



KAN TVÅ BLI EN?

TioHundraprojektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre.

Pär Schön
Lisbeth Hagman
Sven Erik Wånell

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:1 ISSN 1401-5129

FÖRORD

Äldrecentrum har under sina 25 år haft förmånen att få utvärdera många olika modeller för samverkan mellan vårdens och omsorgens huvudmän. TioHundraprojektet är nog det mest spännande hittills. Det är faktiskt ett världsunikt samverkansprojekt. Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting har bildat en gemensam nämnd för att bättre kunna hantera gränssnitten mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. TioHundraprojektet startade 2006. Inför frågan om en permanentning av projektet efterfrågade de politiska ledningarna i Norrtälje och Landstinget en vetenskaplig utvärdering.

Uppdraget gick till tre olika aktörer, Medical Management Centrum vid KI, Leading Health Care i samverkan med Handelshögskolan samt Äldrecentrum. Detta arbete har samordnats av Lennart Hansson vid SKL, och hela studien finns tillgänglig på Stockholms läns landstings och Norrtälje kommuns hemsidor. Äldrecentrums utvärdering har sitt fokus på äldre med stora och sammansatta behov, en grupp för vilka det är väl känt att huvudmännen har problem med att ge en samordnad och trygg vård och omsorg.

Regeringen har också prioriterat gruppen de mest sjuka äldre. Målsättningen är att denna grupp ska få samordnade insatser med hög kvalitet och kontinuitet. Ett annat viktigt mål är att äldre personer inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand. TioHundraprojektet ingår i ett tiotal försök att samordna huvudmännens verksamheter som regeringen bedömt särskilt intressant att följa.

Studien beskriver TioHundraprojektet och summerar vilka slutsatser och lärdomar man kan dra av det, såväl i Norrtälje som på andra håll i landet. Det är vår förhoppning att vår studie av TioHundraprojektet ska kunna ge idéer till en fortsatt utveckling av huvudmännens gemensamma ansvarstagande för de mest sjuka äldre.

Hos Äldrecentrum har en arbetsgrupp bestående av utredarna Pär Schön, Lisbeth Hagman och undertecknad svarat för utvärdering och rapport. Vetenskapligt ansvarig har varit professor Mats Thorslund.

Stockholm 2011-12-15

Sven Erik Wånell

Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
BAKGRUND	4
TIOHUNDRAPROJEKTETS HISTORIA	4
GRUPPEN DE MEST SJUKA ÄLDRE ÄR PRIORITERAD	7
UPPDRAGET.....	8
Syfte.....	8
Metod och genomförande urval av intervjupersoner.....	8
Dokumentgranskning	9
Insamling och analys av kvantitativa data	9
Intervjuer och urval av intervjupersoner	10
Rapportens disposition	11
TIOHUNDRAPROJEKTET INOM ÄLDREOMRÅDET	12
HEMTJÄNSTEN	12
<i>Detta är kundvalet i Norrtälje</i>	13
SÄRSKILT BOENDE	14
PRIMÄRVÅRDEN	15
GERIATRIK OCH REHABILITERING	16
ROS – Avdelning 5 och Mjölaren	16
Dagrehabilitering	17
FÖREBYGGANDE ARBETE	17
Anhörigstöd	17
Roslagsmodellen.....	18
Fixarservice.....	18
DOKUMENTATIONS- OCH INFORMATIONSSYSTEM.....	18
Olika dokumentationssystem i Norrtälje.....	18
Procapita	19
TakeCare.....	19
WebCare.....	19
Behörighet att läsa	19
Förvaltningens pågående utvecklingsarbete.....	20
PROBLEMBILDEN.....	21
TIDIGARE STUDIER AV TIOHUNDRAPROJEKTET	22
<i>TioHundra – kommun och landsting i samma båt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2007).</i>	22
<i>Fördjupad granskning av TioHundraprojektet avseende den ”gränslösa” vården och omsorgen samt samordning och styrning av organisationen (Öhrlings PricewaterhouseCoopers, 2008).</i>	23
<i>TioHundra – Någotting har hänt. En utvärdering av TioHundraprojektet (Öhrlings PricewaterhouseCoopers, 2009).</i>	24
ÄLDREOMSORGENS UTVECKLING UNDER TIOHUNDRAPERIODEN.....	25
NORRTÄLJE HAR EN ÄLDREANDE BEFOLKNING.....	25
OMSTRUKTURERING FRÅN SÄRSKILT BOENDE TILL HEMTJÄNST.....	25
<i>Minskad andel av de äldre bor i särskilt boende</i>	28

<i>Fler har hemtjänst</i>	28
<i>Mer äldreomsorg för pengarna</i>	30
<i>Kostnaderna för äldreomsorgen i Norrtälje kommun fortsätter minska</i>	33
LÄKEMEDEL	34
VAD SÄGER DE ÖPPNA JÄMFÖRELSENA?	35
<i>Förklaring av indikatorerna</i>	35
Delaktighet	35
Personaltäthet	36
Kompetens	36
Kontinuitet	36
Ledning	37
Riskförebyggande arbete	37
<i>Små skillnader mellan Norrtälje och övriga länet</i>	38
<i>Hälso- och sjukvård</i>	42
STUDIER OM MULTISJUKA ÄLDRE	43
VAD SÄGER DE ÄLDRE?	44
<i>Bakgrundsfakta</i>	44
<i>De äldres synpunkter på äldreomsorgen</i>	44
<i>Vårdplaneringar</i>	44
<i>Slutenvården</i>	45
<i>Synpunkter på korttidsvård och rehabiliterande vård</i>	46
<i>Primärvården</i>	46
<i>Samarbetet</i>	47
<i>De äldres synpunkter på kundvalet</i>	47
UTVECKLINGEN AV EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE	48
HUR FUNGERAR INFORMATIONSOVERFÖRINGEN?	48
<i>Två journalsystem i hälso- och sjukvården</i>	48
<i>WebCare når inte alla</i>	49
<i>IntraPhone upplevs som administrativt tung</i>	49
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	50
VÅRDPLANERINGSTEAM	51
<i>Projekt mellan 2008-2010</i>	51
<i>Dagsläget – samverkan</i>	52
<i>Samspelet med sjukhuset</i>	52
<i>Samspelet mellan sjukhuset och primärvården och särskilt boende</i>	53
<i>Vårdplaneringsmötet</i>	53
<i>Samspelet mellan sjukhuset och hemtjänsten (omsorgen)</i>	53
<i>Information om kundvalet vid utskrivning från sjukhus</i>	54
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	54
INDIVIDUELL VÅRD- OCH OMSORGSPLANERING – IVOP	54
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	55
BESTÄLLAREN AV ÄLDREVÅRD OCH ÄLDREOMSORG	55
<i>Uppföljning</i>	55
<i>Avvikelse rapportering</i>	56
<i>Beställaravdelningens syn på samverkan – hemtjänst, primärvård och slutenvård</i>	56
<i>Gränslandet kvarboende och särskilt boende</i>	57
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	57
HUR HAR DE OLIKA AKTÖRERNA ORGANISERAT KUNDVALET?	58

<i>Den stora aktören – TioHundra AB</i>	58
<i>Den lilla aktören – Fancy Care</i>	60
<i>Den mellanstora aktören – Attendo Care</i>	61
<i>Delegering</i>	63
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	63
Kundvalet – en bra möjlighet som kan utvecklas mer	63
SÄRSKILT BOENDE	65
<i>De olika aktörernas organisation i särskilt boende</i>	65
TioHundra AB.....	65
Silverhemmen vård och omsorg AB – Solbacka demensboende	66
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	66
PRIMÄRVÅRDEN	67
<i>TioHundras vårdcentraler</i>	67
<i>Vårdcentralen i Rimbo – en privat vårdcentral inom TioHundra</i>	68
SJUKHUSET	69
<i>Förstärkt geriatrik</i>	70
<i>Utredarnas kommentarer:</i>	71
HUR PERSONALEN INVOLVERATS I FÖRÄNDRINGSARBETET	73
AVSLUTANDE REFLEKTIONER	74
<i>Framtid</i>	74
REFERENSER	77
BILAGA	80

SAMMANFATTNING

TioHundraprojektet är ett unikt projekt för samordning av hälso- och sjukvård och socialtjänst. Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun har gått samman om beställning och drift av en rad verksamheter av betydelse för Norrtäljeborna. I denna rapport beskrivs vad som hänt inom äldreomsorg sedan starten 2006.

Projektet har som ett av sina mål haft att få en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov, den grupp regeringen nu prioriterat – de mest sjuka äldre.

Det har varit en medveten och uttalad ambition från politikerna i TioHundranämnden att de äldre ska kunna bo kvar längre i sina egna hem. Tidigare hade Norrtälje en högre andel äldre personer i särskilt boende än riksgenomsnittet, nu är den nere på riksgenomsnittet. Detta är en utveckling som skett i många kommuner, och skulle ha kunnat genomföras i Norrtälje TioHundraprojektet förutan. Dock har det sannolikt underlättat att nämnd och förvaltning kunnat finna lösningar över de traditionella huvudmannaskapsgränserna.

Ett exempel är den för Norrtälje unika utformningen av kundvalet. Utföraren ska kunna erbjuda både hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering. Delar av den vårdkedja som i många andra kommuner är uppdelad på olika aktörer ligger här hos samma. Dock har TioHundranämnden inte tagit steget att också i någon form inkludera läkare i hemsjukvården. Det finns inkörningssvårigheter för kundvalet. Kulturskillnader har försvårat. Informationsöverföringen mellan hemsjukvården och övrig hälso- och sjukvård är fortfarande osäker, det finns brister i delegeringsförfarandet och det finns ännu ingen bra form för kontakterna mellan distriktssköterska och distriktsläkare. Kundvalet är fortfarande under utveckling.

Ett annat exempel är den förstärkning som skett av geriatriken och rehabiliteringen. Geriatriken har fått en tydligare roll i närsjukvården, bland annat genom utflyttningen från sjukhuset till ROS (före detta Roslagens sjukhus) med en rehabiliteringsavdelning, samlokaliserad med ett kommunalt korttidsboende. Det finns fortfarande behov av att utveckla korttidsvården. Rehabiliteringen i de kommunala korttidsboendena synes vara underdimensionerad, och antalet platser för litet för att få en fungerande vårdkedja. Det behövs en genomtänkt strategi kring hur den äldres rehabiliteringsbehov ska kunna tillgodoses på ett flexibelt sätt, genom korttidsrehabilitering, dagrehabilitering eller hemrehabilitering, oavsett om insatsen erbjuds enligt SoL eller HSL.

Ett tredje exempel är satsningen på processen kring utskrivning från sjukhuset. Ett vårdplaneringsteam arbetade i projektform under en tvåårsperiod och utvecklade och implementerade rutiner som ska göra vårdplaneringen mindre personberoende, och minska risken för att äldre blir bortglömda. Det är ett arbete som aldrig har ett slut, eftersom det ständigt kommer ny personal som måste introduceras i vilka rutiner som gäller. Annan personal än vårdplaneraren deltar sällan i vårdplaneringsmöten.

Även vårdplaneringen i hemmet, i Norrtälje benämnd IVOP, är ett område där det finns goda ansatser, men mycket kvar att göra. I några hemtjänstenheter har former för den individuella vårdplaneringen utvecklats, men ännu är en gemensam vårdplanering med olika professioner, den äldre och dennes anhöriga inte regel.

TioHundranämnden har en för Norrtälje unik beställning till utförarna av särskilt boende – även läkarinsatserna ingår i uppdraget. Vanligen har detta lösts genom att geriatrikens läkare är läkare i de särskilda boendena, något som inneburit en förbättring av kompetens och kontinuitet.

Har det blivit bättre för de äldre? Denna fråga visade sig svår att med säkerhet besvara eftersom tydliga indikatorer saknas. Flera av de intervjuade, framförallt de på chefsnivå, anser att den utveckling som har varit genom det de kallar "TioHundraandan" gett en mer samordnad vård och omsorg för de mest sjuka äldre. De anser bland annat att friktionen mellan olika delar i vårdkedjan har minskat. Beställaravdelningen ser inga tecken på missnöje och otrygghet bland de äldre. De intervjuer som genomförts med äldre som har omfattande insatser ger en liknande bild.

Data från öppna jämförelser visar att Norrtälje för de områden där det finns indikatorer kan erbjuda en vård och omsorg om de mest sjuka äldre som är jämförbar, om än inte bättre, än majoriteten av landets kommuner.

Några utvecklingsområden som identifierats i denna studie är:

Vårda "TioHundraandan"; fortsätta utveckla de arenor som finns där personal möts över professions- och vårdgivargränser. Brister och möjligheter identifieras bäst av de som är nära den äldre. Utveckling sker säkrast när personalen är med i förändringsarbetet. Samspelet mellan olika utförare sker bäst om man inser att uppdraget är att samverka för de äldres bästa, inte att konkurrera om kunder.

Göra all personal delaktig. TioHundranämnden och dess förvaltning har ett utvecklingsansvar, att stimulera till nätverk mellan personal oavsett utförare.

Beställa och utföra i helheter. Norrtälje har unika förutsättningar att utforma vårdval och kundval så att de styr mot samarbete, och att fortsätta att integrera verksamheter på nya sätt. Utförarna måste då organisera verksamheten så att den garanterar helhet och integration och stimuleras att samordna olika beställningar och avtal till helhetslösningar för den enskilde.

Kunna välja teamet. Äldre med stora och sammansatta behov uttrycker ofta en önskan om att kunna få alla sina insatser från ett håll, med personal som har tid och kan anpassa sig efter de skiftande behov den äldre har. I Norrtälje har man alla förutsättningar att kunna erbjuda ett sådant alternativ där kundvalet och vårdvalet kombineras.

Samrehabilitering. Avdelning 5 som en länk mellan sluten- och öppen vård, den dagrehabilitering som byggts upp med stimulansmedel och hemrehab inom kundvalets ram kan tillsammans ge förutsättningar för en bra rehabkedja där insatsen bestäms utifrån behov, inte utifrån huvudmannaskap eller olika utförares ansvar.

Samordnad vårdplanering på sjukhuset. Formen med särskilda biståndshandläggare som ansvarar för vårdplaneringen på sjukhuset har stärkt samverkan med sjukhuset. Nästa steg kan vara att utveckla former där andra professioner kan vara med via video, tekniken finns och prövas på olika håll i landet.

Gemensam vårdplanering i hemmet. TioHundranämnden har aktivt stimulerat arbetet med gemensam vårdplanering i hemmet, i Norrtälje benämnt IVOP. I takt med att det blir allt fler aktörer genom vårdvalet och kundvalet blir den gemensamma vårdplaneringen allt viktigare. Det är därför nödvändigt att för varje enskild patient/äldreomsorgstagare tydliggöra vem som är ansvarig för att sammankalla och för att det sker en gemensam uppföljning av insatserna.

Journalsystem som säkerställer att alla aktörer har den information som behövs. För patientsäkerheten är det nödvändigt att säkerställa att kunskap om diagnoser, behandlingar, läkemedelslistor, provtagningar etc. finns hos de som vårdar den äldre. Detta arbetar man aktivt med i TioHundraförvaltningen, och här behövs en nära planering tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen hos de olika utförarna.

BAKGRUND

Antalet äldre personer som har flera långvariga sjukdomar och funktionsnedsättningar har ökat under de senaste decennierna. Samtidigt har vården och omsorgen om de äldre genomgått stora omstruktureringar. Antalet vårdplatser inom sjukhusvården har minskat och vårdtiderna blivit allt kortare. Många äldre har stora kvarstående behov av vård, rehabilitering och omsorg när de skrivs ut från sjukhuset, behov som förväntas tillgodoses inom ramen för primärvårdens verksamhet. Tilldelningen av äldreomsorg har blivit allt mer restriktiv och har koncentrerats till personer med stora vård- och omsorgsbehov. De som får hjälp får mer omfattande omsorgsinsatser än tidigare (t.ex. Larsson & Szebehely, 2006).

Samverkansproblem mellan vårdens och omsorgens huvudmän, landsting och kommun är ingen ny fråga. Under årens lopp har olika typer av åtgärder vidtagits i syfte att förbättra samverkan, allt ifrån lokala lösningar till lagstiftning. Det har genomförts ett antal reformer som har flyttat gränserna för vad som är landstingens respektive kommunernas ansvar beträffande äldreomsorg. Under de senaste 20 åren har Äldrecentrum i en rad studier beforskat i vilken utsträckning den allt mer högspecialiserade vården och omsorgen har anpassat sig till det ökande antalet äldre med stora och sammansatta behov av vård och omsorg (t.ex. Gurner, 2001; Gurner et al., 2006; Gurner & Thorslund, 2003; Gurner & Wånell, 1999; Hagman, 2007; Weurlander & Wånell, 2011). Några slutsatser är att vårdutbudet och vårdkedjetänkandet kan passa relativt pigga äldre personer som är kognitivt klara och har specifika krämpor. Däremot fungerar det sämre för äldre med flera sjukdomar och funktionsnedsättningar samtidigt, och därmed stora och sammansatta behov av både vård och omsorg. Problemen handlar ofta om brister i informationsöverföring och vårdplanering vid övergång från en vårdgivare till en annan, men även om gränsvister avseende vem som bär ansvaret. Detta leder till att många äldre faller mellan stolarna i dagens specialiserade vård och omsorgssystem. Gränsdragningsproblematiken har ofta med betalningsansvaret att göra. Landstingen och kommunerna utför många olika typer av insatser till enskilda personer, men utan att de samordnas. Det har konstaterats att en dirigent saknas i vård och omsorg för äldre.

TioHundraprojektets historia

Norrälje kommun i Roslagen är den geografiskt största kommunen i Stockholms län och omfattar närapå en tredjedel av länets yta. Norrälje kommun har en ökande befolkning. I dagsläget har kommunen drygt 56 000 invånare. Under sommarhalvåret tredubblas befolkningen, från drygt 56 000 till minst 180 000 personer, på grund av det stora antalet fritidshus. Av kommunens drygt 56 000 invånare bor cirka en tredjedel i

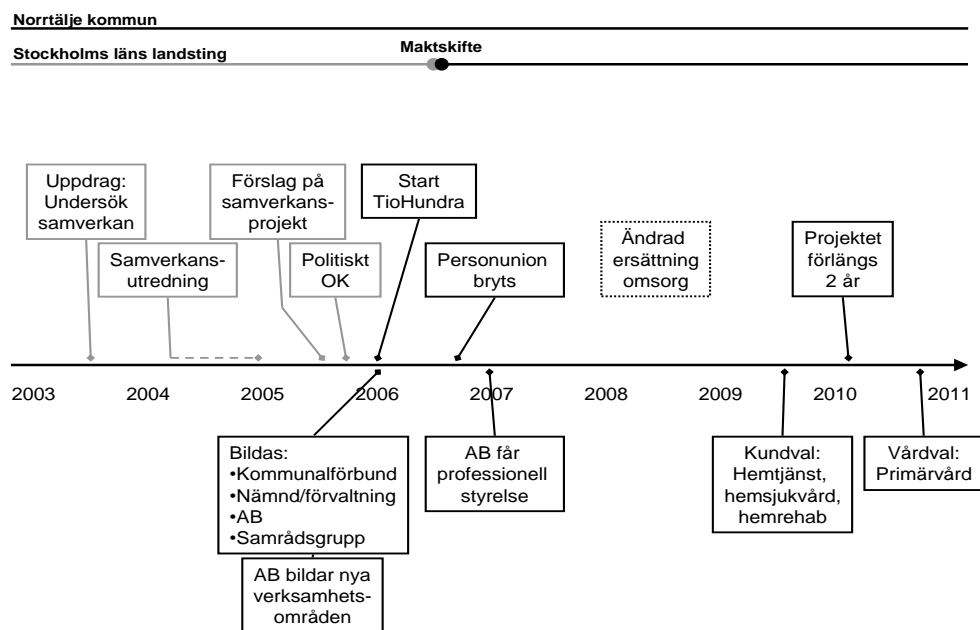
centralorten Norrtälje medan övriga bor i andra tätorter eller på landsbygden. Norrtälje är med andra ord till stora delar en glesbygdskommun med utspritt boende, både på fastland och på öar. Detta ställer särskilda krav på planering och tillhandahållande av vård och omsorg.

I Norrtälje och i andra Roslagskommuner finns en lång tradition av samverkan, vilken ibland brukar kallas för "Roslagsandan". På grund av att Roslagen i stora delar består av glesbygd och att många bor i skärgården har man varit tvungen att samverka och hitta okonventionella lösningar för att få vården och omsorgen att fungera utifrån de givna förutsättningarna.

Bakgrunden till TioHundraprojektet¹ har tidigare beskrivits av Sveriges kommuner och landsting (SKL) (2007) och Medical Management Centrum (MMC) (Øvretveit et al., 2010). Valåret 2002 redovisade Stockholms läns landsting ett underskott på över fyra miljarder kronor i hela länet. I oktober samma år presenterade landstingets tjänstemän ett trettiotal olika åtgärder för att vända detta underskott. Bland annat föreslogs att akutsjukhuset i Norrtälje skulle omvandlas till ett närsjukhus. Förslaget orsakade en folklig proteststorm i Norrtälje. Det lokalpolitiska stödet för att Norrtälje sjukhus skulle få behålla sin akutstatus var starkt över partigränserna. I november 2003 fattade majoritetspartierna i landstingsfullmäktige beslut om att Norrtälje sjukhus skulle få vara kvar som akutsjukhus, men med sparbetning i budget. Bakgrunden till beslutet var ett lokalpolitiskt partiövergripande initiativ i Norrtälje med ambitionen att förbättra den lokala vården och omsorgen genom en bättre och utvidgad samverkan mellan huvudmännen, det vill säga Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun.

¹ Namnet TioHundra har historiska referenser. "På vikingatiden delades Uppland in i olika "hundare", som innebar att ett visst område skulle ha hundra man redo att till skepps bedriva byteshandel med grannarna österut. Historiskt har Roslagen delats in i roddarlag tillhörande olika hundare. Norrtälje ros lag tillhörde Tiundaland (landet med tio hundare). Den nya organisationen döptes till TioHundra, ett gemensamt namn som inte kunde förknippas med vård eller omsorg. De anställda antogs därmed lättare känna samhörighet och allmänheten se det nya som något eget. Organisationens telefonnummer blev också 10 100." (Sveriges Kommuner och Landsting, 2007, s. 1).

Figur 1. MMC:s sammanfattning av TioHundraorganisationens uppkomst och utveckling. Denna figur ingår i Medical Management Centrums delrapport (MMC, 2011).



Våren 2005 fattade Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun ett principbeslut om en gemensam organisation och samfinansiering av hälso- och sjukvård (sjukhuset och primärvården) och omsorg i Norrtälje kommun. Ett kommunalförbund bildades. Den politiska samverkan skulle ske genom en gemensam nämnd (TioHundranämnden) och driften av verksamheterna skulle ske genom ett gemensamt ägt aktiebolag (TioHundra AB). Det slutgiltiga beslutet fattades hösten 2005 och TioHundraprojektet var därmed fött. Projektet startade den första januari 2006. Inledningsvis kombinerades beställar- och utförarfunktionen, som då var underställd en gemensam chef. Redan efter ett halvår separerades utförarfunktionen från beställar- och finansieringsfunktionen och organisationen renodlades till en ren beställar-utförarmodell. Efter detta blev kommunalförbundets funktion att utöva ägarskap över produktionsbolaget TioHundra AB, medan samordningen av beställningar, uppföljningar och finansiering kom att ske i TioHundraförvaltningen som organisatoriskt ligger under den gemensamma TioHundranämnden. När projektet startade var avsikten att det skulle avslutas den 31 december 2009. Projektet kom sedan att förlängas till den 31 december 2012 för att kunna genomföra en utvärdering som grund för beslut hos huvudmännen om under vilka former den fortsatta verksamheten skulle bedrivas.

Under TioHundraprojektets gång har nya målsättningar tillkommit utöver de ursprungliga målen. Valåret 2006, under projektets första år, byttes den politiska majoriteten i landstinget. I och med detta förändrades de övergripande politiska prioriteringarna. Sedan maktskiftet har den politiska ambitionen varit att öka inslagen av konkurrens, valfrihet och mångfald inom de offentligt finansierade välfärdstjänsterna. De mest påtagliga förändringarna för den äldreomsorg och äldreomsorg som bedrivs inom ramen för TioHundraprojektet har varit införandet av vårdval i primärvården och kundval i äldreomsorgen (hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering). Dessa förändringar har medfört att antalet utförare inom Norrtälje kommun har ökat och därmed påverkat projektets förutsättningar att åstadkomma samverkan (Medical Management Centrum, 2011; Sjögren & Åhblom, 2011; Sveriges Kommuner och Landsting, 2007).

TioHundraprojektet tillkom bland annat för att huvudmännen gemensamt bättre skulle kunna hantera gränssnitten² mellan olika vårdnivåer och vårdgivare. I TioHundranämndens verksamhetsplan för 2011-2012 står att läsa att ”ingen ska falla mellan stolarna på sin resa genom vården och omsorgen” (TioHundranämnden, 2011). TioHundraprojektets övergripande syfte är att säkerställa en långsiktigt hållbar struktur och ett kvalitativt bra innehåll i sjukvården och omsorgen i Norrtälje samt att tillskapa en mer effektiv vård och omsorg, särskilt vid och över huvudmannaskapsgränserna. TioHundraprojektet har kommit att bli ett unikt samverkansprojekt mellan Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting inom områdena hälso- och sjukvård och omsorg.

Gruppen de mest sjuka äldre är prioriterad

Regeringen har under 2011 prioriterat gruppen de mest sjuka äldre, utifrån en önskan att deras behov av samordnade insatser med höga krav på kvalitet och kontinuitet kan tillgodoses. En viktig målsättning är att äldre personer inte ska behöva administrera och samordna sina vård- och omsorgskontakter på egen hand. TioHundraprojektet ingår i ett tiotal försök att samordna huvudmännens verksamheter som regeringen bedömt särskilt intressant att följa.

² I denna studie används begreppen gränssnitt och gränssytor för att beskriva de områden där olika organisationers och vårdgivares ansvar möts. Här avses alla former av gränssytor: mellan öppen och sluten vård; mellan olika huvudmän; inom huvudmännen; och inom samma verksamhet mellan den som har ansvar dagtid och den på jourtid.

Uppdraget

Stiftelsen Äldrecentrum fick våren 2011 i uppdrag att genomföra en av tre delstudier inom ramen för en vetenskaplig utvärdering av TioHundra-projektet. De andra två utvärderingsgrupperna var Stiftelsen Leading Health Care (LHC) och Medical Management Centrum (MMC). Uppdragsgivare var Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun. Lennart Hansson från Sveriges kommuner och landsting hade det övergripande ansvaret för de tre delstudierna i utvärderingsprojektet.

Utvärderingen ska kunna användas som underlag för ställningstagande till hur Norrtäljebornas vård- och omsorgsbehov ska tillgodoses från och med den 1 januari 2013. I uppdraget ingick även att utifrån den genomförda utvärderingen utveckla och analysera tänkbara alternativ till rådande former för integration och koordinering av vård- och omsorgstjänster (med MMC som huvudansvarig). Utvärderarna enades om sju alternativa framtidsscenarier (se Bilaga 1).

