

REGION ÖSTERGÖTLAND

Vårdmodeller sköra äldre

Rapport

Bengt Göran Emtinger och Jenni Fock
2016-03-22



Lisen och Lissie 1920 - 2011

Innehållsförteckning

<i>Inledning</i>	2
<i>Syfte</i>	3
<i>Tillvägagångssätt</i>	3
<i>Bakgrund</i>	4
<i>Mest sjuka äldre</i>	4
<i>Allt fler kan bo kvar i sitt hem</i>	5
<i>Vad menas med utskrivningsklara patienter?</i>	7
<i>Vården för 80 år och äldre i Östergötland</i>	8
<i>Vårdmodeller</i>	11
<i>Processinriktat arbetssätt</i>	12
<i>I hemmet</i>	18
<i>På sjukhuset</i>	28
<i>Efter sjukhusvistelse</i>	32
<i>Vårdmodeller i samverkan eller nätverksform</i>	37
<i>Prediktion</i>	40
<i>Beställnings-och ersättningssystem</i>	44
<i>Teknik och annan utveckling</i>	48
<i>Referenser</i>	54

Inledning

Vården har och står inför utmaningar vad gäller de mest sjuka äldre.

De mest sjuka äldre är en liten grupp patienter som står för en stor del av vårdkonsumtionen (Falk 2014). De mest sjuka äldre har stora behov av vård och omsorg och deras vägar genom vården och omsorgen är många.

Vården består många gånger av olika gränssnitt som försvårar ett sammanhängande omhändertagande utifrån personens unika behov. Brister i tillgänglighet, kontinuitet och framför allt på samarbete mellan olika vård- och omsorgsgivare leder ofta till missnöje (Gurner m fl. 2012).

Behovet av vård och omsorg kommer att öka eftersom morgondagens äldre kommer vara fler till antalet, bestå av en större mångfald och allt fler äldre kommer leva med kronisk sjukdom (Hagman 2014). Mellan år 2015 och 2030 ökar antalet invånare 80 år och äldre med 60 procent. Ökningstakten är sex gånger större än perioden 15 år bakåt. Från år 2025 börjar de kvarlevande fyrtiotalisterna fylla 85 år. Det innebär att invånarna 85 år och äldre kommer att utgöra en allt större andel av den totala äldre befolkningen (Emtinger 2016).

Situationen är inte unik för Sverige, utan densamma i hela världen relaterat till att allt fler äldre i befolkningen överlever till hög ålder. Härmed växer också behovet av forskning och kunskap på området, när det gäller hur behoven av vård och omsorg i en åldrande befolkning ska tillgodoses (Hagman 2014).

Svensk sjukvård levererar bra resultat, men är dålig på koordination, integration och kontinuitet. Sveriges sjukvårdssystem behöver förändras för att bättre möta framtidens behov och krav som bland annat innebär att mer avancerad vård kan ges som öppen vård och i patientens egna hem. Den grupp patienter som står för en stor del av vårdkonsumtionen, behöver vård och omsorg på nytt sätt. Vården för äldre med stora sjukvårds- och omsorgsbehov är idag inte optimalt koordinerad och vårdval riskerar fragmentisera vården (SOU 2016:2).

Utredningen *Effektiv vård* föreslår att den primärvård som avser äldre med omfattande sjukvårds- och omsorgsbehov ska utföras gemensamt med kommunerna genom till exempel gemensam resursplanering. Vården ska vara proaktiv i stället för reaktiv. Obligatoriskt vårdval ska avskaffas för de multisjuka äldre och i stället ska möjligheten erbjudas vårdval för en sammanhållen vård erbjudas från landsting och kommuner (SOU 2016:2).

Syfte

Rapporten är skriven på uppdrag av regiondirektör, närsjukvårdsdirektörer samt forskningschef i Region Östergötland. Målgruppen är äldre personer (80 år och äldre) och främst de med störst sjukvårdsbehov. Syftena är:

- visa aktuella etablerade vårdmodeller och innovativa tekniska lösningar under utveckling för äldre med stort behov av sjukvård och omsorg. Modellerna och lösningarna ska finnas i hemmet, primärvården, specialistvården och i omsorgen
- beskriva olika modeller för beställningar och uppdrag för vård och omsorg i Sverige
- visa olika modeller för prediktion av riskgrupper för ohälsa och sjukvårdsutnyttjande bland de äldre som kan bli föremål för särskilda insatser
- hitta effektiva preventiva insatser kopplade till målgruppen.

Tillvägagångssätt

Rapporten har växt fram genom olika angreppssätt. Sökfältet har varit brett. Vi har tidigt i vårt sökande, ställt oss frågan; vad är en vårdmodell? Vår arbetsdefinition har varit bred, med tanke på att bra initiativ och innovativa lösningar inte ska bortsorteras:

En vårdmodell är ett sätt att organisera sin vård och omsorg eller att förhålla sig till sin patient. En vårdmodell kan vara ett helt sjukvårdssystem eller enbart en funktion.

Rapporten har baserats på:

- ✓ intervjuer, kontakter och föreläsningar med nyckelpersoner i Östergötland och i Sverige
- ✓ bevakning av SKL:s nätverk för äldreområdet och patientsäkerhet
- ✓ bevakning av facklitteratur som till exempel Vårdfokus, Dagens Medicin, Dagens Samhälle och Läkartidningen
- ✓ hospiteringar i vårdverksamhet
- ✓ konferensdeltagande
- ✓ genomgång av alla regioners hemsidor och vårdgivarwebbar
- ✓ genomgång av nationella rapporter, skrivna utifrån temat vårdmodeller för äldre och multisjuka äldre
- ✓ sökningar av litteratur och artiklar
- ✓ aktivt lyssnande i nätverk, på arbete och i sammanhang där äldre diskuteras.

Insamlade modeller och lösningar har prioriterats utifrån användbarhet och utifrån ambitionen att presentera modeller som täcker den äldre personens hela vårdbehov. De styrkor och svagheter som nämns är författarnas egna tankar, ofta inspirerade av modellens uppfinnare.

Rapporten är inte heltäckande, utan strävar efter att ge en överblick över den mest sjuka äldres hela väg genom vård och omsorg.

Bakgrund

Mest sjuka äldre

Några gemensamma drag för gruppen de mest sjuka äldre är:

- hög ålder
- behov av både sjukvård och hemtjänst
- behov av insatser dygnet runt
- stora funktionsnedsättningar
- många läkemedel
- har svårt att själv ta sig till vårdcentral eller sjukhus
- har svårt att kalla på hjälp när det behövs
- är beroende av hjälp från närstående (Hagman 2014.)

Erfarenheter från den här rapporten liksom andra rapporter visar på svårigheterna att identifiera målgruppen de mest sjuka äldre. Det är en heterogen grupp, där personer med omfattande hälso- och sjukvård endast i mindre utsträckning överlappar med de som har en omfattande äldreomsorg. Vad kännetecknar de mest sjuka äldre?

Socialstyrelsens definition lyder:

Mest sjuka äldre är personer 65 år och äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom.
(Socialstyrelsen 2011, sid 8)

Socialstyrelsen (2011) har tagit fram avgränsningar för att definiera gruppen med målet att ge en grund till ett framtida statligt störsystem. Avgränsningarna är:

Omfattande sjukvård och omfattande omsorg

Personer som har omfattande sjukvård *och* har omfattande omsorg. Denna grupp utgör kärnan av målgruppen mest sjuka äldre. 2008 utgjorde denna grupp 2 procent av befolkningen 65 år och äldre (29 000 personer).

Omfattande omsorg

Personer som bor permanent i särskilt boende, har beslut om 25 eller fler timmar hemtjänst per månad, har beslut om stöd enligt LSS eller har beslut om korttidsboende. I denna grupp ingår målgrupp 1 enligt ovan, samt övriga personer med omfattande omsorg. 2008 utgjorde denna grupp 10 procent av befolkningen 65 år och äldre (154 000 personer).

Omfattande sjukvård eller omfattande omsorg

Personer som har omfattande sjukvård *eller* har omfattande omsorg. I denna grupp ingår målgrupp 1 och 2 enligt ovan, samt ytterligare personer med omfattande sjukvård. Med omfattande sjukvård avses: multisjuklighet, fler än 19 vård dagar i slutenvården, fler än tre

inskrivningar i slutenvård eller fler än sju inskrivningar i öppen specialistvård. 2008 utgjorde denna grupp 18 procent av befolkningen 65 år och äldre (286 000 personer). (Socialstyrelsen 2011)

Multisjuklighet

Begreppet multisjuklighet definieras vanligtvis som samtidig förekomst av två eller flera sjukdomar (Hagman 2014).

Skörhet

Istället för *mest sjuka äldre* används begreppet skörhet (frailty) som begrepp för att definiera och hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. Frailty har blivit ett etablerat begrepp inom forskningen om äldre. Till skillnad från begreppet mest sjuka äldre, så inkluderar begreppet skörhet (frailty) även de personer som är i riskzonen för att bli de mest sjuka äldre (Wilhelmson 2012).

De flesta studier som finns om skörhet, beskriver tillståndet med nedsatt reservkapacitet i multipla fysiologiska system som medför risk för funktionshinder och sjuklighet. Begreppet omfattar allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, viktminskning/aptitlöshet, låg fysisk - aktivitet, dålig balans och nedsatt kognition (Wilhelmson 2012).

Komplexa hälsoproblem

Begreppet *komplexa hälsoproblem* används huvudsakligen ur ett epidemiologiskt och planeringsperspektiv där avsikten är att göra representativa skattningar av förekomsten av långvariga och sammansatta hälsoproblem och relaterade behov av vård och omsorg i olika grupper i den äldre befolkningen. Man brukar ange svåra problem i tre olika hälsoområden som är kopplade till behov av både sjukvård och omsorg: sjukdomar/symptom, nedsatt rörelseförmåga och nedsatt kognition/kommunikationsförmåga. Personer med multipla och svåra problem i minst två av dessa områden anses ha komplexa hälsoproblem vilket sannolikt medför behov av insatser från flera vårdgivare – både av sjukvården, äldreomsorgen och närstående (Hagman 2014).

Allt fler kan bo kvar i sitt hem

Det finns en strävan efter att göra det möjligt för äldre att få vård och omsorg i sitt eget hem, istället för att behöva flytta till institution. Det finns många skäl till denna strävan.

Ett skäl är insikten om att ens hem för de allra flesta är den trygga och välkända plats där man vill bo så länge det går. Denna önskan har också blivit mer möjlig att uppfylla. Den allmänna samhällsutvecklingen med en förbättrad boendestandard, kommunikationer och samhällsservice underlättar gör det lättare att bo kvar hemma (Hagman 2014).

För att främja ett värdigt liv är människors funktionstillstånd en viktig utgångspunkt. Det är ofta begränsningar i autonomin som följer av nedsättningar i funktionstillstånd som leder till beroenden av hjälp, inte sjukdomsförekomst i sig. Individer kan ha många sjukdomar eller vara svårt sjuk, men ändå ha god funktionsförmåga i olika avseenden. Det är stora skillnader mellan vad antalet diagnoser eller läkemedel säger om en människas livssituation och individens egen uppfattning om densamma. En viktig faktor är hur begränsningar i

funktionstillståndet kompenseras – med bostadsanpassning och tillgänglig utemiljö, hjälpmedel och vård och omsorg (Hagman 2014).

Den ständigt pågående medicinsk-tekniska utvecklingen gör det möjligt att ge avancerad behandling, vård och omsorg utanför sjukhus, vilket underlättat att kunna bo kvar hemma. Under de senaste 20 åren har hemtjänst och hemsjukvård byggts ut så att den idag kan ges dygnet runt och den avancerade sjukvården i hemmet möjliggör för allt mer sjuka personer att bo kvar hemma, många gånger till livets slut (Hagman 2014).

Ett annat skäl till vår strävan att möjliggöra för personer att bo kvar hemma är att försöka dämpa kostnadsutvecklingen. Från landstingen och regionernas sida att färre ska finnas i den dyra sjukhusvården, hos kommunerna att erbjuda hemtjänst hellre än särskilt boende. Detta är inte okontroversiellt. Det finns till exempel en kritik mot kommunerna att äldre som vill flytta till särskilt boende för att få en ökad trygghet kan få avslag på sin önskan (Hagman 2014).

Kvarboendepincipen

Redan på 1950-talet lade riksdagen fast vad som kommit att kallas för kvarboendepincipen. Åldringsvårdsutredningen föreslog 1956 att åtgärderna inom åldringsvården måste i första hand inriktas på att förhjälpa de gamla att utan alltför stora personliga påfrestningar få leva ett oberoende liv så länge som möjligt i sina egna hem (Hagman 2014).

Regeringen följde utredningens förslag, som beslöts av riksdagen 1957. Ambitionen att göra det möjligt för äldre att bo kvar hemma har sedan dess handlat inte bara om fysisk överlevnad, utan också om ett värdigt liv, liksom för närstående och familj. Under 80-talet nådde den offentliga äldreomsorgen betydligt fler personer än någonsin tidigare och därefter. Satsningen på utbyggnaden av vården och omsorgen i hemmet hade nått sin kulmen, samtidigt som utbyggnaden av kommunernas ålderdomshem och servicehus och landstingens långvård hade fortsatt. Ambitionen att möjliggöra kvarboendet förstärktes under detta årtionde (Hagman 2014).

Äldredelegationen formulerade i sitt betänkande att inriktningen av bostads- och socialpolitiken, när det gäller äldre samt personer med funktionshinder med psykiska eller sociala handikapp, är att förstärka möjligheterna för dem att bo i sitt eget boende. Vissa människor måste emellertid kunna erbjudas särskilda boendeformer för att kunna få sina grundläggande behov av trygghet, service och omvårdnad tillgodosedda (Hagman 2014).

Äldredelegationens förslag ledde fram till den reform som kom att få delegationens smeknamn som sitt, Ädelreformen (Hagman 2014)

Ädelreformen

Under 1970-talet pågick en diskussion om de äldre personer som vistades många månader på akutsjukhus, i väntan på att fortsatt vård skulle ordnas. Situationen sågs som alltmer ohållbar och ledde fram till en genomgripande förändring i början av 1990-talet – Ädelreformen – den största organisationsförändringen av svensk äldrevård och omsorg i modern tid. Bland annat övertog kommunerna ansvaret för långvården, och kunde ta över ansvaret för hemsjukvård i ordinärt boende. Genom ädelreformen skulle en bättre samordning av insatserna för de äldre, och därmed ett bättre resursutnyttjande ske (Emtinger 2016). I Östergötland skedde övertagandet av hemsjukvården i januari 2014.

Ädelreformen medförde nya samverkansproblem i hemsjukvården; läkarnas medverkan i den kommunala äldreomsorgen och inte minst nya huvudmannaskapstvister beträffande ansvar och innehåll i rehabilitering av äldre. Det har handlat – och handlar – om samordning mellan huvudmännen, vårdnivåer och verksamheter (specialistvården och primärvården), professioner, anhöriga och vårdtagare. Dessa samverkanproblem mellan huvudmännen har till stor del ofta sin grund i kampen om resurser. Bristande samordning innebär också ett ineffektivt resursutnyttjande (Hagman 2014).

En omedelbar förändring efter Ädelreformen var att andelen färdigbehandlade äldre patienter inom akutsjukvården halverades. Med Ädelreformen fick kommunerna betalningsansvar för medicinskt färdigbehandlade och därmed utskrivningsklara patienter, vilket kraftfullt reducerade antalet äldre personer som låg länge på sjukhus. Denna utveckling banade vägen för en kraftig reduktion av antalet platser på sjukhus (Hagman 2014).

Vad menas med utskrivningsklara patienter?

Ädelreformen genomfördes 1992 och innebar att kommunerna fick det samlade ansvaret för såväl omsorgen som den långvariga somatiska vården till äldre. Samtidigt infördes ett kommunalt betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård. Kommunen fick betalningsansvar för patienter som är utskrivningsklara och för vilka en vårdplan upprättats. Om patienten låg kvar på sjukhus när fem vardagar har gått måste kommunen betala för vårddygnet. En patient var utskrivningsklar om den behandlande läkaren bedömde att patienten inte längre behöver vård inom regionens slutna hälso- och sjukvård. Avgiften för vårdplatsen fastställdes av regeringen. Syftet med lagen är att stimulera kommuner och landsting att använda tillgängliga resurser på bästa sätt. Hälso- och sjukvård, omsorg och stöd i öppna former ska finnas i sådan omfattning, inom landstinget och i kommunen, så att patienter inte blir kvar inom slutenvården längre än nödvändigt (Emtinger 2016).

Sedan år 2014 rapporterar alla regioner och landsting till SKL antalet vårddygn på sjukhus för utskrivningsklara patienter över 65 år. Under år 2014 hade sjukhusen i Östergötland 3 500 vårdtillfällen med sammanlagt 20 600 vårddygn där patienterna varit utskrivningsklara. Den genomsnittliga vårdtiden var 6 dagar. Vårdtillfällen vid sjukhusen för utskrivningsklara patienter utgjorde fem procent av samtliga vårdtillfällen och sex procent av vårdtiden. För patienter 75 år och äldre utgjordes 18 procent av vårdtiden av de utskrivningsklara patienterna (Emtinger 2016).

Det finns en tämligen bred enighet om behovet av att åtgärda problemen med patienter som blir kvar onödigt länge i slutenvården. Samtidigt finns intressekonflikter mellan olika parter avseende vad som behöver åtgärdas för att komma tillrätta med problemen. Den nuvarande betalningsansvarslagen som beskrivs ovan, ger inte huvudmännen tillräckliga incitament och verktyg för att åtgärda problemen. Lagen ger för svaga incitament för kortare väntetider och vårdplaneringsprocessen är inte anpassad efter de arbetssätt och behov som finns i dag. Planeringen blir inte det effektiva sätt att hålla samman den enskildes insatser som skulle behövas (SOU 2015:20).

