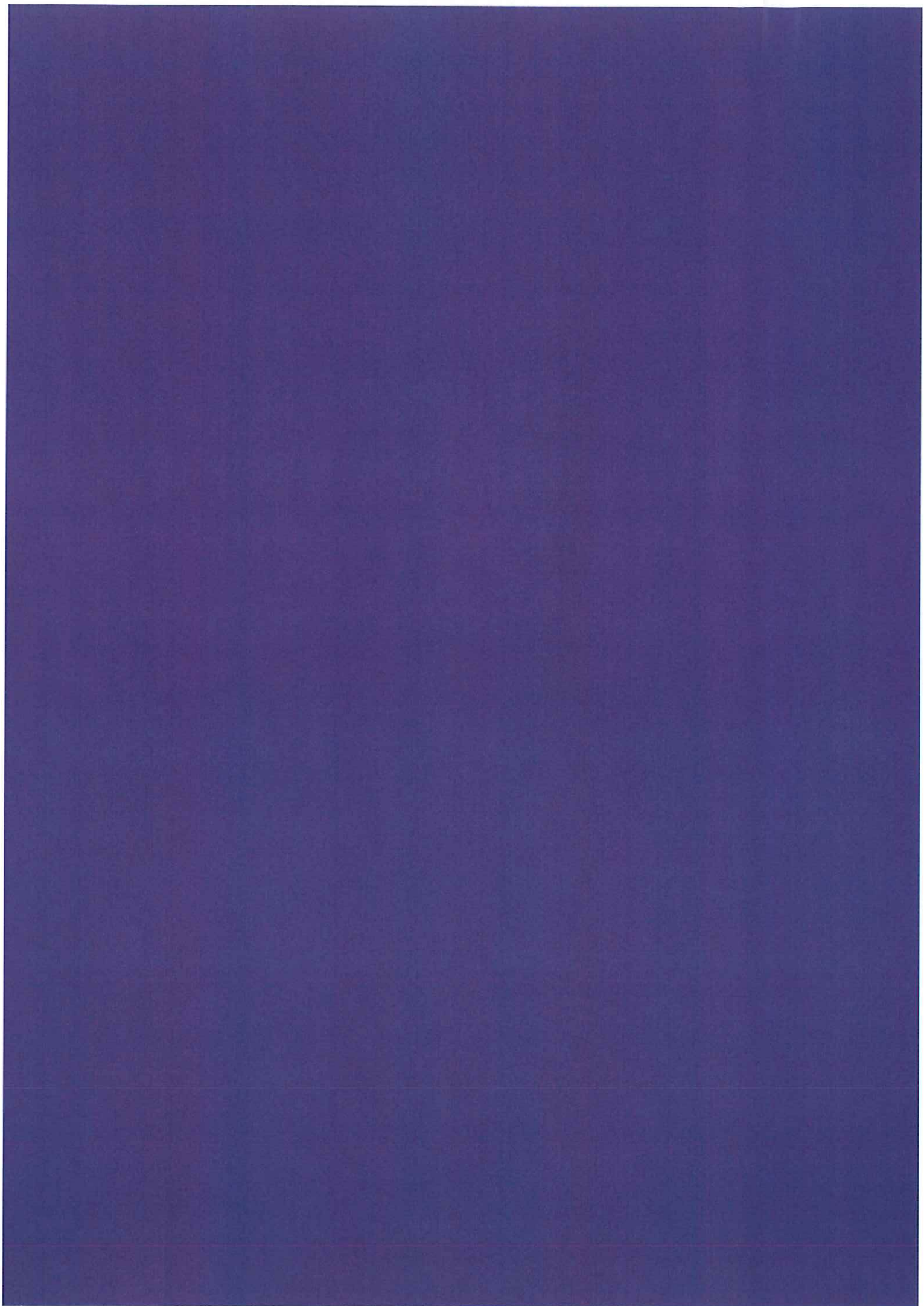




**Framgångs-
faktorer för
sammanhållen
vård och omsorg
för äldre**

**April
2015**



Sammanhållen vård och omsorg för äldre – kartläggning av framgångsfaktorer för primärvård och särskilda boenden i Stockholms stad

Vårdcentraler och särskilda boenden är nyckelaktörer i skapandet av en sammanhållen vård och omsorg för personer över 65 år med komplexa och omfattande behov. Genom att på olika sätt och i rätt tid identifiera vård- och omsorgsbehov, utför de ett betydelsefullt arbete i förebyggandet av försämringar och akuta sjukhusbesök.

