

19 sätt att samverka bättre

EN RAPPORT OM FÖRSÖKSVERKSAMHETER FÖR
DE MEST SJUKA ÄLDRE 2010-2013



Sveriges
Kommuner
och Landsting



19 sätt att samverka bättre

EN RAPPORT OM FÖRSÖKSVERKSAMHETER FÖR
DE MEST SJUKA ÄLDRE 2010-2013



Upplysningar om innehållet:

Maj Rom, tfn 08-452 76 02

Eija Häman Aktell, tfn 070-602 42 12

© Sveriges Kommuner och Landsting, 2013

ISBN/Bestnr: 978-91-7585-009-2

Text: Lena Hörngren, Kristina Jennbert, Maj Rom

Foto: Ryno Quantz sid 19, Yanan Li sid 30-31 och Gudrun Hjort sid 37

Produktion: Kombinera

Tryck: LTAB, november 2013

Förord

”Att erbjuda äldre personer, med omfattande behov av insatser både från kommunens äldreomsorg och landstingens hälso- och sjukvård, en sammanhållen vård och omsorg ställer stora krav på en samordnad organisation där huvudmannaskapsgränser inte får utgöra hinder. Nya integrerade vård- och omsorgslösningar för äldre personer med stora och sammansatta behov behöver ta form och växa fram”.

Detta var utgångspunkten för de särskilda medel till försöksverksamheter som ingick i den första överenskommelsen om en sammanhållen vård och omsorg som tecknades mellan regeringen och SKL år 2010. Det övergripande temat var *Förbättringsarbete med den äldre i centrum* och medel motsvarande 70 miljoner kr per år 2010–2012 kunde sökas för att pröva och utveckla bl.a. nya rutiner och arbetssätt, organisatoriska lösningar, gemensamt finansierade/samlokaliserade verksamheter, olika former av vägledning t.ex. ”äldrelots” och IT-lösningar.

Sveriges Kommuner och Landsting ansvarade för utlysning och beslut att tilldela medel till 19 försöksverksamheter samt för samordning och stöd till projektledarna. Försöksverksamheterna avslutas i och med 2013 års utgång och slutrapporter och kontaktuppgifter finns på www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/aldre/forsoksverksamheter.

Denna rapport syftar till att ge en sammanfattande beskrivning av de 19 försöksverksamheterna – vad har gjorts, hur går man vidare och om resultatet för de mest sjuka äldre. Våren 2014 kommer Socialstyrelsen att presentera en vetenskaplig utvärdering.

Journalisten Lena Hörngren har på SKL:s uppdrag besökt verksamheterna och skrivit de enskilda rapporterna. Kristina Jennbert och Maj Rom, SKL, svarar för rapportens sammanfattande slutsatser.

Stockholm i december 2013

Åsa Furén-Thulin

Avdelningen för vård och omsorg

Innehåll

- 8 Sammanfattande slutsatser
- 12 Patientprocess "Mest sjuka äldre" i Skåne
- 14 Örkelljungamodellen
- 16 Äldrelots i Blekinge
- 18 Samordning för Linnea - lokala team med samordningsansvar i Kronobergs län
- 20 "Dirigent finns" - försöksverksamhet Äldremottagningen Norrköping
- 22 In och utskrivningsklar patient - vårdkedjan för de mest sjuka äldre (INUT) Västra Götaland
- 24 ViSam - Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell i Örebro län
- 26 TryggVe i Södra Älvsborg
- 28 Trygg i Tyresö
- 30 InterAction i Järfälla: Samordning kring äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga
- 32 Bättre samverkan - Bättre Liv i Hägersten/Liljeholmen
- 34 Mobilt Äldreteam Östermalm
- 36 Mobilt hembesöksteam i Uppsala
- 38 Äldrecentrum i Rengsjö
- 40 De mest sjuka äldre - samverkan i Örnsköldsvik
- 42 HOPP i Skellefteå
- 44 Multi7 i Umeå
- 46 Vännäs HemvårdsCenter
- 48 För Malåbons bästa

Sammanfattande slutsatser

Sammanhållen vård och omsorg om sjuka äldre – ett förbättringsarbete i komplexa system

Att utveckla en mer sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre är ett förbättringsområde med hög grad av komplexitet. Många aktörer/vårdgivare berörs, ekonomiska förutsättningar och styrsystem påverkar liksom ständigt pågående organisatoriska förändringar. Flera försöksverksamheter har anpassat eller justerat interventionen, i många fall också målgruppen under resans gång. Den nationella satsningen Bättre liv för sjuka äldre har under åren som gått tillförts nya insatser och styrande mekanismer som i sin tur påverkat och styrt försöksverksamheterna.

Utmaningen att sätta den äldre i centrum och erbjuda en trygg och säker vård och omsorg torde gälla merparten av västvärldens länder. I internationell forskning används begreppet "integrated care" – det vi i Sverige benämner sammanhållen vård och omsorg. Det är också rubriken för den överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting som ingicks år 2010.

Vetenskapliga försök – lokal verksamhetsutveckling i praktisk vardag

Det är svårt att finna vetenskaplig evidens för vilka arbetsätt och organisatoriska lösningar som faktiskt fungerar och samtidigt är kostnadseffektiva. Forskning som bygger på randomiserade och kontrollerade studier är svåra att genomföra och har ett begränsat värde. Några få försöksverksamheters

design möjliggör en strikt vetenskaplig utvärdering men merparten har inte organiserats eller genomförts som regelrätta "försök" utan mer som exempel på lokal verksamhetsutveckling.

Det är först när nya arbetsätt och tjänster kan praktiseras i sitt sammanhang som det är möjligt att få veta vad som fungerar i praktisk vardag. Arbetet med de 19 försöksverksamheter som erhållit stöd under perioden 2010–2013 har inneburit att ett stort antal idéer kring sammanhållen vård och omsorg för sjuka äldre har kunnat testas just i praktisk vardag. De arbeten som utförts berör ett stort antal områden och aspekter av samverkan och samordning och har genomförts under mycket olika förutsättningar från den minsta kommunen Malå med 3 300 invånare till stadsdelen Hägersten-Liljeholmen i Stockholm med 19 intressenter och en befolkning på ca 78 000 personer.

Tre års provande, utvecklings- och förbättringsarbete har lett fram till erfarenheter och nya koncept som nu sprids i större skala i hela landet. Försöksverksamheterna har också bidragit till mer kunskap om hur förändringsarbete kan bedrivas och om hinder och framgångsfaktorer.

Detta har prövats i praktisk vardag

Försöksverksamheterna inleddes med mål att utveckla arbetsätt och rutiner för bl.a. tidig identifiering av äldre personer med behov av samordnade insatser, för att fördröja eller undvika sjukhusinläggning och säkra återgången hem efter sjukhusvistelse med extra insatser. Några av projekten hade som mål att pröva organisatoriska lösningar för att

få till en bättre samverkan: mobila team, äldremottagning, samlokaliserade verksamheter och särskilda samordnare ”lotsar”. Merparten av försöksverksamheterna kan inrymmas i flera kategorier. Här följer en kort sammanfattning av vad som prövats i praktisk vardag:

Samlokalisering

I två kommuner, Malå och Vännäs, har man visat att det är möjligt att integrera kommunens och landstingets verksamheter – en sjukstuga och äldreboende i Malå och i ett HemvårdsCenter i Vännäs – till gagn för den äldre och för den gemensamma ekonomin. Båda dessa verksamheter är nu permanenta.

Nya rutiner och arbetssätt

Flertalet försöksverksamheter har arbetat med att ta fram nya rutiner för hur vården kan samordnas bättre. Några exempel är Multi7 i Umeå där ett nytt omhändertagande i primärvård byggts upp. I Hägersten/Liljeholmen har man infört sju nya rutiner för bättre samordning kring sjuka äldre. I Västra Götaland har man arbetat med nya rutiner för en säker in- och utskrivning från sjukhusen; bl.a. för direktinläggning på sjukhus och en omsorgskoordinator på akutmottagningen. Örebro har tagit fram ett genomarbetat material som kan användas för beslutstöd vid bedömning i hemmet liksom rutiner för säker utskrivning och samordnad vårdplanering.

Multiprofessionella team

HOPP-projektet i Skellefteå innebär att ett specialiserat multiprofessionellt team tillgodoser svårt sjukas vårdbehov i hemmet med gott resultat. Verksamheten har också utvidgats till en ny grupp; patienter med KOL. I Kronoberg har man gett multiprofessionella team ett samordningsansvar och även här arbetat med att införa nya rutiner. Äldremottagningen i Norrköping erbjöd ett kvalificerat omhändertagande som syftade till att förbättra livskvalitet och hälsa. En pågående vetenskaplig utvärdering har bl.a. till uppgift att undersöka vilka ekonomiska effekter projektet haft. I Tyresö har ett multiprofessionellt team erbjudit omfattande stöd vid hemgång från sjukhusvård – ett resultat är att korttidsplatser kunnat omvandlas till permanenta äldreboendeplatser.

Mobila hembesöksteam

Läkare och sjuksköterska i Uppsala erbjuder akuta hembesök till de mest sjuka äldre. Verksamheten är permanentad från och med 2014 med gemensam finansiering från kommun och landsting.

Arbete med vårdprocesser

I Skåne har man på ett systematiskt sätt arbetat igenom hela vårdprocessen kring sjuka äldre efter modell från motsvarande arbete kring stroke och artros.

Samordnad vårdplanering

Samordnad vårdplanering finns som en viktig ingrediens i flera försök, bl.a. i Skåne där samma företeelse kallas VOPS – vård- och omsorgsplan i samverkan. Med stöd av projektet skapas ett IT-baserat program i Mina vårdkontakter som möjliggör att planen också är tillgänglig för patienten/brukaren och anhöriga.

Lotsar

I Blekinge har man prövat äldrelotsar i ett storskaligt försök. *Meningsfulla möten* är titeln på den bok som beskriver verksamheten; att bygga upp förtroende och hjälpa olika kategorier tillrätta i vårdapparaten; ”nykomlingarna”, de ”ömtåliga” men också de ”rutinerade”. I Kronoberg visade sig intresset för en lots vara mycket svagt och försöket fick justeras i denna del. Också på Östermalm i Stockholm har man prövat en form av ”lotsning” i form av två vård- och omsorgssamordnare. Här dras slutsatsen att det finns äldre som behöver intensiva insatser för att känna sig trygga och att ett sådant stöd bör finnas inom den ordinarie organisationen i form av en namngiven kontaktperson.

Förebyggande arbete

Tryggve i Södra Älvsborg innebär ett systematiskt och strukturerat sätt att identifiera riskområden för att förebygga ohälsa och undvika försämring.

Vårdsamverkan med ideella sektorn

Ideella sektorn är en viktig samarbetspartner i Rengsjö där friskvårdsarbete och rehabilitering går hand i hand med bättre hälsa och livskvalitet för bygdens äldre. Projektets modell kommer successivt att implementeras i hela Bollnäs i samband med kommunaliseringen av hemsjukvården.

IT-stöd/ehälsa

I Järfälla har man visat att datorn kan vara ett bra verktyg för kontakt och trygghet för äldre som drabbats av psykisk ohälsa. I Vännäs har man goda erfarenheter av it-teknik för bättre samordning av personalens arbete och i Örskelljunga har man utvecklat ett it-stöd via NPÖ för att dela information över vårdgivargränser.

Erfarenheter och lärdomar

- Generellt kan sägas att ett *systematiskt och standardiserat arbete lönar sig*. Rutiner som följs varje gång av alla som möter sjuka äldre leder till mer jämlik vård och till bättre resultat.
- Om man vill förbättra för sjuka äldre behöver man *genomföra flera förändringar samtidigt* för att kunna se resultat. Dessa erfarenheter stämmer väl med modern forskning om hur man bör göra för att förändra i komplexa system.
- *Ting tar tid*. Förankring är viktigt liksom mandat att driva förändringsprocesser. God planering behövs men också beredskap för att kunna ändra inriktning under gång.
- *Förändringsarbete bedrivs bäst via linjen*. Flera försök som varit av projektkaraktär och som inte naturligt passar in i övrig verksamhet har inte fått någon fortsättning.
- Om en verksamhet ska permanentas krävs *hälsoekonomiska beräkningar* – inte helt enkelt i denna typ av förbättringsarbete.
- *Vård i hemmet kan minska behovet av vård på sjukhus*. Preliminära resultat från flera försöksverksamheter visar att utökat stöd i hemmet genom snabbt insatta resurser eller särskilt kvalificerat omhändertagande bidrar till att minska sjukvårdskonsumtion.

Hinder och svårigheter

- De flesta försöksverksamheter beskriver hur förändringsarbetet mött motstånd vilket i större eller mindre grad har påverkat verksamheten.
- Om det saknas tydliga beslut och mandat från ledningen blir det svårt för processledaren att nå resultat.
- Tillfälliga projekt riskerar att läggas ned och leda till besvikelse och energiförlust.
- Förändringar sker hela tiden i omvärlden och det måste man ha beredskap för. Flera verksamheter har försenats eller inte kunnat fullföljas som planerat på grund av detta.
- Ersättningsystem premierar inte alltid önskvärt beteende.
- Kommunikation är svårt och kräver kompetens och god planering.
- Att avgränsa målgruppen för försöksverksamheten har i några fall varit en källa till motsättningar och krävt mycket energi. De flesta har efterhand bestämt sig för en bred definition och många har ändrat definition under projektets gång.

Framgångsfaktorer

- Att alltid ha den äldres bästa i fokus löser många problem.
- Engagerade politiker och chefer som ger stöd och står för visionen är guld värda.