Vad innebär Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård?

En särskild regeringsutredare har därför de senaste åren genomfört en översyn av lagen om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård, förkortat betalningsansvarslagen.

Utredningen lämnade sitt betänkande våren 2015, *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård* (SOU 2015:20).

Utredningen föreslår att nuvarande betalningsansvarslag upphävs och ersätts av en ny lag – *Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård hälso- och sjukvård*. Syftet med den nya lagen är att patienter som inte längre har behov av den slutna vårdens resurser så snart som möjligt ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt sätt. Patienter ska inte vara på sjukhus när de inte behöver. Målgruppen för den föreslagna lagen är patienter som efter utskrivning från den slutna vården behöver insatser från den kommunalt finansierade socialtjänsten eller hälso- och sjukvården och som också kan ha behov av insatser från den landstingsfinansierade öppna vården, inklusive primärvården (SOU 2015:20).

I den nya lagen föreslås en förändrad planeringsprocess. Behandlande läkare i slutenvård ska inom 24 timmar efter att patienten skrivits in underrätta berörda enheter genom ett inskrivningsmeddelande. En samordnad individuell plan ska tillämpas i planeringsarbetet. Den enhet i den öppna vården som har fått ett inskrivningsmeddelande ska svara för att patienten har en fast vårdkontakt. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att kalla berörda enheter till samordnad individuell planering. Lagen ska säkerställa vissa nödvändiga principer och regler. I första hand ska huvudmännen komma överens om gemensamma riktlinjer för samverkan. Om inte huvudmännen kommer överens föreslår utredningen en backup-lösning. Den innebär att det kommunala betalningsansvaret inträder tre dagar (för närvarande fem vardagar) efter att behandlande läkare i slutenvård underrättat berörda enheter om att patienten är utskrivningsklar. Regelverket kring frist dagar blir lika för alla patienter. Det innebär att patienter som vårdas i psykiatrisk slutenvård (undantaget rättspsykiatri) inte längre får avvikande regler. Varje år ska det finnas ett nationellt fastställt belopp som kommunerna ska betala om huvudmännen inte kommit överens om annat (SOU 2015:20).

Vården för 80 år och äldre i Östergötland

För att sammanfatta vården för de personer som är 80 år och äldre, följer ett kort avsnitt med statistik. Denna statistik är en sammanfattning av del 2, *Sköra äldre äldres demografi, hälsa, vård och omsorg* som ger ett fördjupat faktaunderlag till denna rapport.

En fjärdedel av vårdtiden

Drygt fem procent av invånarna i Östergötland är 80 år och äldre. Elva procent av läkarbesöken utgörs av patienter 80 år och äldre. När det gäller den ineliggande sjukhusvården utgör de äldres vårdtid en fjärdedel av den totala vårdtiden vid sjukhusen. Åldersgruppen 80 år och äldre svarar för 15 procent av kostnaderna i vården. Högst är andelen inom den ineliggande sjukhusvården, 22 procent.

En tredjedel inlagda

Tio procent av samtliga invånare var under år 2014 inlagda på sjukhus minst en gång. Bland invånare 80 år och äldre var 31 procent inlagda. Dessa frekvenser har varit desamma varje år sedan tio år tillbaks. Den sammanlagda vårdtiden för 80 år och äldre är nästan sju gånger högre jämfört med åldersgruppen 45-64 år.

Fler besök på akutmottagningen

Invånare 80 år och äldre gjorde 17 000 läkarbesök på akutmottagningarna i Östergötland år 2014. Dessa besök utgjorde 31 procent av samtliga läkarbesök som denna åldersgrupp gjorde inom den specialiserade vården. Antal läkarbesök på akutmottagningen av 80 år och äldre ökade med 18 procent mellan år 2010 och 2014.

Akutmottagningen störst inflöde till inläggningar

80-åringar och äldre gjorde 73 läkarbesök per 100 invånare på akutmottagningarna i Östergötland år 2014. Antal inlagda i samband med besöket var 32 per 100 invånare. 7 600 patienter blev inlagda i samband med läkarbesöket på akutmottagningen. Det innebär att nästan 60 procent av totalt antalet vårdtillfällen för 80 år och äldre tillkom efter inläggning i samband med läkarbesök på akutmottagning.

Elva procent återinläggningar

Totalt för den inneliggande vården i Östergötland gjordes 1 200 återinläggningar inom 30 dagar av patienter 80 år och äldre år 2015. Andelen återinläggningar i förhållande till antalet vårdtillfällen var 11 procent, samma andel som år 2013. Det var en högre frekvens återinläggningar i åldersgruppen 65-79 år än i gruppen 80 år och äldre.

En procent av patienterna stod för tolv procent av kostnaden

Fyra procent av patienterna 80 år och äldre stod år 2014 för 20 procent av den totala vårdtiden vid sjukhus inom samma åldersgrupp. De fem procent patienter 80 år och äldre med de högsta enskilda kostnaderna stod för 36 procent av totalkostnaden inom samma åldersgrupp. En (1) procent av patienterna stod för tolv procent av kostnaderna.

Skador och hjärt-kärlsjukdomar i topp

Skador och förgiftningar är den huvuddiagnos som står för den enskilt högsta kostnaden för patienter 80 år och äldre, över tolv procent av totalkostnaden. Hjärt- och kärlsjukdomar utgör 18 procent av totalkostnaden. Jämfört med åldersgruppen 20-64 år har gruppen 80 år och äldre 50 gånger fler vårdtillfällen på sjukhus för hjärtsvikt och 18 gånger fler för sjukdomar i hjärnans kärl.

Äldre står för tre fjärdedelar av kostnadsökningen

Den totala kostnadsökningen för sjukvården i Östergötland enbart på grund av den demografiska utvecklingen bedöms bli 13 procent eller cirka 1,5 miljard kronor mellan åren 2013 och 2025. Den största ökningen procentuellt och i kronor sker inom åldersgruppen 75 år och äldre. Kostnaderna i denna grupp förväntas öka med 40 procent. Dessa kostnader utgör 74 procent av den totala kostnadsökningen.

Fyra av tio har hemtjänst eller särskilt boende – samma sedan 2007

Av invånarna 80 år och äldre i Östergötland hade 16 procent särskilt boende och 24 procent hemtjänst år 2013. Under åren 2007-2013 har mellan 38 och 42 procent av invånarna fått dessa omsorgsinsatser. Andelen med särskilt boende har varit 16 procent med några decimalförändringar. Beräkningar visar på ett behov i Östergötland av 33 procent fler platser i särskilt boende och ett ökat behov av hemtjänst med 29 procent fram till år 2030.

Även de sjuka åren ökar

De senaste 20 åren har den förväntade livslängden i Sverige ökat men samtidigt har antal år som vi lever med ohälsa också ökat. Mellan åren 1990 och 2013 har medellivslängden ökat med tre och ett halvt år för kvinnor och nästan fem år för män. Av de ökade antal åren utgörs 20 procent av sjuka år, 0,7 år för kvinnor och 1 år för män.

Vårdmodeller

Internationellt används begreppet *Integrated care* som ett paraplybegrepp för att uttrycka behovet av samordning av insatser för personer med stora behov av vård och omsorg (Lloyd & Wait 2006). I den internationella forskningslitteraturen redovisas också en del modeller och lösningar för en sammanhållen vård mellan sjukvård och socialtjänst, flera av dem är försöksmodeller (Hagman 2014).

Men utanför Norden finns andra system för vård och omsorg om mest sjuka äldre, därför blir värdet av internationella vårdmodeller är svårbedömt när de ska översättas till svenskt kontext. Skillnader ses i struktur, finansiering, kvalitet och tillgång (Hagman 2014). I flertalet länder till exempel Tyskland och Spanien finns lagstadgad skyldighet för barnen att stödja föräldrar med vård- och omsorgsinsatser samt ekonomiskt (Colombo m fl. 2011).

Några forskningsresultat visar att för yngre funktionshindrade personer medför insatser av multidisciplinära team positiva effekter, medan individuell samordnare fungerar bäst för äldre personer med demenssjukdom. För personer med psykisk sjukdom som vårdas hemma fungerar stöd av specialiserade socialarbetare bäst (Gridly m fl. 2013).

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

Vi lämnar den internationella arenan och beger oss till Sverige (och Danmark). Här följer presentation av de vårdmodeller utredningen studerat. De är kategoriserade efter kännetecknen eller utifrån vilken plats vården inträffar på. Först visas en översikt i tabellform. Därefter sker en fördjupad redovisning av studerade modeller.

Kategori	Modell
Processinriktat arbetssätt	Multi 7 i Västerbotten
	Processinriktad rehabilitering i Odense
I hemmet	ALMA teamet i Västra Östergötland
	Mobilt akutteam och närvårdsteam i Ängelholm
	Hembesöksenheten 65 + på Frölunda vårdcentral i Göteborg
	Mobilt hembesöksteam i Uppsala
	ÄMMA – Äldre i Malmö mobilt akutteam
	Skaraborgsmodellen
	HOPP i Skellefteå
På sjukhuset	ALMA i Centrala Östergötland
	Omsorgscoordinator i Västra Götaland
	NISSE i Malmö
Efter sjukhusvistelse	Kommunkorttidsavdelningen på Ängelholms sjukhus
	Trygg hemgång i Ronneby
	48 – 72 Vårdsamverkan i Fyrbodalen, Västra Götaland
	Äldrelots i Nynäshamn
Vårdmodeller i samverkan eller nätverksform	Linnea i Kronoberg
Beställningssystem	TioHundra AB i Norrtälje
	Hälsostaden AB i Ängelholm

Tabell11. Vårdmodeller

Processinriktat arbetssätt

Flera vårdmodeller förklaras utifrån en process där olika initiativ och aktiviteter bidrar. Modellerna spänner ofta över flera arenor, som sjukhus, primärvård, kommunal omsorg och hemmet.

I Östergötland har Närsjukvården i Östra länsdelen påbörjat ett utvecklingsarbete för att förbättra omhändertagandet av äldre. Detta kan ses om ett initiativ till att skapa ett processinriktat arbetssätt. Tillsammans med pågående arbeten, som vårdplanering, *Trygg och säker inskrivning*, *Säker hemgång* ska olika initiativ ge förutsättningar till en bra äldrevård. Primärvården ska arbeta med att tydliggöra sin roll och sitt ansvar och även skapa ett arbetssätt som riktar sig mot de personer som kan bli föremål för undvikbar slutenvård. Geriatrisk kompetens ska finnas i primärvården. Geriatriska kliniken ska inrymma både ett mobilt och sjukhusanslutet team, så kallat ALMA-team. För de mest sköra äldre ska även teambaserad vård erbjudas i primärvården..

Multi7 i Västerbotten

Multi7 är en standardiserad arbetsprocess för sammanhållen vård och omsorg för äldre. Pilotprojekt startades i november 2011 i en stadsdel i Umeå. Multi7 är numera ett nedlagt projekt, men värt att nämna på grund av dess struktur och helhetstänk.

Multi7 ville erhålla välinformerade äldre och närstående, t ex att den äldre skulle veta sin kontaktperson, vara delaktig i planering och informerad om sina läkemedel. Multi7 arbetade också för god kvalitet på insatser inom hälso- och sjukvård och omsorg, t ex att den äldre skulle kunna påverka var vården skedde, få ett gott bemötande och att personer som är engagerade runt den äldre skulle vara så få som möjligt samt har goda kunskaper. En välfungerande samordning mellan vårdgivare, till exempel genom samsyn mellan vård- och omsorgsgivarna om vikten av att ta ett helhetsperspektiv, tydlig ansvarsfördelning och ökad förståelse för varandras arbetsuppgifter var också några av målen med Multi7 (Bowin m fl. 2013).

Modellen byggde på två fokusområden; trygg och säker hemma samt trygg och säker utskrivning från sjukhus. Hälsocentralen var nav och hade som uppgift att vara mottagare av informationen kring enskilda patienter samt att koordinera arbetet (Bowin m fl. 2013).

Trygg och säker hemma

Genom överenskommelse mellan huvudmännen skapades ett gemensamt ansvar. Uppföljningsparametrar beslutades gemensamt. Cheferna hade gemensamt ansvar att leda och systematiskt utveckla, förbättra och följa upp. En systematisk och strukturerad modell med fem steg; identifiering, bedömning, planering, riktade åtgärder och kontinuerlig uppföljning utarbetades med mål att patienten skulle känna sig trygg och säker hemma (Bowin m fl. 2013).

Illustration av identifiering med hjälp av systemsökning, signalsystem och ny brukare

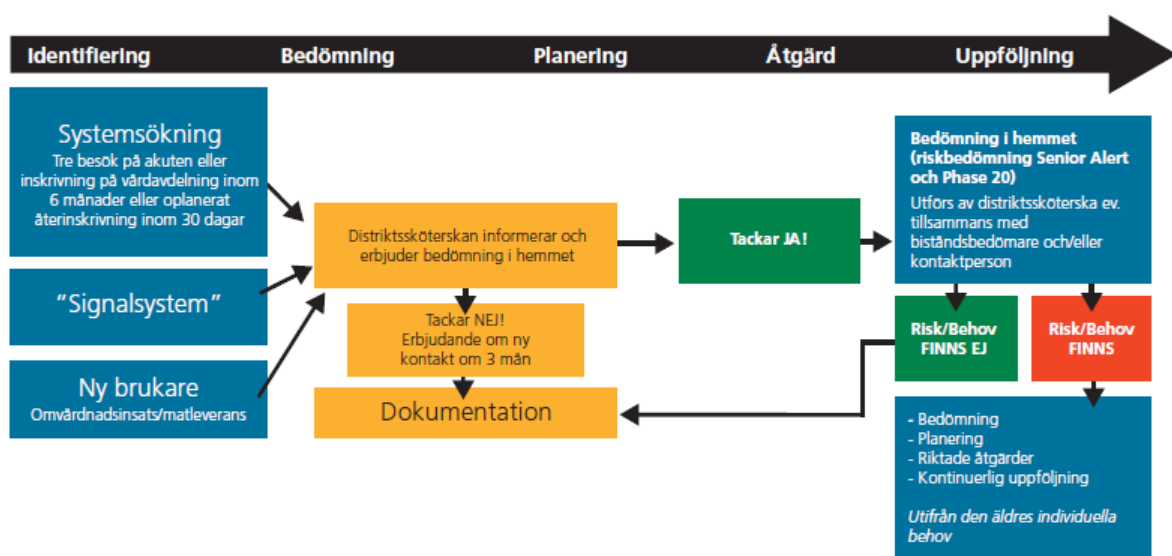


Bild 1. Processen Trygg och säker hemma (Bowin m fl. 2013, sid 23)

Illustration av identifiering inom hemsjukvården

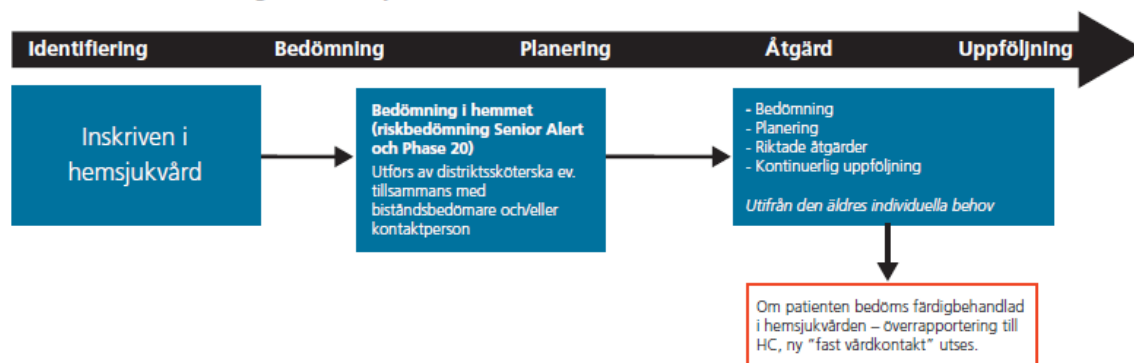


Bild 2. Processen Trygg och säker hemma (Bowin m fl. 2013, sid 23)

Målgruppen bestod av personer som är 65 år och äldre med två slutenvårdstillfällen inom 1 år och/eller omfattande hemsjukvård (minst 1 hembesök/vecka under minst 3 mån), vilket visade sig vara 10 % av alla över 65 år. Projektet ville identifiera individer tidigt för att ge en möjlighet att erbjuda rätt insats i rätt tid och därför vidgades målgruppen efter ett tag och innefattade personer 65 år och äldre med behov av vård och omsorg. Fyra olika sätt att **identifiera målgrupp** utarbetades: systemsökning, signalsystem, nya brukare och inskriven i hemsjukvård (Bowin m fl. 2013).

Efter identifiering, kontaktade distriktssköterska den äldre via telefon och erbjöd en första **bedömning** i hemmet. Sex bedömningskriterier användes:

- riskbedömning (fall, trycksår, undernäring och munhälsa)
- läkemedelsgenomgång
- behovsanpassad omsorg
- kognitiv bedömning
- rehabiliteringsbedömning
- palliativ vård, brytpunktsamtal och vård i livets slut (Bowin m fl. 2013)

Utifrån bedömningens resultat, **planerades insatser** som:

- vårdplan för hälso- och sjukvårdsinsatser samt omsorgens genomförandeplan
- samordnad individuell plan (SIP)
- att varje identifierad individ erbjöds fast vårdkontakt hos båda huvudmännen
- hembesök av hälsocentralens läkare vid de tillfällen där besök på akuten kunde förhindras (Bowin m fl. 2013).

Kontinuerlig uppföljning skedde var sjätte månad eller efter behov. Uppföljningen dokumenterades i upprättade planer och i aktuella kvalitetsregister (Bowin m fl. 2013).

