationellaexempel](http://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](http://www.aldrecentrum.se)

