

HÖKARÄNGENS NÄRVÅRD CENTRAL

ULLA GURNER
LISBETH HAGMAN
ANNA-KARIN BERGER
JOHAN FASTBOM
SARA HJULSTRÖM
ZAHRA SHAH-SHAHID

Rapporter/Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum 2007:5
ISSN 1401-5129



FÖRORD

Problemen med bristande samverkan mellan kommun och landsting har diskuterats under i vart fall de senaste femtio åren, och många åtgärder har vidtagits under årens lopp. En av de mer intressanta och kreativa är Hökarängens närvårdcentral. Utan att förändra några huvudmannaskapsgränser har förutsättningar skapats för ett samlat team av läkare, distriktssköterska, undersköterska och vårdbiträde. Projektet har genomförts med ekonomiskt stöd från både Stockholms Läns Landsting och Farsta stadsdelsförvaltning. Stockholms stads Kompetensfond har bidragit med projektmedel och också finansierat utvärderingen.

Utvärderingen har skett genom sex olika delstudier. Från Äldrecentrum har medverkat utredarna Ulla Gurner, Lisbeth Hagman, Anna-Karin Berger och Sara Hjulström. Apotekare Zahra Shah-Shahid har under docent Johan Fastboms handledning genomfört läkemedelsgenomgångar, och en studie av effekter av förebyggande tandvård till äldre med stora omsorgsbehov har genomförts av tandhygienist Maria Juslin under handledning av lektor Gunilla Nordenram vid Karolinska Institutet.

Rapporten är avsedd att användas för utveckling av närvårdcentralens verksamhet men också som ett bidrag till en mer generell diskussion kring äldres vård och omsorg. Utvärderingens resultat ger underlag för gemensamma diskussioner över huvudmanna- och professionsgränser och kan användas för att bearbeta de hinder som finns i traditionella strukturer och sätt att arbeta. Målgrupp är politiker, verksamhetsansvariga, de olika professioner som verkar inom vård- och omsorgsområdet, anhöriga/närstående, de äldre själva och deras intresseorganisationer.

Rapporten har författats av Ulla Gurner, Lisbeth Hagman och Sara Hjulström och slutredigerats av Lisbeth Hagman och undertecknad.

Stockholm 2007-05-02

Sven Erik Wånell
Chef Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SAMMANFATTNING	1
<i>Hökarängens Närvårdcentral (Hökarängens NVC)</i>	1
<i>Äldrecentrums uppdrag</i>	1
<i>Hökarängen och Hökarängens NVC</i>	1
<i>Det har tagit tid att komma igång</i>	2
<i>Närvårdcentralens roll för olika grupper</i>	3
<i>Framgångsfaktorer</i>	3
<i>Närvårdcentralens effekter på annan vård och omsorg</i>	4
<i>Närvårdcentral, ekonomiskt bärkraftig?</i>	4
UPPDRAGET	5
BAKGRUND	6
HÖKARÄNGENS NÄRVÅRDCENTRAL	7
VERKSAMHETEN	7
<i>Planering och start</i>	7
<i>Organisation, medarbetare och kompetensutveckling</i>	10
<i>Gemensam chef</i>	12
<i>Arbetsmetodik</i>	12
<i>Genomförda aktiviteter</i>	17
<i>Dokumentationen</i>	17
<i>Personer med hemsjukvård och hemtjänst</i>	18
<i>Yngre personer med funktionshinder</i>	18
<i>Frågor som klarats av under projektiden</i>	19
<i>Frågor närvårdcentralen kommer att arbeta vidare med</i>	19
PERSONALENS ERFARENHETER	21
<i>Personalintervjuer 2005</i>	21
<i>Personalintervjuer 2006</i>	22
BESTÄLLARNAS OCH VÅRDGRANNARNAS ERFARENHETER	24
<i>Politikerna</i>	24
<i>Beställare och verksamhetsansvariga</i>	25
<i>Företrädare för pensionärerna</i>	25
<i>Samarbetspartners och vårdgrannar</i>	26
<i>Juristerna</i>	27
LÄKEMEDEL	28
<i>Förändring i läkemedelsanvändningen</i>	28
<i>Läkemedelsgenomgångar</i>	28
PERSONER MED OMFATTANDE BEHOV	30
<i>Undersökningspopulationen</i>	30
<i>Närvårdcentralen</i>	31
<i>Hemtjänsten</i>	32
<i>Anhöriga</i>	32
<i>Sjukhusets akutmottagning</i>	33
<i>Sluten sjukhusvård</i>	33
<i>Rehabilitering</i>	33
<i>Dokumentation</i>	33
<i>Läkemedel</i>	33

Tänder.....	34
Summering	34
VERKSAMHETEN I SIFFROR	35
Befolkningen i Farsta.....	35
Registerdata	36
Öppen och slutenvård 2005	36
Utveckling av öppen- och slutenvård mellan 2004 och 2006.....	38
Äldreomsorg sista halvåret 2004 till första halvåret 2006.....	41
Äldreomsorg – 1 juli 2004, 1 juli 2005 och 30 juni 2006.....	42
Sammanfattning	44
KOSTNADER OCH INTÄKTER.....	45
SLUTSATSER OCH FÖRSLAG	47
UTVÄRDERINGENS SJU FRÅGESTÄLLNINGAR.....	47
SUMMERING.....	55
Utveckla det teambaserade arbetssättet	55
Utmaningar för det förebyggande arbetet.....	56
Utveckling av närvårdcentralen	57
Generella slutsatser för teamarbete inom äldreomsorgen	58
TABELLBILAGA	61

SAMMANFATTNING

Hökarängens Närvårdcentral (Hökarängens NVC)

Hökarängens NVC visar på ett nytt sätt att utveckla och pröva ett annorlunda koncept – det första projektet i länet där en öppen hemtjänstenhet och har kunnat integreras med en vårdcentralsenhet/husläkarmottagning. I Hökarängen har man funnit en form där detta kunnat kombineras med kundvalsmodellerna för hemtjänst och husläkare. Hökarängens NVC är till för samtliga 65 år och äldre samt personer med funktionshinder boende i Hökarängen. Verksamheten har formerats i avsikt att öka samarbetet mellan vård- och omsorgsgivare för att ta hand om den äldre befolkningen och funktionshindrade i närmiljö – *”på rätt vårdnivå, av rätt vårdgivare och i rätt tid”*. En målsättning har varit att öka antalet personer i hemsjukvård och/eller hemtjänst för att undvika onödig vård på sjukhus eller i särskilt boende. En målsättning som Farsta stadsdelsförvaltning satte upp var att ge den enskilde ett mervärde och en optimal vård och omsorg till en lägre eller till samma kostnad för stadsdelen som vid traditionellt organiserad äldreomsorg.

Hökarängens NVC drivs sedan juli 2004 som projekt i samarbete mellan Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Inom Hökarängens NVC finns en vårdcentralsdelen och en öppen hemtjänstenhet som organisatoriskt och lokalmässigt är sammanförda och leds av en gemensam enhetschef. Stiftelsen Stora Sköndal har hälso- och sjukvårdsuppdraget inom Hökarängens NVC. Den öppna hemtjänstenhet som finns i lokalerna drivs av Farsta stadsdelsförvaltning under namnet Hökarängens hemtjänst. Projektet har förlängts till och med år 2007.

Äldrecentrums uppdrag

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i slutet av 2004 Stockholms stads Kompetensfonds uppdrag att utvärdera Hökarängens NVC. I uppdraget ingick att visa på svårigheter, möjligheter och framkomliga vägar. Utvärderingen har som ett syfte haft att stödja utvecklingen av Hökarängens NVC och som ett annat viktigt syfte att kunna användas för utveckling av liknande verksamheter.

Hökarängen och Hökarängens NVC

Hökarängen är en del av stadsdelen Farsta. Befolkningsstrukturen vad gäller åldrar, kön och ensamboende liknar övriga Farsta, medan den socioekonomiska strukturen avviker. Den genomsnittliga inkomsten för ålderspensionärer i Hökarängen är klart lägre än i övriga Farsta. Detta innebär att man kan förvänta sig en högre grad av ohälsa och därmed högre vård- och omsorgsbehov i Hökarängen jämfört med resten av Farsta. Andelen äldre som hade hemtjänst, liksom andelen äldre som tidigare bott i Hökarängen och nu bor i särskilt boende i annan stadsdel (i Hökarängen finns inget särskilt boende för äldre) var dock lägre än för Farsta i övrigt.

I Hökarängen bor cirka 1 300 personer som är 65 år eller äldre. Hökarängens NVC har successivt fått allt högre andel av de äldre Hökarängsborna listade hos sig, första halvåret 2004 hade 839 personer (64 % av befolkningen 65 år och äldre) listat sig på närvårdcentralen, i mars 2007 hade 1 030 personer (79 %) listat sig på närvårdcentralen.

Vid närvårdcentralens start 1 juli 2004 hade 91 personer hemtjänst från Hökarängens hemtjänst, vilket var 85 procent av alla med hemtjänst boende i Hökarängen. Antalet ökade till 123 personer den 30 juni 2006, men eftersom antalet hemtjänsttagare ökat ännu mer i Hökarängen under denna period sjönk andelen av alla med hemtjänst i Hökarängen till 81 procent.

Det har tagit tid att komma igång

Att bryta traditionella mönster och skapa nya verksamhetsformer både tar och måste få ta tid. Denna utvärdering speglar hur Hökarängens NVC fungerat under sina två första verksamhetsår. Den huvudsakliga utvecklingen mot att förverkliga projektmålen har skett under det senaste året, vilket beror på många praktiska problem under det första året, och att det tar tid att forma en ny verksamhet.

Planeringen inför projektstart var allt annat än optimal. Lokalen där Hökarängens NVC skulle bedriva sin verksamhet blev inte tillgänglig förrän kvällen före projektstart. Lokalerna var nedslitna och smutsiga. Planlösningen var heller inte den bästa med många små rum som behövde anpassas till den nya verksamheten. Under nästan hela första året pågick ombyggnationer samt upprustning och anskaffning av nödvändig utrustning.

Sjukvårdspersonal och patienter klev samtidigt in över tröskeln, mitt i sommaren. Hemsjukvårdspatienternas läkemedelslistor stämde ofta inte överens med de läkemedel som skulle delas i dosetterna. Detta ledde till tidskrävande arbete med att uppdatera läkemedelslistor och att informera patienter och personal. Det var också problem med att få en samlad dokumentation från den vårdgivare som tidigare funnits i lokalerna och som etablerat sig i en annan del av Hökarängen. Projektet drabbades också initialt av personalomsättning bland läkare och distriktssköterskor.

Mycket tid ägnades åt att anpassa och förankra rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder. Det tog tid att få ihop professioner från två olika arbetskulturer – landstingets och kommunens. Först i början av år 2006 kunde de planerade omvårdnadsteamerna formuleras och börja sitt arbete. Under oktober samma år kom arbetet med att erbjuda hälsosamtal och förebyggande hembesök till alla 80 åringar i Hökarängen igång. Vårdcentralens undersköterskor och hemtjänstens personal utgör ett arbetslag från och med 2007.

Sekretessfrågorna – att kunna utbyta information om patienter/äldreomsorgstagare mellan två olika huvudmän som arbetar enligt två olika lagstiftningar, SoL och HSL – upplevdes som ett stort problem, men löstes av stadens och landstingets jurister på ett funktionellt sätt. Denna modell kan vara vägledande för liknande

verksamheter. Gemensam journal skulle underlätta vården och omsorgen och göra den säkrare för den äldre. Det arbetet pågår på det nationella planet där Socialstyrelsen har regeringens uppdrag att finna lösningar i frågan.

Närvårdcentralens roll för olika grupper

Intervjuer med pensionärsföreträdare, personal och vårdgrannar, liksom närvårdcentralens ökande marknadsandel av listade patienter tyder på att närvårdcentralen fungerar väl för äldre i den tredje åldern. Intervjuade politiker, verksamhetsansvariga och beställare har dock sett äldre i den fjärde åldern som den mest prioriterade gruppen. Inom ramen för uppföljningen riktades därför särskilt fokus på denna grupp. Slutsatserna som kan dras är att närvårdcentralen upplevs som bra och trygghetsskapande, och att läkarna och distriktssköterskorna är lätt tillgängliga och genomför fler hembesök än vad en vanlig vårdcentral brukar klara. Teamarbetet mellan hälso- och sjukvårdspersonal och hemtjänsten har dock försvårats dels av att hemtjänstinsatserna inte kunnat situationsanpassas utifrån den äldres aktuella behov utan varit låsta av biståndsbeslut, dels av att vissa insatser utförts av helt annan personal från underentreprenörer. Här finns en utvecklingspotential för att ta till vara de möjligheter ett gemensamt team från närsjukvård och hemtjänst kan ge.

Vid intervjuerna med verksamhetsansvariga, politiker, företrädare för vård och omsorgsgrannar har det framkommit en oro inför Hökarängens NVCs möjligheter att klara de komplexa behov gruppen funktionshindrade har. Denna grupp har i sin litenhet (45 personer) ställt stora krav på specialistkompetens och samarbete med vårdgivare utanför Hökarängens NVCs verksamhet. Under hösten 2006 har detta samarbete med bland andra psykiatri, rehabilitering samt missbrukarvård börjat formaliseras och innebär enligt de intervjuade fördelar för samtliga patientgrupper.

Framgångsfaktorer

För personalen har arbetet inom närvårdcentralen upplevts som positivt och utvecklande. Det har underlättat för hemtjänstens vårdbiträden och undersköterskor att ha nära till läkare och distriktssköterska, och för läkare att alltid kunna vara uppdaterad om sina patienters hälsosituation och behov. Det teambaserade arbetssättet ökar möjligheten att ge en säker vård och omsorg. Teamen som handleds av distriktssköterskorna är navet i närvårdcentralens organisation. Genom Stockholms stads satsning på att utbilda vårdbiträden till undersköterskor fick Hökarängens hemtjänst en kompetensutveckling som förstärkt möjligheterna till detta teamarbete. Distriktssköterskorna har möjlighet att i större utsträckning än vanligt delegera till hemtjänstens undersköterskor. De kan fånga upp viktig information från hemtjänsten som underlag till läkarnas behandlingsarbete. Likaså att handleda och ge råd till hemtjänsten i omvårdnaden av vård- och omsorgstagarna.

Närvårdcentralens effekter på annan vård och omsorg

Närvårdcentralen har inte under den period utvärderingen omfattat kunnat uppvisa de effekter som förväntats på annan hälso- och sjukvårdskonsumtion. Andelen som besökte akutmottagning av dem som var listade på Hökarängens närvårdcentral var lägst i Farsta när närvårdcentralen startade, men ökade under projektets två första år. Andelen listade patienter som vårdades i slutenvård, liksom genomsnittligt antal vårddygn ökade likaledes under denna tvåårsperiod. Däremot minskade andelen som bor i särskilt boende, samtidigt som den ökade i övriga Farsta. Den minskade andelen av de som bor i särskilt boende kan ha påverkat ökningen av slutenvårdskonsumtionen.

Den uteblivna effekten av närvårdcentralen kan ha flera förklaringar. En är att de äldre i Hökarängen hade en relativt låg vård- och omsorgskonsumtion när närvårdcentralen startade, trots att den socioekonomiska strukturen talar för att det borde ha varit tvärtom. Det fanns således ingen synbar potential att sänka exempelvis antalet akutbesök eller slutenvårdsvistelser eller plats i särskilt boende. Mätperioden var dessutom från det närvårdcentralen startade 1 juli 2004 och två år framåt, med första halvåret 2006 som slutperiod, just det halvår då närvårdcentralen började fungera som det var tänkt. För att kunna avläsa effekter av närvårdcentralen bör därför en ny databearbetning ske hösten 2007.

Närvårdcentral, ekonomiskt bärkraftig?

Hemtjänsten har haft samma ersättning som övriga utförare inom ramen för kundvalsmodellen. Närvårdcentralen har däremot haft mer resurser för hälso- och sjukvården än om den varit en vanlig vårdcentral. Närvårdcentralen har dock haft ett annat uppdrag än en vårdcentral, varför det inte är helt adekvat att göra en sådan jämförelse. Sett till vad närvårdcentralen utfört i form av besök på mottagning och i hemmet har den producerat mer än vad den fått ersättning för från beställaren. Framförallt hembesöken ligger dock så högt att ersättningen sannolikt skulle ha begränsats av ett produktionstak om närvårdcentralen hade ersatts som en vårdcentral, efter listning och besök. En grov bedömning antyder att närvårdcentralen haft cirka 2,5 Mkr mer i ersättning än om den haft en ersättning på "vårdcentralavis" – dock alltså med det förbehållet att det inte finns någon vårdcentral att jämföra med som enbart har personer med funktionshinder och personer 65 år och äldre som sin målgrupp. Det saknas modeller för hur en sådan verksamhet ska ersättas.

Att Hökarängens närvårdcentral kunnat vara mer tillgänglig för sina patienter och göra fler hembesök än en vanlig vårdcentral, bör tillsammans med det teambaserade arbetssättet ge vinster i vårdkvalitet. Tidigare upptäckt och bättre uppföljning av sjukdomstillstånd hos de äldre är exempel på detta, något som dock är svårt att belägga med statistik. Vinsterna bör på lite längre sikt kunna ge utslag i minskad konsumtion av akut- och slutenvård. Om närvårdcentralen får chans att leva vidare är det ett intressant forskningsområde att följa dessa effekter över tid.

UPPDRAGET

Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum fick i slutet av 2004 i uppdrag av Stockholms stads Kompetensfond att genomföra en utvärdering av Hökarängens NVC som startade sin verksamhet den 1 juli samma år. I uppdraget anges följande syfte med utvärderingen:

- Hur påverkas befolkningen i området av närheten till en närvårdcentral och vilka förändringar över tid sker vad gäller sluten- och öppenvård samt äldreomsorgskonsumtion?
- Hur byggs verksamheten upp? Vilka hinder och möjligheter finns i samverkan? Hur övervinns de eventuella problemen?
- Hur överbryggas problem mellan två olika huvudmän?
- Hur påverkas personalens arbetssituation och arbetsmiljö?
- Kommer olika grupperns behov att uppfyllas?
- Påverkas användningen av läkemedel hos målgruppen?
- Vilka effektivitetsvinster ses i projektet, både för den enskilde och för samhället?

Äldrecentrums utvärdering syftar till att följa, beskriva och värdera Hökarängens NVC och hur verksamheten fungerar ur vård- och omsorgstagarnas perspektiv. Äldrecentrums utvärdering av Hökarängens NVC redovisas i denna slutrapport genom sammanfattningar av sex delstudier. Några av dessa redovisas också mer i detalj i separat utgivna rapporter¹.

¹ Äldre med stora och sammansatta behov i Hökarängens – 30 fallbeskrivningar. Ulla Gurner, Johan Fastbom, Lisbeth Hagman, Zahra Shah-Shahid och Anna-Karin Berger, Äldrecentrum 2007:6

Hökarängens Närvårdcentral. Registerdatastudie om vård- och omsorgskonsumtion för personer boende i Farsta – 65 år och äldre, Sara Hjulström, Äldrecentrum 2007:7

Läkemedelsgenomgångar på Hökarängens Närvårdcentral, Zahra Shah-Shahid & Johan Fastbom, och Äldrecentrum 2007:8 (ges även ut i Apotekets rapportserie)

Uppsökande tandvård – många berättigade är okända; Gunilla Nordenram m.fl., Äldrecentrum 2007:9

BAKGRUND

Hökarängens NVC startade i juli 2004, som ett samverkansprojekt mellan kommunen och landstinget. Hökarängens NVC vänder sig till personer fyllda 65 år samt till yngre funktionshindrade i Hökarängen. Verksamheten drivs som projekt i samarbete mellan Stockholm stad och Stockholms läns landsting. Verksamheten består av en vårdcentralsdelen och en öppen hemtjänstenhet som organisatoriskt och lokalmässigt är sammanförda och leds av en gemensam enhetschef. Stiftelsen Stora Sköndal har hälso- och sjukvårdsuppdraget inom Hökarängens NVC. Den öppna hemtjänstenhet som finns i lokalerna drivs av kommunen under namnet Hökarängens hemtjänst.

Hökarängens NVC kom till tack vare ett gott samarbete mellan Farsta stadsdelsförvaltning och Beställare vård. Ett utökat samarbete mellan de båda huvudmännen, landsting och kommun, har i många år varit en politiskt prioriterad fråga, speciellt vad gäller grupperna äldre och funktionshindrade. Politiker och tjänstemän inom Farsta stadsdelsförvaltning och SLL hade sedan länge fört diskussioner om hur samordning och samverkan mellan olika yrkesgrupper skulle kunna förbättras. Samverkansprojektet – Hökarängens NVC växte fram ur dessa diskussioner. Hökarängen utsågs som utvecklingsområde och projektet planerades pågå mellan 2004 07 01 - 2006 12 31. Om projektet slog väl ut fanns möjligheter till fortsatt samverkan. Projekttiden har förlängts i ytterligare ett år.

Hökarängens NVC fick projektmedel från Stockholms stads Kompetensfond. Enligt en överenskommelse med Kompetensfonden (2003-11-12) är målen med verksamheten att

- öka antalet personer i hemsjukvård och/eller hemtjänst för att undvika onödig vård på sjukhus eller i särskilt boende
- öka samarbetet mellan huvudmännen för att skapa en osynlig vård- och omsorgskedja
- reducera antalet onödiga vårddagar och vårdtillfällen på sjukhus till förmån för ett omhändertagande i närmiljön förutsatt att medicinska hinder inte föreligger
- förbättra samarbetet mellan vårdgivarna så att den äldre tas om hand på rätt vårdnivå, av rätt vårdgivare och i rätt tid
- förbättra vårdgivarnas kunskap om varandras uppgift och roll samt skapa samsyn i frågan om optimal vårdnivå

En målsättning Farsta stadsdelsförvaltning satt upp är att ge den enskilde ett mervärde och en optimal vård och omsorg till en kostnad som för stadsdelen är lägre eller densamma som vid traditionell organisation.

HÖKARÄNGENS NÄRVÅRD CENTRAL

Verksamheten

Planering och start

Projektets starttid styrdes av det avtal som landstinget hade med den vårdgivare som tidigare verkade i de lokaler som Hökarängens NVC skulle flytta in i. Avtalet med den tidigare vårdgivaren gick ut 2004 06 30 och landstinget beslöt att sjukvårdsuppdraget inom ramen för Hökarängens NVC istället skulle utföras av Stiftelsen Stora Sköndal. De läkare som tidigare verkat i lokalerna etablerade sig under namnet Hökarängens Hälsocentral på annan adress i Hökarängen.

