

Äldrevårdsteam enligt “Hässleholmsmodellen”

Collaborative and integrated approaches to health 2008:2

Ann-Marie Bergström, Kerstin Blomqvist

Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård är ett samarbete mellan:

Bromölla kommun, Hässleholms kommun, Kristianstad kommun,
Osby kommun, Perstorps kommun, Östra Göinge kommun samt:



Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen"
Collaborative and integrated approaches to health 2008:2
Ann-Marie Bergström
ISSN 1652-9979

Kristianstad November 2010
Grafisk design: videte sustainable design

Högskolan Kristianstad
Sektionen för Hälsa och Samhälle
291 88 Kristianstad, Sweden
Tel.: +46 44 20 30 00
E-post: infofplhs@hkr.se
www.hkr.se

D-uppsats Teamarbete i hemvård, Våren 2007

Författare: Ann-Marie Bergström
Handledare: Kerstin Blomqvist
Examinator: Agneta Folkesson



Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044-20 30 00

Teamarbete i hemvård, 40 p.
HVC800 Självständigt arbete (41-60) 10 poäng

Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen"

Processbeskrivning och nyttan med äldrevårdsteam

Datum: 2007-06-12
Författare: Ann-Marie Bergström
Handledare: Kerstin Blomqvist

Department of Health Science
291 88 Kristianstad
044-20 30 00

Multidisciplinary Home Care, 60 ECTS credit points
Thesis Work, 15 ECTS

TITLE

Elderly care team according to the “Hässleholm model”

AUTHOR

Ann-Marie Bergström

ABSTRACT

The proportion of elderly people in Sweden is increasing. Increasing age entails an increased risk of disease and ill health. Co-ordinated and well planned measures are needed to provide this category of patients with secure good-quality care. The Primary Care Committee of the North-East Scania Health Care District has taken the decision of creating an elderly care team to provide home visits to the elderly with acute or semi-acute health related problems. The aim of this study was to describe the process behind the planning and initiation of the elderly care team project according to the Hässleholm model and also, as part of the evaluation of the project, to determine what benefit the various interested parties saw in the project from their perspectives. The method used was interviews with professionals affected by the project. The interviews were analysed with a qualitative content analysis. The interviews showed that the elderly care team can be a resource and support in the evaluation of the patient in the acute/semi-acute situation and can also prepare the way for improved and more rational co-operation between care-givers. A constantly recurring theme from the informants was the great benefit to the elderly of receiving care at home and avoiding transport to hospital or health care centres. Several informants stressed the value of enabling seriously ill or dying patients to remain in their own homes. It is of great importance that the project be evaluated in various ways, especially regarding its benefit to the individual patient.

KEYWORDS

Multiple diseases, elderly care team, co-operation/participation

Institutionen för hälsovetenskaper
291 88 Kristianstad
044-20 30 00

Teamarbete i hemvård 40p
HVC800 Självständigt arbete (41-60) 10p

TITEL

Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen"
Processbeskrivning och nyttan med äldrevårdsteam

FÖRFATTARE

Ann-Marie Bergström

SAMMANFATTNING

Andelen äldre personer ökar i det svenska samhället. Med stigande ålder ökar risken för olika sjukdomar och besvär. För att kunna tillgodose en trygg och god vård till denna patientkategori krävs samordnade och välplanerade insatser. Distriktsnämnden för Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt har beslutat att äldrevårdsteam ska tillskapas för att kunna erbjuda hembesök till äldre vid akuta/halvakuta sjukvårdsbehov. Syftet med detta arbete var att beskriva processen hur projektet äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen" initierades, planerades och startades upp samt som en del i utvärderingen av projektet undersöka vad olika berörda intressenter ansåg var nyttan med äldrevårdsteam utifrån sitt perspektiv. Metoden som användes var intervjuer med yrkesverksamma och intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys. I intervjuerna framkom att äldrevårdsteamet kan vara en resurs och ett stöd vid bedömning samt utgöra en möjlighet för förbättrad samverkan och delaktighet kring patienten. Genomgående bedömde informanterna att det innebär en stor nytta för den äldre personen att kunna få vård i hemmet och slippa åka iväg till sjukhuset eller vårdcentralen. I några intervjuer betonades värdet av att svårt sjuka och döende människor bereds möjlighet att få vara kvar i sitt hem. Det är av största betydelse att utvärdera projekt på olika sätt och en viktig del är att ta reda på vilken nytta äldrevårdsteamet innebär för den enskilde patienten.

NYCKELORD

Multisjuka/multisviktande äldre, äldrevårdsteam, samverkan/delaktighet

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INNEHÅLLSFÖRTECKNING.....	4
BAKGRUND.....	5
SYFTE.....	7
METOD.....	8
Urval och tillvägagångssätt.....	8
Datainsamlingsmetod.....	8
Analysmetod.....	9
Forskningsetiska överväganden.....	9
RESULTAT.....	10
Processen för att tillskapa äldrevårdsteam.....	10
<i>Initieringsfas</i>	10
<i>Planeringsfas</i>	11
<i>Genomförandefas</i>	13
<i>Utvärderingsfas</i>	14
Nyttan med äldrevårdsteam.....	14
Nyttan med äldrevårdsteam i stort.....	15
<i>Avlastning/resursförstärkning</i>	15
<i>Samhällsekonomisk vinst</i>	16
<i>Stöd i bedömning</i>	16
<i>Förbättrad samverkan/delaktighet</i>	17
<i>Drivkraft för utveckling</i>	17
Patientnyttan med äldrevårdsteam.....	18
<i>Slippa åka iväg/att få stanna kvar i hemmet</i>	18
<i>Akut bedömning/tidigt insatt åtgärd</i>	19
<i>Palliativ vård</i>	19
<i>Stöd till anhöriga/närstående</i>	20
Farhågor med äldrevårdsteam.....	20
<i>Organisatoriska svårigheter</i>	20
<i>Fara för underbehandling/missade sjukdomstillstånd</i>	20
<i>Ojämlig vård</i>	20
DISKUSSION.....	21
Metoddiskussion.....	21
Resultatdiskussion.....	22
REFERENSLISTA.....	27

Bilaga 1	Intressentanalys
Bilaga 2	Informationsbrev
Bilaga 3	Intervjumanual
Bilaga 4	Samtycke/medgivande blankett

BAKGRUND

Äldre personers nytta av att få hjälp vid akuta/halvakuta sjukvårdsbehov i det egna hemmet alternativt på det särskilda boendet är ur svenska förhållanden sparsamt beskrivet. Efterfrågan på och möjligheten till att få denna form av hjälp har ökat under de senaste åren. Hälso- och sjukvården i Sverige har förändrats under de senaste decennierna och en förskjutning har skett från att den mesta vården tidigare gavs inom slutenvården till att vården numera mer och mer ges inom den öppna vården. Dock ser det olika ut på olika platser i Sverige och fortfarande söker alternativt hänvisas äldre människor med behov av akut/halvakut sjukvård, som har svårt för att ta sig till vårdcentralen, i de allra flesta fall till sjukhusens akutmottagningar. Möjligheten att få akut medicinsk hjälp i det egna hemmet kan vara ett gynnsamt alternativ för den äldre personen.

Andelen äldre personer, över 65 år, ökar i det svenska samhället. Denna åldersgrupp bestod år 1950 av 10% och år 2000 av 17% av befolkningen. År 2050 beräknas andelen äldre personer uppgå till en fjärdedel av Sveriges befolkning. Antalet personer som är 80 år och däröver (de äldre, äldre) har ökat mycket snabbt i den svenska befolkningen, sedan 1950-talet har denna åldersgrupp mer än fyrdubblats (Demografiska rapporter 2006:2).

Majoriteten av de äldre i Sverige mår bra och klarar sig själva utan hjälp långt upp i åren. Med stigande ålder ökar dock risken för olika sjukdomar och besvär som kan ge upphov till olika typer av funktionsnedsättningar med åtföljande behov av vård (SBU, 2003). Äldre personer har ofta flera olika sjukdomar samtidigt vilket kan innebära komplexa, sammansatta vårdbehov för den enskilde individen. Begreppen multisjuklighet, multimorbiditet, multisviktande äldre, äldre med sammansatta behov m.fl. uttryck används för personer med dessa komplicerade sjukdomsbilder (Akner, 2004; Bondevik & Nygaard, 2005).

Begreppet multisjuka äldre kan definieras:

Personer över 75 år som de senaste 12 månaderna vårdats på sjukhus vid tre eller flera olika tidpunkter och då fått tre eller flera olika sjukdomsdiagnoser registrerade (Gurner & Thorslund, 2001).

eller

Personer 75 år eller äldre som under de senaste 12 månaderna har varit inneliggande tre eller flera gånger inom slutenvården och med tre eller flera

diagnoser i tre eller flera skilda diagnosgrupper enligt klassifikationssystemet ICD10 (Socialstyrelsen, 2002a).