Det finns stora skillnader i hur vanligt det är med återinskrivningar, det vill säga ny inskrivning på sjukhus inom 30 dagar efter utskrivning. Till exempel är återinskrivning sex gånger vanligare vid de tio vårdcentraler som har högst andel än vid de tio som har lägst andel.

För att bättre förstå vad som ligger bakom dessa skillnader genomförde Stockholms stad och Stockholms läns landsting denna intervjustudie, där vårdcentraler och särskilda boenden med få respektive många återinskrivningar jämfördes.

I denna skrift beskrivs fyra framgångsfaktorer som hänger samman med en låg förekomst av återinskrivningar. För vidare läsning hänvisas till den fullständiga rapporten.

Skriften vänder sig till dig som arbetar på vårdcentral eller särskilt boende, som chef eller kliniskt verksam, men också till tjänstemän och politiker som arbetar med vård och omsorg för äldre. Vi hoppas att denna skrift ska vara till nytta i förbättringsarbetet på verksamhetsnivå och inspirera till initiativ som kan förbättra vården och omsorgen för äldre.

Indikatorn återinskrivningar

Återinskrivningar är ett sätt att mäta sammanhållen vård och användes bland annat i SKLs och regeringens gemensamma överenskommelse inom satsningen "Mest sjuka äldre" för att mäta förbättringar på området.



Fyra framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg



Framgångsfaktor 1

– Bra samarbete och tät kommunikation med anhöriga och andra vård- och omsorgsgivare



En välfungerande samverkan mellan viktiga aktörer som är inblandade i äldres vård och omsorg är central för att skapa en sammanhållen vård och omsorg. Två faktorer kan särskilt bidra till ett gott samarbete:

- Tät kommunikation med andra vård- och omsorgsgivare – både kring enskilda patienter/brukare och i övergripande frågor.
- Regelbundna samverkansmöten – för att gemensamt diskutera bland annat förbättringsområden.

Vårdcentraler

Äldre med hemtjänst har ofta stora vård- och omsorgsbehov och hög risk för att återinskrivas. Samarbete mellan hemtjänst och vårdcentraler är därför mycket viktigt.

Vårdcentraler med få återinskrivningar lyfter fram hur hemtjänsten fångar upp äldre patienter med risk för akuta sjukhusbesök. Hemtjänstutförare håller tät telefonkontakt med distriktssköterskorna och hör av sig när de tror att det finns behov av en extra insats.

En vårdcentral lyfter fram det goda samarbetet med den största hemtjänstaktören som en viktig framgångsfaktor. Samarbetet präglas av ömsesidig respekt och förtroende. Under månatliga samverkansmöten diskuteras det gemensamma arbetet.



Diskussionspunkt: Hur kan vi förbättra vår samverkan med hemtjänsten, och tillsammans ännu bättre fånga upp äldre med stor risk för akut sjukhusvård?

Särskilda boenden

För särskilda boenden utgör ett bra samarbete med anhöriga samt ansvarig läkare en grund för ett gott omhändertagande.

Flera faktorer kan bidra till god kontakt med anhöriga och minskad oro:

- Proaktiv kommunikation med tidig diskussion av svåra frågor relaterade till åldrandeprocessen, eventuella försämringar och livets slutskede.
- Tät kontakt med anhöriga, som prioriteras av samtliga yrkesgrupper.
- Koordinering och planering mellan personal så att anhöriga får samma information oavsett vem de pratar med.

Regelbundna möten med ledningen för organisationen ansvarig för läkarinsatser och tydliga rutiner för läkarkontakt är viktiga bidragande faktorer till ett bra samarbete med ansvarig läkare.