Stiftelsen Stora Sköndal har sedan slutet av 90-talet goda erfarenheter av arbete med hemtjänst och hälso- och sjukvård i gemensam organisation. Farsta SDN beslöt att det kommunala uppdraget skulle utföras av den hemtjänstgrupp som i egen regi redan hade sina lokaler i området under namnet Hökarängens hemtjänst. Projektet Hökarängens NVCs utgångspunkt var att samordna husläkar- och distriktssköterskemottagning samt hemsjukvård med den kommunala hemtjänsten i en gemensam organisation och med en gemensam ledning.

Ett avtal upprättades mellan de båda huvudmännen för fördelning av kostnader. Driftskostnader (lokaler, telefoner, städning, möbler, el o s v) skulle till 65 procent belasta SLL och Farsta stadsdelsförvaltning skulle stå för resterande 35 procent. Huvudmännen svarar sedan själva för sina respektive personalkostnader samt kostnaderna för utrustning och drift av IT.

I början av 2004 och inför projektstarten upprättades en informationsplan som innehöll följande aktiviteter

- utskick till samtliga invånare i Hökarängen med informationsbrev om den nya verksamheten vid Hökarängens NVC
- information till stadsdelsförvaltning lokala pensionärsråd och landstingets pensionärsråd under våren 2004
- under maj 2004 informationsbrev till samtliga 65 år och äldre med information om förändringen, med en blankett för listning
- lokaltidningen Hökarängsnytt skriver en artikel om Hökarängens NVC i maj 2004
- projektledaren finns från 1 maj 2004 tillgänglig per telefon för frågor om verksamheten och informerar under maj -juni samarbetspartners inom vården om Hökarängens NVC
- webbaserad information finns även tillgänglig via Vårdguiden, Farsta SDFs och Stiftelsen Stora Sköndals hemsidor.

- informationsbroschyr om Hökarängens NVC går på nytt ut till samtliga Hökarängsbor i juni 2004 samtidigt annonseras i lokalpressen
- enhetschefen på Hökarängens NVC samt projektledaren och en representant från beställarkontor vård deltar på SDFs nämnmöte i juni 2004
- på "Hökarängsdagen" deltar projektledaren för att ge personlig information till boende i området
- information ges via annons i synskadades tidning "På tal om Stockholm"

De yngre med funktionshinder var inte lika lätta att nå med information som de äldre, där projektledaren kunde använda sig av födelseår vid sina utskick av informationsmaterial. Förutom annonsering i ovan nämnda publikationer gav projektledaren under början av hösten 2004 information om verksamheten till Farsta Stadsdelsförvaltnings lokala handikappråd.

Den lokal som Hökarängens NVC skulle bedriva verksamhet i blev tillgänglig först kvällen före projektstart den 1 juli 2004. Under juni förbereddes därför verksamhetsstart i en närbelägen lokal. Arbetet gällde såväl övertagandet av hälso- och sjukvårdsansvaret och inskrivning av hemsjukvårdspatienterna som införandet av ett nytt journalprogram. Samtlig personal inom Hökarängens hemtjänst fick under denna period tre halvdagars delegeringsutbildning genom Stiftelsen Stora Sköndal. Under förberedelsetiden användes den tillfälliga lokalen också som lagerlokal för de inventarier som köptes in till Hökarängens NVC.

När verksamheten kom igång i de egna lokalerna ägnades mycket tid åt att försöka skapa en trivsam vårdcentral för patienterna och en välfungerande arbetsplats för personalen. Så sent som kvällen före övertagandet förbereddes IT-utrustningen. Det medicinska journalsystemet fanns därför på plats i de flesta arbetsrum redan den 1 juli. Det datanät som sedan tidigare var inkopplat i lokalerna visade sig dock bestå av en blandning av nya och gamla ledningar vilket skapade problem. I vissa rum fungerade inte den nya datautrustningen och IT-teknikerna fick därför dra tillfälliga ledningar. Dagen för verksamhetsstart började installation av telefoner. Detta arbete var avslutat först efter en dryg vecka. Huvudnumret till Hökarängens NVC var under denna tid öppet via ett mobilnummer. Faxen fick under denna period omkopplas till annat nummer.

I projektledarens egen utvärderingsrapport framhålls att tiden för projektstart, mitt i sommaren, inte var den bästa. Eftersom lokalen inte var tillgänglig före den 1 juli blev sjukvårdspersonal och patienter samtidigt in över tröskeln. Hela den första månaden arbetade hemtjänstens personal fortfarande kvar i sin gamla lokal. Vissa av de svårigheter som uppstod i början hade troligen inte uppstått om starten senarelagts och verksamheten kunnat starta med ordinarie personal på plats. Den personal som nyanstälts fick dra igång verksamheten och skapa rutiner för arbetet samtidigt som de handledde vikarier för den ordinarie personal som var på sommarsemester. Under åtta veckor (semesterperiod) vikarierade projektledaren och enhetschefen växelvis för varandra. Det var vid start många frågor att ta ställning till och projektledaren konstaterar i sin rapport att personalen hade

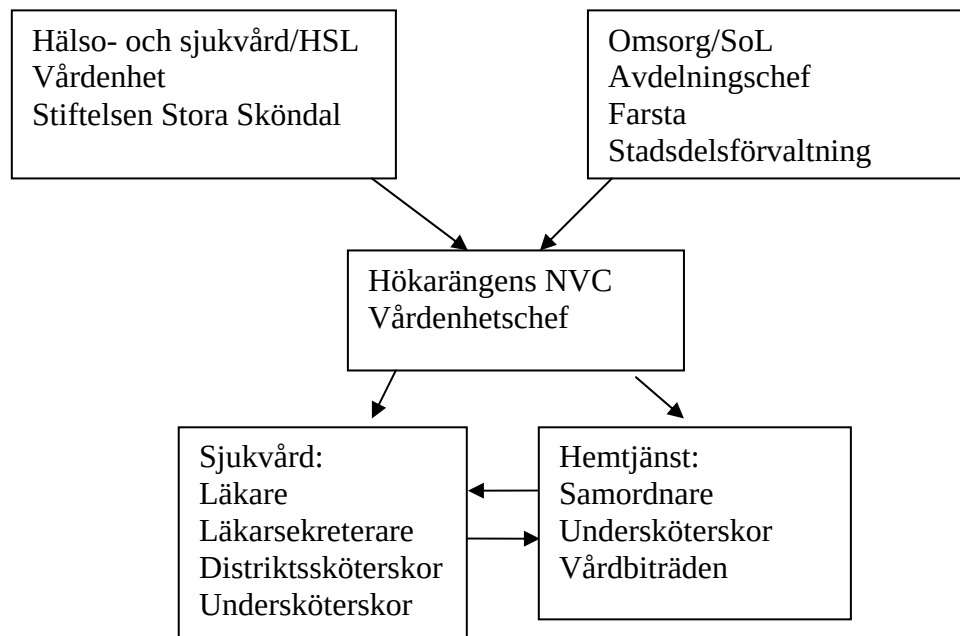
behövt både enhetschefen och projektledaren på plats under verksamhetens första månader.

Projektledaren beskriver hur nedslitna och smutsiga lokalerna var. Storstädning beställdes och utfördes under de första verksamhetsdagarna. Lokalen innehöll många små rum som behövde anpassas till den nya verksamheten. Det första halvåret och en bit in på våren 2005 pågick ombyggnad, upprustning och anskaffning av nödvändig utrustning. Projektledaren ägnade en stor del av sin första tid till att planera och samordna ombyggnationen samt att se till att regelbundna byggstädningar utfördes så att det gick att bedriva sjukvård i lokalerna under ombyggnadstiden.

Vid verksamhetsstart ställdes distriktssköterskorna inför svårigheter. Det handlade bland annat om att få läkemedelslistorna för hemsjukvårdspatienterna att stämma överens med de läkemedel de skulle dela i patienternas dosetter. De läkemedelslistor som överrapporterades från den tidigare vårdgivaren stämde inte alltid med de uppgifter som hemsjukvårdspatienterna själva uppgav. Detta blev krävande för distriktssköterskorna. Det tog tid att korrigera och uppdatera läkemedelslistor och samtidigt hålla hemsjukvårdspatienterna informerade. Trots medgivande från de äldre om tillstånd att rekvirera kopior på journalhandlingarna fick man även problem med att få samtlig dokumentation från den tidigare vårdgivaren.

Organisation, medarbetare och kompetensutveckling

Organisationsskiss över Hökarängens NVC



Hökarängens NVC är ett samarbetsprojekt mellan Stockholms Läns Landsting och Farsta Stadsdelsförvaltning. Vårdenhetschefen för närvårdcentralen har därför två huvudmän som uppdragsgivare. Detta innebär dubbel uppdrags-, rapporterings- och beslutsordning för den ansvariga enhetschefen. Inom enheten är husläkare, distriktssköterskor och hemsjukvård samordnade med den kommunala hemtjänsten i en gemensam organisation och under ledning av vårdenhetschefen. En av läkarna inom Hökarängens NVC är medicinskt ledningsansvarig för hälso- och sjukvården inom enheten.

Ett viktigt ställningstagande från de båda huvudmännen var att medarbetarna inom närvårdcentralen skulle ha en gemensam chef. Vårdenhetschefen har uppdraget att samordna arbetsuppgifterna och hålla ihop verksamheten för att nå ett teambaserat synsätt. Med en gemensam chef skulle uppdraget bli tydligare och medarbetarna gavs förutsättningar att enas om projektets intentioner och verksamhetens mål.

Samtliga medarbetare skulle inrymmas inom en och samma enhet. Både hälso- och sjukvårdspersonal och hemtjänstpersonal skulle ha sin arbetsplats inom närvårdcentralen.

Vid projektstart fördes hela personalgruppen inom Hökarängens hemtjänst med 19 vårdbiträden och undersköterskor anställda av Farsta stadsdelsförvaltning över till Hökarängens NVC. Stiftelsen Stora Sköndal anställde för hälso- och sjuk-

vårdsuppdraget två läkare, den ena geriatriker och den andra allmänläkare, fyra distriktssköterskor, två undersköterskor samt en läkarsekreterare. Biståndshandläggarna har organisatoriskt inte berörts av projektet.

När projektet varit igång ett par månader slutade en av läkarna och en av distriktssköterskorna. Efter ett halvår slutade ytterligare en av distriktssköterskorna och efter ett år blev den andra, från starten anställd, läkaren långtidssjukskriven. Det första året blev bland annat på grund av den instabila personalsituationen ”tuff” och projektet kunde inte hålla den från början uppsatta agendan. Följden blev att projektet försenades. Nya läkare och distriktssköterskor rekryterades. Det senaste året (2006) har personalstaben varit stabil.

Inom hemtjänsten har ingen av medarbetarna slutat. Nio vårdbiträden har däremot i omgångar varit borta från verksamheten och utbildat sig till undersköterskor. Förutom detta har en av hemtjänstens personal utnyttjat möjligheten till friår och en annan varit tjänstledig. För att täcka upp frånvaron under utbildningstiden har tre vikarier arbetat. Enligt projektledaren har man varit noga med att anlita samma tre vikarier för att i största möjligaste mån upprätthålla personkontinuiteten för vårdtagarna. Satsningen på att utbilda vårdbiträden till undersköterskor var ett led i projektets intensjoner. Kompetenssatsningen var nödvändig för att teamarbetet skulle få genomslagskraft och att hemsjukvårdsinsatser och hemtjänstinsatser därigenom skulle kunna samordnas. Likaså för att höja kontinuiteten för vårdtagarna.

Under november 2006 genomförde företaget ATK Arbetsliv, på uppdrag av Stockholms Stads Kompetensfond en utvärdering av genomförda grundutbildningar. (Utvärdering av grundutbildningar för personal inom äldreomsorgen i Stockholm Stad). Vid den utvärderingen framkom att de personer som gått utbildningen till undersköterska från Hökarängens NVC var de som efter genomförd utbildning också hade de bästa förutsättningarna att praktiskt använda sina kunskaper. De som tillfrågades i ATK:s utvärdering vid Hökarängens NVC var: vårdenhetschefen, projektledaren, en distriktssköterska och tre undersköterskor Dessa framförde följande synpunkter om positiva effekter i verksamheten:

- Stort genomslag på delegeringar från distriktssköterska till undersköterska.
- Högre kontinuitet för den äldre genom att samma person kan utföra fler insatser av både hemsjukvård och hemtjänstkaraktär. Samma person är hos den äldre längre tid istället för fler personer kortare tid.
- Bättre utveckling av arbetet genom en större helhet i omvårdnaden, ökad förståelse och kunskap om omvårdnadsbehov.
- Högre effektivitet då olika vårdpersonal inte längre behöver vänta in varandra för olika insatser. Ex. insulingivning och matlagning som tidigare gavs av olika undersköterskor/vårdbiträden från två olika huvudmän, ges idag av en och samma person från Hökarängens hemtjänst.
- Minskad sårbarhet i arbetsgrupperna då fler kan utföra fler arbetsuppgifter.
- Ökad kontinuitet och ökad kompetens ger möjlighet att upptäcka förändringar i hälsotillstånd.

- Regelbundet kunskapsutbyte mellan professionerna inom närvårdcentralens team.
- Förbättrad stämning i personalgruppen, det tidigare ”vi och dom” har minskat.
- Anhöriga kan ges bättre information då färre personer är inblandade i omvårdnaden.

Under 2006 har hemtjänstpersonalen samt två av distriktssköterskorna genomgått en sexdagarsutbildning i socialt synsätt i vården enligt den så kallade KASAM-metoden (känsla av sammanhang). De fyra distriktssköterskorna har också genomgått en endagars utbildning via CeFAM (Centrum för allmän medicin) om hur hälsosamtal kan genomföras.

Sedan projektstart har projektledaren och enhetschefen arbetat med att försöka skapa god teamanda på den gemensamma arbetsplatsen. De första planeringseftermiddagarna som genomfördes handlade om att få personalen att hitta gemensamma rutiner och arbetsmetodik. Vid efterföljande planeringsdagar har fokus främst legat på verksamhetsfrågor och på olika gemensamma aktiviteter för att främja sammanhållningen.

Gemensam chef

En grundläggande tanke med projektet var att hälso- och sjukvårdspersonalen och hemtjänstpersonalen skulle ledas av en gemensam chef. Detta var ett viktigt ställningstagande från de båda huvudmännen för att kunna nå projektets uppsatta mål. Vårdenhetschefen anställdes av Stiftelsen Stora Sköndal men är också organisatoriskt knuten till Farsta stadsdelsförvaltning. De båda huvudmännen enades om den lösningen efter att ha rådgjort med Stockholms stads jurister. Enhetschefen är resultatansvarig för hela verksamheten och leder och ansvarar för samtliga personal- och verksamhetsfrågor.

Under projektets gång har några svårigheter konstaterats som beror på det dubbla huvudmannaskapet. Vårdenhetschefen har under projektiden arbetat med två olika administrativa system. Likaså har chefen omfattats av två olika delegationsordningar vilket har inneburit att chefen arbetat utifrån olika chefsmandat beroende på vilken organisation som ansvarat för den aktuella frågan. Hanteringen av ekonomi- och personalfrågor har fått administreras olika beroende på vilken som varit huvudman. Denna dubbla administration har försvårat den interna utvecklingen inom närvårdcentralen. I och med att chefen omfattats av två huvudmän har det också varit nödvändigt för vårdenhetschefen att delta i möten hos de båda huvudmännen vilket tagit en del tid i anspråk.

Arbetsmetodik

Enligt projektledaren ägnade verksamhetens medarbetare mycket tid det första året åt att anpassa och förankra rutiner, riktlinjer och arbetsmetoder, likaså att tydliggöra och enas om definitioner och begrepp. Dessa hade ibland haft en annan

innebörd i den tidigare organisationstillhörigheten. Det var viktigt att få de två huvudmännens personal att använda en och samma begreppsvärld.

Arbetet var också förknippat med vissa svårigheter på grund av två lagstiftningar (Hälso- och sjukvårdslagen och Socialtjänstlagen) och två olika arbetskulturer – den inom landstinget och den inom kommunen. Sjukvårdspersonalen var vana att göra egna bedömningar av de insatser som krävs och att sedan verkställa dessa. Detta till skillnad från hemtjänsten där de uppdrag som ska utföras grundar sig på och är beslutade av stadsdelsförvaltningens biståndshandläggare. För hemtjänstens personal tillkom det nya att vissa hemtjänstinsatser skulle samordnas med hemsjukvårdsinsatser. Hemsjukvårdsinsatser som grundade sig på beslut som fattats av husläkaren eller distriktssköterskan. Inom Hökarängens NVC överlämnas dessa sjukvårdsuppdrag genom en skriftlig beställning till hemtjänsten.

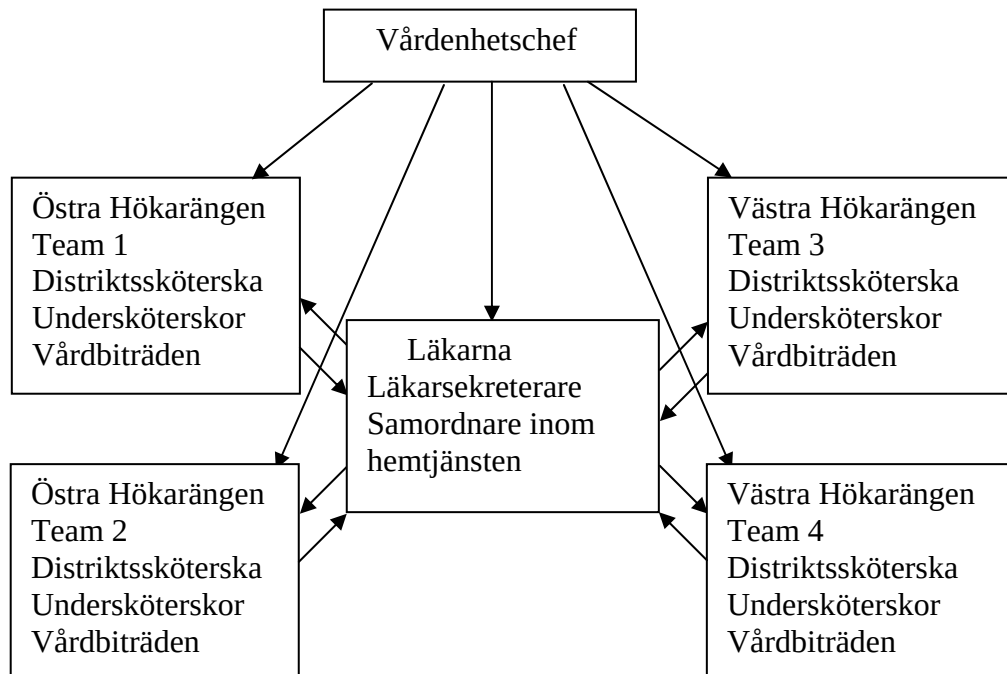
Sedan våren 2005 träffas en arbetsgrupp bestående av projektledaren, två undersköterskor, ett vårdbiträde, samordnaren från hemtjänsten samt en distriktssköterska var 14:e dag. Arbetsgruppens uppgift är att inventera och identifiera ”flödesstopp och oklara rutiner” samt komma med förslag till lösningar.

Först ett drygt år efter projektstart (senhösten 2005) fanns förutsättningar för att påbörja arbetet med att bilda omvårdnadsteam. Distriktssköterskorna och hemtjänstens personal delades in i fyra geografiska områden. De båda läkarna fick uppdraget att ansvara för två team var. Tanken med uppdelningen var att få bättre struktur och ordning på arbetet samt att ge vårdtagarna högre personalkontinuitet. Respektive omvårdnadsteam (utom läkarna) träffas sedan årsskiftet 2005/2006 varje morgon för att fördela och planera arbetet och tillsammans gå igenom eventuella akuta händelser. Hemtjänsten och distriktssköterskorna har med denna arbetsordning möjlighet att dagligen rådgöra med varandra om behovet av speciella insatser.

Inom Hökarängens NVC har distriktssköterskorna en central roll. Distriktssköterskorna är navet i närvårdcentralens organisation med sin kompetens och ställning i organisationen. De har möjlighet att i större utsträckning än vanligt delegera till hemtjänstens undersköterskor. De kan fånga upp viktig information från hemtjänsten som underlag till läkarnas behandlingsarbete. Likaså att handleda och ge råd till hemtjänsten i omvårdnaden av vård- och omsorgstagarna. Distriktssköterskorna har en nyckelfunktion i sin roll som medicinsk ledare av hälso- och sjukvårdsarbetet i teamen. Rätt använt kan professionen utgöra en trygghetsfaktor för hemtjänstens personal som i sin tur kan leda till en bättre och tryggare vård för den enskilde.

De fyra distriktssköterskorna har också ansvaret att upprätthålla mottagnings-sköterskefunktionen inom närvårdcentralen. Det innebär att en av distriktssköterskorna varje vardag mellan klockan 8.00 – 17.00 sköter mottagningen och den medicinska rådgivningen på telefon.

Organisationsskiss över Vårdteamen



Teamen är sammansatta på ett sådant sätt att så mycket kompetens som möjligt finns inom respektive team. Som exempel kan nämnas att varje team har sin egen specialist inom demensområdet. Detta för att undvika att bilda ett särskilt demenssteam inom Hökarängen och för att säkra kontinuiteten för den enskilde. Tanken är att teamet ska kunna vara tryggheten för den enskilde oavsett vilken åkomma som den enskilde drabbats av.

Enligt projektledaren har teamen en bra kontroll över vilka som åker akut till sjukhus och när dessa är åter i sin bostad. Detta har i våra tidigare studier beskrivits som ett problem, att de äldre "faller mellan stolarna" och att ingen vet eller tar ansvar för när de skrivs ut från sjukhuset och kommer hem. Genom teamens dagliga träffar, där både akuta och planerade insatser tas upp, fångas de utskrivningsklara upp och teamen har möjlighet att planera inför hemgången och mottagandet i bostaden på ett helt annat sätt än tidigare. Läkarna inom närvårdcentralen får inte bara information om patientens tillstånd från sjukhuset utan får också via teamen, rapporter över hur den enskilde mår och hur det går i hemmet efter hemkomsten.

