

Sammanhållen vård och omsorg för äldre – kartläggning av framgångsfaktorer för vårdcentraler och särskilda boenden

Förord

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

Inom ramen för den nationella satsningen på de mest sjuka äldre, genomförde Stockholms stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting 2013-2014 ett gemensamt analysarbete för att bättre förstå äldres vård- och omsorgsbehov. Fokus låg på förebyggande av akuta sjukhusbesök och återinskrivningar inom 30 dagar. Kartläggningen visade bland annat stora skillnader i utfall mellan olika särskilda boenden och vårdcentraler.

För att bättre förstå vad som ligger bakom dessa skillnader, har Stockholms Stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting genomfört en intervjustudie. Målet med intervjustudien har varit att identifiera framgångsfaktorer relaterade till lägre förekomst av återinskrivningar bland äldre. Förhoppningsvis kan denna rapport vara till nytta i verksamheternas förbättringsarbete och inspirera till initiativ som kan förbättra vården och omsorgen för äldre. Insikterna kan även hjälpa oss på huvudmannanivå att utveckla insatser som stödjer vård- och omsorgsgivare i deras arbete för en mer sammanhållen vård och omsorg.

Projektet har letts av en styrgrupp bestående av Elisabeth Höglund, Gunilla Benner Forsberg, Barbro Hansson och Marie-Louise Kain från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting samt AnnMarie Ståhl och Christina Malmqvist från Stockholms stad. Arbetet har utförts med stöd från Health Navigator. Sex särskilda boenden och sex vårdcentraler har deltagit i studien och delat med sig av sina erfarenheter.

Ett stort tack till alla medverkande för ert bidrag i arbetet!

Stockholm i april 2015

Olle Olofsson,
Avdelningschef, Närsjukvårdsavdelningen
Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
Stockholms läns landsting

AnnMarie Ståhl,
Avdelningschef, Uppföljning och Inspektion
Äldreförvaltningen
Stockholms stad

Innehåll

Förord.....	1
Sammanfattning	3
Bakgrund: Sammanhållen vård och omsorg – en utmaning.....	5
Syfte och metod: Framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg genom jämförande studie.....	13
Fyra framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg.....	17
Diskussion kring resultaten och tillämpning.....	28

Sammanfattning

Äldre med omfattande och komplexa vård- och omsorgsbehov har ofta kontakt med ett stort antal vård- och omsorgsaktörer. För att dessa äldre ska få rätt vård och omsorg, är det viktigt att det finns en välfungerande samordning och planering mellan olika delar av vård- och omsorgskedjan. En sammanhållen vård och omsorg kan förebygga försämringar som orsakar onödigt lidande och akuta sjukhusbesök. Ett mått på en sammanhållen vård och omsorg är antalet återinskrivningar, det vill säga antalet nya inskrivningar inom 30 dagar efter utskrivning. En kartläggning som genomfördes av Stockholms stad och Stockholms läns landsting 2013-2014 visade att det finns stora skillnader mellan särskilda boenden och vårdcentraler (i denna rapport definierad som husläkarverksamheter med basal hemsjukvård) vad gäller förekomsten av återinskrivningar.

Målet för denna intervjustudie har varit att identifiera framgångsfaktorer relaterade till lägre förekomst av återinskrivningar bland äldre. Fokus har varit på särskilda boenden och vårdcentraler, eftersom särskilt stora skillnader i återinskrivningar observerades för dessa verksamheter. De flesta äldre bor hemma och besöker vårdcentral minst en gång per år. Ungefär sju procent bor på särskilt boende.¹ Vårdcentraler och särskilda boenden spelar därmed en viktig roll i att förebygga försämringar för en stor grupp äldre.

Baserat på förekomsten av återinskrivningar (samt ytterligare faktorer såsom geografi, driftform, socioekonomi och åldersfördelning) valdes tre vårdcentraler och tre särskilda boenden med få respektive många återinskrivningar ut för jämförelse. Totalt genomfördes 31 intervjuer med nyckelpersoner vid 12 olika verksamheter.

Undersökningsmetoden, med semistrukturerade djupintervjuer, möjliggjorde identifiering av faktorer som de intervjuade själva ansåg vara viktiga samt en djupare förståelse av bakomliggande faktorer till skillnaderna i återinskrivningsresultat.

I figuren nedan redovisas de fyra framgångsfaktorer som identifierats i studien. Förhoppningen är att insikterna ska kunna komma till praktisk användning i verksamheternas och huvudmännens arbete mot en sammanhållen vård, samt uppmuntra till utbyte av erfarenheter mellan vård- och omsorgsaktörer.

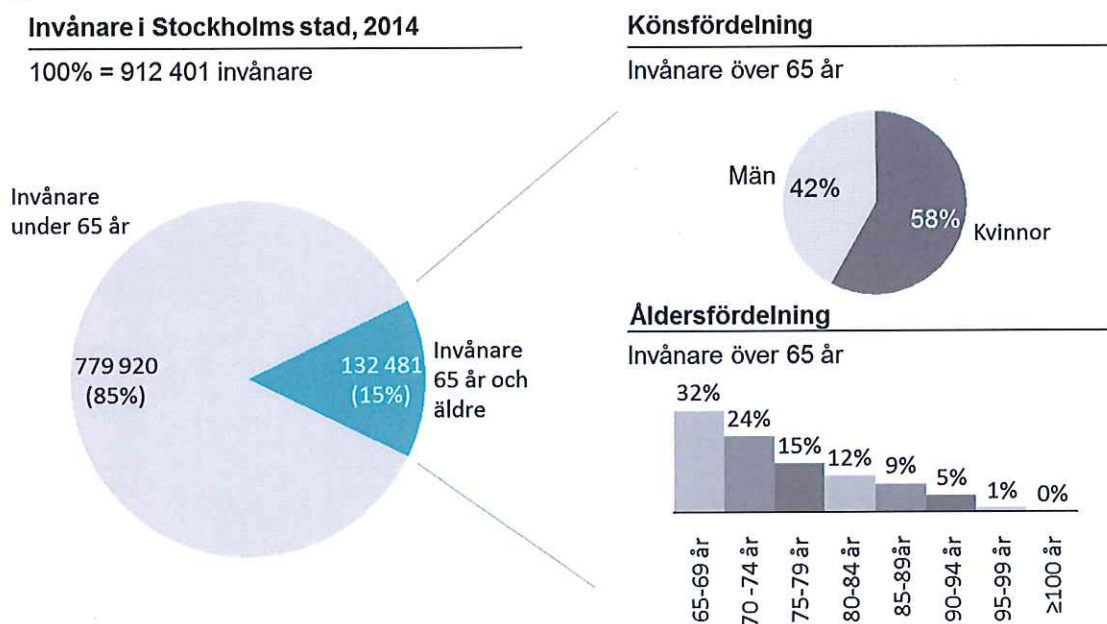
¹ Analys av äldres vård- och omsorgskonsumtion i Stockholms läns landsting, 2014



Bakgrund: Sammanhållen vård och omsorg – en utmaning

Äldre i Stockholms stad och Stockholms läns landsting - en heterogen grupp med skilda behov

Totalt 15 procent (347 523 personer) av befolkningen i Stockholms läns landsting är 65 år eller äldre. Närmare 40 procent av dessa (132 481 personer) bor i Stockholms stad. En majoritet av de äldre är kvinnor (58 procent) och drygt hälften är under 75 år (54 procent), se figur 1.²



Figur 1. Åldersfördelning och könsfördelning bland äldre i Stockholms stad, 2014

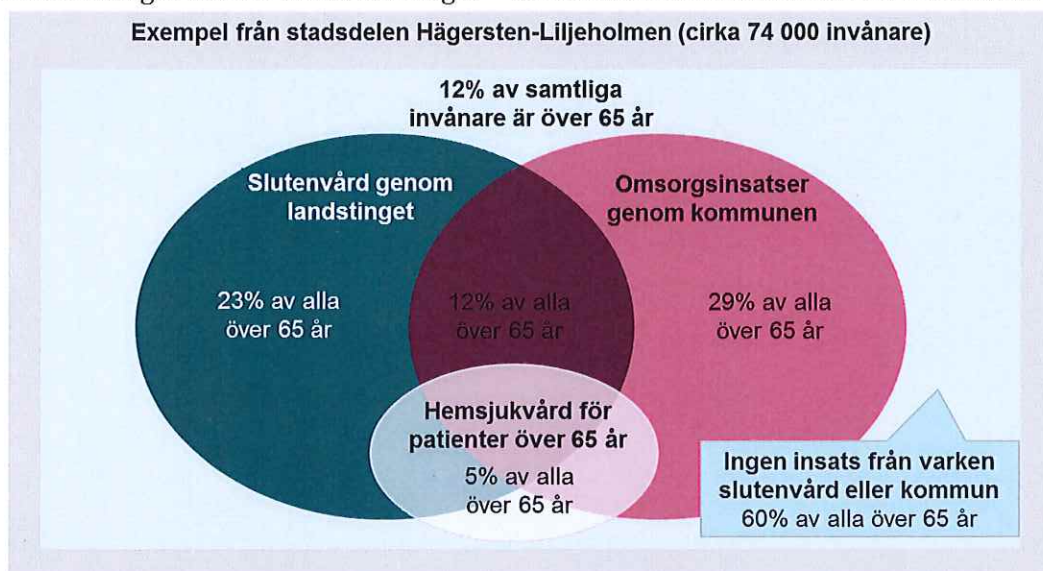
Trots att äldre endast utgör 15 procent av befolkningen står de för hälften av länets alla vårddygn under ett år. Samtidigt behöver de flesta äldre inte någon slutenvård alls under ett kalenderår. Snarare visar en analys av fördelningen av konsumerade vårddygn att en procent av de äldre står för en fjärdedel och tio procent för nästan 90 procent av vårddygnen.³