Projektledarna för de 19 projekten och SKL:s projektledning har träffats regelbundet för erfarenhetsutbyte och avstämning. Projekt med liknande inriktning har dessutom träffats separat. Här är de flesta i gruppen samlade på ett avslutande nätverksmöte på Högberga i maj 2013.



Patientprocess ”Mest sjuka äldre” i Skåne

Av tradition har de professionella synsätten styrvt vården. Då ser man mattan på golvet som ett riskmoment som kan leda till fallskador. Men för den äldre är samma matta en väv av minnen och en källa till daglig glädje. I Skåne har man sedan 2006 jobbat med patientprocesser, vilket innebär att man under hela sjukdomsförloppet har patientens perspektiv. Till att börja med gjordes detta för patienter med artros och stroke, senare även för vissa cancerpatienter. Med hjälp av projektpengar har arbetssättet kunnat prova för gruppen mest sjuka äldre.

Patientprocess för mest sjuka äldre är mer komplicerat än för sjukdomar med ett mer linjärt förlopp från symtom via behandling till tillfrisknande. Att vara gammal och sjuk är ingen diagnos men man behöver vård och omsorg av olika slag, från kommunen, från primärvården och från specialistsjukvården. Mycket görs för den här gruppen, men insatserna är alltför sällan planerade och samordnade.

Fyra kommuner Höganäs, Svedala, Tomelilla

och Östra Göinge valdes ut för projektet. Där formerades team som skulle jobba med att utveckla vårdprocessen ur patientens perspektiv. I teamen, som leddes av en lokal patientprocessledare, ingick fem-tio personer med olika kompetens. De lokala ledarna har en central roll och en svår uppgift eftersom deras uppdrag går på tvärs genom linjeorganisationen. Teamens första uppgift var kartläggning därefter valdes 50 äldre per kommun ut att ingå i

projektet, hälften fanns på särskilda boenden, hälften hade hemsjukvård och hemtjänst.

Det övergripande målet var att de äldre skulle uppleva trygghet i relation till vården och omsorgen. För att mäta detta använde man sig i första hand av det standardiserade instrumentet EQ5D, som mäter livskvalitet med ett specifikt värde baserat på en sammanvägning av svaren på fem frågor. Man tog också fram ett antal processmått, till exempel fler läkemedelsgenomgångar, färre återinläggningar, fast läkarkontakt och fler planerade hembesök. Stor vikt har också lagts vid att göra fler samordnade individuella planer, som i Skåne kallas VOPS, vilket står för "vård- och omsorgsplan i samverkan".

Möte mellan professionen och den äldre

Upprättandet av planen är ett möte mellan professionen och den äldre, som ofta har en anhörig med. Det är också ett möte mellan olika huvudmän och mellan olika professionella utgångspunkter som man här ska låta komma i andra hand. I vårdplaneringen är det patientens behov och önskemål som ska styra. De grundläggande två frågorna till patienten är: Hur har du det? Vilka förväntningar har du på oss?

För att betona att patienten är i fokus sker mötet i patientens hem. Inte minst för läkarna ger detta annan information om hur patienten fungerar i vardagen än när mötena sker på vårdcentralen. En uppföljning som högskolan i Kristianstad gjort av några VOPS visar att både äldre och anhöriga är övervägande positiva till att mötet sker i hemmiljö.

"Det blir en tryggare och öppnare attityd för det är på hemmaplan", säger en av de äldre som intervjuats och som också ser en fördel när det gäller personalens attityd: "De är närvarande. De har inte tankarna lika mycket på annat håll."

Tydligt syfte förutsättning för framgång

En förutsättning för en framgångsrik VOPS är, enligt forskarna, att det finns ett tydligt syfte, som alla känner till och tycker är angeläget. Andra framgångsfaktorer är att rätt personer deltar i mötet, att de som deltar har mandat att fatta beslut, att samtalet förs på ett språk och i ett tempo så att den äldre hänger med samt att det som har överenskommit följs upp.

Arbetet med att ta fram och använda de samordnade planerna i det vardagliga vårdarbetet har försvårats av att det inte har funnits något fungerande IT-stöd. Region Skåne har, delvis inom ramen för

"För att betona att patienten är i fokus sker mötet i patientens hem. Inte minst för läkarna ger detta annan information om hur patienten fungerar i vardagen än när mötena sker på vårdcentralen."

projektet, arbetat med att ta fram ett sådant stöd, som inte bara gör planen tillgänglig för fler i vården utan också för patienten själv och anhöriga. Lösningen kommer från november 2013 att finnas tillgänglig i Mina vårdkontakter.

Hur blir fortsättningen?

Utveckling och implementering har skett parallellt. De fyra projektkommunerna ligger före och planerar för fortsättning i olika former, men arbetssättet är på gång i hela regionen. Inte minst genom de 33 skånska teamen inom Ledningskraft. Utvecklingen har gynnats av att flera av projektets processmått har blivit prestationsbaserade ersättningar i Bättre liv för sjuka äldre-överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Region Skåne har premierat hembesök av läkare och samordnad vårdplanering i sin ersättningsmodell för primärvården.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Fler äldre har fått samordnad vårdplanering utifrån ett patientperspektiv. Vårdcentralerna jobbar mer medvetet och systematiskt med sina äldre patienter.

Örkelljungamodellen

Patienterna är gemensamma, men journalsystemen och IT-lösningarna i primärvård och kommunal omsorg är olika. Problemet är välbekant för alla som jobbar med vård och omsorg av äldre. I Örkelljunga har man med hjälp av projektmedel jobbat på att hitta en lösning som underlättar kommunikation och därmed innebär en både effektivare och tryggare vård och omsorg.

Utgångsläget i Örkelljunga var att hemsjukvård och primärvård var och en skötte sitt. Det fanns inga gemensamma mål, inga gemensamma individuella planer eller kvalitetsindikatorer. Man kontaktade varandra vid behov. Faxen, som är i stort sett ut rangerad i samhället i övrigt, var en viktig kommunikationskanal vid sidan om telefonen. Inte minst sjuksköterskorna fick ägna mycket tid åt att jaga information, vilket skapade frustration och osäkerhet.

Elektronisk vårdplan ursprungliga målet

För att råda bot på detta var målet att skapa en integrerad elektronisk vårdplan, som var gemensam för kommunens hemsjukvård och primärvården. På så vis skulle man åstadkomma en obruten vårdkedja för patienten över organisationsgränserna. Den ursprungliga tanken var att primärvårdsläkaren skulle upprätta en vårdplan efter gemensam vårdplanering. Det visade sig inte fungera, i stället är det den kommunala hälso- och sjukvårdspersonalen som gör de individuella planerna utifrån en riskanalys.

”Det nya systemet har krävt stora utbildningsinsatser. Inte bara för att personalen ska koda rätt och dokumentera rätt utan också för att man ska förstå varför man gör det man gör så att det inte bara blir knapptryckningar.”



Samtidigt som i Örkelljunga har jobbat med sin modell har Region Skåne infört ett nytt journalsystem PMO (Profdoc Medical Office). Ett projekt som tog så mycket tid och kraft att regionens företrädare hoppade av styrgruppen och samarbetet med Örkelljungamodellen. Örkelljunga fick då hitta nya vägar som inte involverade PMO. I stället fick Nationell Patientöversikt (NPÖ) i kombination med e-tjänst, fungera som länken mellan regionens dokumentation i PMO och kommunens journalföringssystem Treserva. NPÖ gör det möjligt för behörig vårdpersonal att med patientens samtycke få del av journalanteckningar från andra vårdgivare.

E-tjänsten består av e-postfunktion och ett inmatningsformulär. Insatser dokumenteras i formuläret, därefter skickas ett e-postmeddelande till den andra organisationen om att det finns information att hämta sedan man loggat in med sin tjänstelegitimation. Därmed närmar man sig det läge patienten tror råder, att primärvården vet vad kommunen gör och vice versa. En förutsättning är dock att primär-

vården använder sig av systemet. Detta förutsätter i sin tur, enligt intervjuer med verksamhetscheferna, att systemen uppfattas som lättanvända och tidsbesparande.

Risikanalys i samarbete mellan patient och vårdteam

Inom den kommunala hemsjukvården i Örkelljunga har man jobbat med att utveckla Treserva för att underlätta upprättandet av gemensamma individuella vårdplaner. Bland annat genom att använda ICF, den internationella klassifikationen av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa samt KVÅ-koder för klassifikation av vårdåtgärder. Utgångspunkten för vårdplanerna är en övergripande riskanalys som görs i samarbete mellan patienten och vårdteamet, dvs sjuksköterska, sjukgymnast och arbetsterapeut. Planen byggs upp genom att man med korrekta koder enligt ICF och KVÅ beskriver problemet för varje identifierad risk, vad som ska göras och hur det ska följas upp.

Det nya systemet har krävt stora utbildningssatsningar. Inte bara för att personalen ska koda rätt och dokumentera rätt utan också för att man ska förstå varför man gör det man gör så att det inte bara blir knapptryckningar. En så här stor förändring tar tid, men den utvärdering som Institutionen för hälsa, vård och samhälle vid Lunds universitet gjort visar att majoriteten av den kommunala vårdpersonalen

är positiv. Framför allt uppskattar man att dokumentationen blir tydligare och att informationsflödet kring patienterna förbättrats. De nackdelar som framhålls är risk för att informationen splittras och att vissa uppgifter behöver dokumenteras på flera ställen.

Örkelljunga är en liten kommun, vilket underlättar implementering, men man är också beroende av omvärlden. Inte minst av regionen där samarbetet inte alltid fungerat och man till slut valde en lösning som inte omfattade Region Skånes journalsystem. Det har lett till att lösningen är systemoberoende och att Örkelljungamodellen kan användas av andra.

Hur blir fortsättningen?

Arbetet med implementeringen går vidare även om det har visat sig ta längre tid än man först trodde. Utöver fortsatt utbildning är nästa steg att förse personalen med läsplattor för att ytterligare förbättra kommunikationen och tillgången till information också när man är hemma hos den äldre.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Eftersom införandet fördröjts är det än så länge svårt att peka på konkreta skillnader.



Äldrelots i Blekinge

Att vara sjuk innebär att vara i underläge. Om man dessutom är gammal och skör blir det än mer påtagligt. I Blekinge har de mest sjuka äldre och deras anhöriga kunnat få stöd av en äldrelots. Samtidigt har vården och omsorgen fått kunskaper om var det behövs förbättringar för att bli bättre anpassad för målgruppen.

Initiativet till projektet kom från Blekinge Kompetenscentrum och byggde på tidigare erfarenheter från demenssjuksköterskornas arbete i länet. Det dubbla perspektivet, att äldrelotsarna både ska vara stöd för individen och kritiskt granska organisationen har funnits med hela tiden. Det har gjort att uppdraget som äldrelots inte varit alldeles enkelt. Mycket tid lades på att hitta rätt personer till uppgiften. Äldrelotsarnas yrkesbakgrund har varierat men alla har haft gedigen erfarenhet av att jobba med äldre och haft ett brett kontaktnät. De har under projekttiden fungerat som ett team där de haft stöd av varandra. De har också fått stöd i form av

handledning och vidareutbildning, bland annat i motiverande samtal.

Uppgiften är att stötta

Lotsarna hade ingen färdig befattningsbeskrivning att utgå från utan har tillsammans utformat ett arbetssätt som utgår från äldres behov och individuella bedömningar. Ord som ambassadör, talesman eller mentor används för att beskriva relationen till de äldre. Lotsarna är noga med att framhålla att de inte tar över beslut eller ansvar utan att uppgiften är att stötta. Oberoendet är en annan viktig del i rollen.

Lotsarna företräder inte någon av huvudmännen utan ska ha den äldres perspektiv. Mycket handlar om att hjälpa dem att ta sig fram i vårdapparaten, men lotsarna har även haft en viktig social funktion. Ensamheten är svår för många.

”Kontinuitet är A och O. Det har varit en av äldrelotsens viktigaste styrkor (...) Att bygga upp ett förtroende genom att ha tid att samtala och verkligen lyssna på det de har att säga är också viktigt”, säger en av lotsarna i boken *Meningsfulla möten*, som beskriver projektet i alla dess delar.

Den mer systemkritiska delen av uppdraget som innebär att se brister och rapportera dem vidare är ett viktigt komplement till de individuella mötena. I varje kommun har funnits en referensgrupp där lotsarna kunnat ha en dialog med de lokala beslutsfattarna. Exempel på förbättringar är att en kommun inrättat hörselombud med kunskaper om hörapparater. En annan har satsat på att förbättra rutinerna för munhälsa.

Misstro har ersatts av acceptans

Till en början möttes lotsarna av misstro men med tiden har deras uppdrag blivit allt mer accepterat.

”Alla har kunskap och är inriktade på sitt smala område men det behövs någon som har överblick



och det har vi äldrelotsar”, säger en av lotsarna i boken.

När lotsarna tillsammans med den äldre upptäckt en brist eller ett behov har en arbetsplan skapats. Totalt har det blivit över tusen planer som ska analyseras i en särskild rapport. Målet för projektet har varit att lotsarnas arbete ska leda till en mätbar förändring för de äldre och deras anhöriga. Enkäter visar på positiva resultat. Majoriteten anser att såväl deras mentala hälsa som livskvalitet förbättrats och att den fysiska hälsan varit stabil under tiden de haft stöd av äldrelotsen. Framför allt känner de sig tryggare i kontakterna med vården. De hälsoekonomiska analyserna visar att det finns vinster att göra eftersom vårdens resurser används på bättre sätt.

Utvärderingen visar på tre kategorier gamla som använder sig av äldrelotsen. Den första är nykomlingarna som behöver stöd och hjälp att ta sig fram i vårdapparaten i början och som sedan klarar sig på egen hand. De rutinerade klarar sig själva men kan ibland behöva en samtalspartner. Den tredje kategorin är de ömtåliga äldre som behöver direkt stöd till exempel med att ringa samtal eller med att koordinera insatser.