Teamens dagliga träffar beskrivs av projektledaren som ytterst viktigt för samarbetet. Det handlar om att lära känna varandra, att visa respekt för alla oavsett professioner. Tillsammans utgör teamen en stor kunskapsbas. Det gäller att använda allas kompetens och uppmuntra till ansvar och delaktighet. Projektledaren beskriver hur teamen klarat av att lösa svåra problem genom att använda sin samlade kompetens och erfarenhet, olikheterna gynnar det innovativa

tänkandet. *”Flera hjärnor med olika kompetens och erfarenhet tänker bättre än hjärnor med liknande kompetens och erfarenhet, helt enkelt”.*

Under våren 2006 vidareutvecklades samarbetet genom att respektive omvårdnadsteam en gång i månaden samlas till omvårdnadskonferens. Samtliga gemensamma ärenden stäms av och behov av åtgärder och förändringar planeras i samråd. Läkarna adjungeras vid behov och har vid flera tillfällen deltagit i planeringen av de mest komplexa ärendena. Dessa ärenden har gällt både äldre och funktionshindrade. Dokumentationen från omvårdnadskonferenserna förs in i respektive journalsystem – i patientjournalerna av distriktssköterskan och i den sociala journalen av den äldres kontaktperson inom hemtjänsten eller av hemtjänstens samordnare. Korta arbets- och stödanteckningar förs av projektledaren.

Projektledaren och samordnaren för hemtjänsten deltar vid alla fyra gruppernas teamkonferenser. Sedan i maj 2006 adjungeras även utomstående personal och professioner vid behov till omvårdnadskonferenserna – från Gubbängens rehabteam, psykiatrin i området.

Teamarbetet har visat sig vara mer eller mindre värdefullt för alla målgrupper inom projektet. För de begynnande skröpliga är den nära kontakten mellan hemtjänst, läkare och distriktssköterskor en trygghet för att säkerställa läkemedelsbehandling och hantering av läkemedel enligt medarbetarna inom Hökarängens NVC. Likaså finns förhoppningar om att den samlade kompetensen i teamen, genom sin närhet till varandra ska kunna ge råd och stöd till enskilda utifrån ett helhetsperspektiv, där det uppsökande och förebyggande arbetet byggs in. Här är man inte ännu, då det uppsökande arbetet nyligen har kommit igång. Teamens arbete för de äldre med omfattande behov är idag den största gemensamma nämnaren för professionerna i teamen. Arbetet har redan givit ökad trygghet för gruppen vilket vi fått bekräftat vid intervjuerna men där det också pågår ytterligare utveckling inom Hökarängens NVC för att nå ännu längre i samverkan för att uppfylla gruppens uttalade behov.

Läkarna uttrycker vid intervjuerna att de fått en ökad kontroll och bättre uppföljning av patienterna genom det nära samarbetet med hemtjänsten. De får frågor belysta via hemtjänsten som annars riskerar att kvarstå som frågetecken. Hemtjänstens personal kan registrera och återkoppla effekter av den behandling som läkarna sätter in. Läkarna, distriktssköterskorna och hemtjänsten samspelar för att nå den bästa kvaliteten för ett gott välbefinnande för vårdtagaren. Detta gäller inte enbart de vårdtagare som har hemsjukvård och tillhör teamen utan också de vårdtagare som tidigare haft täta vattenskott mellan sjukvård och hemtjänst. Läkarna framhåller också värdet av att ha tillräckligt med tid för sina patienter, de tror att detta i förlängningen kommer att innebära en ökad effektivitet med rätt utnyttjande av vård av rätt yrkeskategori.

De yngre med funktionshinder har ofta en mångfacetterad och komplex behovsbild. För denna grupp där många parter utanför Hökarängens NVC är inblandad i omvårdnaden är en av teamens uppgifter att hålla ihop dessa parter så att insatserna får ett sammanhang i sin helhet. Det sättet att arbeta innebär för den

enskilde en ökad kontinuitet, struktur och trygghet. De funktionshindrade behöver bara ha en ingång i vården.

De vårdtagare som har både hemsjukvårds- och hemtjänstinsatser har en hemsjukvårdspärm i sitt hem. I denna finns aktuell information samt signeringslistor tillgängliga för den personal som arbetar hemma hos den äldre.

Distriktssköterskorna hade vid projektstart olika rutiner för sitt arbete. Under 2006 har gemensamma rutiner utarbetats. Detta har undanröjt oklarheter för övriga professioner inom verksamheten.

Från projektstart fanns två undersköterskor anställda av Stiftelsen Stora Sköndal. Undersköterskornas huvudsakliga arbetsuppgift var att ta emot delegation från distriktssköterskorna på hemsjukvårdsinsatser samt att sköta provtagningen inom närvårdcentralen. I takt med att hemtjänstens personal kompetensutvecklats och att fler undersköterskor inom hemtjänsten nu kan ta emot delegering av hemsjukvård har dessa båda undersköterskors arbetsordning ändrats. Från och med år 2007 arbetar de tillsammans med undersköterskorna i hemtjänsten. Samtliga undersköterskor arbetar sida vid sida och utför både hemtjänst och hemsjukvårdsinsatser. I och med detta har, enligt projektledaren, projektets målsättning att öka samarbetet mellan huvudmännen för att skapa en osynlig vård- och omsorgsfläta för de äldre kommit ytterligare en bit på väg.

Enhetschefen har från och med 2007 upprättat en rutin för enhetens anhöriganställningar. Rutinen innebär att man tydliggjort vad en anhöriganställning innebär, vilka förväntningar som finns från arbetsgivaren och att den anhöriganställda varje månad träffar enhetschefen för avstämning och för att få råd i omvårdnadsarbetet. Samtliga anhöriganställda får av enhetschefen också stöd i att upprätta en genomförandeplan.

I enlighet med stadsdelens policy genomförs alltid ett välkomstsamtal hemma hos en ny hemtjänstmottagare. Hemtjänstens personal går då igenom biståndsbeslut och upprättar en genomförandeplan. Detta har inte tidigare varit rutin för de personer som endast haft serviceinsatser (städning, matdistribution, inköp och tvätt) som utförts av underentreprenörer. Från och med 2007 kommer även dessa hemtjänstmottagare att få ett välkomstsamtal. Samtalet genomförs av personal från Hökarängens hemtjänst. Underentreprenörerna kommer inte att vara med vid detta första tillfälle. När välkomstsamtalet är genomfört kontaktas underentreprenören och insatsen beställs av Hökarängens hemtjänst.

För att fånga upp fler personer som kan tänkas vara intresserade att lista sig på Hökarängens NVC skickas ett informationsblad ut till dem som fyller 65 år under året. Likaså får samtliga nyinflyttade som är 65 år eller äldre informationen hemskickad till sig. De funktionshindrade nås genom informationssatsningar via intresseorganisationer och genom information via olika LSS verksamheter.

Hökarängens NVCs sätt att arbeta har visat på betydelsen av bra kommunikation och information mellan de olika professionerna runt den äldre och de funktions-

hindrade. Hemtjänstens personal har dagliga möjligheter att stämma av uppkomna situationer och frågeställningar med sjukvårdens personal. Detta har, enligt projektledaren, lett till ökad samsyn och bättre samarbete kring vård- och omsorgstagarna.

Genomförda aktiviteter

I samarbete med Röda korset har Hökarängens NVC arrangerat tre anhörigcirklar med start våren 2005. Anhörigcirkarna har vänt sig till personer som vårdar anhöriga i hemmet. Cirkarnas syfte var att informera om samhällets möjligheter till stöd i hemmet men också att ge tillfälle till möten med anhöriga i liknade situation. Cirkarna har letts av Röda korset och deltagarna har träffats i Hökarängens NVCs lokaler vid tio tillfällen. Som studiematerial har häftet "Att var anhörig" använts. Föreläsare har varit läkare, distriktssköterska, biståndshandläggare, dietist, arbetsterapeut, sjukgymnast och hörselkonsulent.

Inför starten av cirkarna hjälpte personalen vid Hökarängens NVC till att identifiera anhöriga. Förslag på anhöriga kom från både läkare, distriktssköterskor och hemtjänstens personal. De anhöriga som behövde avlastning i hemmet för att kunna delta beviljades detta genom biståndsbeslut. Hökarängens hemtjänst genomförde avlastningsinsatsen. Totalt har 17 anhöriga deltagit i de tre cirklar som genomförts.

Hökarängens NVC har också erbjudit de boende inom Hökarängen som nyss fyllt 70 år två informationsträffar om hur fallolyckor kan förebyggas. Dessa träffar genomfördes i samarbete med Södersjukhusets akutmottagning, Farsta Brandstation, Falcks ambulans, PRO, SPF samt Gubbängens arbetsterapi och sjukgymnastik. Under oktober 2006 kom de planerade och riktade hälsosamtalen/förebyggande hembesöken igång. Distriktssköterskorna erbjuder samtliga boende i Hökarängen som under året fyller 80 år ett sådant samtal (totalt 62 personer 2006). Distriktssköterskorna hann genomföra 16 hembesök under slutet av 2006.

Dokumentationen

Hälso- och sjukvårdens personal dokumenterar enligt patientjournallagen och hemtjänstens personal enligt socialtjänstlagen. Inom Hökarängens NVC hålls dokumentationen på respektive håll åtskiljd. Hemtjänsten har använt ett dokumentationssystem som under år 2007 ska bytas ut mot Stockholms stads nya system ParaSol. Stiftelsen Stora Sköndal har ett dokumentationssystem som i dagsläget inte är eller kommer att vara kompatibelt med kommunens. Önskemålet från personalen inom närvarcentralen är ett gemensamt journalsystem där samtlig personal kommer in i en gemensam portal i systemet vilket skulle innebära en stor vinst och underlätta samarbetet mellan de olika yrkesprofessionerna i teamen.

Sekretessfrågan har med framgång bearbetats under projektets första år. Jurister från kommun och landsting kontaktades för att utforma gemensamma riktlinjer och ett hållbart juridiskt dokument för hur Hökarängens NVC skulle kunna hantera frågor kring sekretess. En medgivandeblankett om informationsöverföring

mellan personal som omfattas av både SoL (Socialtjänstlagen) och HSL (Hälsö- och sjukvårdslagen) har tagits fram i samarbete med juristerna. Vårdtagaren fyller själv i medgivandeblanketten efter att först ha tillfrågats om de vill ge sitt tillstånd till informationsöverföring mellan personal från Hökarängens NVCs båda huvudmän. Medgivandeblanketten har gett omvårdnadsteamerna möjlighet att ta del av varandras dokumentation utan att överskrida sekretesslag och LYHS (lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område). Medgivandeblanketten ska förnyas årligen och ska, enligt juristerna, inte användas som rutin utan först efter avvägning i varje enskilt fall. Endast två av de 90 gemensamma vårdtagarna har avböjt detta förfarande.

Personer med hemsjukvård och hemtjänst

Vid start för projektet fanns sju personer som var inskrivna i hemsjukvården och som också hade hemtjänst och som behövde insatser motsvarande undersköterskenivå. Antalet har inte nämnvärt ökat under projektets två första år. Skillnaden är att insatserna idag utförs av hemtjänstens undersköterskor. De gemensamma ärendena är dock betydligt fler.

Idag har Hökarängens NVC 160 personer inskrivna i hemsjukvården. Av dessa har 90 personer också hemtjänst. Tio av de 90 personerna behöver dagligen hemsjukvårdsinsatser som de får via hemtjänstens undersköterskor. Flera av de övriga 80 personerna har regelbunden kontakt med närvårdcentralens läkare och har också stöd med medicineringen via distriktssköterskorna och teamen.

Det finns ytterligare tio stycken personer som ännu inte är inskrivna i hemsjukvården men som har hemtjänst och regelbunden kontakt med närvårdcentralens läkare. För dessa är kontakten mellan hemtjänsten och läkarna ytterst betydelsefull för att medicinering och behandling av sjukdomar skall fungera.

Yngre personer med funktionshinder

Det går inte med hjälp av registerdata uppskatta antalet personer med funktionshinder i Hökarängen. I slutet av 2006 fanns 45 funktionshindrade listade på Hökarängens NVC. Gruppen funktionshindrade som varit listade på Hökarängens NVC har ökat sedan verksamhetsstart, från fem det första året till 45 i slutet av år 2006.

Liksom gruppen funktionshindrade inte kan återfinnas i något register kan den heller inte klart definieras. Ingen person utesluts i princip från vård på Hökarängens NVC. Det handlar mer om nyttan för den enskilde med just Hökarängens NVC:s möjligheter till omhändertagande. De diagnoser de funktionshindrade har är mångfasetterade och problemen ofta komplexa. Det förekommer neurologiska skador, psykiska funktionshinder, diabetes och synskador men också missbruksproblem, flyktingproblematik, brännskador mm.

De funktionshindrade med sin komplexa, tunga och delvis annorlunda problematik och behov av lösningar har krävt samarbete med vårdgivare utanför Hökarängens NVC på ett annat och mer tvingande sätt än för gruppen 65 år och

äldre. Det har gällt specialist- och rehabiliteringskompetens liksom kompetens inom psykiatri och missbruksvård. Detta arbete har tagit tid men projektledaren bedömer nu att det börjat fungera och att samarbetet även kommer de äldre till del.

Av de funktionshindrade bor åtta psykiskt funktionshindrade personer på Lingberga gruppbostad. Efter diskussioner med psykiatri i området har man gemensamt kommit fram till att Hökarängens NVC saknar de specialresurser som krävs för att tillgodose behoven hos denna grupp. De som bor på Lingberga kommer därför under våren 2007 att få sin patientansvariga läkare och distriktsköterska från den öppna psykiatri i området. De kommer dock även fortsättningsvis att vara listade på Hökarängens NVC.

Förutom på Lingberga bor fem funktionshindrade på Hökarängens nya Gruppbostad. Tre funktionshindrade bor i ordinärt boende med personliga assistenter enligt LSS. Hos en av dessa arbetar en grupp assistenter dygnet runt och har delegering av medicinska insatser genom Hökarängens NVCs distriktssköterska. En annan person har hemtjänst och hemsjukvård från Hökarängens NVC och dagligt stöd av undersköterska och hjälp med lyft och såromläggning på samma gång. Den tredje personen med assistent enligt LSS står på ApoDos men hanterar denna själv. Fem av de funktionshindrade listade på Hökarängens NVC har boendestödare genom socialpsykiatri. Två har hemsjukvårdsbidrag.

23 av alla 45 funktionshindrade som var listade på Hökarängens NVC i slutet av 2006 var inskrivna i hemsjukvården. Åtta av dessa personer hade även hemtjänst från Hökarängens NVC.

Frågor som klarats av under projektiden

- informationsaktiviteter riktade till Hökarängens äldre
- upprustning och utrustning av Hökarängens NVCs lokal
- arbete kring övertagandet av patienter från annan vårdgivare
- utarbetandet av arbetsrutiner och former för samarbete inom Hökarängens NVC
- personalrekryteringsarbete i samband med att sjukvårdspersonal slutat
- utarbetande av medgivandeblankett för informationsöverföring mellan huvudmännens personal
- arbete i omvårdnadsteam med början år 2006
- uppsökande verksamhet igång senhösten 2006

Frågor närvårdcentralen kommer att arbeta vidare med

- välkomstsamtal och genomförandeplaner införs för alla nya hemtjänstmottagare även för dem som endast har serviceinsatser (städning, mat-

distribution, handling, tvätt) utförda genom underentreprenör till Hökarängens hemtjänst

- Hökarängens NVC kommer att utarbeta rutiner för hur underentreprenörernas uppdrag skall följas upp och utvärderas
- de äldre som har hemtjänst genom Hökarängens NVC kommer att erbjudas alternativ till de matlådor som hitintills levererats
- behovet av ett gemensamt dokumentationssystem återstår att lösa. Nytt dokumentationssystem införs inom kommunen. De båda systemen som används och kommer att användas inom Hökarängens NVC är inte kompatibla. För att lösa frågan är närvårdcentralen beroende av den nationella handlingsplanen som Socialstyrelsen har på sitt bord.

Personalens erfarenheter

Vid två tillfällen våren 2005 och våren 2006 genomförde Äldrecentrum individuella intervjuer med samtlig personal som arbetade eller hade arbetat vid Hökarängens NVC. Vid det första tillfället intervjuades 34 personer – projektledare, enhetschef, läkarsekreterare, tre läkare (varav en slutat), 4 distriktssköterskor, sju undersköterskor (varav två anställda på vårdcentralen och fem av kommunen) samt 17 vårdbiträden (varav fem var under utbildning till undersköterskor).

Vid det andra tillfället våren 2006 intervjuades återigen 34 personer. Denna gång projektledare, enhetschef, läkarsekreterare, tre läkare (varav en sjukskriven), sex distriktssköterskor (varav två slutat), elva undersköterskor (varav två anställda på vårdcentralen och nio av kommunen) samt elva vårdbiträden (varav två var under utbildning till undersköterskor).

Kunskapen från personalintervjuerna finns som en intern arbetsrapport. Rapportens huvudsakliga syfte var att bidra till den fortsatta utvecklingen genom återkoppling av resultatet från intervjuerna till verksamheten vid Hökarängens NVC. De frågor som ställdes till Hökarängens NVCs olika professioner och medarbetare rörde personalens

- förväntningar på Hökarängens NVC före start, efter 6 månader samt efter 1,5 år
- uppfattning om Hökarängens NVC:s funktion efter 6 månader respektive efter 1,5 år
- uppfattning om vilka frågor som bearbetats och fått sin lösning samt vilka frågor som fortsättningsvis behöver bearbetas inom Hökarängens NVC
- syn på hur verksamheten vid Hökarängens NVC har utvecklats och syn på behov av utveckling inför framtiden

Personalintervjuer 2005

De intervjuer med personal inom Hökarängens NVC som genomfördes våren 2005 visade att samtliga medarbetare hade upplevt verksamhetsstarten som tuff. Många betraktade uppdraget så som de började som *”i det närmaste omöjligt”*. Lokalerna med små rum och trånga korridorer var vid starten i ett dåligt skick. Torftigt möblerade, med stort behov av renovering samt utan mycket av elementär utrustning. Den första hösten kantades av ombyggnationer. Verksamheten bedrevs i byggdamm och i allmänt smutsiga lokaler. Att personalen ändå tyckte sig klara uppdraget handlade, som intervjuerna klart visar, om det stora engagemang de flesta medarbetarna besatt, en stor portion lojalitet mot arbetsgivare, en stabil hemtjänstgrupp och tåliga ledare. Den tuffa starten försenade, enligt de inter-

vjuade, projektets utveckling och medarbetarnas förväntningar och tålamod sattes i flera fall på hårda prov.

I intervjuerna vid det första intervjutillfället, knappt ett år efter projektstarten, beskrevs att Hökarängens NVCs personal ännu inte var ett enhetligt arbetslag. Viljan och förutsättningarna fanns men flera av de intervjuade efterfrågade en tydligare ledning. De två viktigaste frågorna som pockade på lösning rörde teambildning och utarbetande av gemensamma rutiner för arbetet.

Vid intervjuerna framkom att distriktssköterskornas arbetssituation behövde ses över. Distriktssköterskorna uppgav i sina intervjuer att det under den första verksamhetsperioden tagit mycket av deras tid att få till stånd fungerande arbetsrutiner och att de ofta varit tvingade till dagliga och ibland akuta omprioriteringar. Arbetet upplevdes som stressande, splittrat och rörigt. Distriktssköterskorna ansåg själva att denna situation inkräktat på deras egna möjligheter till hembesök hos de äldre och på deras möjligheter att fungera som tillfredställande stöd för undersköterskor och vårdbiträden i det dagliga omvårdnadsarbetet.

Denna bild verifierades av undersköterskor och vårdbiträden som i intervjuerna beskrev händelser kring den äldres omvårdnad och säkerhet där de saknat distriktssköterskornas stöd ute i verksamheten hemma hos de äldre. Det framstod som centralt att distriktssköterskornas kunskaper och medicinska ledning både behövdes och var efterfrågade i det dagliga arbetet.

De frågor som lyftes fram vid intervjuerna 2005 för vidare bearbetning var att

- utveckla gemensamma rutiner och riktlinjer till hjälp i det dagliga arbetet för att få verksamheten att hänga ihop som en enhet
- ge distriktssköterskorna ökade möjligheter att handleda och ge stöd till undersköterskor och vårdbiträden ute i verksamheten hemma hos de äldre
- utveckla den för patienterna viktiga mottagningsfunktionen
- reda ut frågorna kring sekretessen mellan de olika professionerna och huvudmännen så att tolkningen inte blir till hinder för omvårdnadsarbete och säkerhet
- diskutera och undersöka om sjukvårdande insatser ställts mot biståndsbeslutade insatser enligt socialtjänstlagen
- analysera varför en läkare och två distriktssköterskor sagt upp sig

Personalintervjuer 2006

Vid det andra tillfället som Äldrecentrum intervjuade Hökarängens NVCs personal hade verksamheten funnits i drygt ett och ett halvt år. Någon månad före dessa intervjuer, vid årsskiftet 2005/2006, hade man från Hökarängens NVCs sida delat in Hökarängen i fyra områden. I varje område skulle ett team med en ansvarig distriktssköterska arbeta tillsammans med områdesindelade undersköter-

skor och vårdbiträden. De intervjuade ansåg att denna indelning innebar en effektivisering av arbetet och de tyckte att indelningen redan lett till bättre personalkontinuitet för de äldre.

De flesta medarbetarna på Hökarängens NVC tyckte att hemtjänstgruppen utvecklats både vad gällde handlingsförmåga och kompetens. Det framfördes i intervjuerna att hemtjänstens *"möjligheter till helhetsagerande hade höjts"*. Både enhetschef och hemtjänstgrupp gav särskilt uttryck för uppskattning gentemot hemtjänstens samordnare som fungerade som arbetsledare för hemtjänstgruppen. Både vårdbiträden och undersköterskor inom hemtjänsten gav starkt uttryck för sin uppskattning av närheten till läkare. Man uppskattade också det stöd vid läkemedelsförskrivning som fanns i och med att verksamheten under den första perioden, genom Äldrecentrum och med medel från Apoteket AB, kunnat knyta en apotekare till verksamheten för stöd i förskrivning och med läkemedelsgenomgångar.