Syfte

Denna studie har sitt fokus på äldre med stora och sammansatta behov, en grupp för vilka det är väl känt att huvudmännen har problem med att ge en samordnad och trygg vård och omsorg (se t.ex. Gurner & Thorslund, 2003).

Studiens övergripande syfte/frågeställningar var att:

- belysa i vilken utsträckning TioHundraprojektet har bidragit till sammanhållna vårdkedjor/”vårdflätor” över huvudmannaskapsgränserna och utökat teamarbete,
- identifiera faktorer som inverkat positivt respektive hindrande på utvecklingen,
- beskriva hur TioHundraprojektet har fungerat i praktiken och vilka slutsatser och lärdomar man kan dra av det.

Metod och genomförande urval av intervjupersoner

I studien har både kvalitativa och kvantitativa data inhämtats. Studien bygger i huvudsak på intervjuer samt analys av dokument och tillgänglig statistik. Nedan följer en redogörelse för hur studien genomfördes.

Studien inleddes med en genomgång av tidigare studier och utvärderingar som berör den vård och omsorg om äldre som bedrivs inom TioHundraprojektet. Däribland kan nämnas studier av Äldrecentrum (Gurner, et al., 2006), FoUU-avdelningen TioHundra (2009) och Medical Management Centrum (Øvretveit, et al., 2010) samt tidigare utvärderingar av Sveriges kommuner och landsting (SKL, 2007) och Öhrlings Pricewaterhouse-

Coopers (Öhrlings PwC, 2008, 2009). Vi har även haft möjlighet att ta del av preliminära data från (en pågående) studie från SKL (SKL, opublicerade data, 2011).

Dokumentgranskning

Vid dokumentgranskningen har vi använt oss av olika typer av relevanta dokument såsom målskrivningar, verksamhetsberättelser, verksamhetsplaner, verksamhetsuppföljningar från huvudmännen Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun samt från TioHundraförvaltningen.

Insamling och analys av kvantitativa data

Vid beskrivningarna av befolkningsutvecklingen över tid och vid jämförelserna mellan Norrtälje kommun, Stockholms län och riket använde vi oss av befolkningsstatistik från Statistiska centralbyrån.

För att beskriva äldreomsorgen och dess förändringar mellan 2005 och 2010 avseende volymutveckling och konsumtion av olika typer av omsorgsinsatser analyserades data från TioHundraförvaltningen, Kommun- och landstingsdatabasen (Kolada) och Socialstyrelsen.

Kvaliteten i läkemedelsanvändningen i Norrtälje kommun, Stockholms län och riket analyserades utifrån data från Socialstyrelsens läkemedelsregister (november 2010), bearbetat för Socialstyrelsens rapport om de mest sjuka äldre. Tre kvalitetsindikatorer användes: ”läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger”, ”läkemedelsinteraktioner” och ”tre eller fler psykofarmaka samtidigt”.

Vid jämförelser av kvalitet, kostnader och effektivitet och förändringar över tid avseende särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende, dagverksamhet samt för blandande äldre- och korttidsboenden användes data från Socialstyrelsens öppna jämförelser vilka finns tillgängliga för åren 2007-2010.

Jämförelserna av hälso- och sjukvård gjordes utifrån Socialstyrelsens nationella indikatorer för uppföljning enligt god vård, uppgifterna är hämtade från patientregistret 2010. Vi använde oss av fyra indikatorer som Socialstyrelsen har pekat ut som särskilt intressanta för gruppen de mest sjuka äldre: ”undvikbar slutenvård”, ”avlidna eller återinskrivna efter slutenvårdsvistelse för hjärtsvikt”, ”avlidna eller återinskrivna efter slutenvårdsvistelse för stroke” och ”inläggning i slutenvård på grund av fall” (Socialstyrelsen, 2011a).

Intervjuer och urval av intervjupersoner

Under perioden maj-oktober 2011 genomfördes intervjuer med totalt 58 personer. Dessa intervjupersoner var fördelade på olika verksamheter och nivåer inom TioHundraprojektet. Dessutom genomfördes intervjuer med elva äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg samt två anhöriga makar som var delaktiga i omvårdnaden av sina anhöriga.

Intervjuerna genomfördes av Äldrecentrums projektgrupp genom personliga besök. Några intervjuer kompletterades med telefonintervjuer. Intervjuerna var semistrukturerade och genomfördes med stöd av en intervjuguide. Under intervjuerna fördes anteckningar som sedan skrevs rent och analyserades.

Inledningsvis intervjuades representanter från olika funktioner inom Tiohundraorganisationen (förvaltningschefen, FoUU-chefen och en strategisk kvalitetsutvecklare), dels för att få en beskrivning av projektet, dels för att kunna göra ett första urval av intervjupersoner. Med ledning av genomförda intervjuer identifierades efter hand ytterligare strategiskt viktiga intervjupersoner.

Inom TioHundraförvaltningen intervjuades bland annat förvaltningschefen, ekonomichefen, ledningen för beställaravdelningen, biståndshandläggare, anhörigkonsulenten och en av anhörigstödarna, MAS och MAR.

För att få en så representativ bild som möjligt av de olika verksamheterna intervjuades personer som var verksamma inom både TioHundra AB och privat drivna verksamheter, såväl i centrala Norrtälje som på landsbygden.

Från vårdbolaget TioHundra AB:s ledning intervjuades divisionschefen för omsorg och ett antal verksamhetschefer samt en controller. Därutöver genomfördes intervjuer med representanter för de verksamheter TioHundra AB driver inom vård och omsorg om de äldre.

Vi genomförde intervjuer vid fyra hemtjänstenheter. Två av dessa enheter var drivna i TioHundra AB:s regi, en i centrala Norrtälje och en på landsbygden. En av de TioHundradrivna enheterna hade distriktssköterskan på plats och en hade inte distriktssköterskan på plats. På respektive enhet intervjuade vi enhetschefen, en distriktssköterska och två till tre undersköterskor eller vårdbiträden. Därutöver intervjuade vi representanter från två privat drivna hemtjänstenheter, ägaren/verksamhetschefen i ett litet företag med verksamhet på landsbygden och en områdeschef vid ett stort företag som bedrev verksamhet både i centrala Norrtälje och på landsbygden.

Inom ramen för den rehabilitering som bedrivs av TioHundra AB (hemrehabilitering, primärvårdsrehabilitering och sjukhusrehabilitering) intervjuades den övergripande chefen för all rehabilitering, respektive verksam-

hetschefer samt arbetsterapeuter och sjukgymnaster inom de respektive rehabiliteringsverksamheterna.

Även när det gäller särskilt boende intervjuades såväl TioHundradrivna som privat drivna verksamheter, både enhetschefer och vårdbiträden/undersköterskor.

När det gäller primärvården genomfördes intervjuer vid två TioHundradrivna vårdcentraler, en i centrala Norrtälje och en på landsbygden samt en privat driven vårdcentral på landsbygden. Intervjuer skedde både med läkare och med distriktssköterskor vid vårdcentralerna.

Inom geriatriken på ROS genomfördes intervjuer med en geriatiker och en sjuksköterska.

Elva äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg samt två makar som var delaktiga i omvårdnaden av sina närstående intervjuades. Urvalet gjordes med hjälp av TioHundraförvaltningens beställaravdelning och en distriktssköterska. Samtliga av de intervjuade var beviljade hemtjänstinsatser i olika omfattning. Medelåldern bland de intervjuade äldre personerna var 84 år.

Rapportens disposition

Rapporten inleds med en kort beskrivning av den äldrevård och äldreomsorg som bedrivs inom TioHundraprojektet. Därefter redovisas den problembild som projektet hade som utmaningar, befolkningsutvecklingen och tidigare studier. Vi ger en överblick över hur äldreomsorgen utvecklats under TioHundratiden, kompletterat med data från Socialstyrelsens öppna jämförelser samt från intervjuer med äldreomsorgstagare. Vi går därefter in på hur personalen involverats i förändringsarbetet, och hur de olika verksamhetsgrenarna utvecklats enligt de bilder de intervjuade ger. Under varje delavsnitt ger vi en del egna kommentarer. Rapporten avrundas med några avslutande reflektioner. I bilaga 1 återfinns utvärderarnas förslag till sju alternativa framtidsscenario.

TIOHUNDRAPROJEKTET INOM ÄLDREOMRÅDET

TioHundraprojektet startade 2006. Projektets bakgrund och utveckling beskrivs närmare i MMC:s delstudie. Av intresse inom området vård och omsorg om äldre är framförallt följande bakgrund och förändringar under projekttiden.

I samband med TioHundraprojektets start, den 1 januari 2006, upptäcktes ett stort ekonomiskt underskott i den kommunala äldreomsorgsverksamheten som hade uppstått under 2005. Detta påverkade starten av projektet, inte minst som en av de förutsättningar som givits var att man skulle gå in i projektet utan sparbeting. De ekonomiska problemen innebar visserligen att äldreomsorgen kom att hamna i fokus, men att detta i början till stor del fick ägnas åt att få en budget i balans. Detta arbete kombinerades med ett utvecklingsarbete, där målet var att i högre utsträckning kunna erbjuda de äldre insatser i hemmet så att flytt till särskilt boende skulle kunna undvikas. Denna form av omstrukturering av äldreomsorgen hade då pågått i flera år i flertalet andra kommuner i länet och även i riket (se t.ex. Socialstyrelsen, 2011b; Szebehely, 2011).

Den kommunala äldreomsorgen i Norrtälje före TioHundraprojektet beskrevs av de intervjuade som präglad av en informell relation mellan beställare och utförare. Detta förändrades i och med att TioHundraprojektet efter ungefär ett halvt år delades upp i en nämnd och förvaltning med ett tydligt beställaransvar och en utförare, TioHundra AB. Vissa intervjuade menade att detta gav en ökad tydlighet i roller och ansvar, medan andra ansåg att det försvårade att agera fritt utifrån den enskildes bästa.

Beställar-utförarsystemet inom äldreomsorgen förstärktes när kundvalet infördes – ett införande som har skett stegvis och inte genomförs fullt ut förrän 2012. I utformningen av kundvalet har TioHundranämnden valt en i landet unik modell, där de utförare som ackrediteras ska kunna erbjuda såväl hemtjänst som hemsjukvård och hemrehabilitering.

Hemtjänsten

Många äldre personer behöver hjälp och stöd i hemmet av hemtjänsten för att kunna klara vardagen. Hemtjänsten regleras utifrån socialtjänstlagen (SoL) och omfattar insatser av servicekaraktär (t.ex. städ, tvätt, inköp, matlåda och trygghetslarm) och personlig omvårdnad (t.ex. hygien, på- och avklädning och förflyttning). För att få hemtjänst krävs ett beslut från biståndshandläggare.

Sedan september 2009 har de som är 75 år och äldre och folkbokförda i Norrtälje kommun möjlighet att via *förenklad biståndshandläggning få vissa serviceinsatser*, inledningsvis omfattades trygghetslarm och matlådor. Från och med mars 2011 utökades den förenklade biståndshandläggningen till att även gälla städ, tvätt, inköp och promenader. Enligt TioHundranämndens äldreplan från februari 2008 var det främsta syftet med förenklad biståndshandläggning att ”skapa trygghet, ökad livskvalitet och en känsla av valfrihet och egenmakt hos den enskilda individen”. Förenklad biståndshandläggning ses av TioHundranämnden som en viktig del i det förebyggande arbetet. Att arbeta trygghetsskapande ska motverka att större hjälpbehov uppstår. Genom att förenkla de första kontakterna med hemtjänsten räknade man med att de äldre skulle komma in i äldreomsorgen i tid. Tröskeln för att komma in i äldreomsorgen bedömdes som för hög och när de äldre väl ”kom över tröskeln” var de så pass skröpliga att de behövde relativt mycket insatser med detsamma. Ett annat mål var att frigöra tid som biståndshandläggarna kan lägga på ärenden som kräver mer samordning.

Detta är kundvalet i Norrtälje

Den 1 september 2009 infördes kundval inom hemtjänst, hemrehabilitering och basal hemsjukvård i Norrtälje. I kundvalet är Norrtälje kommun uppdelad i fyra geografiska zoner. I och med införandet av kundvalet tillkom två nya aktörer – Fancy Care och Roslagshälsan. Roslagshälsan försattes i konkurs i augusti 2010. Sommaren 2010 sa TioHundra AB upp sitt avtal i två av de geografiska kundvalsområdena i vilka TioHundraförvaltningen därefter genomförde en upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU). Upphandlingen vanns av de privata utförarna Attendo Care och Äldreliv, som den 1 mars 2011 tog över verksamheterna i dessa två geografiska zoner. I överenskommelsen vid övertagandet ingick att Attendo Care och Äldreliv fick ta över den befintliga ”kundstocken” för att ha ett underlag av vård- och omsorgstagare när de etablerade sig. Från och med den 1 januari 2012 kommer kundvalet gälla även i dessa två zoner. I dagsläget finns det totalt fyra utförare inom kundvalet i Norrtälje: Attendo Care, Fancy Care, TioHundra AB och Äldreliv.

Norrtäljes modell av kundval infördes utifrån idén med TioHundra – att hålla ihop funktionerna för att uppnå samordning mellan olika aktörer. Syftet med modellen är att främja en sammanhållen vårdkedja genom att allt som utförs i hemmet beställs som en helhet. Detta krav ställs på samtliga utförare inom kundvalsmodellen, inte bara på TioHundra AB. Den som har ett biståndsbeslut om hemtjänst enligt socialtjänstlagen (SoL)³ eller ett bedömt behov av hemsjukvård och/eller hemrehabilitering

³ Biståndsbeslut om hemtjänst fattas av en biståndshandläggare.

enligt hälso- och sjukvårdslagen (HSL)⁴ kan själv välja utförare av dessa tjänster:

Hemtjänst (SoL) – dagtid mellan kl 07.00 – 22.00. Övrig tid utförs hemtjänstinsatserna av annan utförare, i dagsläget den privata utföraren Förenade Care (inte valbart).

Basal hemsjukvård (HSL) – dagtid mellan kl 07.00 – 17.00. Övrig tid utförs hemsjukvården av annan utförare, i dagsläget Förenade Care (inte valbart). Basal hemsjukvård är varaktig vård som ges i hemmet till och med sjuksköterskenivå. Med varaktig avses att behovet av hälso- och sjukvård beräknas kvarstå under minst 14 dagar.

Hemrehabilitering (HSL) – dagtid mellan kl 08.00 – 17.00. Hemrehabilitering omfattar träning i vardagliga aktiviteter, utprovning av hjälpmedel samt bostadsanpassning. Personalen från hemrehabiliteringen kan även vara behjälplig vid ansökan om bidrag till bostadsanpassning.

Några begränsningar i kundvalet (förutom att det inte är möjligt att välja utförare kvällar och nätter) är att innan kundvalet är fullt utbyggt (den 1 januari 2012) är valmöjligheten begränsad av att alla utförare inte är valbara i alla delar av kommunen. Om någon inte kan eller vill välja finns det ett ”ickevalsalternativ” där den äldre tilldelas en utförare enligt en turordningsmodell. Den som är beviljad flera olika typer av insatser som ingår i kundvalet samtidigt, till exempel hemtjänst och hemrehabilitering, måste välja samma utförare för båda insatserna. Om det finns flera personer i ett hushåll som har beslut om hemtjänstinsatser måste de enas om samma utförare.

Särskilt boende

Med särskilt boende menas en bostad där det finns personal för omvårdnad dygnet runt. Även om den huvudsakliga inriktningen inom svensk äldreomsorg är att stärka äldre personers möjligheter att bo kvar i det egna hemmet finns det förhållanden när ett särskilt boende är att föredra för att uppnå en skälig levnadsnivå utifrån intentionerna i socialtjänstlagen. I Norrtälje kommun finns det tre olika typer av särskilda boenden för äldre: vård- och omsorgsboenden, demensboenden och korttidsboenden. Dessa boenden drivs både av vårdbolaget TioHundra AB (ca två tredjedelar) och av andra privata utförare (ca en tredjedel). Hösten 2011 fanns det 462 platser i vård- och omsorgsboende, 241 platser i demensboende och 24 platser i korttidsboende (både demens och SoL) i Norrtälje kommun. För

⁴Beslut om inskrivning i hemsjukvård eller hemrehabilitering kan fattas av husläkare, distriktssköterska på vårdcentral och distriktssköterska i hemsjukvården.

att få flytta till ett särskilt boende behövs biståndsbeslut enligt socialtjänstlagen (SoL).

TioHundranämnden har en unik beställning till sina särskilda boenden, som inte varit möjlig utan TioHundraprojektet. Uppdraget till de särskilda boendena inkluderar all hälso- och sjukvård, även läkarna. Geriatriken inom TioHundra AB har tilldelats läkaransvaret för särskilt boende i Norrtälje, förutom i Rimbo där läkarna från den privata vårdcentralen har läkaransvaret i särskilt boende.

Ersättningen till utförarna som driver särskilt boende är prestationsbaserad. Det finns tre olika nivåer: servicenivå, omvårdnadsnivå och demensnivå.

Primärvården

I och med TioHundraprojektet fördes primärvården över till TioHundranämnden, och drevs av TioHundra AB i former som under några år var relativt oförändrade mot före projekttiden. Några av de intervjuade förklarar detta med att äldreomsorgens underskott och behovet av att se över strukturerna på sjukhuset tog all kraft under de första åren, och att man därför inte maktade med att också förändra primärvården. Primärvården har haft, och har fortfarande, rekryteringsproblem, särskilt i de norra delarna av kommunen. Primärvården har också kritiserats för bristande tillgänglighet.

För att råda bot på svårigheterna med göra hembesök hos de mest sjuka äldre infördes under en tid en särskild läkartjänst. Det var dock svårt att få den funktionen tillräckligt kostnadseffektiv varför den avvecklades.

2010 infördes vårdvalet i Norrtälje, vilket var senare och med en något annorlunda modell än i övriga Stockholms län som hade infört modellen Vårdval Stockholm. Norrtäljes vårdvalsmodell ger kommuninvånarna möjlighet att lokalt välja mottagningar inom fyra områden – husläkarverksamhet (vårdcentraler), barnvårdscentral (BVC), logopedi och fotsjukvård. Utbudet är dock begränsat till några få aktörer utöver TioHundra AB. Som nämnts ovan så ingår hemsjukvården och hemrehabiliteringen i kundvalet, inte i vårdvalet.

Geriatrisk och rehabilitering

Fram till Ädel-reformen 1992 fanns det en stor geriatrisk verksamhet på ROS (gamla Roslagens sjukhus). Efter Ädel-reformen flyttade geriatriken till Norrtälje sjukhus. Sedan vintern 2011 har geriatriken åter delvis varit lokaliserade på ROS. Organisatoriskt har geriatriken tillhört närsjukvården. I oktober 2011 bytte geriatriken organisatorisk tillhörighet till sjukhuskliniken.

I förstudien inför TioHundraprojektet påtalades att det fanns en bristande samordning inom rehabiliteringsområdet. Rehabiliteringen i Norrtälje kommun är en verksamhet som genom åren varit föremål för många organisationsförändringar. I juni 2006 samlades all rehabilitering till ROS. Rehabiliteringen organiserades i tre områden: slutenvårdsrehabilitering, primärvårdsrehabilitering samt hemrehabilitering som ansvarar för rehabilitering både inom ordinärt boende och särskilt boende. Korttidsrehabiliteringen på Avdelning 5 (HSL) och Mjölaren (SoL) sköts i dagsläget av geriatrikens rehabilitering. Innan Avdelning 5 öppnades sköttes rehabiliteringen på Mjölaren av närrehabiliteringen.

ROS - Avdelning 5 och Mjölaren

Inom ramen för TioHundraprojektet har det skett en satsning på ROS, som i dagsläget består av två samlokaliserade enheter – Avdelning 5 (geriatrisk avdelning) och korttidsboendet Mjölaren.

Avdelning 5, som är en filial till Norrtäljes sjukhus, öppnades vintern 2011 och är därmed sjukhusets nyaste avdelning. Avdelning 5 har 12 vårdplatser och är inriktad på geriatrisk vård med rehabilitering. De flesta som kommer till Avdelning 5 kommer via remiss från sjukhuset men det förekommer även remiss från primärvårdsläkarna.

Korttidsboendet Mjölaren startade år 2000. Mjölaren har 14 korttidsplatser. I korttidsboende ingår hälso- och sjukvårdsinsatser till och med sjuksköterskenivå (omvårdnad, service, aktivering, rehabilitering och habilitering). Ett vanligt upplägg för korttidsvården på Mjölaren är att patienterna vistas där i 14 dagar för att sedan vistas hemma i 14 dagar. Övriga korttidsboenden i Norrtälje är Birgittagården i Rimbo och Kristinagården i Hallstavik.

Syftet med att flytta geriatriken till ROS och starta Avdelning 5 var att frigöra vårdplatser på sjukhuset, och därmed att minska risken för överbeläggningar på de övriga vårdavdelningarna. Ett annat syfte var att stärka samspelet med den kommunala korttidsrehabiliteringen Mjölaren på samma våningsplan och öppna upp för möjligheten att låta personalen gå emellan avdelningarna. Både Avdelning 5 och Mjölaren är inriktade på rehabilitering. En tanke med att samlokalisera Avdelning 5 och

Mjöltnaren var att de kan dra nytta av att även rehabiliteringen inom TioHundra är stationerad på ROS och har sina rehabiliteringslokaler där. Läkarna som tjänstgör på avdelningen är geriatriker och har beredskap under kvällar och nätter.

Dagrehabilitering

Dagrehabiliteringen är en verksamhet som startades med stimulansmedel 2008. Dagrehabiliteringen tar emot alla patienter utom de med demenssjukdom, men den huvudsakliga målgruppen är multisjuka äldre. Patienterna ansöker om dagrehabilitering själv, det krävs inga remisser eller biståndsbeslut. Intresseanmälan sker via en blankett. En behandlingsomgång omfattar åtta veckor (16 tillfällen) och en patient kan högst få en behandlingsomgång per år. Två rehabiliteringsbiträden tränar med patienten, både i grupp och individuellt, utifrån ett program som har utformats av en arbetsterapeut eller en sjukgymnast.

I dagsläget är dagrehabiliteringens framtid osäker och hotas av nedläggning på grund av att stimulansmedlen nu upphör. En möjlig lösning för en fortsättning som har diskuterats är att dagrehabiliteringen skulle kunna inrymmas inom vårdvalet och organisatoriskt hamna inom primärvårdsrehabiliteringen. Av våra intervjuer framgick att dagrehabiliteringen är en mycket omtyckt verksamhet bland de äldre. Dessutom kostar den inte särskilt mycket. För att driva verksamheten krävs totalt 1,5 tjänster och lokal.

Förebyggande arbete

Förebyggande arbete är ett av TioHundranämndens prioriterade områden (TioHundranämnden, 2011).

Anhörigstöd

Anhörigstöd som riktar sig till anhöriga som hjälper och vårdar närstående har funnits i Norrtälje sedan 2000. Anhörigstödjarna verkar ute i hemmen och deras målgrupp är både anhörigvårdaren och deras närstående. Det primära syftet med anhörigstödet är att förebygga ohälsa hos den som hjälper en närstående. Verksamheten har successivt utökats under åren. I dagsläget består anhörigverksamheten av en verksamhetsansvarig anhörigkonsulent och fyra anhörigstödjare som ansvarar för olika geografiska områden. Den geografiska indelningen är främst till för att veta vilken anhörigstödjare som ska ansvara för kontakter med olika vård- och omsorgsgivare samt andra organisationer som exempelvis PRO. Verksamheten har i enlighet med lagstiftningen tre målgrupper: anhöriga till långvarigt sjuka, personer med funktionsnedsättning och äldre (65+). De största grupperna som anhörigstödsverksamheten fångar upp är an-

höriga till personer med demenssjukdom och personer med hjärt- och kärlsjukdomar. Ofta är det anhöriga till äldre personer som har flera sjukdomar samtidigt, till exempel stroke och demens. I anhörigkonsulentens uppdrag ingår även att agera ombud om det är någon som behöver hjälp, till exempel om någon inte får rätt vård och omsorg eller om någon anser sig ha blivit dåligt bemött inom äldreomsorgen eller vården.

Roslagsmodellen

Roslagsmodellen, som startade redan 1998, är en verksamhet för äldre som bedrivs genom frivilliginsatser av pensionärer, arbetslösa och sjukskrivna. Det övergripande målet är att stimulera till aktiviteter och öka den sociala gemenskapen. Verksamheten ses som ett komplement till TioHundras övriga verksamheter. Inom ramen för verksamheten erbjuds bland annat träffpunkter för äldre, kioskverksamhet på ROS, ”sommarkollo” för äldre och datakurser för seniorer.

Fixarservice

Inom ramen för Trygga seniorer erbjuds fixarservice för pensionärer boende i Norrtälje kommun. Detta sker i samarbete med räddningstjänsten, Röda korset och Ekebyholms adventkyrka. Syftet med fixarservicen är att ge pensionärer hjälp med vardagssysslor som till exempel byte av glödlampor för att förhindra fallolyckor.

Dokumentations- och informationssystem

Olika dokumentationssystem i Norrtälje

Inom Norrtäljes hälso- och sjukvård och äldreomsorg används olika dokumentations- och informationssystem. Dessa system skiljer sig mellan de olika verksamheterna. TioHundra AB som är kommunens eget bolag och den största utföraren av slutenvård, primärvård och hemsjukvård använder två olika system för dokumentation, Procapita och TakeCare. Procapita utgör tillsammans med IntraPhone äldreomsorgens (biståndshandläggarna, hemsjukvård, hemtjänst och hemrehabilitering) dokumentations- och registreringssystem. TakeCare är slutenvårdens och primärvårdens dokumentationssystem.

De privata vårdcentralerna använder andra system som exempelvis Profdoc Journal 3.

Procapita

Procapita är ett IT-baserat verksamhetsstöd inom vård- och omsorg. Systemet kan användas i hela kedjan, från biståndshandläggning och beställning till utförande, tidsregistrering och avgiftshantering. I Procapita finns också en särskild modul för de som arbetar med hälso- och sjukvård. Systemet infördes i kommunen år 2000 och är i dagsläget väl inarbetat och utformat för att serva samtliga moment inom det kommunala uppdraget. Till systemet hör IntraPhone som används vid dokumentation och registrering av tid och insatser.

TakeCare

TakeCare är det dokumentationssystem som TioHundra AB använder inom slutenvården och primärvården och som används inom bland annat Stockholms läns landstings sjukhus- och primärvård i egen regi (SLSO). TakeCare är framtaget för att hantera hälso- och sjukvårdens behov och innehåller därför ingen särskild omsorgsmodul.

WebCare

WebCare är landstingets IT-system för samordnad vårdplanering mellan slutenvården, primärvården och kommunerna. Förutom informationsöverföring ger systemet också underlag för patientkostnader som uppkommer i enlighet med betalningsansvarslagen. Systemet är utvecklat för Stockholms läns landsting och används inom hela länet. De privata vårdgivarna inom hemvården har inte behörighet att ta del av WebCare. Deras distriktssköterskor måste ringa till eller besöka patientansvarig läkare på vårdcentralen för att få information. Informationsöverföringen sker istället via fax och telefon.