Utskrivningsprocess trygg och säker utskrivning från sjukhus

Det andra fokusområdet innebar en trygg och säker utskrivning från sjukhus. Även här användes samma modell för att identifiera, bedöma, planera, rikta åtgärder och följa upp.

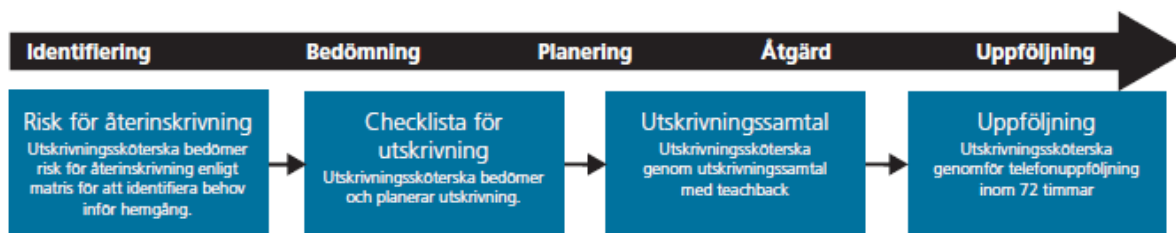


Bild 3. Utskrivningsprocess trygg och säker utskrivning från sjukhus (Bowin m fl. 2013, sid 28)

Redan vid inskrivning på sjukhus **identifierades** patienter med risken att bli återinskrivna och en särskild utskrivningssköterska övertog ansvar för patienter med risk. Genom samtal med patienten och närstående, samt andra vårdgivare och tidigare dokumentation, gjordes en **bedömning** av sjuksköterskan/utskrivningssköterskan om vilka aktiviteter/ åtgärder som är aktuella inför utskrivningen. Med hjälp av checklista **planerades** utskrivning och eventuell samordnad vårdplanering genomfördes (Bowin m fl. 2013).

På utskrivningsdagen hade sjuksköterskan/utskrivningssköterskan ett **utskrivningssamtal**, enligt teach back- metoden. **Telefonuppföljning** skedde inom 72 timmar efter utskrivningen med hjälp av webbenkäten *Webbkollen hemma* (Bowin m fl. 2013).

Resultat

Åttio äldre patienter deltog i projektet. Samtliga hade fast vårdkontakt och samtliga hade blivit bedömda enligt Senior alert. Alla hade också fått hjälp för sina sjukdomstillstånd och deltagit vid en uppföljning som personalen genomförde tillsammans med patienten. De som hade många eller interagerande läkemedel fick en läkemedelsgenomgång och samtliga av dem som hade insatser från båda huvudmännen (kommunal hemtjänst och landstinget) hade en samordnad individuell plan, SIP. Undvikbar slutenvård minskade under projektiden. De deltagande personalgrupperna var överens om att Multi7 har lett fram till ett antal positiva förändringar för såväl de äldre och deras anhöriga/närstående som för involverad personal inom primärvård, hemtjänst och slutenvård (Bowin m fl. 2013).

Styrkor

- Systematisk och strukturerad arbetsmodell användes.
- Gemensamma mål för huvudmännen fanns.
- Två arbetsmodeller som följde samma struktur täckte en stor del av det identifierade behovet för den sjuka äldre personen.
- Samma utbildningar för kommun och landsting genomfördes.

Svagheter

- Ökad arbetsbelastning för distriktssköterskor, då Hälsocentralen fick ett samordnande ansvar.
- Engagemang saknades till viss del hos hemtjänsten.
- Svårt att hitta mötestider, framförallt läkartider.
- Ingen maxgräns för kontaktpersonskap.
- Modellen enbart implementerad på några hälsocentraler, vilket innebar svårigheter att veta vilka patienter som ska ingå i projektet för sjukhusen. Vilka patienter skulle inkluderas i Multi7?
- Upplevelse av gråzon mellan kommun och primärvård fanns.

Processinriktad rehabilitering i Odense

Odense kommun drabbades av finanskrisen 2008 och valde att omorganisera äldrevården. Sedan tidigare var vården traditionellt organiserad, med tjänster i kataloger, långa vårdförlopp, yrkesgrupper som arbetade utifrån sin professions ansvar och vård efter specialitet. Äldrevården beskrevs som – once in, never out.

Odense kommun har nu organiserat sin vård utifrån ett rehabiliteringsperspektiv, där borgaren får aktiv tidsbegränsad träning under tidsbestämd period. Vården innehåller bärande ord som personcentrering, motivation, självständighet och rehabilitering. Målet är att borgaren alltid ska vara i sitt eget boende (Bækmark 2015).

Rehabiliteringen bedrivs systematiskt i processer, som inte är inte ålderrelaterade:

- process för hjärnskada (medfödd eller via olycka)
- process för vedvarende sjukdomsutveckling (demens, Parkinson, skleros, epilepsi)
- process för fysisk funktionsnedsättning (sår, inkontinens, nutrition, hjärtoperation, ryggoperation)
- process för förvärvad hjärnskada (epilepsi, tumör, förgiftning, missbruk)
- process för psykisk sjukdom (Bækmark 2015).
- I varje rehabiliteringsområde finns fem processer organiserade i team. Innan ett patientbesök, frågar teammedlemmen de andra i teamet om vad som ska göras eller frågas efter. Teamen är geografiskt organiserade och innehåller en ingång, där arbete fördelas vidare i aktuell process.

Organisering av rehabiliteringsområden

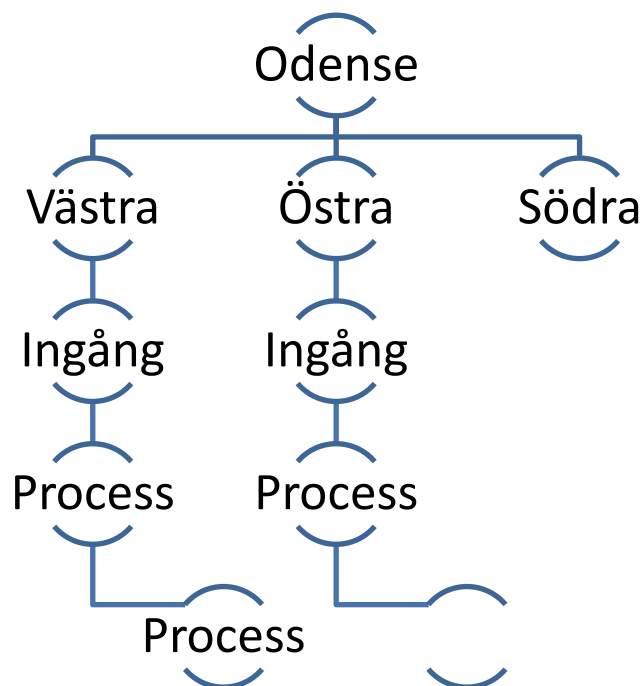


Bild 4. Organisering av rehabiliteringsområden (Bækmark 2015)

Processtänket har behövt:

- kompetensutveckling där 3 500 medarbetare har fått utbildning i motiverande samtal och självskattning av hälsa
- IT-system som synkar processerna
- tvärprofessionella team
- Ekonomi som incitament. Styrmodell som straffar, fungerar inte. Nu får enheterna pengar om de gör det som ska göras. Rehabiliteringsmål ska uppfyllas och då kommer pengar. Värdebaserad vård startar 2017.
- fler chefer med färre medarbetare under sig
- spridning av goda exempel
- konkurrens mellan distrikten genom mål och redovisning av uppnådda resultat
- Annan målfokusering. Om såret är problemet, så är inte målet att läka såret, utan att kunna gå till affären. På så sätt nås både personcentrering och delaktighet (Bækmark 2015).

Möjliggörare har varit:

- en lag (inte SoL och HSL)
- en annan organisation än svensk primärvård, där husläkarna är sina egna företagare
- insatser av frivilligorganisationer
- radikal innovation vid förbättringsarbetet
- simulering av processer i stor skala enligt TWI-metoden (Bækmark 2015).

Resultat

Alla särskilda boenden är nedlagda, ingen vill ändå bo där. De flesta vill bo hemma. Ekonomin fungerar. Utvärderingar finns och modellen beforskas vid universitet (Bækmark 2015).

Styrkor

- Tydlig målfokusering, tydliga mål och tydlig styrning finns.
- Gemensam bild kring äldre personer har skapats.
- Radikal innovation med simulering har varit en framgångsfaktor.

Svagheter

- Processtänk utifrån diagnosgrupper kan snäva in perspektivet.
- Är processtänk utifrån diagnoser, istället utifrån ålder en svaghet?
- Arbetet har krävt en stor omorganisering, mycket arbetskraft och stora insatser.

I hemmet

I nästan alla regioner eller landsting i Sverige finns någon form av sjukvårdande team som gör hembesök. Teamen utgår oftast från akutmottagning eller vårdcentral, beroende på inriktning. Teamen har liknande sammansättning av kompetenser, skillnaden ligger ofta i om läkaren är specialist inom allmänmedicin, geriatrik, akutsjukvård eller internmedicin.

En del team erbjuder vård vid akut sjukdom, vilket innebär vård under en avgränsad tidsperiod. Om patienten är i behov av längre vårdtid, övergår ansvaret många gånger till ett särskilt hemsjukvårdsteam eller annat särskilt team. En del regioner eller landsting har upp till fyra olika teamsammansättningar: akutvårdsteam, närsjukvårdsteam, palliativt team och hemsjukvård i kommunal regi.

ALMA-teamet i Västra Götaland

ALMA-teamet är ett mobilt multiprofessionellt team som snabbt kan göra en insats hos patienten, i hemmet eller i ett kommunalt boende, då en äldre persons situation sviktar både medicinskt och omvårdnadsmissigt. ALMA är en länk mellan sjukhus, primärvård och kommun.

ALMA tillhör slutenvården, men arbetar utanför sjukhuset genom att hjälpa den mest sjuka äldre i ett akut sjukdomsskede i hemmet eller på ett särskilt boende. ALMA-teamet består av läkare och sjuksköterska med geriatrisk, akutmedicinsk, allmänmedicinsk och internmedicinsk kompetens. Vid behov finns apotekare, dietist, psykiatriskt team, arbetsterapeut och biståndshandläggare att tillgå. Läkaren är teamansvarig och det är alltid läkaren som avgör om patienten ska vara kvar i hemmet. Om patienten ska läggas in, sker direktinläggning, utan kontakt med akutmottagningen (Waller 2016).

ALMA patienten identifieras av hemtjänstpersonal, distriktssjuksköterska och anhöriga. Först görs en bedömning av distriktssjuksköterska med stöd av ett bedömningsformulär utarbetat med bland annat vitala parametrar och bedömning av allmäntillstånd genom CSHA – skalan. Allmäntillstånd ses som den viktigaste parametern i bedömningen. Om patienten bedöms som aktuell för ALMA-teamet, förankras detta hos distriktsläkare och kontakt tas med ALMA-teamet (Waller 2016).

Vid första besöket görs en helhetsbedömning och därefter genomförs åtgärder. ALMA:s arbete syftar till att öka möjligheten till vård i hemmet eller på boendet och därmed, vara ett alternativ till inläggning via akutmottagning. Mötet i hemmet, kanske vid köksbordet, ses som centralt i vården och sker alltid på patientens villkor. Flera åtgärder kan genomföras på plats som provtagning, EKG, bladderscan, röntgen och intravenös behandling. Beslut kan tas om palliativ vård, direktinläggning, primärvårdsuppföljning, rehabiliteringsinsatser eller utökad hemtjänst (Waller 2016).

Styrkor

- Personen kan vårdas hemma och därmed behålla den trygghet det innebär.
- Teamet är vana att genomföra svåra samtal och samtalen blir mer värdefulla när de sker vid köksbordet.
- Teamet kan i hemmiljö lättare se begränsningarna hos patienten.
- Om patienten behöver sjukvård, ses minskade ledtider vid inläggning.
- Äkta teamarbete skapas genom interprofessionellt lärande.

- ALMA har ett stort kontaktnät och därmed kännedom om de resurser som behövs vid akut sjukvård.

Svagheter

- Rädsla hos många i professionen – att vårda hemma betyder att lämna den trygghet som sjukhuset ger.
- Just nu pågår ALMA enbart under dagtid, men öppentiderna ska utökas.
- Eldsjälar driver ALMA, vilket kan vara sårbart.
- Tydlighet i gränser mellan alla som vårdar behövs. Förutom ALMA finns hemsjukvård, LAH och primärvård.

Mobilt akutteam och närvårdsteam i Ängelholm

Hälsostadens mobila akutteam gör hembesök hos äldre patienter som är i behov av akut vård och omsorg. Sedan mars 2015 finns även ett närsjukvårdsteam och den största skillnaden är att patienterna i närsjukvårdsteamet blir inskrivna och att teamets läkare blir patientens ansvariga läkare.

Mobilt akutteam

Hälsostadens mobila akutteam ger individanpassad och samordnad vård för patienten, skapar bättre trygghet, ger en snabbare bedömning i patientens ordinarie boendemiljö, undviker påfrestande transporter samt oplanerade vårdtillfällen på sjukhuset. Teamet förstärker kompetensen i den kommunala hemsjukvården och är ett alternativ till besök på akutmottagningen (Skoglund 2016, Hälsostaden 2016b).

Hälsostadens mobila akutteam består av en specialistläkare med intermedicinsk och geriatrisk inriktning, en akutsjuksköterska och koordinator från Hälsostaden samt en distriktssköterska från Ängelholms kommun. Teamet utgår ifrån och organiserar under Hälsostadens akutmottagning på Ängelholms sjukhus. Tillgång finns till biståndsbedömning och teamet har möjlighet att själva bevilja bistånd (tillsyn av patient). Beviljat bistånd av akutteamet betalas av Hälsostaden (Hälsostaden 2016b).

Patienterna är invånare i Ängelholms kommun, men planer finns att utöka samarbetet med andra närliggande kommuner. För att få hembesök av Hälsostadens mobila akutteam måste patienten uppfylla minst fyra av följande åtta kriterium:

- vara 65 år eller äldre
- inte klara av sin personliga vård
- varit inlagd på sjukhus de senaste 12 månaderna
- ha tre eller flera kroniska diagnoser
- ha sex eller flera stående mediciner (exklusive ögondroppar, salvor etc)
- ha en insats från kommunen i form av SoL och/eller HSL
- finnas viss sannolikhet för att det går att undvika besök på akutmottagning och/eller inläggning på sjukhus
- samtliga LSS-patienter inkluderas, oavsett ålder (Skoglund 2016, Hälsostaden 2016b).

Hälsostadens mobila akutteam arbetar mellan klockan 08.00- 17.00 måndagar till fredagar. Koordinatören, som är första kontakten med akutteamet, tar emot samtal och förfrågningar från kommunens sjuksköterskor (hemsjukvården, särskilt boende, LSS-boende eller korttidsplatser), vårdcentral, 1177, Falck hembesöksverksamhet, ambulansverksamhet, hemtjänst, trygghetsjour samt akutmottagning på Ängelholms sjukhus. Privatpersoner kan inte ta kontakt med mobila akutteamet (Hälsostaden 2016b).

Om koordinatören avgör att patienten som behöver vård faller inom hembesökskriterierna, åker Hälsostadens mobila akutteam till hemmet för att hjälpa till. Teamet har med medicinsk utrustning som blodgas, blodprover, Bladderscan, Pariboy, temperaturmätare, pulsoximeter, suturmaterial, omläggningmaterial och läkemedel för att kunna diagnostisera och behandla vanliga akuta tillstånd där sjukhusvård går att undvika (Hälsostaden 2016). Ett team kan vårda 30 patienter samtidigt (Skoglund 2016).

Närvårdsteam

Om patienten är i instabilt skede av sjukdom och behöver en samordnad, tillgänglig, individanpassad och trygg vård i sin boendemiljö kan anslutning ske till Närsjukvårdsteamet. Närsjukvårdsteamet ska leda till minskat behov av akutvård samt undvika oplanerade vårdtillfällen inom slutenvården. Aktuella patienter är äldre multisjuka patienter som uppfyller inklusionskriterierna för mobilt akutteam och som befinner sig i ett instabilt skede av sjukdom (Hälsostaden 2016b).

Det är vårdcentral, specialistmottagning, kommunens sjuksköterska/distriktssköterska eller mobilt akutteam som föreslår patient till närsjukvårdsteamet. När detta är fallet ska patientens husläkare uppmärksammas på behovet och att det finns en möjlighet till inskrivning i närsjukvårdsteamet. Husläkaren skriver en remiss. Teamet har daglig genomgång och bedömning av inkomna remisser. Bedömningen utförs av teamets läkare i samråd med teamets sjuksköterska/distriktssköterska (Hälsostaden 2016b).

Närsjukvårdsteamets läkare tar ansvar för patienten under vårdtiden, men patienten är fortfarande listad på sin primärvårdsenhet. Under inskrivningsperioden arbetar teamet intensivt utifrån ett patientcentrerat synsätt där hänsyn tas till hela livssituationen, bland annat via SIP, läkemedelsgenomgångar och eventuella brytpunktssamtal. Under vårdtiden har teamet ett nära samarbete med kommunens distriktssköterska som utför hemsjukvården. Om patienten inte är inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården tidigare sker det vid inskrivning av patienten i närsjukvårdsteamet (Hälsostaden 2016b).

Efter avslutat uppdrag, när patienten bedöms vara i stabilt läge, återremitteras patienten till sin listade primärvårdsenhet. Den kommunala sjuksköterskan/distriktssköterskan fortsätter med hälso- och sjukvårdsinsatser efter utskrivningen om behov finns (Hälsostaden 2016b).