På minussidan fanns fortfarande lokalerna trots att man vid tidpunkten för de senare intervjuerna var klar med renoveringen. Personalen gav dock uttryck för stort tålamod. *"Etablering och uppbyggnad tar och måste få ta lång tid."* Flera av de intervjuade inom hemtjänsten oroade sig över att tiden inte räckte till hemma hos den äldre. Att vårdbiträden och undersköterskor endast kunde göra *"det nödvändiga"*. Enligt de intervjuade inom hemtjänsten fanns sällan full personalstyrka.

Man oroade sig för att det sociala innehållet krympte samman. Som exempel nämndes minskade möjligheter till promenader och otillfredsställande hjälp med mat i form av matdistribution. Man önskade att hemtjänsten istället skulle kunna laga maten hemma hos den äldre. I detta sammanhang såg man med oro på att restaurang Kryddgården hade lagts ned. En oro fanns över att sjukvårdsinsatserna skulle ta över delar av det sociala innehållet i hemtjänsten. Att hemtjänstens personal skulle ge sjukvårdsinsatser på bekostnad av hemtjänstinsatser. Av intervjuerna framgick att det var svårt att klara dementa och ensamma äldre med omfattande och sammansatta behov i det ordinära boendet inom ramen för den hemtjänst som bedrevs.

På frågan om vem man trodde hade mest nytta av Hökarängens NVC så svarade de flesta. *"Äldre med sammansatta behov och de i begynnande skröplighet."* För dem på väg in i skröplighet såg de intervjuade en möjlighet då man planerade att komma igång med det uppsökande och förebyggande arbetet.

Beställarnas och vårdgrannarnas erfarenheter

Vid årsskiftet 2005/2006 intervjuades 38 personer om Hökarängens NVC samt om hinder och möjligheter för samverkan mellan Hökarängens NVC och omgivande vård- och omsorgsgrannar. De intervjuade var fyra politiker (ordförande och vice ordförande i Farsta SDN samt ordförande och vice ordförande i Sjukvårdsberedningen, Söderort), sju verksamhetsansvariga inom Farsta stadsdelsförvaltning och landstingets Beställare vård, två administratörer inom Hökarängens NVCs styrgrupp, tre företrädare för PRO och pensionärsråd, två jurister samt 20 olika samverkanspartner och vårdgrannar. Dessa representerade 16 olika funktioner/verksamheter – Södersjukhusets medicinklinik, Södra Stockholms geriatriska klinik, Dalens SAH, kvälls och nattpatrullen i området, områdets psykiatriteam, trygghetsjouren i Stockholms stad, rehabteamet i Gubbängen, tre LSS verksamheter i Hökarängen samt biståndshandläggare, boendesamordnare och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) på Farsta SDF. De flesta intervjuer genomfördes per telefon. I några fall skedde intervjuerna vid personliga möten. En enhet besvarade Äldrecentrums frågor skriftligt. Rapporten finns i sin helhet som en intern arbetsrapport.

Rapporten beskriver hinder och möjligheter för samverkan främst ur ett organisations- och producentperspektiv. Ett huvudsakligt syfte var att ge projektledare, enhetschef och övriga medarbetare inom Hökarängens NVC ytterligare infallsvinklar på arbetet och underlag för vidareutveckling av verksamheten.

Politikerna

Politikernas förväntningar på Hökarängens NVC gällde ökade möjligheter till helhetsagerande för äldre och för de funktionshindrade. Ett ökat helhetsagerande skulle förenkla, effektivisera och öka tryggheten för målgruppen. De antog att intresset för äldre och funktionshindrade skulle vara en drivkraft för dem som sökte arbete inom Hökarängens NVC. De förväntade sig att verksamheten skulle fokusera på uppföljning och möjlighet att bedriva uppsökande arbete.

De tyckte vid intervjuerna ett och ett halvt år efter projektstart att verksamheten utvecklades i långsam takt. De såg problem med det dubbla huvudmannaskapet. Mest nytta trodde och hoppades de att verksamheten skulle få för äldre multisjuka. En farhåga var att verksamheten inte skulle passa för de funktionshindrade.

De framhöll vikten av att invänta en utvärdering av verksamheten och inte för snabbt fatta beslut om i vilken form verksamheten ska drivas vidare.

Frågor för vidare diskussion

Frågor politikerna ansåg behövde diskuteras vidare var

- om verksamheten vid Hökarängens NVC har ekonomisk bärighet
- om upptagningsområdet för Hökarängens NVC skall vara för samtliga äldre boende inom Farsta SDF
- om det är möjligt att bygga in liknande arbetssätt inom övriga redan befintliga vårdcentraler/husläkarmottagning inom området

Beställare och verksamhetsansvariga

De intervjuade verksamhetsansvariga förväntade sig att Hökarängens NVC skulle utveckla en modell för kontinuitet, trygghet och teamarbete utifrån målgruppens helhetsbehov. Arbetet skulle effektiviseras och informationsflödet förbättras genom en ökad kommunikation mellan de olika professionerna inom Hökarängens NVC. Möjligheten att fånga upp de äldre tidigt och därmed minska akutbesök på sjukhus och onödiga sjukhusinläggningar såg man som centralt.

Starten beskrev de intervjuade som besvärlig. De ansåg att verksamheten utvecklats mycket långsammare än förväntat. Man ansåg att mycket arbete kvarstod och funderade över om vissa anställda var mindre förändringsbenägna än man förutsatt. Man trodde dock att tryggheten för många av de äldre hade ökat men befarade att de yngre funktionshindrade delvis glömts bort.

Mest nytta såg man för de äldre med stora och sammansatta behov. Mindre nytta för yngre funktionshindrade. En tveksamhet framfördes om verksamhetsidén passade för denna målgrupp. Man önskade att projektiden skulle förlängas i avvaktan på utvärderingen.

Frågor för vidare diskussion

Frågor som beställarna och de verksamhetsansvariga ansåg behövde diskuteras vidare var att

- hitta en stabil driftsform och lösning på frågor kring det dubbla huvudmannskapet
- komma igång med teamarbetet
- hitta ekonomi i verksamheten genom att t ex öka sjukvårdsvolymen, upptagningsområdet eller genom att införliva även det särskilda boendet
- ta ställning till om yngre funktionshindrades behov kan tillgodoses inom Hökarängens NVC

Företrädare för pensionärerna

De intervjuade pensionärernas förväntningar av Hökarängens NVC var att verksamheten skulle samarbeta kring de sjukaste äldre. Det hoppades att personal-

kontinuiteten kring de äldre skulle öka och att de äldre skulle tycka att det var trevligt att besöka Hökarängens NVC.

De hade hört att det varit tungt för verksamheten att komma igång men att det blivit bättre. De tyckte att Hökarängens NVC var ”*på väg*” och att läkarna visade ett intresse och var mer personliga än på traditionellt drivna vårdcentraler/husläkarmottagningar. Man trodde att Hökarängens NVC var bra för alla äldre men bäst för dem som inte själva orkade gå till vårdcentralen och för de svårast sjuka äldre med störst behov av personalkontinuitet och en läkare som tar ett helhetsansvar. Pensionärerna såg det som mycket angeläget att Hökarängens NVC skulle få vara kvar.

Frågor för vidare diskussion

Frågor som företrädarna för pensionärerna ansåg behövde diskuteras vidare var att

- verksamheten utvecklar det förebyggande och uppsökande arbetet
- flera öppet hus träffar och föreläsningar ska anordnas

Samarbetspartners och vårdgrannar

Intervjuade samarbetspartners och vårdgrannar förväntade sig bättre kontinuitet och helhet särskilt för de äldre. Att de äldre skulle ”*bli sedda*”. Akutsjukvården såg Hökarängens NVC som en ny möjlighet för de äldre i en situation där nedskärningar av geriatrikplatser och särskilt boende blivit allt vanligare. De intervjuade önskade att riva murar och öka samarbetet mellan olika vård- och omsorgsformer. De hoppades på att Hökarängens NVC skulle kunna erbjuda dem en bättre kommunikation med distriktssköterskor och hemtjänst än traditionellt driven vårdcentralsverksamhet.

De tyckte att Hökarängens NVC utvecklats i långsam takt. De saknade information om verksamheten och om Hökarängens NVC:s kontakt utåt med andra verksamheter. Några gav uttryck för att det inte verkade som om all personal som arbetade på Hökarängens NVC haft uppdraget klart för sig. Man befarade att verksamheten inte skulle förbättra situationen för gruppen yngre funktionshindrade. Mest nytta ansåg man att de mest sjuka äldre hade av Hökarängens NVC. Äldre med behov av täta läkarkontakter och äldre som ofta åkt in och ut till akutsjukhuset. Många framhöll att samhället behöver styra resurserna till svaga behovsgrupper.

Under sommaren 2006 öppnades Farsta Närakut. Hur den kan komma att påverka vårdkonsumtionen har inte kunnat fångas upp inom ramen för denna studie.

Frågor för vidare diskussion

Frågor som vård- och omsorgsgrannar ansåg behövde diskuteras vidare var att

- lösa problemet med verksamhetens dubbla huvudmannaskap

- pröva om Hökarängens NVC:s upptagningsområde behöver utökas
- undersöka behovet av dygnet runt service och behovet av att införliva andra professioner inom Hökarängens NVC som exempelvis rehabilitering och psykiatri
- undersöka möjligheter att bilda demensteam
- erbjuda gemensamhetslokaler och lokaler för dagverksamhet
- satsa på förebyggande hälsoarbete
- pröva möjligheter att integrera liknande verksamhet inom ramen för existerande vårdcentraler/husläkarmottagningar inom Farsta SDF

Juristerna

De två intervjuade juristerna ansåg att de borde ha involverats redan på projektplaneringsstadiet. Innan juristerna kopplades in hade ledningen för verksamheten själva försökt lösa frågan kring sekretessen. Detta innebar enligt juristerna en onödigt lång process innan frågan kunde lösas, frågan fick för stora proportioner. Problemet var inte så stort som personalen inom Hökarängens NVC befarat.

Det sätt som juristerna förordade för att lösa sekretessen mellan de olika huvudmännen var att utarbeta en blankett för medgivande från den enskilde vård- och omsorgsmottagaren. Ett sådant medgivande skulle tidsbegränsas och följas upp. Enligt juristerna löstes det hela på ett relativt enkelt sätt. Lätt även att hantera inom verksamheten. Juristerna påpekade att det inte går att utforma en lösning som gäller generellt för alla enskilda. Varje enskilt fall måste bedömas var för sig.

Läkemedel

Med medel från Apoteket AB knöts apotekare Zahra Shah-Shahid till verksamheten. Den studie hon genomfört under handledning av docent Johan Fastbom vid ARC/Äldrecentrum syftar till att visa på metoder att förbättra läkemedelsanvändningen hos äldre medan de fortfarande bor hemma.

Studien omfattar hemsjukvårdspatienterna som var inskrivna vid Hökarängens NVC i maj 2005. Av totalt 93 patienter tackade 8 nej att delta. På grund av att några patienter flyttade till annat boende och några avled kunde läkemedelsgenomgångar genomföras för 61 hemsjukvårdspatienter.

Förändring i läkemedelsanvändningen

Antalet förskrivna läkemedel ökade efter patienternas överflyttning till Hökarängens NVC. Det går inte att utesluta att detta till en del kan förklaras av att Hökarängens NVC arbetat med en mer fullständig dokumentation av aktuella läkemedel än vad den verksamhet gjort som tidigare låg i Hökarängen NVCs lokaler. Det finns dock skäl att tro att det skett förändringar i förskrivningen. Bland annat upptäcktes en påtaglig ökning i förskrivningen av antidepressiva medel och lätta smärtstillande medel, vilket tyder på en ökad behandling av tillstånd som i stor utsträckning i tidigare studier visat sig vara underbehandlade hos äldre. Samtidigt fann apotekaren att läkemedelsanvändningens kvalitet som helhet inte försämrats trots den ökade förskrivningen. I vissa avseenden sågs snarare en viss förbättring, t.ex. en minskad användning av läkemedel som kan framkalla förvirring och fall.

Läkemedelsgenomgångar

För de 61 hemsjukvårdspatienterna identifierades i medeltal tre läkemedelsrelaterade problem per person. Många läkemedel, för vilka indikationen för behandlingen var oklar eller saknades (bland annat antidepressiva medel), kunde sättas ut utan att patientens tillstånd påverkades negativt. För många preparat kunde också doserna reduceras utan att patienterna försämrades. Efter läkemedelsgenomgångarna hade läkemedelsanvändningen minskat från 9,4 till 8,1 preparat per person. Samtidigt hade kvaliteten genomgående ökat. Läkemedelskostnaderna hade samtidigt minskat med 1600 kr per patient och år.

En enkätundersökning visade att de flesta i personalen var nöjda med apotekarens insats. De såg det som angeläget med läkemedelsgenomgångar speciellt för hemsjukvårdspatienter.

Inom vården är tidsbrist, bristande läkarkontinuitet, oklarheter om vem som är ansvarig för uppföljning och omprövning av den medicinska behandlingen, samt förekomsten av olika journalsystem ett problem. Med tanke på detta kan apotekare, genom att ingå i teamet kring patienten, bidra till en bättre läkemedelsbehandling. Ska patienterna kunna bo kvar i det ordinära boendet med god

kvalitet i läkemedelsförskrivning är det av stor betydelse att läkemedelsgenomgångar genomförs i öppen vård. En fördel med modellen är att apotekaren har tillgång till all tillgänglig information som rör patientens läkemedelsbehandling. Detta ger möjlighet att på ett mer informellt sätt diskutera de olika patienterna med såväl ansvarig läkare som personal. En annan fördel är att apotekaren har möjlighet att följa med vid hembesök. I detta projekt genomfördes totalt 40 hembesök hos hemsjukvårdspatienter. Vid dessa kunde apotekaren tillsammans med läkaren se helheten kring patientens medicinbehandling och därigenom bättre identifiera eventuella läkemedelsrelaterade problem (LRP).

Modellen med apotekare på vårdcentral bygger dock på ett gott samarbete med ansvariga läkare och ett intresse och engagemang från läkarnas sida. Sist och slutligen är det ju läkaren som har ansvaret för sina patienters läkemedelsbehandling och dess kvalitet. Genom att göra läkemedelsgenomgångarna i öppen vård kan kvaliteten säkerställas då patienterna fortfarande bor kvar hemma. Det ökar nyttan av genomgångarna. I denna rapport redovisas kvalitetsvinsterna i reda siffror liksom i det antal kronor som patient och samhälle kan spara per person och år. Minst lika viktigt har dock varit att beskriva hur enskilda patienters hälsa och välbefinnande påverkats efter läkemedelsgenomgångarna.

Personer med omfattande behov

För att se hur Hökarängens NVC kunnat möta behoven hos personer med stora och sammansatta behov gjordes ett urval av 30 personer boende i Hökarängen. Av dessa har 23 personer valts ut efter särskilda kriterier för att fånga in äldre multisjuka². Sju personer är utvalda av projektledaren vid Hökarängens NVC, samtliga med många kontakter med Hökarängens NVC. I urvalet ingår också två yngre personer med funktionshinder. Studien finns redovisad i sin helhet i Äldrecentrumrapport 2007:6. Detta avsnitt speglar hur Hökarängens NVC fungerade utifrån patienternas/omsorgsmottagarnas perspektiv då Hökarängens NVC funnits i två år (sommaren 2006). Flera av de frågor och problemställningar som tas upp i denna delstudie har åtgärdats eller är föremål för diskussion under de tre kvarts år som gått sedan den genomfördes.

Undersökningsmaterialet består av

- Intervjuer med 30 personer i deras hem under sommaren 2006.
- Separata intervjuer med 24 anhöriga/närstående under sensommar/höst 2006. I de flesta fall per telefon.
- Sluten-, öppen- och äldreomsorgsregisterdata för perioden jan 2005 - juni 2006.
- Journaler (för jan 2005 - juni 2006) från Hökarängens NVC och i tre fall från andra husläkarmottagningar/vårdcentraler.
- Från kommunerna granskades biståndsbedömningar, beslut, beställningar samt övrig journalföring från biståndshandläggarna. Även utförardokumentation från Hökarängens hemtjänst granskades för perioden jan 2005 - juni 2006.
- Läkemedel, läkemedelsförskrivning och läkemedelshantering för de 30 undersökningspersonerna granskades och värderades av apotekare och farmakolog.

I samband med intervjuerna tillfrågades undersökningspersonerna även om samtycke till deltagande i en tandundersökning med hembesök av tandhygienist. Tjugotvå av de 30 undersökningspersonerna gav sitt medgivande till tandundersökning. Denna studie finns redovisad i Stiftelsen Äldrecentrums rapportserie 2007:9.

Undersökningspopulationen

Av de 28 äldre som ingick i studien var 19 kvinnor. Medelåldern låg runt 80 år. Endast sex personer var samboende. Inom de 18 månader som innefattades i undersökningen hade personerna vårdats i snitt fyra gånger inom slutet sjukhus-

² ska under en tolv månadersperiod före aktuell utskrivning ha vårdats tre eller fler gånger inom slutet sjukhusvård samt under denna tidsperiod haft diagnoser från tre eller fler olika sjukdomsgrupper. Beskrivning av gruppering utgår från **Klassifikation av sjukdomar och hälsoproblem 1997 (ICD 10)**, Socialstyrelsen.

vård med en genomsnittlig vårdtid på 59 vårddygn. De hade under denna tid vårdats för i medeltal sex olika diagnoser. Förutom diagnoserna hade de flesta också problem med trötthet, smärta, sömnbesvär, andfåddhet och yrsel. Vid intervjutillfället stod undersökningspersonerna på i genomsnitt 10,5 olika läkemedel. De äldre hade träffat läkare på akutmottagning i snitt fyra gånger och inom specialistvård tio. Denna äldregrupp har färre akutbesök än i tidigare undersökta områden.

De två personerna med funktionshinder, var en man och en kvinna. Båda var under 65 år och ensamboende. Inom undersökningsperioden hade den ena personen vårdats vid fyra tillfällen inom slutenvård med sammanlagt 32 vårddygn. Den andra personen hade endast vårdats vid ett tillfälle med ett vårddygn. De båda personerna hade vårdats för i snitt fyra olika diagnoser. Exempel på symtom som besvärade var yrsel, huvudvärk, trötthet, nedstämdhet och andfåddhet. De hade träffat läkare på akutmottagning i snitt vid fyra tillfällen. Den ena personen hade träffat specialistläkare vid 19 tillfällen, den andra vid två tillfällen.

På Hökarängens NVC har undersökningspersonerna under den studerade 18-månaders perioden träffat läkare i snitt 10 gånger varav tre gånger i form av hembesök. Hembesök av läkare från vårdcentral/husläkarmottagning har varit ytterligt sparsamt förekommande i andra studerade områden. Förutom på Hökarängens NVC har undersökningsgruppen i genomsnitt träffat tio läkare i övrig öppenvård (specialistvård, akutvård, privatvård o s v).

Några av undersökningspersonerna har behållit sina läkarkontakter med de läkare som etablerat sig i Hökarängen och som tidigare drev vårdcentral i samma lokaler som Hökarängens NVC flyttade in i vid projektstart.

Undersökningspersonerna har i snitt haft kontakt med distriktssköterska, sjuksköterska och/eller undersköterska 156 gånger. I de allra flesta fall har de träffat någon av dessa på Hökarängens NVC. Allt som allt har de äldre i genomsnitt under de 18 undersökta månaderna haft drygt 200 kontakter med öppenvården (vårdcentraler/husläkarmottagningar, specialistvård, akutvård mm). Undersökningspersonerna i Hökarängen har haft betydligt fler kontakter med husläkare och med övrig öppenvård än personer i tidigare studerade områden.

Under den studerade perioden hade 24 av de totalt 30 undersökta personerna haft någon form av insats från kommunens äldreomsorg. Vid tiden för intervjuerna hade 20 personer i snitt drygt 29 hemtjänsttimmar per månad. Nästan lika många hade hemsjukvård (19). 26 personer hade hjälp av anhöriga/närstående med i genomsnitt 27 timmar per månad.

Närvårdcentralen

De äldre och även deras anhöriga var i de allra flesta fall mycket, mycket nöjda med vården på Hökarängens NVC. Flera ser också en utveckling till det bättre över tid. Av speciellt stor betydelse var att läkare och distriktssköterskor går hem

till de äldre. Flera personer har fått många besök av undersköterskor inom ramen för hemsjukvården – både från vårdcentralsdelen och från hemtjänsten. Omhändertagandet på Hökarängens NVC var enligt de enskilda och deras anhöriga en källa till stor trygghet. Många gav uttryck för att de för första gången blev ordentligt sedda och lyssnade på.

Hemtjänsten

De äldre framförde i intervjuerna att de i de flesta fall uppfattar hemtjänstens personal som rara, trevliga och omtänksamma. De allra flesta äldre visste att Hökarängens hemtjänst anlitar underentreprenörer för städning, tvätt och inköp. De intervjuade kallade dock både Hökarängens hemtjänst och underentreprenörerna för "hemtjänsten". De skiljer inte på vem som utför insatserna utan ser hjälpen som en helhet.

Den negativa kritik som framfördes vid intervjuerna gällde främst tre områden. Att de äldre inte kan få mat så som de själva önskar få den, få följa med och handla samt få bestämma över hur man vill ha städad. För dessa insatser anlitar Hökarängens hemtjänst i de allra flesta fall underentreprenörer. Det var inte bara hur insatserna utfördes som klagomålen handlade om utan också hur biståndshandläggaren beviljat insatsen. Flera tyckte att det inte går att ha rent om man bara får städad en gång per månad och att det är ledsamt att inte få följa med och handla sina matvaror. Många (19) av undersökningspersonerna har av sagt sig delar eller hela hjälpen inom dessa tre områden de senaste två åren. Samtliga intervjuade som hade hjälp med tvätten var mycket nöjda med hur den sköttes. Tvätten sköts av en underentreprenör.

Flera i undersökningsgruppen har problem med viktnedgång och står på läkemedel som kräver ett gott nutritionstillstånd. De äldre längtar efter att få följa med och handla och att få sin mat tillagad i hemmet. Den underentreprenör som utför inköpen har endast inköpsuppdraget och inte uppdraget att följa med de äldre till och från affären.