Behörighet att läsa

Patienten kan ge ett medgivande eller samtycke till att olika vårdgivare får läsa dennes journal. Detta förfarande löser dock inte problemet fullt ut mellan olika vårdgivare då patientdatalagen inte tillåter någon annan person än den som är behörig utifrån regelverket att ta del av en journal digitalt. Pappersmässigt går det bra men inte digitalt. Enligt patientdatalagen kan problemet lösas genom en sammanhållen journalföring, vilket innebär möjlighet för en vårdgivare att ge eller få direktåtkomst till journaluppgifter hos en annan vårdgivare för vård och behandling. Möjligheten gäller de vårdgivare som tecknat avtal om sammanhållen journalföring inom Sverige. Tillgång till journaluppgifter via sammanhållen journalföring kan bara ske om det finns en patientrelation och att journaluppgifterna antas ha betydelse för vård och behandling. Den en-

skilde måste också samtycka till att vårdgivaren tar del av journaluppgifterna.

Förvaltningens pågående utvecklingsarbete

Från TioHundraförvaltningens sida finns det inga planer på att välja ett enhetligt dokumentationssystem för all verksamhet inom TioHundra. Istället arbetar TioHundraförvaltningen med att lösa de problem som finns mellan systemen med utgångspunkt att behålla Procapita för äldreomsorgen och hemsjukvården och TakeCare för hälso- och sjukvården. För närvarande pågår inom Norrtälje kommun ett arbete med att införa en sammanhållen journalföring.

PROBLEMBILDEN

De problem som fanns för gruppen de mest sjuka äldre och som TioHundraprojektet hade som sin utmaning finns beskriven i Äldrecentrums studie ”Styckevis och delat” från 2006 (Gurner, et al., 2006). I februari 2005 fick Stiftelsen Äldrecentrum i uppdrag att genomföra en studie avseende informationsöverföring, läkemedelsanvändning och samarbete mellan slutenvård, öppenvård och kommunens hemtjänst. Målggruppen som studerades var äldre multisjuka i ordinärt boende. Uppdragsgivare var landstingsrevisorerna och kommunrevisionen i Stockholm. Studien genomfördes utöver i Norrtälje även i Enskede-Årsta stadsdelsförvaltning i Stockholm och Huddinge kommun. Den bild som framkom var likartad i dessa tre områden i länet, och väl överensstämmande med andra liknande studier.

Studien visade att vård- och omsorgsinsatserna som de äldre multisjuka erbjöds och fick ta del av inte hängde ihop. Det framkom att de äldre sällan varit medvetna om eller deltagit i vårdplanering vid utskrivning från sjukhuset. Vid intervjuerna beskrevs att husläkarna var svåra att nå och att de äldre och deras närstående upplevde att samarbetet mellan distriktssköterskan och läkaren inte alltid fungerade. Antalet akutbesök var också högt. De äldre och deras närstående önskade ett större inflytande över hemtjänstens utformning. I studien framkom även att biståndshandläggarna upplevdes som ”grindvakter” och att biståndsbesluten främst styrdes utifrån kommunens tillgängliga resurser och inte utifrån de äldres behov av insatser.

I den dokumentation som studerades framkom att samverkansbehov med hemtjänsten varken dokumenterades av biståndshandläggarna, distriktssköterskorna eller läkarna. Studien visade också på stora problem med multisjuka äldres läkemedelsanvändning. Samtliga äldre som studerades hade någon form av läkemedelsrelaterade problem.

Några av studiens slutsatser var att multisjuka äldre har stora behov av kontinuitet i sina vård- och omsorgskontakter. Behovet av sammanhang mellan de olika vård- och omsorgsgivarna beskrevs som stort. Det krävdes en helhetssyn av individens behov. Likaså framhölls värdet av den äldre multisjukas inflytande över hur vården och omsorgen skulle utformas. Biståndshandläggarna efterlyste distriktssköterskornas medverkan och kompetens vid vårdplaneringarna på sjukhuset.

Slutligen konstaterades att det saknades ett gemensamt agerande från de olika professioner som måste samarbeta för att klara de äldre multisjukas problem. Utredarna efterlyste helhetslösningar som gemensam styrning, prioritering och finansiering.

Tidigare studier av TioHundraprojektet

Under TioHundraprojektets gång har tre utvärderingar genomförts under olika stadier av projektet. Dessa tre utvärderingar är överlag positiva till vad som åstadkommit inom TioHundraprojektet. I nedanstående sammanfattning av utvärderingarna koncentrerar vi oss främst på de frågeställningar som berörde vården och omsorgen av de mest sjuka äldre.

TioHundra - kommun och landsting i samma båt (Sveriges Kommuner och Landsting, 2007).

År 2007, redan ett år efter att TioHundraprojektet startade, genomförde Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) en studie om projektet på uppdrag av Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun. Studien fokuserade på processen som föregick förändringen och de erfarenheter som gjordes under det första året i den nya organisationen. De operativa verksamheterna inom sjukhuset, primärvården och omsorgen hade högsta prioritet under det första verksamhetsåret. Studien behandlar inte specifikt vård och omsorg om äldre.

I rapporten konstaterades att samgåendeprocessen kring TioHundra var lyckad och att förberedelserna inför driftsstarten fungerade väl. En viktig framgångsfaktor för detta arbete var själva TioHundraidén om en samordnad vård och omsorg. Det höga tempot i arbetet uppgavs ha bidragit till att ett stort engagemang upprätthölls hos politiker och tjänstemän. Redan innan TioHundraprojektet fanns det en tradition av samverkan i Norrtälje. De befintliga nätverken mellan sjukhus, primärvård och omsorg underlättade förberedelsearbetet. En annan viktig framgångsfaktor var att ledningen var beslutskraftig och fortlöpande löste problem och fattade beslut.

Kommunikation och information uppgavs ha fungerat tillfredsställande i de flesta avseenden. Däremot fanns det problem med att nå fram med information till omsorgens personal. Det hade inte tydliggjorts vilken roll och position dess chefer och nyckelpersoner skulle ha i den nya organisationen, vilket sannolikt påverkade processen negativt. Det konstaterades även att de gemensamma administrativa stödfunktionerna inte var färdigutvecklade efter det första året.

Fördjupad granskning av TioHundraprojektet avseende den ”gränslösa” vården och omsorgen samt samordning och styrning av organisationen (Öhrlings PricewaterhouseCoopers, 2008).

Landstingsrevisorerna i Stockholms läns landsting gav Öhrlings PricewaterhouseCoopers (PwC) i uppdrag att genomföra en fördjupad granskning av hur TioHundranämnden och TioHundra AB hade klarat att hantera den ”gränslösa” vården och omsorgen i och med sammanslagningen av huvudmannskapet (Öhrlings PricewaterhouseCoopers, 2008). Samtliga av de 16 intervjuade i granskningen var chefer eller hade andra ledande positioner i förändringsarbetet inom TioHundraprojektet.

I rapporten beskrivs relationerna mellan TioHundraförvaltningens och TioHundra AB:s ledningar som mycket goda. Flera av de intervjuade beskrev att projektet i sin helhet hade problem med förmedling av information. En del av informationsproblematiken var att ge den förhållandevis komplicerade organisationsmodellen legitimitet och förståelse i omvärlden, framförallt till medborgarna i Norrtälje.

Under 2007 hade arbetet med effektivisering av processerna resulterat i ett antal uppnådda effekter i utvecklingen mot en samordnad vård och omsorg för äldre. Ett samordnat team för äldreomsorg i hemmet hade startats. I Hallstavik och Vaddö hade primärvård och äldreomsorg lagts samman till ett gemensamt verksamhetsområde. Genom integrering av rehabiliteringsresurser, mellanvård och sjuksköterskor i särskilt boende hade ett nytt verksamhetsområde uppstått – Rehabilitering och Äldresjukvård. Andra positiva effekter rapporten lyfter är minskade köer till särskilt boende och ett minskat antal kvarliggande medicinskt färdigbehandlade vilket tillskrevs vara ett resultat av en mer integrerad vårdkedja. Ökad bemanning i särskilt boende samt införandet av prestationsersättning angavs som betydande faktorer.

TioHundraprojektet verkade även ha haft en positiv inverkan på rekryteringen av geriatriker. Enligt bolagsledningen var detta en effekt av satsningen på det integrerade verksamhetsområdet Rehabilitering och Äldresjukvård. Från ett brukarperspektiv uppgavs att läkarkontakterna i särskilt boende hade underlättats och att det förekom att läkare hade börjat göra hembesök i samverkan med omsorgspersonal.

TioHundra - Någonting har hänt. En utvärdering av TioHundraprojektet (Öhrlings PricewaterhouseCoopers, 2009).

Den ursprungliga planen var att TioHundraprojektet skulle sträcka sig över fem år, 2006-2010. Inför beslut om fortsatt samarbete mellan Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting fick PwC (2009) återigen uppdraget att utvärdera TioHundraprojektet. Utvärderingen genomfördes på en relativt översiktlig nivå och baseras på intervjuer med ansvariga och verksamhetsföreträdare inom TioHundraorganisationerna, samt med representanter för båda huvudmännen.

Enligt utvärderingen skedde både förberedelserna inför TioHundra och mycket av utvecklingsarbetet i arbetsgrupper med representanter för verksamheterna. Detta skapade både delaktighet och förankring för TioHundratanken.

I utvärderingen konstaterades att det i viktiga delar av verksamheten hade skett klara förbättringar och effektiviseringar, som till viss del kunde kopplas till TioHundraprojektet. I rapporten lyfts några exempel fram som gäller vård och omsorg om äldre. Antalet platser i särskilt boende hade minskat vilket innebar en besparing på 20 miljoner, samtidigt hade väntetiderna till särskilt boende kortats och antalet väntande halverats. Samverkan mellan hemtjänst och hemsjukvård hade utvecklats. Dessutom höjdes enligt PwC kvaliteten i verksamheterna. Därutöver bedömde utvärderarna att samordning av rehabilitering och äldreomsorg hade bidragit till effektivisering och sänkta kostnader. Satsningen på geriatriken hade stärkt läkarinsatser i särskilt boende. Ett vårdplaneringsteam förlagt vid sjukhuset hade utvecklat rutiner och vårdplanering vid utskrivning från sjukhuset för patienterna. Det gemensamma journalsystem som hade införts för sjukhuset och primärvården inom TioHundra AB, med "titt-funktion" för äldreomsorgen, skulle förbättra samverkan kring patienter och brukare. Inom förvaltningen hade en kompetensförstärkning skett vad gäller biståndshandläggning och för MAS-funktionen.

Det konstaterades att det fanns brister i huvudmännens stöd till TioHundraprojektet. Det fanns inte heller någon plan för uppföljning vad gäller verksamhetens effektivitet, kostnader och kvalitet. Dessutom hade landstinget underlåtit att ta ansvar för den löpande vetenskapliga utvärdering som det hade beslutats om. Huvudmännen blev dock mer aktiva under 2008.

Den sammantagna bedömningen PwC gjorde var att TioHundraprojektet bidragit till en utveckling av den lokala vården och omsorgen samt att skälen för en fortsättning av projektet var goda.

ÄLDREOMSORGENS UTVECKLING UNDER TIOHUNDRAPERIODEN

Norrtälje har en åldrande befolkning

Det har skett en kraftig ökning av äldre personer i Sverige under de senaste decennierna, både till antal och i andel av befolkningen. Denna utveckling har varit påtaglig i Norrtälje kommun där ökningen av andelen 65 år och äldre och andelen 80 år och äldre av befolkningen har ökat mer än i övriga Stockholms län och i riket. År 2005 var 19,6 procent av befolkningen 65 år och äldre, och 5,7 procent av befolkningen var 80 år och äldre i Norrtälje kommun – 2010 hade dessa siffror ökat till 23,1 procent för dem som var 65 år och äldre och till 6,0 procent för dem som var 80 år och äldre.

Tabell 1. Befolkningsutveckling i Norrtälje kommun, Stockholms län och riket.

	Andel (%) 65+ i befolkningen			Förändring i antal 65+ (%)
	2005	2010		2005-2010
Norrtälje	19,6	23,1	(+3,5)	+20,8
Stockholm län	13,9	14,7	(+0,8)	+15,1
Riket	17,3	18,4	(+1,1)	+11,0
Andel (%) 80+ i befolkningen				Förändring i antal 80+ (%)
	2005	2010		2005-2010
Norrtälje	5,7	6,0	(+0,3)	+7,4
Stockholm län	4,5	4,1	(-0,4)	+1,2
Riket	5,4	5,3	(-0,1)	+2,0

Källa: Statistiska centralbyrån, egna beräkningar.

Omstrukturering från särskilt boende till hemtjänst

Det har varit en medveten och uttalad ambition från politikerna i TioHundranämnden att de äldre ska kunna bo kvar längre i sina egna hem. Tidigare hade Norrtälje en högre andel äldre personer i särskilt boende än riksgenomsnittet, nu är de nere på riksgenomsnittet. Detta har

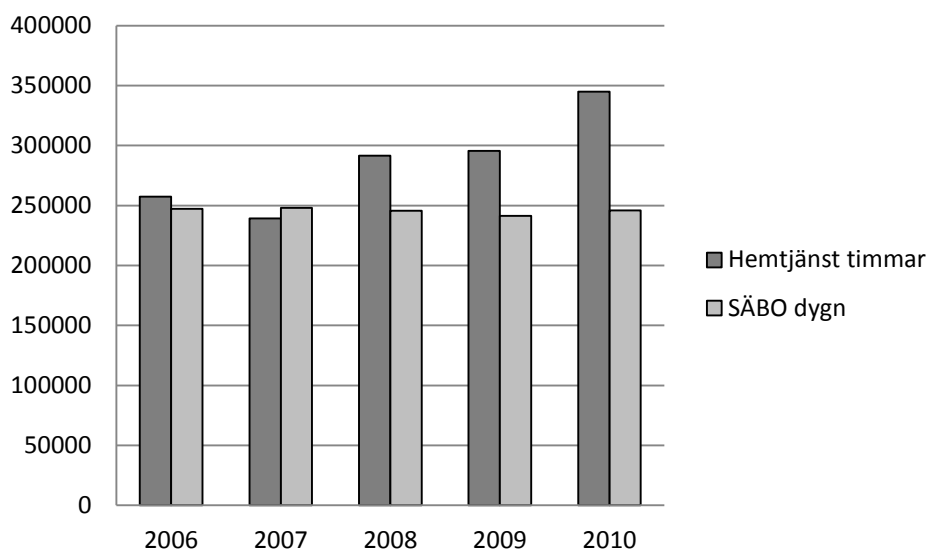
de enligt TioHundraförvaltningens beställaravdelning klarat genom att bygga ut stödet i hemmet. Givet samma omvårdnadsbehov verkar allt fler kunna bo kvar hemma.

För att möta behoven hos en åldrande befolkning bestämde sig TioHundranämnden för att genomföra en strategisk satsning med den uttalade målsättningen mer vård och omsorg i det egna hemmet. Enligt TioHundraförvaltningen startades en successiv förnyelse av de särskilda boendena, med en utmönstring av äldre boenden som inte höll måttet varken standardmässigt eller arbetsmiljömässigt till förmån för ny- och ombyggda äldreboenden. Vidare avvecklades ett sextiotal servicelägenheter, medan femton servicehuslägenheter omvandlades till ordinärt boende. Omstruktureringen komparerades av att en ökande andel Norrtäljebor 65 år och äldre fick hemtjänst, från knappt sju procent av alla 65 år och äldre 2006 till över tio procent 2010. Norrtälje har dock ännu en lägre andel med hemtjänst än liknande kommuner (statistik från Kommun- och landstingdatabasen).

Figur 2 och 3, som är baserade på TioHundraförvaltningens egna siffror, illustrerar den strukturuomvandling som har skett där allt fler får vård och omsorg i det egna hemmet istället för i särskilt boende. Mellan 2005 och 2010 ökade antalet hemtjänsttimmar med 32 procent medan antal vård-dygn i särskilt boende låg relativt stabilt, en liten minskning med två procent (obs Figur 2 visar 2006-2010).

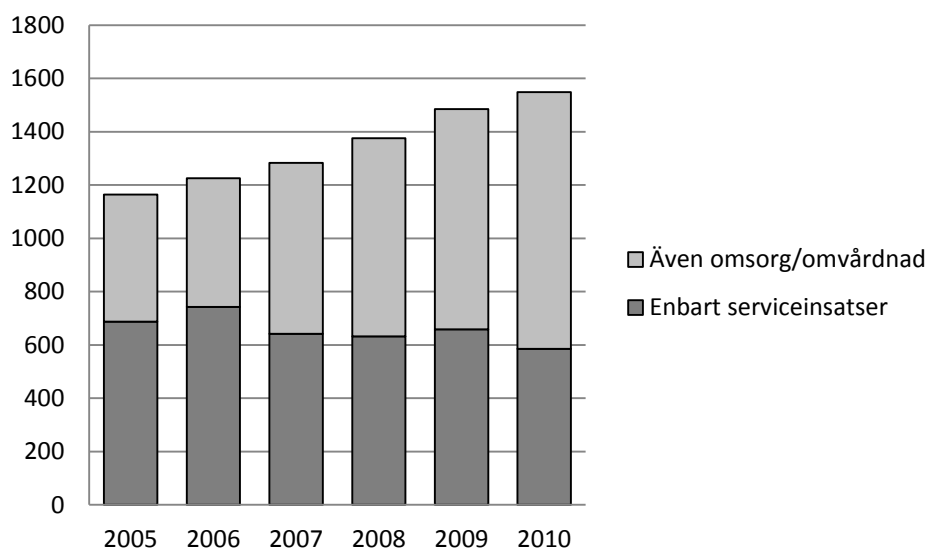
Att antalet platser i särskilt boende låg stabilt mellan 2005 och 2010 bör ses mot bakgrund att befolkningen 80 år och äldre ökade från 3 183 personer 2005 till 3 433 personer 2010, en ökning med 250 personer (+ 8 %).

Minskningen av antalet platser i särskilt boende har inte lett till någon ökning av personer som står i kö till plats i särskilt boende. Före TioHundranämndens tillkomst kunde cirka 50 äldre stå i kö för plats i särskilt boende. Frånsett en ökning i slutet av 2009, med en topp på 50 personer i februari 2010, har kön legat kring 25-30 personer, med en ny topp i juli 2011 med 40 personer.



Figur 2. Volymutveckling avseende antal utförda hemtjänsttimmar och antal utförda dygn i särskilt boende i Norrtälje kommun. Källa: TioHundraförvaltningen.

Figur 3 visar hur hemtjänsten har förändrats mellan 2005 och 2010 och blivit alltmer inriktat på äldre med omvårdnadsbehov. Det totala antalet personer som har hemtjänst har ökat med 33 procent. Personer som enbart har serviceinsatser har minskat med 15 procent.



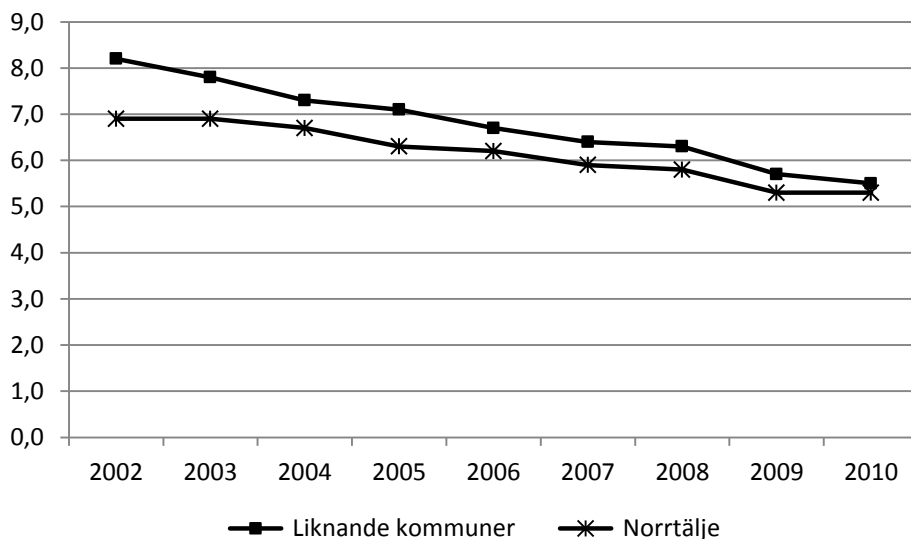
Figur 3. Totala antalet personer i Norrtälje kommun som har hemtjänst uppdelat på personer som har enbart serviceinsatser respektive personer som även har omsorg/omvårdnad (totala antalet individer under ett år). Källa: TioHundraförvaltningen.

Omstruktureringen har inneburit att mer av hemtjänstens tid går till omsorgsinsatser, och mindre till serviceinsatser. Enligt uppgifter från TioHundraförvaltningen har den tid som inrapporterats som omsorg ökat från 60 procent år 2005 till 80 procent 2010.

Denna utveckling överensstämmer med den som varit i övriga landet. Kommunerna koncentrerar äldreomsorgens resurser till personer med behov av omfattande omsorgsinsatser. De som får hjälp får mer omfattande insatser än tidigare (se t.ex. Lagergren, 2005).

Minskad andel av de äldre bor i särskilt boende

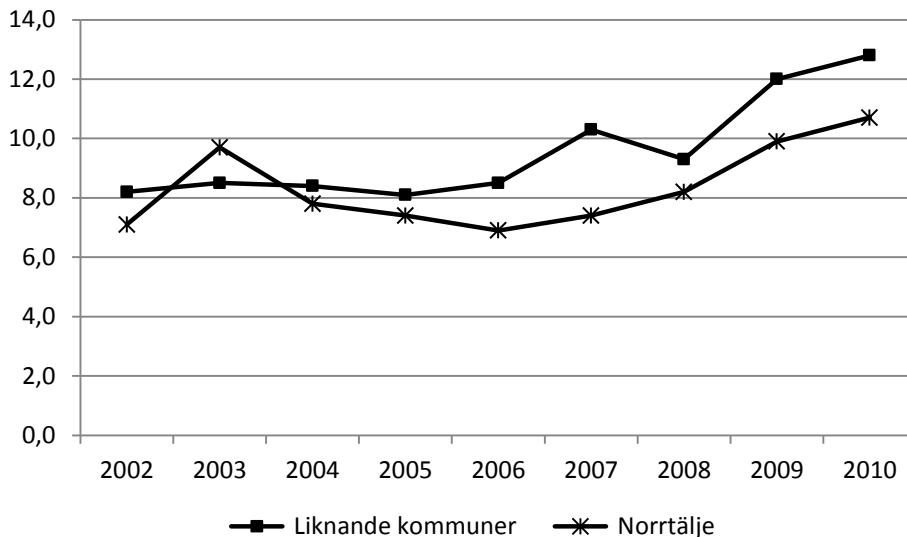
Figur 4 visar att en i stort sett lika stor andel 65 år och äldre har beviljats särskilt boende i Norrtälje som andra liknande kommuner. En minskad andel äldre i särskilt boende är en trend som återses i hela landet (Socialstyrelsen, 2011b).



Figur 4. Personer 65+ i särskilt boende, andel (%). Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Fler har hemtjänst

Mellan 2002 och 2006 låg andelen personer 65 år och äldre som beviljats hemtjänst stabilt runt åtta procent, därefter har det skett en ökning, både i Norrtälje och i liknande kommuner. Figur 5 visar att en lägre andel personer som är 65 år och äldre har beviljats hemtjänst i Norrtälje än i andra liknande kommuner. Den generella trenden i riket under åren 2002-2006 var en liten ökning av andelen äldre personer som beviljats hemtjänst, men åren 2007-2009 var andelen relativt oförändrad. *Antalet* personer som var beviljade hemtjänst ökade dock under perioden (Socialstyrelsen, 2011b).



Figur 5. Personer 65+ som var beviljade hemtjänst i ordinärt boende, andel (%). Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Det finns en del problem förknippade med att jämföra hemtjänst över tid. Dessa problem har olika orsaker. Fram till år 2006 baserades statistiken på mängduppgifter, det vill säga antal personer som fått olika insatser fördelade på ålder och kön som kommunerna rapporterade in. Datainsamlingen gjordes på samma sätt varje år fram till 2006. Under dessa år ingick inte insatser som trygghetslarm och matdistribution i definitionen av hemtjänst. Mellan åren 2006 och 2007 gick Socialstyrelsen över till att samla in individbaserad statistik. Samtidigt ändrades definitionen av hemtjänst, som nu även inkluderade trygghetslarm, matdistribution och snöröjning. En konsekvens av detta är att om till exempel en person endast har trygghetslarm registreras den personen som hemtjänsttagare, vilket leder till att antal individer med hemtjänst ökar. Med andra ord, statistik insamlad fram till och med 2006 är inte jämförbar med den statistik som är insamlad efter 2006 (Socialstyrelsen, 2011b).

I Tabell 2 har uppgifterna för hemtjänst år 2010 bearbetats för att göra dem jämförbara med år 2005. När statistiken för åren 2005 och 2010 blir jämförbara tonar en delvis annan bild fram. Till skillnad från siffrorna i Figur 5, som visade en tydlig ökning av andelen personer 65 år och äldre med hemtjänst, har det här skett en minskning av andelen personer 65 år och äldre med hemtjänst. Den största minskningen av andelen personer 65+ med hemtjänst har skett i Norrtälje. För åldersgruppen 80 år och äldre, där behoven av hemtjänst är större, har det skett en ökning av andelen personer med hemtjänst både i riket och i Stockholm län, men i

Norrtälje har det skett en minskning av andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst.

Tabell 2. Andel personer 65+ och 80+ med hemtjänst och särskilt boende.

	Andel personer 65+ med hemtjänst		Andel personer 65+ i särskilda boendeformer	
	2005 ¹	2010 ²	2005 ¹	2010 ²
Norrtälje	7,4	6,0	6,3	5,0
Stockholm län	9,4	9,0	6,7	5,0
Riket	8,6	8,0	6,4	5,0
	Andel personer 80+ med hemtjänst		Andel personer 80+ i särskilda boendeformer	
	2005 ¹	2010 ²	2005 ¹	2010 ²
Norrtälje	18,8	17,0	17,2	15,0
Stockholm län	21,2	24,0	16,5	14,0
Riket	20,1	21,0	16,5	14,0

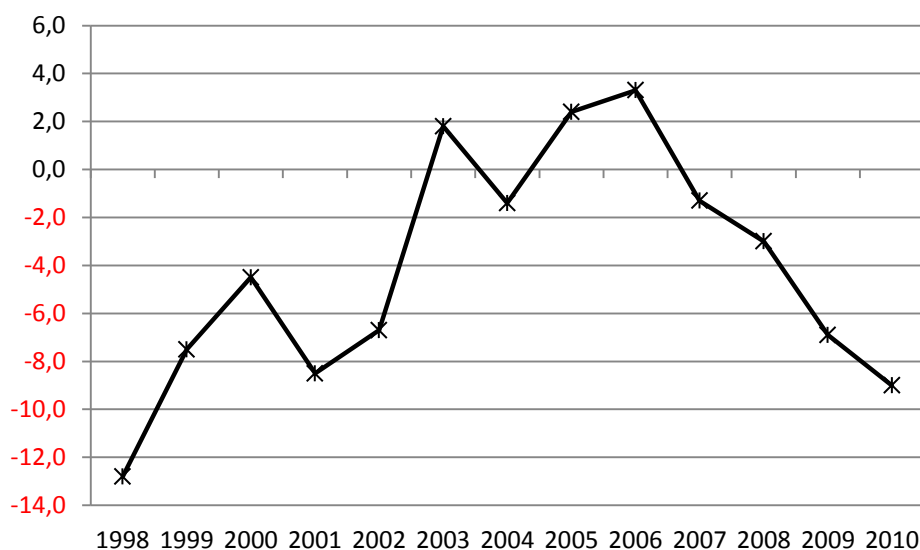
¹Uppgifterna för 2005 är hämtade från Socialstyrelsens statistik: Äldre – vård och omsorg, 2005-10-01.