Tre doktorander har varit knutna till projektet. En har analyserat vilken betydelse lotsen haft för äldre med omfattande hälsoproblem. En annan har fokus på anhörigas upplevelse. Den tredje gör en etnografisk studie om äldrelotsarnas dagliga arbete och vad yrkesrollen innebär.

Hur blir fortsättningen?

Äldrelotsarna går tillbaka till sina ordinarie tjänster med uppdrag att föra tillbaka kunskap och erfarenheter från projektet. Kunskaperna kommer också att spridas via forskningsrapporter, i sjuksköterskeutbildningen och via boken om projektet. Diskussioner förs också om att skapa en hälsocentral för äldre i Blekinge där idéerna från projektet kan leva vidare.

PÅ VILKET SÄTT HAR PROJEKTET INNEBURIT SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Deltagarna har, tack vare att de haft tillgång till någon de känner och som vet hur de har det, känt sig mer trygga och fått ökade kunskaper om vart de ska vända sig. Saknaden är stor bland dem som nu förlorar sin lots.



Samordning för Linnea – lokala team med samordningsansvar i Kronobergs län

Linnea är Smålands landskapsblomma. Det är också sedan länge samlingsnamnet i Kronobergs län för de multisjuka äldre med stort behov av vård och omsorg. På initiativ av Regionförbundet har landstinget och länets åtta kommuner arbetat med projektet Samordning för Linnea med hjälp av mångprofessionella team med samordningsansvar.

De elva teamen har bestått av företrädare från kommun och landsting från olika yrkesgrupper. Arbetet har utgått från lokala förutsättningar och lokala behov, vilket gjort att insatserna varierat. Det övergripande målet har varit att de mest sjuka äldre ska erbjudas ett sammanhållet omhändertagande där verksamhetsgränser och huvudmannaskap inte spelar någon roll utan de individuella behoven styr.

Eftersom rekryteringen av de båda projektledarna drog ut på tiden fördröjdes starten. Till att börja med fick de ägna mycket tid åt förankring, men i maj kunde man dra i gång arbetet på allvar genom att kommunvis bjuda in till Framtidsverkstäder. På plats fanns företrädare för brukare, politiker, chefer och vårdpersonal inom kommun och landsting. Den

bredda inbjudan gjorde att projektet fick en bra lokal förankring från start.

Kreativitet, effektivitet och nytänkande

Frågan för dagen var: Hur kan vi kreativt, effektivt och nytänkande samordna våra insatser kring Linnea på bästa vis? Svaren gav teamen konkreta och angelägna förbättringsområden att jobba vidare med. Mycket handlade om övergångsställena, det vill säga de situationer där de äldre övergår från en verksamhet till en annan och där problem uppstår när inte informationsöverföringen fungerar.

Mycket tid och kraft har ägnats åt att identifiera målgruppen. I en pilotstudie använde man sig av

ACG (Adjusted Clinical Groups), som används i vårdvalet för att mäta vårdtyngden. I studien identifierades 174 Linneor. 121 tillfrågades om att ingå i försöksverksamheten, 6 tackade ja. Eftersom ACG-metoden inte fångade in målgruppen användes den inte vidare utan man har i stället hittat Linneorna med hjälp av hemtjänst och andra som har kännedom om målgruppen. Totalt har ett par hundra Linneor identifierats inom projektet. Av dem tackade 43 ja till att ingå i FoU:s utvärdering.

Ett av delmålen var att erbjuda äldrelots med uppdrag att stödja, vägleda och samordna insatserna. Detta mål kom att ägnas mycket kraft. För mycket konstaterar man i efterhand eftersom intresset visade sig mycket svagt. Det har funnits 30 äldrelotsar, som haft uppdraget vid sidan om som en del av sitt ordinarie jobb. Varken lotsarna själva och de äldre tycker att lotsarna riktigt behövdes. Det de skulle göra hade gjordes redan av ordinarie personal, till exempel distriktssköterska och kontaktperson.

Utrymme för diskussioner

Projektledarna har träffat de lokala processledarna var tredje vecka. Det har varit en bra mötesplats, med utrymme för diskussioner kring arbetet med de mest sjuka äldre. För att också ge teamen ny kraft startades en seminarierie i förbättringskunskap. Cirka 70 personer har deltagit vid de fyra seminarietillfällena och fått ökade kunskaper om förändringspsykologi, förbättringskunskap och teamarbete. Till det avslutande seminariet hade chefer och politiker från samtliga kommuner och från Landstinget Kronoberg bjudits in för att få del av de olika teamens presentationer av sitt förbättringsarbete. Några exempel på det arbete som gjorts och som i flera fall ännu pågår:

- › Förbättrad informationsöverföring i samband med inläggning och hemgång.
- › Förbättrade rutiner vid vårdplanering.
- › Arbete för att minska antalet onödiga ambulansresor.
- › Teamarbete för patienter med hjärtsvikt.
- › Förebyggande och uppsökande arbete i form av riskbedömning för alla över 65 år med trygghetslarm som enda insats.
- › Bättre rutiner i samband med hemgång från Akutvårdsavdelningen (AVA) vid Växjö lasarett.

Chefernas stöd och engagemang har varit avgörande för hur teamen har fungerat. Teamen har upp-

skattat kontakterna över professionsgränserna och den ökade förståelse detta gett. På pluskontot finns också de gemensamma träffarna och seminarierna. Minusposter är bland annat att det varit för mycket fokus på utvärdering och blanketter och att det varit svårt att få tid för Linnea-arbete utöver teamträffarna. En annan erfarenhet från projektet är att överenskommelser och avtal ofta stannar på pappret eftersom det som beslutats inte alltid verkställs och följs upp.

Hur blir fortsättningen?

Projektet har utgått från de skiftanda lokala förutsättningarna och fortsättningen kommer också att se olika ut i olika kommuner. I flera fall har nya rutiner implementerats under projektets gång.



PÅ VILKET SÄTT HAR PROJEKTET INNEBURIT SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Förutsättningar för bättre vård genom att känslan av vi och dom mellan olika vårdgivare har minskat.

”Dirigent finns” – försöksverksamhet Äldremottagningen Norrköping

Äldremottagningen på Vrinnevisjukhuset i Norrköping har gett 200 multisjuka äldre tillgång till individuellt omhändertagande baserat på gedigna geriatriska erfarenheter. Detta komplement till den vanliga vården på vårdcentraler och specialistmottagningar har blivit mycket uppskattat. Men just nu tycks det som om mottagningen blir en parantes. När projekttiden är slut läggs den ner.

Mottagningen bygger på tankegångarna i det policydokument för vården av multisjuka äldre som specialistföreningarna för läkare inom geriatrik, allmänmedicin och internmedicin tog fram 2009. Policyn förordar en vård som ser till patientens samlade behov, vilket förutsätter samarbete över professions- och huvudmannagränserna.

Projektet vänder sig till dem som är äldre än 75 år, bor hemma och har vårdats på sjukhus minst tre gånger det senaste året. Via journalsystemet hittades 900 personer som uppfyllde kraven. 400 ville vara med. Bland dem lottades 200 till projektet och lika många till en kontrollgrupp för en forskningsrapport som ligger utanför projektet.

Totalgenomgång av hälsoläget

Vid inskrivningen gjordes en totalgenomgång av patientens hälsoläge. Den byggde såväl på nytagna prover av olika slag som på en gedigen inläsning av patientens journaler för att få en bild av deras sjukdomshistoria. Apotekaren gjorde också en läkemedelsgenomgång och om sjukdomar upptäcktes skickades remiss till specialistmottagning. Utifrån allt detta material diskuterade det multidisciplinära teamet sedan patienten och vilka insatser som behövde göras.

”Att komma med i denna grupp är som den bästa medicin. Alla är duktiga och trevliga! Alltid tillgängliga och hjälpsamma”

Teamets sammansättning har varierat. Förutom läkare och sjuksköterska, har också ingått biståndshandläggare, sjukgymnast, arbetsterapeut och apotekare på deltid. Tidvis har man också haft med en dietist och en tandhygienist. Teamronderna två gånger per vecka har varit den gemensamma mötesplatsen där alla nya patienter och uppföljningar av gamla diskuterats. Erfarenheten är att teamet nästan alltid kunnat hjälpa också svårt sjuka patienter. Alla har sökt lösningar, ingen har varit rädd att gå utanför yrkesgränserna.

Sjuksköterskorna har varit nyckelpersoner eftersom de haft de löpande kontakterna med patienterna och haft ansvaret för uppföljning av behandlingsinsatserna i samarbete med övriga i teamet. Intensiteten i kontakterna med mottagningen har varierat. En del har haft daglig kontakt, andra bara någon gång per år. Patienterna har alltid kunnat nå mottagningen på telefon under dagtid vilket bidragit till att de känt sig trygga.

Komplement till primärvården

Äldremottagningen har inte ersatt primärvården för dessa patienter utan varit ett komplement. Det har skapat avgränsningsproblem och lett till kritik. Kritiken har framför allt kommit från läkarna, som menat att primärvården gör samma saker. Distriktsköterskorna har inte haft några invändningar och där har samarbetet fungerat problemfritt. För sjukhusvården har mottagningen inneburit en välkommen avlastning

Trygghet, tid och tillgänglighet är de främsta vinsterna för patienterna i projektet. Det är svårt att hitta rätt i vården, här har de fått en ingång där de



alltid kan få hjälp eller lotsas vidare. Dessutom har de haft möjlighet till samtal av rent stödjande karaktär och fått förebyggande insatser till exempel när det gäller fallrisker. Jämfört med primärvården har det också funnits mer tid och en bredare kompetens tack vare teamet. Tiden har också kommit de närstående till del eftersom projektet även stöttat dem.

”Att komma med i denna grupp är som den bästa medicin. Alla är duktiga och trevliga! Alltid tillgängliga och hjälpsamma”, säger en tacksam patient i patientenkäten.

Äldremottagningen har kostat ungefär 3 miljoner kronor per år att driva, vilket motsvarar 15 000 kronor per patient. Forskningsrapporten, som publiceras nästa år, ska jämföra mottagningens patienter med en kontrollgrupp som bara fått de ordinarie insatserna. Då kan man säga vilka effekter projektet haft för patienternas livskvalitet och hälsa. Forskningen ska också ge besked om vilka ekonomiska effekter projektet haft. Den personalintensiva vård projektet bedrivit blir onekligen dyrare på kort sikt

än den ordinarie vården, men kanske kan den tack vare tidiga insatser och förebyggande arbete också innebära besparingar genom minskade slutenvårdskostnader.

Hur blir fortsättningen?

Landstinget Östergötland, som genomfört stora besparingar, har beslutat att Äldremottagningen läggs ner när projektiden är slut. Resultatet av forskningsprojektet kan ge resultat som blir till nytta för gruppen mest sjuka äldre.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De har fått en kvalificerad och lätt tillgänglig vård och omsorg anpassad efter deras behov. Besvikelsen är stor över att Äldremottagningen avvecklas.



In och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre (INUT) Västra Götaland

Starten var motig för det västsvenska projektet *In- och utskrivningsklar patient*, som hade en stor uppgift och som omfattade ett stort geografiskt område. Men tack vare en konstruktiv omstart kan man nu konstatera att projektet skapat aktiviteter till nytta för målgruppen. Det har också gett lärdomar för det fortsatta arbetet med att utveckla vården för de mest sjuka äldre.

Tanken var att projektet i större skala skulle prova den modell för in- och utskrivning av äldre patienter som tidigare framgångsrikt tillämpats i Göteborgs-stadsdelen Hisingen. Närvården skulle utvecklas så att de samlade resurserna användes effektivt samtidigt som kvaliteten på vården och omsorgen till de äldre förbättrades. Detta skulle göras genom utvecklat samarbete mellan kommun och primärvård.

Projektet hade initierats av Ledningsgruppen för samverkan (LGS) som omfattar Göteborgs stad med sina tio stadsdelar samt kommunerna Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö. Här finns tre stora sjukhus, ett 80-tal vårdcentraler samt 13 NOSAM-grupper. NOSAM står för närområdessamverkan och är grupper där chefer från kommun, primärvård och närsjukhus träffas. I området finns närmare

”Ambitionen har varit att komma ifrån revirtänkandet och uppmuntra en känsla av generositet och gästfrihet, som gör att man kan se vinsterna av förbättringar även om någon annan får skörda frukterna i sin budget.”

55 000 medarbetare och 100 000 personer äldre än 65 år. Bland dem 91-åringe Kurt Karlsson på bilden intill som säger: ”När jag sätter mig på hojen är det som medicin för mig, jag lyfter”. Av dessa bedömdes 6 000–10 000 tillhöra målgruppen, som inte bara omfattade de mest sjuka äldre utan var något bredare.

Riktade sig till nyckelpersoner

Projektet riktade sig till chefer och andra nyckelpersoner som jobbade med äldre. Sju personer med bred kompetens anställdes som processtödjare. Fokus låg till att börja med på att få igång hembesök och på direktinläggning från primärvård till vårdavdelning. Oenigheten om avtal och ansvar var dock så stor när det gällde hembesöken att man till slut tvingades släppa den frågan. Arbetet med direktinläggning var mer framgångsrikt och där finns sedan juni 2012 en gemensam rutin för sjukhusen.

Projektet påverkades också av två stora omorganisationer. Västra Götalandsregionen hade infört vårdval och Göteborgs stad minskade antalet stadsdelar från 21 till 10. Detta tog tid och kraft. Inte minst från de chefer som projektet primärt riktade sig till.