Begreppet multisviktande äldre kan definieras:

Personer över 75 år med någon eller flera sjukdomsdiagnoser, problem med nedsatt rörlighet och ork samt behov av rehabiliterings- och/eller funktionsuppehållande insatser under lång tid. Detta innebär sammantaget en skör livssituation, snabbt föränderlig och med behov av återkommande omprövning av vård- omsorgs- och rehabiliteringsinsatser (Gurner & Thorlund, 2001).

De multisjuka, multisviktande äldre hamnar lätt i gränssnittet mellan olika vårdgivare och huvudmän.

Många av dessa äldre med komplexa och svåra sjukdomstillstånd har en kort förväntad överlevnad och vården kan ofta betraktas som vård i livets slutskede. Enligt Socialstyrelsen (2005a) beskrivs äldre personers död ofta som den långsamma döden, där döendet är mer utdraget i tid, förenat med fler diagnoser och att det kan vara svårt att identifiera brytpunkter för när döden är nära. SOU 2001:6 visar att det är de äldre med nedsatt funktionsförmåga och autonomi som är mest eftersatta när det handlar om vård i livets slutskede/palliativ vård.

För att kunna tillgodose en trygg och god vård till de multisjuka/multisviktande äldre krävs samordnade och välplanerade insatser. Genom Ädelreformen som genomfördes 1992 fick kommunerna ett samlat ansvar för långvarig service och vård till äldre (Socialstyrelsen, 2006). Den nationella handlingsplanen för hälso- och sjukvårdens slutrapport visar att utvecklingen inom vård och omsorg för de äldre under de senaste åren har gått mot allt mer vård i det egna hemmet och kvarboendepincipen betonas. Omstruktureringen har dock inte följts av en förstärkt hemsjukvård med tillfredsställande läkartillgänglighet (Socialstyrelsen, 2005b). Enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) är det landstingen som har det fulla ansvaret för läkarvården. I Socialstyrelsens yttrande till SOU 2004:68 uttrycks det att det är angeläget att vidta åtgärder för att förbättra läkartillgängligheten för personer med långvariga och komplexa sjukdomstillstånd

Ansvar för de multisjuka/multisviktande äldre är splittrat mellan olika vård- och omsorgsnivåer samt mellan olika huvudmän. Det råder ingen tvekan om att samverkan och samordning av samhällets resurser för personer med stora hjälpbehov behöver förbättras.

”Hälso- och sjukvård och socialtjänstinsatser bör utformas och organiseras så att lämpliga insatser fortlöpande kan ges till den enskilde individen utifrån hennes behov och önskemål. Oberoende av var huvudmannaskapsgränser dras måste organisatoriska gränser överskridas och samordnade vårdprocesser etableras” (SOU 2004:68). En av åtgärderna i den Nationella handlingsplanen för utvecklingen av hälso- och sjukvården (prop. 1999/2000:149) utgick från en gemensam överenskommelse mellan regeringen, Landstingsförbundet och Svenska Kommunförbundet där det angavs att kommuner och landsting ska svara för att säkerställa att de äldre får ordentlig vård genom bättre samarbete (Socialdepartementet, 2000). I policydokumentet för Region Skåne, Skånsk Livskraft – vård och hälsa beskrivs problemet med att många äldre med komplexa medicinska behov skickas runt mellan sjukhusvård och olika former av öppenvård. Dokumentet uppmanar till samarbete i olika former mellan vårdgivare och menar att det finns ett behov av att hitta nya arbetssätt för att förbättra vården för den enskilde individen (Region Skåne, 2004).

Alternativet för äldre personer att kunna få akut/halvakut vård i det egna hemmet/på det särskilda boendet förknippas med att personen slipper transport och ett besök på sjukhusets akutmottagning, med ofta förekommande lång väntan. Ofta blir den akut sjuke inlagd för en kortare eller längre tid. Enligt Socialstyrelsen (2002b) innebär inläggning på sjukhus en mycket kritisk händelse, där utfallet av omhändertagandet kan få avgörande konsekvenser för den enskildes liv. Mycket talar för att en sjukhusvistelse för en äldre person inte alltid är den mest optimala lösningen. SBU-rapporten (2003) visar att vård på sjukhus kan medföra en irreversibel försämring av den äldres funktionella status och därmed ökat beroende och försämrad livskvalitet. Dessa effekter kan uppträda tidigt och snabbt progrediera. Ytterligare studier visar att sjukhusvistelser kan innebära direkta risker för den äldre individen, t.ex. finns det en ökad risk för akuta förvirringstillstånd, fallolyckor, trycksår och nosokomiala infektioner vilket också kan leda till en bestående funktionsförsämring. Vidare visas att sjukhusvården med tillhörande transporter innebär stora kostnader för samhället. Att ge akut medicinsk vård i den äldres hem kan vara ett alternativ till sjukhusvård (Corrado, 2001; Leff et al., 2005).

SYFTE

Syftet med arbetet var att beskriva processen hur projektet äldrevårdsteam enligt ”Hässleholmsmodellen” initierades, planerades och startades upp samt som en del i

utvärderingen av projektet undersöka vad olika berörda intressenter ansåg var nyttan med äldrevårdsteam utifrån sitt perspektiv.

METOD

Arbetet består av två delar, den första delen är en beskrivning av hur äldrevårdsteamet enligt "Hässleholmsmodellen" initierades, planerades, och startades upp. Den andra delen är en del av utvärderingen av projektet och består av en inledande kartläggning av vad olika berörda intressenter anser om projektet äldrevårdsteam utifrån sitt perspektiv.

Urval och tillvägagångssätt

Del ett har genomförts med hjälp av eget deltagande i projektgruppen, dels genom observation av processen och dels genom att ha tagit del av dokumentation kring projektet parallellt med studerande av litteratur inom området (Ahrenfelt, 2001; Parmander, 2005; Sandberg, 2006).

Del två har genomförts med hjälp av telefonintervjuer med yrkesverksamma personer. Intervjupersonerna valdes ut utifrån en intressentanalys (bilaga 1) där berörda intressenter identifierades. Efter intervjuerna kompletterades intressentanalysen med arbetsterapeuter, sjukgymnaster och dietist eftersom dessa yrkeskategorier framhölls av informanterna som berörda intressenter. I denna inledande undersökning ingick 10 personer som bedömdes att tillhöra dem som blir mest berörda av projektet. För att nå mesta möjliga spridning valdes att personer från alla tre berörda kommuner skulle ingå, olika yrkesgrupper och olika arbetsområden skulle vara representerade. Detta resulterade i att tre läkare från olika vårdcentraler, tre sjuksköterskor från den kommunala hemsjukvården, tre sjuksköterskor från särskilda boenden samt en sjuksköterska från närsjukvårdsakuten slumpmässigt valdes ut. Av dessa tio personer gav nio sitt samtycke till deltagande i studien. En person var initialt svår att nå, vid en senare kontakt önskade personen ytterligare information men trots två upprepade informationsbrev med ett tilläggsbrev gick det ej att nå personen för ett sammanträffande, denna person räknas därmed som ett bortfall i studien.

Datainsamlingsmetod

Ett informationsbrev (bilaga 2), som kortfattat beskrev projektet och den planerade undersökningen, skickades ut till de utvalda yrkesverksamma personerna. Efter cirka en vecka

kontaktades personerna och blev tillfrågade om samtycke till deltagande i studien och tidpunkt för intervjun bestämdes. Intervjuerna genomfördes via telefon utefter en strukturerad intervjumanual (bilaga 3) bestående av sju frågor och tog mellan 10 och 15 minuter vardera. Åtta intervjuer gjordes tre till fyra dagar före projektets uppstart och en intervju gjordes när projektet varit igång en vecka. Informanterna fyllde i efterhand skriftligt i en blankett för samtycke/medgivande till att delta i studien (bilaga 4). Samtliga intervjuer skrevs ut ordagrant och bestod av fyra till sju sidor datorutskrift vardera.

Analysmetod

Utskrifterna av intervjuerna analyserades med en kvalitativ innehållsanalys (Burnard, 1991; Burnard, 1995). Med innehållsanalys menas ett sätt att förstå den intervjuades perspektiv (Berg, 2001). Analysen av intervjuerna bedöms som förhållandevis manifest, vilket beskriver det tydliga och uppenbara i texten i motsats till latent analys som visar på underliggande mening i texten (Graneheim & Lundman, 2004). Analysen utfördes i olika steg, först lästes texten igenom upprepade gånger för att få en helhetsbild av vad intervjuerna förmedlade och för att finna ut generella mönster. Därefter bröts materialet ner och fyra frågor ställdes till texten nämligen: vem ska äldrevårdsteamet rikta sig till/vilka situationer är lämpliga för insats, vad ska äldrevårdsteamet göra, hur såg informanterna på nyttan med äldrevårdsteam, hur såg informanterna på nyttan för den enskilde patienten med äldrevårdsteam. Det nedbrutna materialet grupperades till olika kategorier med identifierade nyckelord. Sedan fördes texten ihop till en helhet igen och ytterligare genomläsningar gjordes. Utifrån detta framkom tre huvudkategorier: nyttan i stort, den direkta patientnyttan samt farhågor med projektet. I följande steg identifierades ett antal underkategorier till vardera huvudkategori.