På ett särskilt boende är det rutin att personalen är på plats hos den äldre när den anhöriga lämnar boendet efter ett besök, för att göra avskedet lättare för såväl den äldre som den besökande – ”Den anhöriga ska inte behöva känna att det är jobbigt att gå till och från boendet”.

Ett särskilt boende har tydliga och förankrade rutiner för när läkare ska kontaktas. Sjuksköterskan har gjort en egen bedömning på förhand inför kontakt med läkare och läkaren läser på i journalen och läkemedelsförteckningen om det finns möjlighet.



Diskussionspunkt:

- Hur kan vi kommunicera ännu bättre med anhöriga för att minska oro?
- Hur ser våra rutiner ut för hur och när vi tar upp svåra frågor, såsom försämringar och livets slutskede?
- Hur samverkar vi med organisationen för läkarinsatser och hur diskuterar vi förbättringsområden med ansvarig läkare?

Framgångsfaktor 2

– Fördelning av verksamhetens resurser enligt tydlig prioritering av äldre med störst vårdbehov



Det är viktigt att äldre med omfattande och komplexa vårdbehov får den avsatta tid och de resurser de behöver. Verksamheter med få återinskrivningar har en medveten och välfungerande strategi för att prioritera äldre med störst vårdbehov.

Vårdcentraler

Vårdcentraler med få återinskrivningar prioriterar hemsjukvården, och både sjuksköterskor och läkare upplever att de har tillräckligt mycket tid för hembesök. Vårdcentralerna är snabba med att svara på remisser och boka in återbesök för patienter med stora vårdbehov.

De har medvetet valt att prioritera vårdtunga patienter trots att befintliga ersättningssystem upplevs belöna tillgänglighet för relativt friska personer på bekostnad av personer med störst behov.

"Jag önskar att läkarna hade mer tid för de mest sjuka, särskilt hemsjukvårdspatienterna. Den avsatta tiden räcker oftast inte och det är svårt att få tag på en läkare till hembesök."

– **Distriktssköterska på vårdcentral med många återinskrivningar.**

Diskussionspunkt:

- Hur gör vi i praktiken för att prioritera äldre med stora vårdbehov och ge dem den vård de behöver? Vilken roll har hemsjukvården?
- Finns särskilda situationer där vi upplever att denna grupp inte prioriteras i tillräcklig stor utsträckning? Och finns något vi kan göra för att ändra på detta?

Särskilda boenden

Särskilda boenden med få återinskrivningar har en tydlig och förankrad inställning som utgår från att äldre mår bäst av att stanna på boendet. Bemanning anpassas tydligt till äldres grad av demens och allmänna tillstånd.

"Vi känner att vi vill och kan vårda svårt sjuka."
– **Verksamhetschef på särskilt boende med få återinskrivningar.**