Projektets ambitioner var höga men uppdraget var brett och allmänt formulerat. Detta ledde till att processtödjarnas roll blev oklar. Våren 2012 stod det klart att implementeringen inte skulle kunna genomföras som planerat. Det blev utgångspunkten för nyorientering. Processtödjarna knöts närmare styrgruppen och en rad aktiviteter har därefter genomförts framför allt under 2013. Man har också knutit en kommunikatör till projektet vilket inneburit att kommunikationsfrågorna lyfts fram. En sådan tjänst borde ha funnits från början för att nå ut till alla som berörs av ett projekt i en så här stor och komplex organisation. Kommunikationens

betydelse är en av de lärdomar som förs vidare till Bättre liv för sjuka äldre-satsningen.

Utbildning för personalen

Projektet har efter omstarten tagit initiativ till flera utbildningar för att ge personalen bättre förutsättningar att ta hand om de mest sjuka äldre. Bland annat har det handlat om triagebedömning och om omhändertagande av strokepatienter. Projektet har också bidragit till att personal som jobbar på akutmottagning har fått bättre stöd för att kunna bedöma sköra äldre och för att underlätta patienternas hemgång. Man har också bidragit till implementeringen av till Primusprojektet, där Primus står för primärvårdspatient ut från sjukhus.

Att stärka samverkan haft hög prioritet. Handlingsplaner för samverkan finns nu i alla 13 NOSAM-grupperna. Mötesplatser mellan organisationer och yrkesgrupper har skapats, vilket blivit mycket uppskattat. Ambitionen har varit att komma ifrån revirtänkandet och uppmuntra en känsla av generositet och gästfrihet, som gör att man kan se vinsterna av förbättringar även om det blir någon annan som får skörda frukterna i sin budget. Ansvar för de äldre är gemensamt och därför gäller det att uppmuntra ett gott samtalsklimat och prestigelös kommunikation.

Hur blir fortsättningen?

Samverkansarbetet har kommit igång inom närområdessamverkan (NOSAM) men för att det ska leva vidare och utvecklas behövs fortsatt processtöd. Vissa av de utbildningar som projektet dragit igång kan få en fortsättning inom Västkompetens, ett nystartat kompetenscentrum. Dessutom hakar en del av projektets arbete i det som nu görs inom ramen för Bättre liv för sjuka äldre-satsningen.

PÅ VILKET SÄTT HAR PROJEKTET INNEBURIT SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Bättre samverkan leder till bättre vård och omsorg. Projektet har också bidragit till att minska undvikbar slutenvård genom stöd till en omsorgskoordinator på akuten och till bedömningsbil. Den är bemannad av en ambulanssjuksköterska som gör bedömningar hemma av patienter som annars skulle hamna på akuten. Medvetenheten om de sköra äldres situation har ökat inom vården.

ViSam – Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell i Örebro län

Många gånger vet man vad som ska göras, men det blir ändå inte alltid gjort. Med ett beslutsstöd som hjälp blir det lättare att göra rätt. Det är en av erfarenheterna av ViSam-projektet i Örebro, som bland annat lett till att kommunala sjuksköterskor fått ett uppskattat beslutsstöd för att lättare kunna avgöra på vilken vårdnivå patienten hör hemma.



I Örebro finns en tradition av samverkan mellan länets kommuner och landstinget när det gäller vården och omsorgen om äldre. Projektmedlen gav en möjlighet att fortsätta och utveckla detta samarbete. Att det skulle ske via Regionförbundet var naturligt eftersom projektet då hamnade hos en neutral aktör. Någon som varken förde kommunernas eller landstingets talan. I den mån man företräder någon är det de gamla för att de i högre grad ska få vård och omsorg utifrån sina behov.

ViSam står för Vårdplanering och informationsöverföring i en samlad modell. Från början var önskemålen många på vad projektet skulle jobba med. Så småningom kom arbetet att koncentreras på tre huvudområden, som tillsammans bildar en helhet:

- › Beslutsstöd
- › Säker utskrivning
- › Samordnad individuell plan

Beslutsstödet har blivit mest uppskattat. Kommunala sjuksköterskor är ofta ensamma i sina bedömningar, genom beslutsstödet får de ett bra underlag i form av en checklista med olika komponenter steg för steg. Till en början fanns en viss skepsis hos rutinerade sjuksköterskor, men eftersom modellen inte innebär att deras kliniska bedömningar blir överflödiga har de flesta sett fördelarna med detta systematiska arbetssätt. Uppföljningar visar att stödet har bidragit till färre akutbesök och att risken för oplanerade återinläggningar minskar. En annan fördel är att dokumentationen blir tydlig och åtgärderna därmed lätta att följa upp om tillståndet försämrar.

Samordnad individuell plan

En samordnad individuell plan visar vad som ska göras och vem som har ansvaret för att det blir gjort. Planen ska vara individens dokument, inte vårdens. Men den underlättar för alla. Patient och anhöriga vet vart de ska vända sig. Vården vet vem som ska göra vad. Argumenten för planering är starka, men trots det och trots att lagen säger att planer ska upprättas görs de alltför sällan. Under projektiden gjordes bara två planer, därefter har ytterligare ett tiotal gjorts. Erfarenheterna är goda, men bristen på fungerande IT-stöd gör arbetet tidsödande och tungrovt. Det system som användes inledningsvis godkändes inte av Datainspektionen och testet fick avbrytas. Nu tror man sig vara på väg att hitta en lösning som uppfyller såväl juridikens krav som verksamhetens behov.

Projektets tredje del Säker utskrivning har inneburit att man tagit fram ett processtöd som tydliggör kommunens, primärvårdens och slutenvårdens ansvar inför en utskrivning. Bland annat har en checklista arbetats fram, som ska göra det lättare att fånga upp behoven hos dem som har en komplex sjukdomsbild och på så sätt minska risken för återinläggning. Processtödet har testats i Karlskoga och tagits emot principiellt väl som ett sätt att kvalitetssäkra de insatser som görs. Samtidigt har det visat sig svårt att ändra inarbetade rutiner och följsamheten till modellen har därför inte varit hundra procentig. På pluskontot finns att introduktionen av arbetssättet lett till bra diskussioner om hur man jobbar tillsammans.

Stöd från chefer en förutsättning

En förutsättning för att lyckas med den här typen av projekt är att det har stöd från chefer på alla nivåer. Möjligen hade genomslaget av projektet blivit

”Beslutsstödet har blivit mest uppskattat. Kommunala sjuksköterskor är ofta ensamma i sina bedömningar, genom beslutsstödet får de ett bra underlag i form av en checklista med olika komponenter steg för steg.”

större om det funnits ett avtal med verksamhetscheferna som gett projektet mandat att besluta om förändringar. Nu har man tvingats sälja in sina åtgärder i hård konkurrens med annat som kräver tid och uppmärksamhet, allt från magsjukeepidemier till organisationsförändringar.

Hur blir fortsättningen?

Projektets uppdrag var att ta fram en modell för samverkan. Tester av arbetssätt och metoder har gett erfarenheter som gjort modellen enklare och mer användbar. ViSam-modellen, är från oktober 2013 tillgänglig för all personal inom kommuner och landsting genom ett webbaserat processtöd www.visamregionorebro.se. Projektets aktiviteter ingår i handlingsplanen för sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre som tagits fram av Örebro läns team inom Ledningskraft. Mycket arbete återstår med implementeringen, men politiskt finns förståelse för att fortsatt stöd krävs. Implementeringen har fått en bra start och intresset för ViSams utbildningar har ökat kraftigt.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Modellen innebär att fler får vård på optimal nivå och sluppit hamna på akuten. Inte minst beslutsstödet till sjuksköterskorna har haft betydelse i vardagen. Projektet har också inneburit många kontakter, som satt i gång tankar kring ett gammalt välkänt problem så att fler blir engagerade att hitta en lösning i vardagen.



TryggVe i Södra Älvsborg

Tryggve är ett gammaldags namn som känns rejält och pålitligt. Inom närvårdsområdet Södra Älvsborg kan namnet dyka upp som en markering i journalen för äldre sköra patienter med behov av extra uppmärksamhet. TryggVE står för Trygghet, Vårdsamverkan och Effektivitet, ett samverkansprojekt som involverar 10 kommuner, 35 vårdcentraler samt sjukhusen i Borås och Alingsås.

Ledordet för Tryggveprojektet är struktur. Målet är att på ett strukturerat sätt arbeta med att identifiera riskområden för äldre som är eller är på väg att bli multisjuka för att sätta in insatser som ökar deras trygghet och förbättrar hälsan. För att vara aktuell som Tryggve ska patienterna vara äldre än 75 år och multisjuka eller multiviktande.

För att få en helhetsbild av hälsoläget görs en screening av patientens situation när det gäller trygghet, psykisk hälsa, läkemedel, nutrition, rehabilitering samt risk för trycksår och fallskador. Informationen samlas i journalen och följer med vid

byte av vårdgivare. Eftersom journalsystemen är olika och det inte finns några möjligheter till elektronisk överföring av information sker överföringen som regel via fax.

”Det gör vi ju redan”

”Men det där gör vi ju redan”, har varit en första invändning mot Tryggvemodellen från personalen inom primärvård och hemsjukvård. En begriplig reaktion eftersom projektet utgått från befintliga system och rutiner. Skillnaden är det strukturerade

arbetsättet med en tydlig arbetsgång där varje yrkesgrupp vet sin uppgift. Sjuksköterskan har rollen som koordinator. I uppgiften ingår att vara den i teamet som håller samman olika bedömningar och upprätthåller kontakt med patienten och de olika yrkesgrupperna.

I projektledningen har, förutom projektledaren ingått sju delprojektledare, som representerar de olika vårdgivarna. I efterhand beklagar man att det inte funnits någon biståndshandläggare med. Projektet har fått lite medicinsk slagsida och de sociala aspekterna kommit skymundan. Mycket tid har ägnats åt information för att föra ut tankarna kring projektet. Projektledningen har haft hjälp av drygt hundra kontaktpersoner med uppgift att driva på implementeringen av Tryggvemodellen på sina arbetsplatser. Många har också kommit i kontakt med projektet genom de nätverksträffar och utbildningar som ordnats i vardagsnära och efterfrågade ämnen som hemrehabilitering, psykisk hälsa och läkemedelshantering.

Verksamheten mer etablerad

Antalet rapporteringar av data för Tryggvepatienter har ökat år för år, vilket ses som ett tecken på att verksamheten blivit mer etablerad. 2012 fanns 666 Tryggvepatienter inom primärvård och kommun, hälften äldre än 86 år. De flesta hade en fast läkar- och sjuksköterskekontakt. De som var omhändertagna inom kommunerna hade i högre grad kontakt med sjukgymnast och arbetsterapeut och hade oftare vårdplanerats än de som fanns inom primärvården. Andelen som återinskrivits på sjukhus inom 30 dagar har halverats under projekttiden.

En av Tryggvepatienterna är 85-åriga Klara, en kvinna med 10 diagnoser, 18 mediciner och en besvärlig social situation på grund av en son med psykiska besvär. Efter vårdplanering kom hon till korttidsboende där hon utreddes enligt Tryggvemodellen. Därefter fick hon cortisonbehandling och antidepressiva läkemedel, näringstillskott, aktivitetsträning, rollator, färre läkemedel och växelvårdsplats. Tack vare dessa åtgärder och nära samarbete mellan korttidsboendet och distriktsköterskan kan Klara klara sig bättre hemma. Hon rör sig med hjälp av rollator, har bättre ork, är mindre nedstämd och har gått upp i vikt.

Planeringen av Tryggve startades redan 2007 inom dåvarande Sjuhäradssamarbetet. Tiden sedan dess har varit händelserik när det gäller vården och omsorgen om äldre. En del har varit till Tryggves fördel, annat har komplicerat arbetet, mycket lite är

sådant projektet kunnat påverka. Det gäller till exempel organisatoriska förändringar som en ny samverksansorganisation inom Södra Älvsborg, vårdval och en stor omorganisation inom Borås stad.

Annat är nationella satsningar, som gör att fokus hamnar på andra aktiviteter. Det gäller inte minst om dessa innebär prestationsersättningar vilket inte Tryggve gör. Även om oviljan att dubbelregistrera har lett till att allt som gjorts enligt Tryggvemodellen inte registrerats går utvecklingen i den riktning som projektet strävat mot. Kunskapen inom äldreområdet har höjts och allt fler jobbat strukturerat med bedömningsinstrument.

Hur blir fortsättningen?

Inom Närvårdssamverkan (primärvård, sjukhus och kommun) Södra Älvsborg har alla kommuner startat arbetsgrupper för äldre frågor, som ska värna om Tryggvemodellen.



HUR HAR PROJEKTET GJORT SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De äldre har fått mer strukturerad vård och omsorg bland annat genom hembesök, läkemedelsgenomgångar och fast vårdkontakt.

Trygg i Tyresö

Steget från korttidsboende till det egna hemmet kan vara långt. Ibland oöverstigligt långt också om man har hemlängtan. Men övergången kan underlättas så att fler kan återvända hem snabbare, visar erfarenheterna från projektet *Trygg i Tyresö*. Avgörande är att patient och anhöriga känner sig förvissade om att vården och omsorgen fungerar när de kommer hem.

Projektpengarna gav Tyresö kommun och Handengeriatriken, som är en del av Praktikertjänst Geriatrik AB, möjlighet att hitta lösningar på ett problem som diskuterats länge: Hur ska man få samverka i vårdkedjan att fungera bättre för dem som blivit inskrivna på korttidsboende? Målet är att ingen ska vara på "kortis" mer än högst tre månader, sedan ska de antingen tillbaka hem eller till särskilt boende. Men många vågar inte återvända hem. Efter en tid på institution är det svårt att föreställa sig hur man skulle klara sig i den egna bostaden. Oron finns inte bara hos den gamle själv utan ibland i än högre grad hos deras barn.