Forskningsetiska överväganden

Forskningsetiska principer har följts i arbetet genom att värdet av förväntade kunskaper har vägts mot möjliga risker för berörda undersökningsdeltagare (Vetenskapsrådet). Godhetsprincipen och icke-skada principen har varit vägledande i arbetet med att ta reda på nyttan för den enskilde patienten. Rättvis principen beaktades genom att informanterna valdes ut slumpmässigt och att alla tre berörda kommuner involverades samt att olika yrkesgrupper och arbetsområden finns representerade. Respekt för den enskildes självbestämmande, autonomiprincipen, har följts genom att deltagandet i undersökningen byggde på informerat och frivilligt samtycke (Medicinska forskningsrådet, 1996). Godkännande för studiens

genomförande har inhämtats från etikrådet vid institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan Kristianstad Dnr ER2007-34.

RESULTAT

Resultatet består av två delar, dels en beskrivning av hur processen för att tillskapa äldrevårdsteam gått till och dels en beskrivning av vad nyttan med äldrevårdsteam innebär utifrån olika berörda intressenters perspektiv.

Processen för att tillskapa äldrevårdsteam

Initieringsfas

I Regionstyrelsens, för Region Skåne, förslag till budget och verksamhetsplan för år 2007 med plan för åren 2008 och 2009 (RF 2006-11-12§xx) betonas vikten av att Region Skåne utvecklar vården för äldre personer med sammansatta vårdbehov tillsammans med den kommunala hälso- och sjukvården. Detta ska ske bl.a. genom familjeläkarens stöd åt distriktssköterskor i den kommunala hemsjukvården i form av akuta hembesök till äldre personer som har svårt för att ta sig till familjeläkarcentralen. Genom att erbjuda fast läkarstöd till de äldre vårdtagarna som vårdas inom den kommunala hemsjukvården eller på särskilda boenden förväntas en ökad trygghet för dessa personer och därmed ett minskat behov av akuta inläggningar på sjukhus.

Distriktsnämnden för Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt (NSS) beslutade 2005-12-21 §109 att ge sjukvårdsdirektören i uppdrag att inom närsjukvårdsutvecklingen ta fram en lokal modell för utveckling av äldrevårdsteam i NSS. Uppdraget lämnades till lokala styrgruppen för närsjukvårdsutveckling i NSS för konkretisering. En arbetsgrupp bildades med representation från Medicinkliniken Centralsjukhuset Kristianstad (CSK), Närsjukvårdskliniken Hässleholms sjukhusorganisation, Primärvården Skåne Nordost representerat av Familjeläkare och Kvalificerad vård i hemmet (KVH), Minnesmottagningen, Bromölla kommun som representerade samtliga sex kommuner samt Distriktsnämndens kansli. Arbetsgruppen tog fram ett inriktningsförslag avseende modell för utveckling av äldrevårdsteam i NSS som presenterades för distriktsnämnden 2006-05-22. Distriktsnämnden beslöt att godkänna den beskrivna inriktningen och gav sjukvårdsdirektören i uppdrag att utveckla modellen vidare. Synpunkter på inriktningsförslaget inhämtades från förvaltningar och kommuner. De inkomna synpunkterna beaktades i arbetsgruppens fortsatta arbete och

sammanfattas enligt följande: ”Att ej skapa nya strukturer och linjer i befintlig organisation”, ”Att ej skapa en organisation som överprövar den kommunala hälso- och sjukvården”, ”Att familjeläkaren är uppdragsgivare till äldrevårdsteamet”. Distriktsnämnden tog beslut 2006-09-28 att i projektform starta äldrevårdsteam i två olika modeller: ”Hässleholmsmodellen” med utgångspunkt från KVH-konsult i Hässleholm och ”Krisianstadsmodellen” med utgångspunkt från det prehospitla teamet CSK.

Uppdraget till äldrevårdsteamet enligt ”Hässleholmsmodellen” är: ”att tillskapa ett äldrevårdsteam med utgångspunkt från KVH-konsult i Hässleholm bestående av läkare och sjuksköterska på dagtid vardagar klockan 08.00-17.00 för hembesök till äldre (>75 år) vid akuta/halvakuta sjukvårdsbehov med start under 2007”.

De uppsatta målen för projektet är:

- En ökad trygghet och tillgänglighet för vårdtagarna
- Att antalet akuta besök på Närsjukvårdsakuten och därtill hörande transporter minskar
- Att uppdragsgivare till äldrevårdsteamet är patientens familjeläkare och kontakt med teamet sker via aktuell vårdcentral
- Att samarbetet utvecklas mellan Äldrevårdsteam, Familjeläkarcentraler, Närsjukvårdskliniken Hässleholms sjukhusorganisation, Geropsykiatriska mottagningen samt den Kommunala hälso- och sjukvården
- Att samverkan i vårdkedjan kring de multisjuka äldre ökar
- Att hembesök genomförs enligt projektplan senast utgången 2007
- Att vård och omsorgsplaner i samverkan (VOPS) tas fram för de multisjuka patienterna som behöver frekventa insatser från de olika huvudmännen, med början senast utgången 2007
- Att rutiner för direktinläggning på närsjukvårdsplats finns framarbetade senast halvårsskiftet 2007

Planeringsfas

Äldrevårdsteam enligt ”Hässleholmsmodellen” är ett samverkansprojekt mellan Primärvården Skåne Nordost, KVH, Hässleholms sjukhusorganisation samt Hässleholm, Osby och Perstorps kommuner. En projektledare utsågs som utefter intressentanalys kallade samman en arbetsgrupp bestående av två familjeläkare från olika vårdcentraler, verksamhetschefen från

Närsjukvårdskliniken, MAS (medicinskt ansvariga sjuksköterskor) från Hässleholm, Osby och Perstorps kommuner samt sjuksköterska och läkare från KVH. Arbetsgruppens första möte ägde rum i slutet av oktober 2006 och då gick gruppen tillsammans genom uppdraget och enades om syftet med projektet som: ”att genom erbjudande av hembesök till äldre vid akuta/halvakuta sjukvårdsbehov, kan besök på akutmottagning och därmed tillhörande transporter förebyggas, vilket ger en ökad trygghet för de äldre”. En tidsplan gjordes upp och gruppen var överens om att uppstarten av projektet ska ske enligt uppdrag med en viss stramhet initialt för att efterhand utökas. Vidare diskuterades vilka patientgrupper det kommer att handla om och arbetsgruppens mening överensstämde med den initiala arbetsgruppens beslut, nämligen att det är äldre personer över 75 år, multisjuka/multisviktande, boende i eget eller särskilt boende, mångsökande på akutmottagning och att tröskelprincipen ska gälla d.v.s. patienter som har svårt för att ta sig till vårdcentralen. Vid första mötet började arbetsgruppen även titta på struktur och flöden för äldrevårdsteamet samt diskuterade möjligheten för direktinläggning på Närsjukvårdskliniken och vilka olika dokumentationsvägar som kan bli aktuella. Första mötet avslutades med att gruppen gjorde en analys av möjligheter och hot (Fig. 1) inför projektet.

MÖJLIGHETER	HOT
En ökad samverkan	Informationssvårigheter (IT)
Patientvinster	Hot mot PV-utvecklingen ”varför fungerar det inte idag?”
IT.utveckling	Resurser (läkare)
Effektivt resursutnyttjande	Det dubbla huvudmannskapet
Snabbare omhändertagande	För populärt (för stor volym)
Etiskt värdefullt för patienten	Verksamhets- och förvaltningschefer inte med på banan
Närsjukvårdsutveckling	Ersättningssystem
Avlasta familjeläkare	Otrygghet för patienter, anhöriga och vårdpersonal
”Vinn-vinna” mellan huvudmän	”Klampar” i varandras områden
Tryggare för patienterna	Otydlig struktur
	”Vi har rutiner, men de är okända”

Figur 1. Möjligheter och hot uttryckt av arbetsgrupp för projektet äldrevårdsteam

Efter detta inledande möte har ytterligare fyra träffar för arbetsgruppen ägt rum, då gruppen har fortsatt att diskutera bl.a. rutiner för informationsöverföring, kontaktvägar, parametrar för uppföljning och utvärdering. En modell för hur flödet i äldrevårdsteamet kan se ut har tagits fram.

Förankring av projektet har skett genom att projektledare och sjuksköterskor i KVH-konsult varit runt hos olika intressenter vid olika träffar och informerat om hur arbetet med äldrevårdsteamet fortskrider. I arbetsgruppen gjordes en plan för projektets förankring upp vilket innebar att ledningsgrupper för Primärvården Nordost och Hässleholms sjukhusorganisation, Hässleholm, Osby och Perstorps kommuner, den kommunala hälso- och sjukvårdens vårdpersonal både inom hemsjukvård och särskilda boenden, medicinskt ledningsansvariga samt privata familjeläkarcentraler besökts.

För att ytterligare förankra och utveckla projektet har ett möte ägt rum med en befintlig grupp triagesjuksköterskor från närsjukvårdsakuten och familjeläkarcentralerna och sjuksköterska från äldrevårdsteamet kommer att ingå i denna grupp framöver.