Merparten av Hökarängens undersökningspersoner bor några trappor upp i hus utan hiss. På grund av funktionsnedsättningar kommer få av dem ut utan hjälp. Många ger mycket starkt uttryck för känslor av ensamhet och isolering. Önskan om att komma ut på promenad, gå med och handla eller flytta till hus med hiss eller lägenhet i marknivå är stark. Fjorton personer har haft funderingar på särskilt boende. Flera av dessa personer redogör för att de muntligen tagit upp frågan med biståndshandläggare men blivit upplysta om att de inte varit tillräckligt sjuka eller haft tillräckligt stora hemtjänstinsatser.

Anhöriga

Anhöriga utför stora insatser i många fall som komplement till hemtjänsten. Några anhöriga tar hand om förvirrade, ensamma och sällskapssökande föräldrar. Flera av de anhöriga tycker inte att de blir lyssnade till. De önskar att deras uppfattning om behov och önskemål ska tas tillvara. De vill vara delaktiga och ses som en tillgång i utformandet och planeringen av insatserna.

Sjukhusets akutmottagning

För de flesta har akuten och väntan där varit ytterst jobbig. Kallt att ligga på en kal brits och med lång väntetid utan mat eller smärtlindring. Det mest besvärliga med akuten har för de flesta dock varit att bli hemskickad därifrån istället för att bli intagen på vårdavdelning.

Sluten sjukhusvård

Med något undantag har den slutna sjukhusvården upplevts som positiv. Man blev ompysslad och omhändertagen. Framförallt var det många som uppskattat att få *”ordentlig mat”*. Endast en av nio äldre har varit tillfreds med den vård som givits inom geriatriken.

Rehabilitering

För den som fått rehabilitering så har detta i huvudsak skett på sjukhuset. Man har i allmänhet varit nöjd med rehabiliteringen på sjukhuset men uppfattat tiden som alldeles för kort. Problemet har varit att det saknats rehabiliteringsresurser vid hemkomsten. Hökarängens NVC har inte haft egen rehabiliteringspersonal anställd utan samarbetar med Gubbängens rehabteam. Samarbetet har utvecklats ytterligare senare delen av 2006.

Dokumentation

Det förekommer ofta att svåra situationer och uttalade problem hos vårdtagaren dokumenteras både av biståndshandläggarna och hälso- och sjukvårdspersonalen. Däremot dokumenteras nästan aldrig att samarbete initierats för att lösa problemen. Av dokumentationen framgår endast i ett av de trettio fallen att en gemensam vårdplanering skett i den äldres hem och då på anhörigas initiativ.

Läkemedel

Patienterna i denna studie hade i medeltal 1,7 läkemedelsrelaterade problem per person, vilket är påtagligt lägre än i en tidigare studie³ av multisjuka äldre i eget boende (3,1 per person). Det finns också olikheter vad gäller typ av problem. I denna studie dominerar brister i följsamhet samt underbehandling, medan biverkningar och användning av riskläkemedel var vanligast i tidigare studier. Problemen har även i denna studie främst sin grund i brister i ordination av läkemedel och uppföljning av behandlingen, men bristande kommunikation kring läkemedlen är också en viktig orsak.

Ett av studiens fynd var det faktum att läkemedelslistan på vårdcentralen inte var uppdaterad utifrån patientens aktuella läkemedelsanvändning och att detta främst gällde de 18 patienter som fick sina läkemedel förskrivna på recept. Endast för två av dessa patienter stämde medicinlistan i hemmet med den som fanns på

³ Gurner U, Hagman L, Fastbom J, Shah-Shahid Z, Styckevis och delat, revisionsrapport, DNR 420/22-06. Nr.4 januari 2006

Hökarängens NVC. För de 12 Apodos-patienterna stämde dock listorna överens för alla utom en.

Femton av patienterna i denna studie har fått del av läkemedelsgenomgångarna. Det faktum att de uppvisade färre läkemedelsrelaterade problem än de övriga patienterna, tyder på att läkemedelsgenomgångarna har lett till en högre kvalitet i läkemedelsbehandlingen.

Tänder

Med medel från Landstingets folkhälsoanslag har en studie genomförts för att dokumentera tandhälsa och tandvårdsbehov hos multisjuka äldre listade hos Hökarängens NVC och Solna äldrevårdcentral. Knappt hälften av de undersökta hade problem med sina tänder. Mer än var fjärde hade ständigt ont i munnen, hälften hade tuggproblem och sex av tio besvärades av muntorrhet, en riskfaktor för karies, svamp- och slemhinneinfektioner och problem med proteser. Ingen av de undersökta hade nåtts av information om rätten till uppsökande och nödvändig tandvård. Tack vare den uppsökande verksamhet som denna studie innebar etablerades för en tredjedel av personerna kontakt med tandläkare, och i flera fall med biståndshandläggare för utfärdande av intyg för tandvårdsstöd.

Summering

De intervjuade är nöjda med Hökarängens NVC:s läkare och distriktssköterskor. De känner sig sedda och lyssnade på. Tacksamma över att även läkarna gör hembesök samt att läkare, distriktssköterskor och hemtjänstpersonal finns under samma tak. Kommunens organisation och utformande av hemtjänsten har däremot inte i alla delar fungerat efter undersökningspersonernas behov eller önskemål så som de och deras anhöriga givit uttryck för vid intervjuerna.

Det är främst två faktorer som hindrat Hökarängens NVC att fullt ut nyttja de fördelar som finns med en samlad verksamhet. Den ena är att vissa delar av hemtjänsten är utlagd på underentreprenörer, som ju inte är en del av närvårdsteamet. Detta innebär att inte all personal som hjälper den äldre har stöd i den samlade kunskap som finns inom närvårdsteamet, vilket kan vara särskilt problematiskt när det handlar om adekvat stöd till äldre med nutritionsproblem och undervikt. Den kunskap som finns om den äldre hos en underentreprenör blir inte heller en del av närvårdsteamets samlade kunskap. Den andra hindrande faktorn är att hemtjänsten är beroende av biståndsbeslut som fattas på avstånd från den äldres vardag och teamets kunskap om den äldre. Närvårdsteamet kan inte själva situationsanpassa vården utifrån det helhetsperspektiv som skulle vara önskvärt för att nå en optimal effekt med projektet. Här framförs önskemål om en större möjlighet för omvårdnadspersonalen att tillsammans med den enskilde utforma insatserna utifrån en tilldelad tidsram från biståndshandläggaren.

Verksamheten i siffror

Befolkningen i Farsta

År 2005 bodde inom Farsta Stadsdelsförvaltning 9 203 personer som var 65 år och äldre. De utgjorde omkring en femtedel av Farstas hela befolkning. Av dessa bodde drygt 14 procent (1308 personer) i Hökarängen, de flesta av dessa var kvinnor (63 %). De fanns inga större köns- eller ålderskillnader mellan Hökarängen och Farsta i övrigt. (Se tabell 1 och 2.)

Tabell 1 Antal samt andel män och kvinnor per åldersgrupp – boende i Hökarängen 2005-12-31

Ålder	Antal män per åldersgrupp	Antal kvinnor per åldersgrupp	Antal Totalt	Andel totalt
65-69 år	107	168	275	21,0
70-74 år	95	159	254	19,4
75-79 år	91	202	293	22,4
80-84 år	89	182	271	20,7
85-89 år	48	109	157	12,0
90-94 år	10	40	50	3,8
≥ 95 år	0	8	8	0,6
Total	440	868	1308	100

Källa: Utrednings- och statistikkontoret Stockholms stad (USK)

Tabell 2 Antal samt andel män och kvinnor per åldersgrupp – Farsta SDF exklusive Hökarängen 2005-12-31

Ålder	Antal män per åldersgrupp	Antal kvinnor per åldersgrupp	Antal Totalt	Andel totalt
65-69 år	633	900	1533	19,4
70-74 år	671	1018	1689	21,4
75-79 år	692	1073	1765	22,4
80-84 år	588	960	1548	19,6
85-89 år	296	615	911	11,5
90-94 år	82	284	366	4,6
≥ 95 år	17	66	83	1,1
Total	2979	4916	7895	100

Källa: Utrednings- och statistikkontoret Stockholms stad (USK)

Den socioekonomiska strukturen är annorlunda i Hökarängen än övriga Farsta. Ett mått på detta är den genomsnittliga inkomsten, som ligger lägre i Hökarängen jämfört med övriga områden i Farsta (tabell 3).

Tabell 3, medelinkomst Hökarängen, Farsta och hela stadsdelen

Delområde i Farsta	Medelinkomst män 65+, kr	Medelinkomst kvinnor 65+, kr
Hökarängen	180 837	141 747
Farsta utom Hökarängen	207 845	151 197
Hela stadsdelen	215 217	151 643

Registerdata

Registerdata har tagits fram för perioden juli 2004 till och med juni 2006. Data för äldreomsorgen har också tagits fram för tre mät dagar, 1 juli 2004, det vill säga vid verksamhetsstart för Hökarängens NVC, 1 juli 2005 då verksamheten funnits i ett år samt 30 juni 2006 då verksamheten varit igång i två år. Landstingets så kallade valdatabas har använts för att ta fram uppgifter om all slutenvård och öppenvård för personer 65 år och äldre boende i Farsta, fördelat på vilken vårdcentral⁴ de är listade på. De data som bearbetats för äldreomsorgen har hämtats från Stockholms stads Paraplysystem. Jämförelse görs dels över tid, dels mellan Hökarängen och övriga Farsta. I detta avsnitt ges först en beskrivning av befolkningen, samt konsumtion av öppen- och slutenvård under året 2005. För att kunna spegla utvecklingen i vårdutnyttjande görs därefter en jämförelse mellan det sista halvåret 2004 och det första halvåret 2006. En fullständig redovisning av studien ges i Äldrecentrumrapport 2007:7.

Öppen och slutenvård 2005

I juni 2005 var 936 listade⁵ på Hökarängens NVC vilket var drygt 70 procent av alla 65 år och äldre i Hökarängen. Inte alla listade, men nära 86 procent, besökte någon gång under året Hökarängens NVC. Av de listade patienterna hade under 2005 fortfarande 306 personer kvar sina läkarkontakter med de läkare som tidigare drev verksamhet i Hökarängens NVC:s lokaler och som efter projektstart etablerade sig på annan adress i Hökarängen. Omkring 90 personer var under året inskrivna i hemsjukvård från Hökarängens NVC och omkring 130 personer hade insatser genom Hökarängens hemtjänst.

Nästan alla äldre Farstabor (96%) hade under 2005 någon form av kontakt med landstingets öppna vård – på vårdcentraler/husläkarmottagningar, på sjukhusens akut- och övriga öppenvårdsmottagningar, hos specialister eller rehabverksamheter utanför sjukhusen eller vård i privat regi. I de allra flesta fall var de som var i kontakt med öppenvård under detta år listade på någon av de fem husläkarmottagningarna/vårdcentralerna i Farsta. Det fanns även ett antal personer (1052) som var boende i Farsta men som var listade på ett antal andra vård-

⁴ Hökarängens Närvårdcentral (Hökarängens NVC), Farsta Husläkare, Sköndals Husläkarmottagning (Sköndals HLM), Gubbängens Nya Vårdcentral (Gubbängens nya VC) samt Stureby vårdcentral (Stureby VC)

⁵ Med listad avses här samtliga listade, inkluderande de som inte hade någon vårdkontakt. När i text och tabeller jämförelser görs över tid och mellan Hökarängen och övriga Farsta ingår endast de som finns med i landstingets VAL-databas, dvs. under mätperioden haft någon registrerad insats inom öppen- eller slutenvård.

centraler. Högst andel i befolkningen och högst andel kontakter fanns i åldersgruppen 75-79 år. Se tabell 4.

Tabell 4, Andel Farstabor 65+ inom samtlig öppenvård efter mottagningslistning och åldersgrupp (%) under 2005

Mottagning	65-69 År	70-74 år	75-79 år	80-84 år	85-89 år	90-94 år	≥ 95 år	Totalt (%) N	
Farsta									
Husläkare	7,8	9,6	10,4	8,6	4,2	1,5	0,3	42,3	3737
Sköndals HLM	3,3	3,6	3,5	3,4	2,4	1,0	0,3	17,4	1540
Gubbängens nya VC	3,0	2,7	2,7	2,6	1,6	0,8	0,1	13,4	1187
Hökarängens NVC	1,4	1,8	2,5	2,5	1,6	0,5	0,1	10,5	923
Stureby VC	0,7	0,6	0,8	1,1	0,8	0,4	0,1	4,4	391
Övriga VC/HLM*	2,4	2,2	2,3	2,4	1,6	0,7	0,2	11,9	1052
Totalt i öppenvården	18,5	20,4	22,2	20,6	12,3	4,8	1,2	100	8830

* Stiftelsen Stora Sköndals HLM, Dalens vårdcentral, Sjöstad AB, Trångsunds vårdcentral, Liljeholmens vårdcentral med flera inrättningar.

De personer som var listade på Hökarängens NVC hade i genomsnitt 27 kontakter med närvårdcentralen under 2005, se tabell 1 i tabellbilagan. I övriga Farsta var snittet 22 kontakter, men där ingår inte insatser utförda av hemtjänst.

De flesta av Farstabornas kontakter inom öppenvården under 2005 var med läkare (40%). Hökarängens NVC hade dock lägre andel läkarkontakter (33 %). En av förklaringarna till detta kan som vi redovisat ovan vara att nära en tredjedel av de listade på Hökarängens NVC under 2005 behöll sina läkarkontakter med tidigare läkare (306 personer under 2005). En annan förklaring är undersköterskornas stora andel av patientkontakterna, 35 procent på Hökarängens närvårdcentral (snittet för Farsta är 19 %, se tabell 2 i tabellbilagan). Detta förklaras delvis av att närvårdcentralen registrerat (men ej fått betalt för) även de sjukvårdsinsatser som utförts av undersköterskorna hos kommunens hemtjänst. Även hemtjänsten i övriga Farsta utför på delegation hälso- och sjukvårdsuppgifter, men sannolikt inte i samma utsträckning som Hökarängens, och eftersom de inte har någon närhet till sin vårdcentral registreras inte deras insatser.

Sett till det totala antalet kontakter med öppenvården under året så hade personer listade på Hökarängens NVC sammantaget lägst andel akutbesök på sjukhus, besök på lättakut och besök på jourmottagning (tabell 5).

Tabell 5, Andel akut-, lättakut, samt jourmottagnings besök 2005 i andel (%) av det totala antalet besök inom öppenvården efter mottagningslistning.

Kontaktad mottagning	Mottagningslistning				
	Farsta husläkare	Gubbängens nya VC	Hökarängens NVC	Stureby VC	Sköndals HLM
Akutmottagning	1,4	1,3	1,2	1,7	1,3
Lättakut	0,1	0,1	0,1	0,7	0,1
Jourmottagning	0,3	0,2	0,1	0,6	0,3
Totalt	3,1	2,7	1,7	4,4	2,7

Fet stil innebär lägst andel besök och kursiv stil innebär högst andel besök

Ser man endast till andel besök på någon av sjukhusens akutmottagningar ligger äldre listade på Hökarängens NVC lägst vad gäller denna typ av öppenvårds-konsumtion. Läger man till ytterligare en aspekt till detta, ålder, är bilden snarlik men inte exakt den samma. Hökarängens NVC hade den lägsta andelen akuta besök på sjukhus sett till samtliga kontakter inom öppenvården för personer 65-74 år och personer 90 år och äldre. I gruppen 75-89 år hade de ett snarlikt nyttjande av akut öppenvård som övriga grupper (se figur 1 i tabellbilagan).

En fjärdedel av samtliga Farstabor 65 år och äldre som var listade på någon av de fem vårdcentralerna/husläkarmottagningarna vårdades någon gång under 2005 på sjukhus. I gruppen 65 år och äldre listade på Hökarängens NVC återfanns den högsta andelen personer inom slutenvården under året. Cirka 32 procent av de listade på närvårdcentralen vårdades någon gång inom den slutna sjukhusvården, andelen på de tre stora vårdcentralerna i Farsta var knappt 25 procent (figur 2 i tabellbilagan).

Det fanns 2005 inga större skillnader mellan vårdcentralerna/husläkarmottagningarna vad gäller antal vårdepisoder, slutenvårdsdygn eller de diagnoser som satts inom den slutna sjukhusvården.

Utveckling av öppen- och slutenvård mellan 2004 och 2006

Mellan 2004 och 2006 ökade antalet listade personer på fyra av de fem undersökta vårdcentralerna. Den största ökningen av antalet listade personer återfanns på Hökarängens NVC. Utvecklingen för närvårdscentralen redovisas i tabell 6.

Tabell 6, listade hos Hökarängens NVC juli 2004-november 2006

År och månad	Listade yngre än 65 år	Listade 65-74 år	Listade 75 år - äldre	Sammanlagt	Olistade 65-74 år	Olistade 75 år- äldre
2004 Juli				830		
2004 Nov	5	316	556	877	139	208
2005 Juni	16	312	608	936	120	148
2005 Nov	19	325	652	996	83	97
2006 Juni	34	326	674	1034	77	85
2006 Nov	45	334	660	1039	68	76

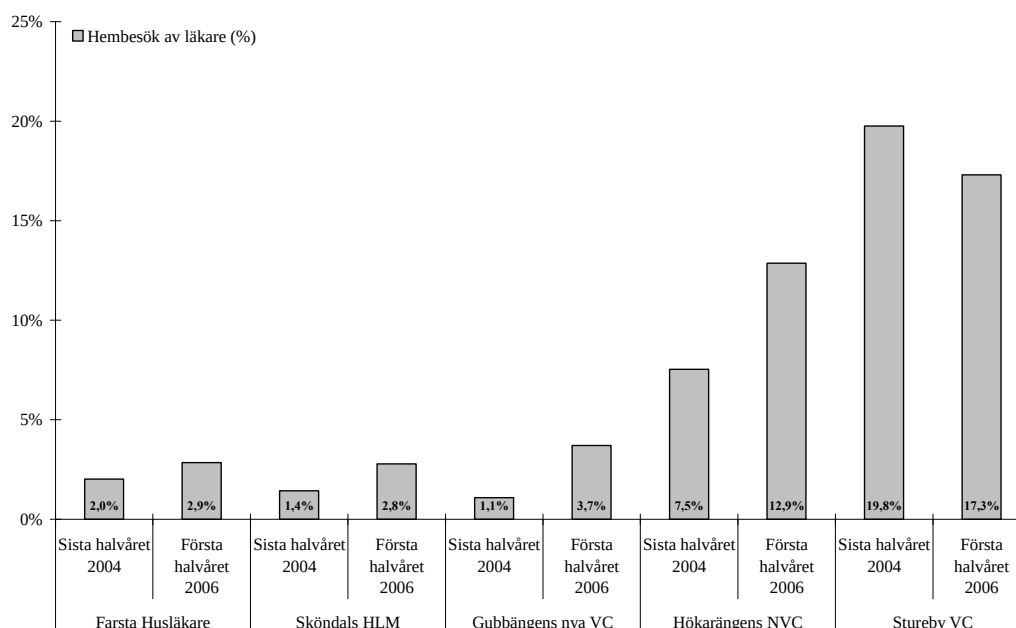
Källa: projektledaren Lena Carling

Som tidigare nämnts behöll vissa som är listade hos Hökarängens NVC sina kontakter med tidigare läkare, Hökarängens Hälsocentral. Under det sista halvåret 2004 besökte drygt hälften av personerna som var listade på Hökarängens NVC någon gång under perioden läkarna på Hökarängens Hälsocentral. Första halvåret 2006 såg det annorlunda ut, då besökte endast en dryg femtedel av personerna som var listade på Hökarängens NVC Hökarängens Hälsocentral. Andelen personer listade på Hökarängens NVC som besökte Hökarängens Hälsocentral har således sjunkit med 31 procentenheter mellan de två olika perioderna (se tabell 7).

Tabell 7, Antal samt andel (%) listade individer på Hökarängens NVC som besökt Hökarängens Hälsocentral.

	Sista halvåret 2004	Första halvåret 2006
Antal listade på Hökarängens NVC som har haft kontakt med hälso- och sjukvård under mätperioden	601	873
Antal som besökt Hökarängens Hälsocentral	319	193
% av listade	53,1	22,1

Vid den största vårdcentralen, Farsta, utgjorde hembesök två-tre procent av de totala läkarkontakterna. Förhållandena är lika på två av de andra vårdcentralerna i Farsta, men avviker kraftigt på den minsta, Stureby VC som, som figur 1 visar, hade den högsta andelen registrerade hembesök av läkare under både år 2004 och år 2006. Vid Hökarängens NVC skedde dock den största ökningen av andelen läkarbesök i hemmet under samma period, från dryga sju till 13 procent av totala antalet läkarkontakter.



Figur 1, Hembesök av läkare – andel av samtliga läkarkontakter på respektive mottagning (%)

Hökarängens NVC hade både sista halvåret 2004 och första halvåret 2006 den lägsta andelen besök på akutmottagning på sjukhus ställt i relation till samtliga öppenvårdsbesök gjorda av respektive grupp listad på respektive mottagning. Antalet personer som besökte akutmottagning på sjukhus ökade från sista halvåret 2004 till första halvåret 2006.

Listade på Hökarängens NVC hade högst andel äldre personer inom den slutna sjukhusvården både sista halvåret 2004 och första halvåret 2006. Listade på Hökarängens NVC hade även den största ökningen av genomsnittligt antal vård dygn under perioden. Se tabellerna 8 och 9.