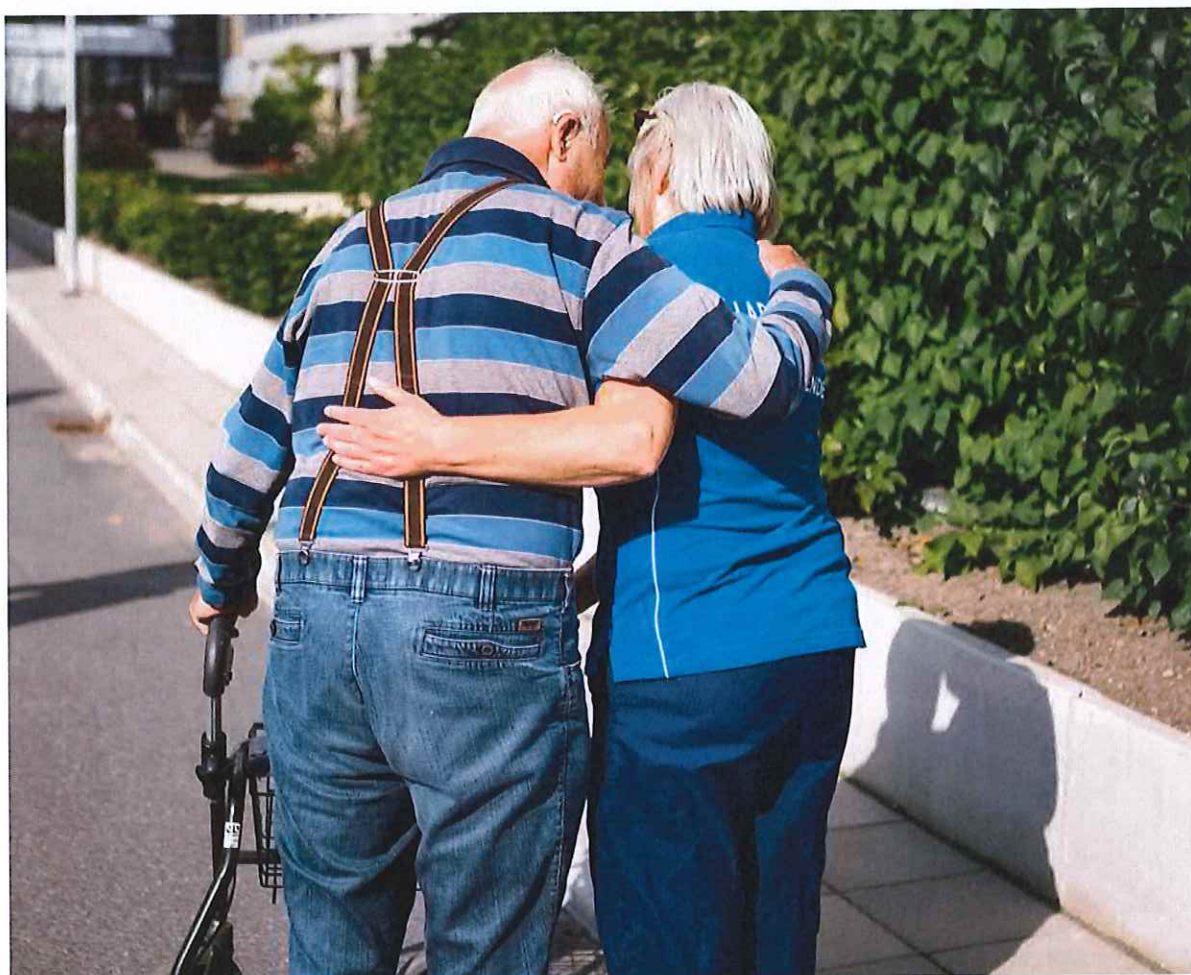
"Som chef är jag tydlig med att det inte blir aktuellt med att flytta särskilt vårdkrävande äldre från boendet så länge som det inte är medicinskt befogat, även när det kommer önskemål från personal om detta."
– **Verksamhetschef på särskilt boende med få återinskrivningar.**

Diskussionspunkt:

- Hur gör vi i praktiken för att se till att personer med särskilt omfattande och komplexa behov får det extra stöd de behöver?
- Hur samverkar vi med ansvarig läkare kring denna fråga?
- Finns en samsyn kring när sjukhusvård behövs bland vård- och omsorgspersonalen?

Framgångsfaktor 3

– Hög personalkontinuitet och goda rutiner som skapar trygghet för vårdtunga patienter



Hög personalkontinuitet (det vill säga att det är samma person som har kontakt med den äldre) och låg personalomsättning bidrar till att sjuka äldre känner sig trygga och får ett bra omhändertagande. Även goda rutiner bidrar till ett bättre omhändertagande, särskilt när personalomsättningen är hög.

Vårdcentraler

På vårdcentraler med få återinskrivningar har personalen oftare arbetat på samma arbetsplats under en längre tid och känner därmed varandra, vårdcentralens rutiner och arbetssätt samt sina patienter väl. Rutiner för informationsöverföring, handläggning och uppföljning ökar möjligheterna att förebygga behov av sjukhusvård. Utöver detta kan olika sätt att organisera verksamheten bidra till att skapa trygghet och kontinuitet för äldre, *se exemplet till höger.*

En vårdcentral har valt att arbeta i fasta distriktssköterske- och läkarteam som möjliggör att patienten träffar samma vårdpersonal på mottagningen och i hemsjukvården.
– ”Helst ser vi att patienten träffar samma läkare och sjuksköterska från vaggan till graven, från BVC till hemsjukvård.”