Resultat

Den första utvärderingen som gjordes, efter att teamet besökt sin 100:e patient, visade att så många som 88 procent av patienterna kunde stanna kvar i sina hem istället för att behöva ta sig till akutmottagningen (Hälsostaden 2016).

Under drygt fem månader 2014, gjorde det mobila akutteamet 297 besök hos sammanlagt 169 patienter. Besöksfrekvensen var 2,5 besök per dag. De flesta kontakter togs via sjuksköterska och majoriteten av patienterna bodde i ordinärt boende. De vanligaste kontaktorsakerna var smärta, andnöd och nedsatt allmäntillstånd. 94 procent av besöken kunde förebygga besök på akutmottagningen och 73 procent av besöken kunde förebygga inläggning i slutenvård. I dagsläget görs 120 hembesök i månaden (Hälsostaden 2016).

Mobila akutteamet har även fått pris för sina insatser:

Juryns motivering: Det mobila akutteamet möjliggör, genom utvidgad samverkan mellan sjukhus, primärvård och kommun, bättre tillgänglighet och ökad trygghet för äldre med akut sjukdom. När ett team av läkare och sjuksköterskor besöker äldre patienter i deras hem undviks påfrestande transporter för den enskilde patienten. Dessutom innebär arbets sättet att antalet besök till akutmottagningen, oplanerade vårdtillfällen och återinläggningarna

minskar i betydande utsträckning. Patienter och anhöriga är mycket nöjda och utvecklingsarbetet redovisar en positiv ekonomisk effekt.(Hälsostaden 2016)

Mobila akutteamet har sparat 14 vårdplatser på Ängelholms sjukhus genom teamets verksamhet (Skoglund 2016).

Styrkor

- Goda resultat finns.
- Gränslös patientfokuserad vård bedrivs.
- Akutkompetens i teamet.
- Teamet möter patienten i hemmiljö och kan värdera patientens situation därefter.
- Strävar efter att patienten ska vara trygg i sitt hem.
- Patienten slipper att åka till akutmottagningen och erhålla vård som ofta är akut inriktad med snabba beslut utan helhetssyn.
- Lättare att diagnostisera en demenssjukdom i hemmet (ibland en vanlig orsak till besök på akutmottagning).

Svagheter

- Konkurrensneutralitet ibland svår att uppehålla, enligt revisorer.
- Otydlig gränsdragning mellan hemsjukvård, akutteam och närsjukvårdsteam.

Hembesöksenheten på Frölunda vårdcentral i Göteborg

Hembesöksenheten utgår från vårdcentralen och startade i december 2014 och erbjuder patienter med svårigheter att ta sig till vårdcentralen hembesök.

På hembesöksenheten arbetar läkare, distriktssjuksköterskor och undersköterskor. Patienter kan själv kontakta teamet och erbjuds därefter snabb hjälp. Det kan vara uppföljning efter sjukhusvistelse, demensutredningar, årskontroller, såromläggningar, influensavaccinering, provtagningar m.m. (Närhälsan 2016).

Besöksorsakerna varierar. Ofta åker enheten ut efter larm från kommunens hemsjukvård eller anhöriga. I höst har medborgarna via brevutskick erbjudits influensavaccinering i hemmet, något många beställt. Den största andelen besök görs hos äldre nyutskrivna från sjukhus. Remisser skrivs av slutenvården och granskas av hembesöksenhetens läkare. Bevakning sker av listade personer som skrivs ut från slutenvård och kontakt tas direkt utan att vänta på remiss eller överlämning. Det gör att teamet tidigt kan fånga upp patienter som är i riskzonen för att återinskrivas och på så vis undvika många återinskrivningar på sjukhusen (Dagens medicin 2015, Närhälsan 2016).

Enheten finansierar sig själv genom att en rad parametrar i vårdvals-systemets ersättningsmodell, såsom listningspoäng, diagnossättning, täckningsgrad, läkemedelsgenomgångar och andel hembesök 75 år och äldre. Läkare som arbetar heltid har som mål att göra 800 hembesök per år (Rosenberg 2016).

Resultat

Inläggning på sjukhus förhindras med rätt diagnos, rätt läkemedel och rätt insatser. Enheten är finansiellt självbärande. Förskrivning av sömnmedel, långverkande bensodiazipiner och olämpliga läkemedel till äldre har minskat (Rosenberg 2016).

Styrkor

- Bättre samverkan med kommunsköterskorna sker, då hembesöksenhetens läkare har regelbundna möten med kommunens sjuksköterskor.
- Ökad trygghet för den äldre att få tillfällig vård i hemmet finns.
- Ingen tröskelprincip. Patienten får själv välja om teamet ska komma hem.

Svagheter

- Teamet finns endast tillgängligt dagtid, måndag till fredag.

Mobilt hembesöksteam i Uppsala

Hembesöksteamet i Uppsala är mobilt team som erbjuder vård och behandling i hemmet för patienter som är 65 år och äldre. Mobila hembesöksteamet startade 2011 och permanentades i januari 2014.

Hembesöksteamet består av läkare och sjuksköterska som är i tjänst vardagar mellan 08.00 och 16.30. Teamet är stationerat vid Närvårdsavdelningen i Uppsala, Hälsa och rehabilitering och utgår från sjukhuset. Verksamheten drivs av Landstinget i Uppsala län och finansieras i samverkan med Uppsala kommun (SKL 2013).

Målet är att öka tillgängligheten av vård och behandling i hemmet för patienter som är 65 år och äldre. Mobila hembesöksteamet är också ett stöd för kommunens sjuksköterskor när det enda alternativet annars är att skicka patienten till akuten. Nu kan sjuksköterskan istället ringa direkt till läkaren på teamet och sedan kan beslut tas om teamet ska besöka patienten eller om andra åtgärder ska vidtas (SKL 2013).

På samma sätt har ambulanssjuksköterskorna möjligheten att konsultera hembesöksteamet i lägen då det inte är nödvändigt att köra patienten direkt till sjukhuset. Istället kan teamets läkare göra en bedömning i hemmet (SKL 2013).

Genom hembesöksteamet får också 1177 ytterligare ett handlingsalternativ.

Telefonsjuksköterskorna tar direktkontakt med teamet och teamets läkare tar sedan beslut om att göra ett hembesök. Även för vårdcentralerna kan hemvårdsteamet vara ett alternativ när de egna akuttiderna inte räcker till. 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 (SKL 2013).

Resultat

Mellan januari 2012 – mars 2013 togs 1687 kontakter (5,9 ärenden/vardag). Av dessa kunde 81 % vårdas hemma, 1 % direktinlades på geriatriken och 18 % fick besöka akutmottagningen. Flertalet av de personer som skickades till akutmottagningen blev inlagda

(85 %). En uppskattning gjordes av uteblivna kostnader för öppenvårdsbesök för målgruppen till ca 2,5 miljoner kronor. Den stora vinsten uppstod samtidigt vid beräknad utebliven slutenvård med ca 9,2 miljoner kronor per år. Kostnaderna för teamet uppskattades till 3,5 miljoner per år (Pöder & Wadensten 2013).

Mobila hembesöksteamet är mycket uppskattat av patienter och av hemvårdens sjuksköterskor och ambulanssjuksköterskorna. Sjuksköterskorna tycker att teamet inneburit höjd vårdkvalitet och förbättrat omhändertagande. Medarbetarna i teamet upplever att de gör stor nytta för patienterna och att arbetssättet är effektivt för den här målgruppen (Pöder & Wadensten 2013).

Styrkor

- Teamet utgör stöd för kommunsköterskor i bedömning, beslut och vård.
- Vård av teamet, förhindrar inläggningar på sjukhus.
- Tät samverkan med kommunen.
- Ekonomisk vinst ses.
- Direktinläggning till avdelning finns att nyttja vid behov.
- Teamet kan agera förlängd arm till 1177.

Svagheter

- Bemanning endast dagtid på vardagar. 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.
- Information om teamet behövs ständigt, då utförare t ex inom ambulansen ändras.

ÄMMA – Äldre i Malmö Mobilt Akutteam

ÄMMA startade 2013 och är ett samarbete mellan sjukhuset, primärvården och kommunen i Malmö. ÄMMA är ett multiprofessionellt team som vårdar multisjuka äldre patienter.

Modellen innebär att ett mobilt akutteam bestående av läkare (från primärvård), sjuksköterskor (från kommun och regionen), arbetsterapeut och biståndshandläggare gör hembesök utifrån förfrågan från ordinarie vårdgivare, oftast sjuksköterska i hemsjukvård eller på särskild boende. Förfrågan kan också komma från vårdcentral, akutmottagning, vårdavdelning, 1177 eller ambulans. Alla förfrågningar koordineras av samordnare (Vårdfokus 2014).

Målet med ÄMMA är:

- bättre trygghet och tillgänglighet för den äldre patienten
- att undvika påfrestande transporter och väntetider på akutmottagningen
- minska konfusionsrisk genom att minska antalet olika vårdmiljöer
- en snabbare bedömning i samband med akut sjukdom
- ett förbättrat medicinskt stöd (Stavenow 2016).

ÄMMA-patienten väljs efter kriterier som:

- akut försämring hos sköra äldre patienter med nedsatt fysiskt och/eller kognitiv funktionsförmåga
- tidigare känd av kommunen med insatser enligt SOL, HSL eller LSS
- svårigheter att själv ta sig till vårdcentral/sjukhus
- boende i några av Malmö Stads stadsområden (Stavenow 2016).

Vid ett hembesök görs bland annat bedömningar, läkemedelsinsatser, blodtransfusioner, intravenös vätska, blodprovstagning, röntgen och vissa palliativa beslut. Vid behov av inläggning, tas kontakt med läkare på sjukhuset och patienten får komma direkt till vårdavdelning (Stavenow 2016).

Resultat

Under 2014 genomfördes 1 304 besök, vilket innebar 3-10 besök per dag. Av dessa kunde 74 % stanna hemma efter insats och inte behöva besöka akutsjukvården inom 30 dagar, 4 % direktinlades, 2 % åkte till akutmottagningen och 17 % fick rådgivning. Resten tackade nej till vård. Aktuella patienters kontaktorsaker var oftast nedsatt allmäntillstånd, andfåddhet, fall, smärta, infektioner, blodtransfusioner eller akut palliation.

Vid utvärdering ses fördelar som snabb tillgång till akut läkarstöd, helhetssyn, ingen transport till sjukhus, patientcentrering och delaktighet. Förbättringspotential finns i dokumentation, IT-stöd, läkemedelshantering och hur verksamheten ska vara öppen på oregelbundna tider. (Stavenow 2016)

Styrkor

- Inläggningar som kan undvikas spar både pengar och skapar trygghet för patienten.
- Vården blir sömlös eftersom teamet innehåller flera kompetenser och huvudmän.
- Tydliga mandat till teamet, t ex biståndshandläggaren har mandat för alla kommuner och kan besluta om akuta insatser.

Svagheter

- Gränsdragning mot primärvård och hemsjukvård är otydlig.
- Teamet har enbart öppet dagtid.

Hopp i Skellefteå

Vårdmodellen Hopp, integrerade hjärtsviktsvård och palliativ avancerad hemsjukvård. Den syftade till att lindra patientens fysiska, psykiska, sociala och existentiella symptom och besvär. Hopp genomfördes i projektform med mål att sedan förvaltas i hemsjukvården, vilket misslyckades då tanken med Hopp försvann i hemsjukvårdens organisation.

Patienter med svår hjärtsvikt har ofta en lika dålig prognos som patienter med svår cancersjukdom, men erbjuds inte alltid palliativ vård. En anledning är att sjukdomen svänger mycket så det är inte lätt att avgöra när ett palliativt skede inträffar. En tredjedel dör en plötslig död, en tredjedel dör i samband med en försämring och en tredjedel blir successivt sämre.

Hopp erbjöd specialiserad hjärtsvikts- och palliativ vård i patientens egna hem av ett sammanhållet team. I teamet ingick kardiolog, palliativ läkare, sjuksköterskor med erfarenhet av palliativ vård och hjärtsviktsjukvård, arbetsterapeut och sjukgymnast. En omvårdnadsansvarig sjuksköterska och behandlingsansvarig läkare ansvarade för varje patient.

Omvårdnadsansvarig sjuksköterska ansvarade för ett bestämt antal patienter, gjorde en handlingsplan tillsammans med var och en i samarbete med AHS (avancerad hemsjukvård), som tar över nattetid, och utbildade patienterna så att de kan larma i tidigt skede när det behövs. Sjuksköterskan informerade muntligt och skriftligt och följde sedan patientens svårigheter, symtom och besvär. Särskilt stöd erbjöds anhöriga. De är ofta medvårdare trots att de kanske själva har sjukdomar av olika slag och behöver vård (Vårdfokus 2014c).

Centralt var att vården skulle vara lättillgänglig. Patienten blev både kontaktad och hade själv ett direktnummer till sin omvårdnadsansvariga sjuksköterska. Den största skillnaden mellan Hopp och traditionell vård var en tät läkarmedverkan, som är en förutsättning när patienten är så svår sjuk. Det gav trygghet att alltid ha någon att fråga (Vårdfokus 2014c, Brännström 2013).

Patienterna var nästan alltid multisjuka och vård och behandling skräddarsyddes därefter. Patientens berättelse om sitt tillstånd var utgångspunkten i vården och till skillnad från sjukhusvård så behandlades hela människan inte bara sjukdomen (Vårdfokus 2014c).

Resultat

Hopp var ett projekt som levde under några år för att sedan integreras i den avancerade hemsjukvården. Men sjuksköterskorna och forskarna som följt projektet hoppas att deras framgångsmodell ska återuppstå (Vårdfokus 2014c).

Resultatet blev ökad livskvalitet, förbättrad funktionsklass och minskad symtombörda hos patienterna. Dessutom färre ambulanstransporter och vård dagar på sjukhus för de 36 patienter som deltog i projektet i jämförelse med de 36 som tillhörde kontrollgruppen och fick sedvanlig vård (Vårdfokus 2014c, Brännström 2013).

En slutsats från projektet är att patienterna får bättre livskvalitet till lägre pris. En halv miljon kronor sparades bara på de sex månader som studien pågick (Vårdfokus 2014c).

Styrkor

- Tid hos patienten ger möjlighet till personcentrerad vård.
- Specialistkompetens kombinerades med hemsjukvård.

Svagheter

- Tidsslukande modell.
- Drevs i projektform för att sedan övergå i befintlig organisation.
- Teamet har enbart öppet dagtid.

Närvård i Skaraborg

I Skaraborg sker vård i hemmet genom att närvårdsteam, mobilt palliativt team och mobil hemsjukvårdsläkare samverkar för en sömlös vård av sköra äldre.

De svårast sjuka är också de som löper störst risk att falla mellan stolarna. Det ville man ändra i Skaraborg och numera får varje patient en vårdkontakt som har ansvar för hela kedjan, från kommunala insatser till primärvård och slutenvård. Arbetssättet kallas mobil närvård.

Grundtanken med mobil närvård är att vården och omsorgen av multisjuka, kroniskt sjuka och de som befinner sig i livets slutskede ska utgå från varje individs behov och symtom – och inte från vårdens organisatoriska gränser. Dessa patientgrupper, som har stora behov och många vårdkontakter, får en fast kontakt som ansvarar för helheten och som även har tid att lyssna och lägga upp en långsiktig plan (Vårdfokus 2015).

Mobil närvård är organiserad utifrån tre beståndsdelar.

- Ett mobilt närsjukvårdsteam som består av en geriatriker och två sjuksköterskor med erfarenhet från både sjukhus och kommunalt arbete.
- Ett palliativt team där två specialistutbildade läkare delar på en heltidstjänst, och tre specialistutbildade sjuksköterskor delar på två heltidstjänster.
- Dessutom finns mobila hemsjukvårdsläkare – distriktsläkare som har öronmärkt tid att jobba tillsammans med hemsjukvården (Vårdfokus 2015).

Arbetssättet, som startade 2005 och successivt utökats, har hyllats av både personal och patienter. *Jag har inte varit inlagd sedan jag fick kontakt med närsjukvårdsteamet och jag har inte behövt larma*, som en patient skriver i den utvärdering som har gjorts. Modellen är förebild för många andra hemsjukvårdsteam i Sverige (Vårdfokus 2015).

Modellen innebär gemensam styrning med socialchefer från varje kommun, verksamhetschefer från sjukhus och från privat och offentlig primärvård. Ledningsgruppen träffas varje månad och har en operativ inriktning (Pousette 2015).



Bild 5. Skaraborgsmodellen (Pousette 2015)

För att öka möjligheterna till lärande, reflektion och spridning av nya idéer och aktiviteter finns olika lärplattformar eller nätverk som består av:

- mobila hemsjukvårdsläkare
- närsjukvårdsteam
- operativa ledningsgrupper
- brukare/ patientmedverkan
- utvecklingsgrupp för vård i livets slut
- mobila team (Pousette 2015).

Skaraborgsmodellen ska beforskas utifrån fyra olika syften.

1. Implementering av vårdmodellen i Skaraborg

Hur utvecklas, etableras och implementeras sammanhållen vårdmodell för mobil närvård i Skaraborg?

2. Skapa en gemensam operativ ledning och styrning

Hur kan ledningsprocesserna för närvård Skaraborg utvecklas?

3. Utveckla vårdmodellen

Hur kan en sammanhållen vårdmodell för vård av psykiskt sjuka och dementa utvecklas, etableras och implementeras i Skaraborg?

Hur vill och kan vårdtagare och närstående vara delaktiga i utvecklingen?

4. Ta fram förslag till ersättningsmodell

Hur ser en ersättningsmodell ut som stödjer utveckling och effektivisering utifrån ett individperspektiv (Pousette 2015)?

Styrkor

- Etablerat arbete gör att möjligheter finns till forskning, lärande och utveckling av t ex IT-stöd.