²Uppgifterna för 2010 är hämtade från Socialstyrelsens statistik: Äldre- kommunal vård och omsorg, 2010-11-01. Beträffande hemtjänsten har uppgifterna för 2010 bearbetats för att möjliggöra jämförelser bakåt i tiden.

Norrtälje har i genomsnitt en äldre befolkning, med högre ohälsotal och lägre socioekonomisk status jämfört med övriga Stockholms län och riket. Norrtäljes minskning av andelen personer 80 år och äldre med hemtjänst, och deras lägre andel jämfört med Stockholm län (Norrtälje 7 procentenheter lägre än övriga Stockholms län) och riket, pekar på att Norrtälje sänkt täckningsgraden av äldreomsorg jämfört med andra kommuner.

Mer äldreomsorg för pengarna

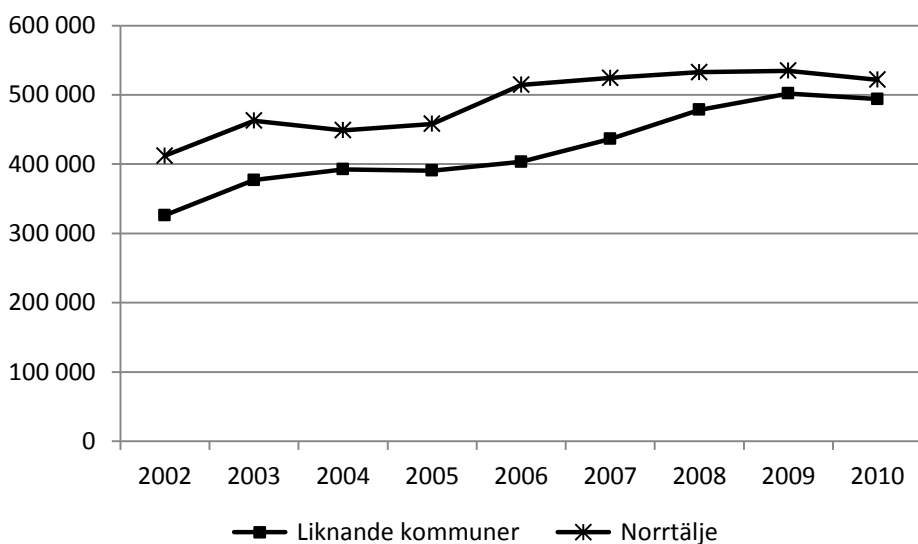
Figur 6 visar att den totala kostnadsutvecklingen för äldreomsorgen i Norrtälje var i en stigande trend fram till 2006. Därefter vände den ofördelaktiga kostnadsutvecklingen och efter 2006 har trenden varit att äldreomsorgens kostnadsutveckling har sjunkit för varje år. Enligt TioHundranämnden beror denna gynnsamma kostnadsutveckling i huvudsak på strukturella förändringar i form av omfattande effektiviseringar inom äldreomsorgen samt att de satsat på att utföra mer vård och omsorg i det egna hemmet istället för i särskilt boende (TioHundraförvaltningen, 2010).



Figur 6. Avvikelse redovisad kostnad och strukturårsjusterad standardkostnad äldreomsorg i Norrtälje 1998-2010. Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

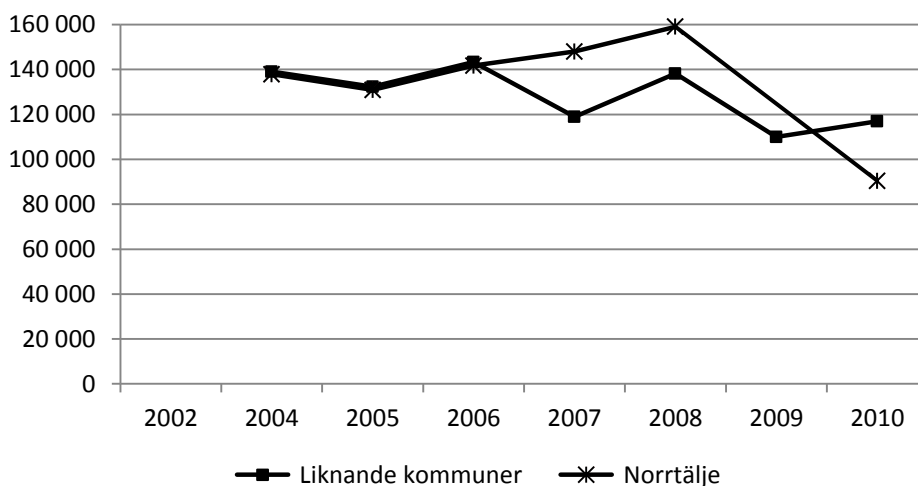
Av Figur 7 framgår det att Norrtälje har en högre standardkostnad per person som bor i särskilt boende än liknande kommuner men att skillnaden krymper. Kostnaden per person som bor i särskilt boende i Norrtälje har närmast sig kostnaden i liknande kommuner, men ligger fortfarande något över.

Faktaruta standardkostnad: Behoven av vård och omsorg om de äldre beror i stor utsträckning på olika strukturella förhållanden som kommunerna inte kan påverka, till exempel ålderssammansättning, fördelning på kön och civilstånd, etnicitet och socioekonomisk sammansättning. För att kunna jämföra hur mycket resurser en kommun använder i förhållande till andra kommuner måste dessa strukturella faktorer beaktas. I kostnadsjämförelserna i detta avsnitt används därför måttet standardkostnad. Standardkostnaden är den kostnad kommunen skulle ha om den bedrev verksamheten på en genomsnittlig avgifts-, ambitions- och effektivitetsnivå samt med hänsyn till kommunens egna strukturella faktorer enligt kostnadsutjämnningen.



Figur 7. Kostnad särskilt boende äldreomsorg, kr/brukare. Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Av Figur 8 framgår att Norrtälje redovisade en lägre kostnad per brukare i hemtjänst än i liknande kommuner år 2010. Kostnaden per hemtjänsttagare har sjunkit i Norrtälje och ligger nu under jämförbara kommuner.



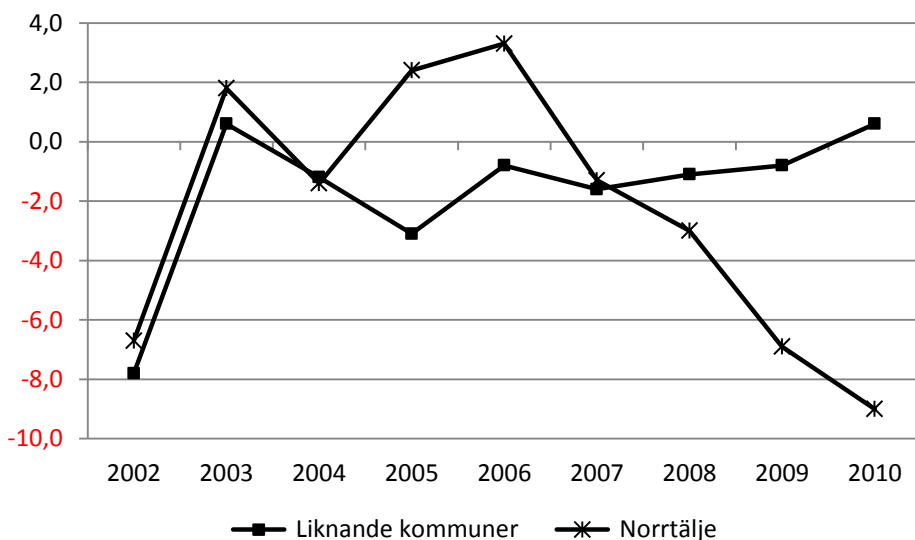
Figur 8. Kostnad hemtjänst äldreomsorg, kr/brukare. Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Jämförelsen i Figur 8 bygger på hur den nationella statistiken redovisar hemtjänsttagare. Som beskrivits ovan inkluderas från och med 2007 de

som har trygghetslarm och de som enbart har matdistribution. Det går därför inte att göra jämförelser över tid, däremot är det möjligt att för respektive år jämföra Norrtälje med liknande kommuner.

Kostnaderna för äldreomsorgen i Norrtälje kommun fortsätter minska

Figur 9 visar äldreomsorgens kostnadsutveckling i Norrtälje jämfört med andra liknande kommuner.



Figur 9. Avvikelse redovisad kostnad och strukturårsjusterad standardkostnad äldreomsorg, andel (%). Källa: Kommun- och landstingsdatabasen.

Det går inte att med någon säkerhet uttala sig om den beskrivna effektiviseringen av äldreomsorgen kan ha inneburit att vissa inte längre får de insatser de skulle ha beviljats för sex år sedan, eller om kvalitén i insatserna kunnat bibehållas. Det finns dock inget som tyder på försämringar. I våra intervjuer har det inte framkommit att det skulle vara vanligt att den äldre inte får de insatser han eller hon behöver. Tvärtom omvittnar flertalet av de intervjuade äldre personerna att de var nöjda med de insatser de har beviljats. Även intervjuerna med olika personalgrupper vittnade om en god samverkan med biståndshandläggarna – de upplevs uppenbarligen inte som ”besvärliga grindvakter”, något som ofta är fallet i andra kommuner.

Läkemedel

Läkemedel är den vanligaste behandlingen för äldre personer. Äldre personer är mer känsliga för läkemedel och löper därmed större risk att drabbas av biverkningar och andra läkemedelsrelaterade problem. Tidigare studier (t.ex. Fastbom, 2005) har visat att äldre personer i genomsnitt använder mellan fem och sex olika läkemedel per dag. Förskrivning av läkemedel till äldre personer baseras ofta på symptom snarare än orsak. Läkare vet sällan vilka läkemedel andra läkare skrivit ut och varför. Detta leder bland annat till att 10-30 procent av alla akuta inläggningar på sjukhus av äldre personer beror på läkemedelsrelaterade problem.

Hanteringen av läkemedel och läkemedelsrelaterade problem har i tidigare studier visat sig vara en tydlig indikator på hur väl vården och omsorgen samverkar kring de äldre och löser sin uppgift.

Tabell 3 visar kvaliteten i läkemedelsanvändningen analyserad med avseende på tre av Socialstyrelsens indikatorer. I tabellen anges andel i gruppen ”de mest sjuka äldre”, utifrån den definition av gruppen Socialstyrelsen tagit fram i oktober 2011. Analyserna baseras på data från läkemedelsregistret november 2010.

Tabell 3. Kvalitetsindikatorer för läkemedelsanvändning. Andel (%) av gruppen ”de mest sjuka äldre”, november 2010.

	Läkemedel som bör undvikas om inte särskilda skäl föreligger	Läkemedelsinteraktioner	Tre eller fler psyko-farmaka samtidigt
Norrtälje	14,9	3,9	7,6
Stockholms län	14,8	3,5	8,2
Riket	16,6	3,6	9,4

Källa: Socialstyrelsens läkemedelsregister, bearbetat för Socialstyrelsens lägesrapport om de mest sjuka äldre.

Den första indikatorn handlar om läkemedel som bör undvikas till äldre om inte särskilda skäl föreligger. Till denna läkemedelsgrupp hör bland annat långverkande bensodiazepiner som bland annat kan orsaka dagtrötthet, förvirringstillstånd och fall; samt läkemedel med antikolinerga effekter (t.ex. medel mot inkontinens och tricykliska antidepressiva läkemedel) som kan ge upphov till förvirring och i vissa fall demensliknande tillstånd. I Norrtälje hade 14,9 procent av ”de mest sjuka äldre” ett eller flera av dessa preparat som bör undvikas bland äldre, samma andel

som i Stockholms län (14,8 procent), men lägre andel än i riket (16,6 procent). Detta placerar Norrtälje på plats 79 av Sveriges 290 kommuner (räknat med den kommun som har lägst andel som nummer 1).

Ju fler läkemedel en patient använder desto större är risken för bland annat läkemedelsinteraktioner som kan leda till biverkningar och/eller minskad eller utebliven behandlingseffekt. I Norrtälje hade 3,9 procent av gruppen ”de mest sjuka äldre” en kombination av läkemedel som kan ge upphov till interaktioner, något högre andel än i Stockholms län (3,5 procent) och i riket (3,6 procent). Norrtälje hamnar här på plats 184 av Sveriges kommuner. Skillnaderna var dock små mellan kommunerna.

I Norrtälje hade 7,6 procent av gruppen ”de mest sjuka äldre” tre eller flera psykofarmaka samtidigt, något lägre andel än i länet (8,2 procent) och lägre än i riket (9,4 procent), vilket placerar Norrtälje på plats 69 av Sveriges kommuner. Behandling med många psykofarmaka innebär inte bara en ökad risk för biverkningar och läkemedelsinteraktioner, utan kan också vara ett tecken på brister i behandlingen av psykiatriska tillstånd.

Vad säger de öppna jämförelserna?

Sedan 2007 har Socialstyrelsen sammanställt öppna jämförelser av vård och omsorg om äldre. De öppna jämförelserna görs utifrån en rad olika indikatorer som ska spegla kvalitet och resultat utifrån ett antal olika kvalitetsområden. Uppgifterna hämtas från officiell statistik och från kommunerna.

Socialstyrelsens öppna jämförelser bör analyseras utifrån att olika kommuner har olika lokala förutsättningar under vilka de bedriver verksamheterna. Därför ska jämförelser mellan olika kommuner göras med viss försiktighet. Generellt tenderar större kommuner att ha resultat som ligger närmre de genomsnittliga värdena för riket. Flera indikatorer har justerats mellan de olika undersökningsåren för att öka validiteten. Därför bör även jämförelser över tid göras med försiktighet.

Nedan redovisar vi jämförelser mellan Norrtälje, Stockholms län och riket för särskilt boende (Tabell 4), hemtjänst (Tabell 5), korttidsboende (Tabell 6), dagverksamhet (Tabell 7) samt för blandade äldre- och korttidsboenden (Tabell 8).

Förklaring av indikatorerna

Delaktighet

Enligt 3 kap. 5§ SoL ska socialnämndens insatser utformas och genomföras tillsammans med den enskilde. Det praktiska genomförandet av en beslutad socialtjänstinsats bör dokumenteras i en genomförandeplan,

såvida det inte framgår av någon annan plan eller uppenbarligen är onödigt (SOSFS 2006:5(S), kap. 6, 1§ AR) (Socialstyrelsen, 2008).

Brukarmedverkan i individuell plan definieras här som den procentuella andelen personer i särskilt boende, hemtjänst, korttidsboende eller dagverksamhet som hade en aktuell genomförandeplan och som varit delaktiga att utforma den.

Personaltäthet

Det finns inget regelverk för vad som är en lämplig bemanning inom äldreomsorgen. Däremot har Socialstyrelsen föreskrivit att det ska ”finnas den bemanning som behövs för att utföra socialtjänstens uppdrag” (SOSFS 2006:11 (S)). Personaltäthet beskriver hur mycket personal som finns att tillgå i förhållande till antalet brukare i respektive verksamhet och ges ofta hög prioritet i olika brukarundersökningar (Socialstyrelsen, 2008).

Personaltäthet definieras här som antal årsarbeten i respektive verksamhet per boende eller brukare.

Kompetens

Enligt 3 kap. 3§ SoL ska det inom socialtjänstens verksamheter finnas personal med lämplig utbildning och erfarenhet.

Yrkesutbildning omvårdnadspersonal definieras som den procentuella andelen månadsanställda i omvårdnadspersonalen som har yrkesförberedande utbildning för sitt arbete.

Kontinuitet

I olika brukarundersökningar bland äldre som får vård och omsorg brukar en god personkontinuitet ofta framhållas som ett viktigt kvalitetsområde (Socialstyrelsen, 2008). Att som vård- och omsorgstagare få möta få och välkända personer från personalen ökar såväl tryggheten som möjligheten att kunna påverka hur insatserna utförs. Om allt för många personal är inblandade ökar risken att kvaliteten blir lidande. En stor andel månadsanställd personal med hög sysselsättningsgrad, låg personalomsättning och en liten andel timanställd personal anses skapa goda förutsättningar för en god personkontinuitet (Socialstyrelsen, 2008).

Hög sysselsättningsgrad definieras som den procentuella andelen månadsanställda i omvårdnadspersonalen med sysselsättningsgrad 85 procent av heltid eller mer.

Personalomsättning definieras som den procentuella andelen månadsanställda i omvårdnadspersonalen som slutat det senaste året.

Timavlönad omvårdnadspersonal mäts genom att antalet årsarbeten som utförs av timavlönad omvårdnadspersonal sätts i förhållande till det totala antalet utförda årsarbeten av omvårdnadspersonal, det vill säga den procentuella andelen årsarbeten som utförs av timavlönad omvårdnadspersonal.

Ledning

Chefsrollen inom äldreomsorgen är central såväl för vårdens och omsorgens kvalitet som för personalens arbetsmiljö och trivsel. En chef inom äldreomsorgen ska klara att leda och fördela arbetet samt vara tillgänglig i sitt ledarskap för att kunna vägleda och handleda personalen (Hjalmarson et al., 2004). Socialstyrelsen har uppmärksammat vikten av att första linjens chefer har goda förutsättningar för sitt arbete (Socialstyrelsen, 2003, 2006). Dessa möjligheter är bland annat beroende av antalet medarbetare per chef.

Anställd omvårdnadspersonal per chef mäts som antal månadsanställd och timanställd omvårdnadspersonal per första linjens chef i de olika verksamheterna.

Riskförebyggande arbete

Riskförebyggande arbete är viktigt för att åstadkomma en säker vård och omsorg om de äldre. Ett framgångsrikt riskförebyggande arbete kräver ofta en bra samverkan mellan olika huvudmän – framförallt mellan kommuner och landsting (Socialstyrelsen, 2010).

Läkemedelsgenomgång. Andel personer i särskilt boende som hade en aktuell läkemedelsgenomgång. Med aktuell avses att läkemedelsgenomgången inte var äldre än tolv månader.

Riskbedömning fall. Andel personer i särskilt boende som riskbedömts avseende risk för fall. Riskbedömningen omfattar frågor om personen fallit under det senaste året, om personen själv upplever att det finns risk för att falla och om personalen uppfattar att fallrisk föreligger eller om en utredning gjorts med stöd av något vetenskapligt utvärderat instrument.

Riskbedömning trycksår. Andel personer i särskilt boende som riskbedömts avseende risk för utveckling av trycksår. Riskbedömningen kan ske med hjälp av olika instrument.

Riskbedömning undernäring. Andel personer i särskilt boende som riskbedömts avseende utveckling av undernäring. Riskbedömningen omfattar ställningstagande till om personen har svårt att äta och dricka, ofrivilligt har minskat i vikt under det senaste halvåret eller om personen är underviktig (Socialstyrelsen, 2010).

Små skillnader mellan Norrtälje och övriga länet

I Tabellerna nedan framgår att Norrtälje inte avviker nämnvärt från övriga Stockholms län och riksgenomsnittet för de flesta indikatorer. Några indikatorer skiljer sig dock, med reservation för att en viss försiktighet bör iakttas vid jämförelserna.

I Tabell 4, som handlar om särskilt boende, framgår bland annat att andelen månadsanställda i omvårdnadspersonalen med hög sysselsättningsgrad var lägre i Norrtälje än i övriga Stockholms län och i riket. Denna andel minskade år 2008 för att sedan åter öka. Personalomsättningen var lägre i Norrtälje jämfört med länet och riket. 2008 ökade dock personalomsättningen för att sedan åter gå ned under genomsnittet. Att både sysselsättningsgraden och personalomsättningen har varierat mellan åren i Norrtälje kan vara en effekt av införandet av kundvalssystemet, vilket innebar att nya utförare etablerade sig och att många anställda bytte arbetsgivare. Tabell 4 visar även att en lägre andel av de som bor på särskilt boende i Norrtälje hade en aktuell läkemedelsgenomgång jämfört med övriga Stockholms län och riket. Det framgår också att en högre andel av de som bor i särskilt boende i Norrtälje hade riskbedömts för fall, trycksår och undernäring än riksgenomsnittet, dock något lägre än i övriga Stockholms län.

I Tabell 5, som visar indikatorer för hemtjänsten, framgår att en lägre andel av de äldre i Norrtälje hade en aktuell genomförandeplan än i övriga länet och riket. Norrtälje hade även en något lägre personaltäthet i hemtjänsten år 2010. Däremot hade Norrtälje en väsentligt högre andel utbildad omsorgspersonal, framförallt år 2009 och 2010. Andelen med hög sysselsättningsgrad och personalomsättningen bland omsorgspersonalen varierade även här mellan åren vilket sannolikt är en effekt av omorganiseringen inom äldreomsorgen.

I Tabell 6, korttidsboende, framgår bland annat att Norrtälje hade en låg personalomsättning och en låg andel timavlönad personal jämfört med övriga Stockholms län och riket. När det gäller dagverksamhet, Tabell 7, visade Norrtälje relativt stora variationer mellan åren vilket kan vara ett tecken på att verksamheten är förhållandevis liten, d.v.s. små förändringar får stora effekter på indikatorerna.

I Tabell 8, som visar indikatorer för blandade äldre- och korttidsboenden, framgår att Norrtälje hade en högre andel personer som var riskbedömda för fall, trycksår och undernäring jämfört med riket.

Tabell 4. Särskilt boende, Socialstyrelsens öppna jämförelser för Norrtälje, Stockholms län och riket.

Indikator	2007			2008			2009			2010		
	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket
Brukarmedverkan i individuell plan	72,2	72,3	71,7	78,0	84,0	75,0	65,0	60,0	55,0	60,0	75,0	67,0
Personaltäthet	1,01	0,97	1,13	1,01	1,08	1,12	0,75	0,82	0,84	0,81	0,84	0,85
Yrkesutbildning omv.personal	62,2	63,9	75,2	52,0	68,0	77,0	77,0	74,0	80,0	82,0	77,0	81,0
Hög syssel-sättningsgrad	23,5	49,1	41,8	10,0	17,0	11,0	28,0	53,0	44,0	22,0	54,0	46,0
Personal-omsättning	5,9	9,7	8,6	17,0	10,0	9,0	3,0	10,0	9,0	8,0	10,0	9,0
Timavlönad omv.personal	22,1	18,5	13,1	12,0	16,0	11,0	14,0	17,0	12,0	17,0	19,0	13,0
Anställd omv.- pers per chef	29,3	29,4	29,5	43,0	39,3	38,9	52,8	44,9	45,1	36,0	31,0	32,0
Läkemedels-genomgång	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57,0	85,0	69,0
Riskbedömning fall	-	-	-	-	-	-	-	-	-	69,0	82,0	55,0
Riskbedömning trycksår	-	-	-	-	-	-	-	-	-	76,0	79,0	46,0
Riskbedömning undernäring	-	-	-	-	-	-	-	-	-	87,0	80,0	54,0

Tabell 5. Hemtjänst, Socialstyrelsens öppna jämförelser för Norrtälje, Stockholms län och riket.

Indikator	2008			2009			2010		
	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket
Brukarmedverkan i individuell plan	58,4	73,2	58,9	40,3	53,5	42,4	21,0	53,0	44,0
Personaltäthet	0,30	0,33	0,34	0,23	0,25	0,27	0,21	0,28	0,31
Yrkesutbildning omv.personal	69,1	53,7	73,1	80,2	61,3	70,7	88,0	65,0	74,0
Hög sysselsättningsgrad	4,2	57,2	45,7	35,8	61,8	49,8	55,0	62,0	52,0
Personalomsättning	31,0	12,9	14,6	9,1	14,6	11,5	4,0	15,0	11,0
Timavlönad omv.personal	16,6	26,6	14,3	19,1	22,4	14,8	26,0	30,0	18,0
Anställd omv.-pers per chef	40,4	32,5	40,5	48,9	34,1	41,0	28,0	21,0	28,0

Tabell 6. Korttidsboende, Socialstyrelsens öppna jämförelser för Norrtälje, Stockholms län och riket.

Indikator	2008			2009			2010		
	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket
Brukarmedverkan i individuell plan	35,7	69,6	59,6	55,8	77,4	69,2	100	100	80,4
Personaltäthet	0,89	1,17	1,01	1,05	0,84	0,94	1,08	1,06	1,10
Yrkesutbildning omv.personal	49,2	71,8	77,8	97,1	80,1	82,6	100	89,0	89,3
Hög sysselsättningsgrad	-	-	-	45,0	55,3	44,1	84,6	64,6	50,2
Personalomsättning	3,0	11,4	8,8	5,9	8,2	9,9	0,0	5,7	8,7
Timavlönad omv.personal	9,7	16,2	11,0	23,1	15,2	11,6	4,0	15,0	12,5
Anställd omv.-pers per chef	34,0	39,2	38,1	81,0	46,5	44,0	12,5	25,3	28,5

Tabell 7. Dagverksamhet, Socialstyrelsens öppna jämförelser för Norrtälje, Stockholms län och riket.

Indikator	2008			2009			2010		
	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket
Brukarmedverkan i individuell plan	34,2	94,7	63,8	0	47,7	43,3	100	82,3	63,1
Personaltäthet	-	0,15	0,21	0,11	0,14	0,11	0,14	0,13	0,13
Yrkesutbildning omv.personal	50,0	77,7	79,6	75,0	81,1	85,3	88,9	89,0	88,9
Hög sysselsättningsgrad	70,0	69,5	50,8	45,0	70,8	50,1	38,9	68,2	53,7
Personalomsättning	45,0	14,7	9,5	0,0	11,6	9,6	0,0	15,6	11,9
Timavlönad omv.personal	2,1	7,2	6,8	29,7	7,3	5,4	1,2	10,9	7,0
Anställd omv.-pers per chef	36,3	20,2	19,3	19,6	17,2	22,7	19,2	23,6	26,3

Tabell 8. Blandade äldre- och korttidsboenden, Socialstyrelsens öppna jämförelser för Norrtälje, Stockholms län och riket.