Särskilda boenden

Personalkontinuitet på särskilda boenden handlar i stor utsträckning om att behålla personal över en längre tid. Att kunna träffa samma person som känner till sjukdomshistoriken upplevs skapa trygghet för äldre och anhöriga.

Kompetensutveckling kan vara ett sätt att få personalen att bli tryggare i sin yrkesroll och vilja stanna längre på det särskilda boendet. Ett särskilt boende berättar att de har som mål att all omvårdnadspersonal ska vara utbildade undersköterskor. Omvårdnadspersonal ges därför möjlighet att gå en vidareutbildning med bibehållen lön.

Diskussionspunkter (för både vårdcentraler och särskilda boenden):

- Vilka rutiner har vi som bidrar till att förebygga försämring och behov av akut sjukhusvård?
- Används dessa rutiner av alla?
- Vilka ytterligare rutiner skulle vara bra?
- Hur säkerställer vi att äldre med störst behov får tillräcklig grad av personalkontinuitet?



Framgångsfaktor 4

– Ständigt pågående och systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete



Vid verksamheter med få återinskrivningar finns en kultur av att vilja förbättra sig, att upptäcka fel och rätta till dem. Det ska vara en naturlig del av verksamheten att rapportera in avvikelser och att utvärdera den vård respektive den omsorg som ges. Det är också viktigt att ledningen tar ett aktivt ansvar för implementering av förbättringsförslag, till exempel genom att utforma handlingsplaner eller tillsätta kvalitetsråd.

Vårdcentraler

Vårdcentraler med få återinskrivningar arbetar systematiskt med kvalitetsutveckling baserat på olika kvalitetsindikatorer (exempelvis från kvalitetsregister) och har en ledning som tar ansvar för att följa upp förbättringsarbetet. Resultaten diskuteras på möten och återkopplas på individnivå till personalen. Även läkare och sjuksköterskor har möjlighet att själva ta fram resultat ur kvalitetsregister

Diskussionspunkt:

- Vet vi hur vår verksamhet ligger till vad gäller inskrivning på sjukhus, jämfört med andra liknande verksamheter?
- Vilka kvalitetsindikatorer tycker vi är mest relevanta för att förebygga slutenvård hos äldre? Vilka av dem använder vi aktivt och hur följer vi dem?
- Hur kan vi bli ännu bättre på att upptäcka, agera på och följa upp förbättringsmöjligheter? Vilka strukturer och processer finns i dag för detta?



Särskilda boenden

Även särskilda boenden med få återinskrivningar använder systematiskt kvalitetsregister och andra indikatorer för att förbättra verksamheten. Även organisationen ansvarig för läkarinsatser på boendet involveras i kvalitetsutvecklingen, genom möten på ledningsnivå där olika förbättringsmöjligheter diskuteras, och ansvarig läkare får löpande återkoppling kring hur arbetet kan förbättras.