Tabell 8, Andel individer inom den slutna sjukhusvården sista halvåret 2004 och första halvåret 2006 efter öppenvårdsmottagningslistning (%)

Listad mottagning	Sista halvåret 2004	Första halvåret 2006	Ökning/ minskning*
Hökarängens NVC	18,0	20,8	+2,8
Farsta husläkare	15,2	15,4	+0,2
Sköndals HLM	16,8	17,3	+0,5
Gubbängens nya VC	15,5	16,8	+1,3
Stureby VC	16,1	19,6	+3,5

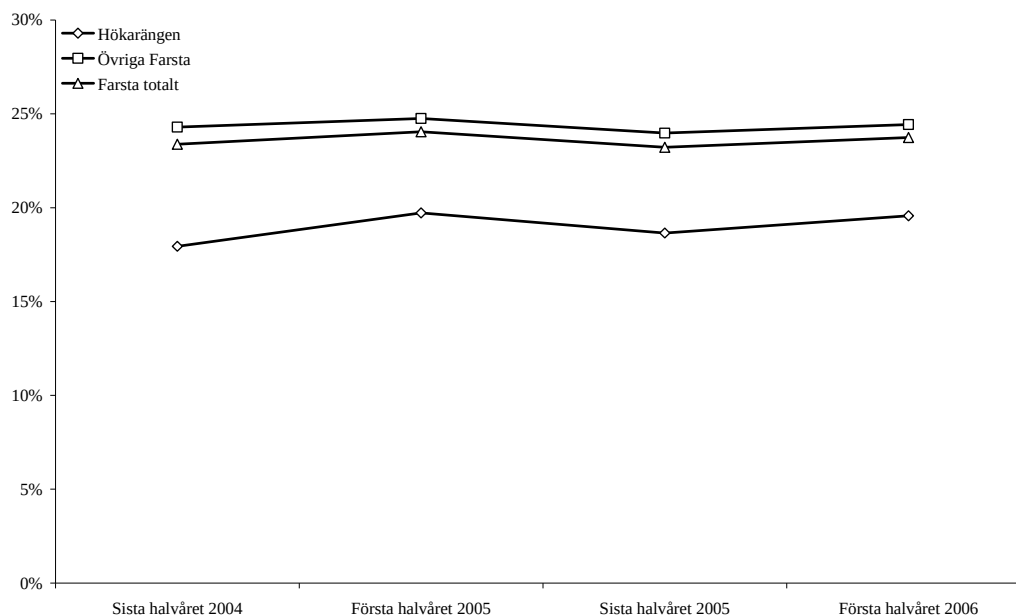
*procentenhet

Tabell 9, Vårdepisoder respektive vårddygn i genomsnitt inom den slutna sjukhusvården sista halvåret 2004 och första halvåret 2006 efter öppenvårds-mottagningslistning

Listad mottagning	Sista halvåret 2004		Första halvåret 2006	
	vårdepisoder	vårddygn	vårdepisoder	Vårddygn
Hökarängens NVC	1,6	7,1	1,5	10,1
Farsta husläkare	1,7	8,1	1,5	8,3
Sköndals HLM	1,4	8,3	1,3	9,1
Gubbängens nya VC	1,3	9,0	1,3	7,4
Stureby VC	1,4	8,1	1,6	7,5

Äldreomsorg sista halvåret 2004 till första halvåret 2006

Sista halvåret 2004 fanns i Farsta SDF 2180 personer som hade någon form av äldreomsorgsinsats. De utgjorde 23,7 procent av befolkningen 65 år och äldre. Hökarängen hade en lägre andel personer med äldreomsorg i gruppen 65 år och äldre (17,9 %) jämfört med övriga Farsta. Under perioden 1 juli 2004 till och med 30 juni 2006 ökade Hökarängen denna andel till nära 19 procent medan övriga Farsta sänkte andelen marginellt från 24,3 till 24,2 procent, se figur 2. Drygt 70 procent av äldreomsorgskonsumenterna 65 år och äldre i Hökarängen hade hemtjänst enbart eller hemtjänst i kombination med andra insatser (tabell 3 i tabellbilagan).



Figur 2 Andel individer 65 år och äldre inom äldreomsorgen i respektive område (%)

Vid mätperiodens början, 1 juli 2004, bodde cirka fyra procent av personer 65 år och äldre i Hökarängen i särskilt boende. Andelen i särskilt boende för övriga Farsta låg på knappa sju procent. Vid mätperiodens slut hade andelen Hökarängsbor som beviljats särskilt boende sjunkit med 0,5 procentenheter, för personer boende i övriga Farsta hade andelen istället stigit med 0,6 procentenheter. Under hela mätperioden beviljades dryga 7 procent av befolkningen 65 år och äldre i Hökarängen särskilt boende, andelen för personer i övriga Farsta låg på cirka 10 procent (se tabell 10).

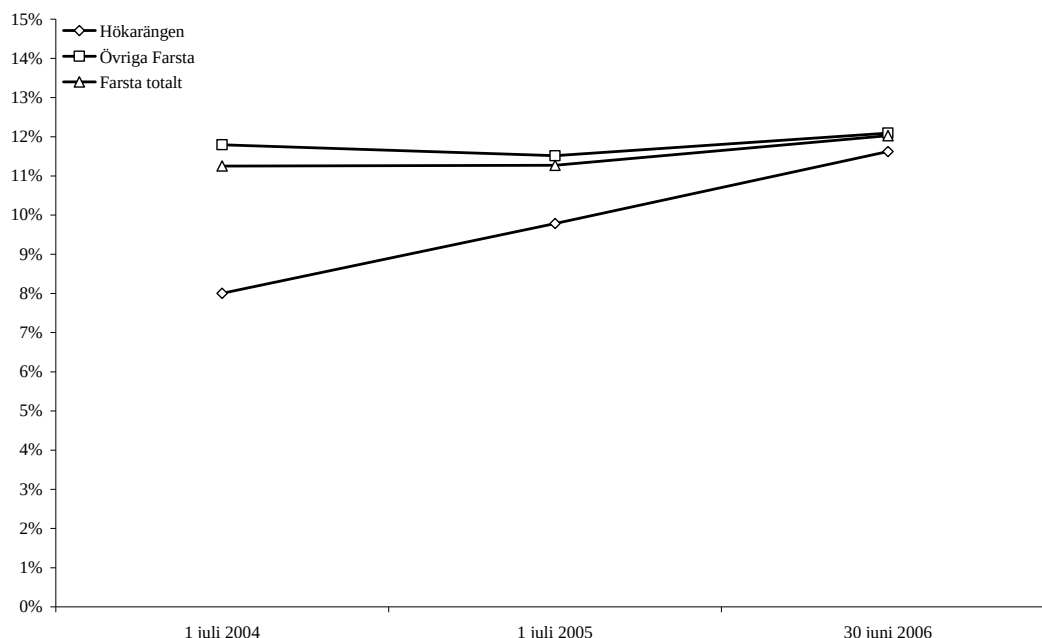
Tabell 10 Andel av befolkningen 65+ i särskilt boende för respektive område

	Hökarängen	Övriga Farsta	Farsta totalt
1 juli 2004	3,9	6,5	6,2
30 juni 2006	3,4	7,1	6,6
Nya 1/7-04-30/6-05*	7,4	10,1	9,7

* Baserat på befolkningen för respektive område 31 december 2005

Äldreomsorg – 1 juli 2004, 1 juli 2005 och 30 juni 2006

Figur 3 visar hemtjänstinsatser vid tre specifika måttillfällen – 1 juli 2004, 1 juli 2005 och 30 juni 2006. Antalet äldre personer med hemtjänstinsatser ökade under perioden. Övriga Farsta har hela perioden haft högre andel hemtjänstmottagare än i Hökarängen men den ökning av hemtjänstmottagare som skett låg till största del i Hökarängen.



Figur 3 Andel individer 65 år och äldre med hemtjänst i respektive område (%)

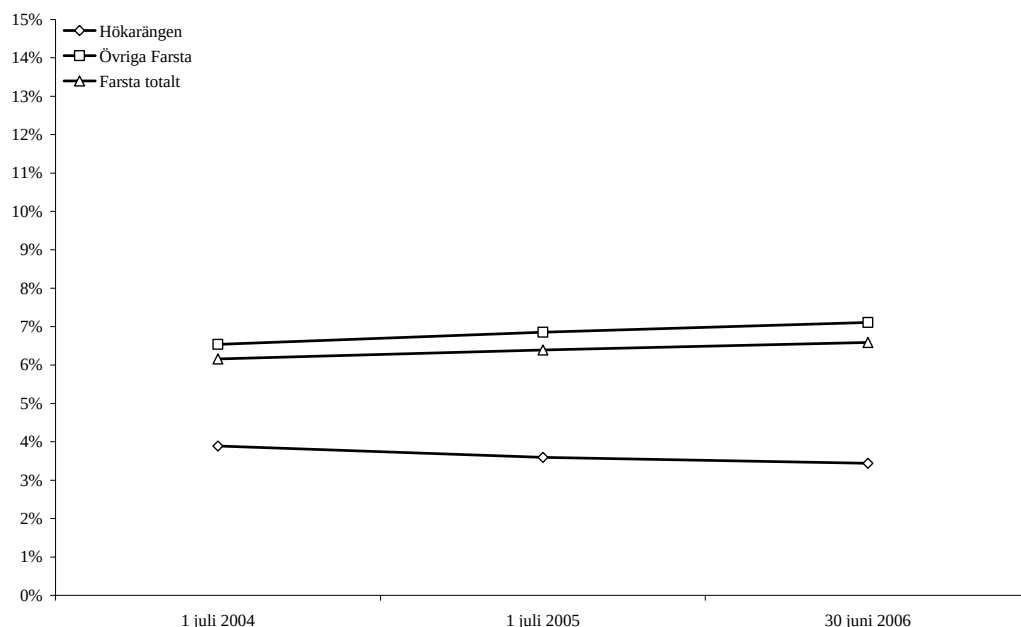
Merparten (över 80 %) av dem som har beviljats hemtjänst av de boende i Hökarängen har haft den utförd av Hökarängens hemtjänst (tabell 11).

Tabell 11. Antal personer med hemtjänst i Hökarängen och antal som valt Hökarängens hemtjänst som sin utförare

	Antal inom hemtjänsten	Hökarängens Hemtjänst	Andel av samtliga med hemtj. i Hökarängen %
1 juli 2004	107	91	85,0
1 juli 2005	128	109	85,2
30 juni 2006	152	123	80,9

Samtidigt som andelen hemtjänstmottagare ökat så har antal genomsnittliga hemtjänsttimmar i Farsta som helhet minskat mellan det första och det sista mättillfället, detta gällde för både medelvärde och median. Under hela perioden hade hemtjänstmottagarna i Hökarängen lägre genomsnittligt antal hemtjänsttimmar än i övriga Farsta. I Hökarängen ökade antalet hemtjänsttimmar mätt efter medianvärdet (det mittersta värdet) medan det minskade i övriga Farsta (se tabell 4 i tabellbilagan).

Antalet personer som bodde i eller flyttade till särskilt boende ökade i hela Farsta mellan 2004 och 2006. Denna ökning gällde endast boende i övriga Farsta. För Hökarängens del minskade antalet personer som beviljats särskilt boende. Se figur 4.



Figur 4 Andel individer med särskilt boende, andel av samtliga 65 + i respektive område (%)

Sammanfattning

- åldersstruktur och könsfördelning skiljde inte mellan Hökarängen och Farsta i övrigt
- personer listade på Hökarängens NVC hade det genomsnittligt flesta antalet kontakter med slutenvård och övrig öppenvård av de husläkarmottagningar/vårdcentraler som finns i Farsta
- listade på Hökarängens NVC hade den största andelen kontakter med undersköterskor.
- läkarna vid Hökarängens NVC genomförde fler hembesök än läkarna i övriga Farsta
- många av de listade på Hökarängens NVC hade sina läkarkontakter kvar på Hökarängens Hälsocentral (hos de läkare som tidigare fanns i Hökarängens NVC lokaler), men antalet har minskat under tvåårsperioden
- Hökarängens NVC hade något lägre andel besök på sjukhusets akutmottagning räknat på totala antalet besök jämfört med de övriga vårdcentralerna/husläkarmottagningarna i området, men antalet personer som besökt akutmottagning har ökat mellan 2004 och 2006.
- Hökarängen har under hela perioden haft lägre andel personer med äldreomsorgsinsatser än i övriga Farsta. Den svaga ökning av andel personer med någon form av äldreomsorgsinsats som sker i Farsta ligger till största del på Hökarängen
- antal hemtjänsttimmar per person minskar i hela Farsta under perioden och Hökarängen ligger vid samtliga mättillfällen lägst i antal beviljade timmar
- Hökarängen har mindre andel äldre i särskilt boende än i övriga Farsta. I Hökarängen minskar andelen personer i särskilt boende medan den ökar i övriga Farsta

Kostnader och intäkter

Hökarängens hemtjänst har finansierats via samma regelverk som gäller för övriga utförare inom kundvalsmodellen. Hemtjänsten har således haft samma uppdrag och samma ersättning som om de hade varit en vanlig hemtjänstenhet. Enheten har klarat sin verksamhet inom dessa ekonomiska ramar, samtidigt som enhetens undersköterskor kunnat ingå i närvårdsteamet och utföra mer av hemsjukvård än en vanlig hemtjänstenhet.

För hälso- och sjukvården har närvårdcentralen däremot haft mer resurser än om den varit en vanlig vårdcentral. Just därför att den inte är en vanlig vårdcentral är den jämförelsen inte adekvat. Det finns ingen vårdcentral som enbart har personer med funktionshinder och personer 65 år och äldre som sin målgrupp. För 2005 hade närvårdcentralen 8 Mkr och för 2006 8,6 Mkr i ersättning från beställaren. Skulle närvårdcentralen erhållit ersättning för sin produktion i form av besök på mottagning och i hemmet skulle den fått en högre ersättning, för 2006 10,5 Mkr. Det är framförallt hembesöken som ligger högt och ger denna höga ersättningsnivå. Om Hökarängens NVC skulle ha behandlats som övriga vårdcentraler skulle dock ersättningen sannolikt ha begränsats av ett produktionstak. En grov bedömning ger vid handen att närvårdcentralen då skulle ha fått en ersättning som svarar mot hälften av de hembesök närvårdcentralen faktiskt utfört. Det skulle ha gett en total ersättning om cirka 6,2 Mkr, dvs. kring 2,5 Mkr mindre i ersättning än den faktiska.

Denna bild, att närvårdcentralen är förhållandevis dyr, förstärks om nyckeltalet poäng används. Poängen beräknas efter ålder, där åldersgruppen 0-5 år ger 1,19 poäng, 6-64 år ger 1 poäng, 65-74 år 2,59 poäng och 75+ ger 3,56 poäng. Divideras den totala ersättningen för Farsta vårdcentral med dess totala poäng (antal listade personer i respektive åldersgrupp multiplicerat med poängen för respektive grupp) blir den vårdcentralens kostnad per poäng 1 264 kr, att jämföra med Hökarängens NVC 2 464 kr. Görs jämförelsen med en annan vårdcentral med majoritet äldre, Stiftelsen Stora Sköndal, blir skillnaden mindre, Stiftelsens kostnad per poäng är 2 148 kr. Detta antyder att nyckeltalet poäng kanske inte är helt rättvisande för vårdcentraler där de äldre dominerar, trots att den åldersgruppen ges högre poäng.

Tack vare att Hökarängens NVC inte haft ett produktionstak har de kunnat utforma verksamheten efter de behov de bedömt. De har till och med genomfört fler hembesök än vad deras ersättning teoretiskt sett skulle ha räckt till (räknat på den ersättningsmodell landstinget har). Det kan inte uteslutas att den nivå närvårdcentralen har är en mer adekvat nivå för att ge de insatser som krävs.

Kvar står dock att närvårdcentralen kunnat ha en högre bemanning än om de ersatts efter de kriterier som gäller för vårdcentraler generellt. Frågan är då om den extra satsning som därigenom gjorts i Hökarängen lett till att annan hälso- och sjukvårdskonsumtion kunnat minska. En sådan minskning skulle då kunna anses finansiera merkostnaden för Hökarängens NVC. Som framgått av avsnittet om

verksamhetsstatistik går det dock inte att under den period som studerats utläsa någon sådan effekt. En förklaring till detta kan vara att effekterna av ett förbättrat samarbete är mer långsiktiga. Hökarängens NVC har först under 2006 utformat den verksamhet som kan ge teamarbetets alla fördelar. Mätperioden slutade vid halvårsskiftet 2006, och det är möjligt att en eventuell "skördetid" kommer först under 2007.

Faktorer som talar för att närvårdcentralens arbetsformer bör kunna ge hälsoekonomiska vinster är t.ex. att den kunnat vara mer tillgänglig för sina patienter och att läkare, distriktssköterskor och undersköterskor kunnat göra fler hembesök än en vanlig vårdcentral. Det teambaserade arbetssättet bör likaså ge vinster i vårdkvalitet. Tidigare upptäckt och bättre uppföljning av sjukdomstillstånd hos de äldre är exempel på detta, något som dock är svårt att belägga med statistik. Vinsterna kan på lite längre sikt ge utslag i minskad konsumtion av akut- och slutenvård. Om närvårdcentralen får chans att leva vidare är det ett intressant forskningsområde att följa dessa effekter över tid.

Den enda påvisbara hälsoekonomiska effekten av närvårdcentralen under projektperioden fram till hösten 2006 är av den läkemedelsgenomgång som genomförts av en apotekare med hjälp av särskilda medel och stöd från Apoteket AB. För hemsjukvårdspatienterna minskades läkemedelsanvändningen från drygt nio till åtta preparat samtidigt som vissa nya läkemedel sattes in när det observerades att patienten var underbehandlad. Läkemedelskostnaderna minskade med 1 600 kr per patient och år. Räknat på alla hemsjukvårdspatienterna skulle det innebära en besparingspotential om cirka en kvarts miljon årligen samtidigt som säkerheten höjs i läkemedelsförskrivningen, vilket bör kunna minska risken för läkemedelsinteraktioner och sjukvård beroende av sådana orsaker.

SLUTSATSER OCH FÖRSLAG

Utvärderingens sju frågeställningar

Hökarängens NVC:s existens har givit oss en unik möjlighet att undersöka hur ett sammanhållet arbete mellan en vårdcentralsenhet och en öppen hemtjänstenhet fungerar utifrån den äldres perspektiv. I det följande är utgångspunkten de frågeställningar som lyftes fram som syften för Äldrecentrums utvärdering.

1. Hur påverkas befolkningen i området av närheten till en närvårdcentral och vilka förändringar över tid sker vad gäller slutenvård och öppenvård samt äldreomsorgskonsumtion?

Vid de intervjuer som genomfördes 2006 framkommer det från pensionärsorganisationerna att Hökarängens NVC är på rätt väg. Deras bedömning var att verksamheten är bra för alla äldre men bäst för dem som är svårast sjuka och inte själva tar sig till en vårdcentral. Det blir en bättre personkontinuitet och läkarna tar ett helhetsansvar. Liknande bedömning gjordes vid intervjuerna också av vårdgrannarna och samarbetspartners.

Vid nya intervjuer genomförda i början av 2007 med företrädare för olika intresseorganisationer framkommer det att de flesta som varit i kontakt med Hökarängens NVC är nöjda med verksamheten. De beskriver verksamheten som välfungerande och mycket positiv i sin atmosfär. Patienterna blir sedda och hörda på och de blir snabbt omhändertagna. Kontinuiteten upplevs som hög. Det bästa med Hökarängens NVC tycker de tillfrågade är att kommunen och landstinget gått ihop och samlat sina resurser under ett och samma tak. Tryggheten att det finns en verksamhet som har specialistkunskaper på plats framhålls som mycket viktig. Mycket beröm ges också till projektledaren som alltid upplevs vänlig, hjälpsam och informativ.

Det kan också noteras att Hökarängens NVC ökat sina "marknadsandelar" i Hökarängen, från 64 procent hösten 2004 till 80 procent årsskiftet 2006/2007, vilket tyder på att ambitionen att tillgodose de mest vårdbehövande äldre, i fjärde åldern, inte medfört sämre service för piggare äldre i tredje åldern.

Det är svårare att uttala sig om effekterna för yngre personer med funktionshinder och behov av närvårdcentralens insatser. För denna grupp skiftade bedömningarna i början av projektet om en närvårdcentral är rätt modell eller ej. Vid samtal med närvårdcentralens ledning och personal framgår det att de under senare delen av 2006 har kommit tillrätta med fler av de problem de hade att komma i kontakt med funktionshindrade i området. Detta har inneburit att de nu har 45 listade funktionshindrade inom verksamheten där flera har omfattande stöd och behov samordning genom närvårdcentralens team.

För patienter med stora omvårdnadsbehov har Hökarängens NVC inneburit en positiv förändring. De har haft fler hembesök av läkare än jämförbara patienter i

tidigare studier Äldrecentrum genomfört. Det framkom tydligt i de 30 fallstudierna att undersökningspersonerna och även deras anhöriga i de allra flesta fall var nöjda, till och med mycket nöjda, med vården från närvårdcentralen. Flera såg en utveckling till det bättre över tid. Av speciellt stor betydelse ansåg man det vara att läkare och distriktssköterskor kom hem till patienten. Flera personer hade också fått många hembesök av undersköterskor från Hökarängens hemtjänst inom ramen för hemsjukvården. Detta omhändertagande var enligt undersökningspersonerna och deras anhöriga en källa till trygghet. Många gav uttryck för att de för första gången blev ordentligt lyssnade på.

Registerdatastudien bekräftar denna bild. Listade på Hökarängens NVC hade den största andelen kontakter med undersköterskor till skillnad från de andra vårdcentralerna/husläkarmottagningarna där de flesta kontakterna var med eller genom läkare. Den huvudsakliga förklaringen är att de hemsjukvårdsinsatser kommunens undersköterskor ansvarar för registreras i statistiken från Hökarängens NVC vilket inte görs inom andra vårdcentraler. Hökarängens hemtjänst har också ett högt antal utbildade undersköterskor som distriktssköterskorna kan delegera hälso- och sjukvårdsinsatser till i linje med projektets intentioner.

Patienter listade på Hökarängens NVC hade det genomsnittligt flesta antalet kontakter med slutenvård och övrig öppenvård av de husläkarmottagningar/vårdcentraler som finns i Farsta. Detta kan delvis förklaras av att många av de listade på NVC under särskilt det första året hade sina läkarkontakter kvar på Hökarängens Hälsocentral (hos de läkare som tidigare fanns i Hökarängens NVC lokaler). En annan förklaring kan vara att Hökarängens NVC mer aktivt sökt lotsa sina patienter till den rehabilitering eller annan vård som inte finns inom närvårdcentralen. Dock kan konstateras att Hökarängens NVC inte minskat behovet av insatser från specialistvård och annan öppen vård. Någon kostnadsbesparing har ännu inte uppstått inom detta område.