De äldre som varit inskrivna i Trygg i Tyresö har fått stöd av ett team bestående av läkare, sjuksköterska, arbetsterapeut, sjukgymnast och biståndsbedömare, som tillsammans med hemtjänsten stöttat med trygghetsskapade åtgärder. Individens behov avgör vilka åtgärder som sätts in.

Siktet inställt på återkomst till egna hemmet

Redan när patienten skrivs in på geriatriken är siktet inställt på återkomsten till det egna hemmet. En förutsättning för att den äldre ska känna sig trygg och hemgången bli bra är att samordningen mellan olika vårdgivare och yrkesgrupper fungerar. Det handlar om gamla och sjuka med behov av flera olika insatser. De måste vara förvissade om att det som är sagt verkligen blir gjort. Samtidigt måste organisationen kunna agera flexibelt utifrån vad situationen kräver. Det gäller inte minst de första dagarna efter sjukhusvistelsen, då kan besöken bli täta. Sedan trappas insatserna successivt ner.

Många är oroliga inför att återvända hem men när patienter skrivs ut från Handengeriatriken vet de två saker: De kan få kontakt med vården dygnet

runt och de kan återvända till avdelningen om det inte fungerar att bo hemma. Utvärdering i form av djupintervjuer med äldre och anhöriga visar att de har känt sig trygga med de insatser som gjorts. De uppskattar att teamet tydligt informerat om vad som kommer att hända, att deras oro tagits på allvar och att de själva kunnat påverka.

”Det var jag som var huvudpersonen och det kändes verkligen bra”, säger en av de intervjuade.

Under projektet har 77 personer, i genomsnitt 5 per vecka, varit inskrivna i Trygg i Tyresö. De har varit i åldern 67–103 år. Den vanligaste orsaken till inskrivning har varit stor oro inför hemgång och osäkerhet vid förflyttningar. I genomsnitt har de varit inskrivna i 58 dagar, men variationen är stor. Någon skrevs ut efter en vecka, en annan blev kvar i 180 dagar. En uppföljning av 59 patienter tre månader efter utskrivning från Trygg i Tyresö visade att 44 bor kvar hemma, 2 hade flyttat till särskilt boende, 3 var på korttidsplats och 10 hade avlidit.

”När invånarna uppfattar att vården och omsorgen kommer från en och samma organisation då har vi lyckats”

Mindre hemtjänstinsatser

För dem som bodde hemma hade hemtjänstinsatserna kunnat minskas med i snitt 4 timmar i veckan. För Tyresö kommun har projektet inneburit att man behövt betala Handengeriatriken 250 000 kronor mindre per år för utskrivningsklara patienter.



De flesta som blir kvar på korttidsboende med kommunalt boendeansvar är demenssjuka och därför inte aktuella för Trygg i Tyresös insatser. För Tyresö kommun har projektet dessutom bidragit till att 9 av 24 korttidsplatser kunnat omvandlas till permanenta platser.

Samtliga inblandade i Trygg i Tyresö tycker att projektet har fört mycket gott med sig. Ökat samarbete, tätare dialog och ömsesidigt lärande är några av de effekter man nämner. Att samverkan fungerat så bra förklaras bland annat med att teamet har gemensamma mål som utformats tillsammans med den äldre och att alla i teamet har ansvar för att målen nås. Det leder till att man hittar lösningar även om det innebär att man gör sådant som normalt görs av andra yrkesgrupper.

Erfarenheterna från projektet visar på betydelsen av att avtalen mellan beställare och utförare möjliggör och underlättar samordning och samverkan. ”När invånarna uppfattar att vården och omsorgen kommer från en och samma organisation då har vi lyckats”, uttrycker en av politikerna i utvärderingen målsättningen.

Hur blir fortsättningen?

Både Handengeriatriken och Tyresö kommun vill gärna ha en fortsättning, men modellen passar inte in i landstingets nuvarande ersättningsystem. Det är därför osäkert om man kan fortsätta arbetssättet.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De har sluppit att bo på institution och kunnat återvända hem och känna sig trygga med att vården och omsorgen fungerar.

InterAction i Järfälla: Samordning kring äldre personer med psykisk funktionsnedsättning och deras anhöriga

Multisjuka äldre som har en psykiatrisk diagnos som en del av sin sjukdomsbild riskerar att hamna mellan stolarna. Psykiatri vill inte se den äldre patientgruppen. Äldrevården vill inte se den psykiska sjukdomen. Ändå är psykisk sjukdom inte ovanligt. 20 procent av de som är äldre än 65 år lider av depression, ångest, psykos eller annan psykisk sjukdom. Nästan 30 procent av de allra äldsta har så svåra depressiva problem att det leder till funktionsnedsättning. Vart fjärde självmord begås av någon som är äldre än 65 år.

Denna problematik ville Järfälla kommun, Psykiatri Nordväst inom Stockholms läns landsting, Action Caring AB vid högskolan i Borås samt FOU.nu synliggöra genom projektet *Inter Action*. Man ville också undersöka möjligheterna att med hjälp av e-

hälsotjänster underlätta vardagen för psykiskt sjuka gamla och deras anhöriga, utveckla kriterierna för biståndsbedömning samt utveckla en modell för samverkan i form av multiprofessionella team.

Det sistnämnda visade sig vara den stora utmaningen och något man till slut tvingades ge upp. Inte på grund av att det inte fanns något behov utan för att man inte från start förankrat projektet på ledningsnivå. En annan komplikation för projektet var att Psykiatri Nordväst efter en upphandling inte längre har patientansvaret i Järfälla. Detta ledde till att projektet avvecklades i förtid.

E-hälsotjänster

Projektets mest handfasta del gällde e-hälsotjänsterna där man använde sig av Action, som är en tjänst för egenvård och anhörigstöd, som har sitt ursprung i ett EU-projekt och som sedan vidareutvecklats vid högskolan i Borås. Action-användarna har en dator med bildtelefon, där de via en säker uppkoppling



”Det är ungefär som att ha någon annan där i rummet som skulle kunna hjälpa mig när jag verkligen skulle behöva. Som finns nära mig. För det är bara ett klick dit.”

kan kontakta andra användare och vårdpersonal. Till tjänsten hör också kunskapsprogram, som ska vara till stöd för de äldre och deras anhöriga att hantera sin sjukdom.

26 personer erbjöds tjänsten, 11 kvinnor och 4 män i åldern 65–83 år tackade ja. Deltagarna genomförde 301 samtal med hjälp av utrustningen. 90 procent var stöd- eller behandlingssamtal, resten rörde tekniska frågor. Samtalen med sjuksköterskan har varit mycket uppskattade visar de intervjuer som gjorts med några av deltagarna.

”Det är ungefär som att ha någon annan där i rummet som skulle kunna hjälpa mig när jag verkligen skulle behöva. Som finns nära mig. För det är bara ett klick dit”, beskriver en av deltagarna nyttan av Action.

Andra uppskattar att de tack vare bildtelefonen har sluppit åka till sjukhuset för att träffa läkare och sjuksköterska. En sådan resa kan vara oöverstiglig för den som är deprimerad.

”För mig är det trygghet som det mest har symboliserat. När jag mådde så där vansinnigt dåligt var det skönt med Action för att få kontakt med Karolinska”, säger en annan deltagare.

Datorn – vän och livlina

Flera var teknikovana när de gick med i projektet men när de kommit över det första motståndet upplever de datorn som en vän och som en livlina. Besvikelsen var därför stor när projektet avbröts. En annan besvikelse var att man inte fått kontakt med fler i samma situation genom projektet. Däremot gladdes flera åt att de via datorn fått bättre kontakt med barn och barnbarn.

Projektets slutsats av arbetet med bildtelefoni är att det är ett bra sätt att ge stöd och behandling i hemmet. Bildtelefonsamtalen blir ett komplement när den ordinarie verksamheten på grund av tidsbrist eller geografiska avstånd har svårt att klara av hembesök.

Inom ramen för projektet utvecklades i samarbete med de äldre tre kunskapsprogram för Action. Ett har rubriken ”Välbefinnande i själen” och handlar om depression och ångest i samband med åldrande. Arbetet skedde i form av gruppträffar på Järfälla kommuns mötesplatser för äldre. I träffarna deltog åtta äldre och två gruppleddare, som var sjuksköterskor i det äldrepsykiatriska teamet.

En del av materialet användes för programmet ”Sömn”. I arbetet med det programmet deltog även sex äldre med erfarenhet av sömnproblem. Det tredje programmet ”Anhöriga till äldre med psykisk



ohälsa” bygger på intervjuer eftersom de anhöriga är alltför pressade för att delta i gruppmöten.

Hur blir fortsättningen?

Ingen fortsättning planerad. Projektet fick avslutas i förtid när landstingsdriva Psykiatri Nordväst efter en upphandling ersattes av en annan utförare. Detta visar på vikten av att det vid upphandlingar finns med en punkt om hur pågående utvecklingsprojekt ska hanteras.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

InterAction har haft betydelse för de äldre som haft möjlighet till stöd via bildtelefon. Från projektet sida hoppas man också att det bidragit till att öka medvetenheten bland dem som jobbar med äldre om betydelsen av att inkludera dem som har en psykisk funktionsnedsättning.



Bättre samverkan – Bättre Liv i Hägersten/Liljeholmen

Lean-metodik och ett nätverk av förändringsledare var de verktyg Hägersten-Liljeholmens stadsdel i använde sig av i förändringsarbetet, som genomfördes i samverkan med Stockholms läns landsting och privata aktörer. Men även om viljan finns tar det tid att införa nya arbetssätt och åstadkomma verklig förändring. Strukturer, sekretesskrav och ersättningsystem försvårar samarbete över huvudmanna- och yrkesgränserna.

Utgångspunkten för projektet var att man inom förvaltningen sett behovet av ett samlat grepp. Det krävs idag mycket av de äldre och deras anhöriga för att vården och omsorgen ska fungera. Projektmedel gjorde det möjligt att prova nya arbetssätt..

En förutsättning för bestående förändringar är

att medarbetarna är införstådda och delaktiga. Utöver chefsnätverket bildades ett nätverk av förändringsledare, en från varje arbetsplats. Deras uppgift var att driva på införandet av rutiner, fungera som ambassadörer och föra vidare kollegornas synpunkter. Till en början var motsättningarna stora och

diskussionerna heta om vems felet var att det är som det är. 170 problem identifierades. Till slut enades man om sju rutiner för att gemensamt förbättra arbetet med de mest sjuka äldre:

1. Individanpassad vård och omsorg i teamsamverkan. I en grön pärm, som finns hemma hos den äldre, samlas information om insatser och läkemedel. Papper i en pärm kan upplevas som otidsenligt, men med dagens journalsystem och sekretessregler är det enda möjligheten.
2. Förebyggande åtgärder utifrån regelbundna riskbedömningar, som gjordes av hemtjänstpersonal enligt Senior Alert.
3. Rätt vård på rätt plats i rätt tid genom standardiserade utvärderingar av den äldres tillstånd, som gör att försämringar upptäcks tidigt.
4. Specialspår på akutmottagningen i form högre prioritering, vilket skyndar på processen, tillsyn, mat och dryck vid behov samt säng med bättre madrass.
5. Trygg hemgång från akutmottagning eller vårdavdelning genom god informationsöverföring till vårdcentral och hemtjänstgrupp.
6. Förstärkt läkemedelshantering både när det gäller avstämning och delegering. Ett nytt delegeringsmaterial med instuderingsmaterial, övningstester och slutprov inför delegering har utarbetats.
7. Fast kontakt för att skapa kontinuitet och öka tryggheten för den äldre. Detta har blivit en uppgift för anhörigkonsulenter som numera tituleras äldre- och anhörigkonsulenter.

I stadsdelen finns 750 personer som tillhör målgruppen, 210 omfattades av projektet. Mätningar visar att de äldre generellt är nöjda och att många tycker att det blivit bättre. Samtidigt finns en oro för integriteten när så många aktörer är inblandade.

”Frugan är lite orolig över allt det här interagerandet som ska ske”, säger en av de intervjuade.

Bättre samarbetsklimat

Tendenser till minskning finns men projektet har ännu inte fått någon större effekt på konsumtionen av slutenvård. Det systematiska riskarbetet har uppskattats av personalen trots dubbelregistrering i olika datasystem. Medarbetarenkäten visar att kunskapen om varandra har ökat och samarbetsklimatet blivit bättre. ”Vi har alla fått träffas, ventilerat problem och sett att de kan övervinnas”, säger någon.

”Frugan är lite orolig över allt det här interagerandet som ska ske.”

Den utvärdering som gjorts av Karolinska Institutet visar att projektet upplevts som relevant och realistiskt men det har inte fått den omfattning man tänkt sig vilket speglar de svårigheter som varit. Tidsbrist, hög arbetsbelastning och förändringsmotstånd bland medarbetare har försvårat arbetet. Men man har också haft starka motkrafter att kämpa emot.

Forskarna konstaterar att det finns hinder på systemnivå för att åstadkomma en bättre vård för sjuka äldre. Ersättningsystemet är inte utformat så att det bidrar till förbättringar. Ett tydligt exempel är att vårdcentraler riskerar vite om de har för många hemsjukvårdspatienter, vilket kan leda till onödiga inskrivningar på sjukhus. Hög personalomsättning, sekretessregler som hindrar att man delar med sig av information och dubbeldokumentation vid riskbedömningar är andra faktorer som forskarna menar försvårar förändringsarbetet.

Hur blir fortsättningen?