Projektorganisationen kommer att bestå av en styrgrupp bestående av: Verksamhetschef Närsjukvårdskliniken Hässleholms sjukvårdsorganisation, Familjeläkare, MAS Hässleholms kommun (representerar alla tre kommunerna), representant från Högskolan Kristianstad samt Projektledare. Projektgruppen kommer att bestå av sjuksköterska och läkare från äldrevårdsteamet (KVH-konsult), representant från Primärvården Skåne Nordost, representant från Närsjukvårdskliniken Hässleholms sjukhusorganisation, geriatriska mottagningen Hässleholm, representanter från Hässleholm, Osby och Perstorps kommuner, representant från Högskolan Kristianstad samt Projektledare.

Genomförandefas

Äldrevårdsteamet startade den 16 april 2007. De första veckorna bemannas teamet med läkare från KVH tre dagar i veckan och med läkare från närsjukvårdskliniken två dagar i veckan. Tre sjuksköterskor från KVH-konsult alternerar på sjuksköterskeposten. Projektet startades upp med viss stramhet för att vid behov utökas. Till att börja med finns sjuksköterskan tillgänglig mellan 08.00 och 17.00 och läkaren mellan 13.00 och 17.00. Under förmiddagen tar sjuksköterskan mot telefonsamtal från uppdragsgivare (familjeläkare) och gör en planering för eftermiddagen. Det behövs ingen skriftlig remiss utan förfrågan sker per telefon och i

gemensamt datorsystem. Äldrevårdsteamet har möjlighet att ta del av familjeläkarnas dokumentation och rutiner har tagits fram för hur sjuksköterskan och läkaren i äldrevårdsteamet ska dokumentera i familjeläkarcentralens datorbaserade journalsystem. För patienter som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården tas alltid kontakt med den ansvarige sjuksköterskan och i mesta möjliga mån görs hembesöket gemensamt. Under projektets första veckor har det framkommit att ytterligare förankring behövs, bl.a. har den geropsykiatriska mottagningen och medicinmottagningen inom Hässleholms sjukhusorganisation bett om och fått information. Alla enheter inom närsjukvårdskliniken har erbjudits information om äldrevårdsteamet och detta har påbörjats. Det har även visat sig att rutiner för direktinläggning på närsjukvårdskliniken behövde klargöras med bl.a. riktlinjer för hur dokumentationen ska skötas.

Utvärderingsfas

Projektet äldrevårdsteam kommer att utvärderas på olika sätt med både kvantitativa och kvalitativa metoder. Bl.a. kommer en baslinjeundersökning att göras för att se hur pass frekvent familjeläkarna gjort hembesök före projektets start. Vidare kommer projektgruppen att träffas regelbundet och titta på vilka uppdrag äldrevårdsteamet haft, var uppdragen kommit ifrån, vilka patienter och sjukdomsdiagnoser det handlat om. En viktig del som kommer att utvärderas är vilken nytta äldrevårdsteamet kan tänkas innebära för den enskilde patienten. Denna inledande undersökning har genomförts för att belysa patientnyttan ur olika berörda intressenters perspektiv.

Nyttan med äldrevårdsteam

Syftet med undersökningen var att beskriva berörda intressenters syn på nyttan med äldrevårdsteam. I analysen framkom tre huvudkategorier (figur 2), hur informanterna såg på nyttan med äldrevårdsteam i stort, hur informanterna såg på den direkta nyttan för den enskilde patienten samt farhågor med äldrevårdsteam. Ett vanligt svar i början av intervjuerna var att informanterna inte hade helt klart för sig hur projektet äldrevårdsteam skulle vara utformat eller hur det skulle fungera. Informanterna hade första gången fått reda på om äldrevårdsteamet för, alltifrån en tidsperiod på för fyra till fem månader sedan till för cirka två veckor sedan före intervjutillfället. Fem personer hade fått information på ett möte som MAS (medicinskt ansvarig sjuksköterska) hade kallat till, en person på ett annat informationsmöte, en person genom direktinformation från MAS, en person genom att studera platsannonser och

en person visste inte säkert hur informationen förmedlats. Genomgående i intervjuerna uttrycktes en positiv syn och förväntan på att projektet skulle komma igång, endast ett fåtal farhågor uttalades som presenteras i resultatet.

HUVUDKATEGORI	UNDERKATEGORIER
Nyttan med äldrevårdsteam i stort	Avlastning/resursförstärkning Samhällsekonomisk vinst Stöd i bedömning Förbättrad samverkan/delaktighet Drivkraft för utveckling
Patientnyttan med äldrevårdsteam	Slippa åka iväg/få stanna kvar i hemmet Akutbedömning/tidigt insatt åtgärd Palliativ vård Stöd till anhöriga/närstående
Farhågor med äldrevårdsteam	Organisatoriska svårigheter Fara för underbehandling/missade sjukdomstillstånd Ojämlig vård

Figur 2. Berörda intressenters syn på projektet äldrevårdsteam

Nyttan med äldrevårdsteam i stort

Analysen visade på fem olika underkategorier när det handlade om nyttan med äldrevårdsteam i stort, avlastning/resursförstärkning, samhällsekonomisk vinst, stöd i bedömning, förbättrad samverkan/delaktighet samt drivkraft för utveckling.

Avlastning/resursförstärkning

Flera av informanterna beskrev hur de ansåg att äldrevårdsteamet skulle kunna avlasta och vara en resursförstärkning för den ordinarie primärvården genom att göra hembesök hos äldre när den ordinarie läkaren på vårdcentralen inte själv har möjlighet till detta. Uttryck som ”vara vårdcentralläkarens förlängda arm”, ”avlastning för läkaren på vårdcentralen”, ”hjälp när läkaren inte hinner”, ”en lättnad för tidsschemat”, ”de kommer att hjälpa mej”, ”ett

komplement” framkom. Vidare menade någon att äldrevårdsteamet kunde vara ett alternativ om det inte fanns tider på vårdcentralen eller om den ordinarie läkaren inte ville göra hembesök. En informant beskrev hur äldrevårdsteamet kan tänkas avlasta sjukhuset

...och man avlastar sjukhusen också ju, det måste vara frustrerande för dom också och ha, nu är det ju bara äldre mest som vi har hand om som är, kanske förvirrade, och så ligger i sjukhuskorridor och väntar på...jag vet inte hur det är men kan tänka mej att det kan va så ibland.

Äldrevårdsteamet beskrevs vara en resursförstärkning genom att kunna utföra medicinska insatser i hemmet som t.ex. behandla symtom, ge blodtransfusion, antibiotika intravenöst, inhalationer, injektioner, göra omläggningar samt ordinera och ge smärtlindring. En intervjuperson beskrev att äldrevårdsteamet skulle kunna vara en resurs för att göra uppföljningsbesök i hemmet som ordinerats av närskjukvårdsklinikens läkare, till personer som nyligen vårdats inlagda och som vårdcentralsläkaren hade svårt för att hinna med.

Samhällsekonomisk vinst

Någon av intervjupersonerna menade att en snabb bedömning och tidigt insatt åtgärd från äldrevårdsteamet i förlängningen sparar insatser och därmed minskar kostnader på sikt. En respondent beskrev hur insatser från äldrevårdsteamet kan göra att onödiga ambulanstransporter undviks och en respondent uttryckte att ”ju mer vi kan göra för äldre individer framför allt förebyggande eller att hitta saker i tid är samhällsekonomiskt försvarbart”.

Stöd i bedömning

Det framkom tydligt i intervjuerna en förväntan om att äldrevårdsteamet skulle göra det enklare att få tag i en läkare som kunde göra hembesök, att yrkesverksamma ute i kommunerna vill kunna få råd för att slippa skicka in patienter i ”onödan”. En majoritet av informanterna beskrev värdet av att få stöd i sina bedömningar, sjuksköterskorna ville bli stärkta och bekräftade i sin egen bedömning. Flera av sjuksköterskorna önskade stöd och hjälp vid tveksamma situationer – kunde patienten klara sig hemma eller skulle hon/han åka akut till sjukhuset? En av läkarna menade att det var positivt med någon annans åsikt, att få en second opinion. Samtidigt uttrycktes en farhåga med att blanda in fler behandlande läkare i samma patientärendet. Men informanten tillade ”det är ju sagt att den här doktorn ska vara mitt

instrument så att vi inte gör motsatta saker”. En informant menade att äldrevårdsteamet kunde utgöra ett bollplank och vara en form av konsult hjälp samt kunde hjälpa till med ärenden som betraktades som lite udda

...kanske hjälp för dessa patienter som är lite, ska inte säg egensinnade för det är ett nedvärderande ord men dessa patienter som är väldigt bestämda.

En annan informant sa

...det är ju klart mer tillfredställande för mig med om det fungerar, annars blir man ju frustrerad när dom då bara säger att vi kan inte ta dom på vårdcentralen och så då säger man att dom måste åka in och då vill dom inte åka in, då är det ju rätt så jobbigt och hemtjänst tycker också att det är väldigt jobbigt, vi har ju dom på oss med va, varför görs det ingenting och såhär vidare och då är det ju jättebra...