Svagheter

- Insatser, som hembesök, premieras i ersättningsmodellerna snarare än arbetsätt.
- Dyrare för patienten att få hemvård än sjukhusvård (men många har högkostnadsskydd).
- Kostsamt för patienten med ambulanstransport från hemmet till korttidsboende inom kommunen.

På sjukhuset

När den svårt sjuke äldre patienten kommer till sjukhuset, behövs särskilt vård. Flera sjukhus har vårdmodeller anpassade för de mest sjuka äldre på akutmottagningen. Redan på akutmottagningen sker bedömningar och vård som gör att flera patienter kan åka hem igen eller identifieras till ett särskilt spår i slutenvården.

ALMA, geriatriskt team på akutmottagningen, Centrala Östergötland

ALMA startade år 2009 på Universitetssjukhuset i Linköping för att ta hand om multisjuka äldre som kom till akutmottagningen. Genom ett eget spår på akutmottagningen erbjuds patienten särskild genomgång och en säng på akutmottagningen.

Teamet består av sjuksköterska, undersköterska och läkare med geriatrisk kompetens. Teamet arbetar vardagar mellan 10.00 – 18.30. En förskjutning av öppentiderna har gjorts med tanke på att den sjuka äldre ofta kommer på förmiddagen och inte tidig morgon. I snitt vårdas fem patienter varje dag, men som mest kan nio patienter omhändertas av ALMA. Det finns inget bedömningsinstrument som avgör om en patient ska tillhöra ALMA utan beslutet tas på akutmottagning. Patienter med allvarlig sjukdom som inte kan vårdas i hemmet får åka till akutmottagningen och många gånger vet redan ambulanspersonalen som transporterar patienten att han eller hon tillhör ALMA (Carlgren 2015).

Styrkor

- Geriatrisk kompetens finns tidigt i vårdkedjan.
- Goda relationer till kommun och andra vårdaktörer genom tätt samarbete.
- Geriatrisk kompetens och tänk sprids till resten av akutmottagningens medarbetare. Många patienter som vårdas på en akutmottagning är äldre, men hamnar inte hos ALMA.
- ALMA är ett stöd vid svåra behandlingsbeslut genom att kunna ställa de svåra frågorna. Ibland finns inte vårdplan eller brytpunktssamtal genomförda och risk finns att all befintlig vård som finns att tillgå på en akutmottagning genomförs, trots att inriktningen skulle vara en annan.
- Prioritering och rätt vårdplats kan ges patient vid inskrivning, eftersom vårdplatskoordinator finns tillgänglig.

Svagheter

- Många patienter kommer in under helgerna och då är inte ALMA öppet.
- Patienten ska inte behöva komma till akutmottagningen ibland via en besvärlig transport, ibland kan patienten tas om hand hemma.

Omsorgskoordinatorer i Västra Götaland

På akutmottagningarna i Västra Götalandsregionen finns omsorgskoordinatorer som arbetar för att de mest sköra äldre patienterna ska få rätt vård.

Modellen innebär att varje akutmottagning i Västra Götalandsregionen har omsorgskoordinatorer (ca 1,5 tjänst/mottagning). Omsorgskoordinatorernas främsta arbetsuppgift är att i samarbete med patientansvarig sjuksköterska och läkare på akutmottagningen eller avdelningen, identifiera patienter som **inte** är i behov av att läggas in i

slutenvården utan som kan återgå till hemmet samma dag alternativt inom 24 timmar. Omsorgscoordinatorernas arbetsuppgifter är att försöka tillgodose patienternas behov av en trygg hemmiljö i form av utökade insatser i hemmet där befintliga bistånd redan finns. Tjänsterna delas ofta av två sjuksköterskor som varvar tjänsten med vanligt sjuksköterskejobb (Akut-och olycksfallsmottagningen Sahlgrenska 2014).

Direkt efter läkarbedömning på akutmottagning, tar omsorgscoordinator kontakt med patienten och pratar igenom den äldres behov. De sköra äldre definieras utifrån en screeningmodell där sjuksköterskan frågar om personen haft nedsatt ork och allmäntillstånd på sistone, slutat ta promenader, känner sig trött och tagen eller har ramlat. De ska också ha behov av medicinsk slutenvård (Vårdfokus, 2014b).

Aktuella patienter ska vara så pass bra att de klarar sig hemma med till exempel trygghetslarm, hjälp med att handla och hemhjälp. Det handlar inte om patienter på akuten som är svårt sjuka och väl hemma behöver hemtjänst åtta gånger dagligen (Vårdfokus, 2014b).

För att kunna göra en bra bedömning och få fram tillräcklig hjälp hemma, eller en plats på korttidsboende, finns möjlighet att få stanna på en så kallad 23-timmarsplats, där patienten inte skrivs in i slutenvården. De äldre behöver inte ligga på en hård brist på akuten, utan får en 23-timmarsplats med säng och omsorg på en vårdavdelning (Vårdfokus, 2014b).

Resultat

Först ut var Sahlgrenska universitetssjukhusets tre akutmottagningar i ett försöksprojekt. Nu har alla nio akutmottagningarna i VGR infört omsorgscoordinator. Rollen har inneburit att samarbetet med biståndshandläggarna har ökat och alla arbetar tillsammans så att de äldre ska få det så bra som möjligt och inte bara få komma hem så fort som möjligt (Vårdfokus, 2014b).

Ända sedan starten har statistik förts månad för månad. Mottagningarna mäter vilka som efter insatsen kunnat vända direkt hem eller sova på en 23-timmarsplats och sedan åka hem eller till korttidsboende. Inskrivning på sjukhus har undvikits under 2015 vid:

- 146 tillfällen på Sahlgrenskas akutmottagning
- 137 tillfällen på Östra sjukhusets akutmottagning
- 80 tillfällen Mölndals sjukhus akutmottagning. De ska nu börja inkludera de ortopediska patienterna (Vårdfokus, 2014b).

Ingen har i nuläget sammanställt antalet vårddygn som kunnat undvikas. En tidigare kartläggning har visat att patientgruppen när de skrevs in hade en medelvårdtid på 7 dygn. Det skulle innebära att exempelvis Östra sjukhusets 1,2 tjänst som omsorgscoordinator har sparat in 959 sjukhusdygn sen starten (Vårdfokus, 2014b).

Styrkor

- Inläggning undviks, vilket innebär minskad risk för sjukhusvistelse med fall, förvirringstillstånd och vårdrelaterade infektioner.
- Snabb handläggning och snabba beslut leder till att patienten kan få vara hemma i så stor utsträckning som möjligt.

Svagheter

- Projektform innebär oviss framtid.

NISSE i Malmö

NISSE står för Närsjukvård i Samverkan ger Starka Effekter och är ett samarbetsprojekt mellan en medicinavdelning på Skånes Universitetssjukhus i Malmö och vårdcentraler.

NISSE innebär gemensamma rutiner kring omhändertagande vid multiorgansjukdom, ökad medicinskt stöd vid vård i hemmet och i särskilda boenden, fast slutenvårdskontakt, personkännedom vid vårdplaneringar, avlastning av akutmottagningen och samverkan vid rehabilitering över huvudmannagränser. Detta genomförts bland annat genom direkt inskrivning på avdelningen. Direkta inskrivningar görs via NISSE-mobilen (en särskild telefon) och koordineras av överläkaren på avdelningen i dialog med distriktsläkare, SÄBO eller kommunens distriktssköterska. Varje dag kommer även biståndshandläggare på besök till avdelningen (Stavenow 2016, Skåne universitetssjukhus 2012).

Aktuella patienter har somatiska tillstånd som inte är i behov av profilerad/organinriktad enhet eller övervakning, men som har ett behov av nära samverkan mellan slutenvård, primärvård/kommun är aktuella. Tillståndet ska vara av internmedicinsk eller av lätt ortopedisk karaktär (Stavenow 2016).

Resultat

Under ett år lades 264 patienter in på avdelningen, varav 117 (44 %) direkt utan att passera akuten. Kontakterna gick via NISSE-mobilen. Vid genomgång av antalet direktinskrivningar, så var hälften av patienterna inte kända i kommunen. Intervjuer med patienter och medarbetare visar på en högre kvalitet i vårdplaneringsprocessen, kortare vårdtider och förbättrad kommunikation, förståelse, samsyn och personkännedom (Stavenow 2016).

Positiva effekter:

- * Ökad patienttillfredsställelse, trygghet och vårdkvalitet
- * Förbättrat patientfokus
- * Hög andel direkta inläggningar
- * Tydlig förbättring av kommunikation, ömsesidig förståelse, samsyn, personkännedom
- * Smidigare och snabbare vårdplanering vilket leder till att patienterna snabbare blir utskrivningsklara
- * Större andel patienter skrivs ut till hemmet och mindre andel till korttidsboende
- * Kortare vårdtider
- * Bättre rehab-samarbete, tydligare rehab-roll på avdelningen
- * Välfungerande stöd till hemsjukvård och särskilda boenden
- * Entusiasm inom samtliga organisationer

Bild 6. Positiva effekter av NISSE (Stavenow 2016)

Styrkor

- Snabbare och smidigare process för patienten.
- Samarbete och förståelse för varandras arbetssituation.

Svagheter

- Svårt att hålla liv i kommunikationsvägar.
- Svårt att erbjuda vårdplats när den efterfrågas och svårt att hålla liv i arbetet när det växlas upp och innefattar fler vårdaktörer. Därför finns nu reserverade platser på avdelningen för NISSE-patienter och NISSE-ambassadörer.

Efter sjukhusvistelse

Många gånger lämnar den svårt sjuka äldre patienten sjukhuset (där full uppbackning med vård och behandling finns) för att återvända hem med ett större behov av rehabilitering och vård än innan sjukhusvistelsen. Behovet av trygghet och hjälp är stort. Vårdmodeller finns för att ge rehabilitering eller vård direkt efter sjukhusvistelse.

Kommunkorttidsavdelningen på Ängelholms sjukhus

På avdelningen vårdas äldre personer som är medicinskt färdigbehandlade och behöver kommunal korttidsvård eller palliativ vård. Kompetens finns för rehabilitering av patienter med olika sjukdomsdiagnoser samt för att vårda patienter i livets slut.

Arbetet på avdelningen sker i vårdteam bestående av undersköterskor. Tillgång finns till sjuksköterskor hela dygnet och arbetsterapeut, fysioterapeut och samordnare under dagtid (måndag till fredag). Respektive husläkare ansvarar för sin patient och ingen läkare finns knuten specifikt till avdelningen. Delaktighet och personcentrering ses som framgångsfaktorer. Patienten ska kunna återgå till sitt ordinarie boende eller efter samråd med patient och närstående till annat boende (Ängelholms sjukhus, 2016).

Styrkor

- Lättare att samarbeta när kommunen flyttar in på sjukhuset.
- Överflyttning kan ske utan långa transporter.
- Det finns närhet till vård om försämring eller problem uppstår hos patienten.

Svagheter

- Viktigt med tydlig gränsdragning kring patientens status för att få rätt vårdnivå.
- Det finns en risk för glidning i val av patienter till avdelningen.

Trygg hemgång i Ronneby

Trygg hemgång innebär att efter en sjukhusvistelse få känna trygghet när man kommer hem till sitt eget boende. Trygg hemgång startade som ett projekt 1 januari 2012 och blev snabbt permanentad verksamhet i äldreförvaltningen juni 2012. Omfördelning av resurser har genomförts i befintlig ram.

Målet är att ge den som har lite eller ingen hemtjänst alls och som drabbats av sjukdom en trygg hemgång efter sjukhusvistelse. Vid hemkomsten från sjukhuset möts patienten upp av ett team från kommunal omsorg (Ronneby kommun, 2016).

Medarbetarna i *Trygg hemgång* har extra tid avsatt till omvårdnad och eventuell rehabilitering. Kvällar och helger får vårdtagaren stöd från den ordinarie hemtjänsten (Svahn & Ström, 2012).

Processen från beställning till övertagning av hemtjänsten åskådliggörs så här:

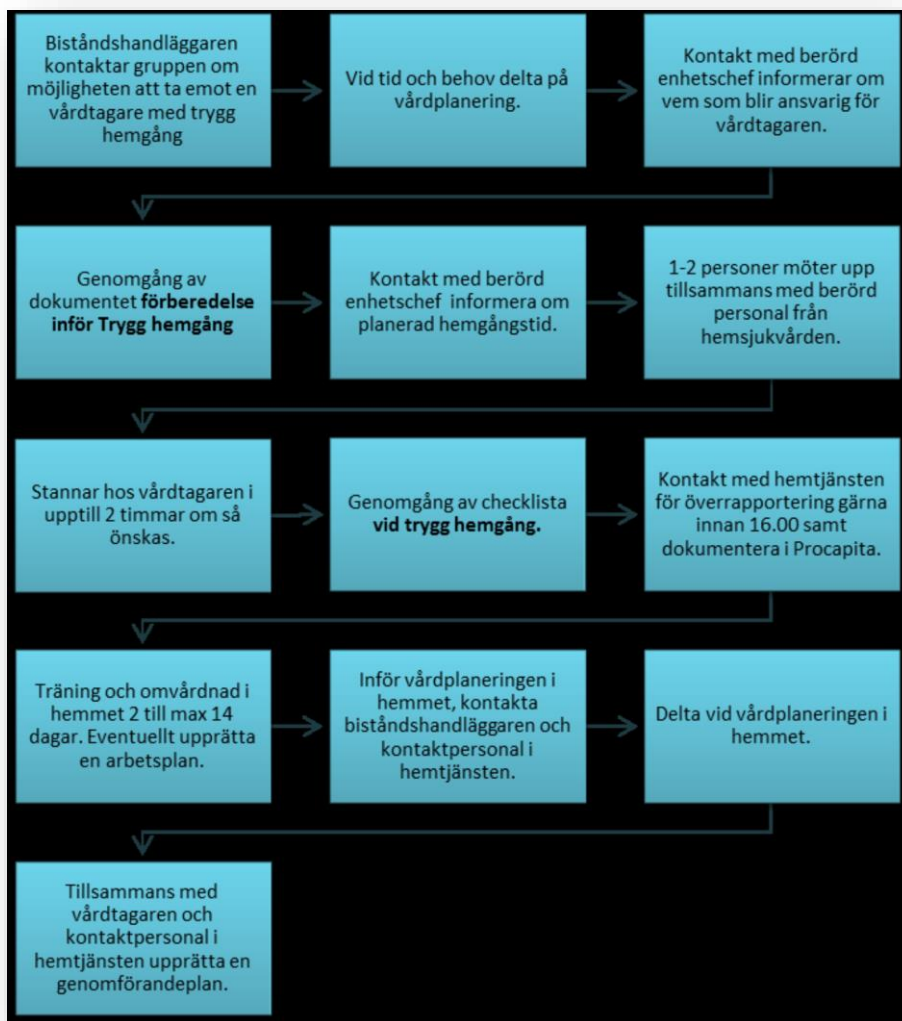


Bild 7. Flödesschema för Trygg hemgång (Svahn & Ström, sid 21, 2012)

Medarbetarna, som består av fyra undersköterskor:

- ser till att allt fungerar hemma (mat, larm)
- informerar hemtjänsten om personen
- samordnar yrkesgrupper
- arbetar med en person upp till 10 dagar
- identifierar behov och upprättar en arbetsplan
- är med på vårdplanering som först sker efter några dagar i hemmet
- bistår vid genomförandeplanen
- överför ärendet till hemtjänsten (Svahn & Ström 2012).

Resultat

Resultatet visar att vårdtagaren blir trygg i sitt hem när personal har den extra tid som behövs för att vårdtagaren ska våga komma tillbaka till vardagen som fanns innan sjukhusvistelsen. Vid vårdplanering i hemmet har också behovet av hemtjänstinsatser minskat i förhållande till de insatser som vårdtagaren hade i samband med hemkomsten vilket är en positiv effekt för

den enskilde. Självkänslan stärks av att vara oberoende och få möjlighet att kunna bo kvar hemma. Onödiga återinläggningar har minskat och kompetensen har ökat hos medarbetarna (Svahn & Ström 2012, Bowin & Norén 2014).

Styrkor

- Patienten känner trygghet redan under sjukhusvistelsen när han eller hon vet att hemgången kan bli trygg.
- Sjukhuset kan frigöra vårdplatser när vården möter upp hemma.
- Patienten får komma hem istället för till korttidsboende.
- Tjänsten utgår från patientens behov och hem, inte vårdens sammanhang.

Svagheter

- Gräddfil skapas, eftersom alla patienter inte kan omhändertas.
- Vilka ska få vården, ibland kan det vara svårt för avdelningen att prioritera?
- Regelbunden arbetstid gör att utskrivningar på helger inte kan tas om hand.

48-72 Vårdsamverkan i Fyrbodal, Västra Götaland

År 2014 startades samverkan mellan sjukhus, vårdcentral, kommuner och högskola i syfte att skapa sammanhållnen vård och omsorg för individen samt ge möjlighet till lärande för profession och organisation.

Genom uppföljning inom 48-72 timmar efter hemgång från sjukhus ska undvikbar återinläggning minska och trygghet skapas för de mest sjuka och sköra äldre (Fyrbodals hälsoakademi 2016).

Modellen innehåller flera steg.

1. Alla patienter fyllda 65 år och äldre som varit inläggande 2 gånger senaste 6 månaderna eller som bedöms av utskrivande sjuksköterska ha behov av snar uppföljning och nu ligger på sjukhus väljs ut.
2. Sjuksköterska på sjukhuset informerar patienten och ser till att relevant information når aktuell mottagare, kommun eller vårdcentral.
3. Mottagande sjuksköterska eller distriktssköterska tar kontakt med patienten inom 48-72 timmar efter hemkomst från sjukhuset och följer upp hur patienten mår. Till sin hjälp finns standardiserat frågeformulär.
4. Samtalet kan leda till olika åtgärder som hembesök eller vårdplanering.
5. Vidtagna åtgärder kommuniceras till utskrivande vårdavdelning och dokumenteras i journal (Fyrbodals Hälsoakademi 2016, Hansson m fl. 2016).