Man har kommit en bit på väg och från alla inblandade finns en uttalad vilja att fortsätta jobba med att förbättra samverkan. Diskussioner pågår med huvudmännen. En förutsättning är att ersättningsystemet ändras. Projektet har jobbat inom befintliga strukturer, men för att arbetssättet ska leva vidare krävs att det även i fortsättningen ges utrymme för att implementera och vårda de rutiner som skapats.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De har fått bättre vård och omsorg genom att insatser samordnats. Tack vare den fasta kontakten kan de äldre lättare få den hjälp och de insatser de behöver.

Mobilt Äldreteam Östermalm

Alla äldre får inte det stöd de har rätt till. Ibland beror det på att de inte ger sig till känna. Ibland på att de inte vill ha den hjälp som erbjuds eller inte är kvalificerade för det stöd de vill ha. Om de inte har anhöriga som hjälper dem att klara vardagen riskerar de att fara illa. Kanske ramla på grund av att de äter för lite eller vräkas från bostaden för att de tappat kontrollen över ekonomin. Mobila äldreteamet på Östermalm var ett försök att hitta den här gruppen och erbjuda dem stöd.

Det visade sig dock betydligt svårare än man anat när projektansökan skrevs. Både juridiken och de många utförarna inom både kommun och landsting innebar komplikationer. 68 500 Stockholmare hör till Östermalms stadsdelsförvaltning. Här finns ett 60-tal utförare inom hemtjänsten och runt 10 vårdcentraler.

För att överbrygga glappet mellan olika stödformer startades det mobila teamet, vilket på Östermalm innebär ett gående team. Här är inte de geografiska avstånden problemet men människor kan ändå bli isolerade. I teamet fanns kompetens både från kommun- och landstingssektorn, vilket gav en sorts tvåspråkighet som behövdes. Kommunikationsproblemen mellan huvudmännen är avsevärda. Man talar gärna om varandra och har synpunkter på den andres sätt att sköta sina uppgifter. Däremot talar man alltför sällan med varandra om hur man gemensamt ska lösa uppgifter.

Svårt nå målgruppen

Målgruppen visade sig svår att nå. Brevutskick var inte särskilt effektivt. Däremot gav annonsering en del kontakter tack vare att de äldre själva eller deras grannar och anhöriga sett informationen. Många kontakter skapades också via distriktssköterskor, biståndsbedömare och andra som hjälpte till att sprida den broschyr som projektet tagit fram.

Mobila teamet passade heller inte in i regelverket. Enligt juristerna var det att betrakta som uppsökande verksamhet. Därmed kunde teamet inte dokumentera vad som gjordes eftersom det bara är tillåtet i samband med myndighetsutövning. De kunde heller inte följa upp de insatser som gjorts eftersom kontaktuppgifter inte får sparas.

Under projektperioden gjordes 259 besök hos 83 äldre i åldern 67–96 år, de flesta ensamstående. Två tredjedelar var kvinnor. Var fjärde hade inte stöd från vare sig grannar eller anhöriga. De flesta klarade vardagsbestyren hyggligt, men två tredjedelar var oroliga för sin hälsa. Ungefär lika många hade problem av psykisk art, som nedstämdhet och oro.

Lösningar som underlättar vardagen

Mobila teamets insatser har i de flesta fall bestått i samtal om vardagssituationen för att försöka hitta lösningar som underlättar vardagen. I många fall har man förmedlat kontakt med andra som kan hjälpa till, som olika vårdinrättningar, skuldsanering eller väntjänst.

Ett av de ärenden Mobila teamet jobbat med gällde ett gift par, som bodde i två rum och kök. Enda dottern bodde utomlands och var mycket orolig för sina föräldrar. Deras ansökan om vård- och omsorgsboende hade avslagits och mannen ville inte släppa in hemtjänsten. Båda makarna var sjukliga. Maken hade balansproblem och föll ofta, inte minst om nätterna. Frun hade hjärtproblem, som förvärrades av att hon inte fick sova. Teamet hade kontakt med paret ett halvår och fick dem att acceptera insatser som gjorde att både de själva och dottern kände sig tryggare, till exempel hemtjänst, hemsjukvård och hjälpmedel.

Bedömningen efter projektet är att det finns gamla som behöver intensiva insatser för att de ska känna sig trygga i sin bostad. Dessa insatser bör dock inte bedrivas isolerat utan vara en del av myndighetsutövningen inom den kommunala äldreomsorgen. På så vis möjliggörs dokumentation och uppföljning. Dessutom ökar rättssäkerheten för brukaren.



Lärdomarna från projektet handlar i hög grad om behovet av tydligt ansvar och av bättre former för samverkan mellan vårdgivare. De äldre som har svårt att uttrycka sig behöver en namngiven kontaktperson både inom kommunen och i primärvården. Någon som har kännedom om förhållandena och som kan kontaktas vid behov. Sekretessfrågorna mellan vården och omsorgen måste få en lösning och företrädare för de olika verksamheterna behöver träffas. Det senare har projektet bidragit till genom att ordna samverkanskonferenser dit alla som är verksamma inom äldreomsorgen på Östermalm bjudits in.

Hur blir fortsättningen?

Försöksverksamheten avslutades i juli 2013. Lärdomarna tas med i den ordinarie verksamheten till

exempel i arbetet med att utarbeta lokala riktlinjer för vård vid demenssjukdom.

VILKEN SKILLNAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR MÅLGRUPPEN?

De personer som fått insatser från teamet har i många fall fått ökad trygghet i sitt boende. Övriga kan få indirekt nytta genom att medvetenheten ökar om problematiken för sköra äldre som bor hemma.



Mobilt hembesöksteam i Uppsala

Alla vet att en akutmottagning sällan är den bästa vårdmiljön för en skör gammal människa. Ändå hamnar många där, för säkerhets skull eller för att inget alternativ finns. De som bor i Uppsala har stor chans att slippa. Tack vare Mobila hembesöksteamet, som drivs av Uppsala kommun och Landstinget i Uppsala län, kan de i stället få besök av läkare och sjuksköterska i sin bostad.

Initiativet till teamet kom från Akademiska sjukhuset och Uppsala kommun. Kanske spelade det roll att Uppsala under några år i början av 2000-talet hade en mobil läkare som gjorde hembesök bland Uppsalas gamla. En eldsjälsinsats som var uppskattad av patienterna och som sparade pengar åt landstinget, men som inte fick någon fortsättning när läkaren pensionerades.

Mobila hembesöksteamet fick sin organisatoriska hemvist i Hemvårdsenheten inom landstingets primärvård, som har ett nära samarbete med Uppsala kommun. Till teamet rekryterades två erfarna distriktsläkare och en sjuksköterska, som jobbat länge inom kommunen. Rekryteringen var inget problem, det som tog tid i starten var att få teamet att passa in hos både kommun och landsting och att göra teamet känt bland de yrkesgrupper som möter de mest sjuka gamla.

Mobila hembesöksteamet startade i september 2011. Den ursprungliga tanken på att ha dygnet runt-jour övergavs eftersom det inte ansågs kostnadseffektivt. De flesta gamla som kommer till akuten kommer dagtid. Verksamheten pågår därför vardagar klockan 8–17.

Kommunens sjuksköterskor är de som oftast kontaktar teamet, både för personer i eget boende och på särskilt boende. Sjukvårdsrådgivningen på 1177 har också möjlighet att kontakta Mobila hembesöksteamet, liksom vårdcentralerna i Uppsala. Däremot kan patienten inte ringa själv.

Bra utrustning

Teamet har en betydligt bättre utrustning än den traditionella doktorsväskan. Hemma hos patienten kan de bland annat genomföra provtagningar

av blod och urin, mäta EKG, sätta in andningshjälpmedel och sy mindre sår. Via dator och mobiltelefon kan de snabbt nås och skicka information vidare. Journalanteckningar går direkt in i systemet.

Ambulansverksamheten i Uppsala är en viktig samarbetspartner. Om ambulansen kallats till någon som enligt ambulanssjuksköterskans bedömning inte behöver akutvård kontaktas teamet som gör en bedömning i patientens hem. Misstänks en fraktur kan teamet skicka remiss elektroniskt till röntgen så att patienten inte behöver passera akutmottagningen.

Även om teamet nu funnits i två år, behövs fortfarande mycket information så att alla i Uppsala som kommer i kontakt med sjuka gamla vet att möjligheten finns. Många personer och yrkesgrupper är inblandade. Rörligheten bland personalen är stor. Upphandlingar gör att utförare ändras.

Under perioden jan 2012–mars 2013 hade Mobila hembesöksteamet ungefär 1700 kontakter, vilket innebär i snitt 6 per dag. Av dessa kunde 81 procent vårdas kvar hemma, 1 procent läggas in direkt på geriatriken och 18 procent kom till akutmottagningen på Akademiska. För dem var akuten i de flesta fall rätt vårdnivå eftersom nästan alla, 85 procent, blev inlagda.

Mobila hembesöksteamet har blivit mycket uppskattat, både av patienter och av hemvårdens sjuksköterskor och ambulanssjuksköterskorna. Sköterskorna anser, enligt Uppsala universitets utvärdering, nästan samfällt att teamet inneburit höjd vårdkvalitet och förbättrat omhändertagande. Det tycker även personalen i teamet, som upplever att de gör stor nytta för patienterna och att arbetssättet är effektivt för den här målgruppen.

Teamets arbete har också inneburit ekonomiska vinster. Uppskattningsvis har 2,5 miljoner kronor sparats in på uteblivna besök i öppenvården. Vinsten för slutenvården uppskattas till 9,2 miljoner kronor per år. Kostnaden för teamet beräknas till 3,5 miljoner per år.

En del av Uppsalas projektmedel har använts för ett projekt med en kommunal sjuksköterska placerad på akutmottagningen. Syftet är att ordna tillsyn i hemmet inom fyra timmar så att de som bor i eget boende får det stöd de behöver när de kommer hem från sjukhuset och inte behöver läggas in i väntan på ett biståndsbeslut. Det har inneburit ökad trygghet för patienterna och en stor avlastning för akutens sköterskor, som hoppas på en fortsättning.

Hur blir fortsättningen?

Mobila hembesöksteamet kommer att permanentas i landstingets regi från 1 januari 2014. Samfinansiering sker med Uppsala kommun, som betalar 40 procent av kostnaderna. Diskussioner pågår om fortsättningen för den kommunala sjuksköterskan på akuten.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Många som inte behöver akutsjukvård har sluppit den stress, oro och väntan akuten innebär. I stället har de fått vård hemma i lugn och ro. "Det var som en gåva från ovan", säger en av patienterna i utvärderingen.



Äldrecentrum i Rengsjö

Oavsett om det är 20 grader kallt eller strålände vårsol kan man i Rengsjö, som ligger 15 kilometer från Bollnäs, på måndagarna se ett gäng stavgående pensionärer i glatt samspråk. Det är inte det enda och kanske inte det viktigaste men det mest påtagliga resultatet av Rengsjöprojektet. Samordnade vårdplaneringar, fler som kan kvar hemma längre, bättre social gemenskap och färre fallskador syns inte lika tydligt, men hör också till bilden.

Projektet startades för att möta det folkliga missnöjet med att servicen för de äldre försämrats. Det särskilda boendet hade blivit trygghetsboende och distriktssköterskemottagningen slagits igen. Primärvården, som drivs av Aleris, och Bollnäs kommun ansökte tillsammans med fyra föreningar: PRO, Röda korset, Rengsjö framtid och Anhörigföreningen om projektpengar. Syftet var att hitta en modell för ett aktivitetscenter som jobbade förebyggande utifrån de äldres behov och önskemål.

Engagemanget var stort, 50 personer kom till startmötet med mängder av synpunkter. Att få tillbaka distriktssköterskan var klart högst prioriterat, på andra plats kom möjlighet till stavgång i grupp. Båda delarna har kunnat förverkligas, vilket troligtvis är en av förklaringarna till det starka stödet till projektet. En annan är att frivilligorganisationerna har varit med från början och kunnat påverka.

Måndagsgruppen, där stavgången är en del, var

det första som drogs igång. Att det är samling klockan 10 ger veckan en start och en struktur. Efter den timslånga promenaden bjuds det vatten, frukt och social samvaro i form av underhållning eller föreläsning. I genomsnitt har det varit 45 deltagare per gång. Andra aktiviteter under veckan är kortspel, bowling via TV-spel och boule, som sköts av frivilligorganisationerna. En bieffekt av aktiviteterna är att fler äter bättre eftersom de stannar kvar och äter i restaurangen.

Balansgrupp för att minska fallskador

Balansgruppen är en annan del av det förebyggande arbetet. Den kom till för att få ner antalet fallskador. 8–10 personer deltar och genomför övningar under ledning av sjukgymnast och arbetsterapeut. Övningarna har haft effekt, alla deltagare utom en har förbättrat sin balans. För en 70-årig strokedrab-





bad kvinna med diabetes innebar träningen och den sociala stimulansen gruppen gav att hon kunde lämna tillbaka sin rullstol och hemtjänstinsatsen minskas med 50 timmar i månaden.

Landstinget Gävleborg och länets kommuner har beslutat om en gemensam rutin för samordnad vård- och omsorgsplanering. I Rengsjö, liksom på många andra håll, hade den i praktiken inte införts. Men med länsrutinen som grund införde Rengsjö ett lokalt arbetssätt. Här finns inte längre utrymme för fritt valt arbete utan alla ska hålla sig till det man kommit överens om. Att följa upp att så sker har varit en viktig del av projektledarens arbete. Det har gett resultat eftersom alla sett vinsterna med att jobba samordnat.