Indikator	2007			2010		
	Norrtälje	Sthlms län	Riket	Norrtälje	Sthlms län	Riket
Brukarmedverkan i individuell plan	82,0	83,0	69,2	100	92,5	82,1
Personaltäthet	0,95	1,01	1,25	0,96	0,84	0,86
Yrkesutbildning omv.personal	84,9	73,8	77,0	88,4	77,0	80,6
Hög sysselsättningsgrad	43,7	51,7	40,9	38,3	57,1	43,7
Personalomsättning	11,1	10,1	9,9	5,5	14,2	9,8
Timavlönad omv.personal	15,0	16,4	13,0	16,9	18,6	13,6
Anställd omv.-pers per chef	46,3	35,3	35,3	34,8	38,0	31,6
Läkemedelsgenomgång	-	-	-	73,7	80,5	65,3
Riskbedömning fall	-	-	-	85,3	77,3	51,9
Riskbedömning trycksår	-	-	-	74,5	67,5	43,4
Riskbedömning undernäring	-	-	-	81,4	72,2	51,9

Hälso- och sjukvård

Av Socialstyrelsens nationella indikatorer God vård har Socialstyrelsen valt ut fyra indikatorer som särskilt intressanta för gruppen de mest sjuka äldre. Det är undvikbar slutenvård, avlidna eller återinskrivna efter slutenvårdsvistelse för hjärtsvikt eller stroke samt inläggning i slutenvård på grund av fall. Norrtälje ligger nära eller något över riksgenomsnittet för alla fyra indikatorer.

Indikatorn undvikbar slutenvård bygger på antagandet att om de mest sjuka äldre får ett bra omhändertagande i den öppna vården, så kan man förhindra ”onödiga” inläggningar på sjukhus. Därmed belyses omhändertagandet inom den öppna vården, som till exempel förebyggande folkhälsoarbete och landstingens och kommunernas primärvård.

Måttet undvikbar slutenvård består av inläggningar på sjukhus i ett antal utvalda diagnoser. De kroniska sjukdomstillstånd som ingår är anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, kroniskt obstruktiv lungsjukdom och kärlkramp. Utöver detta ingår även några akuta tillstånd, där rätt behandling given inom rimlig tid bedömts kunna förhindra inläggning på sjukhus. De akuta tillstånd som ingår är blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska sjukdomar i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-, näsa- och halsinfektioner.

Risken för återinsjuknande i stroke är betydande. Till detta kan läggas risken att återinsjukna i annan hjärt-kärlsjukdom. Även när det gäller hjärtsvikt är hälso- och sjukvårdens samlade insatser angelägna och kan påverka risken för återinskrivning och död. Indikatorns värde ligger i att den kan indikera till exempel alltför tidig utskrivning, bristande läkemedelsbehandling eller för dålig information till patienterna om sjukdomen.

Fall är en av de vanligaste orsakerna till att äldre personer skadar sig. Fallskador kan få allvarliga konsekvenser för individen, framförallt i form av lidande och försämrad livskvalitet som till exempel svårigheter att röra sig, isolering och ökat beroende av andra. Indikatorn avser personer som lagts in för slutenvård på sjukhus på grund av fallskada.

Tabell 9. Undvikbar sluten vård, avlidna/återinskrivna inom 30 dagar efter utskrivning från sluten vård för hjärtsvikt eller stroke; vårdats på sjukhus för fallskador. Andel (procent) av gruppen ”de mest sjuka äldre”.

	Undvikbar slutenvård	Avliden eller återinskriven, hjärtsvikt	Avliden eller återinskriven, stroke	Vårdats på sjukhus efter fallskada
Norrtälje	9,9	19,4	44,0	6,8
Stockholms län	8,2	15,9	41,5	6,3
Riket	8,1	19,6	41,6	6,4

Källa: Patientregistret 2010, bearbetat för Socialstyrelsens lägesrapport om de mest sjuka äldre.

Studier om multisjuka äldre

Som redovisats ovan genomförde Äldrecentrum en studie 2005 om hur vården och omsorgen fungerar för multisjuka äldre (Gurner, et al., 2006). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har under 2010 tillsammans med 29 kommuner och 13 landsting genomfört en omfattande studie med samma metodik. Norrtälje har medverkat i båda studierna, vilket möjliggör jämförelser, dels mellan 2005 och 2010, dels mellan Norrtälje och övriga 28 kommuner år 2010.

År 2005 ingick 10 personer i studien, år 2010 ingick 21 personer. Eftersom urvalet är litet så måste man vara försiktig med att göra jämförelser. Den problembild som redovisades ovan verkar dock vara relativt oförändrad 2010. Läkemedelsförskrivningen har inte förbättrats, tillgängligheten till primärvården inte ökat.

Äldrecentrum har tagit del av preliminära data från SKL:s studie från 2010. Urvalet av personer som studerats i de olika kommunerna har visserligen skett med samma metod, men det kan ändå finnas skillnader mellan populationerna i de olika länen och kommunerna, vilket gör jämförelser vanskliga. Totalt ingår bara cirka 300 personer, varför det blir relativt få individer i varje kommun. Givet dessa begränsningar i hur materialet kan användas så kan konstateras att den ”benchmarking” deltagandet i SKL:s studie innebär ger alla aktörer i Norrtälje en riktig utmaning. Det handlar nu om att dra nytta av den stora potential TioHundraprojektet ger. Att Norrtälje redan nu skulle framstå som ”bäst i test” skulle vara att ha för stora förväntningar på hur snabbt förändringsarbete ger resultat.

Vad säger de äldre?

Bakgrundsfakta

Äldrecentrum har intervjuat elva äldre personer med omfattande behov av vård och omsorg samt två anhöriga makar som var delaktiga i omvårdnaden av sin anhöriga. Medelåldern bland de intervjuade var 84 år. Av de som intervjuades var sju kvinnor och fyra män. Nio av intervjupersonerna var ensamboende. Samtliga intervjupersoner var beviljade hemtjänstinsatser av olika omfattning. Två personer hade endast städning; en hade även handling, matdistribution och ledsagning; sju personer hade förutom serviceinsatser även personlig omvårdnad.

För två av de intervjuade äldre utförde makarna omfattande insatser, varav en hade ekonomisk ersättning från kommunen för att vårda sin närstående.

Vanliga hälsoproblem bland de intervjuade var reumatiska sjukdomar, ålderssvaghet, hjärt- och kärlsjukdomar, högt blodtryck, smärta, problem med rygg och nacke, skelettskador, benskörhet, nedsatt syn, neurologiska sjukdomar, kognitiv svikt, komplikationer efter tidigare stroke, bensår, trycksår, och diabetes.

De äldres synpunkter på äldreomsorgen

Nästan samtliga intervjuade var mycket positiva till den hemtjänst som gavs, oavsett om de hade TioHundra AB eller annan (privat) utförare. De flesta var också nöjda med person- och omsorgskontinuiteten, vilken några menade hade blivit bättre under det senaste året. Två av de intervjuade som hade få insatser ansåg att personkontinuiteten ibland var dålig. Ett par av de intervjuade klagade dock på städningen, att den inte utfördes så bra som de önskade. Några gav också uttryck för att de yngre vårdbiträdena och undersköterskorna inte alltid visste hur de skulle städa eller laga mat.

Samtliga intervjuade ansåg att de fick den hjälp de var beviljade med undantag för önskemål om mangling, fönsterputs och hjälp med att hänga gardiner. De sa att de kände till att det inte var möjligt att få dessa insatser och att de därför inte heller hade ansökt om dem. Kontakterna med biståndshandläggarna upplevdes som positiva och de intervjuade upplevde inga svårigheter med att få utökade insatser vid behov.

Vårdplaneringar

Sju av de elva intervjuade uppgav att de inte deltagit i, eller kommer ihåg om de deltagit i vårdplanering på sjukhuset inför hemgången. Ingen av de

elva intervjuade hade fått någon vårdplanering i hemmet där deras behov och genomförandeplan hade diskuterats av olika yrkeskategorier.

På frågan vem som inför utskrivningen från sjukhuset initierade kontakten med hemtjänsten eller hemsjukvården svarade fem intervjupersoner att det var sjukhusets personal. Fyra av intervjupersonerna uppgav att det var deras anhöriga som tog kontakt med hemtjänsten. För en intervjuperson var det distriktssköterskan som hade ordnat kontakterna med hemtjänsten. I ett fall var det den äldre själv som hade tagit kontakt med biståndshandläggaren.

Slutenvården

De flesta av de intervjuade äldre (9 personer) ansåg att de hade fått stanna tillräckligt länge på sjukhuset vid senaste vårdtillfället. De flesta (8 personer) visste också vart de skulle vända sig om de behövde hjälp eller utökad hjälp av hemtjänsten. Tio av de elva intervjuade hade fått ett återbesök inbokat vid hemgången eller visste vart de skulle vända sig om de skulle behöva komma i kontakt med läkare efter sjukhusvistelsen. Den elfte uppgav att han inte visste vart han skulle vända sig men kände sig ändå trygg eftersom han litade på att hans son visste vart de skulle ha vänt sig om behov hade uppstått.

Samtliga intervjuade ansåg att det bemötande de hade fått på sjukhuset varit bra. En av de intervjuade sa att hon upplevde att det var för få personal – *”Om man inte kunde gå upp själv på helgerna så fick man ligga kvar i sängen hela dagen”*. En av de anhöriga sa att det i det stora hela hade varit bra men att personalen ibland verkade irriterad på att han besökte sin hustru så ofta och så länge. Han upplevde att han var i vägen när han besökte sin hustru på sjukhuset.

Synpunkter på korttidsvård och rehabiliterande vård

En av de intervjuade äldre personerna beskrev sin vistelse på ROS som mycket positiv. Vistelsen och bemötandet var mycket bra. Den äldre kände sig stärkt och glad efter att ha kommit hem. Två andra intervjuade hade andra erfarenheter från ett annat korttidsboende. En av de anhöriga berättade att biståndshandläggaren hade föreslagit ett korttidsboende för hustrun. För att ta reda på hur det var gjorde maken ett besök där. Han tyckte inte korttidsboendet var trevligt, det var kallt och trist och han fick inget förtroende för att de skulle sköta om hans hustru ordentligt. Makarna tackade därför nej till vistelsen eftersom de var oroliga för att hustrun skulle försämrans av en sådan vistelse. Den andra intervjupersonen som framförde klagomål hade själv vistats på samma korttidsboende under flera veckors tid. Hon beskrev vistelsen som outhärdlig, tristessen var stor och personalen hade inte tid för de äldre som var lite piggare. Hon beskrev att maten var dålig – ”*Allt var smaklöst och tråkigt*”.

Primärvården

Samtliga av de intervjuade äldre personerna hade haft eller hade regelbunden kontakt med läkare, distriktssköterska, sjukgymnast och/eller arbetsterapeut. Flera hade även kontakt med specialistläkare och åkte emellanåt antingen till Danderyd eller till Karolinska sjukhuset. Några av de intervjuade uppgav att de inte fick komma till sin husläkare så ofta som de önskade. Orsaken de angav var att det byts läkare från gång till gång på vårdcentralen eller så får patienten ta den läkare som finns tillgänglig och därefter vid ett senare tillfälle, oftast efter två till tre veckor komma till sin valda husläkare. En av de intervjuade sa att han först måste ringa distriktssköterskan som gör en bedömning om det behövs ett besök hos läkaren, vilket han ansåg att han bäst avgjorde själv. Några sa också att det är svårt att komma fram på telefon och att läkarernas telefontider är alldeles för korta.

När det gäller de äldres syn på distriktssköterskorna gick omdömena isär. Utifrån intervjuerna verkade det mest vara en personfråga. De flesta uppgav att de var mycket nöjda med distriktssköterskans insatser och att de blir bra bemötta och behandlade. Några av de intervjuade framförde klagomål på både stöd och bemötande från distriktssköterskan, till exempel att distriktssköterskan ofta var stressad eller ointresserad av deras behov av stöd och hjälp.

Flera av de intervjuade framförde att de hade goda erfarenheter av den paramedicinska personalen. De sa att de får bra stöd och träning i hemmet. De äldre tyckte även att det är skönt att de slipper åka iväg för behandlingar.

Samarbetet

Åtta av de elva intervjuade äldre personerna ansåg att vården fungerar bra och att den upplevs som en helhet. En av de intervjuade berättade att distriktssköterskan instruerar undersköterskorna hur de ska göra och att stämningen dem emellan är god. De tre som var av avvikande åsikt framförde synpunkter på att samarbetet inte alltid fungerar bra mellan de olika vårdinrättningarna eller mellan de olika yrkeskategorierna. Det framkom också att personalen generellt har för lite tid för att kunna samarbeta. En person ansåg att samarbetet inte fungerar mellan hemtjänsten och distriktssköterskan. En annan person upplevde att informationen om hennes behov inte förmedlades på ett tillfredsställande sätt mellan slutenvården och vårdcentralen.

På frågan om hur den äldre själv skulle vilja utforma vården svarade drygt hälften att de var nöjda som det är idag medan andra framförde önskemål om förbättringar. I intervjuerna betonades att distriktssköterskorna är en mycket viktig yrkeskategori. Det framkom även önskemål om högre personkontinuitet bland dem som endast hade städning och serviceinsatser.

De äldres synpunkter på kundvalet

Flera av de intervjuade äldre personerna hade haft kommunens hemtjänst även innan TioHundra AB bildades och såg ingen direkt anledning att byta utförare eftersom de i stort varit nöjda sedan tidigare. En person hade inga synpunkter alls på kundvalet. Några av de intervjuade ville inte ha privat äldreomsorg, antingen på grund av ideologiska skäl eller för att de inte orkade ta del av alternativen eller på grund av rädsla, då det skrivits så mycket negativt om privat vård och omsorg. En av de intervjuade tyckte att det är bra med olika alternativ eftersom man då kan byta utförare om man inte är nöjd.

UTVECKLINGEN AV EN SAMORDNAD VÅRD OCH OMSORG FÖR ÄLDRE

Hur fungerar informationsöverföringen?

Två journalsystem i hälso- och sjukvården

Vi intervjuade tre distriktssköterskor som var anställda inom TioHundra AB:s hemsjukvård, två i Norrtälje och en i Rimbo. Alla tre uttryckte att de var oroliga för patientsäkerheten. Deras oro handlade om att den personal som behöver samverka runt patienterna dokumenterar i olika journalsystem. Distriktssköterskorna i hemvården dokumenterar i Procapita och övrig hälso- och sjukvårdspersonal i TakeCare. Distriktssköterskorna ansåg att TakeCare är bättre anpassad för hälso- och sjukvård, och skulle underlätta i kommunikationen med vårdcentralerna. Flera av Norrtäljes invånare är dessutom patienter på andra av landstingets sjukhus, som exempelvis Danderyds sjukhus och Karolinska sjukhuset, som också använder TakeCare.

Vid en av vårdcentralerna som drivs av TioHundra AB uttryckte både den intervjuade läkaren och distriktssköterskan oro för patientsäkerheten med hänvisning till att de privata utförarnas distriktssköterskor inte har tillgång till varken TakeCare eller WebCare. Informationsöverföringen mellan den här vårdcentralen och de privata utförarnas distriktssköterskor bygger på telefonsamtal och/eller information via fax. Själva var de mycket nöjda med att hela TioHundra har tillgång till TakeCare som de tycker fungerar alldeles förträffligt.

De intervjuade från TioHundraförvaltningens beställaravdelning uttryckte att de har stor förståelse för de svårigheter som vårdpersonalen upplever med de olika journalsystemen. De sa sig vara medvetna om att vårdpersonalen tycker att det är krångligt att behöva gå in i två olika system och att alla heller inte kommer åt allting.

Fram till dess att förutsättningarna för en sammanhållen journalföring är genomförd är det viktigt att de olika vårdgivarna hittar vägar till samverkan för att säkerställa informationsöverföring och dokumentation. TioHundraförvaltningens personal ansåg att oron för patientsäkerheten som framförts från utförarna inte är något specifikt för Norrtälje, utan det är en fråga som många kommuner och landsting brottas med. Det är ett landstingsövergripande problem men som i och med TioHundra blivit tydliggjort. Hela landstinget måste hitta ett sätt att föra över information

mellan vårdgivare som är säkert och överensstämmer med patientdatalagen. Det innebär i klartext att det inte bara handlar om teknik utan också om att hitta möjliga vägar som kan fungera i det dagliga arbetet och att all personal som är involverade följer de regler som gäller och är villiga att medverka till en lösning.

WebCare når inte alla

När det gäller systemet för den samordnade vårdplaneringen (WebCare) har distriktssköterskorna i den hemsjukvård som drivs av TioHundra AB tillgång till systemet via vårdcentralens personals inloggning medan de privata utförarnas distriktssköterskor ännu inte har denna möjlighet.

När det gäller WebCare har förvaltningen i Norrtälje inte makt och behörighet att förändra direkt i systemet utan måste påpeka behov av förbättringar till förvaltaren av systemet, vilket enligt förvaltningens personal också görs.

I intervjuerna med distriktssköterskorna, både de som var anställda inom TioHundra AB:s hemsjukvård och de som var anställda vid TioHundra AB:s vårdcentraler, identifierades några problem och säkerhetsrisker i samspillet mellan sjukhuset och primärvården. Ett sådant är för de särskilda boendena, som till skillnad mot primärvården inte har WebCare och därför inte nås av den informationen, eller kan signera att de har övertagit patientansvaret. Mycket sker per telefon, vilket normalt sett fungerar, men är inte en säker informationskanal. Man har också lokala rutiner med en faxblankett. Liknande gäller personalen i hemrehabiliteringen.

IntraPhone upplevs som administrativt tung

I intervjuerna med distriktssköterskorna som var anställda inom TioHundra AB:s hemsjukvård framgick att mycket av deras tid går åt till onödig administration då de numera måste registrera allt de gör, som är kopplat till patienten, i IntraPhone för att få rätt ersättning. Det framkom även att olika distriktssköterskor registrerar sina arbetsuppgifter olika vilket kan medföra en orättvis resurstilldelning. Distriktssköterskorna berättade att deras arbete har blivit mycket krångligare och att det har blivit mindre fokus på patientarbetet och mer på administration under de senaste åren.

Rehabiliteringspersonalen bedömde på samma sätt att IntraPhone inte är anpassat till deras arbetsuppgifter, och är därför inget bra stöd för dokumentationen och inte heller lämpligt ha som grund för deras ersättningar från beställaren.

Hemtjänsten inom TioHundra sköter dokumentationen via IntraPhone som är länkad till Procapita. IntraPhone används också för att registrera

den tid de är hos den äldre. I intervjuerna med hemtjänstpersonalen framkom att personal ibland glömmer bort att registrera sig in och ut hos den äldre. Detta medför problem eftersom de får betalt utifrån den tid som är registrerad.

Utredarnas kommentarer:

- *Journalsystemen kan samordnas.* Så formulerar sig TioHundraförvaltningen i en skrift om TioHundraprojektet, Från vision till verklighet. Ambitionen har varit att få ett gemensamt dokumentationssystem för hemvården, Procapita. Detta har dock inneburit att hemvården fått ett annat dokumentationssystem än sjukhuset och TioHundra AB:s vårdcentraler. Detta upplevs inte tillräckligt säkert. Det är inte givet att det räcker med ”tittmöjligheter” i varandras journalsystem. Förvaltningen behöver noga följa hur journalsystemen och deras användning stödjer patientsäkerheten.
- *Informationsöverföringen till och från primärvården och hemsjukvården.* I föreskrifterna från Socialstyrelsen om samverkan vid in- och utskrivning av patienter anges tydligt vilken information som ska överföras från den slutna vården till berörda enheter inom den öppna vården och socialtjänsten (SOSFS, 2005:27). Som redovisats ovan finns det brister, som skulle kunna hanteras om exempelvis alla hälso- och sjukvårdsaktörer använde ett gemensamt journalsystem. Alla inom hemsjukvården nås ännu inte heller av WebCare, systemet för att säkerställa informationsöverföring mellan slutna och öppna vård. Telefon och fax har ånyo blivit kommunikationsmedel. Lösningar är på väg men ännu upplever de som intervjuats att patientsäkerheten är i fara. En ytterligare svårighet är de nya aktörerna inom kundvalet, som inte har tillgång till de gemensamma journalsystemen. Här finns ett viktigt utvecklingsområde. I och med TioHundra bör Norrtälje ha goda möjligheter att uppnå målsättningen en patient, en journal.
- *Ökad administration* menar vissa av de intervjuade har följt på de förändringar som varit. Det tar tid att ta rätt på vem som är ansvarig för en viss patient, det tar tid att samordna olika aktörer. De administrativa stödsystemen har inte hängit med i den snabba utveckling som varit i Norrtälje. Detta är rimligtvis inget olösligt problem.
- *IntraPhone och ersättningssystemen* har inte full acceptans. Att registrera de insatser man utför kan å ena sidan vara en metod som skapar flexibilitet – är det bra för den enskilde så kan man utföra insatsen och ändå få betalt även om det egentligen är en annan aktör som har uppdraget. Men det kan också skapa begräns-

ningar om systemet används så att man bara får betalt för det man har avtal om eller är biståndsbeslutat. Det kan också skapa en känsla av att vara övervakad. Vissa vittnar om risken för att man kan manipulera med registreringarna. Det är därför viktigt att vara uppmärksam på hur systemet används, så att det stödjer att alla aktörer är pragmatiska, flexibla och ser till vad som i stunden är bäst för den enskilde. Rätt använd så kan det vara ett sätt att komma förbi den risk vissa lyfter fram med kundvalet, att varje utförare bara gör det som står i avtalet.

Vårdplaneringsteam

Samordnad vårdplanering är reglerad i lag och i föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS, 2005:27). Av vårdplanen skall det tydligt framgå vilka insatser som behövs efter utskrivning, såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.

Vårdplanering är prioriterat i uppdraget till utförarna inom TioHundra (FoUU-avdelningen TioHundra, 2009). Under 2007 påtalades från Norrtälje sjukhus att det fanns problem vid utskrivning från sjukhuset. Bland annat blev många patienter kvar för länge på sjukhuset. En orsak till problemen var att det är många personer och personalgrupper som måste känna till rutinerna kring en äldre person som ska skrivas ut. En del problem berodde på bristande kunskap, ofta i kombination med dålig efterlevnad av de rutiner som faktiskt redan fanns. Detta kunde i sin tur bero på att många i personalen var relativt nyanställda, eller att de var tillfälligt anställda, exempelvis som AT- och ST-läkare. En svårighet var att läkarna på sjukhuset kunde göra helt olika bedömningar av en patient, om hon var utskrivningsklar eller inte. En annan svårighet var att antalet korttidsplatser var underdimensionerade, vilket flera av de intervjuade anser att de fortfarande är.

Ett exempel på konsekvenserna av bristande kommunikation var att det förekom att ingen tog ansvaret för att planering för eftervården kom till stånd, vilket innebar att en patient kunde bli liggande kvar på sjukhuset därför att alla trodde att någon annan planerade för henne. Det fanns påtagliga glapp i kontakten mellan sjukhuset och biståndshandläggarna. Det fanns även glapp mellan avdelningar och kollegor på sjukhuset.

Projekt mellan 2008-2010

För att lösa dessa problem skapades ett projekt där en biståndshandläggare från TioHundraförvaltningens beställaravdelning samt en distrikts-sköterska och en arbetsterapeut från TioHundra AB ingick. Projektet

pågick mellan 2008 och 2010. Detta projekt är implementerat och finns dokumenterat i rapporten "Bättre liv för multisjuka äldre".

Projektets uppdrag var tydligt: att skapa och implementera rutiner för patienter som var "färdiga på sjukhus". Det uttalade syftet var att: underlätta kommunikation inom olika vårdkedjor, skapa trygghet och kontinuitet för den enskilde samt minska antalet dagar på sjukhuset efter bedömning om medicinskt färdigbehandlad. Projektet skulle identifiera problemen och undersöka vad de berodde på. Befintliga rutiner skulle ses över och vad som var möjligt att göra inom ramen för gällande lagstiftning. I uppdraget ingick även att stödja personalen, även i hanteringen av enskilda ärenden. En del i detta var att få samtliga att inse betydelsen av att starta planeringen för utskrivning från sjukhuset i god tid.

År 2011 gick projektet över i ordinarie verksamhet, dock enbart med biståndshandläggare, för närvarande 3,75 tjänster som sköter vårdplanering och biståndsbeslut på sjukhuset. Det finns förslag om att minska personalstyrkan till 2,75.

Dagsläget - samverkan

Behovet av samverkan ökar i takt med att allt sjukare personer kan få sin vård i hemmet, till exempel har man sett en stor ökning av respiratorpatienter. Det blir allt fler specialister runt varje patient. För att samverkan ska fungera måste alla med, alla måste vilja detta.

Samspelet med sjukhuset

Den intervjuade biståndshandläggaren som har ingått i vårdplaneringsteamet upplevde att samarbetet med de olika avdelningarna på sjukhuset har fungerat bra. Det är tänkt att alla avdelningar ska ha en person med särskilt ansvar för arbetet med utskrivningar, så är dock inte fallet. Samarbetet fungerar bäst med de avdelningar där en sådan funktion finns. En bakomliggande orsak till att samverkan har blivit mycket bättre med sjukhuset är att de sitter nära varandra och har lärt känna varandra.

Vi intervjuade en av geriatrikerna som arbetar på ROS. I intervjun framgick att geriatrikerna nästan aldrig träffar biståndshandläggarna, men att det mesta blev till det bättre i och med att vårdplaneringsteamet infördes.

Samspelet mellan sjukhuset och primärvården och särskilt boende

Ett annat område där det finns svårigheter är informationsöverföringen mellan läkarna på sjukhuset och primärvården. Ett exempel på detta är att det ibland förekommer att sjukhusläkarna dokumenterar nya ordinationer av läkemedel i TakeCare, men ändrar inte i Apodos. Dessutom kommer inte de privata vårdcentralerna åt det som dokumenteras i TakeCare eftersom de har andra dokumentationssystem.

Ytterligare hack i informationskanalerna uppstod som vi sett i samband med att kundvalet, som inkluderar hemsjukvården, infördes. WebCare når vårdcentralerna och biståndshandläggarna men ännu inte de privata utförarna av hemsjukvården. Detta kan till exempel innebära att informationen når distriktssköterskan på vårdcentralen, men inte distriktssköterskan på Attendo som ska göra jobbet. Trots dessa svårigheter har den involverade personalen hittat ett visst flyt i informationsöverföringen, som främst går via telefonkontakter mellan hemsjukvårdens sjuksköterskor och sjuksköterskorna på sjukhuset. Enligt vårdplaneringsteamet har det hittills inte skett några avvikelser, men däremot är det mycket letande efter telefonnummer. Detta system är förstås bräckligt. De flesta sjuksköterskorna på sjukhuset har jobbat länge, därför fungerar det. Men om det är ny personal fungerar det sämre, arbetet går långsammare, men det går.

Vårdplaneringsmötet

I Norrtälje, liksom i en majoritet av landets kommuner, deltar biståndshandläggare vid vårdplaneringsmöten på sjukhuset, medan distriktssköterska och personal från hemrehabiliteringen mycket sällan deltar. Detta kan motiveras av att det finns mer tidseffektiva sätt för de personalgrupperna att utbyta information med sjukhuset och att planera för de fortsatta insatserna. Samtidigt innebär det att lagstiftarnas intention med en samordnad vårdplanering inte uppnås. I några kommuner pågår intressanta försök med att personal kan delta virtuellt, försök som är intressanta för Norrtälje med dess långa avstånd.

Samspelet mellan sjukhuset och hemtjänsten (omsorgen)

När en person är vårdplanerad och ska skrivas ut är det biståndshandläggaren i vårdplaneringsteamet som ansvarar för att informera hemtjänsten. Denna information sker muntligt och nästan alltid också skriftligen före utskrivning. Vid behov kontaktar även avdelningssjuksköterskan hemtjänsten för att ge information om utskrivningen. Hemtjänstpersonalen är mycket sällan med på vårdplaneringar.