² 2014, SCB

³ Analys av äldres vård- och omsorgskonsumtion i Stockholms läns landsting, 2014

Stora skillnader ses också vad gäller omsorgsbehov, där de flesta äldre (78 procent) bor i ordinärt boende utan omsorgsinsatser (se figur 5). Endast en mindre andel bor på särskilt boende (7 procent) eller får hemtjänst (14 procent varav cirka hälften även erhåller någon form av basal hemsjukvård).⁴

Skillnaderna i äldres vård- och omsorgsbehov bekräftas även i en fördjupande analys av äldres vård och omsorgsbehov i Stockholmsstadsdelen Hägersten-Liljeholmen. Endast en mindre andel (12 procent) av den äldre befolkningen i stadsdelen hade någon form av insats *både* från kommun och slutenvård (se figur 3). En majoritet av de äldre (60 procent) hade emellertid inga insatser överhuvudtaget – varken från kommunen eller slutenvården.⁵



Figur 2. Exempel från Hägersten-Liljeholmen, översikt över vård- och omsorgsbehov under 12 månader, invånare ≥ 65 år, 2009-2010⁶

⁴ Analys av äldres vård- och omsorgskonsumtion i Stockholms läns landsting, 2014

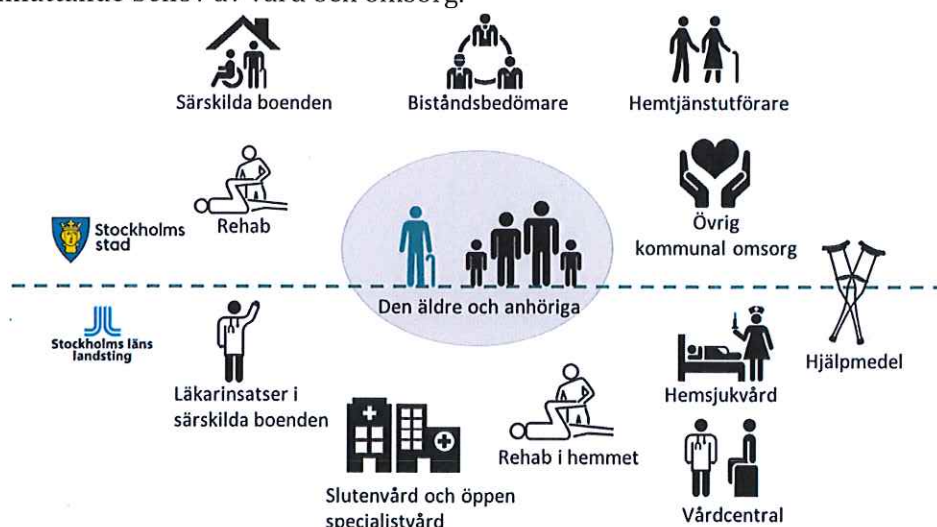
⁵ Bättre samverkan – Bättre liv!; SKL; 2010

⁶ Hemsjukvård definieras som minst ett hemsjukvårdsbesök i veckan under minst två månader eller avancerad sjukvård i hemmet (ASIH). Besök i primärvård exkluderas från analysen.

Vårdcentraler och särskilda boenden – nyckelaktörer i sammanhållen vård och omsorg för äldre

Ofta är flera olika aktörer inblandade i vård och omsorg av sjuka äldre (se figur 4). Tillsammans med hemtjänsten, har vårdcentraler (i denna rapport definierad som husläkarverksamheter med basal hemsjukvård) och särskilda boenden ansvar för äldres dagliga vård och omsorg, och därmed en central roll i det komplexa nätverk som dessa olika aktörer utgör. Exempelvis har de en särskilt viktig betydelse i att förebygga försämringar och akuta sjukhusbesök, genom att på olika sätt och i rätt tid identifiera de äldres vård- och omsorgsbehov.

Såväl primärvårdens som kommunens ansvar för äldre med komplexa och omfattande vård- och omsorgsbehov har successivt ökat. Under de senaste decennierna har stora delar av äldres vård och omsorg flyttats över från slutenvårdsinrättningar till öppenvård och då framförallt till primärvård och olika kommunala insatser. I dag vårdas allt fler svårt sjuka äldre i det egna hemmet samtidigt som antalet platser i slutenvården och på särskilt boende har minskat.⁷ Utvecklingen innebär att äldre som i dag kommer till särskilt boende oftast är betydligt mer vård- och omsorgskrävande än tidigare, vilket ställer nya och ökade krav på boendet. Sammantaget ställer dessa omständigheter stora krav på alla involverade aktörers förmåga till samordning och samarbete för att åstadkomma en god och sammanhållen vård och omsorg. Bilden nedan illustrerar huvudmän och vård- och omsorgsaktörer som är viktiga för äldre med omfattande behov av vård och omsorg.



Figur 3. Illustration över aktörer inblandade i vård och omsorg av sjuka äldre

⁷ Primärvårdens roll och ansvar; Socialstyrelsen; 2013

Flera initiativ för sammanhållen vård och omsorg pågår över hela landet

Sammanhållen vård och omsorg var ett av fem prioriterade områden i den nationella Äldresatsningen som avslutades vid årsskiftet 2014/2015.⁸ Under de senaste åren har flera nationella, regionala och lokala projekt initierats med syfte att skapa en mer sammanhållen vård för äldre.

Nationella initiativ:

SKL har tagit fram ett antal rapporter och skrifter på temat sammanhållen vård och omsorg, däribland *Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser*⁹ och *Öppna jämförelser 2014 Vård och omsorg om äldre*.¹⁰

I rapporten *Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre* har Socialstyrelsen tagit fram ett antal utvecklingsområden för landstingen och kommunerna, med syftet att bidra till en vård och omsorg som är bättre anpassad efter de mest sjuka äldres behov.¹¹

Lokala/regionala initiativ:

I Göteborgsområdet har ett antal projekt genomförts och följts upp, till exempel:¹²

- Föreläsningar om KOL för ASIH-personal av specialister från lungkliniken i syfte att förbättra möjligheten för personer med KOL att vårdas i hemmet
- Triageutbildning för kommunens hemsjukvårdssjuksköterskor, i syfte att underlätta för hemsjukvården att göra rätt bedömning av vårdnivå

I den gemensamma överenskommelsen *Sammanhållen och omsorg av de mest sjuka äldre* mellan regeringen och SKL lyftes ett antal viktiga områden fram som delmål. Utifrån dessa har Kalmar län tagit fram en handlingsplan 2015-2016, där mått, aktiviteter och tidsplan för varje delmål redovisas.¹³

I Stockholms läns landsting pågår projektet SVEA - ett samarbete mellan vårdgivare och beställare för att skapa en *Sammanhållen Vård genom Enhetliga Arbetssätt*. Prioriterade satsningar inom SVEA är bland andra enhetliga arbetssätt vid vårdövergångar och utveckling av mätetal och uppföljningsprocesser.

Det finns olika sätt att mäta sammanhållen vård och omsorg. *Undvikbar slutenvård och återinskrivningar inom 30 dagar*¹⁴ är exempel på två etablerade indikatorer som användes i SKLs och regeringens gemensamma överenskommelse inom satsningen "Mest sjuka äldre" för att mäta förbättringar inom området.¹⁵

Inom ramen för Äldresatsningen, genomförde Stockholms stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting ett gemensamt analysarbete av äldres vård

⁸ Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre; Regeringskansliet; 2014

⁹ Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser; SKL; 2013

¹⁰ Öppna jämförelser 2014 Vård och omsorg om äldre; SKL; 2015

¹¹ Åtgärdsförslag för att utveckla vården och omsorgen om de mest sjuka äldre; Socialstyrelsen; 2015

¹² Sammanfattning av slutrapporter från projekt med analysmedel i Göteborgsområdet; Samverkanstorget; 2014

¹³ Bättre liv för sköra äldre i Kalmar län - Strategi och Handlingsplan 2015-2016; Samordnande äldregrupp Kalmar län; 2014

¹⁴ En återinskrivning är en inskrivning som sker 1-30 dagar efter en primär utskrivning. Undvikbar slutenvård är slutenvårdstillfällen med huvud- eller bidiagnos inom vissa sjukdomstillstånd (anemi, astma, diabetes (som huvud- eller bidiagnos), hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL, kärlkramp, blödande magsår, epileptiska anfall, inflammatoriska sjukdomar i bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt öron-näsa-halsinfektion).