Det genomsnittliga antalet besök på sjukhusets akutmottagning som listade på Hökarängens NVC gjort under perioden ligger både på generell nivå och för de personer som ingår i fallstudien på en lägre nivå än i tidigare studier. Antalet personer listade på närvårdcentralen som besöker sjukhusakut ökar mer under perioden än för dem som är listade på andra vårdcentraler/husläkarmottagningar i Farsta. En av förhoppningarna var att tillkomsten av Hökarängens NVC skulle medföra färre besök på akutmottagningar. En sådan effekt kunde exempelvis ses för vårdcentralen i Vaxholm när ett par läkare där specialdestinerades för de äldre. Att motsvarande effekt inte kan ses i Hökarängen kan bero på de startproblem som funnits, och att effekterna kan komma under 2007. En annan förklaring kan vara att andelen som bor i särskilt boende minskat och kan ha påverkat ökningen av slutenvårdskonsumtionen. Den longitudinella studien SNAC har visat att personer i särskilt boende har en lägre slutenvårdskonsumtion.⁶

Hökarängen har under hela perioden haft lägre andel personer med äldreomsorgsinsatser än i de övriga Farsta. Den svaga ökning av andel personer med någon

⁶ Vårdkonsumtion bland äldre boende på Kungsholmen och Essingeöarna, äldrecentrumrapport 2004:4

form av äldreomsorgsinsats som sker i Farsta ligger till största del på Hökarängen. Hökarängen har mindre andel äldre i särskilt boende än i övriga Farsta. I Hökarängen minskar andelen personer i särskilt boende medan den ökar i övriga Farsta. Utvecklingen med en ökning av andel äldre med hemtjänst och minskning av andel i särskilt boende ligger i linje med förväntningarna på Hökarängens NVC. Genom ett samlat team skulle insatserna bli bättre och tryggare och medföra att fler äldre väljer att bo kvar i sitt hem. Denna slutsats får dock inte fullt stöd av intervjuerna med ett urval äldre med stora och sammansatta behov. Utvecklingen kan också bero på andra faktorer som ligger utanför närvårdcentralens kontroll, t.ex. olikheter i biståndsbedömningen mellan olika biståndsbedömare, något som enligt tidigare studier Äldrecentrum genomfört är vanligt⁷. Det är ännu för tidigt att dra några säkra slutsatser.

2. Hur byggs verksamheten upp? Vilka hinder och möjligheter finns i samverkan? Hur övervinns de eventuella problemen?

Hindren för Hökarängens NVC har varit av två skilda slag. Det första var de stora utmaningar personalen stod inför när verksamheten skulle starta, i ofärdiga lokaler, och med en ofullständig dokumentation om patienterna mitt i semesterperioden. Det andra att nå målet med ett mer teambaserat arbete. Den mesta utvecklingen mot projektmålen har skett under det senaste året. Indelningen i team med läkare, distriktssköterska och undersköterskor och vårdbiträden kom exempelvis igång först i början av år 2006, och sjukvårdsdelens två undersköterskor ansluter till teamet först från och med 2007.

Sekretessfrågorna upplevdes som ett stort problem, men löstes av stadens och landstingets jurister på ett funktionellt sätt. Denna modell kan vara vägledande för liknande verksamheter.

Ett gemensamt journalsystem skulle underlätta vården och omsorgen och göra den säkrare för den äldre. Stadens nya dokumentationssystem VODOK och PARASOL är inte gjorda för att kunna kommunicera med landstingets system. Denna fråga ligger utanför närvårdcentralens möjlighet att påverka. Regeringen har givit Socialstyrelsen i uppdrag att förbereda för att *”ta ett övergripande, nationellt och strategiskt ansvar för att individbaserad patientinformation görs mer entydig, uppföljningsbar och tillgänglig”*. Huvudmännen avvaktar därför i väntan på Socialstyrelsens riktlinjer.

Ett annat hinder för den gemensamma planeringen av arbetet har varit att hälso- och sjukvårdspersonalen själva kunnat utforma sina insatser utifrån patientens aktuella situation, medan hemtjänsten varit beroende och begränsad av den biståndsbedömning som sker utanför närvårdcentralen. Här skulle det vara intressant att pröva en annan modell för biståndsbedömningen, som möjliggör ett ökat ansvar för närvårdsteamet att tillsammans med den äldre utforma insatserna

⁷ Rapport från undersökning avseende biståndshandläggning inom äldreomsorgen i Farsta. Lagergren, Äldrecentrum 2004:6

mer situationsanpassat ur ett helhetsperspektiv med hänsyn tagen både från hälso- och sjukvården och från hemtjänsten.

Att delar av hemtjänsten är utlagd på entreprenad omöjliggör teamarbete fullt ut. Även här skulle det vara önskvärt att närvårdsteamet själv skulle kunna bedöma i vilka fall det är adekvat med en underentreprenör, och undvika en sådan lösning där den för den äldre är olämpligt. I sammanhanget bör påpekas att stadsdelsförvaltningen söker former för när och hur underentreprenörer kan användas utan att det för den skall ska innebära sämre personkontinuitet och/eller säkerhet för brukaren. Överhuvudtaget skulle det för närvårdcentralens enhetschef underlätta att ha den samlade budgeten för all hälso- och sjukvård och hemtjänst för de äldre som är listade hos närvårdcentralen och/eller genom kundvalet har valt dess hemtjänst.

Den stora vinsten för en god samverkan är inrättandet av teamen som handleds av distriktssköterskorna och som också är navet i närvårdcentralens organisation. De har möjlighet att i större utsträckning än vanligt delegera till hemtjänstens undersköterskor. De kan fånga upp viktig information från hemtjänsten som underlag till läkarnas behandlingsarbete. Likaså att handleda och ge råd till hemtjänsten i omvårdnaden av vård- och omsorgstagarna. Distriktssköterskorna har en nyckelfunktion i sin roll som medicinsk ledare av hälso- och sjukvårdsarbetet i teamen. Rätt använt utgör professionen en stor trygghetsfaktor för hemtjänstens personal som i sin tur leder till en bättre och tryggare vård ur ett helhetsperspektiv för den enskilde.

3. Hur överbryggas problem mellan två olika huvudmän?

När personalen intervjuades första gången, när det gått ett år, hade de ännu inte blivit ett enhetligt arbetslag. De praktiska frågorna och problemen vid starten hade tagit all deras tid. När personalen intervjuades ett år senare hade man delat in Hökarängen i fyra områden, med ett team med en ansvarig distriktssköterska som arbetar tillsammans med områdesindelade undersköterskor och vårdbiträden. Detta såg de intervjuade som en förbättring och effektivisering av arbetet, och som ledde till en bättre personalkontinuitet för de äldre. Möjligheterna till helhetsagerande hade höjts. Hemtjänstens personal gav också starkt uttryck för sin uppskattning av närheten till läkare.

Ledningen för Hökarängens NVC har systematiskt under projektet också arbetat med teamkänslan inom verksamheten. Planeringsdagar har anordnats med teman där arbetsmetodik och gemensamma rutiner diskuterats. Likaså har personalen givits möjlighet att lära känna varandra genom olika gemensamma aktiviteter inom teamområdet.

Sedan våren 2005 har en arbetsgrupp träffats och träffas fortfarande var 14:e dag. Gruppen består av projektledaren, två undersköterskor, ett vårdbiträde, samordnaren från hemtjänsten samt en distriktssköterska. Uppgiften är att inventera och identifiera ”flödesstopp och oklara rutiner” samt komma med förslag till

lösningar. Detta arbetssätt har inneburit att personalen samlats kring gemensamma problem och löst dessa utifrån den nya struktur som Hökarängens NVC innebär.

Det finns ingen genväg till lösning av problemet med två olika arbetskulturer. Det handlar om att identifiera vad som skiljer organisationerna och därefter enas om en samlad bild och ett gemensamt mål för bästa resultat. Ledningen för närvårdcentralen har systematiskt arbetat med teamkänslan inom hela närvårdcentralen från första arbetsdagen. Målet har hela tiden varit att ena medarbetarna och få acceptans för vad som ska gälla inom den nya organisationen.

4. Hur påverkas personalens arbetssituation och arbetsmiljö?

Hökarängens NVCs organisation och den teamanda som ledningen strävat efter ska gälla inom verksamheten har inneburit förbättringar som tydligt visar sig i de intervjuer som genomförts med personalen inom närvårdcentralen, främst visar det resultat den andra intervjuomgången våren 2006. Närvårdcentralens personal tyckte exempelvis att hemtjänstgruppen utvecklats både vad gällde handlingsförmåga och kompetens och att deras *"möjligheter till helhetsagerande hade höjts"*. Vårdbiträden och undersköterskor gav starkt uttryck för sin uppskattning av närheten till läkare och distriktssköterskor. De ansåg att arbetet blivit mer stimulerande och att deras insatser uppmärksammades.

Hemtjänstens personal ger vid båda intervjuerna uttryck för att de ibland upplever sig hindrade av biståndshandläggarnas beställningar som är för detaljerade vad de ska utföra hemma hos den enskilde. De skulle i större utsträckning än vad de kan göra idag vilja samordna och situationsanpassa insatserna efter den enskildes helhetsbehov. Synpunkterna är värda att beaktas då teamens möjligheter att verka fullt ut påverkas av förhållandet.

Genomförandet av de fyra teamen har ytterligare givit trygghet och styrka till de olika professionerna. Teamen träffas dagligen och kan därmed hantera akuta problem och ge varandra stöd mellan sjukvård och hemtjänst. Omvårdnads-konferenserna ger personalen stor möjlighet att få stöd och hjälp av läkarna och andra samverkanspartners. Detta arbetssätt ger en ny dimension till att verka professionellt och säkert i de olika yrkesrollerna.

Särskilt hemtjänstens personal känner sig mer sedda och upplever att de i större utsträckning än tidigare bidrar till ett högre välbefinnande för målgrupperna.

Inom Hökarängens NVC har distriktssköterskorna en central roll. Distriktssköterskorna är navet i närvårdcentralens organisation med sin kompetens och ställning i organisationen.

Läkarna uttrycker vid intervjuerna att de har en ökad kontroll och bättre uppföljning av patienterna genom det nära samarbetet med hemtjänsten. De får frågor belysta via hemtjänsten som annars riskerar att kvarstå som frågetecken. Hemtjänstens personal kan registrera och återkoppla effekter av den behandling

som läkarna sätter in. Läkarna, distriktssköterskorna och hemtjänsten samspelar för att nå den bästa kvaliteten för ett gott välbefinnande för vårdtagaren.

Vårdenhetschefen har under projekttiden arbeta utifrån två huvudmäns olika administrativa system. Huvudmännen var medvetna om att det dubbla huvudmannaskapet skulle kunna ställa till problem för vårdenhetschefen. Diskussioner förs nu om hur dessa problem skall minimeras. Äldrecentrum kan konstatera att en gemensamt finansierad enhet som drivs som en egen resultatenhet där all personal har samma förutsättningar, och budgeten omfattar hela verksamheten, skulle underlätta utvecklandet av det teambaserade arbetet, och minska onödig administration.

En annan fråga som är viktig att klara ut vid ett gemensamt huvudmannaskap är, vid en eventuell ny chefstillsättning, hur en nyrekrytering skulle gå till och vem som sköter rekrytering och urval.

5. Kommer olika gruppers behov att uppfyllas?

Yngre personer med funktionshinder

För de funktionshindrade framfördes inledningsvis från politiker, chefer och samverkanspartners en oro för att verksamheten inte skulle kunna tillgodose deras behov. Det var svårt att nå personerna med information om Hökarängens NVC. Gruppen är inte heller en homogen grupp utan har helt olika och ofta komplexa problem att brottas med. Projektledningen har arbetat intensivt för att nå de som kan vara intresserade av att lista sig på Hökarängens NVC. Detta har under 2006 givit resultat, från att ha haft fem listade vid start är nu 45 listade på närvårdcentralen. Flera av dessa personer har en mycket komplex och omfattande behovsbild. Ledningen vid Hökarängens NVC ser en klar nytta att kunna erbjuda de funktionshindrade en samordning av olika vårdgivares insatser. En ökad samverkan med specialister och andra vårdgivare ger också en ny dimension till närvårdcentralens arbetsmetodik.

Äldre i "tredje åldern"

Flera äldre påtalar via intresseorganisationerna att de är mycket nöjda med en egen närvårdcentral och hoppas verksamheten ska få vara kvar. *"Det är lätt att få tid, även om det inte går att komma akut får man alltid en akuttid samma dag."* De beskriver att atmosfären är vänlig och varm vilket gör att det är trevligt att besöka verksamheten. Läkarna har tid att lyssna och upplevs som kunniga inom sitt område. Senaste året har det också varit samma läkare vilket upplevs som en trygghet av patienterna. De tycker också att det är en trygghet att veta att om man blir svårt sjuk och behöver hjälp kommer läkaren hem istället för att behöva åka in akut. De har också hört att den uppsökande verksamheten har kommit igång vilket upplevs positivt. Önskemål förs fram om fler seminarier om äldres problem och sjukdomar eftersom de seminarier som erbjudits varit mycket uppskattade.

Äldre i ”fjärde åldern”

Äldrecentrum har i tidigare studier visat att vård- och omsorgsinsatserna inte hängt ihop för äldre med stora och sammansatta problem och behov. Det har bland annat saknats en husläkare med ett definierat ansvar för patienten liksom distriktssköterska med ett definierat ansvar att arbeta med äldre i det ordinära boendet tillsammans med hemtjänstens vårdbiträden.

Det visar sig att de som ingått i denna fallstudie haft betydligt fler kontakter med annan öppenvård utanför Hökarängens NVC jämfört med äldre i liknande studier i andra områden. Dessa personer med sammansatta behov har också träffat läkare på Hökarängens NVC och fått hembesök av läkare därifrån i en utsträckning vi i tidigare studier inte varit i närheten av.

Att de listade vid Hökarängens NVC ”är sedda” märks också i registerdatastudien, de listade vid närvårdcentralen har både det genomsnittligt högsta antalet kontakter inom öppenvården och den högsta andelen personer med slutet sjukhusvård i jämförelse med de andra vårdcentralerna/husläkarmottagningarna.

6. Påverkas användningen av läkemedel hos målgruppen?

Studiens patienter hade i medeltal 1,7 läkemedelsrelaterade problem per person vilket är mindre än i tidigare studier av liknande undersökningspopulation. De patienter som deltagit i läkemedelsgenomgångar med apotekare på Hökarängens NVC hade i genomsnitt färre läkemedelsrelaterade problem än de som inte haft dessa genomgångar.

Genom Äldrecentrums utvärdering och med medel från Apoteket AB kom en Apotekare att under ett drygt år knytas till Hökarängens NVC. Apotekaren arbetade med läkemedelsgenomgångar, uppföljning av läkemedelsförskrivningar samt fanns tillgänglig som stöd vid uppföljning och vid läkemedelförskrivning. Detta arbete visade sig vara framgångsrikt. Preparat kunde sättas ut för vilka indikation för behandling var oklar eller saknades. Kvaliteten i läkemedelsförskrivningen kunde höjas till patientens fördel. Förskrivningen av antidepressiva läkemedel och lätta smärtstillande medel ökade exempelvis. Detta för tillstånd som varit underbehandlade hos patienterna. För hemsjukvårdspatienterna minskades läkemedelsanvändningen från drygt 9 till 8 preparat samtidigt som läkemedelskostnaderna minskade med 1600 kr per patient och år.

Inom detta område finns en stor utvecklingspotential, som dock till stor del ligger utanför vad en enskild närvårdcentral kan åstadkomma. Idag finns ett stort antal olika journalsystem, i slutet och öppen vård, som inte alls kommunicerar med varandra, och många väntar på den ”gemensamma läkemedelslistan”. Vägen till ett system som möjliggör en sammanlänkning av olika journaler är dock lång och ännu längre till ett gemensamt journalsystem för alla typer av vård. Den läke-

medelsförteckning som förs av Apoteket sedan 1 juli 2005 är ett steg i rätt riktning mot en samlad individuell förteckning av läkemedel⁸.

I väntan på en gemensam läkemedelslista kan emellertid mycket göras redan nu för att underlätta dokumentation och överföring av information om läkemedelsordinationer. Den sammanfattning av vårdtillfället som skrivs i samband med utskrivningen av en patient från slutenvården – epikrisen – kan, rätt skriven och utnyttjad, bli en utmärkt källa till information om patientens aktuella läkemedelsanvändning och om de ordinationer och läkemedelsändringar som gjorts under vårdtiden. Försök pågår i landet med en sådan ”Läkemedelsberättelse”, med goda resultat.⁹

En viktig orsak till läkemedelsproblem hos äldre, är att ordinationer inte följs upp ordentligt. Stora individuella variationer hos äldre i läkemedelsomsättning och känslighet, gör det nödvändigt att följa upp effekter och bieffekter för att kunna optimera behandlingen. Ett annat skäl för uppföljning är brister i hur patienten själv följer sina läkemedelsordinationer. En rapport från Arbetsgruppen för bättre läkemedelsanvändning¹⁰ visar att följsamheten vid långtidsmedicinering i genomsnitt är högst 50 procent. De äldre i denna studie hade i genomsnitt 10 läkemedel, och det är ett väl känt faktum att följsamheten sjunker dramatiskt med antalet läkemedel. En förutsättning för att uppföljningen ska fungera är emellertid att läkaren redan i ordinationsögonblicket beslutar sig för vad uppföljningen ska bestå av och på vilket sätt den ska genomföras. Man skulle kunna säga att läkaren bör planera för utsättning av läkemedel redan vid insättningen¹¹. Uppgifter kring detta förfarande måste också dokumenteras tydligt i journalen, inte minst för att underlätta när en annan läkare tar över vården. En viktig del i uppföljningen av äldres läkemedelsbehandling är övervakningen med fokus på biverkningar och andra läkemedelsproblem. Här måste läkaren kunna lita till samarbetet med andra yrkesgrupper. Bäst skickade att notera läkemedelsproblem är de som finns närmast de äldre, d v s vårdbiträden, undersköterskor, hemtjänstpersonal samt anhöriga. Här finns en av de stora vinsterna med att arbeta i team så som Hökarängens NVC har möjlighet till.

7. Vilka effektivitetsvinster ses i projektet, både för den enskilde och för samhället?

Kvalitativa effektiviseringsvinster för den enskilde har vi under flera av de ovanstående frågeställningar redan beskrivit. När det gäller de ekonomiska vinsterna är den frågan för tidig att besvara då projektets startsträcka blev längre

⁸ Fastbom J. Äldres Läkemedel. Fokusrapport. Medicinskt programarbete. Forum för kunskap och gemensam utveckling. Stockholms Läns Landsting, 2005.

⁹ Eriksson T, Holmdahl L, Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å, Ljungberg B, Widner H, Ranklev E, Höglund P. Läkemedelsberättelse i utskrivningsinformation enligt Lundamodellen Ett redskap för att minska risk för överföringsfel i information om läkemedelsbehandlingen då patienter skrivs ut från slutenvård. Region Skånes Kompetenscentrum för Klinisk Forskning, UsiL, 2006.

¹⁰ ABLA. Förbättrad läkemedelsanvändning genom bättre följsamhet till läkemedelsordination. Förslag till gemensamma mål för läkare, sjuksköterskor och farmaceuter. Landstingsförbundet 1999.

¹¹ Claes Lundgren, Fas ut. Råd vid avslutande av läkemedelsbehandling, Västerbottens läns landsting, 2005

än planerat. De viktigaste åtgärderna för att nå projektets målsättningar kom igång först under 2006 och resultatet kan därför ännu inte utläsas i de olika registerdata på vård- och äldreomsorgskonsumtion.

Vid projektstart var det 839 personer listade på Hökarängens NVC, vid årsskiftet 2006/2007 har antalet ökat till 1030 personer. Dessutom har över hälften av den dryga tredjedel som var listade på Hökarängens NVC men som besökt Hälsocentralen nu börjat besöka Hökarängens NVC. Härmed har närvårdcentralen blivit mer ekonomiskt bärkraftig.

Hökarängens NVC har väl tilltagna resurser i form av mycket hög läkartäthet och i viss mån också högre distriktsskötersketäthet än normalt. Kostnaderna för verksamheten är klart högre än för vanlig vårdcentralsverksamhet, men är inte jämförbar med sådan. Förväntningarna var att effekterna av Hökarängens NVCs omhändertagande och organisation skulle ge kostnadsminskningar i andra delar av sjukvårdsorganisationen.

När det gäller distriktssköterskorna har hemsjukvårdspatienterna ökat de senaste två månaderna. Respektive distriktssköterska ansvarar idag för 35 inskrivna hemsjukvårdspatienter var. Förutom dessa har de ett arbetsledande ansvar för teamen och ansvarar växelvis för mottagningsfunktionen inom Hökarängens NVC.

Med anledning av den långa och tröga uppstarten och med vetskapen att verksamheten inte kunnat nå samtliga listade är det för tidigt att kunna dra några ekonomiska effektivitetsvinster med Hökarängens NVC. Verksamheten behöver det förlängda projektåret (2007) på sig för att påvisa effekter av sin nya arbetsmetodik och åtgärder för att få fler listade på närvårdcentralen.

Summering

Hökarängens NVC visar på ett nytt sätt att utveckla och pröva ett annorlunda koncept. Det första projektet i länet där en öppen hemtjänstenhet trots kundval och förekomst av flera utförare av öppen hemtjänst i området i projektform har kunnat integreras med en vårdcentralsenhet/husläkarmottagning.

Ett stort framsteg är att politikerna inom Farsta stadsdelsförvaltning och Stockholms läns landsting enats om att pröva en ny modell för samarbete kring äldre och de funktionshindrade och att de lyckats sätta projekt efter flera års diskussioner. Detta visar vilja att komma till rätta med de systemmässiga hinder som visat sig i tidigare studier kring personer med sammansatta behov och problem samt kring möjligheter att arbeta förebyggande.

Utveckla det teambaserade arbetssättet

Under projektiden har det teambaserade arbetet utvecklats alltmer, så att hälso- och sjukvårdspersonalen och hemtjänsten nu arbetar nära tillsammans. Arbetet i teamen ute i bostadsområdet kom igång i början av 2006 och detta arbetssätt hade

ännu inte fått fullt genomslag i de fallstudier som genomfördes under sommaren 2006. Hökarängens hemtjänstgrupp beskrivs i intervjuerna av många som kunniga och kompetenta. Organisationen inom närvårdcentralen fungerar bra med gott samarbete mellan de olika professionerna. Utmaningen ligger nu i att vidareutveckla arbetssätt och metodik. Den nuvarande situationen, med biståndsbeslutade insats- och tidstyrda insatser, där vissa insatser som städning, matdistribution, inköp och tvätt läggs ut på underentreprenörer hämmar möjligheten att arbeta teambaserat.