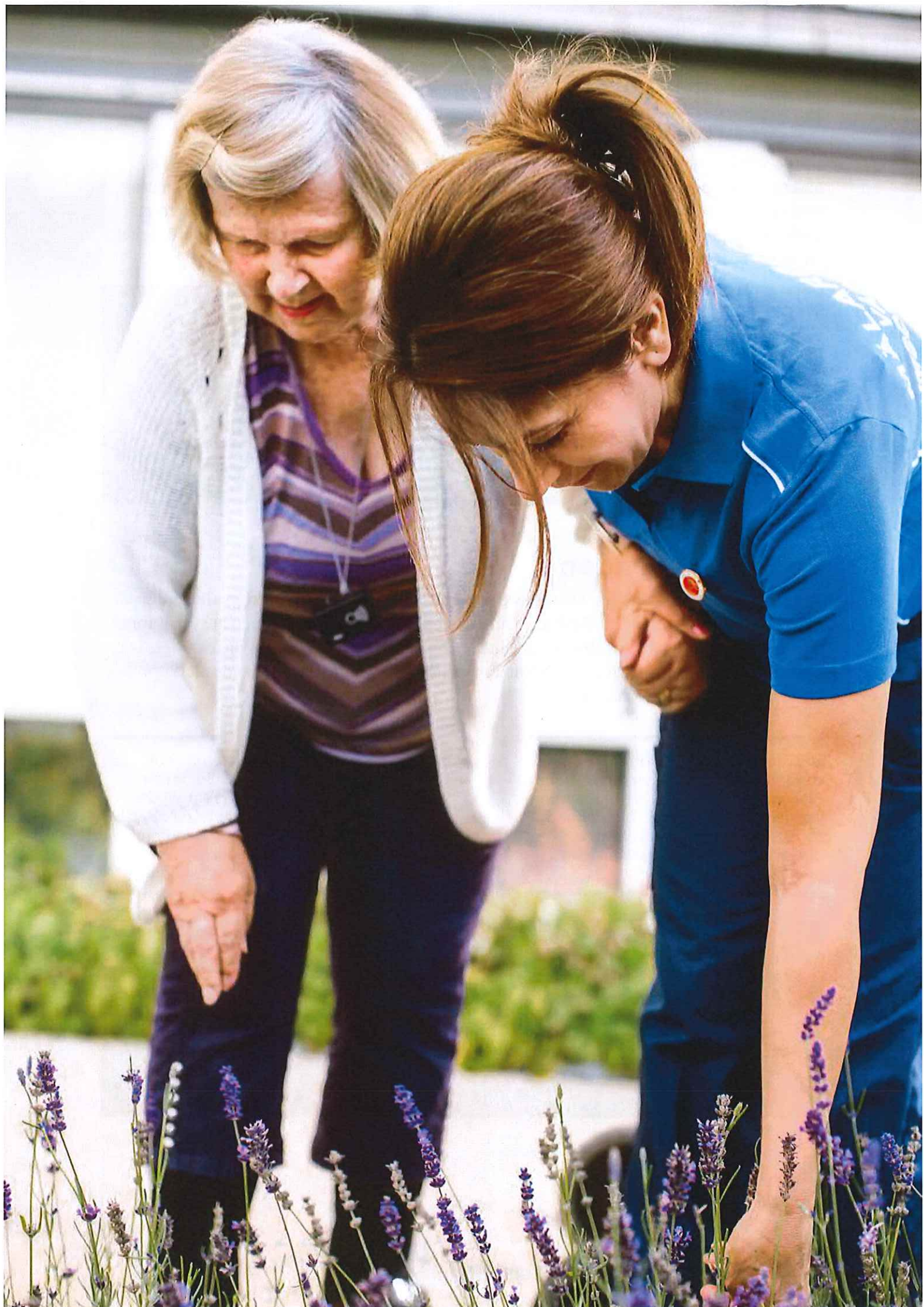
Ett särskilt boende berättar att de använder skattningsskalan NPI (Neuro Psychiatric Inventory) före och efter inskrivning på boendet, bland annat för att visa de anhöriga hur den äldres tillstånd förändrats till följd av flytten.