Information om kundvalet vid utskrivning från sjukhus

Ett moment som tillkommit vid vårdplaneringen är att välja utförare inom ramen för kundvalet. Ungefär en gång i veckan förekommer det att en patient på sjukhuset ska välja hemsjukvård och/eller hemrehabilitering, men som inte behöver någon hemtjänst. Att hemsjukvård och hemrehabilitering ingår i kundvalet har ännu inte fått fullt genomslag, och skapar informationsproblem.

Utredarnas kommentarer:

Vårdplaneringsteamet har alldeles uppenbart gjort ett gott arbete vad gäller att utveckla och implementera tydliga rutiner för vårdplanering och utskrivning. Det var därvid säkert bra att teamet var sammansatt tvärprofessionellt. Att teamet nu avvecklats men biståndshandläggare på sjukhuset permanentats kan också vara rimligt givet att:

- man söker former för att möjliggöra för till exempel den äldres kontaktperson om hon redan har hemtjänst, distriktssköterskan i hemsjukvården, distriktsläkaren på vårdcentralen och/eller personal från närrehabiliteringen att delta, exempelvis genom videomöte eller annan lämplig teknik,
- man beaktar den minskade kontinuiteten i biståndshandläggningen genom att en biståndshandläggare gör ”ad hoc” bedömning och beslut på sjukhuset, en annan biståndshandläggare tar över efter utskrivningen. Det kan innebära risker för att all information inte finns endera hos vårdplaneraren på sjukhuset eller hos biståndshandläggaren på förvaltningen. Det kan också vara förvirrande för den äldre och dennes anhöriga,
- man säkerställer samspelet på sjukhuset mellan vårdplanerare och avdelning genom att varje avdelning så som det är tänkt har en person som är särskilt ansvarig för utskrivningsplaneringen.

Individuell vård- och omsorgsplanering - IVOP

Individuell vård- och omsorgsplanering (IVOP) är ett utvecklingsarbete som har genomförts inom ramen för TioHundraprojektet. IVOP startade som ett projekt år 2007 och är idag en del av den ordinarie verksamheten. IVOP innebär ett teamarbete kring äldre hemmaboende personer. Detta sker i form av gemensamma vårdplaneringar i hemmet där hemtjänst, hemsjukvård, distriktssköterska, hemrehabilitering (sjukgymnast och arbetsterapeut) och biståndshandläggare deltar efter behov och aktuella frågeställningar. IVOP-samarbetet vidareutvecklades sedan till att underlätta den gemensamma vårdplaneringen i hemmet i och med att samma

aktör har ansvaret för alla tre delar i kundvalet (hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering). Tidigare var en stor del av samverkan beroende av vilka personer som var inblandade. Med IVOP har det skapats en struktur som säger att verksamheterna ska samverka.

Utredarnas kommentarer:

Den gemensamma vårdplaneringen är viktig för samordningen mellan de olika utförarna av vård och omsorg runt den äldre. Den är också numera lagstadgad: ”När den enskilde har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska kommunen tillsammans med landstinget upprätta en individuell plan.” (SoL 2 kap § 7, likalydande i HSL § 3f). Ju fler involverade, desto viktigare med en gemensam plan, dokumenterad i vårdplan och genomförandeplan, och som följs upp gemensamt. Vikten av att IVOP genomförs växer således med att fler aktörer tillkommer genom kundvalet och vårdvalet. Av intervjuerna framgår att den gemensamma vårdplaneringen i hemmet inte är så vanlig som det var tänkt. Ett skäl kan vara att det är oklart vem som har ansvaret för att det blir en gemensam plan och en gemensam uppföljning. Ansvaret för detta behöver därför tydliggöras för respektive patient/äldreomsorgstagare.

Beställaren av äldrevård och äldreomsorg

Från 2007 har beställar-utförarmodellen blivit allt tydligare inom TioHundraprojektet. Trots vissa oklarheter kring vem som ansvarar för helheten har biståndshandläggarna fått en samordnande funktion, inte bara för SoL- utan även för HSL-insatserna. Det är dock oklart vem som har ansvaret att sammankalla till gemensam vårdplanering (IVOP) – den som uppfattar att det finns bekymmer sammankallar är uppfattningen som vi mött. För att tydliggöra dessa oklarheter har det diskuterats att införa en ”vårdvägledare” som ska finnas utanför myndighetsutövningen. Eventuellt någon på sjukhuset som skulle kunna samordna hälso- och sjukvårdsdelen för dem med stora behov.

Inom TioHundraförvaltningens beställaravdelning finns det tre biståndshandläggarteam: ett i centrala Norrtälje, ett i Rimbo och ett i Hallstavik. Därutöver har de sedan några år särskilda vårdplanerare som är lokaliserade på Norrtälje sjukhus (se stycket ovan om vårdplaneringsteam).

Uppföljning

Vi intervjuade två personer från TioHundraförvaltningens beställaravdelning. De två intervjupersonerna såg många fördelar med TioHundraprojektet. En stor fördel har varit att de har alla resurserna i sin hand och att de därmed får en bättre överblick. Enligt beställaravdelningen har

samverkan kring olika uppföljningar blivit bättre, till exempel samverkan med avtalshandläggarna för de olika verksamhetsområdena, samverkan med MAS och MAR, samt för individuppföljningen. Därmed ökar också möjligheterna att identifiera vad som är fel.

Ett tydligt exempel på detta var den bristande läkarkontinuiteten i särskilt boende vilket åtgärdades genom att använda geriatriker från sjukhuset istället för distriktsläkare från vårdcentralerna. Från beställaravdelningen har de även sett möjligheter till synergieffekter, hur verksamheter befruktar varandra och hur de därmed kan stärka kontinuiteten. Ett sådant exempel var att lägga in hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering i kundvalet (som beskrivs nedan).

Avvikelseberapportering

Avvikelseberapportering kan vara ett sätt att följa upp brister i samverkan. Avvikelseberapportering inom socialtjänsten ska rapporteras i ett system som heter C2, vilket enligt flera intervjuade personer görs för sällan. Nu har en ny blankett för avvikelseberapportering arbetats fram. Blanketten, som ännu inte börjat användas, ska skickas till MAS:en. Sjukhuset använder landstingets avvikelseberapportering Händelsevis.

Beställaravdelningens syn på samverkan - hemtjänst, primärvård och slutenvård

Både TioHundra AB och TioHundraförvaltningen har deltagit i olika utvecklingsprojekt. Ett exempel är satsningen på individuell vård- och omsorgsplanering (IVOP, se ovan) som sedan förstärktes genom att i kundvalet lägga in hemtjänst, hemsjukvård och hemrehab som en ”paketlösning”. Initialt blev det en del svårigheter för sjukhuset att veta vilken distriktsköterska som var patientansvarig (vårdcentralens eller hemsjukvårdens). Enligt TioHundraförvaltningen har de löst detta problem. Eftersom ingen har ett uttalat ansvar för att se till att IVOP genomförs räknar man med att det nu bör underlättas av att en aktör har ansvaret för tre av delarna i och med införandet av kundvalet.

Ett annat exempel på genomförda utvecklingsprojekt är vårdplaneringsteamet, där rutiner, utbildningsinsatser och uppföljning av avvikelser sågs över (se ovan).

Enligt de intervjuade från beställaravdelningen förekom det förr en del klagomål från biståndshandläggarna över hur kontakterna med distriktsköterskorna fungerade – ”*det hör vi aldrig numera*”. Förr var det vanligt med klagomål från sjukhuset vad gäller problem med in- och utskrivningar, detta har också blivit mycket bättre. De intervjuade upplever att de klassiska revirstriderna mellan olika ansvarsområden har klingat av under TioHundraprojektet. En del av förklaringen tror de intervjuade är

”TioHundraandan” och att de har ett gemensamt mål. Dessutom menar de att inträdet av privata aktörer har lett till att alla förbättrat sig.

TioHundraförvaltningen menar att de har funnit ett gemensamt ”språk” och ansvar inom TioHundraprojektet, att de delar en gemensam fråga som genomsyrar verksamheten. Detta har dock inte löst alla problem. Men samma mål och en sammanhållen vårdkedja har underlättat. Nästa fråga är hur de ska få med de privata aktörerna på detta. TioHundraförvaltningen har ett chefsnätverk med TioHundra AB. Med införandet av kundvalet ska även de privata utförarna ingå i detta nätverk. ”TioHundraandan” genomsyrar detta nätverk – *”vi sitter runt samma bord och diskuterar det gemensamma uppdraget”*, berättade de intervjuade hos såväl förvaltningen som ledningen för TioHundra AB. Målet är, framhåller de, att skapa en gemensam arena med ett gemensamt språk och kultur.

Gränslandet kvarboende och särskilt boende

Norrtälje har få icke verkställda biståndsbeslut när det gäller särskilt boende. I dagsläget menar beställaravdelningen att det finns tillräckligt med platser i särskilt boende. Beställaravdelningen har studerat flöden mellan olika vårdformer och olika typer av boenden, till exempel korttidsboende, särskilt boende och slutenvård. De upptäckte att det saknades en mellanvårdsform. TioHundraförvaltningen har haft en dialog med TioHundra AB om mellanvårdsformer som ledde fram till den för sjukhuset och äldreomsorgen gemensamma satsningen på avdelning 5 och Mjölnaren på ROS. Beställaravdelningen ser detta som ett exempel på hur de som beställare har möjlighet att styra om resurserna i den riktning de önskar. Detta hade varit svårt att få till stånd TioHundraprojektet för utan menar de.

Däremot bedömer de intervjuade från beställaravdelningen att det skulle behövas fler trygghetsboenden. TioHundranämnden har lagt fram ett förslag och avsatt medel för detta, men kommunfullmäktige har ännu inte tagit ställning i frågan.

Utredarnas kommentarer:

Uppdelningen i beställare och utförare är en förutsättning för att kunna ha vårdval och kundval. Utvecklingen från att TioHundranämnden helt förfogade över verksamheten under det första halvåret till att nu styra med avtal, ekonomiska incitament och uppföljning har inte varit oproblematiske. Idén med TioHundra var att stärka samarbetet över huvudmannaskapsgränserna. Att beställa samverkan är dock svårt. Inom äldreområdet finns exempel på områden med många olika avtal – främst gäller det närrehabiliteringen, som haft att samordna de olika avtalen i sitt utförande. Det finns också exempel på samlade beställningar, kundva-

let och det särskilda boendet. Där har dock den dominerande utföraren, TioHundra AB, valt att dela upp beställningen på flera aktörer internt. Det är en utmaning för nämnden och dess förvaltning att vårda ”TioHundraandan”, att få alla aktörer i Norrtälje att dela denna anda – oavsett om det är egen regi, entreprenörer eller privata vårdgivare.

Än svårare är det att följa upp hur de olika vårdgivarna samarbetar sinsemellan. Här har TioHundraförvaltningen en stor fördel genom att avtalshandläggare, biståndshandläggare, MAS och MAR sitter nära varandra och samverkar i uppföljningen. Än mer fokus kan behöva läggas på hur de olika utförarna samverkar. Det bör i Norrtälje, givet accept från huvudmännen, vara möjligt att utforma såväl ekonomiska incitament som uppföljningssystem som främjar samarbete. Incitament att, när det är bäst för den enskilde, ta hand om uppgifter som skulle kunna ses som att de är någon annans ansvar.

Hur har de olika aktörerna organiserat kundvalet?

Den stora aktören - TioHundra AB

TioHundra AB är den största aktören i Norrtälje kommun. TioHundra AB har organiserat kundvalet i tre delar. De har behållit de tre verksamhetsgrenarna i separata organisationer med tre enhetschefer för hemtjänst, en för distriktssköterskorna samt en för hemrehabiliteringen.

- *Hemtjänst.* De tre enhetscheferna för hemtjänsten sitter tillsammans med respektive hemtjänstgrupp. Två av de tre hemtjänstgrupperna har distriktssköterskorna på plats i samma lokaler.
- *Basal hemsjukvård.* Distriktssköterskorna som förts över till hemsjukvården från vårdcentralerna hör till en egen enhet med en egen chef. De sitter i samma lokaler som två av de tre hemtjänst-enheter TioHundra bedriver.
- *Hemrehabilitering.* Personalen inom hemrehabiliteringen sitter tillsammans på ROS och ansvarar för hemrehabilitering både i ordinärt och särskilt boende (även hos några av de privata utförarna av särskilt boende).

En av TioHundra AB:s hemtjänstenheter har cirka 38 fast anställda medarbetare och ca 15 timanställda. Till hemtjänsten hör också två distriktssköterskor som jobbar mot tre olika vårdcentraler, två vårdcentraler som tillhör TioHundra och en privat vårdcentral i Rimbo. Hemtjänsten har också på deltid stöd från en sjukgymnast och en arbetsterapeut. Hemtjänstenheten har inga strukturerade regelbundna möten tillsammans med distriktssköterskorna och rehabiliteringspersonalen men kan vid behov kalla till ett möte. Den medicinska personalen sitter heller inte i samma lokaler. Vid denna hemtjänstenhet intervjuade vi enhetsledaren/chefen, en undersköterska och två distriktssköterskor.

Dokumentationen inom hemtjänsten sköts via IntraPhone och läggs därefter in i Procapita. Enhetsledaren berättade att personalen ibland glömmer bort att registrera tid hos de äldre vilket ställer till det för hemtjänsten eftersom de får betalt efter utförd tid. Hemtjänsten skulle behöva ta tag i detta men eftersom de varit utan chef en längre tid så hänger problemet i luften och hemtjänstenheten får för lite betalt.

Samtliga intervjuade vid hemtjänstenheten sa att de har mycket bra kontakt och samarbete med biståndshandläggarna. Det är en öppen dialog oss emellan, sa en av de intervjuade.

Samtliga intervjuade vid hemtjänstenheten uttryckte även oro över vad som kommer att hända med TioHundras grundidé och med samordning och samarbete när kundvalet införs fullt ut vid årsskiftet 2011/2012. De betonade att det är viktigt och positivt att TioHundra har hela kedjan. Slutenvården, primärvården och hemtjänsten är i ett och samma bolag, det var ju det som var tanken, menade de intervjuade.

De distriktssköterskor som intervjuades pekade på att det finns skillnader i kvalitet och patientsäkerhet mellan de äldre som inte har hemsjukvård och alltså får sin behandling utförd av distriktssköterskor på vårdcentralen och de som har hemsjukvård som kan få insatser utförda av hemtjänstens personal på delegering av en distriktssköterska. Distriktssköterskorna är (som redovisas mer nedan) på grund av tidsbrist tvungna att delegera medicinska uppgifter oavsett om hemtjänstens personal har någon hälso- och sjukvårdsutbildning eller inte. Detta kan enligt de intervjuade skapa risker för patientsäkerheten.

Distriktssköterskorna ansåg att det är svårare för distriktssköterskor i hemsjukvården att komma i kontakt med distriktsläkaren jämfört med deras kollegor på vårdcentralen. De intervjuade distriktssköterskorna var inte nöjda med att de enbart har telefontid två dagar i veckan, särskilt eftersom det då inte är säkert att de når distriktsläkaren.

Den lilla aktören - Fancy Care

Fancy Care har funnits i Norrtälje sedan kundvalet infördes hösten 2009. Fancy Care finns för närvarande i områdena Rimbo och Norrtälje norra, och räknar med att när kundvalet införs fullt ut 2012 utvidga till Norrtälje södra. Företaget har även verksamhet i Täby och Upplands Väsby. Fancy Care är i dagsläget det minsta företaget inom kundvalet, cirka 35 personer har valt Fancy Care, såväl yngre som äldre personer (cirka 2,5 % av antalet hemtjänsttagare i Norrtälje kommun). VD:n/ägaren är chef för alla tre verksamhetsgrenar i företaget och arbetar själv i verksamheten.

- *Hemtjänst.* Vårdbiträdena är lokaliserade i Rimbo och i Norrtälje. Ett vårdbiträde har en samordnande roll och finns i Norrtälje.
- *Basal hemsjukvård.* Sjukskötersketjänster köps in utifrån (hittills i mycket begränsad omfattning).
- *Hemrehabilitering.* Företaget har en arbetsterapeut anställd. Sjukgymnasttjänster köps in utifrån (hittills i mycket begränsad omfattning).

Utöver de biståndsbedömda insatserna erbjuder Fancy Care även tilläggs-tjänster som kunden får köpa (t.ex. flytt- och storstädning, fönsterputsning, snöskottning och trädgårdsskötsel).

Orsaken till den ringa graden av hemsjukvård och hemrehabilitering beror på att deras kunder endera är relativt friska, eller, i några fall, har så stora behov att de är inskrivna i ASIH. I något fall har den äldre valt att behålla hemsjukvård från TioHundra AB, vilket innebär att den önskade samordningen av hemtjänst och hemsjukvård uteblir. Dessutom minskar företagets möjlighet att få volym nog att anställa egen sjuksköterska, vilket de helst vill.

Kontakterna med biståndshandläggarna fungerar bra. Besluten är i form av tid och insatser, där tiden är mest styrande. Tid och utförda insatser registreras i IntraPhone vilket fungerar bra. Däremot finns en del brister i ersättningssystemet – det är svårt att få täckning för OB-tid och restid, schablonerna är inte tillräckliga.

Samverkan med Norrtälje sjukhus har fungerat bra. Kontakterna sköts per telefon och fax. Sjukhuset kontaktar Fancy Care när någon av deras kunder ska skrivas ut och hittills har detta aldrig missats. Samarbetet med ASIH fungerar också mycket bra. Kontakterna med MAS och MAR fungerar bra. Däremot kallas inte Fancy Care till vårdplaneringar på sjukhuset, vilket de ser som en brist. När det gäller samverkan med primärvården kan de inte uttala sig då samarbetet endast varit i begränsad omfattning. En bidragande orsak till att samarbete och informationsutbyte med andra aktörer hittills har fungerat bra kan vara att Fancy

Care är ett litet företag med en samordnare (med andra ord – få personer inblandade).

I jämförelse med Täby märks det, enligt Fancy Care, att Norrtälje är i startskedet med sitt kundval. I Täby har de haft kundvalet längre och är mer erfarna, de har bland annat bättre rutiner och regelbundna utförarmöten. Fancy Care önskar att TioHundraförvaltningen skulle bjuda in till sådana utförarmöten. Fördelen med utförarmötena är att det blir ett öppnare klimat mellan de olika hemtjänstutförarna. Efter intervjun med Fancy Care har TioHundraförvaltningen börjat med utförarmöten.

En nackdel med att vara en liten aktör är att det på grund av för små volymer kan finnas svårigheter med att ha egna distriktssköterskor och rehabiliteringspersonal. Även en högre grad av ensamarbete och att den lilla organisationen blir mer sårbar nämns som risker. Inget hindrar dock en liten aktör att köpa till exempel rehabiliteringstjänster från en större aktör.

Den mellanstora aktören - Attendo Care

Attendo etablerade sig i Norrtälje i mars 2011 och bedriver för närvarande vård och omsorg i två geografiska zoner: centrala Norrtälje, Rådmansö och Frötuna samt Hallstavik med Singö, Älmsta, Väddö och Grisslehamn. I Norrtälje kommun är Attendo hemtjänst med sina cirka 450 brukare och cirka 80 personal och ett antal timpersonal en mellanstor hemtjänstaktör.

- *Hemtjänst.* Attendo har två hemtjänstenheter, Norrtälje södra och Norrtälje norra, med varsin verksamhetschef.
- *Basal hemsjukvård.* Attendo har egna sjuksköterskor och distriktsköterskor på respektive hemtjänstenhet som ansvarar för hälso- och sjukvården.
- *Hemrehabilitering.* De har egna arbetsterapeuter och sjukgymnaster på respektive hemtjänstenhet.

Attendo har inga underleverantörer annat än vid sjuksköterskebrist då de köper in sjukskötersketjänsterna från bemanningsföretag. I vissa fall samarbetar de mellan hemtjänstenheterna.

I januari 2012 kommer kundvalet att gälla fullt ut. Attendos förhoppning är att de kommer att expandera i och med detta. Planen är att då dela upp de enheter som finns idag till flera mindre eftersom de inte vill ha för stora enheter. Attendos målsättning är att varje enhetschef inte ska ha för många underställda, redan vid 40-50 medarbetare börjar det att bli för många.

I dagsläget fungerar samverkan med olika aktörer bra. När kundvalet börjar gälla fullt ut kommer situationen att förändras.

Trots att det har skett byten av utförare tror den verksamhetsansvariga på Attendo att de äldre inte har påverkats särskilt mycket eftersom det är samma personal som fortsätter att komma hem till dem. I princip all personal följde med över till Attendo när de tog över de aktuella verksamheterna. Attendos erfarenhet är att de äldre bryr sig mer om vilka vårdbiträden som kommer hem till dem än vilket företag de är anställda hos.

Av intervjun framgår att de äldre för det mesta blir beviljade rätt hjälpnivå. Ersättningssystemet tillåter att de kan vara tiden ut hos den äldre, och skulle de av någon anledning behöva stanna längre ska de få betalt för det. Däremot uppfattas administrationen som ligger bakom som problematisk. Problemen är av teknisk karaktär, IntraPhone fungerar inte bra för Attendo. Attendo saknar en kommunikation med TioHundraförvaltningen om rutinerna för hur de ska stämma av utförd tid, vilket även vore en kvalitetssäkring.

Samverkan med sjukhuset har hittills inte fungerat bra. Ett av problemen har varit att Attendo inte har tillgång till journalsystemet TakeCare. Detta innebär att Attendo får förlita sig på andrahandsinformation. För att få verksamheten att fungera har de skapat en egen rutin där de faxar – sjukhuset faxar ett behandlingsmeddelande till Attendo. Om sjuksköterskan, sjukgymnasten och arbetsterapeuten behöver ytterligare information måste de ringa och be någon på sjukhuset att läsa ur TakeCare. Den verksamhetsansvarige på Attendo bedömer detta som allvarligt. Attendo har påtalat för TioHundraförvaltningen och på politisk nivå att de befarar avvikelser på grund av att de inte har tillgång till den information som de behöver för att kunna utföra hälso- och sjukvårdsuppgifter vilket äventyrar patientsäkerheten. Den verksamhetsansvarige på Attendo anser att kundvalet i Norrtälje inte är på lika villkor eftersom de privata utförarna inte har tillgång till samma information. Varför skulle någon välja en privat utförare om de vet att patientsäkerheten riskeras?

Attendo samverkar inte med primärvården på regelbunden basis, endast om de påtalar att det behövs. Attendo har haft några möten med primärvården om hur de ska få informationsöverföringen att fungera. Lösningen, om än en tillfällig sådan, har blivit fax och telefonsamtal. Attendo får ringa primärvården som får läsa högt ur TakeCare. De blir inte heller kallade till vårdplaneringar, vare sig på sjukhuset eller i hemmet. Sannolikt blir inte Attendo kallade till vårdplaneringar (delvis) på grund av att de inte har tillgång till WebCare, ännu ett system de är utanför.

Delegering

Hälso- och sjukvårdspersonal kan delegera vissa medicinska uppgifter till äldreomsorgens vård- och omsorgspersonal. En delegering får endast ske om detta är förenligt med en god och säker vård. Vårdgivaren kan aldrig föreskriva att vissa medicinska arbetsuppgifter skall delegeras. Behovet och lämpligheten i att delegera ska alltid bedömas i det enskilda fallet efter att en professionell bedömning gjorts av ansvarig yrkesutövare som är ålagd arbetsuppgiften. Förfarandet regleras i Socialstyrelsens allmänna råd (SOSFS 1997:14).

Samtliga av de distriktssköterskor som vi intervjuat uttrycker att de känner oro för att de på grund av tidsbrist är tvingade att delegera medicinska arbetsuppgifter till i princip samtliga personal inom hemtjänsten, oavsett om de för uppgiften har tillräckligt med medicinska kunskaper eller inte. En av de intervjuade distriktssköterskorna säger att de egentligen inte bör ha fler än 30 delegeringar per sköterska, eftersom det är svårt att ta ansvar för fler än så. De flesta distriktssköterskor ger ändå betydligt fler delegeringar eftersom det annars inte skulle fungera. Ledningen och kommunens MAS är informerade om förhållandet. Kommunens MAS har också vänt sig till Socialstyrelsen med en skrivelse i frågan, men enligt vad distriktssköterskorna känner till har detta ännu inte följts upp.

Utredarnas kommentarer:

Kundvalet - en bra möjlighet som kan utvecklas mer

Norrtälje har utformat en intressant modell för kundvalet, där de aktörer som ingår ska kunna erbjuda såväl hemtjänst, hemsjukvård som hemrehabilitering. Lösningen adresserar alla de problem som lyfts fram i olika studier, såväl nationellt som lokalt, att det brister i samverkan mellan hälso- och sjukvård och hemtjänst, och att det gäller att få en fungerande samverkan mellan dem som är närmast den äldre i hemmet.

Idén är definitivt god, barnsjukdomarna dock många. De äldre synes vara nöjda, men det finns en del i samspelet mellan olika aktörer och i informationsöverföringen som gör personalen frustrerad och även orolig för patientsäkerheten. Vi vill här peka på några områden som TioHundra-nämnden har att fortsätta att arbeta med:

- *Distriktssköterska och läkare, teamet som sprängdes.* Inte oväntat uttrycker de distriktsläkare och distriktssköterskor som intervjuats att det blivit svårare att nå varandra när distriktssköterskan flyttade ut från vårdcentralen. Detta är också erfarenheter från flera län där hemsjukvården har kommunaliserats. En väl fungerande hemsjukvård bygger dock på att det finns ett säkert samar-

bete mellan dessa båda yrkesgrupper. Formerna för detta behöver utvecklas och i Norrtälje har man särskilt goda förutsättningar att hitta dessa former eftersom man till skillnad mot alla andra kommuner förfogar över helheten. En möjlighet är att destinera vissa läkare till hemsjukvården.