¹⁵ Äldresatsningen: Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre; Regeringskansliet; 2014

och omsorg med utgångspunkt i dessa två indikatorer. Syftet var att få en helhetsbild av äldres vård- och omsorgskedja och identifiera områden med förbättringspotential. Analyserna baserades på 2012 års vårdstatistik och data över biståndsbeslut. Ett urval av resultaten från detta arbete presenteras nedan.

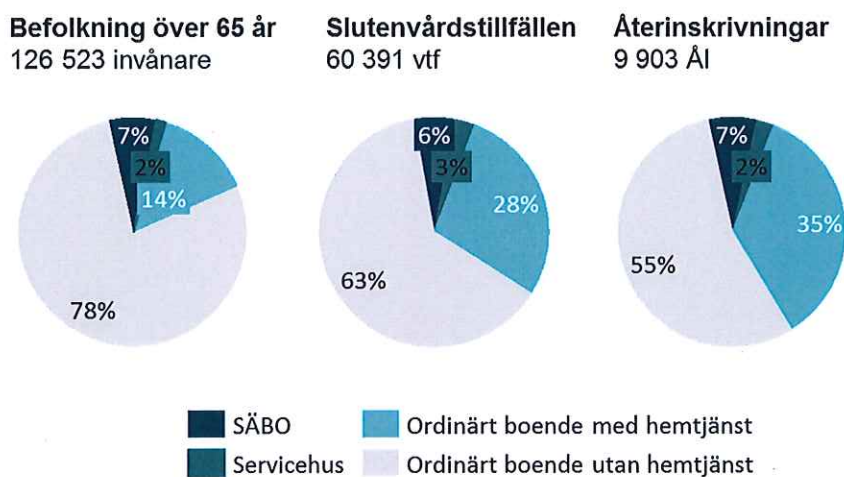
Återinskrivning inom 30 dagar

Återinskrivning innebär att patienten har kommit tillbaka till sjukhuset inom 30 dagar efter utskrivning. All slutenvård omfattas och ingen hänsyn tas till diagnos, vilken klinik patienten återkom till eller eventuella orsakssamband.

Återinskrivningar vanliga bland äldre med hemtjänst

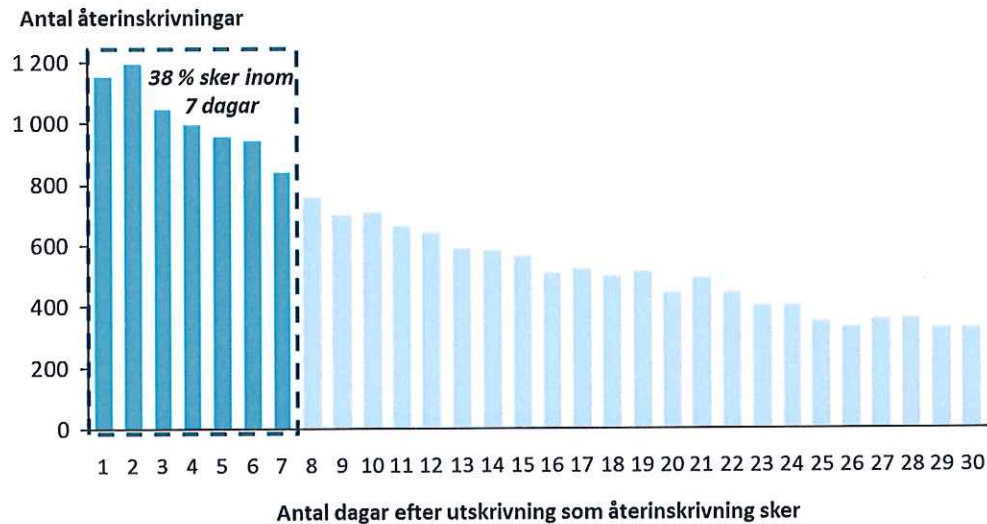
Cirka 16 procent av alla slutenvårdstillfällen bland äldre i Stockholms stad följs av en återinskrivning inom 30 dagar (totalt 9 903 återinskrivningar av 60 391 slutenvårdstillfällen under 2012). Diagnosbilderna bland de återinskrivna är mycket spridd – den vanligaste diagnosen vid den första utskrivningen (hjärtsvikt), står för endast sex procent av alla huvuddiagnoser vid utskrivningar som leder till en återinskrivning.

Äldre med hemtjänst (i ordinärt boende) är överrepresenterade bland återinskrivningarna. Trots att endast 14 procent av äldre har hemtjänstinsatser står denna grupp för nästan en tredjedel av alla återinskrivningar. Personer på särskilt boende står för sju procent av återinskrivningar bland äldre, vilket motsvarar deras andel av den äldre befolkningen (se figur 5). Samtidigt står personer som bor hemma utan äldreomsorgsinsats för en majoritet av återinskrivningarna (55 procent).

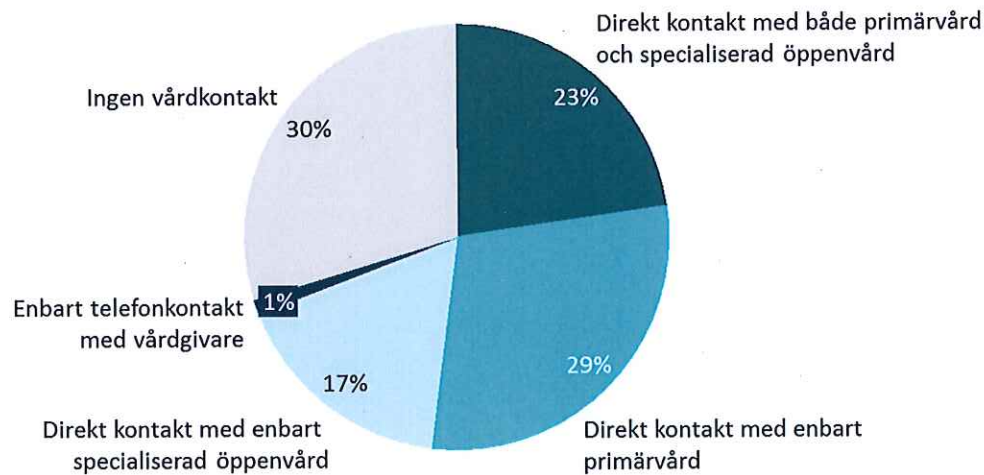


Figur 4. Vårdtillfällen som kan hänföras till personer med kommunala insatser, invånare ≥ 65 år, Stockholms stad, 2012

Återinskrivningar är vanligast under den första veckan efter utskrivning från sjukhus; nästan fyra av tio återinskrivningar sker inom sju dagar (se figur 6). I 30 procent av fallen har den äldre inte haft någon öppenvårdskontakt mellan utskrivning och återinskrivning (se figur 7).



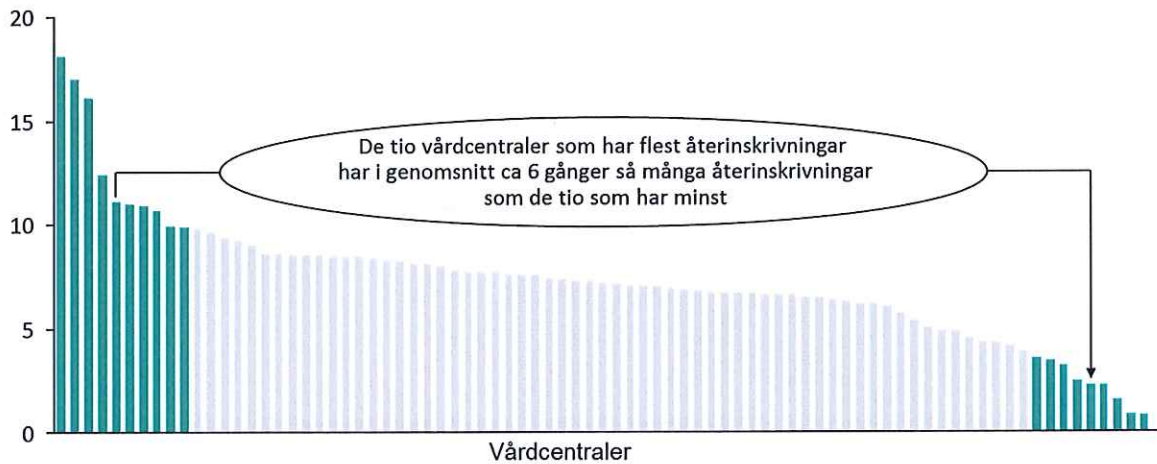
Figur 5. Antal återinskrivningar inom 30 dagar per dag efter utskrivning, invånare ≥ 65 år, Stockholms stad, 2012