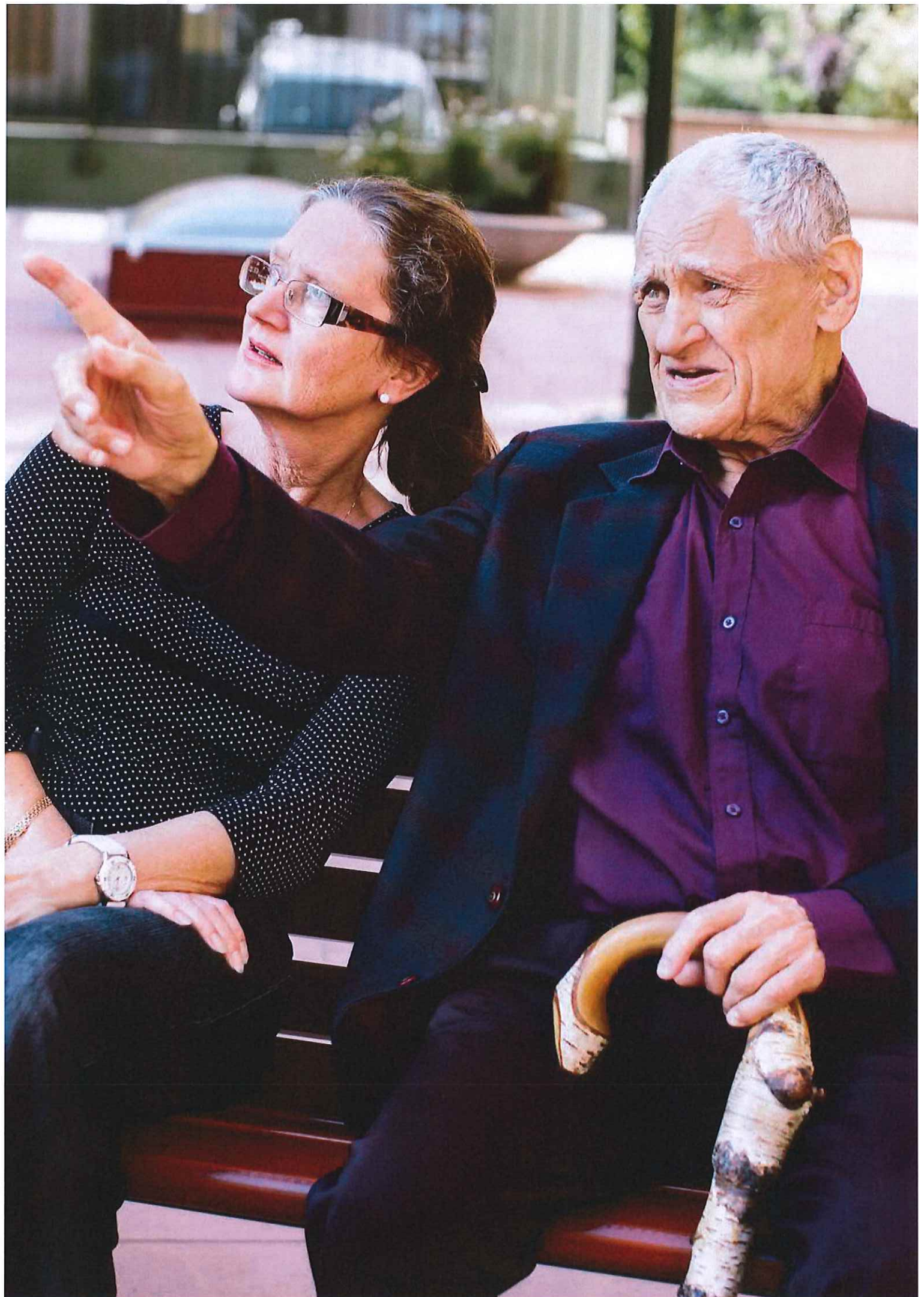
Ett annat särskilt boende berättar att de har utvecklat en egen årlig brukarundersökning som komplement till den som genomförs av Socialstyrelsen. Den egna brukarundersökningen genomförs av en extern part som kommer till boendet för att ställa frågor till äldre.

Diskussionspunkt:

- Vet vi hur vår verksamhet ligger till vad gäller inskrivning på sjukhus, jämfört med andra liknande verksamheter?
- Hur kan vi bli ännu bättre på att upptäcka, agera på och följa upp förbättringsmöjligheter? Vilka strukturer och processer finns i dag för detta?
- Hur involverar vi organisationen ansvarig för läkarinsatser på boendet i kvalitetsutvecklingen?







**Denna skrift baseras på en intervjustudie genomförd av
Stockholms Stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
vid Stockholms läns landsting.**