Svårt hitta tider som passar alla

Ett av problemen med samordnad vårdplanering är att hitta tider som passar alla. I Rengsjö har man löst det genom att införa fasta mötestider varje vecka. Man har också infört regler för ansvarsfördelningen när det gäller att kalla till och förbereda möten. Innan planeringen har man gjort riskbedömning enligt Senior Alert, som utgör grunden för mötet, samt ADL-bedömning och bedömning av funktion och balans. En läkare har gjort läkemedelsgenomgång i samband med hembesök. Men alla professionella bedömningar till trots: utgångspunkten för planeringen är vad den enskilde brukaren vill. En kvinna var mycket bestämd på att hon ville ha manglade lakan. Det kunde hemtjänsten inte ställa upp med, men man kunde ha med i planen att hon skulle ha

ADL-träning i form av tvättstugebesök så att hon kunde mangla sina lakan själv.

Hemtjänstpersonalen har en nyckelroll. De har fått delta i en utbildning i vardagsrehabilitering. När balansgruppen tränar finns alltid någon från hemtjänsten med. På så vis kan de se de gamla i träningssituation och har lättare att motivera till träning hemma. Dessutom lär de känna rehabpersonalen.

Hur blir fortsättningen?

Projektets modell för samverkan och stöd till de mest sjuka äldre kommer successivt att implementeras i hela Bollnäs i samband med kommunaliseringen av hemsjukvården. Anhörigstödaren ska på deltid stötta föreningarna så att aktiviteterna med föreläsningar, kortspel och boule kan fortsätta

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De får rätt insatser vid rätt tillfälle i sin närmiljö. De får regelbunden rehabilitering och inte bara punktinsatser. Här finns aktiviteter, som är till nytta för alla pensionärer och som gjort dem stolta över Rengsjö eftersom man känner att det satsas på bygden. Dessutom har projektet gett en ekonomisk vinst tack vare färre sjukhusinläggningar och minskat behov av hemtjänst.



De mest sjuka äldre – samverkan i Örnsköldsvik

I Örnsköldsvik har primärvården, kommunen och sjukhuset samverkat i organiserad form sedan 2003. Men även om de inblandade parterna tyckte att det fungerade hyggligt insåg man att vårdkedjan var svåröverskådlig för patienterna, som alltför ofta hamnade på fel vårdnivå. Tack vare projektpengar har man provat metoder som lett till flera förbättringar. Resultatet syns tydligast på akutmottagningen där andelen äldre minskat och de som kommer in inte blir kvar så länge.

Projektet startade med fyra övergripande inriktningar: att triagera patienterna innan de kom till sjukhuset, alternativa vårdformer, proaktiv vårdplanering samt att förbättra och förkorta den äldre patientens tid på akutmottagningen. En fokusgrupp per område arbetade fram förslag som sattes i ver-

ket av grupper av medarbetare. Utgångspunkten har varit att idéerna ska kunna genomföras inom ordinarie verksamhet utan extra resurser.

En annan grundprincip har varit att utgå från fakta, som alla är överens om. Alltför ofta styr känslor och åsikter, men det innebär en bräcklig grund för

”På akuten samlas personalen varje morgon för genomgång om gårdagens mätningar och diskussion om förbättringar, en form av daglig styrning enligt lean-modellen.”

ett förändringsarbete. Om förändringarna ska bli hållbara måste man utgå från samma verklighet och gemensamt reflektera över effekterna av det man gör. På akuten samlas personalen varje morgon vid informationstavlan för genomgång om gårdagens mätningar och diskussion om förbättringar, en form av daglig styrning enligt lean-modellen.

Påverkar akutmottagningen

Projektet berör många delar av vårdkedjan för de mest sjuka äldre, men mycket av det som gjorts får effekt på akutmottagningen. Besökssiffrorna på akuten kan ses som en mätare av hur vårdkedjan fungerar. Statistiken visar att den genomsnittliga genomloppstiden på akuten i Örnsköldsvik minskat med 13 minuter till 2 timmar och 38 minuter. 83 procent av besöken var kortare än 4 timmar. Ett snabbspår för patienter med höftfraktur ledde till att tiden från ankomst till operation minskade med 3,5 timmar till 11 timmar och 45 minuter. Omhändertagandet på akuten har också förbättrats genom att all personal fått utbildning om de mest sjuka äldres behov och genom att miljön anpassats till deras behov.

En vanlig orsak till långa väntetider på akuten och till inläggning på sjukhus är att det är oklart hur patienten ska klara sig hemma. För att komma åt det problemet har det på akuten funnits en vårdplaneringssjuksköterska som tillsammans med hemtjänsten och primärvården jobbat med att trygga patienternas hemgång. Det har, förutom kortare väntetider, lett till att ingen skickas hem utan att bli omhändertagen och att sjukhuset sparar in 400 vårddygn per år.

Bäst idéer från medarbetarna

Projektledningens roll har under projektets gång förändrats till att bli allt mer stöttande. Erfarenhe-

ten visar att man lyckas bäst när idéerna kommer från medarbetarna. Från primärvården fick man idén om en hälsodagbok för att ha koll på förändringar i de äldres hälsa. Genom att hemtjänsten regelbundet bedömer och noterar parametrar, som mat, hygien, förflyttning, påklädning, smärta, trygghet och aktivitetsnivå synliggörs försämringar över tid och åtgärder kan sättas in innan läget blir akut.

Tack vare det strukturerade arbetssättet med Hälsodagboken har man funnit ett uppdämt vårdbehov hos äldre som bor hemma. Hos var fjärde brukare har man under perioden noterat mätbara försämringar. I 78 procent av fallen har detta lett till en insats, oftast i form av en vårdkontakt, till exempel hembesök av distriktssköterska. Bara i ett fåtal fall har det behövts ändrade omsorgsinsatser.

Hälsodagboken provades först i liten skala och togs väl emot. I mars 2013 utökades testet till 80 brukare. Ett genomförande i hela kommunen diskuteras men är ännu inte beslutat. För att förenkla hanteringen kan det komma att kopplas till en applikation för smartphone i samband med att digitala nycklar införs 2014.

Projektet har varit inriktat på förändringar som innebär att arbetet bedrivs mer strukturerat så att alla gör lika och man gör lika varje gång. Ett exempel på en sådan förändring är den checklista som kommunens vårdpersonal ska använda vid en akut händelse i brukarens bostad eller på särskilt boende. Ett verktyg som visade sig mer välkommet än förväntat. Personalen kände sig tryggare när de visste vad de skulle kontrollera och vad som ska rapporteras vidare i vårdkedjan.

Hur blir fortsättningen?

Eftersom merparten av arbetet har gjorts inom ramen för ordinarie verksamhet kommer det att fortsätta och vidareutvecklas. Erfarenheterna kommer också till användning vid kommunaliseringen av hemsjukvården 2014.

PÅ VILKET SÄTT HAR PROJEKTET INNEBURIT SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Färre och kortare besök på akuten tack vare det proaktiva arbetssättet. En bra grundläggande struktur med tydliga ansvarsområden skapar förutsättningar för långsiktiga och verksamhetsnära kontinuerliga förbättringar.



HOPP – Skellefteå

Hjärtsvikt är den vanligaste orsaken till att personer över 65 år läggs in på sjukhus. Det är en sjukdom som leder till andnöd, nedsatt ork och andra symtom, som försämrar livskvaliteten för både den sjuka och för anhöriga. Samtidigt är det en sjukdom som inte riktigt tas på allvar eftersom den betraktas som en del av ett normalt åldrande. Patienterna har ofta även andra sjukdomar och åker in och ut på sjukhus. 70 procent av kostnaderna för behandling av hjärtsvikt går till sjukhusvård.

Bristerna i vården av patienter med hjärtsvikt, inte minst inom den palliativa vården, hade diskuterats inom medicinkliniken och inom den avancerade hemsjukvården AHS Viool på Skellefteå lasarett. När möjligheten att söka projektpengar kom konkretiserades dessa tankar i HOPP-projektet, där HOPP står för Hjärtsvikt Och Palliativa Programmet. Projektet är ett samarbete mellan AHS Viool, medicingeriatriska kliniken, primärvården, Skellefteå kommun och Umeå universitet

Syftet var att ur ett helhetsperspektiv förbättra vård och omhändertagande av patienter med svår kronisk hjärtsvikt. Dessutom ville man öka möjligheterna för patienter med hjärtsvikt att få tillgång till palliativ vård samtidigt som de fick en aktiv behandling av sin sjukdom. Insatserna skulle utvärderas via en forskningsstudie där deltagarna jämfördes med en kontrollgrupp.

Sammelsurium av läkemedel

Patienter med kronisk hjärtsvikt far många gånger illa i dagens sjukvård eftersom de på grund av sin komplexa sjukdomsbild inte passar in vare sig inom specialistsjukvården eller inom primärvården där hjärtsvikten sällan är enda problemet. Specialistvården ägnar sig åt en diagnos i taget och vill ha snabb omsättning. Primärvården klarar inte riktigt av dem. Eftersom många läkare är inblandade kan patienternas läkemedelslista närmast beskrivas som ett sammelsurium.

HOPP-projektet fungerar som en vårdnivå mellan primär- och specialistnivå. En nivå där man kombinerar kvalificerad planerad vård med palliativ behandling genom specialiserad hemsjukvård. Vården ges av ett team som består av läkare, sjuksköterskor, sjukgymnast och arbetsterapeut.

Patienterna kan dagtid nå en sjuksköterska för rådgivning, jouttid samarbetar man med den ordinarie hemsjukvården.

I entrén till Skellefteå lasarett finns skyltar som visar vägen till HOPP-projektet. Men många gånger sker kontakterna med vården hemma hos patienten. Då kan man lättare bedöma patientens behov, förstå hur sjukdom påverkar och hur patienten hanterar sjukdomen i vardagen. Dessutom är hembesöken ett stöd för anhöriga.

Inte färdigbehandlade

Urvalet av patienter till HOPP och den vetenskapliga studie som ingår har varit en tidskrävande och komplicerad process. En förutsättning för att få delta var att patienterna bedömts som medicinskt färdigbehandlade. De som valts ut har inledningsvis kallats till en undersökning av en specialist. Det visade sig då att majoriteten inte var färdigbehandlade, sett ur ett helhetsperspektiv med hänsyn taget till andra kroniska sjukdomar.

Ett resultat som både förvånar och förskräcker. Förklaringen är troligtvis den fragmentiserade vården där man på varje vårdenhets behandlar sin bit. När den är klar anser man att patienten är färdigbehandlad även om det finns andra sjukdomar med i bilden. För dessa patienter har man med relativt små insatser kunnat åstadkomma förbättringar med stor betydelse för deras vardag.

En av rutinfrågorna vid inskrivningen var hur patienten ville vårdas vid livets slutskede. En svår fråga som de flesta i vården skyggas för. Ofta vill vårdpersonal först bygga upp en relation och invänta rätt

tillfälle, vilket ofta leder till att man aldrig får veta. I och med att man här betonade att det var rutin försvann en del av laddningen i frågan. Det vanligaste svaret var att man ville dö hemma.

Preliminära resultat från forskningsstudien av HOPP-projektet visar att patienternas funktionsklass, livskvalitet och symtombörda har förbättrats. Dessutom har behovet av sjukhusinläggningar minskat både på medicin- och kirurgkliniken med sammanlagt 202 dagar i jämförelse med kontrollgruppen. Den hälsoekonomiska studien visar preliminärt att förbättringarna kunnat genomföras till en lägre kostnad.

Hur blir fortsättningen?

Under 2013 har projektet utvidgats och modellen erbjuds nu även patienter med KOL, som har en liknande problembild som hjärtsvikt. Sannolikt får det vara kvar i någon form som en del av den avancerade hemsjukvården i Skellefteå. Intresset för vårdmodellen är stort, både i övriga landet och i Europa.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Deltagarna i projektet har fått bättre livskvalitet tack vare att de förstår sin sjukdom bättre och kan hantera den. Att vården blivit mer tillgänglig och stödet till anhöriga förbättrats har också lett till ökad trygghet.



Multi7 i Umeå

Det ska vara enkelt, det ska vara genomförbart och det ska bygga på befintliga resurser. Det var utgångspunkten när Umeå kommun och Västerbottens läns landsting skapade en modell för sammanhållen vård och omsorg. Modellen innebär ett strukturerat arbetssätt med fokus på de äldre och deras behov, inte på huvudmannagränser.

Modellen fick namnet *Multi7* eftersom man utgick från sju specifika områden: förebyggande insatser, behovsanpassad hemtjänst, sjuka äldre i primärvård, anpassade slutenvårdsprocesser, informationsöverföring, säker läkemedelshantering samt gemensam sammanhållen uppföljning. Så småningom kom detta att utmynna i två delprocesser: Trygg och säker hemma och Trygg och säker utskrivning från sjukhus.

Multi7-modellen testades i stadsdelen Backen. En socioekonomiskt rätt typisk Umeåstadsdel med en medelstor hälsocentral och där det fanns ett intresse från cheferna att samverka. Chefernas engagemang är avgörande. Om inte de har viljan och förmågan att driva på i vardagsarbetet är det svårt att åstadkomma förändringar.

Hälsocentralen är navet

Hälsocentralen är navet i arbetet med de mest sjuka äldre. Där är det distriktssköterskorna som har nyckelrollen. Inte minst eftersom det är de som fungerar som fasta vårdkontakter. De samordnar insatserna och de äldre kan nå dem direkt via mobilen. Läkarna finns där och kopplas in när det behövs, men de har ingen central funktion

Grundläggande för Multi7 är det strukturerade arbetssättet. Modellen bygger på ett antal standards som alla syftar till att de äldre ska känna sig trygga hemma. Det är till exempel bedömning i hemmet, tillgång till fast vårdkontakt och samordnad individuell plan.

Ambitionen är att hitta de individer som behöver en samlad vårdinsats i tid så att förebyggande insatser kan sättas in innan de är att betrakta som multsjuka. Multi7-modellen erbjuds därför inte bara de som har hemsjukvård eller som man upptäcker har haft täta kontakter med sjukvården eller blivit oplanerat återinskrivna. Man har också utarbetat

ett signalsystem som bygger på att hemtjänst, primärvård och slutenvård är uppmärksamma och slår larm. Biståndsbedömarna informerar till exempel vårdcentralen om nya brukare. Att någon beviljats matleverans kan vara ett tecken på ökat behov av stöd.