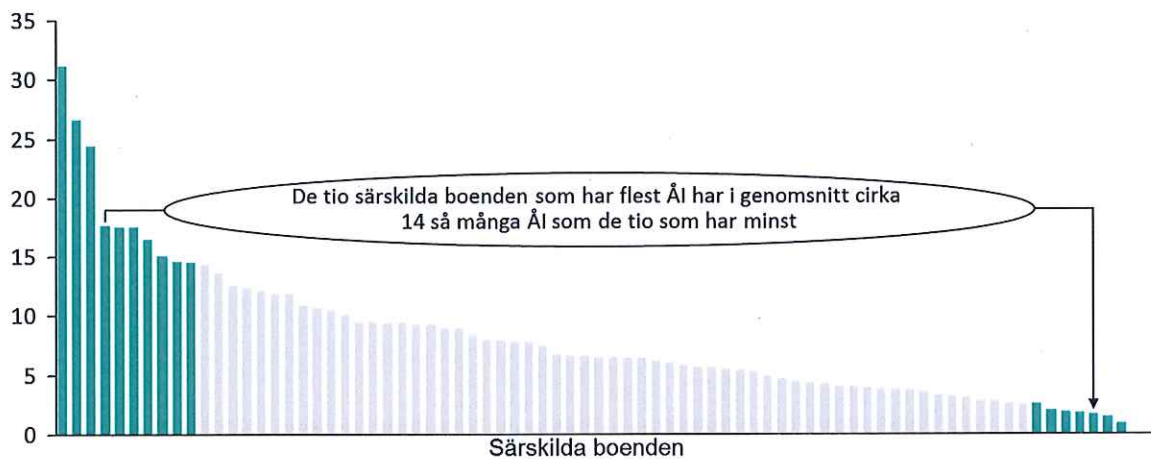
Figur 6. Öppenvårdsbesök mellan ut- och återinskrivning för patienter med återinskrivning, invånare > 65 år, Stockholms stad, 2012

Stora skillnader mellan verksamheter

En viktig insikt från analysarbetet som Stockholms stad och Stockholms läns landsting genomförde under 2013-2014, är att det finns stora skillnader mellan olika verksamheter vad gäller förekomsten av återinskrivningar.



Figur 7. Antal återinskrivningar per 100 listade patienter per vårdcentral, invånare >65 år, Stockholms stad, 2012



Figur 8. Återinskrivningar per 100 boende på olika särskilda boenden invånare >65 år, Stockholms stad, 2012

En större del av skillnaderna i återinskrivningar kvarstår även när hänsyn tas till vårdtyngd, ålder samt socioekonomiska förhållanden. Detta talar för att verksamheterna själva spelar en viktig roll i att förebygga återinskrivningar.

Undvikbar slutenvård

Undvikbara slutenvårdstillfällen är slutenvårdstillfällen orsakade av utvalda sjukdomstillstånd, däribland diabetes, KOL och astma. Indikatorn utgår från antagandet att det går att förebygga antalet inskrivningar för patienter med de utvalda sjukdomstillstånden.¹⁶ 17 procent av alla slutenvårdstillfällen för äldre boende i Stockholms stad klassifieras som undvikbara. Hjärtsvikt

¹⁶ Bättre liv för sjuka äldre, Analysrapport 2, Sammanhållen vård och omsorg; SKL; 2013

är den vanligaste diagnosen och står för cirka 30 procent av alla undvikbara slutenvårdstillfällen. Stora skillnader mellan vårdcentraler och särskilda boenden observeras även för denna indikator.

Sammantaget finns omfattande statistik som beskriver återinskrivningar och undvikbar slutenvård i Stockholms stad och Stockholms läns landsting. Däremot saknas till stor del insikter om vilka faktorer vid de olika verksamheterna som bidrar till de stora skillnader som ses.

Syfte och metod: Framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg genom jämförande studie

Intervjustudiens syfte och mål

Den analys av äldres vård och omsorg som genomfördes av Stockholms stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting genererade ny och djupgående kunskap kring äldres vård och omsorg. En viktig observation var de stora skillnader som sågs mellan verksamheter, framför allt mellan olika vårdcentraler och särskilda boenden, vad gäller förekomsten av återinskrivningar bland äldre.¹⁷ Utifrån insikterna uppmärksammades behovet av att förstå vad som utmärker vårdcentraler och särskilda boenden där återinskrivning är vanligt respektive mindre vanligt. Med detta som utgångspunkt genomfördes denna jämförande intervjustudie, med målet att identifiera framgångsfaktorer som är relaterade till lägre förekomst av återinskrivningar bland äldre.

Resultaten från studien presenteras i denna rapport som i första hand riktar sig till tjänstemän och politiker som arbetar med vård och omsorg för äldre på kommun- och landstingsnivå. Rapporten kan förhoppningsvis fungera som ett konkret underlag och stöd i arbetet för en mer sammanhållen vård och omsorg för äldre.

Utöver denna rapport sammanfattas framgångsfaktorerna i en kortare skrift riktad till vård- och omsorgsgivare. Syftet med skriften är att ge vägledning i det interna förbättringsarbetet, och med goda exempel visa på åtgärder som kan minska återinskrivningar och akuta sjukhusbesök.

Genom systematisering och spridning av de framgångsfaktorer som identifieras i intervjustudien är förhoppningen att vården för äldre i Stockholms stad ska bli mer sammanhållen. Målet är att äldre med omfattande behov istället för akuta och upprepade sjukhusinsatser i ökad utsträckning ska kunna erhålla adekvat vård och omsorg på ett planerat och förebyggande sätt.

¹⁷ Analys av äldres vård- och omsorgskonsumtion i Stockholms läns landsting, 2014

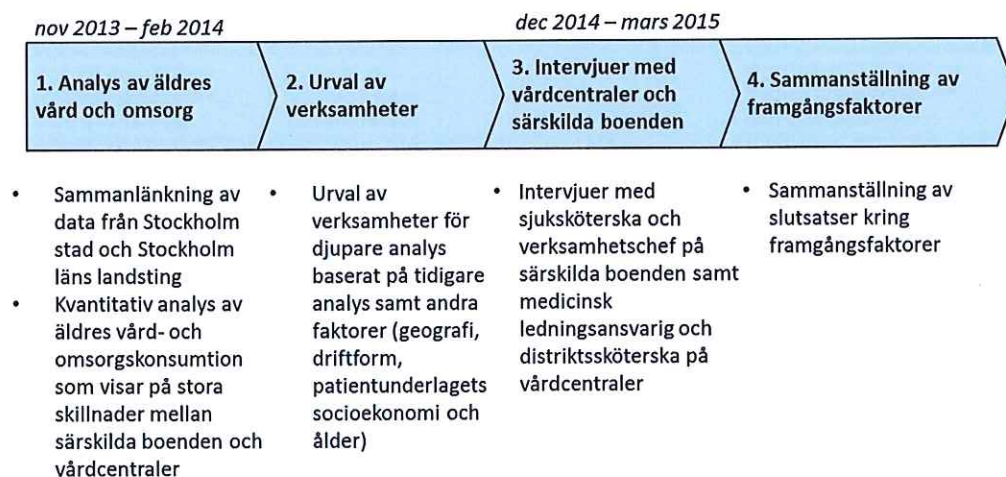
Intervjustudiens avgränsning – hälso- och sjukvårdsinsatser på vårdcentraler och särskilda boenden

Intervjustudien är avgränsad till hälso- och sjukvårdsinsatser på vårdcentraler och särskilda boenden. Detta då analysarbetet visade särskilt stora skillnader i återinskrivningar mellan verksamheter på dessa vårdnivåer. Ytterligare skäl till denna avgränsning är dessa verksamheters centrala roll i att skapa en sammanhållen vård och omsorg, samt förebygga akuta försämringar.

Även andra vård- och omsorgsaktörer, exempel geriatrisk och hemtjänstutförare, är viktiga för en mer sammanhållen vård och omsorg för äldre. Analyser om möjliga framgångsfaktorer inom dessa verksamheter blir förhoppningsvis ämne för framtida undersökningar och studier.

Metodbeskrivning

Studien genomfördes i fyra steg. Skillnader i återinskrivningar kartlades i den analys som genomfördes av Stockholms stad och Stockholms läns landsting 2013-2014. Baserat på dessa skillnader samt ytterligare faktorer såsom geografi, driftform, socioekonomi och åldersfördelning, valdes tre vårdcentraler och tre särskilda boenden med få respektive många återinskrivningar ut för jämförelse. Totalt genomfördes 31 intervjuer med nyckelpersoner vid 12 olika verksamheter.



Figur 9. Studiens övergripande metod

Nedan beskrivs studiens fyra steg i mer detalj.

1. Analys av äldres vård och omsorg

Under 2013-2014 genomförde Stockholms stad och Hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting ett gemensamt analysarbete, med syftet att bättre förstå äldres vård- och omsorgsbehov. Genom att länka samman data kring kommunens biståndsbeslut och vårdstatistik från landstinget, kunde hela vård- och omsorgsförloppet studeras på ett sätt som inte gjorts tidigare. Stora skillnader sågs mellan olika vårdcentraler och olika särskilda boenden vad gäller förekomsten av återinskrivningar. För att förstå vad som kan ligga bakom

dess skillnader togs beslut om att genomföra en uppföljning av analysen, i form av denna intervjustudie.