Förbättrad samverkan/delaktighet

Projektet äldrevårdsteam bedömdes av informanterna kunna öka samverkan och delaktigheten kring äldre med sammansatta vårdbehov. Flera av informanterna uttryckte förhoppningar om ett bra och nära samarbete och hoppades kunna utveckla en god relation till äldrevårdsteamet. En önskan om att teamet ska vara lättillgängligt framkom samt att informationsutbytet skulle bli smidigt. En sjuksköterska i hemsjukvården beskrev sig själv som en länk mellan patient och äldrevårdsteamet och en annan menade att möjligheten att få vara med och påverka var positiv för alla inblandade.

Jag tror att det är viktigt att man involverar alla, att det måste finnas en kommunikation mellan alla instanser, det tror jag är jätteviktigt och att det kan leda till ett ännu bättre samarbete. Behovet av information och kommunikation och samarbete är oändligt och de flesta är ju oerhört positiva till det och som jag ser det är vi bara i början på det.

Drivkraft för utveckling

I intervjuerna framkom förslag på hur äldrevårdsteamet ska kunna utvecklas genom att de som remitterar patienter alternativt initierar kontakt får återkoppling på vad som gjorts för den

enskilde patienten. Med detta förfaringssätt menade informanterna att det efterhand skiljs ut vilka patienter som är de ”rätta” för insatser från äldrevårdsteamet. Genom att belysa olika patientfall kan funktionen utvecklas och förbättras. En respondent uttryckte förhoppning om att äldrevårdsteamet skulle kunna påverka så att de äldre som behöver läggas in på sjukhuset att det ska gå lite fortare, och därmed bli en drivkraft för möjlighet till direktinläggning.

Patientnyttan med äldrevårdsteam

I alla intervjuerna uttalades en förvissning om att hembesök, ”till de äldre”, ”till de gamla och skröpliga”, ”till de dementa”, ”till dem som bor på andra instanser”, i samband med behov av sjukvård var av godo. Analysen av intervjuerna visade att nyttan för den enskilde patienten bestod i fyra underkategorier, att slippa åka iväg/få stanna kvar i hemmet, få akut bedömning/tidigt insatt åtgärd, palliativ vård, stöd till anhöriga/närstående.

Slippa åka iväg/att få stanna kvar i hemmet

Alla informanterna bedömde det som en stor nytta för den enskilde patienten att slippa åka iväg som flertalet uttryckte det ”i onödan” och att de äldre personerna ska kunna stanna kvar i sin invanda miljö och få hjälpen där. I flera av intervjuerna beskrevs att många av de äldre personerna inte vill åka till sjukhuset eller till vårdcentralen. Att de inte orkar, att de tycker att det är omständigt och krångligt och att det finns människor som mycket tydligt uttalat att de vill vara kvar hemma. En informant beskrev en patient som absolut vägrat åka till sjukhuset fastän tillståndet bedömdes som livshotande. En annan informant beskrev en patient med svår uremi som avböjt dialysbehandling och önskade få hjälp i hemmet fortsättningsvis.

Ytterligare en annan informant visade på att den enskilde patientens och vårdpersonalens mening inte alltid är detsamma

...vi som jobbar ute i det, du och ni också, möter ju ofta detta att sjukvården på något sätt tar för givet att alla vill ha mesta möjliga behandling alltid, men så är inte alltid verkligheten.

Flera av informanterna visade på hur besvärligt det kan vara för de gamla att transportera sig till akutmottagningen eller till vårdcentralen och hur den ofta långa väntan på akutmottagningen känns meningslös och tar på deras krafter. En informant beskrev riskerna för den äldre personen

Ja det bästa måste ju vara att de får lov i många fall kanske och bli kvar i sitt boende och slippa transporteras till akuten och bli både sämre och förvirrade och oroliga och kanske både går och ramlar och åsamkar sej ytterligare symtom eller besvär helt i onödan för någonting som ofta är väldigt enkelt.

Ytterligare fördelar för den äldre personen med att få stanna kvar i hemmet och få hjälpen där beskrevs av informanterna med att ”patienten får mer tid”, ”att det är mindre stressande för patienten” samt att ”det ger en annan förståelse och respekt för deras integritet”.

Akut bedömning/tidigt insatt åtgärd

I intervjuerna framkom synpunkter på att äldrevårdsteamet skulle åka hem till patienter vars tillstånd krävde en akut läkarbedömning och förhoppningar om att få en snabb bedömning uttalades. Flera olika sjukdomstillstånd som krävde akut bedömning nämndes t.ex. lunginflammation, urinvägsinfektion, fallolyckor, andningsbesvär samt oklara buksmärtor. Någon informant menade att om patienten fick hjälp tidigt och tidigt insatt åtgärd så var det mindre risk att patienten blev ytterligare försämrad och att det i sin tur skulle minska lidande.

Palliativ vård

Några av informanterna betonade värdet av att svårt sjuka ska kunna få stanna kvar och vårdas i sin invanda miljö och att äldrevårdsteamet kan bereda möjlighet för dem som vill att få dö hemma. En respondent uttalade det så här

...för då får dom ju vara hemma precis som dom själva vill ha det och inte skickas in på sjukhus och dö där ett par dagar senare, det är ju jättebra så, så vill vi ju ha det men det är svårt många gånger.

Samma respondent uttryckte att det är väldigt viktigt med tydlighet vid vården av svårt sjuka hemma och menade att om bara någon säger att såhär och såhär gör vi så blir alla inblandade trygga. En annan informant beskrev sin frustration och sin förhoppning såhär

...och tyvärr är det ju så också att många döende patienter kommer till akutmottagningen emellanåt och det kan ju ha många anledningar varför dom blir inskickade men oftast så är det ju antingen det är anhöriga som tvunget

propsar på eller så är det okunskap hos dom som vårdar där dom befinner sej förstås men det kan ju göra en väldigt ledsen med när den här typen av patienter det sista dom ska behöva uppleva i livet är att behöva bli ivägforslade, det är väldigt, väldigt tråkigt så där kanske jag vet inte om.... Där tycker jag kanske att det hade varit bra med insatser...

Stöd till anhöriga/närstående

I intervjuerna framkom även en förhoppning om att äldrevårdsteamet kunde tänkas vara ett stöd för anhöriga/närstående genom att finnas tillgängliga och kunna förklara och svara på deras frågor. Vidare beskrevs möjligheten för anhöriga att vara delaktiga samt att tryggheten för både patient och närstående ökade när vården bedrevs i hemmet/på det särskilda boendet.

Farhågor med äldrevårdsteam

Endast ett fåtal av informanterna uttalade några direkta farhågor med projektet äldrevårdsteam. I analysen av intervjuerna visade sig tre underkategorier, organisatoriska svårigheter, fara för underbehandling/missade sjukdomstillstånd, ojämlig vård.

Organisatoriska svårigheter

De farhågor som framkom i intervjuerna handlade framför allt om organisatoriska svårigheter. Kanske resurserna inte kommer att räcka till, att just den gången hjälpen behövs ”så sitter äldrevårdsteamet fast flera mil ifrån” eller ”att det finns ett uppdämt behov så att teamet blir nerringt och inte räcker till i den utsträckning som förväntas och att det därmed kan bli gnissel”. En informant uttalade farhåga om att äldrevårdsteamet kommer att vara ett projekt och därmed kanske inte blir bestående.

Fara för underbehandling/missade sjukdomstillstånd

En informant antydde en farhåga om att något sjukdomstillstånd t.ex. hjärtinfarkt kunde missas och undrade samtidigt om EKG apparat kommer att finnas i äldrevårdsteamet.

Ojämlig vård

En farhåga som framkom var att äldrevårdsteamet kan innebära ojämlig vård, att det enbart kommer vissa människor till del och att det kan innebära bekymmer för den kommunala sjuksköterskan som behöver förklara det för den enskilde patienten.

DISKUSSION

Projektet äldrevårdsteam enligt ”Hässleholmsmodellen” är ett samverkansprojekt mellan olika organisationer och huvudmän. Det huvudsakliga syftet med projektet är att ge äldre personer med komplexa och sammansatta vårdbehov en trygg och säker vård vid akuta/halvakuta sjukdomstillstånd. För att kunna tillgodose detta krävs samordnade och välplanerade insatser. Huvudansvaret för vård och omsorg för dessa äldre personer vilar hos familjeläkaren och sjuksköterskan inom den kommunala hälso- och sjukvården. Det är på denna vårdnivå den mesta vården bör ske. Dock finns det brister bl.a. genom familjeläkarens små möjligheter att göra akuta/halvakuta hembesök vilket medför att den kommunala sjuksköterskan ofta får göra egna ställningstagande och många gånger skicka patienten till sjukhus för en åkomma som hade kunnat åtgärdas i hemmet eller på det särskilda boendet. Det förekommer också att äldre människor som uttalat önskan om att få stanna kvar i hemmet får åka till sjukhuset p.g.a. bristande resurser att få ett hembesök av läkare.