Resultat

Mellan september 2013 och december 2014 genomfördes en uppföljning som visade att 751 patienter hade identifierats till 48-72 av 14 543 möjliga. Enbart 15 % av de patienter som behöver uppföljning fick det. Ett telefonsamtal för att identifiera dem som har de största omsorgsbehoven räckte inte – många vågar eller vill inte avslöja sina egentliga behov eftersom man inte vill besvära vården. Ett hembesök hade varit att föredra (Fyrbodals Hälsoakademi 2016).

Styrkor

- Ett relativt enkelt sätt för patienten att få komma till tals.
- Trygghetskapande för patienten att någon från vården ringer upp hemma.
- Vården identifierar förbättringsområden med hjälp av patienten.

Svagheter

- Sjukhuset har svårt att identifiera patienter som ska ringas upp. Vad avgör om sjuksköterskan identifierar en patient eller inte?
- Vårdcentral eller hemsjukvård utvärderar utskrivande vårdavdelning, vilket innebär att de som utförde vården inte får direkt återkoppling.
- Sköra äldre patienter hittas kanske inte med ett telefonsamtal. Ibland är hembesök att föredra.
- Tydlighet i rutiner och ledning behövs för att alla patienter ska hittas.

Äldrelots i Nynäshamn

Äldrelots på Nynäshamns Geriatrik startade under september 2013. Syftet med en äldrelots är att hjälpa och stödja patienterna vid utskrivning från sjukhus till eget boende och därmed ge den äldre en ökad trygghet och en god vård. Ett annat syfte är att minska antalet återinläggningar på sjukhus.

Äldrelotsarna är undersköterskor och sjuksköterskor och arbetar på Nynäshamn Geriatrikmottagning. Äldrelotsarna:

- ringer upp alla personer boende i Nynäshamn inom 72 timmar efter hemkomst till eget boende från sjukhuset.
- besöker aktuella patienter på vårdavdelningen innan utskrivning och erbjuder ett uppföljande samtal efter hemkomsten
- bemannar en lotstelefon, dit patienter kan ringa för hjälp och rådfrågning
- följer upp alla återinläggningar med en intervju där frågor ställdes om orsak och vad som skulle kunna ha förebyggt inläggningen
- genomför uppföljning via hembesök, om inte patienten kan genomföra uppföljningen via telefon (Petterson 2015).

Vid samtalen användes först frågeformuläret Webbkollen hemma (ett webbaserat verktyg för uppföljning av patienter i vården). Utifrån resultaten från Webbkollen utvecklade äldrelotsarna egna frågeformulär för samtal. Många av de äldre passar också på att ställa frågor under lotssamtalen. Samtalen fungerar som utvärdering av den geriatriska vården och problem som de äldre har upptäckt, förmedlas till ansvariga vid geriatriska kliniken och åtgärdas. Samtalen dokumenteras för uppföljning (Webbkollen 2016, Petterson 2015).

Om den äldre upplever svårigheter erbjuds råd, stöd, mottagningsbesök på geriatriken eller hänvisning till annan vård- och omsorgspersonal (Petterson 2015).

Resultat

För att beskriva omfattningen registrerades under två månader alla åtgärder som utfördes. Under perioden januari-februari 2015 var 19 personer aktuella för lotsning. Det vanligaste problemet innefattade läkemedelsbehandling. De åtgärder som genomfördes var kontakt med geriatrikens läkare, samtal till och kontakter med andra vårdgivare, kompletterande samtal

åter till den äldre och till hemtjänsten och hembesök. En viss minskning av återinläggningarna sågs också under de två första åren äldrelotsen fanns (Pettersson 2015).

Styrkor

- Kontinuerlig återkoppling har lett till förändringar av geriatriska verksamheten. Områden där rutinerna har omarbetats är utskrivningsrutinen, läkarsamtal och kontakter med hemtjänst och hemsjukvård.
- Kommunens verksamhet har påverkats av äldrelotsarna. Bland annat har en rutin för kontroll av Webcare, vid biståndshandläggares frånvaro införts. Webcare är ett webbaserat system för vårdplanering och utbyte av information.

Svagheter

- Svårt med gränsdragning. Vilket ansvar har alla berörda parter?
- Äldre personer vill hellre ha hembesök än prata i telefonen. Kanske skulle ett uppföljningsbesök kunna ske i hemmet?
- Syftet får inte vara att enbart följa upp sitt eget arbete på avdelningen. Viktigt att tydligare kommunicera vad den äldre har att vinna på uppföljningen.
- I förlängningen måste fler personer arbeta som lotsar för att minska sårbarhet och öka kunskapsinhämtning.

Vårdmodeller i samverkan eller nätverksform

Genom samverkan och nätverk kan grunden läggas för att förbättra vård och omsorg för den mest sjuka äldre. I Sverige finns flera nätverk eller initiativ till samverkan som *Hand i hand* i Avesta-Hedemora, *Hilma* i Örebro, *Helga* i Skellefteå, *Kersti* i Falun och *Linnea* i Kronoberg (se nedan). Flera av nätverken har hämtat inspiration från det äldsta nätverket, *Esther* på småländska höglandet (Hagman 2014). *Esther* är ett samarbetsprojekt mellan kommunerna, primärvården och slutenvården (SKL 2016). Flera exempel finns.

- **KLAS** - Kommuner och Landsting i Samverkan. KLAS-teamen är en samverkansmodell inom Jönköpings sjukvårdsområde och Jönköpings kommun. Syftet är att samverka kring den enskilde vårdtagaren i ordinärt boende avseende omsorg, omvårdnad och rehabilitering.
- En gränsdragningsgrupp i Gävleborg hanterar frågeställningar som rör gemensamma områden och egenvårdsfrågor mellan kommuner, specialistvård och primärvård utifrån ett hälso- och sjukvårdsansvar (SKL 2016).

Samverkan i flera regioner och landsting sker för att vårdplanering och in- och utskrivningsprocessen ska fungera. Flera exempel finns.

- *Trygg hemma* i Norrbottens län. Tillsammans med kommunerna pågår ett gemensamt utvecklingsarbete med syfte att omhänderta de äldre och multisjuka personernas behov dvs. samordnad individuell plan upprättas, en fast vårdkontakt utses och en läkemedelsgenomgång genomförs.
- I Västmanland finns etablerat samarbete mellan slutenvård, primärvård och kommunal hemsjukvård för att utarbeta säkra rutiner för informationsöverföring. Dokument för samordnad vårdplanering mellan sjukhusvård, primärvård och kommun har uppdaterats med särskild hänsyn till en säker informationsöverföring gällande läkemedel.
- I Östergötland finns biståndshandläggare på sjukhusen.

Linnea i Kronoberg

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

För att skapa ett bättre omhändertagande för äldre multisjuka och kroniskt sjuka yngre i vårdkedjan finns ett nätverk mellan kommunerna, närsjukvården och medicinklinikerna i Kronoberg. Alla deltagare i nätverket ska ha en gemensam bild av Linneas behov. Nätverket runt Linnea är de som genom samverkan kan och ska förbättra omhändertagandet (SKL 2013).

Linnea drevs från början som projekt, sedan som försöksverksamhet i Kronoberg (i satsningen Bättre liv för sjuka äldre) och består nu av lokala förbättringsteam (Edvardsson & Flennemo, 2013).

Hitta Linneor

I syfte att hitta en metod som tidigt skulle kunna identifiera Linneor och möjliggöra ett tidigt omhändertagande genomfördes en pilotstudie kring ACG. I vårdvalet mäts vårdtyngden i form av ACG varje månad. Varje patient får en ACG-poäng baserad på de diagnoser som

sätts i sjukvården – både primärvård och slutenvård – under de senaste två åren. I pilotstudien definierades en viss poäng som gräns för att en patient skulle bli en Linnea. Sammanlagt identifierades 174 Linneor och 121 tillfrågades om att ingå i försöksverksamheten. Sex (6) personer tackade ja (Edvardsson & Flennemo, 2013).

Genombrottsmetodik

Med genombrottsmetodik fick lokala team utbildning om förbättringskunskap och genomförde förbättringsarbeten för att förbättra omhändertagandet och samarbetet kring Linnea (Edvardsson & Flennemo, 2013). Omgång 10 startade hösten 2015.

Några exempel på arbeten som genomförts är:

- 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 (SKL 2013, Edvardsson & Flennemo 2013).

Äldrelotsar

Ett av målen med Linnea var att en äldrelots, vid sidan av sitt ordinarie arbete, fick i uppdrag att stödja, vägleda och samordna insatserna för Linneorna. Trettio äldrelotsar utsågs i Kronoberg (SKL 2013).

Resultat

Svårigheter har funnits att hitta rätt Linneor. Eftersom ACGmetoden inte fångade in målgruppen, användes den inte vidare, utan i stället hittades Linneorna med hjälp av hemtjänst. Totalt har ett par hundra Linneor identifierats (Edvardsson & Flennemo, 2013).

Mycket tid och kraft har lagts på äldrelotsar. För mycket konstateras i efterhand, eftersom intresset från Linneorna visade sig mycket svagt. Varken lotsarna själva och de äldre tyckte att lotsarna behövdes eftersom deras arbetsuppgifter redan gjordes av ordinarie personal, till exempel distriktssköterska och kontaktperson (Edvardsson & Flennemo, 2013).

Förbättringsarbeten har gett energi och träffarna har uppskattats av olika professioner. Linnea drivs vidare i form av lokala team som erbjuds utbildningsprogram i förbättringsarbete. Arbetet drivs också vidare i nätverksform i Kronobergs kommuner, då med skiftande förutsättningar i de lokala teamen (Edvardsson & Flennemo, 2013).

Styrkor

- Vi- känslan av har ökat mellan olika vårdgivare. Genom att träffas, så lär alla känna varandra bättre och grund till samarbete läggs.
- Möjlighet att träffas och diskutera arbetet kring de mest sjuka äldre har ökat.
- Ökad kunskap i förbättringsarbete och ökade möjligheter till förbättringar.

Svagheter

- Överenskommelser stannar ofta på pappret, eftersom besluten inte har följts upp.
- Det är svårt att hitta rätt Linneor.

Prediktion

Att kunna förutse vem som kommer bli svårt sjuk äldre och därmed behöva särskilda insatser, kan ge möjlighet för vård och omsorg att fokusera på förebyggande och hälsofrämjande vård. I den bästa av världar hittas denna person innan den tillhör gruppen svårt sjuka äldre, det vill säga genom förebyggande prediktion. I dagens vård används modeller för att förutse och identifiera personer som redan tillhör gruppen svårt sjuk äldre.

Identifiering av svårt sjuk äldre

Vid genomgång av vårdmodeller har verksamheterna identifierat patienter på olika sätt. Många gånger har deras definition av sköra äldre, väglett dem till målgruppen.

Olika strategier att identifiera den svårt sjuka äldre, görs genom att:

- hitta äldre personer utifrån diagnos
- använda register (om tidigare konsumtion av sjukvård och omsorg)
- hitta äldre personer som redan är vårdtagare i primärvård och äldreomsorg
- hitta äldre personer på väg in eller ut från slutenvården
- göra valet att identifiering av målgrupp är av underordnad betydelse (Hagman 2014).

Utifrån diagnos

Genom diagnos som urvalskriterium, snävas målgruppen. I projektet Hopp fick personer med grav hjärtsvikt besök i hemmet (Hagman 2014). Studier visar att för hjärtsviktspatienter kan hemsjukvårdsinsatser bidra till minskning av oplanerade återinläggningar m.m. (Falk 2014). Odense kommun använder diagnosgrupper för att rätt vård ska ges. Alla personer får vård, men utifrån en specifik process.

Använda register eller system

Flera vårdmodeller hämtar uppgifter från olika register, som slutenvårdregister eller primärvårdens system Adjusted Clinical Groups (ACG). Prediktionen sker med varierad framgång. Flera gånger har patienter identifierats utifrån rådande definition om multisjuk äldre och när personen kontaktas, så är inte personen i behov av samordning av vård och omsorg. Många gånger har identifiering då istället gjorts genom vården och omsorgens kännedom om att personen behöver samordning (Hagman 2014).

Äldre personer som är vårdtagare i primärvård och äldreomsorg

Flera modeller landar i att identifiera de mest sjuka äldre bland dem som redan är kända av och har insatser från primärvård och kommun. Flera gånger har första urvalet genomförts via register och efterhand genom att identifiera målgruppen via personalens kännedom. Ett exempel är Linnea från Kronoberg. I Vännäs gick primärvården (sjuksköterska, paramedicinare och läkare) tillsammans med kommunens handläggare igenom sina kända vårdtagare. Genom en samordnad bedömning kom man överens om vilka personer som var att betrakta som mest sjuka äldre (Hagman 2014).

Äldre personer på väg in eller ut från slutenvård

Ibland styrs urvalet av syftet att försöka förhindra eller fördröja besök eller inskrivning på sjukhus eller att underlätta hemgång. VISAM i Örebro har ett beslutsstöd utarbetats för att avgöra vad som är optimal vårdnivå då patienten hastigt eller oväntat försämras i sitt hälsotillstånd i sitt hem. Beslutsstödet används av den kommunala sjuksköterskan eller ambulanssjuksköterskan. I den utvärdering som gjordes av beslutsstödet framkom att patientens tillstånd bedömdes som allvarligare för de patienter som kom till akutmottagning efter att beslutsstödet för sjuksköterskor i hemsjukvården tagits fram. En möjlig slutsats är att det var fler patienter som bedömdes kunna stanna längre kvar i hemmet än tidigare (och därmed aldrig kom till akutmottagningen). Det beslutsstöd som togs fram kan ha gett en ökad trygghet i sjuksköterskornas bedömningar om när en person ska skickas in till sjukhus eller inte (Hagman 2014). I ALMA – teamet, Västra länsdelen i Östergötland används CSHA-skalan för klinisk skörhet (The Canadian Study of Health and Aging Clinical Frailty Scale) för att bedöma om patienten ska anslutas till ALMA (Waller 2015).

Identifiering av målgruppen är av underordnad betydelse

Vissa verksamheter definierar inte gruppen de mest sjuka äldre, utan inkluderar alla äldre. I Rengsjö (Mobilisera hela byn) inkluderades alla äldre personer boende i kommundelen. I Örskälljunga var målsättningen att trygga informationsöverföringen mellan kommunal hemsjukvård och primärvård oavsett patientens ålder (Hagman 2014).

Senior alert – nationellt kvalitetsregister

Senior alert är ett nationellt kvalitetsregister som syftar till att förbättra det förebyggande arbetet genom att arbeta vårdpreventivt. Skador i vård och omsorg ska kunna undvikas och att alla patienter ska kunna garanteras en säker och lika vård. Senior alert bidrar till att det förebyggande arbetssättet blir strukturerat, systematiskt och synliggjort (Senior alert 2016).

I den vårdpreventiva processen ingår att göra riskbedömningar och att sätta in åtgärder för personer inom dessa sex områden: fall, trycksår, undernäring, munhälsa och blåsdysfunktion/inkontinens och rehabilitering. De sex områdena hänger samman. Den person som har problem med munhälsa, äter mindre, får i sig mindre näring och kan därmed ådra sig ökad skörhet och riskerar falla. Blir han eller hon sedan sängliggande kan trycksår bli följden (Senior alert 2016).

Senior alert kan bidra till att vård och omsorg kan förutse riskindivider och förebygga genom olika preventiva åtgärder (Senior alert 2016). Vissa sjukvårdande enheter låter även patienten själv fylla i sin egen riskbedömning t ex innan ett besök i sjukvården.

Webbkollen

Genom att intervjua äldre personer om deras upplevelse av delaktighet och trygghet i vården och omsorgen får vården en bättre förståelse och kunskap om vad som skapar trygghet för sjuka äldre personer (Webbkollen 2016).

Webbkollen används av vård och omsorg för att ha trygghetsskapande samtal med sköra äldre personer. Samtalet kan genomföras på sjukhus, via telefonsamtal eller vid personligt besök.

Svaren rapporteras i en databas, avidentifierade och resultatet används sedan i utvecklingsarbeten på enheten och i organisationen (Webbkollen 2016).

Webbkollen finns i fem olika versioner där frågor kan ställas från sjukhus vid återinskrivning eller efter sjukhusvistelse, från vårdcentral efter sjukhusvistelse, från akutmottagning efter akutbesök eller som uppföljning i kommunal vård och omsorg (Webbkollen 2016). Webbkollen kan bidra till att förutse riskindivider, men främst förbättra i sin egen verksamhet.

Hälsodagbok

Proaktiv vårdplanering innebar att personal i Örnsköldsvik har utvecklat en hälsodagbok där de äldres hälsostatus fortlöpande dokumenteras. Dokumentationen används som underlag för förebyggande insatser och därmed undvika försämringar som skulle kunna leda till sjukhusvård (Hagman 2014).

Screening av sköra äldre på akutmottagning

Projekt Vårdkedja; från akutmottagning till eget boende i Västra Götalandsregionen utvecklade ett screeninginstrument för bedömning av geriatriska vård-, omsorg-, och rehabiliteringsbehov som testades på akutmottagningen i Mölndal (Sahlgrenska Universitetssjukhuset 2014).