2. Urval av verksamheter

Förekomsten av återinskrivningar användes för att identifiera verksamheter för intervjustudien. För särskilda boenden fanns endast 2012 års data att tillgå. För vårdcentraler kunde både 2012 och 2013 års data användas som underlag. Verksamheterna valdes ut för att de uppvisat relativt sett många eller få återinskrivningar per 100 listade respektive per 100 brukare. För att verksamheter med olika förutsättningar och organisationsform skulle vara representerade i studien, säkerställdes att verksamheter i såväl offentlig som privat regi, och med en god geografisk spridning inom Stockholms stad, fanns representerade i urvalet. För vårdcentraler togs även hänsyn till vårdtyngd (Care need index)¹⁸, andel äldre bland listade patienter samt genomsnittlig ålder bland listade äldre patienter. För särskilda boenden saknades motsvarande information om brukarnas ålder och vårdtyngd. Totalt valdes sex vårdcentraler och sex särskilda boenden ut att ingå i intervjustudien.

3. Intervjuer med vårdcentraler och särskilda boenden

Medicinskt ledningsansvarig läkare, sjuksköterska och verksamhetschef på särskilda boenden, samt medicinskt ledningsansvarig och distriktssköterska på vårdcentraler intervjuades¹⁹. Totalt intervjuades 31 personer. Samtliga intervjuer genomfördes på plats hos verksamheterna, förutom en intervju som genomfördes per telefon. Intervjuerna var mellan 45 och 60 minuter.

Djupintervjuer valdes som undersökningsmetod, eftersom tillvägagångssättet möjliggör djupare och längre diskussion, vilket lämpar sig särskilt för studiens komplexa frågeställning och explorativa ansats. Istället för att utgå från givna hypoteser om orsakssamband, fick verksamheterna själva berätta om vilka faktorer de trodde påverkade risken för återinskrivningar och akuta sjukhusbesök samt hur de arbetade för att genom en mer sammanhållen vård och omsorg försöka förebygga återinskrivningar. I djupintervjuerna diskuterades attityder och kultur, ämnen som är betydligt svårare att undersöka med en kvantitativ metod eller en enkätundersökning. Intervjuerna var individuella och svaren har anonymiserats. Detta för att ge den intervjuade möjlighet att mer fritt diskutera känsligare ämnen.

Fokus för intervjuerna var att kartlägga *arbetsätt, processer och strukturer* som påverkar återinskrivningar och akutsjukhusvård bland äldre, samt förstå vilka faktorer de intervjuade personerna i första hand menar påverkar verksamhetens egna resultat vad gäller återinskrivningar. Intervjuerna inleddes med att respondenten fick ta del av verksamhetens resultat för återinskrivningar och se en jämförelse med övriga verksamheter i Stockholms stad. Därefter gavs utrymme för respondenten att föra ett resonemang kring möjliga förklaringsfaktorer. Efter inledningen ställdes frågor kring arbetsätt, strukturer och processer

¹⁸ Care Need Index, CNI är en svensk metod utvecklad av professor Jan Sundqvist. Den har en engelsk förebild och syftar till att med utgångspunkt i socioekonomiska förhållanden mäta vårdbehov för dimensionering av primärvårdsresurser

¹⁹ Vid en vårdcentral intervjuades en distriktsläkare istället, då den medicinskt ledningsansvarige inte hade möjlighet att ställa upp på en intervju. Vid en vårdcentral intervjuades även verksamhetschefen, som hade möjlighet att ställa upp för en intervju.

utifrån en semistrukturerad intervjumall. Detta för att bättre kartlägga bakomliggande faktorer till verksamhetens utfall i återinskrivningar.

4. Sammanställning av framgångsfaktorer

Intervjuerna resulterade i ett antal insikter om skillnader och likheter mellan de olika verksamheterna. De tydligaste systematiska skillnaderna sammanställdes i fyra framgångsfaktorer, relevanta för både vårdcentraler och särskilda boenden. I första hand lyftes faktorer fram som respondenterna själva upplevde har en positiv eller negativ påverkan på återinskrivningar och akut sjukhusvård bland äldre.

Med framgångsfaktorer menas faktorer på vårdcentraler och särskilda boenden som i kartläggningen av utvalda verksamheter särskilt tydligt hänger samman med skillnaderna i återinskrivningar. En framgångsfaktor skall också i någon utsträckning kunna påverkas av utvecklingsarbete vid verksamheten. Faktorer såsom de äldres vårdtyngd och socioekonomi klassifieras därmed inte som framgångsfaktorer eftersom de inte är påverkbara för verksamheterna själva.

Fyra framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg

De skillnader som identifierats mellan verksamheter med få respektive många återinskrivningar kan i stor utsträckning kopplas till fyra grundläggande framgångsfaktorer (se figur 10), relevanta för både vårdcentraler och särskilda boenden. I detta kapitel beskrivs framgångsfaktorerna och vad dessa innebär för respektive verksamhet. Kapitlet avslutas med ett avsnitt där övriga observationer och insikter från intervjuerna sammanfattas.



Figur 10. Fyra gemensamma framgångsfaktorer för sammanhållen vård och omsorg med minskad risk för akut sjukhusvård och återinskrivning



Framgångsfaktor 1 – Bra samarbete och tät kommunikation med anhöriga och andra vård- och omsorgsgivare

Ofta är ett stort antal verksamheter och personer inblandade i sjuka äldres vård och omsorg. Fungerande samverkan i detta komplexa nätverk är därmed centralt för att sjuka äldre ska få en sammanhållen vård och omsorg.

Verksamheter med få återinskrivningar verkar i större utsträckning odla goda relationer till andra viktiga aktörer i äldres vård- och omsorgskedja. Detta tar sig uttryck i tät kommunikation med andra relevanta aktörer (både kring enskilda patienter/brukare och i övergripande frågor) samt regelbundna samverkansmöten (för att gemensamt diskutera bland annat förbättringsområden).

I intervjuerna finns tydliga skillnader i hur andra aktörer och samarbetet med dessa beskrivs. Intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar beskriver i större utsträckning andra aktörer som viktiga samarbetspartners för att skapa trygghet för äldre (se Exempel 1). Intervjuade på verksamheter med många återinskrivningar beskriver oftare andra aktörer som ett hinder och en källa till problem.

Vad innebär detta för vårdcentraler?

Samarbete med hemtjänsten

Äldre med hemtjänst (i ordinärt boende) har ofta stora vård- och omsorgsbehov och hög risk för att återinskrivas. Samarbetet mellan hemtjänstpersonal och distriktssköterska spelar därför en central roll i omhändertagandet av äldre som bor i ordinärt boende.²⁰

Intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar beskriver hur hemtjänsten bidrar till att fånga upp äldre patienter med risk för akuta sjukhusbesök och akut återinskrivning. De intervjuade berättar att hemtjänstutförare håller tät telefonkontakt med vårdcentralen och hör av sig när de tror att det finns behov av en extra insats.

Förutsättningarna för ett gott samarbete mellan vårdcentral och hemtjänst tycks variera. Intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar beskriver oftare att de har *en* stor hemtjänstutförare som de byggt upp ett tätt samarbete med. De intervjuade uttrycker ett stort

EXEMPEL 1 – En vårdcentral med få återinskrivningar lyfter fram det goda **informella samarbetet** med den största hemtjänstaktören som en viktig framgångsfaktor. Samarbetet beskrivs präglas av **ömsesidig respekt och förtroende**, samt tät kontakt. Hemtjänstpersonalen har **direktnummer** till distriktssköterskorna och **uppmuntras att ta kontakt** vid försämring eller frågor. Under **månatliga samverkansmöten** diskuteras det gemensamma arbetet. De äldre uppmuntras välja den hemtjänstutförare som vårdcentralen upplever sig ha bäst samarbete med.

²⁰ Äldre med hemtjänst i ordinärt boende står för 35 procent av alla återinskrivningar bland äldre i Stockholms Stad (Analys av äldres vård- och omsorgskonsumtion i Stockholms läns landsting, 2014)

förtroende för hemtjänstutförarnas kompetens, både på ledningsnivå och hos omsorgspersonalen.

Samtliga vårdcentraler som studerats har rutiner för att använda signeringslista som ett kvalitetsverktyg vid delegering av läkemedelshantering, men intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar beskriver i större utsträckning att verktyget används aktivt för att upptäcka brister i delegering. Vid genomgång inför en delegering beskriver de intervjuade att de lägger tonvikt på att förklara hur signeringslistan ska skrivas under och att det finns tydliga rutiner för när distriktssköterskan ska gå igenom signeringslistan. Vid upptäckt av brister kontaktas hemtjänstens verksamhetschef direkt och en avvikelserapportering görs. Intervjuade på vårdcentraler med många återinskrivningar upplever i större utsträckning att delegering av arbetsuppgifter till hemtjänsten är en utmaning, och att det är svårt att följa upp genomförda delegeringar. De beskriver att de har lite insyn i vad som sker inom hemtjänsten och att de måste lita på att verksamhetschefer inom hemtjänsten upptäcker och åtgärdar brister i delegering.