Teamarbete framhålls ofta som stöd i arbetet när det handlar om komplexa arbetsuppgifter med behov av flera samverkande kompetenser (Sandberg, 2006). Parmander (2005) konstaterar att ett framgångsrikt förändringsarbete inom kommuner och landsting/region är beroende av om arbetet lyckas bryta med organisatoriska hierarkier, regelstyrda, odemokratiska och byråkratiska arbetsformer och på så vis nå förnyade tänkesätt och förändrade attityder. Att organisera arbete i team kan vara ett sätt att skapa en arbetsordning som är anpassat till aktuella komplicerade uppgifter och till demokratiska ideal. Det som främst kännetecknar arbetet i team är dels dess synergistiska verkan – att samarbetet skapar ett mervärde, som ger ett betydligt bättre resultat än om teammedlemmarna agerade var och en för sig, dels att det finns en särskild kvalitet i samarbetet för att nå ett gemensamt mål och att det finns en samstämmig uppfattning om vad målet innebär (Sandberg, 2006). Projektet äldrevårdsteam enligt ”Hässleholmsmodellen” förväntas ge samordningsvinster för de mest sjuka äldre genom ett teamarbete och en samverkan mellan olika vårdaktörer.

Metoddiskussion

Beskrivningen av processen har gjorts utifrån eget deltagande i arbetsgrupp/projektgrupp samt som yrkesverksam sjuksköterska i projektet. Detta innebär att författaren har en hög förförståelse för projektet som kan ha både positiv och negativ inverkan på beskrivningen. Det positiva är bl.a. en förståelse för projektets uppkomst och en kunskap om de lokala

förutsättningarna. Det negativa kan bl.a. vara svårigheten att förhålla sig objektiv, det är lätt att blanda ihop egna positiva förväntningar med fakta som finns.

I den empiriska delen av arbetet valdes kvalitativ ansats med intervjuer som metod. Detta för att få en inledande uppfattning om vad övriga intressenter anser om projektet som en del i utvärderingen. Enligt Tranquist (2004) bör utvärdering inte enbart innefatta beskrivning, kartläggning eller mätning av resultat utan även innehålla en strävan efter att gå djupare och ifrågasätta det som tas för givet och som hålls för självklart.

Enligt Graneheim & Lundman (2004) utgår tillförlitligheten i kvalitativa studier utifrån begreppen trovärdighet, pålitlighet och överförbarhet. Med trovärdighet menas hur väl datainnehållet och analysprocessen är riktad mot undersökningens syfte. Bl.a. är det viktigt att välja informanter med olika erfarenheter. I undersökningen deltog yrkesverksamma från alla tre berörda kommuner, olika yrkesgrupper samt från olika arbetsområden för att ge en så trovärdig bild som möjligt. Bland deltagarna återfinns både män och kvinnor, dock har författaren valt att inte precisera kön, yrkeskategori eller presentera intervjupersonerna med nummer vid citaten eftersom det är ett litet antal intervjuer och att det i så fall lättare hade kunnat röja var och ens uttalande. Det ringa antalet ($n=9$) deltagare gör att mängden data är begränsad och därmed minskar trovärdigheten. Pålitlighet innebär bl.a. datamaterialets stabilitet över tid, alla intervjuerna genomfördes under loppet av en vecka och det ökar pålitligheten att intervjuer och analys sker under en begränsad tid. Vidare användes en gemensam intervjumanual, alla informanterna fick samma frågor och även det ökar pålitligheten. Med överförbarhet menas i vilken mån resultatet kan överföras till andra grupper och sammanhang. Det är av betydelse att författaren klargör vilka personer som ingår i studien för att läsaren själv ska kunna bedöma överförbarheten. Det har varit författarens ambition att så klart som möjligt beskriva vilka informanter som ingår i studien utan att röja den enskildes identitet. Författaren anser att spridningen av intervjupersonerna gör att resultatet med all sannolikhet kan överföras till andra yrkesverksamma.

Resultatdiskussion

Syftet med arbetet var dels att beskriva processen hur projektet äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen" initierades, planerades och startades upp dels att undersöka vad olika berörda intressenter ansåg var nyttan med äldrevårdsteam utifrån sitt perspektiv.

Processbeskrivningen visar på hur arbetet har förflutit under den period sedan Distriktsnämnden för Nordöstra Skånes Sjukvårdsdistrikt (NSS) i december 2005 beslöt att det inom närsjukvårdsutvecklingen skulle tas fram en lokal modell för utveckling av äldrevårdsteam inom NSS. Det stod tidigt klart att arbetsgruppen, som i alla samverkansprojekt, behövde tid på sig att förbereda och planera för uppstarten av projektet. Parmander (2005) visar på ett antal punkter för hur ett dynamiskt och processinriktat förändringsarbete byggs upp

- Att alla som är berörda av förändringen deltar
- Att förändringsarbetet är förankrat på alla nivåer i organisationen
- Att makten finns hos dem som ska förändra sitt arbete
- Att roller, ansvar och befogenheter tydliggörs
- Att arbetet bedrivs tillsammans i demokratiska processer, d.v.s. alla deltar på lika och jämställda villkor

I den ursprungliga arbetsgruppen deltog representanter från alla berörda verksamheter och en förankring av projektet planerades och påbörjades tidigt. Vid dessa informationsträffar påtalades betydelsen av att inte skapa nya strukturer och linjer i befintlig organisation och att ej heller skapa en organisation som överprövar den kommunala hälso- och sjukvården. Vidare betonades vikten av samarbetet mellan vårdpersonalen från de olika organisationerna och huvudmännen med patienten i centrum.

I de flesta fall där distriktssköterskan/sjuksköterskan från den kommunala hälso- och sjukvården initierat kontakten har hon/han varit med hos patienten vid hembesöket från äldrevårdsteamet samt i något fall har även annan vårdpersonal funnits med. Detta har hitintills uppfattats som en samordningsvinst och upplevts positivt för alla inblandade. Den vårdpersonal som känner patienten bäst har kunnat förmedla betydelsefull information och i en del fall även skött viss uppföljning. Sandberg (2006) visar på värdet av att mötas och samarbeta mot ett gemensamt mål och att det i förlängningen ger en större arbetstillfredsställelse.

Ytterligare en samordningsvinst består i att läkare från närsjukvårdskliniken har bemannat äldrevårdsteamet vissa dagar. Synpunkter som framkommit på detta är att det ger en annan och bättre bild av patientens totala livssituation genom att mötas i hemmet samt att det skapar en större förståelse för varandras arbetssituation.

Vad som tydligt framkommit sedan projektet startades i april 2007 är att information och förankring har väldigt stor betydelse. Trots den omfattande förankringsprocess under planeringsstadiet upptäcktes snart att flera verksamheter inte hade klart för sig vad projektet innebar. Det kom ”remisser” och förfrågningar från andra verksamheter än de som ska vara uppdragsgivare (familjeläkaren) och på en del vårdcentraler kände man inte till projektet när det kom förfrågan från anhöriga och/eller från sjuksköterskan i den kommunala vården. Enligt Parmander (2005) måste förankring och legitimering av projekt fortgå kontinuerligt under större delen av projekttiden även om den är som mest intensiv i igångsättningsfasen. Äldrevårdsteamet är ett projekt som kommer att pågå under två år och den tiden är sannolikt nödvändig för att det ska gå att utvärdera nytta. Ahrenfelt (2001) uttrycker det som att ”ting tar tid”, att ett någorlunda stort förändringsarbete tar mellan två och fem år. Det tar tid att förändra tankemönster och det går inte att få alla människor att byta tankemönster samtidigt.

Resultatet i intervjuerna visade i huvudsak en positiv syn och förväntan på projektet äldrevårdsteam. Förväntan tog sig uttryck som att äldrevårdsteamet ska kunna vara ett stöd vid bedömning och att det var positivt med någon annans åsikt. Sjuksköterskorna i studien beskrev svårigheten med att vårda de äldre, redan sjuka, personerna i hemmet/på det särskilda boendet vid olika försämringstillstånd utan att ha stöd från någon läkare. De flesta sjuksköterskorna menade att familjeläkaren oftast inte hade möjlighet att göra akuta/halvakuta hembesök till dessa patienter utan att de i de flesta fall fick skicka in patienten till sjukhuset. Läkarna i studien beskrev också fördelar med att få hjälp vid akuta hembesök och uttalade att det var svårt för dem att hinna med sådana besök under sina mottagningsdagar på vårdcentralen. En av läkarna menade också att ett hembesök hos en multisjuk äldre person ofta tar lång tid. Liknande resultat visas i en undersökning som gjorts i Sigtuna kommun (Gurner, Fastbom & Österman, 2004). I intervjuer med sjuksköterskor som arbetade i Sigtuna kommun, framkom det att de kände sig ensamma och utelämnade i en tillvaro med avsaknad av kontinuerliga läkarresurser för de multisjuka äldre framför allt i det ordinära boendet. Sjuksköterskorna ansåg att äldre personer med allt svårare åkommor skickas hem från sjukhuset och att ”husläkarna” aldrig gör hembesök. Det uttrycks till och med så drastiskt som ”med nuvarande organisation blir det ordinära boendet en ättestupa för den äldre med sammansatta behov”. I samma undersökning uttryckte läkarna att vissa läkare borde lösas från sitt traditionella sätt att arbeta så att det fanns tid för att göra hembesök, vilket de menade var det optimala sättet att träffa denna patientkategori. Vidare ansåg läkarna i undersökningen

att det måste ges tid att fungera i team kring de multisjuka tillsammans med sjuksköterskor, övrig hemvårdspersonal samt sjukgymnaster och arbetsterapeuter.