80 personer inom Backenområdet erbjöds att delta. 75 tackade ja i delprojektet ”Trygg och säker hemma”. De har alla blivit riskbedömda enligt Senior Alert. De som har många eller olämpliga läkemedel har fått en läkemedelsgenomgång och alla som har insatser från båda huvudmännen har fått en samordnad individuell plan.

Deltagarna känner sig trygga

Djupintervjuer med några av deltagarna visar att de var mycket positiva till de insatser som görs och att de flesta känner sig trygga. Till det bidrar inte minst att det är lätt att komma i kontakt med distriktssköterskan. Fokusgruppintervjuer med medarbetare är också övervägande positiva. De uppskattar att de fått ökad kunskap om varandras ansvarsområden. En annan fördel är att det är blivit lättare att ta kontakt när man lärt känna varandra bättre. Kommunikationen mellan vårdgivarna har förbättrats genom de individuella planerna och genom att man infört brukarträffar, där hemtjänstpersonal och distriktssköterskor diskuterar gemensamma frågor.

Delprocessen Trygg och säker utskrivning syftar till att minska onödiga sjukhusvistelser genom ett strukturerat arbete när de gamla lämnar sjukhuset. Även här finns standards till exempel utskrivningssamtal, checklista och uppföljningssamtal inom 72 timmar.

I ett samarbete mellan sex slutenvårdsavdelningar i Västerbotten har man testat att ha en särskild utskrivningssjuksköterska, vilket ökat tryggheten både för personal och för patienter. En fördel är att



utskrivningssköterskan har expertkunskap och ett gott kontaktnät som underlättar utskrivningen. En annan är att övrig personal avlastas och kan ägna sig åt inläggande patienter. Även uppföljningssamtalen har inneburit en avlastning och förhindrat återinläggningar. Frågor kan besvaras och oro stillas utan att den gamla behöver åka tillbaka till sjukhuset.

Hur blir fortsättningen?

Modellen används av tre hälsocentraler i Umeå och en i Skellefteå. Det finns ett inriktningsbeslut om att hela landstinget ska jobba så här, men det är oklart när det kan bli verklighet. Genomförandet försvaras

av att det är svårt att få med de privata vårdgivarna eftersom ersättningsmodellen inte stödjer arbets sättet.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De har fått vård och omsorg som de känner sig trygga med tack vare fast vårdkontakt, bättre samarbete mellan olika grupper inom vården och upparbetade rutiner för exempelvis läkemedelsgenomgångar och riskbedömning.

Vännäs HemvårdsCenter

Vännäs är Norrlands till ytan näst minsta kommun. På de dryga 500 kvadratkilometrarna finns ungefär 8 500 invånare, en vårdcentral och en utförare av hemtjänst som är kommunen. Men trots att detta är en i alla avseenden liten och, på många sätt, hanterlig kommun var det åtta olika yrkeskulturer i lika många lokaler som skulle förenas när man förde samman kommunens och landstingets vård och omsorg av de äldre till en lokal, Vännäs hemvårdscenter. Det var inte lätt, men idag är det ingen som vill återgå till den gamla ordningen.

De åtta kulturerna var hemtjänsten, distriktssköterskor, nattpatrullen, biståndshandläggare samt sjukgymnaster och arbetsterapeuter som fanns både inom kommunen och på hälsocentralen. Till att börja med hade de olika syn på det mesta. Störst var åsiktsskillnaderna mellan dem som har tätast kontakt med de gamla, hemtjänsten och distriktssköterskorna. Idag pratar de olika yrkesgrupperna med varandra, i stället för om varandra. En liten skillnad med stor symbolisk betydelse är att sjuksköterskorna när de gör hembesök idag utför insatser, som tidigare hade varit otänkbara, till exempel ta på stödstrumpor eller ta med en matlåda.

Varje morgon klockan 8 samlas alla yrkesgrupper till ett max halvtimmeslångt möte på hemvårdscen-tret. Runt bordet vid kring dessa så kallade ROS-

möten, där ROS står för rehabilitering och samverkan, kan frågor som gäller alla äldre i kommunen som har insatser av något slag diskuteras.

Mötena har en dagordning, men en rätt informell struktur, även om man nu överväger att ha en ord-förande. Man går laget runt och den som har något som behöver diskuteras väcker frågan. Eftersom mötena är dagliga blir det inte så många ärenden, men när något är diskuterat har alla samma infor-mation. Till exempel vet hemtjänsten varför sjuk-gymnasten tycker att en vårdtagare ska använda käpp i stället för rollator och motivera honom att göra rätt

Bilburet på landsbygden

Hemtjänsten i Vännäs är indelad i två grupper. Den ena har hand om centralorten och förflyttar sig till fots eller med cykel. Den andra är bilburen och tar hand om dem som bor på landsbygden. Hemvårdscen-tret finns i ett nedlagt servicehus centralt i sam-hället. Innanför entrén finns laddningsstationen för de smartphones alla har med sig när de ger sig ut.

Telefonerna används för att personalen ska få sina dagliga scheman samt för att registrera vad som görs hos brukaren. För telefonerna gäller 814-meto-den. All personal uppdaterar sina scheman i tele-fonen klockan 8, klockan 1 och klockan 4. Samma applikation används också för att få information om brukaren, koder till medicinskåp, insatsrappor-tering, larmhantering samt öppning och låsning av digitala lås.

Hemma hos brukarna finns registreringstag-gar på insidan av dörrkarmen. Taggen innehåller information om brukaren och fungerar också som





ett digitalt kvitto på att personal har varit på plats, hur länge de har varit där och på vilka insatser som utförts. I personalens telefoner finns också en närvaroplikation, som utvecklats lokalt av projektets tekniksamordnare, där man kan se vilka som jobbar samt vilka telefoner, brukarnycklar och bilar som används.

IT-stöd ger överblick

Vännäs använder sedan 2004 planerings- och registreringssystemet TES (tillgänglighet, effektivitet och säkerhet). Systemet håller reda på samtliga brukare, till exempel var de bor, vilket stöd de behöver och hur lång tid som behövs. Här finns också uppgifter om vilken personal som jobbar och vilken kompetens de har. TES samkörs nu med hemtjänstpersonalens mobiltelefoner så att man ser att planerade besök har genomförts. Varje dag görs 300–350 besök inom hemtjänsten i Vännäs, tack vare IT-stödet har arbetsledarna betydligt bättre överblick och kan se till att resurser används rätt. Tekniken gör också att man slipper ifrån två av hemtjänstens tidstjuvar, att leta efter nycklar och skriva lappar om vad som ska göras.

Även om man är effektiv blir det ibland tid över. I Vännäs kallas sådan tid för lucktid och används för utbildning, antingen interaktivt eller i grupp. Bland

annat har all personal genomfört en utbildning om bemötande. Arbetsmiljöundersökning visar att personalen tycker att relationen till både brukare och kollegor förbättrats. Mobiltelefonerna har gett dem bättre kontroll över arbetet eftersom de slipper ägna tid åt att leta utan har all information till hands.

Hur blir fortsättningen?

Projektet kommer att övergå i ordinarie verksamhet med fortsatt strävan att utveckla arbetssättet i hemtjänsten. Hemsjukvården i Västerbotten kommunaliserades den 1 september 2013. Tack vare Hemvårdscentret är mycket av förberedelsearbetet gjort.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

Bättre vård och omsorg tack vare att hemtjänst och sjukvård formerat sig för att använda resurserna rätt och tillsammans göra de insatser som brukarna vill ha och behöver. Undersökningar visar att brukarna är mer nöjda idag än innan projektet.



För Malåbons bästa

Ett av välfärdens stora framtidsproblem är hur personalförsörjning och omsorg ska klaras i glesbygd när befolkning och skatteunderlag minskar. I Malå har man inom ramen för projektet *För Malåbons bästa* hittat arbetsätt som både innebär att de äldre får bättre omsorg och att chanserna för att behålla servicen ökar. Det kan beskrivas som den öppna dörrens organisation. Tidigare var dörren mellan landstingets och kommunens verksamhet stängd. Idag är det ingen som märker av huvudmannagränsen.

Malå, som ligger i Västerbottens inland cirka 15 mil från Skellefteå, är med sina 3 200 invånare en av landets minsta kommuner. 25 procent av Malås invånare är äldre än 65 år, i hela landet är andelen 19 procent. Närmaste sjukhus finns i Lycksele, en dryg timmes bilresa bort. I kommunen finns fyra geografiskt spridda särskilda boenden, varav ett, Tjamsångården, ligger i samma byggnad som sjukstugan. Där finns landstingets akutvårdsavdelning, som har öppet årets alla dagar och där man har möjlighet att lägga in fyra patienter för vård.

I entrén till sjukstugan finns skyltar som talar om att akutvårdsavdelningen har flyttat till Tjamsångårdens lokaler. Där har man skapat en gemensam

avdelning där sjukvårdens och omsorgens kompetens kombineras, vilket inte minst är till fördel för de mest sjuka äldre. De behöver inte längre byta plats om deras tillstånd försämras, det är personalen som flyttar sig. På så vis slipper de gamla onödiga transporter och får alltid möta personal som de känner igen. Något som inte minst är viktigt för de gamla som har eller är på väg in i en demenssjukdom.

På den gemensamma avdelningen har kommunen sex platser i särskilt boende och tre korttidsplatser. Landstinget har fyra akutvårdsplatser. Dagtid jobbar här två undersköterskor och en sjuksköterska, nattetid en sjuksköterska och en undersköterska. En läkare går rond varje morgon.

”För huvudmännen har den gemensamma avdelningen inneburit att återinskrivningar är sällsynta och att kommunen inte har några kostnader för medicinskt färdigbehandlade.”

Alla är vinnare

Inte bara de mest sjuka äldre utan alla malåbor kan ses som vinnare på det här projektet. Samverkan mellan kommun och landsting har inneburit besparingar. Framför allt för landstinget som fått minskade kostnader när det gäller personal och lokaler utan att kommunens kostnader ökat nämnvärt. Dessa samordningsvinster har bidragit till att Malå, till skillnad från andra kommuner i Västerbotten, har sjukstugan kvar. Landstingets besparingspaket 2011 har dock inneburit att antalet platser i Malå har minskat från sex till fyra. Malå har också sin ambulans kvar, vilket gett en förstärkning eftersom ambulanspersonal jobbar på den gemensamma avdelningen mellan utryckningarna.

I början fanns en viss skepsis mot att öppna dörren mellan kommunens och landstingets verksamhet. Bland de boende gällde skepsisen att ”lansingarna” skulle komma in till dem. Idag är det ingen som tänker på var personalen är anställd. Både personal och boende är nöjda med förändringen. Här finns en samsyn som gör att vardagen fungerar.

Korta beslutsvägar

”Vi har våra äldre tillsammans”, är inställningen. Beslutsvägarna är korta och personalen har stora möjligheter att tillgodose de boendes önskemål. Om till exempel någon längtar efter surströmming går det att ordna. För huvudmännen har den gemensamma avdelningen inneburit att återinskrivningar är sällsynta och att kommunen inte har några kostnader för medicinskt färdigbehandlade.

Det är skillnad att jobba som undersköterska på särskilt boende och på en akutvårdsavdelning. På boendena är det i hög grad klockan som styr. Saker och ting görs i tur och ordning. I akutsjukvården kan man inte planera på samma sätt utan det viktigaste måste göras först. Bemötandet måste också vara an-

norlunda när man knackar på i någons bostad jämfört med när man kliver in till en patient i en sjuksal. De här skillnaderna skapade en del irritation i början men tack vare utbildning och att man lärt av varandra fungerar det nu tillfredsställande. Kombinationen av arbetsuppgifter gör att tjänsterna på den gemensamma avdelningen idag är eftertraktade.

De undersökningar som gjorts visar att de gamla känner sig trygga med vården och personalen på den gemensamma avdelningen. Men risken är att det kanske blir för sjukhuslikt. De gamla säger sig sakna möjligheter till daglig träning, rehabilitering och aktiviteter.

Hur blir fortsättningen?

Modellen är fullt ut genomförd och det finns idag inga planer på att inte fortsätta att ha en gemensam avdelning. Samarbetet har underlättat kommunaliseringen av hemsjukvården, som genomfördes i Västerbotten 1 september 2013.

VAD HAR PROJEKTET INNEBURIT FÖR SKILLNAD FÖR MÅLGRUPPEN?

De gamla kan känna sig trygga med att om de blir sjuka behöver de inte åka in på sjukhus utan kan få avancerad sjukvård i sitt hem ända till slutet tack vare insatser av sjuksköterska och tillgång till läkare. Sjukstuga och ambulans finns kvar i Malå.





19 sätt att samverka bättre

En rapport om försöksverksamheter för de mest sjuka äldre 2010–2013.

I samband med den första överenskommelsen mellan regeringen och SKL år 2010 gavs medel till ett antal försöksverksamheter kring sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. SKL har ansvarat för utlysning och beslut att tilldela medel till 19 försöksverksamheter. Efter tre år avslutas nu försöksverksamheterna och du kan läsa deras slutrapporter på SKLs hemsida.

Denna rapport syftar till att ge en sammanfattande beskrivning av försöksverksamheterna. Våren 2014 kommer Socialstyrelsen att presentera en vetenskaplig utvärdering.

Journalisten Lena Hörngren har på SKLs uppdrag besökt och skrivit de enskilda reportagen. Kristina Jennbert och Maj Rom, SKL, svarar för rapportens sammanfattande slutsatser.