Fallstudierna visade att undersökningsspersonerna var mycket nöjda med sjukvårdsinsatserna men att många var otillfredsställda med hemtjänsten. Hemtjänsten i traditionell form ger inte optimal nytta i team med andra professioner inom sjukvården som själva fattar beslut om och själva verkställer sina fattade beslut. En insatsstyrd hemtjänst – bedömd och beslutad av biståndshandläggare utanför verksamheten – får svårt att matcha behovet av ett situationsanpassat arbetssätt. När hemtjänsten, som i fallet med Hökarängens hemtjänst, dessutom lägger ut det som betecknas som serviceinsatser på underentreprenörer som inte ingår i omvårdnadsteamet på Hökarängens NVC blir resultatet haltande för den som får ta del av insatserna. Många i fallstudierna har problem med viktnedgång och är ordinerade läkemedel som kräver ett gott nutritionstillstånd. Hjälp med mat i form matlådor fungerar inte tillfredställande i en sådan situation. Här krävs ett teams vakande öga och möjligheter till flexibla lösningar.

Utmaningar för det förebyggande arbetet

Hökarängen domineras av trevåningshus utan hiss. De boende i Hökarängen blir med tilltagande sjukdom och funktionsnedsättning isolerade i den äldre bebyggelsens flervåningshus utan hiss. Promenader är sällan förekommande i biståndsbesluten, och den restaurang som funnits i Hökarängen, Kryddgården, är avvecklad.

Anhöriga genomför stora insatser, i många fall som komplement till hemtjänsten eller för att hemtjänsten inte erbjuder insatserna till vårdtagarna så som de önskar få dem utförda. Hökarängens NVC har under senhösten 2006 påbörjat arbetet med uppsökande verksamhet. Äldrecentrums utvärdering var nästan avslutad innan detta arbete hade kommit igång fullt ut. Det går därför inte att uttala sig om åtgärden underlättat för de anhöriga som framfört synpunkter i de olika intervjuer som genomförts med företrädare för pensionärerna eller i fallstudiens intervjuer med anhöriga.

De anhörigcirkclar som Röda Korset anordnat i samarbete med Hökarängens NVC har varit uppskattade. Totalt har 17 anhöriga gått cirkklarna som anordnats vid tre tillfällen. Anhöriga efterfrågar mer av information och möjligheter till möten.

Projektet har haft en mycket lång startsträcka. Äldrecentrum har följt processen de första två åren. Det uppsökande arbetet startade under oktober 2006 då Äldrecentrums utvärdering i huvudsak var avslutad. Det är därför ännu för tidigt

att bedöma närvårdcentralens förutsättningar att kombinera insatser för de skröpligaste äldre med förebyggande insatser för äldre i tredje åldern.

Utveckling av närvårdcentralen

Mycket av Hökarängens NVC:s insatser för målgrupperna har vid utvärderingstillfället ännu inte givit effekt. De hinder som finns kvar att lösa så att projektet kan nå samtliga uppsatta mål måste i vissa fall hanteras och lösas på systemnivå. Lösningar ligger där utanför projektet. Rapporten väcker följande tankar och förslag till verksamhetsutveckling för att nå de uppsatta målen vad gäller helhetssyn kring målgruppen

- bistånd behöver prövas i annan form, utformandet av hemtjänstinsatserna behöver genomföras av dem som arbetar nära vårdtagaren och tillsammans med denne och med dem som bedömer hälso- och sjukvårdsbehovet. En utveckling bort från en insatsstyrd hemtjänst till en situationsanpassad, och att underentreprenörer undviks för äldre med stora och sammansatta behov där teamets roll är särskilt viktig.
- behövs en gemensam budget för hela Hökarängens NVC:s verksamhet så att vårdenhetschefen får mandat fullt ut att styra verksamheten och målgruppernas behov efter bästa effektivitet.
- många av de äldre går ner i vikt och många avsäger sig de matlådor som erbjuds. Uppföljning/nyprövning måste ske när den erbjudna insatsen på matsituationen inte fungerar. Här är det viktigt att hitta signal- och informationssystem mellan de olika parterna för att kunna åtgärda problemen.
- uppsökande verksamhet riktad till äldre som riskerar att bli isolerade i den äldre bebyggelsens flervåningshus utan hiss.
- utevistelser och promenader behövs som en naturlig del av hemtjänstens insatser
- anhöriga genomför stora insatser och behöver bli sedda och få kunskap och stöd.
- ett övergripande problem har varit bristen på överensstämmelse mellan läkemedelslistan på vårdcentralen och patientens ”faktiska” läkemedelsanvändning. Här kan samspelet mellan en ansvarig läkare som tack vare resurserna på Hökarängens NVC har tid att ta ett helhetsansvar, distriktsköterskor och undersköterskor/vårdbiträden innebära en betydlig ökning av läkemedelssäkerheten för den äldre.
- fortsätta utveckla mångprofessionella team kring den äldre genom att knyta ytterligare funktioner/verksamheter till Hökarängens NVC – främst arbetsterapeuter och sjukgymnaster
- fortsätta det påbörjade arbetet med att utveckla kontakterna med vård- och omsorgsgrannar

Äldrecentrums utvärdering av Hökarängens NVC ger inte svar på frågan om hur projektet ska drivas fortsättningsvis. Frågan är för tidigt väckt. Att bryta traditionella mönster och skapa nya verksamhetsformer både tar och måste få ta tid.

Utvärderingen väcker frågor som huvudmännen behöver ta ställning till inför framtiden. Hit hör om målgruppen fortsättningsvis ska vara densamma eller om verksamheten endast bör riktas till vissa grupper. En annan fråga är om det arbetssätt närvårdcentralen utformat kan integreras inom ramen för existerande vårdcentraler/husläkarmottagningar och öppen hemtjänst inom Farsta stadsdelsförvaltning och övriga delar av länet.

Generella slutsatser för teamarbete inom äldreomsorgen

Målsättningen är att ett sammanhållet arbete mellan husläkare, distriktssköterskor och kommunens hemtjänst i området där de äldre bor ska möjliggöra ett omhändertagande utifrån den äldres samlade behovsbild. Detta ska också öka chanserna att uppmärksamma och skapa kontakt med äldre som kan vara mer kända på sjukhusets akutmottagning än på vårdcentralen/husläkarmottagningen. Det ska också öka möjligheten att komma i kontakt med äldre som behöver stöd genom hemtjänsten och med anhöriga som behöver stöd och samarbetspartners i sitt omsorgsarbete. Ett stabilt och mångprofessionellt omhändertagande på hemmaplan verkar i sig uppsökande och ger reella möjligheter att arbeta förebyggande. De behov och problem som ses av flera har större möjligheter att finna en lösning.

Hur ekvationen löses både kan och måste se olika ut beroende av lokal struktur. Äldreläkare för akuta uttryckningar till hemmet för att förhindra onödiga ambulansfärder till sjukhus fanns under en tid knutna till Danderyds geriatrik. Stockholms Geriatriken drev under något år ett äldreteam som i hemmet tog hand om multisjuka äldre boende på Kungsholmen och på Norrmalm¹². Handens geriatriska klinik driver nu en liknande verksamhet, och Nynäs vård har ett ännu större åtagande. Vaxholms husläkarmottagning¹³ drev under några år, med medel från landstinget, ett äldreteam som arbetade tillsammans med hemtjänsten i det ordinära boendet. Solna startade i början av år 2006 en Äldrevårdcentral som i hemmet och i Solnas särskilda boenden ska ta hand om multisjuka äldre inom hela Solna.

Teamarbete går att skapa inom alla organisationer eftersom det handlar om att ta till vara medarbetarnas olika kunskaper för att nå bästa kvalitet och trygghet utifrån givet uppdrag och de äldres behov. För att lyckas med detta konststycke måste dock förutsättningar ges till de olika professionerna som ska utföra arbetet. Likaså måste kunskap finnas om vad omsorgstagarna upplever som bra service och omvårdnad.

¹² Äldreteam, en ny vårdform för multisjuka; Hjalmarsson, Äldrecentrum 2003:3

¹³ Vaxholm 1:an. Utvärdering av Turboprojektet i Vaxholm, 22 fallstudier av multisjuka 75+, Gurner & Fastbom, Äldrecentrum 2002:2

Projektet inom Hökarängens närvårdcentral visar på betydelsen av att dessa förutsättningar ges och att onödiga problem och hinder elimineras före och i början av verksamhetens igångsättande. För Hökarängens del blev starten besvärlig och projektet försenades i onödan.

Vi har sett tre generella hinder som bör lyftas fram. Det första hindret är att det saknas viktiga professioner, som t ex sjukgymnast och arbetsterapeut i teamen. Likaså saknas rutiner för samarbetet med underentreprenörerna i teamarbetet. Rehabiliteringspersonalen adjungeras vid behov till teamens omvårdnads-konferenser men skulle också kunna adjungeras till teamen. Inom hemtjänsten skulle problemet med underentreprenörers personal kunna lösas genom att de bjuds in att medverka i teamarbetet vid behov. Det andra hindret är att biståndsbesluten inte alltid möjliggör en situationsanpassad hemtjänst. Vårdbiträdet blir låst vid de biståndsbedömda insatserna, oavsett vad de och den äldre själv bedömer behöver göras just för dagen. Användningen av underentreprenörer bör nog övervägas för äldre med stora och sammansatta behov där teamets roll är särskilt viktig. Det tredje hindret uppkommer om inte samtlig personal är öppen för ett teambaserat arbetssätt. Teamarbete handlar om att våga gå över gränser och samarbeta med nya professioner. Det är inte lätt, och här handlar det både om personlig motivation och om stöd att våga nya arbetssätt tillsammans med yrkesgrupper man tidigare inte arbetat nära ihop med.

För andra stadsdelar, kommuner och landsting som vill lyckas med teamarbete över gränserna är följande värt att beakta:

- Det är viktigt att undanröja onödiga hinder innan igångsättning av verksamheten. Det har betydelse när och hur verksamheten startas.
- Det är viktigt att närvårdcentraler och/eller motsvarande har en gemensam chef och att teamen har en teamledare som organiserar och leder arbetet.
- När nya team startar upp, ta vara på den kunskap som finns från liknande projekt. Genom omvärldsbevakning slipper man uppfinna hjulet på nytt särskilt genom lärande exempel .
- När teamen bildats måste de identifiera vilket uppdrag de har och vilka behov som skall tillgodoses. Utarbeta därefter tillsammans gemensamma rutiner och arbetsmetodik för att nå bästa kvalitet för den enskilde utifrån det uppdrag och de behov som finns.
- Respektera varandras kunskaper och erfarenheter i teamet, lyssna på varandra och ta till vara på olikheter i synsätt, det ger ökad möjlighet till kreativa och innovativa lösningar.
- De som ska arbeta med teamarbete måste se det som en utmaning och vilja vara nydanande. Ett erbjudande att få arbeta i team är en chans till egen vidareutveckling. Att samarbeta med andra professioner ger oftast mer och en annorlunda kunskap än att arbeta i invanda mönster.

Utmaningen ligger inte i att bilda team och olika arbetslag utan att verkligen jobba utifrån teamets alla kompetenser och ta vara på de olika erfarenheter och kunskaper som teammedlemmarna besitter. Utan den förmågan blir det inget reellt samarbete som kommer den enskilde till del.

Vi kan också konstatera att de möjligheter teamen har att gemensamt utforma och situationsanpassa de olika individuella insatserna är beroende av hur biståndsbesluten är utformade.

Det är önskvärt att mer tid ges för att utvärdera olika modeller för att ge äldre en trygg och säker vård och omsorg i verksamhetsformer som är kostnadseffektiva. Detta arbete kan med fördel integreras i den forskningsansats som Äldrecentrum, KI och de geriatriska klinikerna påbörjat inom ramen för Centrum FoUU äldre och den geriatriska gruppen inom FoUU-kommitté närvård.

TABELLBILAGA

Tabell 1, Genomsnittskontakter inom öppenvården per individ efter listning och åldersgrupp, antal besök 2005

Mottagning	65-69 År	70-74 år	75-79 År	80-84 år	85-89 år	90-94 år	≥ 95 år	Total
Hökarängens NVC	14,7	17,0	35,0	31,7	26,7	44,8	15,6	27,4
Gubbängens nya VC	14,2	16,4	19,6	25,3	42,1	69,3	40,1	24,6
Sköndals HLM	13,6	20,3	25,0	23,9	32,5	19,9	48,2	22,8
Stureby VC	13,8	16,0	17,1	23,2	30,4	22,8	8,5	20,6
Farsta husläkare	15,1	17,5	18,8	24,7	26,7	31,1	40,8	20,4
Totalt i öppenvården	15,0	17,8	21,8	24,9	29,3	34,4	31,4	22,0

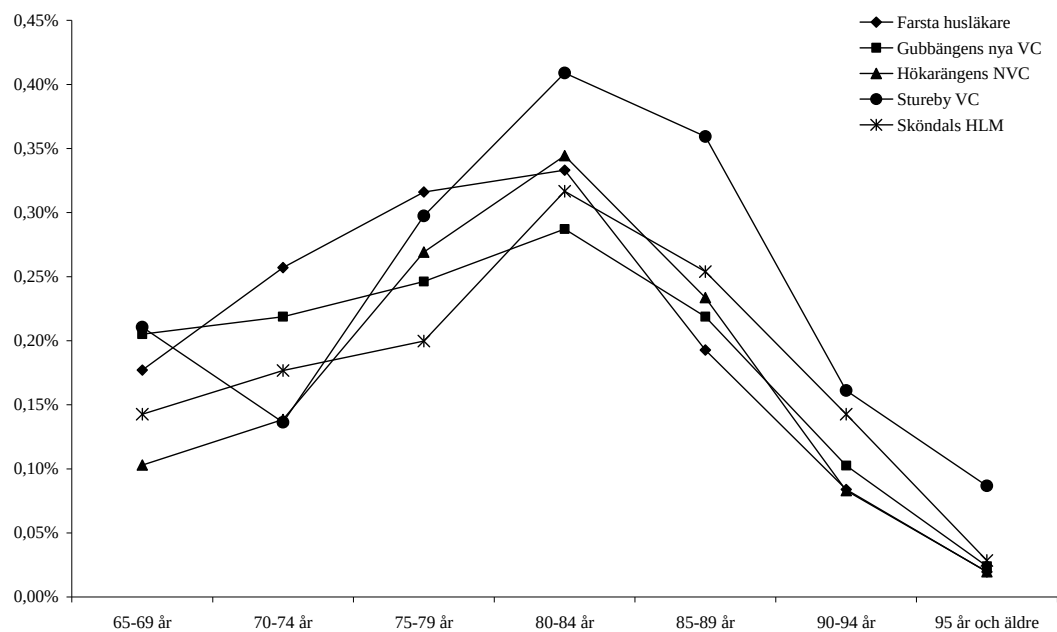
Tabell 2 Vem har man träffat vid kontakt med öppenvården? Andel av samtliga besök (hembesök och på mottagning) gjorda av personer listade på respektive mottagning (%)

Vårdgivare	Mottagningslistning					Andelar totalt
	Farsta husläkare	Gubbängens nya VC	Hökarängens NVC	Stureby VC	Sköndals HLM	
Läkare	42,5	37,9	33,0	41,8	42,2	40,2
Distriktsköterska	14,9	25,9	15,7	26,8	12,9	16,9
Sjuksköterska	10,0	4,5	2,8	1,2	7,1	7,1
Undersköterska	14,7	13,6	34,5	19,4	18,3	18,5
Sjukgymnast	7,5	8,4	6,2	3,8	8,9	7,5
Medicinsk service*	6,0	5,0	4,0	4,0	5,9	5,4
Arbetsterapeut	1,1	1,2	1,0	0,7	1,3	1,1
Övrigt paramedicin**	1,1	1,1	0,9	1,1	1,6	1,1
Övrigt***	2,2	2,5	2,0	1,2	1,9	2,1
Totalt	100	100	100	100	100	100

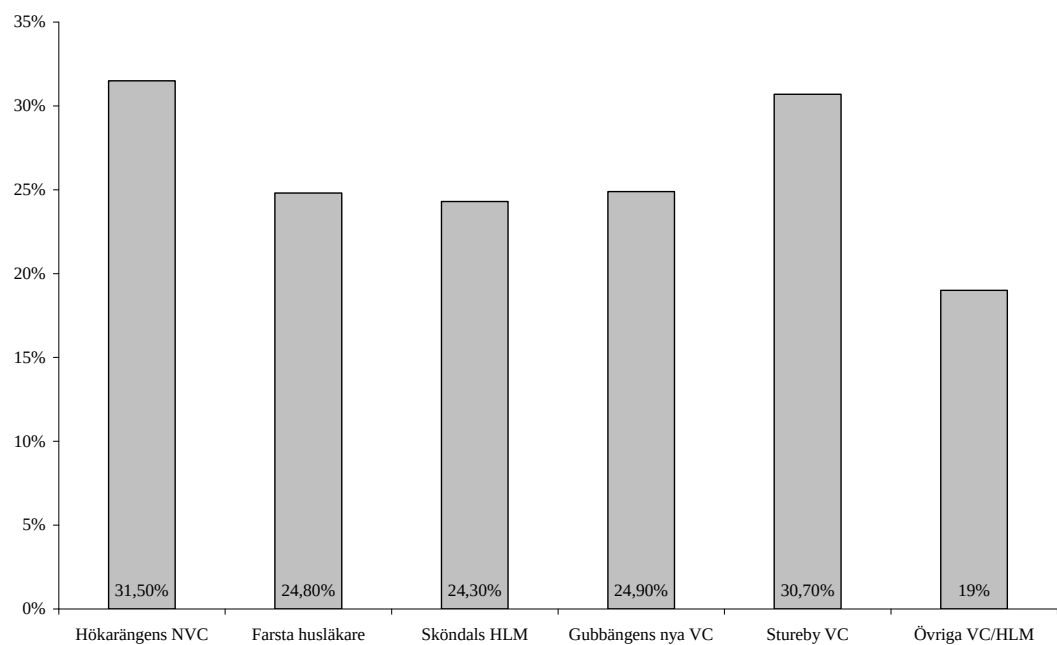
* Röntgen, labanalyser/resultat

** Hjälpvårdsass., audionom, logoped, psykolog, kurator, psykoterapeut eller dietist

*** Barnmorska, biomedicinsk analytiker, skötare, ortopist, fotvårdsspecialist, hypertonsköterska, infarktsköterska, diabetessköterska, dagvård eller annan vårdgivare.



Figur 1 Andel akutmottagningsbesök av samtliga besök inom öppenvården 2005 efter vårdcentral och åldersgrupp (%).



Figur 2, Andel individer inom slutenvården år 2005 efter vårdcentral (%)

Tabell 3. Andel individer per äldreomsorgsinsats för perioden 1 juli 2004 till 30 juni 2006 (%)

Äldreomsorgsinsats*	Hökar- Ängen	Övriga Farsta	Farsta
Hemtjänst	48,9	43,1	43,8
Hemtjänst och särskilt boende	4,1	6,3	6,1
Hemtjänst och trygghetslarm	3,8	4,0	4,0
Hemtjänst, korttidsboende och särskilt boende	1,9	3,7	3,4
Hemtjänst och korttidsboende	3,0	3,3	3,3
Dagvård och hemtjänst	3,8	3,1	3,2
Dagvård, hemtjänst och särskilt boende	0,8	1,3	1,2
Dagvård, hemtjänst, korttidsboende och särskilt boende	1,4	1,0	1,0
Dagvård, hemtjänst och korttidsboende	1,1	0,4	0,5
Hemtjänst, korttidsboende och T-larm	0,5	0,5	0,5
Hemtjänst, särskilt boende och T-larm	0,5	0,4	0,4
Dagvård, hemtjänst och T-larm	0,5	0,3	0,3
Hemtjänst, korttidsboende, särskilt boende och T-larm	-	0,1	0,1
Dagvård, hemtjänst, korttidsboende, särskilt boende och T-larm	-	0,0	0,0
Totalt hemtjänst	70,6	67,5	67,9
Särskilt boende	15,9	21,4	20,7
Trygghetslarm	10,4	6,6	7,1
Korttidsboende och särskilt boende	0,5	1,8	1,7
Korttidsboende	1,6	0,9	1,0
Korttidsboende och trygghetslarm	-	0,4	0,3
Dagvård och korttidsboende	-	0,3	0,3
Trygghetslarm och särskilt boende	-	0,3	0,2
Dagvård	0,5	0,2	0,2
Dagvård, korttidsboende och särskilt boende	-	0,2	0,2
Dagvård och trygghetslarm	-	0,2	0,1
Dagvård och särskilt boende	-	0,2	0,1
Korttidsboende, särskilt boende och T-larm	0,3	0,1	0,1
Dagvård, särskilt boende och T-larm	-	0,0	0,0
Total	100	100	100

*En individ kan endast förekomma i ett av alternativen

Tabell 4 Antal hemtjänsttimmar per månad i genomsnitt för individer inom äldreomsorgen – Hökarängen, övriga Farsta och Farsta totalt.*

		Medelvärde	Median	Minimum	Maximum
1 juli 2004	Hökarängen	25,5	10,2	1	150,5
	Övriga Farsta	30,6	14,2	0,7	430
	Farsta totalt	30,0	13,7	0,7	430
1 juli 2005	Hökarängen	22,1	9,8	1,5	150,5
	Övriga Farsta	29,5	13,6	0,8	201
	Farsta totalt	28,5	12,7	0,8	201
30 juni 2006	Hökarängen	23,3	11	1,5	138
	Övriga Farsta	29,0	11,5	0,7	234,5
	Farsta totalt	28,2	11,4	0,7	234,5

*Exklusive Edö äldreboende

Problem med bristande samverkan mellan kommun och landsting har diskuterats under i vart fall de senaste femtio åren, och många åtgärder har vidtagits under årens lopp. En av de mer intressanta och kreativa är Hökarängens närvårdcentral. Utan att förändra några huvudmannaskapsgränser har förutsättningar skapats för ett samlat team av läkare, distriktssköterska, undersköterska och vårdbiträde. Stockholms stads Kompetensfond har bidragit med projektmedel och också finansierat utvärderingen. Utvärderingens resultat ger underlag för gemensamma diskussioner över huvudmanna- och professionsgränser och kan användas för att bearbeta de hinder som finns i traditionella strukturer och sätt att arbeta. Målgrupp är politiker, verksamhetsansvariga, de olika professioner som verkar inom vård- och omsorgsområdet, anhöriga/närstående, de äldre själva och deras intresseorganisationer.