- *Närhet distriktssköterska – vårdbiträde.* Syftet med att föra samman hemsjukvård och hemtjänst var att få en närhet mellan distriktssköterskan och den hemtjänstpersonal som arbetar hemma hos den äldre. Distriktssköterskan ska kunna delegera på ett säkert sätt, ha tid för att instruera och handleda. Inget tyder på att den önskade närheten mellan distriktssköterskor och hemtjänstpersonal uppnåtts ännu. Detta synes delvis bero på kultur-skillnader och otydliga mål för distriktssköterskorna i hemsjukvården. Det har inte heller varit möjligt att fullt ut uppnå att man sitter i samma lokaler. Det beror bland annat på de geografiska avstånden i kommunen och att distriktssköterskorna i TioHundra AB flyttade tillsammans när TioHundra AB upphörde med verksamhet i två av fyra geografiska zoner av kommunen. Samtidigt kan det konstateras att samarbetet mellan distriktssköterskor och hemtjänsten beskrivs som mer väl fungerande idag än under förra hälften av 2000-talet, och att samverkan är bra på flertalet håll, om än personberoende. Med tydliga strukturer för gemensamma möten, former för delegering och handledning kan dagens mer personberoende modell växlas över till en mer säker organisation. Då kan man säkerställa både den professionella gemenskapen mellan distriktssköterskorna och närheten till hemtjänstpersonalen.
- *Hemrehabiliteringen som en integrerad del.* Hemrehabiliteringen lever i många kommuner runt om i landet sitt eget liv, utan något samspel med hemtjänst och hemsjukvård. I länet i övrigt är beställningen av hemrehabilitering separerad från hemsjukvård. I Norrtälje har man gjort tvärtom och lagt in även hemrehabiliteringen i kundvalet. Djärvt men inte oproblemiskt. Hemrehabiliteringen utgör, i likhet med hemsjukvården, en egen enhet och är en del av närvården i TioHundra AB. Fördelen är att det ger möjligheter att inom vårdbolaget integrera olika rehabiliteringsinsatser (korttidsrehabilitering, dagrehabilitering, hemrehabilitering), samtidigt som man kan nyttja resurserna flexibelt i samarbetet med hemtjänst och särskilt boende. Nackdelen som personalen beskriver det är ett ökat avstånd till vårdcentralen, och att man ännu inte fått en tillräcklig närhet till alla hemtjänstenheter. Det vägval TioHundranämnden gjort att ha även hemrehabiliteringen inom kundvalet kan ändå anses som helt rätt. Den utveckling som kan behövas nu är dels att säkra tydliga strukturer för samarbetet med hemtjänstenheterna, dels att säker-

ställa informationsflödet med övrig hälso- och sjukvård, såväl sjukhuset som vårdcentralerna. Det är också angeläget att få ett bra samspel mellan korttidsrehabiliteringen, dagrehabiliteringen och hemrehabiliteringen så att det blir enkelt att erbjuda den insats som är bäst lämpad för den enskilde individen oavsett om det sker enligt HSL eller SoL.

- *Svårare att nyttja personal rationellt.* Det får inte igen bli så att man möts på färjan till Blidö när det hade räckt med att en åkt är en synpunkt som framkom i en av intervjuerna, och denne var inte ensam att påpeka de långa restiderna i Norrtäljes glesbygd. Med flera aktörer ökar risken att två sjukgymnaster eller sjuksköterskor sitter och åker samma vägsträcka. Det finns all anledning att stimulera aktörerna att samnyttja personal så att inte värdefull arbetstid i onödan går till restid.

Särskilt boende

De olika aktörernas organisation i särskilt boende

TioHundra AB

Personalen i särskilt boende. Inom TioHundra AB ansvarar en enhetschef för det särskilda boendet. Enhetschefen är endast chef för vårdbiträden och undersköterskor.

Sjuksköterskeinsatser. TioHundra AB har egna sjuksköterskor som är stationerade på respektive särskilt boende men hör till en egen organisation inom samma verksamhetsområde – ”sjuksköterskor vid vård- och omsorgsboenden” – med en egen enhetschef. Sjuksköterskorna har ingen arbetsledande funktion inom särskilt boende.

Läkarinsatser. Läkarinsatserna utförs av TioHundra AB:s egna geriatriker från den geriatriska kliniken. Ett undantag är de särskilda boendena i Rimbo (Bergshyddan och Vallbyhage) där läkarinsatserna kommer från Rimbo/Edsbro vårdcentral (privat vårdcentral).

Rehabiliteringsinsatser. Rehabiliteringen hör till ett annat verksamhetsområde med en egen organisation – ”rehabilitering och närsjukvård” – och har en egen chef. Rehabiliteringspersonalen är stationerad vid ROS. I Rimbo håller de dock till i ”gamla kommunhuset”.

Silverhemmen vård och omsorg AB - Solbacka demensboende

Silverhemmen vård och omsorg AB är ett relativt nystartat bolag. Solbacka demensboende, som öppnade den 1 september 2010, är deras första boende. Solbacka har 64 boende, samtliga har demensdiagnos. Norrtälje kommun (TioHundraförvaltningen) hyr huset och Silverhemmen har avtal med TioHundraförvaltningen och bedriver vård och omsorg i lokalerna.

Personalen i särskilt boende. I dagsläget har enhetschefen 67 medarbetare. Enhetschefen har en biträdande verksamhetschef som är sjuksköterska. Den biträdande enhetschefen, som är lagchef över de egna sjuksköterskorna, arbetar 20 procent administrativt och resterande tid som sjuksköterska och är arbetsledande för övrig personal. Enhetschefen har ytterligare fyra lagchefer (vårdbiträden eller undersköterskor) – fyra arbetslag med 16 boende i varje. Detta sätt att organisera gör att enhetschefen är direkt chef för sju medarbetare och varje lagchef är direkt chef för 13 eller 14 personer. Enligt den intervjuade enhetschefen underlättar detta till exempel vid medarbetarsamtal.

Sjuksköterskeinsatser. Solbacka har egna sjuksköterskor (se ovan). Totalt har Solbacka fyra egna sjuksköterskor som arbetar vardagar 07.00-21.00 och helger 07.00-16.00. Övrig tid köper Silverhemmen sjuksköterskeinsatser från TioHundra AB vilket fungerar mycket bra. Sjuksköterskorna finns tillgängliga per telefon och kommer till Solbacka vid behov.

Läkarinsatser. Solbacka använder geriatriker från TioHundra AB. Geriatrikern är stationerad på avdelning 5 på ROS. Geriatrikern är på Solbacka två hela förmiddagar per vecka samt vid behov. Samarbetet med läkaren fungerar bra.

Rehabiliteringsinsatser. Solbacka har en egen arbetsterapeut på 75 procent (Den relativt höga arbetsterapeutbemanningen är Silverhemmens egna initiativ, enligt TioHundraförvaltningens krav skulle det räcka med ca 25 procent). Solbacka köper in sjukgymnasttjänster från TioHundra AB på 25 procent. Det samarbetet med bolaget fungerar bra.

Utredarnas kommentarer:

Samtliga berörda tycks vara överens om att Tiohundranämndens beställning till de särskilda boendena inneburit en förbättring av läkarinsatserna jämfört med tidigare. Läkarinsatserna utförs nu i flertalet av de särskilda boendena av geriatriker från den geriatriiska kliniken, vilket inneburit bättre kontinuitet och kompetens. Samtidigt finns det fortfarande en del att göra för att göra hälso- och sjukvården i det särskilda boendet mindre personberoende.

- Beställningen till de särskilda boendena skapar förutsättningar för *integrerade team*. Flera vård- och omsorgsboenden, främst de som drivs av TioHundra AB, har dock organiserat sig så att det inte självklart understödjer teamarbetet, eftersom omsorgspersonalen, sjuksköterskorna, rehabiliteringspersonalen och läkaren finns i fyra olika organisationer, var och en med sin chef. Enhetschefen är chef enbart för omsorgspersonalen och har inte hela ansvaret. Om det skulle uppstå problem har inte enhetschefen ett tydligt mandat att se till att alla samverkar. Enhetschefens roll att ha det övergripande ansvaret för hela verksamheten vid det särskilda boendet kan behöva tydliggöras.
- *Sjuksköterskorna* i det särskilda boendet har en viktig roll i att finnas nära den äldre och följa dennes hälsoutveckling, liksom att vara nära personalen, handleda och instruera. Med den organisation TioHundra AB valt finns det en risk att sjuksköterskan kan betraktas som konsult och då inte få denna närhet. Sjuksköterskornas roll som patientansvariga sköterskor och med ansvar att handleda personalen behöver tydliggöras så att den inte blir alltför personberoende. Sjuksköterskebemanningen är låg och bör ses över.
- Rehabiliteringspersonalen har små möjligheter med nuvarande bemanning att göra en genomgång för varje nyinflyttad och bedöma hur funktioner kan tränas och/eller bibehållas. En översyn har påbörjats av förvaltningen under ledning av dess MAR kring lämplig bemanning med rehabiliteringspersonal. Det kan finnas skäl att prioritera korttidsboendet.

Primärvården

Vårdcentralerna inom TioHundra har olika förutsättningar. Vi har intervjuat personal från vårdcentraler i centrala Norrtälje och två vårdcentraler i samhällen utanför själva staden.

TioHundras vårdcentraler

Vid en av vårdcentralerna som hör till TioHundra AB säger de intervjuade att de har en bra organisation med korta beslutsvägar. De säger att de är som en egen liten ö inom TioHundra AB och att de löser det mesta själva inom vårdcentralen. De har inom vårdcentralen delat upp olika administrativa uppgifter och kontaktytor emellan de som arbetar där vilket de intervjuade säger fungerar mycket bra. De säger att det enhetliga journalsystemet inom TioHundra fungerar alldeles utmärkt men att det

är problem med de privata utförarna som har andra journalsystem. De uttrycker en stark oro för patientsäkerheten.

De tycker att kulturen inom TioHundra fortfarande är alldeles för landstingsinspirerad. Den kommunala kulturen och landstingets kultur har inte lyckats smälta ihop. De säger också att stuprören i vården har blivit tydligare trots att det var sagt att de skulle bort. De menar också att det blivit fler chefer inom organisationen.

De intervjuade ser ingen möjlighet att kunna samverka med flera utförare än vad de gör idag. Det tar alldeles för lång tid. Den tiden borde användas till patientarbete i stället, menar de. Det är särskilt kontakterna mellan den privata hemtjänstens distriktssköterskor och läkarna som är svårhanterliga. Vårdcentralen samverkar med tre olika aktörer inom hemtjänsten, TioHundra AB, Äldreliv och Attendo. Det är med de privata som de tycker att det är mest problematiskt eftersom de sjuksköterskorna har mest behov av stöd då de inte kommer åt dokumentationen och ofta inte har någon kollega att samråda med. Läkarna har avsatt en fast tid varje dag för avstämning med distriktssköterskorna, men det händer nästan varje dag att distriktssköterskorna ringer flera gånger utanför den avsatta tiden, vilket är ohållbart och ineffektivt. Vårdcentralens egna distriktssköterskor kan när som helst sticka emellan och muntligen fråga läkarna något när behov finns men det kan inte de privata göra och det är betungande för läkarna att ständigt bli avbrutna av telefonsamtal, säger de. Vårdcentralens personal tror också att det måste vara svårt för de privata distriktssköterskorna. De tror att de känner sig ensamma och ut-satta utan fullvärdig information om sina patienter, utan andra kollegor och utan närhet till läkarna.

De säger att införandet av TioHundra var en mycket god tanke där allt skulle hållas under samma hatt, i samma organisation men de är oroliga att den idén inte blir möjlig när kundvalet vid årsskiftet genomförs fullt ut.

Vårdcentralen i Rimbo - en privat vårdcentral inom TioHundra

Vårdcentralen i Rimbo – Husläkarna i Rimbo/Edsbro – har varit i privat drift sedan husläkarreformen 1994. De är enbart utförare inom vårdvalet. Tidigare var det Stockholms läns landsting som gjorde beställningarna till Rimbo vårdcentral, men sedan TioHundraprojektet startade är det TioHundraförvaltningen som är beställare.

De intervjuade ansåg att införandet av kundvalet har skapat ett avstånd mellan distriktssköterskan i hemsjukvården och den ansvariga läkaren eftersom de inte längre tillhör samma organisation. Detta har även lett till en del svårigheter med informationsöverföring och olika journalsy-

stem. De intervjuade menade att kundvalet delvis har brutit sönder en verksamhet som tidigare fungerade bra i Rimbo.

Idag klarar hemsjukvården att ta hand om allt sjukare patienter. Förr vårdades dessa patienter på sjukhus, sjukhem, ålderdomshem eller i långvården. De intervjuade påpekade att distriktssköterskorna och läkarna skulle behöva utveckla ett bättre samarbete kring de mycket svårt sjuka patienterna. Att separera läkarna och distriktssköterskorna var fel riktning att gå när de äldre som bor hemma blir allt sjukare. Förut träffade läkarna distriktssköterskorna oftare. De sågs i kafferummet och i korridorerna, möjligheterna till naturliga möten där de kunde utbyta information kring patienterna var större. Nuförtiden måste de boka möte en gång i veckan eller ringa och gå omvägar via vårdcentralens sköterskor. Samarbetet med hemsjukvården skulle underlättas om vårdcentralen och hemsjukvården hade möjlighet att ta del av varandras journaler. Då skulle hemsjukvårdens distriktssköterskor kunna läsa hur man som läkare har tänkt kring en patient och ta del av provsvar. Idag är distriktssköterskorna tvungna att ringa och fråga vårdcentralens sjuksköterskor om de kan läsa upp vad som står i journalen för att få reda på hur det är med patienten.

Vårdcentralen i Rimbo har ansvaret för läkarinsatserna i särskilt boende i Rimbo. Det finns tre särskilda boenden i Rimbo – Birgittagården, Bergshyddan och Vallbyhage. Enligt de intervjuade fungerar det samarbetet bra. Den ansvarige läkaren besöker varje (enhet) boende en till två gånger i veckan. De särskilda boendena i Rimbo har en egen telefonlinje till vårdcentralen i Rimbo som de kan använda om de har frågor kring sina boende.

De intervjuade betonade att kontakterna med beställaren, TioHundraförvaltningen, fungerar bra.

Sjukhuset

Organisationen av sjukhuset är intressant, med de olika specialiteterna som beställare av vårdplatser, i syfte att få en flexibel och effektiv användning av platserna. Vi har inte kunnat skönja att det varit till nackdel för de äldre patienterna, snarare tvärtom eftersom det inneburit att man kunnat nyttja fler platser för geriatriska patienter när så behövts, och nu avdelat ytterligare åtta platser på sjukhuset för geriatriken. Det finns dock risker med att ha så kallade "satellitpatienter" som måste uppmärksammas. Alla patienter, inte minst de geriatriska, behöver vård av personal med erfarenhet och kompetens kring deras specifika behov. Det har också nämnts att det finns intern kritik på sjukhuset mot att få ta emot patienter som ligger utanför ens specialkompetens.

Inget i våra intervjuer pekar på att äldre personer skulle läggas in på sjukhuset även i de fall då de skulle ha kunnat klaras i hemmet. Det finns inte heller någon kritik varken från de intervjuade äldre eller från personal att sjukhuset skulle skriva ut för snabbt. Tvärtom framskymtar att är det äldre erfarna sjuksköterskor så kan de ta nödvändiga sociala hänsyn vid utskrivningen.

När TioHundraprojektet startade förekom det att äldre personer kunde bli liggande länge på sjukhuset i brist på platser i särskilt boende eller korttidsplats. Ibland kunde det helt enkelt bero på rutinbrister, ingen hade tagit ansvaret för utskrivningsprocessen. Problemen har kunnat angripas genom att se över samspelet mellan sluten- och öppenvård, bland annat i det tvärprofessionella vårdplaneringsteamet som beskrivits ovan. Rutiner har upprättats och implementerats, ett arbete som aldrig kan avslutas. Korttidsplatser har tillkommit genom samordning av vad som traditionellt skulle kunna beskrivas som landstings- och kommunala verksamheter, men som i Norrtälje bara märks genom att det är olika lagstiftning som reglerar att få plats, HSL respektive SoL.

För att få ett bra flöde ut från sjukhuset behövs en balans mellan efterfrågan och utbud av korttidsvård och särskilt boende. Här är man ännu inte i mål i Norrtälje, även om utvecklingen varit positiv.

Mycket pekar på att den klassiska problematiken med så kallade medicinskt färdigbehandlade eller utskrivningsklara patienter har blivit bättre under TioHundraprojektet. Samarbetet mellan sjukhus och äldreomsorgen beskrivs som bättre och närmare. Förståelsen dem emellan har ökat.

Förstärkt geriatrik

Inom den akuta geriatriken på sjukhuset finns det 20 platser. Trycket på de geriatriska platserna uppges vara hårt. Det finns fler geriatriska patienter än det finns geriatriska platser. Det råder nästan alltid överbeläggning vilket leder till att en del geriatriska patienter placeras på andra avdelningar. Därför har antalet geriatriska platser nu utökats. Det finns också en ambition att nyttja platserna på de olika vårdavdelningarna flexibelt, vilket stöds av ett internt köp- och säljsystem inom sjukhuset.

Det finns flera vägar in i geriatriken. De flesta geriatriska patienter kommer in via sjukhusets akutmottagning. Däremot är inte direktintag via husläkare särskilt vanligt. Det har funnits planer på att man skulle ha ”planerade direktintag” till avdelning 5, men så har det inte blivit. Behoven av direktinläggningar uppges inte vara särskilt stora, volymerna är inte tillräckliga.

Patientflödet från avdelning 5 på ROS uppges vara bättre idag än tidigare (detta trots att åtta platser på avdelning 5 och Mjölnaren upptogs av

personer som väntade på plats i särskilt boende vid intervjutillfället). Så fort de får en ledig plats fylls den på. Påfyllningen av geriatriska platser är snabbare än någonsin menar de intervjuade.

En geriatriker anser att många fler patienter borde hamna på korttidsboende istället för inom geriatriken. Detta gäller särskilt äldre personer som av olika orsaker har tillfälliga omvårdnadsbehov och inte klarar sig i det egna hemmet. Här finns ett stort behov. I dagsläget finns endast korttidsboendet Mjölaren, men detta kommer dock att bli bättre. Det ska öppnas en ny avdelning på ROS med korttidsplatser för denna grupp. Detta kommer att bli korttidsplatser enligt socialtjänstlagen, vilket innebär att det behövs biståndsbeslut av en handläggare. Från intervjuad rehabiliteringspersonal har det uttryckts viss kritik mot biståndshandläggarna, att de mer ser till var det finns en ledig plats än till den enskildes behov av en rehabiliteringsplats.

Det som enligt våra intervjuer inte har blivit bättre är felmedicineringar på grund av delegeringar till omvårdnadspersonalen. Avvikelselistan är lång. Under senare år har det dock satsats mycket på läkemedelsgenomgångar. En av geriatrikerna berättar att det görs en läkemedelsgenomgång per år för samtliga patienter. Målet är att en läkemedelsgenomgång ska ske inom två veckor för nyinflyttade på särskilda boenden. Det är mer problem med läkemedel bland hemmaboende äldre. Geriatrikerna försöker vara noggranna vid övergångar i vården. En läkemedelsgenomgång tar relativt lång tid att göra, cirka två timmar per patient. De äldre har fortfarande för mycket läkemedel, men det börjar enligt den intervjuade geriatrikern att bli bättre.

Utredarnas kommentarer:

Sammantaget var de intervjuade överens om att geriatriken väsentligen har förstärkts under TioHundraprojektet. Läkarna i särskilt boende har blivit fler, och att de kommer från geriatriken anses vara en stor kvalitetshöjning. Det framhålls att detta bland annat har lett till högre patientsäkerhet. Att det är samma läkare i särskilt boende och på avdelning 5 på ROS, som är en filial till Norrtälje sjukhus, lyfts också fram som något positivt. Även TioHundranämndens beställning till särskilt boende ses som något positivt – att de särskilda boendena, även de som drivs privat eller på entreprenad, har hela uppdraget, det vill säga inkluderande att tillhandahålla läkare.

- *Geriatriskens roll i när vården.* Geriatriken har till och med september 2011 tillhört när vården, men är nu inlemmad i Norrtälje sjukhus organisation. Det finns goda argument för det, men det är viktigt att det inte leder till att geriatrikens roll i när vården minskar. Geriatriken har goda förutsättningar att inte bara tillhandahålla läkarinsatser i det särskilda boendet utan också i hemsjukvården.

Det finns goda erfarenheter av att ha en geriatriker som kan svara för snabba konsultationer i hemmet, en modell som bör kunna utvecklas mer.

- *Direktinskrivning på geriatriken.* I övriga länet liksom på många andra håll i landet har man arbetat med att äldre sviktpatienter inte ska behöva komma till sjukhuset via akutmottagningen utan att till exempel distriktsläkaren ska kunna remittera in patienten direkt till den geriatriska kliniken. Detta förekommer enligt de intervjuade inte i så hög utsträckning ännu, vilket kan bero på att behovet inte är så stort, eller att kunskapen om denna möjlighet inte är så känd.
- *Avdelning 5 som länk i rehabiliteringskedjan.* En del i geriatrikens närhet till öppenvården är den samverkan som finns på ROS, inte minst genom avdelning 5, samlokaliserad med det kommunala korttidsboendet Mjölnaren. Det synes vara en klok väg TioHundra slagit in på. Det är önskvärt med en flexibilitet i nyttjandet av korttidsrehabilitering och korttidsplats vilket är möjligt i Norrtälje som inte behöver se de förra som "landsting" och de senare som "kommun". Det är vidare önskvärt att också i samma rehabiliteringskedja förfoga över dagrehabilitering och hemrehabilitering, så att den äldre kan erbjudas det som passar bäst utan hinder av huvudmannaskaps- och vårdgivargränser. Den dagrehabilitering som byggts upp med hjälp av stimulansmedel synes väl rustad för att svara mot de äldre multisjukas behov.
- *Systemet med satellitpatienter.* Det kan ses som effektivt att sträva efter att nyttja tomma platser, även om de är på "fel" avdelning, så som ambitionen är på Norrtälje sjukhus. Det finns dock kritik internt på sjukhuset att detta kan innebära att patienten inte får ett maximalt omhändertagande. I arbetet med nationella kvalitetsindikatorer ses det också som en risk om sjukhus sätter i system att minska överbeläggningar genom att låta patienten vara på en avdelning specialiserad på något annat än det man vårdas för, så kallade satellitpatienter. Vården av de geriatriska patienterna kräver en specialkompetens, varför det kan ses som eftersträvansvärt att de kan erbjudas plats på de geriatriska avdelningarna.

Hur personalen involverats i förändringsarbetet

Ett lyckat förändringsarbete förutsätter att alla är med. Av våra intervjuer framgår att själva grundidén med TioHundra var väl förankrad på ledningsnivå, både hos TioHundraförvaltningen och TioHundra AB, samt bland chefer och tjänstemän på olika nivåer. Denna bild bekräftas även i de tidigare utvärderingarna.

Våra resultat skiljer sig delvis från de tidigare utvärderingarna av TioHundra. En orsak kan vara att vi har intervjuat personer på många olika nivåer i verksamheterna. Bilderna är olika hos olika personer, beroende såväl på var man befinner sig i organisationen som på olika kulturer, inte minst kvarstående kulturskillnader mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst, skillnader vi kunnat iaktta i våra intervjuer. De tidigare utvärderingarna intervjuade främst chefer inom TioHundraverksamheterna och personer i ledande positioner i förändringsarbetet.

Av våra intervjuer framgick det att genomslaget för ”TioHundratänket” inte varit lika stort på alla nivåer inom organisationerna. Flera intervjuade, framförallt vårdbiträden, undersköterskor och enhetschefer, ansåg att verksamheterna har blivit mer uppdelade i och med TioHundra jämfört med tidigare. En intervjuperson berättade att tidigare, på den gamla omsorgsförvaltningens tid, var det mer ”familjärt”, ett exempel på detta var att biståndshandläggarna arbetade nära enhetscheferna. Under TioHundratiden har verksamheterna delats upp mot en tydligare beställar-utförarorganisation vilket av vissa uppfattades som något positivt. Det blir mer professionellt att arbeta så, som någon uttryckte det. Andra upplevde negativa sidor av uppdelningen av verksamheterna. *”Det sägs ju att vi inom TioHundra ska sitta i samma båt, men det blev nog mer så att alla sitter i varsin båt, sjuksköterskorna sitter i sin båt, rehabiliteringen i sin och vårdbiträden och undersköterskor i sin båt...”*, uttryckte en av intervjupersonerna det.

Det fanns inledningsvis en god ambition att involvera personalen i förändringsarbetet. Ingen av de vi nu intervjuat vittnar om att det skulle vara så nu. Tvärtom finns det hos vissa en frustration över att inte vara med och inte bli lyssnad till.

AVSLUTANDE REFLEKTIONER

De förändringar som främst berört gruppen äldre med stora och sammansatta behov är införandet av kundval, förstärkning av geriatrik och rehabilitering, uppdraget till särskilt boende att svara för all hälso- och sjukvård samt översyn av rutinerna för in- och utskrivning vid sjukhuset och vårdplaneringsteam.

Frågan är om den utveckling vi översiktligt har speglat hade kunnat ske TioHundraprojektet förutan. Svaret är nog både ja och nej. De första årens arbete med äldreomsorgen kan sägas ha varit ett ”kommunalt” projekt, som i sig inte förutsatte TioHundranämndens möjlighet till samordnade beställningar. Liknande omstrukturering av äldreomsorgen har skett i en majoritet av landets kommuner, om än kanske inte under lika kort tid som i Norrtälje. Det som underlättat för beställarsidan i Norrtälje har varit att man inte behövt förhandla över huvudmannaskapsgränsen för att kunna få till stånd mer samordnade lösningar. Flera av dessa har dock kommit till relativt nyligen, flera år efter det att förändringsarbetet med äldreomsorgen började. Några av förändringarna, framför allt kundvalet, har ännu inte heller satt sig ordentligt och fått de former som är avsedda och möjliga.

Projektet inleddes med omfattande besparingar och genomgripande omstruktureringar av äldreomsorgen. Detta var ingen optimal start för att få med personalen på tåget. Det vi har mött under utvärderingen är en verksamhet som är inne i en kraftig förändrings- och utvecklingsfas. Skörden ligger sannolikt längre fram i tid.

Framtid

Fördelarna med TioHundra som idé är uppenbara. Att kunna göra prioriteringarna utifrån ett befolkningsperspektiv, inte från ett huvudmannaskapsperspektiv, att kunna beställa samordnade lösningar utan svåra förhandlingar med en motpart. En fördel för utförarna är att inte behöva fundera över om detta är mitt eller någon annans bord – pengarna ligger i samma påse.

Tiohundraprojektet är något unikt, och att utforma det unika tar tid. Det finns ingen snitslad bana och det är inte tydligt var målnöret är, om man nu ens kan tala om ett målnöre. Snarare handlar det väl om ett ständigt pågående arbete, där målnöret hela tiden flyttas framåt i takt med nya insikter om vad man kan göra inom TioHundras ramar. Områden som, med ledning av det som redovisats ovan, kan vara aktuella den närmaste tiden för gruppen de mest sjuka äldre är:

Vårda "TioHundraandan". En viktig del är att fortsätta utveckla de arenor som finns där personal möts över professions- och vårdgivargränser. Brister och möjligheter identifieras bäst av de som är nära den äldre. Utveckling sker säkrast när personalen är med i förändringsarbetet. Samspelet mellan olika utförare sker bäst om man inser att uppdraget är att samverka för de äldres bästa, inte att konkurrera om kunder.

Göra all personal delaktig. TioHundranämnden och dess förvaltning har ett utvecklingsansvar, att stimulera till nätverk mellan personal oavsett utförare. Uppdraget till all personal bör bli att utveckla det gemensamma arbetet, identifiera var det uppstår problem för brukarna och visa på hur dessa kan lösas genom gemensamma och kreativa arbetsformer.

Beställa och utföra i helheter. Norrtälje har unika förutsättningar att utforma vårdval och kundval så att de styr mot samarbete, och att fortsätta att integrera verksamheter på nya sätt. Det är då förstås viktigt att beställningen av samordnade insatser svarar mot att utförarsidan organiserar verksamheten så att den garanterar helhet och integration. På samma sätt att utförarna stimuleras att samordna olika beställningar och avtal till helhetslösningar för den enskilde.