Vid den sista frågan i denna undersökningen efterfrågades vilka andra personer som kunde tänkas vara berörda intressenter i projektet och flera informanter svarade just arbetsterapeuter och sjukgymnaster och någon svarade även dietist. Slutsatsen av det bedöms vara att det finns ett behov av att fungera som ett multiprofessionellt team kring patienten. Vilket enligt Sandberg (2006) ger en ökad möjlighet till synergi, teamets medlemmar ger sina skilda perspektiv utifrån skilda kompetenser och arbetar mot ett gemensamt mål för patientens bästa.

I intervjuerna framhölls vid ett flertal tillfällen värdet av förbättrad samverkan och delaktighet. Det uttrycktes en önskan om ett bra och nära samarbete kring de äldre med sammansatta vårdbehov oberoende av organisationstillhörighet. I rapporten om närsjukvårdsutveckling i Nordöstra Skåne (Springett et al., 2006) visas också på människors förhoppning om en bättre vård med hjälp av samverkan och delaktighet. I intervjuer med yrkesverksamma och medborgare beskrevs närsjukvården som en idé om att överskrida gränser med hjälp av samverkan och delaktighet. Med detta menades både att överskrida gränser mellan olika yrkesgrupper och mellan överskridande av gränser mellan olika organisationer och huvudmän samt en mening om att de förs närmare varandra.

Det mest framträdande i intervjuerna var informanternas bedömning att det innebär en stor nytta för den enskilde patienten att slippa åka iväg till sjukhuset eller till vårdcentralen. Äldrevårdsteamet förväntas kunna möjliggöra att den äldre personen med behov av akut/halvakut sjukvård ska kunna stanna kvar i hemmet/på det särskilda boendet och få hjälp där. Informanterna beskrev att det var många patienter som själva uttalade att de inte ville åka till sjukhus utan att de ville få vård hemma. Detta bekräftas av en studie där man jämfört äldre patienters tillfredsställelse med att vårdas på sjukhus mot att få vård i hemmet. Resultatet i den studien visade att de patienter som fick vård hemma var mer nöjda än de som vårdades på en akutavdelning på sjukhus (Leff et al., 2006). I intervjuerna beskrevs också hur besvärligt det kan vara för äldre personer med transporter och den ofta långa väntan på akutmottagningen. Någon informant visade även på riskerna för den gamle med att komma till den miljö som akutmottagningen innebär. SBU-rapporten (2003) framhåller att miljön på sjukhusens akutmottagningar är bullrig, visuellt störande, opersonlig och skrämmande samt saknar den atmosfär av hemmiljö som är ett viktigt inslag för sjuka äldre. En sådan miljö som

akutintagen erbjuder kan lätt utlösa konfusion eller en allmän försämring hos den äldre personen.

I några av intervjuerna betonades värdet av att svårt sjuka och döende äldre människor skulle beredas möjlighet att få stanna kvar i sitt hem och få vården där. Det uttrycktes meningar om att det sannolikt ofta berodde på osäkerhet och okunskap hos dem som vårdade att döende människor skickades in till sjukhus men också ibland på att anhörigas vilja. Det framkom synpunkter på att det måste finnas en tydlighet för alla för att man ska känna sig trygg i dessa situationer. Några informanter uttryckte en sorgsenhet och frustration över att döende människor transporterades in till sjukhuset. Socialstyrelsen (2005a) siffror visar också på att äldre döende människor ofta skickas fram och tillbaka mellan hemmet och sjukhuset. Cirka hälften (ca 40 000 av ca 80 000 personer) av de äldre avlidna i Sverige dog inom 14 dagar efter det att de skrivits ut från sjukhus. Majoriteten av dessa (ca 30 000 personer) återkom minst en gång till sjukhus innan de slutligen avled. Enligt Andersson (2007) avled tjugofem procent av de personer som hade kommunal vård och omsorg under det sista året på sjukhus. Människor som hade ett stort antal sjukhusvistelser under det sista året i livet avslutade i större utsträckning sina liv på sjukhus.

Det är uppenbart att många äldre personer, som ofta befinner sig inom den kommunala vården och omsorgen, har många sjukdomar och att dessa är sköra personer med stora vårdbehov och de är därmed rimligen i behov kvalificerad vård och omsorg (Hallberg et al., 2002). Det har under de senaste åren uppstått många försök och projekt för att förbättra samordningen och vården för våra äldre med komplexa och sammansatta vårdbehov. Enligt Gurner och Thorslund (2003) saknas dock ofta utvärderingar av hur dessa nya sätt att organisera verksamheter utifrån de äldres perspektiv.