Vad innebär detta för särskilda boenden?

Samarbete med anhöriga

God kontakt med anhöriga beskrivs som en viktig framgångsfaktor som skapar trygghet och därmed bidrar till färre akuta sjukhusbesök orsakade av oro.

Intervjuade på särskilda boenden med många återinskrivningar lyfter fram oro hos anhöriga som en viktig orsak till att äldre skickas in på sjukhus. De intervjuade beskriver att oro hos anhöriga gör det svårt att säga nej, även i sådana fall då sjukhusvård inte upplevs vara medicinskt nödvändig.

Ett antal faktorer beskrivs bidra till god kontakt med anhöriga och minskad oro:

- **Proaktiv kommunikation för att sätta rätt förväntningar** –

Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver att planer vid en eventuell försämring hos den äldre, och hur den anhöriga ser på inskrivning på sjukhus, diskuteras redan vid första mötet. Svåra frågor relaterade till åldrandeprocessen och livets slutskede tas också upp tidigt, och en dialog förs kring förväntningar och farhågor kring tillvaron på det särskilda boendet.

”Det är väldigt viktigt att omvårdnadspersonalen kan skapa en känsla av trygghet hos de anhöriga. Hos oss ska man inte svara ”jag vet inte” när den anhöriga har frågor och nöja sig med det, utan man ska ansvara för att ta reda på hur det ligger till.” – *Verksamhetschef på särskilt boende med få återinskrivningar*

EXEMPEL 2 – På ett särskilt boende med få återinskrivningar 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 – ”Anhöriga ska inte behöva känna att det är jobbigt att gå till och från boendet”.

- **Tät kontakt med anhöriga prioriteras** – Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar lyfter fram att samtliga yrkesgrupper tar sig tid för anhöriga, inklusive verksamhetschefer och läkare. En läkare berättar att han ger ut sitt direktnummer till anhöriga när de känner ett behov av att kunna nå honom direkt. Intervjuade på ett annat boende berättar att de alltid ordnar möte med läkare om detta efterfrågas av anhöriga och att de, enligt rutin, alltid ska ringa anhöriga vid varje medicinsk försämring.
- **Koordinering och planering i kontakten** – Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver att det är viktigt att koordinera mellan personal så att anhöriga får samma information oavsett vem de pratar med. Detta uppges öka tryggheten hos anhöriga och förtroendet för personalen. De intervjuade berättar att det finns tydlig dokumentation över hur och när anhöriga vill bli kontaktade, anpassat utifrån behov och önskemål.

Samarbete med ansvarig läkare på det särskilda boendet

I intervjuer med särskilda boenden finns skillnader i hur samarbetet mellan boendet och ansvarig läkare beskrivs. Följande faktorer beskrivs av de intervjuade som särskilt viktiga i ett välfungerande samarbete:

- **God läkartillgänglighet** – På boenden med få återinskrivningar beskriver de intervjuade att telefontillgänglighet prioriteras högt av ansvarig läkare. En läkare beskriver att han avbryter alla möten som inte är med patient för att ta telefonsamtal från boenden han är ansvarig för.
- **Gott förtroende och respekt mellan läkare och personal på det särskilda boendet, förstärkt av goda rutiner** – Intervjuade på boenden med få återinskrivningar lyfter fram att tydliga och förankrade rutiner för när läkare ska kontaktas leder till att kontakt tas när det behövs och inte i onödan. Detta beskrivs leda till högre tillit och ett välfungerande samarbete. En viktig del i dessa rutiner uppges vara att läkare alltid konsulteras (med undantag för vissa akuta händelser) innan äldre skickas in till sjukhus. Detta för att minska risken för onödiga sjukhusbesök. Kommunikation mellan boende och läkare upplevs som effektiv. Sjuksköterskan har gjort en egen bedömning på förhand och läkaren läser på i journalen och läkemedelsförteckningen om det finns möjlighet.
- **Förtroende för läkarkompetens** – Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver läkaren som kompetent och tydlig i sina rekommendationer. Intervjuade på särskilda boenden med många återinskrivningar upplever däremot att läkaren skickar in äldre i onödan. Det upplevs också vara en brist när läkare saknar geriatrisk specialistkompetens.
- **Samverkan på ledningsnivå** – Verksamhetschefer på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver att de har regelbundna möten med ledningen för organisationen för läkarinsatser. Vid mötena diskuteras förbättringsområden och återkoppling ges kontinuerligt till ansvarig läkare. Läkare vid boende med många

”Jag uppskattar att sjuksköterskorna inte hör av sig i tid och otid. De är väl förberedda när de ringer och har medicinlistor framme” – *Läkare på särskilt boende med få återinskrivningar*

återinskrivningar upplever istället att de saknar information om vad personalen på boendet tycker.



Framgångsfaktor 2 - Fördelning av verksamhetens resurser enligt tydlig prioritering av äldre med störst vårdbehov

En liten grupp äldre står för en stor del av slutenvårdens insatser och har ofta komplexa och omfattande vård- och omsorgsbehov. Verksamheter med få återinskrivningar beskriver i större utsträckning än de med många återinskrivningar att de har en medveten och välfungerande strategi för att prioritera vårdtunga äldre.

Vad innebär detta för vårdcentraler?

Intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar beskriver att de prioriterar hemsjukvården, och att sjuksköterskor såväl som läkare har mycket avsatt tid för att göra hembesök. En av de intervjuade berättar exempelvis att de har en särskild läkare för hembesök, med flera heldagar i veckan avsatta. Oplanerade hembesök och hembesök till patienter som inte är inskrivna i hemsjukvården görs om det bedöms vara nödvändigt. De intervjuade berättar att de är snabba med att svara på remisser och boka in återbesök för patienter med stort vårdbehov.

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

Intervjuade på vårdcentraler med många återinskrivningar upplever i större utsträckning att äldre med omfattande och komplexa vårdbehov inte får den tid de behöver.

*"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*

Vad innebär detta för särskilda boenden?

Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver att de har en tydlig och förankrad inställning som utgår från att äldre oftast mår bäst av att stanna på boendet. Intervjuade beskriver att de tror på boendets och sin egen förmåga att ge äldre ett gott omhändertagande, och sätter in extra resurser till de äldre som har tyngre och mer komplexa vård- och omsorgsbehov. Ett exempel på detta som lyfts fram i intervjuerna är att bemanning tydligt anpassas 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*



Framgångsfaktor 3 - Hög personalkontinuitet och goda rutiner som skapar trygghet för vårdtunga patienter

I intervjuer med verksamheter med få återinskrivningar lyfts hög personalkontinuitet (det vill säga att det i hög grad är samma person som har kontakt med den äldre) fram som särskild viktig för att vårdtunga äldre ska få ett bra omhändertagande. Att vård- och omsorgspersonal känner den äldre sedan länge beskrivs underlätta förebyggande av försämring och slutenvård eftersom tecken på försämring lättare kan fångas upp. Att kunna träffa samma person som känner till sjukdomshistoriken upplevs också skapa trygghet för äldre och anhöriga.

I intervjuerna lyfts också låg personalomsättning bland vård- och omsorgspersonal fram som en viktig bidragande framgångsfaktor. Intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar beskriver i större utsträckning att personalen har arbetat på samma arbetsplats under en längre tid. Personalen känner därmed varandra, verksamhetens rutiner och arbetssätt samt sina patienter väl. Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar uppger att de har haft samma läkare under en längre period. På vårdcentraler och särskilda boenden med många återinskrivningar berättar personalen att de känner sig underbemannade och att det varit svårt att rekrytera personal till arbetsplatsen.

Även goda rutiner beskrivs vara en central del i att skapa trygghet för äldre och förebygga sjukhusvård, särskilt när personalomsättningen är hög. Intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar beskriver hur tydliga rutiner, exempelvis för informationsöverföring, handläggning och uppföljning, kan göra det lättare för vikarier och nyanställda att komma in i arbetet. Rutiner för till exempel uppföljning av akutsjukhusvård och potentiell försämring beskrivs öka möjligheterna att förebygga behov av sjukhusvård.

Vad innebär detta för vårdcentraler?

Utöver låg personalomsättning och goda rutiner kan trygghet och kontinuitet för äldre skapas genom olika sätt att organisera verksamheten. 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 gravan, från BVC till hemsjukvård.” –
Läkare på vårdcentral med få återinskrivningar

Vad innebär detta för särskilda boenden?

Personalkontinuitet på särskilda boenden handlar i stor utsträckning om att behålla personal över en längre tid. Kompetensutveckling kan vara ett sätt att få personalen att bli tryggare i sin yrkesroll och vilja stanna längre. Intervjuade på ett boende med få återinskrivningar berättar att de har som mål att all omvårdnadspersonal ska vara utbildade undersköterskor. Omvårdnadspersonal ges därför möjlighet att gå en vidareutbildning med bibehållen lön.

Personal på boenden med många återinskrivningar upplever att vissa anställningsformer försvårar i arbetet att förebygga återinskrivningar. Exempelvis beskrivs att deltidsanställningar skapar ett ökat behov av mer informationsöverföring (rapportering) mellan arbetspass. Deltidsanställda har inte heller samma möjlighet att lära känna de äldre och verksamhetens rutiner.