■ SCREENING AV SKÖRA ÄLDRE

- Nedsatt ork: Ja Nej
(Blir slut av en kort promenad på cirka 15–20 min)
- Allmän trötthet de senaste tre månaderna: Ja Nej
- Ramlar ofta/tror att man kommer att ramla: Ja Nej
- Behöver hjälp att göra sina inköp: Ja Nej
(Ta sig till affären, plocka varor, betala, bära hem)
- Sökt akutmottagning ≥ 3 gånger de senaste 12 månaderna: Ja Nej
(Vid minst två ja går patienten vidare i programmet »Sammanhållen vårdprocess för sköra äldre« för geriatrisk bedömning av vård och omsorgsbehov)

Screening av sköra äldre är en produkt av projektet »Vårdkedja: från akutmottagning till eget boende«. Underlaget ska kunna användas av samtliga vård- och omsorgsgivare för identifiering av sköra äldre. Projektet finansieras av Socialstyrelsen, Vårdalinstitutet och forskningsprogrammet Vinnvård.

Bild 8. Screening av sköra äldre (Wilhelmsson 2016)

Alla patienter som hade två eller fler ja bedömdes vara i hög risk att vara sköra/sårbara och fick en bedömning av en sjuksköterska med geriatrisk kompetens. Under några veckor, hösten 2011 fördes statistik över hur många patienter som bedömdes vara sköra/sårbara utifrån de fem screeningfrågorna. Av alla sökande (medicin, ortopedi och geriatrik) var 16 procent 80 år eller äldre, och 10 procent var mellan 70 och 79 år. Av dem som var 80 år och äldre bedömdes 80 procent vara sköra/sårbara och 60 procent i åldersspannet 70–79 år.

I den yngre gruppen var nedsatt ork den vanligaste indikatorn (drygt 50 procent) medan hjälp med inköp och ramlar ofta var vanligast i den äldre gruppen (drygt 70 procent). Den indikator som var minst vanlig var tre eller fler besök på akutmottagningen (cirka 30 procent i båda åldersgrupperna) (Wilhelmsson 2016).

Projektet drog slutsatsen att screeningfrågorna lämpar sig väl att använda för att identifiera individer som är sköra/sårbara som behöver en geriatrisk bedömning. Skörhetsbegreppets stora fördel är att det inte fokuserar på sjukdomarna utan på den minskade reservkapacitet som uppstår i åldrandeprocessen, vilket leder till en ökad risk för hälsoproblem och behov av vård och omsorg. Skörhetsbegreppet sågs ha potential att identifiera personer innan de är alltför sjuka (Wilhelmsson 2016).

Beställnings- och ersättningssystem

De mest sjuka äldres vägar genom vården och omsorgen är många och olika. Det är viktigt att vägen, eller processen, är så ändamålsenlig som möjligt. En ändamålsenlig process behöver också stödjas av ett ändamålsenligt ersättningssystem (Bowin 2012).

Många äldre med stora sjukvårdsbehov är beroende av vård-och omsorgsinsatser från flera utförare och områden. Äldre patienter med komplex problematik riskerar att bli nedprioriterade när ersättning till exempel utgår per besök. Ersättningar riktar också uppmärksamheten mot den egna verksamheten snarare än resultatet av den sammantagna vårdprocessen. Varje vårdenhet har sitt eget ansvar och ersätts för att ta detta ansvar, inte mer (Bowin 2012).

En utmaning ligger i att alla organiseras i skilda verksamhetsområden med separata uppdrag och budgetar och frågan blir; finns ersättningssystem som stödjer en sammanhållen vård och omsorg? Stiftelsen Leading Health Care skriver i sin rapport att ett ekonomiskt styrsystem behöver följa ett horisontellt flöde. Insatserna utanför sjukhuset ofta är bristfälligt koordinerade, och det är önskvärt att styrningen förändras för att åstadkomma en bättre samordning av öppenvårdens och den kommunala omsorgens olika professioner. Att skapa incitament för att överbrygga gränsen mellan den slutna och den öppna vården blir ett viktigt utvecklingsområde (Bowin 2012).

Stiftelsen Leading Health Care menar i sin rapport att det finns inte en ersättningsprincip som kan lösa den sammantagna problematiken kring de mest sjuka äldre, utan sannolikt är en kombination av olika principerna mera ändamålsenlig. Denna styrning skulle få konsekvenser även för andra patientgrupper som är i behov av sammanhållna vårdkedjor (Bowin 2013).

Princip för fördelning av ersättning och ansvar	Skulle kunna avhjälpa
Gemensamt ansvar, t ex ersättning för vård och omsorg utifrån en och samma budget	Många parallella processer
Överlappande ansvar, t ex ersättning till behandlande verksamhet enligt resultat i rehabilitering (höftledsoperationer)	Upprepningar/onödiga omtag
Koncentrerat ansvar: riktad ersättning till en aktör t ex med geriatrisk kompetens, som för individens räkning koordinerar relevant vård och omsorg. Idag finns vårdcoach eller förslagsvis kommunala sjuksköterskor	Vård på fel nivå
Mindre stram och mindre detaljerad ekonomistyrning: större andel vårdtyngdsviktad, kapitering, förenklad biståndsbedömning, längre budgetperioder	Pseudolösningar, onödiga stopp i processen
Ersättningssystem för resultat på systemnivå, t ex enligt hälsorelaterad livskvalitet, undvikande av onödig och felaktig vård, brukarnöjdhet	Flera av problemen ovan

Tabell 2. Princip för fördelning av ersättning och ansvar (Bowin 2013)

Nedan följer två exempel på regioner och kommuner som gått samman i gemensam styrning och beställning. TioHundra AB är numera permanentat, medan Hälsostaden pågått i projektform i drygt ett år.

TioHundra AB i Norrtälje

TioHundra startade 2006 och permanentades 1 januari 2016. TioHundra AB som numera drivs som aktieföretag, är ett samarbete mellan Norrtälje kommun och Stockholms läns landsting och innehåller verksamheter som sjukhus, vård- och omsorgsboenden, hemtjänst, funktionsstöd, habilitering, primärvård.

Stockholms läns landsting och Norrtälje kommun har gått samman om beställning och drift av verksamheter av betydelse för Norrtäljeborna. Det har varit en medveten och uttalad ambition från politikerna att de äldre ska kunna bo kvar längre i sina egna hem. Kommunalförbundet Sjukvård och omsorg i Norrtälje äger TioHundra AB och är även beställare av både landstingets hälso- och sjukvård och kommunens omsorg för Norrtäljeborna.

Kommunalförbundet har representanter för både landstinget och Norrtälje kommun och ansvarar för all verksamhet i sin förvaltning, sjukvårds- och omsorgskontoret i Norrtälje (Graf 2016).

Verksamheten arbetar med långsiktiga strategier, där ingen person ska falla mellan stolarna och partnerskap ska utvecklas mellan kund och närstående. Stort fokus på e-tjänster och samordning i olika vård och omsorgsprocesser. Stort fokus på sköra äldre och vårdövergångar, där fallprevention, Silverstig på akuten, god och näringsrik mat från grunden, kortare nattfasta, minskad användning av sömnmedel och lugnande och säkrare läkemedelshantering i hemsjukvården (Graf 2016).

TioHundra AB omorganiserar sina verksamhetsområden och verksamhetscheferna får olika verksamheter att leda. En verksamhetschef kommer att leda geriatrisk, kirurgisk och ortopedisk vård, allt för att göra vården sömlös (Graf 2016).

Utformningen av kundvalet

Utföraren ska kunna erbjuda både hemtjänst, hemsjukvård och hemrehabilitering. Delar av den vårdkedja som i många andra kommuner är uppdelad på olika aktörer finns här hos samma (Schön m fl. 2012).

Förstärkning av geriatrisk och rehabilitering

Geriatriken har fått en tydligare roll i närsjukvården, bland annat genom utflyttning från sjukhuset till före detta Roslagens sjukhus med en rehabiliteringsavdelning, samlokaliserad med ett kommunalt korttidsboende (Schön m fl. 2012).

Utskrivning från sjukhuset och vårdplanering

Ett vårdplaneringsteam arbetade i projektform under en tvåårsperiod och utvecklade och implementerade rutiner som ska göra vårdplaneringen mindre personberoende, och minska

risken för att äldre blir bortglömda. TioHundra har aktivt stimulerat arbetet med gemensam vårdplanering i hemmet, i Norrtälje benämnt IVOP (Schön m fl. 2012).

Resultat

Frågan om det har blivit bättre för de äldre har visat sig svår att med säkerhet besvara eftersom tydliga indikatorer saknas. Flera av de intervjuade, framförallt de på chefsnivå, anser att den utveckling som har varit genom det de kallar *TioHundraandan* gett en mer samordnad vård och omsorg för de mest sjuka äldre. De anser bland annat att friktionen mellan olika delar i vårdkedjan har minskat. Beställaravdelningen ser inga tecken på missnöje och otrygghet bland de äldre. De intervjuer som genomförts med äldre som har omfattande insatser ger en liknande bild. Data från Öppna jämförelser visar att Norrtälje, för de områden där det finns indikatorer, kan erbjuda en vård och omsorg om de mest sjuka äldre som är jämförbar, om än inte bättre, än majoriteten av landets kommuner (Schön m fl. 2012).

Styrkor

- Helhetsgrepp från beställarnivå till utförare, helhet och detalj.
- Tid och kraft behöver inte längre läggas på ansvarsfrågor, patienten får nu en samordnad vård av samma utförare.

Svagheter

Olika journalsystem inom samma utförare.

Hälsostaden i Ängelholm

Den 1 oktober 2013 startade det treåriga projektet Hälsostaden Ängelholm. Samarbetet mellan sjukhus, primärvård och kommun skulle utvecklas och förbättras under en ny förvaltning med Region Skåne som huvudman. Projektet deltar i ett samarbetsprojekt i EU med fokus på "integrated care", den sammanhållna vården.

Projekt Hälsostaden Ängelholm bedrivs som egen verksamhet direkt underställd regionledning. Styrgrupp består av Region Skåne, Hälsostaden AB (äger fastigheterna) och Ängelholms kommun. (Hälsostaden 2015)

Projektet syftar till att förbättra patientflöden mellan primärvård, sjukhus och kommun, öka tillgängligheten, erbjuda vård på rätt nivå och samverka mellan kommun och region.

Hälsostaden arbetar med olika initiativ.

- Se över organisations- och samverkansformer inom rehabiliteringsområdet mellan sjukhus, primärvård och kommun.
- Införa gemensamt dokumentationssystem Nationell Patient Översikt (NPÖ) som ska underlätta kommunikationen mellan kommunen, primärvården och sjukhuset.
- Satsa på nya tekniska lösningar (e-hälsa) för att förbättra distansuppföljningen av patienter med kroniska sjukdomar.
- Utveckla den kommunala hemsjukvårdens möjligheter att ta hand om patienter med komplexa vårdbehov i hemmet.
- Undersöka möjligheten att skapa nya boendeformer för kommuninvånare med komplexa vårdbehov en av anledningarna till att Hälsostaden AB medverkar. (Hälsostaden 2015)

Resultat

Efter bara ett år är samverkansvinsterna tydliga enligt projektledningen. En gemensam kvälls- och helgmottagningen på sjukhusets akutmottagning där 20 vårdcentraler, både offentliga och privata, samarbetar för att erbjuda vårdtagare akut hjälp på kvällar och helger finns i drift. Ett mobilt akutteam har startats, där en första utvärdering visar att 88 av 100 patienter kunnat stanna kvar i sina hem istället för att behöva ta sig till akutmottagningen.

Den kommunala korttidsavdelningen på Ängelholms sjukhus startade redan innan projektet drog igång. Här vårdas medicinskt färdigbehandlade patienter som har blivit utskrivna från sjukhuset. Nu finns även omvårdnadsenheten OVE på Hälsostaden. Här vårdas medicinskt färdigbehandlade patienter som fortfarande inte har blivit utskrivna från slutenvården, utan väntar på fortsatt vårdplanering.

Intresset för Projekt Hälsostaden är stort, både nationellt och internationellt. Hälsostaden deltar i flera olika evenemang och mötesplatser och har regelbundet studiebesök (Hälsostaden 2015).

Styrkor

- Gränser mellan huvudmän och vårdgivare suddas ut.
- Alla aktörer arbetar utifrån gemensamma mål.
- Helhetsgrepp kring den äldre personen ger sömlös vård.
- Möjlighet att införa processtänk när stort utvecklingsarbete görs.

Svagheter

- Hur prioriteras processerna?
- Hur ser konkurrensmöjligheterna ut?
- Enbart en kommun samarbetar, hur genomförbart är konceptet i en hel region?

Teknik och annan utveckling

Runt om i världen pågår många initiativ som bör uppmärksammas. Listan kan göras oändlig. Iderikedomen är stor och tekniken blir billigare och billigare. Teknik eller stora tunga IT-stöd, byts ut mot smarta små appar eller tekniska lösningar som imorgon kommer finnas tillgänglig till allmänhet. Ambitionen finns att patienten ska vara delaktig i sin vård och genom teknik eller innovativa lösningar.

Teknikens möjligheter i samband med stöd och omhändertagande av äldre personer kan med fördel delas in i stödjande och monitorerande teknik. Syftet i det stödjande är att det kan riktas mot både personal och enskild sjuk person. Teknikmöjligheter som riktar sig till enskilda patienter/brukare handlar om att skapa oberoende och trygghet, medan syftet med monitorerande tekniska system handlar om att fånga in risktillstånd hos sköra äldre och tidigt upptäcka när en persons tillstånd är på väg att förvärras (Peolsson 2015).

Tekniken kan hjälpa särskilt hjälpa till i fyra insatsområden.

- Identifiering av riskpersoner för onödiga sjukhusbesök.
- Planering – proaktivt förhållningssätt till patienters behov.
- Uppföljning av patienters/brukares tillstånd.
- Information till (mellan) patienter, närstående och medarbetare (Peolsson 2015).

Här följer exempel på teknik eller andra initiativ.

Frisq Vård – bättre informationsflöde vid hemgång genom IT-stöd

Ett systemstöd utformat för att säkra patientens hemgång från slutenvård.

Stödet innehåller tre områden:

- Checklista över åtgärder som ska utföras under sjukhusvistelsen.
- Hantering av elektronisk patientfullmakt till vårdpersonal så att de kan hantera patientens förskrivna läkemedel när patienten är inskriven på vårdavdelning
- Möjliggör för vårdpersonal att se förskrivningar gjorda under vårdtillfället, beställa förskrivna läkemedel samt se leveransinformation från apotek så att de kan säkra leverans av läkemedel till patienter på vårdavdelning innan utskrivning (Frisq 2016).

Patienten ges också själv möjlighet att aktivt medverka i sitt tillfrisknande genom relevant information om egenvård och tillgång till sina läkemedel. Genom Frisq Privat – en mobilapp kan patienten beställa föreskrivna läkemedel eller förbeställa till ett valt apotek. Inloggning sker med Mobilt BankID. FRISQ-appen ger även tillgång till utskrivningsmeddelandet där information finns om diagnos, behandling och fortsatt rehabilitering hemma (Frisq 2016).

Resultat

Frisq finns inte på marknaden än, utan testas i ett pilotprojekt tillsammans med TioHundra (Frisq 2016).

Styrkor

- Frisq är oberoende, så alla vårdgivare, journalsystem och apotek kan integreras.
- Frisq dokumenterar inte journalinformation.
- SITHS – inloggning är möjlig.
- Systemet sägs reducera tidsåtgången i läkemedelshanteringen vid hemgång med 75 %.
- Patienten blir delaktig i vården via sin telefon.

Svagheter

- Är inte färdigtestat.
- Ännu ett system för vård och patient att ta hänsyn till.
- Systemet kräver en smart mobiltelefon.

RemoAge, Remote support of Aged People

I EU pågick projektet RemoAge där digitala lösningar ska hjälpa glesbygd till bättre vård. I Sverige deltar Norrbotten och representeras av Luleå Tekniska Universitet, Norrbottens läns landsting och Kommunförbundet i Norrbotten. Projektet pågick mellan 2012 och 2014.

Syftet för RemoAge var att utveckla stöd för sköra äldre personer och dess närstående som bor i glesbygd genom att utarbeta och testa nya arbetsmetoder med hjälp av digitala lösningar. På så sätt skulle de äldre bli självständigare, tryggare och mer delaktiga och samverkan skulle stärkas mellan vård- och omsorgsaktörer (Egnell 2016).

Ur RemoAge föddes olika tjänster.

Aktivitetsstöd på distans i hemmet

- Uppföljning av hälsotillståndet via hälsodagbok.
- Digital medicinutdelning – dosmaskin.
- Dagliga aktiviteter via virtuella möten.
- Rehabilitering av höftledspatienter med hjälp av video.

Dag- och natt tillsyn på distans

- Nattkamera.
- Tillsynsbesök dagtid via bildkommunikation.

Multiprofessionellt stöd på distans

- Stöd av kommunal sjuksköterska, akutsjuksköterska och akutläkare.
- Virtuella planerade läkarbesök.
- Samordnade individuella planeringsmöten (SIP) med hjälp av video.
- Rond och dokumentation på distans hos brukare.
- Kontakt med minnesmottagning på distans.

Anhörigstöd på distans

- Virtuellt anhörigstöd.
- Virtuella gruppträffar.

Navigations och säkerhetsstöd

- GPS-klocka (i skosulan) i ordinärt boende samt vård- och omsorgsboende.

Social samverkan på recept

- Virtuellt samverkan med läsplattor och video, men också fysiskt via olika typer av sammankomster/möten.

Demensvänliga samhällen/kommuner

- Läsvänliga skyltar.
- Affärer som hade lika struktur.

Demonstrations- och utbildningsmiljö för att visa välfärdsteknologi för alla

- Web-möten.
- Digital natttillsyn (nattuggla i Östergötland).
- Fuktsensor för intimskydd.
- Dörröga.
- Elektroniskt dörrlås.
- Medicineringsstöd via app.
- Städrobot.
- Badrum för funktionsnedsatta.
- WC med inbyggd tvätt.
- Dusch för rörelsehindrade.
- Rullator med styrning för synskadade.
- Matningsrobot.
- Robot för lyft av funktionsnedsatta.
- Robotben för stöd och träning.
- Matlagningsrobot.
- Artificiella husdjur (Egnell 2016).