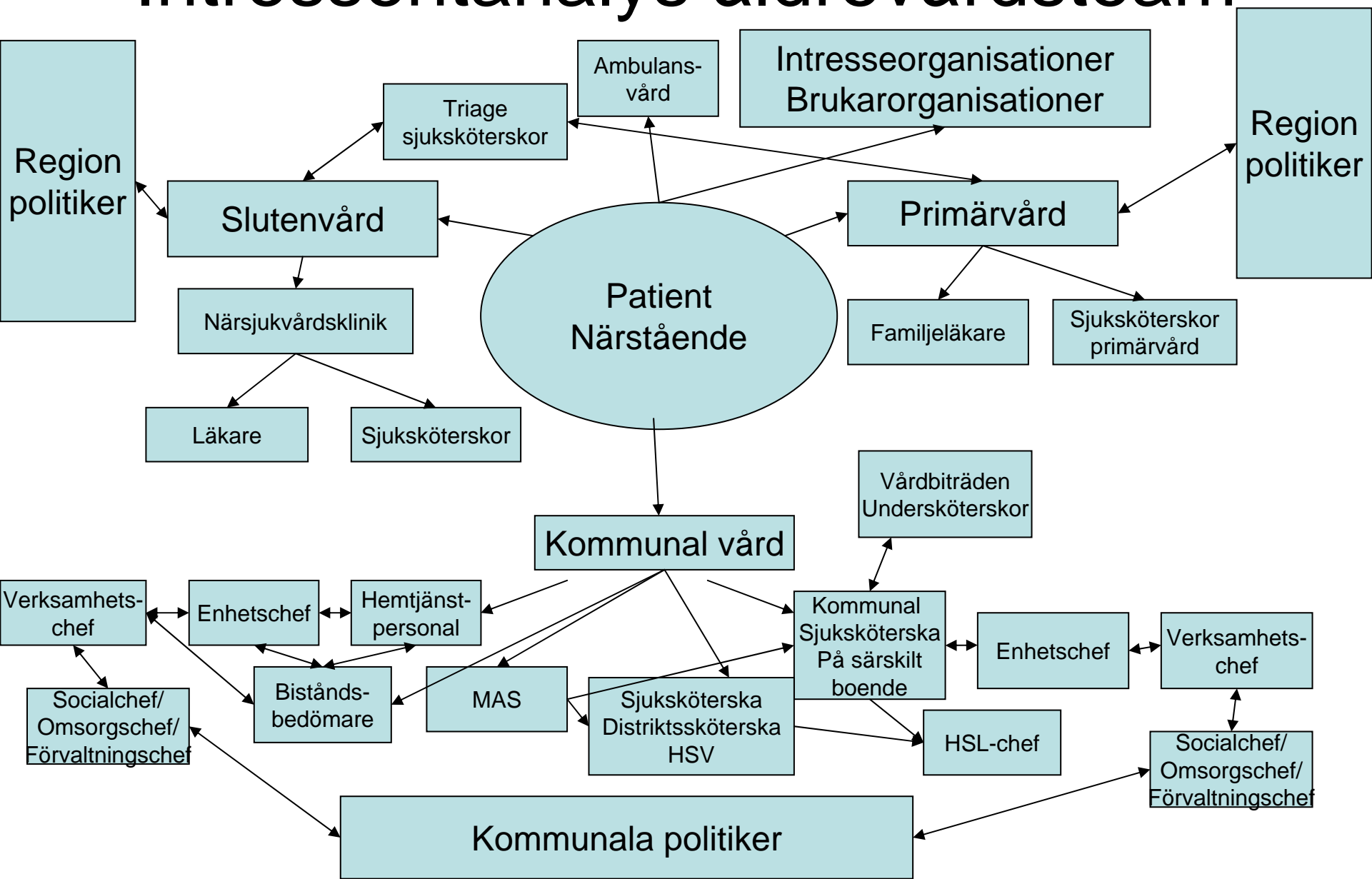
REFERENSLISTA

- Ahrenfelt, B. (2001). *Förändring som tillstånd*. Lund: Studentlitteratur.
- Akner, G. (2004). *Multisjuklighet hos äldre. Analys, handläggning och förslag om Äldrevårdscentral*. Stockholm: Liber AB.
- Andersson, M. (2007). *Äldre personers sista tid i livet. Livskvalitet, vård, omsorg och närståendes situation* (avhandling för doktorsexamen, Lunds universitet).
- Berg, B.L. (2004). *Qualitative research methods for the social sciences*. 5th Ed. Boston: Allyn and Bacon.
- Bondevik, M., & Nygaard, H. (2005). *Geriatrisk ur ett tvärprofessionellt perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.
- Burnard, P. (1991). A method of analysing interview transcripts in qualitative research. *Nurse Education Today*, 11, 461-466.
- Burnard, P. (1996). Teaching the analysis of textual data: an experiential approach. *Nurse Education Today*, 16, 278-281.
- Corrado, O.J. (2001). Hospital-at-home. *Age and Ageing*, 30-S3, 11-14.
- Demografiska rapporter 2006:2. *Sveriges framtida befolkning*. Statistiska Centralbyrån.
- Graneheim, U.H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2001). Helhetssyn behövs i vården av multisviktande äldre. Förslag till förändring av vård- och omsorgsstrukturen i Stockholms län. *Läkartidningen*, nr 98, 2596-2602.
- Gurner, U., & Thorslund, M. (2003). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Gurner, U., Fastbom, J., & Österman, J. (2004). *Vi har inte tid – ring akuten! 24 fallstudier av multisjuk 75+ i Sigtuna – behov och konsumtion av slutenvård och öppenvård, kommunal äldreomsorg samt av anhöriginsatser*. (Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum; 2004:1). Stockholm: Stiftelsen Äldrecentrum.
- Hallberg, I.R., Karlsson, S., Westergren, A., Dozet, A., Lithman, T., Elmståhl, S., Ekström, H., & Edberg, A.K. (2002). *Kommunal och regional vård till äldre. Vård och omsorg i Eslöv, Hässleholm, Malmö, Osby och Ystad till personer 65 år och däröver, våren 2001. En delstudie i SNAC. Rapport 1*. Lund: Lunds universitet.
- Hälso- och sjukvårdslagen 1982:763.

- Leff, B., Burton, L., Mader, S.L., Naughton, B., Burl, J., Inouye, S.K., Greenough, W.B., Guido, S., Langston, C., Frick, K.D., Steinwachs, D., & Burton, J. (2005). Hospital at home: Feasibility and outcomes of a program to provide hospital-level care at home for acutely ill older patients. *Annals of Internal Medicine*, 143, 798-808.
- Leff, B., Burton, L., Mader, S., Naughton, B., Burl, J., Clark, R., Greenough, W.B., Guido, S., Steinwachs, D., & Burton, J.R. (2006). Satisfaction with Hospital at Home Care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54, 1355-1363.
- Medicinska forskningsrådet. (1996). *Riktlinjer för etisk värdering av medicinsk humanforskning. Forskningsetisk policy och organisation i Sverige*. Stockholm: Medicinska forskningsrådet.
- Parmander, M. (2005). *Från idé till verklig förändring*. Lund: Studentlitteratur.
- Region Skåne. (2004). *Genomförandet av Skånsk Livskraft – vård och hälsa*.
- Sandberg, H. (2006). *Det goda teamet*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2003). *Evidensbaserad äldrevård. En inventering av det vetenskapliga underlaget*.
- Socialdepartementet. (2000). *Regeringens proposition. Nationell handlingsplan för utveckling av hälso- och sjukvården*. Prop. 1999/2000:149.
- Socialstyrelsen. (2002a). *Vård och omsorg om äldre. Lägesrapport 2002*.
- Socialstyrelsen. (2002b). *Nationell handlingsplan för äldrepolitiken. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen. (2005a). *Var dör de äldre – på sjukhus, särskilt boende eller hemma? En registerstudie*.
- Socialstyrelsen. (2005b). *Nationell handlingsplan för hälso- och sjukvården. Slutrapport*.
- Socialstyrelsen. (2006). *Lagstiftningen inom vården och omsorgen om äldre. Likheter och skillnader mellan socialtjänst- och hälso- och sjukvårdslagstiftningen*.
- SOU 2001:6. *Döden angår oss alla. Värdig vård vid livets slut*. Stockholm: Fritzes offentliga publikationer.
- SOU 2004:68. *Sammanhållen hemvård. Betänkande från Äldrevårdsutredningen*.
- Springett, J., Blomqvist, K., Nilsson, M., Höglund, B., Sätersten Haraldsson, S., Abrahamsson, A., Berg, A., Dychawy Rosner, I., Hägglöf, S., Johansson, Y., Lindell, L., Lindskov, C., Olsson, I., Olsson, S-E., & Petersson, P. (2006) *Närsjukvård: bakgrund, erfarenheter och pilotstudie*. (Collaborative and integrated approaches to health 2005:6). Kristianstad: Forskningsplattformen för utveckling av Närsjukvård.
- Tranquist, J. (2004). *Utveckling genom utvärdering – om konsten att ifrågasätta det vardagliga*. Arbetsliv i omvandling 2004:3. Arbetslivsinstitutet. ISBN: 91-7045-706-9

Vetenskapsrådet: Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. ISBN:91-7307-008-4

Intressentanalys äldreomsorgsteam



Information till Dig som kommer att tillfrågas om deltagande i undersökningen:

- **Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen"**

Jag heter Ann-Marie Bergström och är sjuksköterska på KVH-konsult i Hässleholm. Jag läser ett breddmagisterprogram på högskolan i Kristianstad, teamarbete i hemvård, i programmet ingår ett självständigt arbete på 10 poäng och det är inom ramen av det jag gör denna undersökning.

Bakgrund

Distriktsnämnden för Nordöstra Skånes sjukvårdsdistrikt beslöt i september 2006 att äldrevårdsteam ska startas upp i projektform. KVH-konsult i Hässleholm fick uppdraget att utforma ett äldrevårdsteam med läkare och sjuksköterska för hembesök till äldre personer, >75 år, i eget eller särskilt boende vid akuta/halvakuta sjukvårdsbehov under vardagar på dagtid. Uppdragsgivare till äldrevårdsteamet är familjeläkarna, vilket betyder att kontakt med äldrevårdsteamet sker via aktuell vårdcentral. Äldrevårdsteamet kommer att utformas i samverkan mellan Primärvården Nordost, KVH (kvalificerad vård i hemmet), Hässleholms sjukhusorganisation samt Hässleholm, Osby och Perstorps kommuner. Utvärdering av projektet kommer att ske på olika sätt, en viktig del att ta reda på är vilken nytta äldrevårdsteamet kan innebära för den enskilde patienten.

Syftet är att undersöka hur olika intressenter ser på nyttan med äldrevårdsteam.

Information om undersökningen

Projektet involverar ett stort antal intressenter och efter en intressentanalys har Du, tillsammans med andra personer från närsjukvårdsakut, primärvård och kommunerna valts ut att ingå i undersökningen. Undersökningen kommer att genomföras med hjälp av telefonintervjuer, som bandas.

Ditt deltagande är frivilligt och Du kan avbryta Din medverkan när Du vill. Materialet kommer att behandlas konfidentiellt, inga uppgifter som kan röja Din identitet dokumenteras. Ljudinspelningarna kommer att förvaras inlåsta och endast vara tillgängliga för undersökaren.

Resultatet kommer att återföras till Dig som deltagare. Ditt deltagande i undersökningen ger Dig möjlighet att påverka projektet.

Jag kommer att kontakta Dig per telefon för att be om Ditt medgivande till att delta i undersökningen och komma överens om en lämplig tidpunkt för telefonintervjun. Intervjun beräknas ta 10 till 15 minuter.

Hässleholm den 29 mars 2007

Ann-Marie Bergström

Mailadress: ann-marie.bergstrom@skane.se

Telefon hem: 0451-56437, mobil 0768-964017

Telefon arbetet: 0451-296502 eller 0451-296501

Intervjumanual – Äldrevårdsteam enligt ”Hässleholmsmodellen”

- När och hur fick du första gången reda på något om äldrevårdsteamet?
- Kan du nämna en situation som du anser lämplig för insats från äldrevårdsteamet?
- Vad anser du, utifrån ditt perspektiv att nyttan med äldrevårdsteam kan vara?
- Hur kommer äldrevårdsteam att kunna påverka din vardag som.... ?
- Vad anser du, utifrån patientens eget perspektiv att nyttan med äldrevårdsteam kan vara?
- Vilka är dina förhoppningar – farhågor kring projektet äldrevårdsteam?
- Vilka andra personer anser du är berörda intressenter i projektet äldrevårdsteam?

Samtycke/medgivande

Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen"

Jag har tagit del av informationen om undersökningen angående Äldrevårdsteam enligt "Hässleholmsmodellen" och ger härmed mitt samtycke till att bli intervjuad och att intervjun spelas in på band.

Ort, datum

Underskrift

Namnförtydligande