I intervjuerna lyfts även sjuksköterskebemanning dygnet runt fram som ett sätt att skapa trygghet för såväl omvårdnadspersonal som den äldre.



Framgångsfaktor 4 - Ständigt pågående och systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete

Intervjuade på vårdcentraler och särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver att det finns en gemensam kultur av att vilja förbättra sig, upptäcka fel och rätta till dem. Såväl läkare, sjuksköterskor som verksamhetschefer beskriver att de ständigt utvärderar den vård respektive den omsorg som ges och frågar sig hur omhändertagandet kan bli bättre.

I intervjuerna lyfts en fungerande avvikelserrapportering fram som viktig för en god kvalitetsutveckling. Intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar beskriver att ”avvikelserrapportering tagits ned på jorden” och gjorts till en naturlig del av verksamheten.

Verksamhetscheferna berättar att de kontinuerligt betonar nyttan av att rapportera in avvikelser och att syftet är att upptäcka brister för att förbättra för äldre.

”Vi diskuterar hela tiden hur vi kan utvecklas och vad som är bra vård, på möten och i korridorerna” –
Verksamhetschef på särskilt boende med få återinskrivningar

”En verksamhet utan rapporterade avvikelser är ingen välfungerande verksamhet” –
Verksamhetschef på vårdcentral med få återinskrivningar

Intervjuade på verksamheter med många återinskrivningar beskriver istället hur avvikelser har setts som ett uttryck för interna motsättningar och lett till konflikter bland personal.

Även en ledning som tar ansvar för kvalitetsutvecklingen beskrivs i intervjuerna vara viktigt. Intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar beskriver att ledningen tydligt följer upp förbättringsförslag och avvikelser, till exempel med en handlingsplan eller genom att tillsätta och överse ett kvalitetsråd. Intervjuade på verksamheter med många återinskrivningar beskriver att de förvisso diskuterar förbättringsförslag på möten men att implementering brister, eftersom det inte finns någon som följer upp det som diskuterats.

Vad innebär detta för vårdcentraler?

Intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar berättar att de arbetar systematiskt med kvalitetsutveckling baserat på resultat från kvalitetsregister och indikatorer från andra källor. De beskriver att verksamhetens resultat diskuteras på möten och återkopplas på individnivå till personalen. Även personalen själva, framförallt läkarna, har möjlighet att ta fram resultat ur kvalitetsregister, exempelvis Nationella Diabetesregistret (NDR). Intervjuade på vårdcentraler med många återinskrivningar upplever i större utsträckning att de inte får tillräcklig med återkoppling kring kvalitetsmått och saknar en överblick över kvaliteten i den vård och omsorg som ges till de äldre.

Vad innebär detta för särskilda boenden?

Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver också att de använder kvalitetsregister och andra indikatorer systematiskt i verksamheten. En av de intervjuade berättar att de använder skattningsskalan NPI (Neuro Psychiatric Inventory)²¹ före och efter inskrivning på boendet, bland annat för att visa de anhöriga hur den äldres tillstånd förändrats till följd av flytten.

En av de intervjuade på ett annat 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, och har högre svarsfrekvens än Socialstyrelsens.

Flera intervjuade framhåller att det är en utmaning att involvera även nattpersonal i kvalitetsutvecklingen, eftersom arbetsplatsträffar äger rum under dagtid. Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar berättar i större utsträckning att de har ett bra samarbete mellan natt- och dagpersonal och nattpersonalen uppmuntras komma till arbetsplatsträffarna för att gemensamt diskutera kvalitetsutveckling. Intervjuade på särskilda boenden med få återinskrivningar beskriver även att organisationen ansvarig för läkarinsatser på boendet involveras i kvalitetsutvecklingen, bland annat genom möten på ledningsnivå där olika förbättringsmöjligheter diskuteras.

²¹ Skattningsskala, Neuro Psychiatric Inventory, NPI, som gör det möjligt att bedöma hur ofta BPSD (Beteendemässiga och Psykiska Symtom vid Demens) förekommer och hur mycket det påverkar personen med demenssjukdom. Används i det nationella kvalitetsregistret BPSD (BPSD, 2015)

Övriga observationer och insikter

Samverkan och informationsöverföring med sjukhus

I intervjuerna lyfts samverkan med sjukhus fram som ett utvecklingsområde av samtliga verksamheter. I dagsläget använder olika verksamheter i vård- och omsorgskedjan olika journalsystem, vilket innebär att information ofta måste skickas via fax istället för elektroniskt. Många av de intervjuade vittnar om att det ofta saknas viktig information när äldre kommer tillbaka från sjukhuset. Detta ställer stora krav på enskilda individer att ringa upp sjukhuset för säkerställa tillgång till adekvat information, och många beskriver att det är svårt att veta om att information saknas. Dessutom finns risk för att information missförstås eller missas när den överförs via telefon istället för skriftligt.

Intervjuade, från verksamheter med såväl många som få återinskrivningar, berättar att de och slutenvården ofta har olika syn på vad medicinskt färdigbehandlad innebär. De upplever att äldre ofta inte är färdigbehandlade när de skrivs ut från sjukhuset. Detta lyfts fram som ett stort problem och uppfattas leda till återinskrivningar.

Många studerade verksamheter saknar lokala överenskommelser med sjukhus. En av sex studerade vårdcentraler träffar regelbundet en geriatrisk klinik för att diskutera samverkan och förbättringsområden. I övrigt saknar verksamheterna regelbundna samverkansmöten.

Varken vårdcentraler eller särskilda boenden deltar rutinmässigt i vårdplanering på sjukhus, utan får information när vårdplaneringen ägt rum. Flera intervjuade tycker att det vore bra om de kunde vara mer delaktiga i vårdplaneringen för att få information direkt och planera de insatser som behövs.

Begränsad användning av mått på sammanhållen vård och omsorg

De intervjuade har begränsad kännedom om hur vanligt det är med återinskrivningar, och ingen av de intervjuade känner till verksamhetens resultat eller ens att sådan statistik finns. Varken återinskrivningar eller andra mått på sammanhållen vård och omsorg beskrivs användas i kvalitetsutvecklingen. När skillnader i återinskrivningar mellan olika verksamheter presenteras under intervjun, berättar intervjuade på verksamheter med få återinskrivningar att de inte är förvånade över att återinskrivningar är relativt sett mindre vanliga på verksamheten. Bland intervjuade på verksamheter med många återinskrivningar är reaktionen mer blandad. Vissa uttrycker förvåning medan andra berättar att de känner till att äldre patienter eller brukare ofta behöver skrivas in på sjukhus.

Andra mått på sammanhållen vård är under utveckling

Inom ramen för SVEA, ett länsövergripande samarbete mellan vårdgivare och beställare för att skapa en *Sammanhållen Vård genom Enhetliga Arbetssätt* utvecklas ett antal samverkansmått för att följa upp och verka för en mer sammanhållen vård, se länk <http://www.vardgivarguiden.se/SVEA>. Måtten är tänkta att fungera som underlag i kvalitetsdiskussionen mellan beställare och utförare samt ge stöd åt enskilda vårdgivare i deras utvecklingsarbete. Spridning och användning av måtten är för närvarande under utveckling. Framtida jämförande studier om sammanhållen vård skulle kunna bygga vidare på samverkansmåtten för att göra jämförelser mellan verksamheter. Inga av de intervjuade verksamheterna använder i dagsläget mått för sammanhållen vård i sin kvalitetsutveckling, och samtliga saknar information om verksamhetens återinskrivningsresultat. Samverkansmåtten kan i framtiden användas för att mäta förbättringar och utvecklingsområden inom sammanhållen vård och omsorg. Resultaten baseras på data från landstinget och kommer att finnas redovisat på verksamhetsnivå för vårdcentraler.

Samverkansmått som används inom SVEA är:

- Antal slutenvårdsdygn per 1 000 invånare
- Andel undvikbara slutenvårdstillfällen
- Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar
- Täckningsgrad i primärvården²²
- Detektionsgrad i primärvården²³
- Andel akuta sjukhusbesök som inte lett till inläggning
- Andel patienter med recept utfärdade av fler än 3 vårdgivare
- Andel oplanerade vårdtillfällen som följs upp i primärvården inom sju dagar

Ekonomiska incitament och uppdrag upplevs svåra att förena

Intervjuade på vårdcentraler upplever det som ett problem att dagens ersättningssystem inte främjar prioritering av svårt sjuka äldre. Istället beskrivs ersättningssystemet styra mot tillgänglighet för relativt friska personer. Samtidigt ingår i vårdcentralernas uppdrag från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting att kroniskt sjuka och äldre prioriteras. Intervjuade på vårdcentraler med få återinskrivningar berättar att de trots de ekonomiska incitamenten väljer att prioritera sjuka äldre, i enlighet med uppdraget från landstinget. Intervjuade på vårdcentraler med många återinskrivningar beskriver att de, på grund av de ekonomiska incitamenten, inte har tillräckligt mycket tid till patienter med störst behov.