Ambuflex

Ambuflex är en digital vårdplanering och ett digitalt bedömningsinstrument.

AmbuFlex är ett webbaserat system, utvecklat i Danmark. Vården skickar ut frågor i digitala formulär till patienter med kronisk sjukdom eller cancer och patienten svarar på frågor om hälsa, symtom och förmåga att hantera sin sjukdom. Larmnivåer sätts och svaren illustreras i trafikljus. För den svårt sjuka äldre innebär det att onödiga besök i vården kan undvikas (Region Midt Jylland 2016).

Annan teknik

Marknaden har fullkomligt exploderat de senaste åren. Här följer ett axplock av produkter som finns tillgängliga för vård.

- Pulsmätare, pulsoximeter och glykometer.
- Blodtrycksmätning som kan utföras själv, där resultat är möjliga att dela med familj och sjukvårdspersonal vid behov.
- Smart personvåg, där viktinformationen lagras säkert och kan exempelvis larma om kroppen samlar på sig vätska, en indikator för högt blodtryck.
- Trygghetslarm och minnesstöd.
- Larm kopplat till larmcentral.
- GPS som gör vårdinsatser effektivare, samtidigt som utvalda familjemedlemmar uppmärksammas vid larm.
- Medicinpåminnelse med kvittens
- Sensorförsedd medicinskåp innebär att anhöriga kan få larm om skåpet inte öppnats på en viss tid.
- Smart timer.
- Natljus.
- Passivitetslarm, brandvarnare och dörrsensor.
- Rörelsesensor som uppmärksammar valda familjemedlemmar i det fall ingen rört sig i rummet under ett visst tidsintervall.
- Påminnelse vid tappad kontakt mellan larmknapp och gateway t.ex. om brukaren lämnat huset.
- Belysningsstyrning.
- Påminnelse vid påslagen kaffebryggare, strykjärn mm efter t.ex. 1-2 tim.
- Nattlarm vid aktivitet nattetid t.ex. vid rörelse eller öppnad entrédörr.
- Natlig tillsyn med kamera/aktivitetsuppföljning.
- Påminnelse vid tekniklarm t.ex. dålig batteritid, tappad täckning, dålig bandbredd, strömavbrott mm.

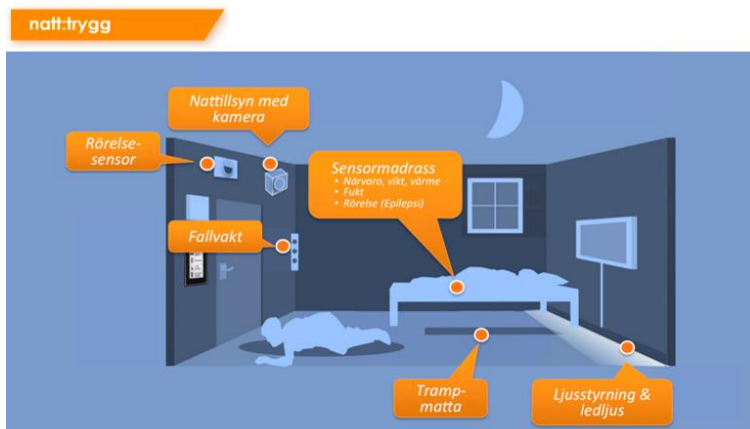


Bild 10. Trygghetslösning för hemmet (Peolsson 2015)

Seniorcentrum

Experio-lab, ett nationellt center för patientnära tjänsteinnovation driver projektet Seniorcentrum som har fokus på patientens resa slutenvård – primärvård – kommun. Under 2015 genomfördes workshops för att hitta de utmaningar som äldre personer upplever i mötet med vård och omsorg. De utmaningarna ligger till grund för beslut kring inriktning för att skapa bra och användarvänliga tjänster utifrån seniorers verkliga behov. Med en utvecklad samverkan mellan landsting och kommun är ett förväntat resultat också att de äldre medborgarna ska få vård, omsorg, stöd och förebyggande insatser utifrån sina behov av helhetslösningar (Experio-lab 2016).

Omvårdnadsronder

Flera sjukhus har startat omvårdnadsronder för att förbättra för patienten under vård på sjukhus. Genom regelbundna ronder sker omvårdnad utifrån checklistor med lägesändringsschema, fallrisk, nutrition, oro, smärta, vitala parametrar m.m. Olika slutenvårdsenheter och akutmottagningar (Silverstigen i Norrtälje) har infört arbetssättet (SKL 2016, Omvårdaren 2016).

God mat på sjukhus

Flera landsting/regioner ser över sin nutritionsstrategi och strävar efter att servera god mat. I Kalmar ses måltiden som en viktig del av vården. Tillagning och servering av maten har utvecklats. Maten lagas från grunden med bra råvaror. Medarbetarna har fått utbildning bland annat genom inspirationsdagar med kändiskocken Leif Mannerström och lokala gastronomiska guldkorn som Nobelkocken Niclas Wahlström och den ekologiska stjärnkocken Henrik Arkåsen (Landstinget i Kalmar 2016).

Vi flyttar in

I Oxelösunds kommun ville medarbetarna skapa ett boende där brukarna har inflytande, känner trygghet och glädje. Resultat från intervjuer visade att brukarna kände:



Bild 9. Resultat av intervjuer (Oxelösunds kommun 2015)

Utifrån insikterna föddes idén att innan en ny hyresgäst flyttar in på särskilt boende, flyttar medarbetarna på boendet hem till personen under ett dygn för att lära känna personen bakom sjukdomarna. Utifrån inflyttningarna sammanställdes en levnadsberättelse och en film om personen. Den används för att presentera personen för personal och blivande grannar på boendet (Oxelösunds kommun 2015).

Referenser

- Akut-och olycksfallsmottagningen Sahlgrenska. (2014). *Omsorgskoordinator – Arbetsbeskrivning*.
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/19749/Omsorgskoordinator%20-%20Arbetsbeskrivning.pdf?a=false&guest=true> (hämtad 160315)
- Bowin R., Gurner U., Karlsson A. & Rognes J. (2012). *Icke värdeskapande episoder i äldres vårdkedjor*. LHC nr 11 2012.
- Bowin R. & Norén D. (2014). *Trygg hemgång I Ronneby – utvärdering och ekonomisk analys av ett tjänstekoncept*.
http://skl.se/download/18.46eac49e14c97cdf431e3842/1429011978225/SKL_aldre_Trygg_hemgang_Ronneby.pdf
- Bowin R., Hansson C. & Ljung B. (2013). *Uppföljning och utvärdering av projekt Multi7*.
http://memeologen.se/wp-content/uploads/2014/02/Multi7_slutrapport.pdf (Hämtad 160315)
- Brännström. (2013). A new model for integrated heart failure and palliative advanced home care – rationale and design of a prospective randomized study. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2013; 12:269-275
- Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J. & Tjadens, F. (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. *OECD Health Policy Studies*. Paris: OECD.
- Dagens medicin. (2015). Närhälsan i Västra Frölunda. *Dagens medicin*. 2015:16/6
- Edvardsson B. & Flennemo E. (2013). *Slutrapport samordning för Linnea – lokala team med samordningsansvar i Kronobergs län*. Regionförbundet Södra Småland.
(<http://www5.ltkronoberg.se/upload/Dokument/Forskning%20och%20utveckling/mest%20sjuka%20c3%a4ldre/Slutrapport%20Samordning%20f%c3%b6r%20Linnea.pdf>) (Hämtad 160316)
- Egnell P O. (2016). *Bo kvar längre hemma - vad är möjligt med nya digitala lösningar?* Centrum för innovation och eHälsa Institutionen för hälsovetenskap. Luleå Tekniska Högskola.
- Emtinger B G. (2016). *Kampen om framtiden – ett drama om vårdens villkor inför 2025*. Fördjupningsrapport Åtta utmaningar och en besvärjelse. Region Östergötland.
- Experio-Lab. (2016). <http://experiolab.se/portfolio/projekt/> (Hämtad 160320)
- Falk, M. (2014). *Särskilda insatser och projekt för förbättrat omhändertagande av multisjuka äldre och patientgrupper med stort sjukvårdsutnyttjande eller komplexa vård-och omsorgsbehov i Östergötland – översyn och rekommendation*. Landstinget i Östergötland. FoU-enheten för Närsjukvården.
- Frisq. (2016). <http://www.frisq.se/for-varden/> (Hämtad 160220)

- Fyrbodals Hälsoakademi. (2016). *Uppföljning efter sjukhusvistelse enligt 48-72*. [http://www.fyrbodalshal-soakademi.se/sv/Fyrbodals-Hal-soakademi/Projekt1/Uppfoljning-efter-sjukhusvistelse-enligt-48-72/](http://www.fyrbodalshalsoakademi.se/sv/Fyrbodals-Hal-soakademi/Projekt1/Uppfoljning-efter-sjukhusvistelse-enligt-48-72/) (Hämtad 160305)
- Goodwin, N. (2013). Taking integrated care forward: the need for shared values. *International Journal of Integrated Care* (13), 1-2.
- Gridly, K., Brooks, J. & Glendenning, C. (2013). Good practice in social care for disabled adults and older people with severe and complex needs: evidence from a scoping review. *Health and Social Care in the Community*, 1-15.
- Gurner U., Bowin R, Norén D, Fastbom J.(2012). *Utanför sjukhuset – Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende*. SKL, 2012. Stockholm.
- Gurner, U. & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Om nödvändigheten av samordning*. Natur och Kultur. 2003. Stockholm.
- Hansson A., Lago P, Holgersson H & Arvidsson V. (2016). 48 – 72 *En fyrpartssamverkan för sammanhållen vård och omsorg*. (http://plus.rjl.se/info_files/infosida34857/b2_lago_holgersson_hansson_arvidsson.pdf) (Hämtad 160305)
- Hagman, L. (2014) *Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum. 2014:6
- Hälsostaden. (2015). *Ett år med projekt Hälsostaden*. <http://www.halsostaden.se/ett-ar-med-projekt-halsostaden/> (Hämtad 160315)
- Hälsostaden i Ängelholm. (2016). <http://www.halsostaden.se/vardnyhet1/> (Hämtad 160218)
- Hälsostaden i Ängelholm. (2016b). <http://www.halsostaden.se/halsostaden-startar-narsjukvardsteam/> (Hämtad 160218)
- Landstinget i Kalmar. (2016). *Sveriges bästa sjukhusmat*. <http://www.ltkalmar.se/forskning-och-forbattning/kvalitet-och-forbattningar/forbattningsarbete/sveriges-basta-sjukhusmat/> (Hämtad 160320)
- Lloyd, J. & Wait, S. (2006). *Integrated care. A guide for policymakers*. WHO The Ageing and Life Course program (ALC).
- Närhälsan. (2016). <http://www.narhalsan.se/sv/start sida/sok-mottagning/Goteborg/Vastra/VardcentralenFrolunda/Hembesoksenheten/> (Hämtad 160314)
- Oxelösunds kommun. (2015). *Vi Flyttar In*. Bildspel från Oxelösunds kommun.
- Peolsson M. (2015) *Hur kan multisjuka äldre stärkas i sina hem? En utvidgad sammanfattning och teknikinventering*. SICIS, Swedish ICT.
- Pettersson. S. 2015. *Äldrelots i Nynäshamns geriatrik*. Rapport från Nestor.
- Pousette J. (2015). *Gemensamt ansvar i praktiken utifrån individens fokus*. Bildspel från Vårdsamverkan Skaraborg.

Pöder U. & Wadensten B. (2013). *Utvärdering av mobilt hembesöksteam*. Uppsala Universitet.
<http://www.lul.se/Global/LLK/Slutrapport%20Utv%c3%a4rdering%20av%20mobilt%20hembes%c3%b6ksteam%20130827.pdf> (Hämtad 160315)

Region Midt Jylland. (2016). *AmbuFlex bruger patientnes viden aktivt*.
<https://www.rm.dk/sundhed/faginfo/center-for-telemedicin/telemedicinske-projekter/ambuflex/> (Hämtad 160320)

Ronneby kommun. (2016). <http://www.ronneby.se/sv/omsorg-hjalp/aldre/trygg-hemgang/> (Hämtad 160315)

Sahlgrenska Universitetssjukhuset. (2014).
<https://www2.sahlgrenska.se/sv/SU/Omraden/3/Verksamhetsomraden/Geriatrik/Projekt-Vardkedja-fran-akutmottagning-till-eget-boende/> (Hämtad 160322)

Schön P., Hagman L. & Wånell SE. (2012). *Kan två bli en? Tiohundra projektets effekter på vård och omsorg för målgruppen de mest sjuka äldre*. Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2012:1. <http://www.fouvalfard.se/file/2012-kan-tva-bli-en.pdf> (Hämtad 160316)

Senior Alert (2016). <http://plus.rjl.se/senioralert> (Hämtad 160307)

SKL. (2013). *19 sätt att samverka bättre*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7585-009-2.pdf?issuusl=ignore> (Hämtad 160314)

SKL. (2016). *Systematiskt patientsäkerhetsarbete. En sammanställning från landstings- och länsledningsbesök 2015*. Stockholm.

Skåne universitetssjukhus. (2012). *Direktinläggning av äldre gör nystart*.
<https://www.skane.se/sv/Webbplatser/Skanes-universitetssjukhus/sus-pressrum/Nyhetsbrev-for-massmedia1/Arkiv/Nyhetsbrev-2012/Nyhetsbrev-7---2012/Direktinlaggning-av-aldre-gor-nystart/> (Hämtad 160316)

Socialstyrelsen. (2011). *De mest sjuka äldre. Avgränsning av gruppen*.
<https://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18470/2011-10-20.pdf> (Hämtad 160318)

Svahn A., Ström C. (2012). *Trygg Hemgång*.
<http://www.ronneby.se/Documents/%c3%84ldref%c3%b6rvaltningen/Projektrapport%20%20Trygg%20hemg%c3%a5ng.pdf> (Hämtad 160315)

SOU 2015:20. *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*. Statens offentliga utredningar.

SOU 2016:2. *Effektiv vård*. Statens offentliga utredningar.

Webbkollen. (2016). <http://www.webbkollen.com/> (Hämtad 160307)

Wilhelmson K. (2012). Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. *Läkartidningen*. 2012:17.

<http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=18109> (Hämtad 160318)

Vårdanalys. (2015). *Hemtjänst, vård- och omsorgsboende eller mitt emellan? Ett kunskapsunderlag för planeringen av morgondagens äldreomsorg*. Rapport 2015:8. TMG Sthlm. Stockholm.

Vårdfokus. (2014). Vårdförbundspriset. *Tack vare teamet slipper sköra äldre vänta på akuten*. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2014/oktober/vardforbundspriset.-tack-vare-teamet-slipper-skora-aldre-vanta-pa-akuten/>(Hämtad 160315)

Vårdfokus. (2014b). *Onödiga sjukhusbesök undviks med screening av sjuksköterskor*. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2014/september/onodiga-sjukhusbesok-undviks-med-screening-av-sjukskoterskor/> (hämtad 160315)

Vårdfokus. (2014c). *Hoppas på hopp*. <https://www.vardfokus.se/tidningen/2014/nr-1-2014-1/hoppas-pa-hopp/> (Hämtad 160315)

Vårdfokus. (2015). *Nytt arbetssätt ger utsatta patienter lugn och ro*. <https://www.vardfokus.se/webbnyheter/2015/september/nytt-arbetssatt-ger-utsatta-patienter-lugn-och-ro/> (Hämtad 160322)

Ängelholms sjukhus. (2016). *Komunalkorttidsavdelningen*. <http://www.skane.se/sv/Webbplatser/Angelholm-samlingsnod/Angelholms-sjukhus/Verksamhet/Vardavdelningar-pa-Angelholms-sjukhus/Avdelning-41---Allman-rehabilitering/> (Hämtad 160315)

Intervju, föreläsning eller kontakt med:

- Processledare Anna-Lena Waller, Närsjukvården väster, RÖ
- Sjuksköterska och projektledare Elisabeth Carlgren, Närsjukvården centrala. RÖ
- Processamordnare Lena Törnfeldt, Närsjukvården öster, RÖ
- Medicinsk rådgivare och projektledare Martin Strömstedt, Ledningsstab, RÖ
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska Sonja Johansson, Linköpings kommun
- Medicinskt ansvarig sjuksköterska Anita Göth, Linköpings kommun
- Äldresamordnare och läkare Maj Rom, SKL
- Michael Peolsson,
- Sjuksköterska Pia Kind, Geriatrisk akutvårdsavdelning, Närsjukvården öster, RÖ
- Verksamhetschef Christer Rosenberg, Västra Frölunda vårdcentral
- Överläkare Lars Stavenow, Skånes Universitetssjukhus, Malmö
- V. Adm. direktør Helene Bækmark, Ældre- og Handicapforvaltningen, Odense Kommune. Föreläsning, Stockholm 150930
- VD Graf Peter, TioHundra AB. Föreläsning, Stockholm 160310
- Läkare Lina Järpe Skoglund, Mobilt akutvårdsteam Ängelholm. Föreläsning, Stockholm 160310
- Medarbetare på Frisq

Bevakat konferenser, nätverk och webbsidor:

- Framtidens primärvård
- Hemsjukvårdens utvärdering
- E-hälsa
- SKL – äldresatsning, Bättre liv för sjuka äldre
- SKL – patientsäkerhetsnätverk
- Konferens Multisjuka äldre
- Forskning och utvecklingsenheter för äldreforskning, t ex Nestor
- Multisjuka äldre, Dagens medicin