Att kunna välja teamet. Äldre med stora och sammansatta behov uttrycker ofta en önskan om att kunna få alla sina insatser från ett håll. Med personal som är kunniga, har tid och kan anpassa sig efter de skiftande behov den äldre har. I Norrtälje har man alla förutsättningar att kunna erbjuda ett sådant alternativ där kundvalet och vårdvalet kombineras. Sannolikt krävs det en samordning med andra verksamheter för att få kostnadseffektivitet med hänsyn till glesbygd och att ha bemaning dygnet runt. Geriatriken och ASIH är exempel på sådana samordningsmöjligheter.

Samrehabilitering. Norrtälje bär med sig från 1990-talet goda erfarenheter av samrehabilitering i form av korttidsrehabilitering, dagrehabilitering och hemrehabilitering. Inom TioHundras ram finns nu Avdelning 5 som en länk mellan sluten- och öppen vård. Med stimulansmedel finns en dagrehabilitering som kunnat kombinera social gemenskap och rehabilitering på det sätt som erfarenheten visat är den optimala för målgruppen de mest sjuka äldre. Inom kundvalets ram finns hemrehabiliteringen. Detta kan ge förutsättningar för en bra rehabiliteringskedja där insatsen bestäms utifrån behov, inte utifrån huvudmannaskap eller olika utförares ansvar.

Samordnad vårdplanering på sjukhuset. Formen med särskilda biståndshandläggare som ansvarar för vårdplaneringen på sjukhuset har stärkt samverkan med sjukhuset. Att regelmässigt försöka få med personal från vårdcentralen, hemsjukvården eller hemrehabiliteringen till sjukhuset är

knappast försvarbart med tanke på att tidsåtgången inte svarar mot nytan. Däremot kan det vara värt att utveckla former där delar av vårdplaneringen kan ske via video, tekniken finns och prövas på olika håll i landet.

Gemensam vårdplanering i hemmet. TioHundranämnden har aktivt stimulerat arbetet med gemensam vårdplanering i hemmet, i Norrtälje benämnt IVOP. Våra intervjuer visar dock att denna arbetsform ännu inte är färdigetablerad. Det synes ännu vara ovanligt med gemensam vårdplanering som involverar efter behov distriktsläkare, distriktssköterska, rehabiliteringspersonal, vårdbiträde, biståndshandläggare tillsammans med den äldre och dennes anhöriga. I takt med att det blir allt fler aktörer genom vårdvalet och kundvalet blir den gemensamma vårdplaneringen allt viktigare. Det är därför nödvändigt att för varje enskild patient/äldreomsorgstagare tydliggöra vem som är ansvarig för att sammankalla och för att det sker en gemensam uppföljning av insatserna.

Journalsystem som säkerställer att alla aktörer har den information som behövs. För patientsäkerheten är det nödvändigt att säkerställa att kunskap om diagnoser, behandlingar, läkemedelslistor, provtagningar etc. finns hos de som vårdar den äldre. Detta arbetar man aktivt med i TioHundraförvaltningen, och här kan behövas en nära planering tillsammans med hälso- och sjukvårdspersonalen hos de olika utförarna.

Följa upp utifrån befolkningsperspektiv, inte utförarperspektiv. Det är svårt att följa upp hur vården och omsorgen sammantaget fungerar för de som behöver insatser från olika professioner och utförare. Det saknas idag bra indikatorer på samverkan. Här sker ett utvecklingsarbete nationellt, som förhoppningsvis också kan gynna det arbete som pågår i Norrtälje med att utveckla metoder.

REFERENSER

- Fastbom, J. (2005). Äldres läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. *Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms läns landsting.*
- FoUU-avdelningen TioHundra. (2009). *Pilotprocess 1. Äldreplanen. En nulägeskartläggning av brukares, anhörigas och vård- och omsorgspersonalens upplevelser av vägen från hemmet, genom vården och omsorgen, tillbaka till hemmet. FoUU-rapport nr. 4.*
- Gurner, U. (2001). *Dirigent saknas! 26 fallstudier av multisjuka 75+. Behov och konsumtion av sluten- och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av informella insatser.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2001:6.
- Gurner, U., Fastbom, J., Hagman, L., & Sha-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 2006:7.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre: om nödvändigheten av samordning: Natur och kultur.*
- Gurner, U., & Wånell, S. E. (1999). *Den geriatriska patienten i vårdkedjan: Var finns hindren och utmaningarna?* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 1999:6.
- Hagman, L. (2007). *Solna Äldrevårdcentral. Intervjuer med personal och samverkanspartners.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2007:15.
- Hjalmarsen, I., Norman, E., & Trydegård, G.-B. (2004). *Om man ska vara stöttepelare åt andra måste man stå stadigt själv. En studie om äldreomsorgens chefer och deras förutsättningar.* Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2004:2.
- Lagergren, M. (2005). What happened to the care of older persons in Sweden? A retrospective analysis based upon simulation model calculations, 1985-2000. *Health policy*, 74(3), 314-324.
- Larsson, K., & Szebehely, M. (2006). Äldreomsorgens utveckling. In S. centralbyrå (Ed.), *Äldres levnadsvillkoren. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980-2003* (pp. 411-420). Stockholm: Statistiska centralbyrå.
- Medical Management Centrum. (2011). *Från två till TioHundra. Utvärdering av Norrtäljeprosjektets genomförande, effekter och ekonomiska utfall (Rapport november 2011).* Stockholm: Medical Management Centrum, Karolinska institutet.

- Sjögren, E., & Åhblom, P. (2011). *Hur har ledningsprocesser och system för ekonomistyrning bidragit till samarbete mellan sjukvård- och omsorgsverksamhet? En utvärdering av TioHundraprojektet i Norrtälje*. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Socialstyrelsen. (2003). *Hur många direkt underställda kan en chef ha? Om kontrollspann i vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Påverkar chefens personalansvar kvaliteten inom vård och omsorg*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2008). *Öppna jämförelser inom vården och omsorgen om äldre 2008*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2010). *Öppna jämförelser 2010. Vård och omsorg om äldre*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011a). *De mest sjuka äldres vård och omsorg. Rapport till regeringen 2011-12-15*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2011b). *Lägesrapport 2011. Hälso- och sjukvård och socialtjänst*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (SOSFS 1997:14). *Delegering av arbetsuppgifter inom hälso- och sjukvård och tandvård*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsens föreskrifter om samverkan vid in- och utskrivning av patienter i slutenvård (2005:27).
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2007). *TioHundra - kommun och landsting i samma båt*. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2011). *Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre*. Opublicerade data.
- Szebehely, M. (2011). Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi. In L. Hartman (Ed.), *Konkurrensens konsekvenser. Vad händer med svensk välfärd?* (pp. 215-257). Stockholm: SNS Förlag.
- TioHundraförvaltningen. *Från vision till verklighet. Det unika TioHundraprojektet*.
- TioHundraförvaltningen. (2010). *PM Äldreomsorg*.
- TioHundranämnden. (2011). *Verksamhetsplan. TioHundranämnden 2011-2012. Antagen av TioHundranämnden 22 februari 2011*.
- Weurlander, I., & Wånell, S. E. (2011). *Sköra länkar i vårdkedjan. En studie om gränssytor i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre*. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. Rapport 2011:2.
- Öhrlings PricewaterhouseCoopers. (2008). *Fördjupad granskning av TioHundraprojektet avseende den "gränslösa" vården och omsorgen samt samordning och styrning av organisationen*. Stockholm.

Öhrlings PricewaterhouseCoopers. (2009). *TioHundra - Någonting har hänt! En utvärdering av TioHundra-projektet*. Stockholm.

Øvretveit, J., Hansson, J., & Brommels, M. (2010). An integrated health and social care organisation in Sweden: Creation and structure of a unique local public health and social care system. *Health policy*, 97(2-3), 113-121.

BILAGA

Scenario 1: Återgång till situationen före 2006

Kommunförbundet upplöses och den gemensamma politiska nämnden läggs ner. TioHundra AB avvecklas och verksamheterna övertas av respektive huvudman. Genom verksamhetsövergång återförs personalen till tidigare arbetsgivare. Ambitionen är skapa förutsättningar för väl fungerande samverkansformer.

Fördelar

Omedelbara inbesparingar av administrationskostnader för både Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun då finansiering och beställarverksamheten återgår till respektive förvaltning varvid skalfördelar kan utnyttjas.

Personalen kan möjligtvis uppleva att anställningstryggheten förbättras då arbetsgivaren är en offentlig förvaltning.

Nackdelar

Sannolikt avsevärda förändringskostnader, även om tidigare system och regelverk kan återinstalleras. Svårigheterna minskar om nya funktioner lämnas intakta och om en tillräckligt stor andel av personalen har tidigare erfarenhet av den landstingskommunala och kommunala verksamheten.

Den sammantagna ledningen av verksamheterna avvecklas. Det arbete som bedrivits för att skapa den gemensamma verksamhetskultur som har minskat hindren för klinisk koordinering och kommunikation mellan vårdgrannar behöver särskilt vårdas. Möjligheten till flexibel användningen av resurser för att möta patient- och klientbehov i den anslagsfinansierade verksamheten går förlorad.

Hinder för utbyte av klinisk information mellan vårdgivare återskapas.

Återgången kan vara demoraliserande för personal som satsat aktivt på att fördjupa samverkan och öka integrationen mellan verksamhetsformer. De finns en risk att det lokala sjukhuset förlorar i konkurrenskraft då möjligheterna att erbjuda heltäckande service minskar – på sikt kan det utgöra ett hot mot enskilda verksamheter på sjukhuset, vars möjligheter att upprätthålla ett brett tjänsteutbud därmed försvåras.

En återgång till det gamla kan uppfattas som ett politiskt misslyckande, i synnerhet om inte vunna samverkansfördelar kan bibehållas.

Största osäkerhetsmoment

Den allmänna opinionen på lång sikt. De politiska kostnaderna av att man dragit undan stöd för lokalt uppskattade vårdlösningar.

Scenario 2: Bibehållet TioHundra AB som en integrerad utförarorganisation med en återföring av finansiering och beställande till respektive huvudman

Den politiska nämnden och TioHundraförvaltningen läggs ner och funktionerna återförs till respektive huvudman. TioHundra AB fortsätter verksamheten i nuvarande form. Både SLL och Norrtälje kommun kan kvarstå som ägare, antingen genom kommunalförbundet eller genom direkt aktieägarskap.

TioHundra AB konkurrerar om uppdrag både från SLL och Norrtälje kommun och om patienter/klienter när det gäller tjänster som ingår vård- eller kundvalsmodellerna.

TioHundra AB har en dominerande ställning på den lokala marknaden och kan genom ägardirektiv tvingas inskränka vissa verksamheter.

Fördelar

Inbesparing av administrationskostnaderna för nämnden och TioHundraförvaltningen. Alternativet bibehåller TioHundra AB som sammanhållen organisation med enhetlig ledning, vilket underlättar koordinering av verksamheter och samverkan mellan funktioner och enheter. Den integrerade organisationen kan också i fortsättningen ha ett enhetligt informationssystem med enkelt utbyte och samutnyttjande av kliniska data och annan information. Möjliggör också ett flexibelt användande av intäkter för ”korssubventionering” för att upprätthålla verksamheter som svarar mot patienters och klienters behov, men som inte uppmärksammas specifikt av beställarna.

TioHundra AB med ett integrerat tjänsteutbud kan upprätthålla ett mångsidigt tjänsteutbud och utnyttja stordriftsfördelar. Chanserna att också på sikt upprätthålla akutsjukhusets olika funktioner är goda.

TioHundra AB utgör ett storskaligt försök med integration av akutsjukvårds-, primärvårds-, äldreomsorgs- och vissa sociala tjänster. Bolaget kan utnyttjas som ”testbädd” för nya vårdlösningar. Goda erfarenheter

kan spridas till andra delar av den landstingskommunala eller kommunala vården och omsorgen.

Trots TioHundra AB:s dominans finns en lokal marknad där konkurrenter kan tävla om specifika uppdrag eller patienter i verksamheter med vård- och kundval.

Nackdelar

Nedläggningen av TioHundranämnden och TioHundraförvaltningen är förenad med omställningskostnader.

Den lokala beställarkompetens inom sjukvården som utvecklats i TioHundraförvaltningen går förlorad. Möjligheterna till direkt dialog mellan beställare och utförare vad gäller planering och uppföljning av verksamheten försämras p.g.a. avstånd och en sannolik uppdelning av handläggansvar på flera specialiserade personer vid Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Mindre lokalkännedom minskar sannolikheten för att beställaren genom lokal behovsbedömning utvecklar beställningar som möter särskilda patient- eller klientbehov (tjänsteintegration i beställarleddet). Detta kan potentiellt minska valmöjligheterna för patienter.

Nedläggningen av TioHundranämnden minskar de kommunala politikerernas insyn i sjukvårdsverksamheten.

Största osäkerhetsmoment

TioHundra AB:s kapacitet att erbjuda integrerade tjänster åt olika patient- och klientgrupper blir beroende av ägardirektiv och beställarens intresse att främja sådana erbjudanden. Den skulle förstärkas om beställningarna får formen av "helhetsuppdrag" gällande omhändertagande av geografiska områden, befolkningsgrupper, patientgrupper eller sammanhållna vårdkedjor.

Scenario 3: Bibehållen TioHundranämnd med ett begränsat uppdrag och återföring av ansvaret för akutsjukvården till landstinget

Den lokala samverkan som har störst betydelse för befolkningen, framförallt patienter och klienter med särskilda behov, tryggas genom att den gemensamma nämnden görs permanent och ges det övergripande ansvaret för att trygga ett integrerat tjänsteutbud.

Norrtälje sjukhus kvarbli som akutsjukhus, men akutsjukvårdsverksamheten handläggs av landstingets hälso- och sjukvårdsnämnd. Motivet är

att Norrtäljebornas behov av specialistvård delvis måste tillgodoses av andra sjukhus och specialistenheter, och att en handläggning på regional nivå därför är att fördra.

TioHundranämnden ges ett ansvar för närsjukvård och socialtjänst. I närsjukvården ingår primärvård, geriatrik och psykiatri. Landstinget och kommunen tillskjuter medel för de verksamheter man ansvarar för, men nämnden använder de samlade resurserna för ”beställarintegration” – att lägga uppdrag och tillämpa vård- och kundvalsmodeller som skapar integrerade vårdtjänster.

Nämnden har till sin hjälp en förvaltning, som förutom beställar- och auktoriseringsuppdraget tar ansvar för att stimulera utveckling, samverkan mellan vårdgivare och samarbetsnätverk för vård- och omsorgspersonal oavsett arbetsgivare i akt och mening att vårda ”TioHundraandan”.

Fördelar

Ger möjlighet för nämnden och dess förvaltning att helt ha fokus på de samverkansområden som är lokala och av betydelse för kommuninvånarna.

Ger möjlighet att utforma vård- och kundval så att det stödjer nya samarbets- och verksamhetsformer.

Ger möjlighet att behålla och utveckla det samarbete som finns etablerat inom t.ex. barn- och ungdomspsykiatri, LSS-boende och rehabilitering.

Nackdelar

Ger inte möjligheter att föra resurser mellan slutet och öppen vård utifrån lokala prioriteringar. Gör det svårare att överbrygga gränser mellan den regionala och den lokala nivån.

Försvårar att förverkliga den gemensamma primärvårdsakuten vid sjukhuset, med gemensam mottagning för specialister och allmänläkare.

TioHundra AB har att konkurrera och förhandla om uppdrag med två beställare. Förlorade upphandlingar kan leda till att organisationen splittras. Ansvaret för integration ligger entydigt på den lokala beställaren.

Största osäkerhetsmoment

Scenariot förutsätter att huvudmännen är fortsatt villiga att tillskjuta medel att fritt förfogas av den gemensamma nämnden.

Scenario 4: Fullskalig marknad och långt drivet patient- och kundval

En öppen marknad kan skapas antingen stegvis genom att beställaren konkurrensutsätter större tjänstehelheter (t.ex. barnhälso- och sjukvård, mental hälsa, geriatrisk sjukvård eller kroniska sjukdomsgrupper) eller genom att i snabbare takt införa vård- och kundval för de flesta vård- och omsorgstjänster.

I det första fallet tävlar utförare om ”prospektiva bindande kontrakt” gällande populationer eller större tjänstehelheter. Utföraren har att möta efterfrågan på tjänster inom ramen för kontraktet, och bär därmed den ekonomiska risken i sin helhet. I det senare fallet utgår ersättningar till auktoriserade utförare enligt utförda tjänster (”retrospektiv ersättning”). Utförare kan fritt välja kundsegment och beställaren har en icke försumbar ekonomisk risk som är relaterad till det faktum att mångfald och fritt val är volym- och kostnadsdrivande.

Fördelar

En öppen marknad med låga (men dock reglerade) trösklar för marknadsinträde och brett upplagda offertförfrågningar ger en uppfattning om det faktiska intresset hos nya eller alternative tjänsteleverantörer att etablera sig och därigenom demonstreras graden av möjlig mångfald och valfrihet. Upphandlingar och auktorisering samt systematisk kontraktsuppföljning leder till större transparens och både kostnads- och kvalitetskonkurrens (det sistnämnda då enhetspris tillämpas).

Nya entreprenörer utan ”belastning” av tidigare verksamhetshistoria kan vara friare att introducera systematiskt planlagda och styrda vårdkedjor (”disease management”) med potential för både effektivare resursutnyttjande och förbättrade behandlingsresultat.

Nackdelar

Kostnadsutvecklingen blir sannolikt svårare att kontrollera än i scenarier med bibehållna inslag av planekonomi. Erfarenheter i andra länder visar att kostnaderna för konkurrensutsättning av många enskilda vårdtjänster för små populationer ofta överstiger de besparingar som kostnadskonkurrensen driver fram. Särskilt inom omsorg och socialtjänst är sådana tjänster vanliga (t.ex. måltidstjänster för personer i särskilt boende).

Det finns också en reell risk för lägre kvalitet. Ju fler tjänster som produceras på marknaden och i kostnadskonkurrens desto större risk för att uppdrag ges till ”lägst bjudande”. Den lägre kostnadsnivån innebär oftast lägre personaltäthet och risk för kvalitetsbrister.

Med fler oberoende aktörer ökar risken för att delar av vårdkedjorna omhändertas av olika utförare. Om varje utförare ”optimerar” sin verksamhet saknas incitament att ta ansvar för koordinering av helheten. Därmed kan också vårdens tillgänglighet försämrast.

Med färre alternativ av integrerade tjänsteutbud förloras möjligheten att skapa kombinerade funktioner – dels att samutnyttja multikompetent personal, dels att erbjuda ett spektrum av tjänster t.ex. under ett besök i hemmet eller på mottagningen.

Den största olägenheten är att med ett större antal oberoende utförare blir det för enskilda patienter och klienter viktiga informationsutbytet mellan utförare försvårat och skapandet av gemensamma informationssystemt hart när omöjligt. Kliniska informationssystem är den enskilt viktigaste faktor som underlättar och främjar koordinering av kliniska tjänster.

Konkurrensutsättning av enskilda tjänster och snävt inriktade vård- och kundvalsmodeller ökar risken att utförare med ett integrerat tjänsteutbud förlorar upphandlingar och då mister möjligheterna att utnyttja skalfördelar och ta ansvar för koordineringen av enskilda patienters vårdkedjor. Kommersiellt bedriven ”disease management” kan visa sig vara dyrare än att utveckla existerande sjuksköterskeledda specialmottagningar för t.ex. diabetes- eller hjärt-kärlpatienter.

Största osäkerhetsmoment

Att avstå från den lokalt baserade gemensamma upphandlingen av vård- och omsorgstjänster kan försvåra en samordning av separata upphandlingsunderlag eller vård- och kundvalsmodeller och därmed motverka integrerade tjänsteutbud.

Scenario 5: Fullständigt integrerat vårdssystem med befolkningsansvar

SLL och Norrtälje kommun överenskommer om att gemensamt inbegära offerter för anordnandet av all vård och omsorg för invånarna i Norrtälje kommun. Avsikten är att teckna kontrakt med en utförare som till en fast ersättning får ansvar för att tillgodose Norrtäljebornas sammantagna behov av vård och omsorg. Utföraren kan vid behov anlita underleverantörer. Utförarorganisationen bär det fulla ekonomiska ansvaret och förbinder sig att upprätthålla en i kontraktet stipulerad vårdkvalitet.

TioHundra AB och andra utförare kan lämna offert.

Fördelar

Skapar konkurrens om vårdgivarkontraktet (men inte för enskilda patienters och klienters val). Minskar den finansiella risken för beställaren eftersom en fast ersättning utgår för uppdraget.

Säkerställer att vårdgivaren upprätthåller en integrerad vårdtjänst. Vårdgivaren bär all ekonomisk risk – inklusive transaktionskostnader - knuten till utnyttjandet av underleverantörer.

Nackdelar

Mindre valfrihet för patienter och klienter än i andra scenarier (om inte beställaren skiljer ut vissa vårdtjänster för vård- och kundval).

Beställaren förlorar (åtminstone till en del) kontrollen över val och uppföljning av underleverantörer.

De tjänster SLL och Norrtälje beslutar att skall tillhandahållas befolkningen enligt lagen om valfrihetssystem kan erbjudas också av andralleverantörer, vilket försvårar för den ”befolkningsansvariga” vårdgivaren att säkerställa ett integrerat tjänsteutbud.

Största osäkerhetsmoment

Intresset hos privata vårdgivare att ta ”befolkningsansvar” är okänt. Konkurrens om det befolkningsrelaterade uppdraget kan utebli.

Scenario 6: Vårdval mellan konkurrerande fullt integrerade vårdssystem med befolkningsansvar

Två alternativ föreligger. Integrerade vårdssystem kan inbjudas att lägga anbud på omhändertagande av specificerade befolknings- eller patientgrupper (t.ex. barn och ungdomar eller diabetespatienter). Ett annat alternativ är att begära anbud på all vård till befolkningen inom ett geografiskt område och att teckna kontrakt med två vårdssystem för att möjliggöra för medborgarna att kunna välja mellan dessa system.

Fördelar

Det förstnämnda alternativet skapar konkurrens men innebär lägre grader av integration. Det senare alternativet garanterar ett integrerat tjänsteutbud men innebär också en valmöjlighet för medborgarna

Nackdelar

Det första alternativet förutsätter att grupper av professionsföreträdare med kompetens och intresse att erbjuda vård till särskilda grupper bildar konsortier som kan erbjuda trovärdiga vårdlösningar samt har kompetens och vana att handlägga kontraktsfrågor.

TioHundra AB som en integrerad vårdorganisation med god kännedom om lokala behov och förhållanden kommer att ha ett försprång jämfört med eventuella konkurrenter.

De tjänster SLL och Norrtälje beslutar att skall tillhandahållas befolkningen enligt lagen om valfrihetssystem kan erbjudas också av andra leverantörer, vilket försvårar för det integrerade vårdsystemet att upprätthålla ett komplett tjänsteutbud.

”Konkurrensutsättning av befolkningsansvar” kan visa sig vara en orealistisk modell – särskilt på ett område med ett begränsat befolkningsunderlag - och väcka otillräckligt intresse bland vårdgivare. Risken för att ”lokala monopol” förstärks kan inte uteslutas.

Största osäkerhetsmoment

Tillsvidare har privata initiativ till att överta den landstingskommunala sjukvårdens sammantagna åtagande (befolkningsansvar) inte uppstått på den svenska sjukvårdsmarknaden. Den har i huvudsak haft karaktären av ”spotmarknad”. Det är mer sannolikt att marknadsaktörerna intresserar sig för specifika patient- eller kundgrupper (enligt det första alternativet).

Scenario 7: Förstärkning av existerande mekanismer för koordinering av vårdtjänster oberoende av struktur- eller finansieringslösningar

En rad annorstädes prövade metoder för koordinering av vårdtjänster över vårdgivargränser är väl dokumenterade och kan användas för att trygga att uppnådd integrering bibehålls och vidareutvecklas också vid förändringar av TioHundramodellen. Dessa presenteras nedan.

a) Stimulera vårdgivare till att inom ramen för nuvarande makrostruktur och finansieringsordningar förbättra klinisk koordinering av vårdtjänster till enskilda patienter och klienter.

b) Vidta en eller flera åtgärder riktade mot högkostnadspatienter: Klinikerledda förbättringsteam identifierar och implementerar testade

ansatser för förbättrad klinisk koordinering. Exempel är utskrivningsrutiner för att minska återinskrivningar och besök på akutmottagning, särskilda program för multisjuka äldre och riktat stöd till patienter inför utskrivning.

System utvecklas för att identifiera patienter med största behov av koordinerade vårdtjänster för att möjliggöra tidiga insatser.

Utbildningsinsatser riktas till patienter och anhöriga för att öka deras beredskap att ta eget ansvar för sin vård och att ställa relevanta krav på vårdgivare.

c) Utveckla under ledning av klinikföreträdare kliniska informations- och kommunikationssystem som kan stödja koordinerade vårdinsatser och möjliggöra att olika utförare kan ge vårdtjänster under samma besök.

d) Etablera kliniska nätverk med ansvar för specifika patientgrupper och stimulera dem till att gemensamt utveckla vården.

e) Planera finansieringsformer och incitament som kan främja genomförande och spridning av åtgärdsförslagen ovan. Säkerställ att fördelarna (t.ex. inbesparingar) fördelas rättvist mellan olika aktörer.

Fördelar

Skapar stabilitet och motivation för ledning och personal att fokusera på förbättring av klinisk koordinering.

Utnyttjar tillvägagångssätt som om de inriktas på patienter som dras störst nytta av koordinerade insatser är kostnadseffektiva, leder till kostnadsbesparingar och förbättrar vårdkvaliteten.

Åtgärderna beskrivna i detta scenario kan genomföras helt eller till valda delar inom ramen för de tidigare beskrivna scenarierna.

Nackdelar

Det finns inga automatiska garantier att metoder som påvisats vara fördelaktiga väcker tillräckligt intresse hos vårdföreträdare för att faktiskt utnyttjas.

Drivkrafterna för vårdgivare och hälso- och sjukvårdspersonal att utnyttja dessa metoder är i nuvarande läge huvudsakligen professionella. Finansieringsformerna innehåller inte ekonomiska incitament, utan kan motverka strävanden till samordning. Därigenom förblir stödet från organisationens ledning för att genomföra de förändringar bättre koordinerade vårdtjänster

Äldrecentrum har under sina 25 år utvärderat många olika modeller för hur vårdens och omsorgens huvudmän – landstingen och kommunerna – kan samverka kring de äldre. TioHundraprojektet i Norrtälje kommun är kanske det mest spännande försöket hittills.

I TioHundraprojektet har Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun bildat en gemensam nämnd för beställning av vård och omsorg och ett gemensamt ägt bolag som står för merparten av utförandet. Ett av projektets mål har varit att åstadkomma en mer samordnad och trygg vård och omsorg om äldre med stora och sammansatta behov. En ledstjärna har varit att ”ingen ska falla mellan stolarna på sin resa genom vården och omsorgen”. I denna rapport beskrivs vad som hänt inom äldrevården och äldreomsorgen i Norrtälje sedan TioHundraprojektet startade år 2006.



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