²² Andel av antalet läkarbesök för en vårdcentralens listade population som skett på den egna vårdcentralen

²³ Antal patienter som har en kontakt hos listad vårdcentral med registrerad diagnos för utvalda kroniska sjukdomar dividerat med totala antalet patienter som fått en registrerad diagnos för utvalda kroniska sjukdomar oavsett vårdgivare senaste två åren

Andra faktorer som påverkar återinskrivningar och akutsjukhusvård

Ett antal andra faktorer lyfts fram av intervjuade på verksamheter med många återinskrivningar som förklaring till de höga återinskrivningstalen – faktorer som de upplever som svåra att påverka:

- Intervjuade på verksamheterna tycker att de äldre som bor eller är listade hos dem har större vårdbehov, exempelvis sägs de vara multisjuka och sämre på att ta ansvar för egenvård och därför oftare behöva sjukhusvård. Samtidigt finns verksamheter med liknande förutsättningar som har relativt sett få återinskrivningar.
- Flera hänvisar också till nyligen genomförda organisatoriska och personella förändringar, vilka inneburit att många rutiner och processer varit under uppbyggnad. Exempelvis har ett särskilt boende bytt ägare och de intervjuade på boendet berättar att de behövt bygga upp nya rutiner och processer själva. En annan vårdcentral har nyligen bytt verksamhetschef och genomgått ett generationsskifte bland läkarna och distriktssköterskorna.

”Jag är inte förvånad över att våra äldre skickas in på sjukhus ofta. De är mycket sjukare här jämfört med andra vårdcentraler och söker sig hit när de redan mår väldigt dåligt. Ibland känns det som om vi driver en akutverksamhet” – *Läkare på vårdcentral med många återinskrivningar*

Diskussion kring resultaten och tillämpning

Den huvudsakliga målsättningen med denna intervjustudie har varit att identifiera framgångsfaktorer för vårdcentraler och särskilda boenden relaterade till färre återinskrivningar bland äldre. Förhoppningen är att framgångsfaktorerna kan användas som stöd och inspiration i vård- och omsorgsgivarnas arbete mot en mer sammanhållen vård och omsorg för äldre med färre akuta sjukhusbesök och återinskrivningar. Studien kan också ge huvudmännen en större förståelse för vilka faktorer verksamheterna själva upplever vara viktiga för att minska återinskrivningar. Förhoppningsvis kan insikterna hjälpa huvudmännen att i ännu högre utsträckning utveckla goda förutsättningar för en sammanhållen vård och omsorg för äldre.

I detta kapitel beskrivs styrkor och begränsningar med den valda metoden. Därefter diskuteras ett antal möjliga insatser på huvudmannanivå som skulle kunna bidra till en mer sammanhållen vård och omsorg, med utgångspunkt i de identifierade framgångsfaktorerna.

Styrkor och begränsningar med analysmetoden

Undersökningsmetoden med semistrukturerade djupintervjuer har ett antal tydliga styrkor. Metoden möjliggör identifiering av faktorer som respondenterna själva anser vara viktiga samt en djupare förståelse av bakomliggande faktorer till skillnaderna i återinskrivningar. Genom att intervjua flera professioner (läkare, sjuksköterska och verksamhetschef på särskilda boenden, samt medicinskt ledningsansvarig och distriktssköterska på vårdcentraler) kunde ett bredare perspektiv av arbetet med att förebygga återinskrivningar och akutsjukvård fångas upp. Metoden där flera vårdcentraler och särskilda boenden jämförs tillför ett ytterligare perspektiv utöver kartläggningar som gjorts av enskilda verksamheters arbete, och den jämförande metoden är en styrka.

Metoden medför också ett antal begränsningar och utmaningar.

Urval av verksamheter

Ett antal begränsningar finns vad gäller indikatorn återinskrivningar inom 30 dagar, som användes för urval av verksamheter för jämförelse. Det tillgängliga dataunderlaget från 2012-2013 speglar inte till fullo situationen på verksamheten under intervjuperioden (januari-februari 2015). För att ta hänsyn till detta gavs respondenterna möjlighet att under intervjun

diskutera och problematisera kring relevanta förändringar som skett sedan återinskrivningarna registrerades.

Ytterligare en utmaning är att indikatorn inte belyser vilken del av vårdkedjan som har störst förbättringspotential. Stor andel av återinskrivningar sker inom en vecka, och för dessa återinskrivningar finns förbättringspotentialen möjligtvis i sjukhusens utskrivningsprocesser, snarare än i vårdcentralernas och särskilda boendenas uppföljning efter en primär utskrivning. Såväl planerade som akuta återinskrivningar ingick i dataunderlaget, då det saknades tillförlitlig uppdelning av slutenvården i planerad och akut. Trots sina svagheter bedömdes återinskrivningar vara den bästa tillgängliga indikatorn för att mäta sammanhållen vård och omsorg.

Ett antal andra mått på sammanhållen vård och omsorg finns och dessa hade potentiellt kunnat användas för urval av verksamheter. För statistik om akuta sjukhusbesök bland äldre saknades tillförlitliga data. Indikatorn undvikbar slutenvård valdes bort på grund av ett antal inneboende svagheter. En av de största bristerna ansågs vara att vissa diagnoser, däribland diabetes, klassifieras som undvikbara även när dessa registreras som bidiagnos. Indikatorn tar inte heller hänsyn till om personen är äldre och multisjuk, vilket torde göra slutenvårdstillfällena mer nödvändiga.

Andra faktorer såsom de äldres socioekonomi och vårdtyngd kan påverka risken för att återinskrivas och kan därför begränsa jämförbarheten i verksamheternas förutsättningar för att minska återinskrivningar. För att ta hänsyn till detta intervjuades verksamheter i såväl offentlig som privat regi, samt från områden med varierande socioekonomisk status. För vårdcentraler beaktades även vårdtyngd och ålder bland listade äldre patienter.

Tolkning av resultat

Både intervjuare och respondenten var under intervjun medvetna om verksamhetens resultat, vilket kan påverka både intervjuaren och tolkningen av dessa. Det finns en risk att framgångar respektive förbättringsområden betonas i för hög utsträckning. Tydliga intervjufrågor och kritiska följdfrågor för att identifiera konkreta skillnader i arbetssätt, processer och strukturer har använts för att motverka denna risk. En annan utmaning är den inneboende svårighet som finns vad gäller att hävda orsakssamband när organisationer och deras arbetssätt, processer och strukturer studeras. De fyra framgångsfaktorerna i intervjustudien kan anses bidra till sammanhållen vård och omsorg och minskade återinskrivningar, men det går inte att för en enskild verksamhet med säkerhet säga att framgångsfaktorerna förklarar eller leder till minskade återinskrivningar.

Studiens avgränsning

Resultaten som presenteras i denna rapport ska inte betraktas som uttömmande. Utöver framgångsfaktorerna beskrivna här, finns med största sannolikhet ytterligare framgångsfaktorer relevanta för sammanhållen vård och omsorg. Det har dock inte varit möjligt att, inom ramen för intervjustudien, fullständigt kartlägga samtliga potentiella framgångsfaktorer. Studien avgränsas till hälso- och sjukvårdsinsatser på vårdcentraler och särskilda boenden. För att få en mer komplett bild av vård- och omsorgskedjan skulle en uppföljande studie kunna baseras på intervjuer med fler vård- och omsorgsnivåer (exempelvis med slutenvård och hemtjänst), fler professioner (exempelvis med biståndshandläggare, arbetsterapeuter, undersköterskor och nutritionister) samt med de äldre och anhöriga.

Hur kan huvudmännen ytterligare utveckla goda förutsättningar för sammanhållen vård och omsorg?

Utförarna har en central roll i att skapa sammanhållen vård och omsorg, men huvudmännen har stora möjligheter att påverka förutsättningarna. Nedan förs ett resonemang kring olika möjligheter att göra detta, kopplat till de fyra framgångsfaktorer som identifierats.

Exempel på insatser till stöd för sammanhållen vård och omsorg

Framgångsfaktor 1 – Bra samarbete och tät kommunikation med anhöriga och andra vård- och omsorgsgivare

God samverkan mellan distriktssköterska och hemtjänsten förefaller vara en viktig faktor som utmärker vårdcentraler med en låg andel återinskrivningar. Huvudmännen skulle kunna främja denna typ av samverkan genom att i löpande kvalitetsdialog med vårdcentraler särskilt betona vikten av samarbete, och efterfråga i vilken utsträckning och på vilket sätt vårdcentraler har kontakt med hemtjänstutförare. Huvudmännen kan också bidra till att skapa samsyn kring vilka äldre som kan anses ha omfattande och komplexa behov och vilken åtgärdsplan som är nödvändig för att bemöta dessa behov.

För särskilda boenden framstår välfungerande kommunikation med anhöriga och bra samarbete med ansvarig läkare som viktiga framgångsfaktorer. Huvudmännen skulle kunna ge ytterligare stöd till verksamheterna för att underlätta kommunikationen med äldre och anhöriga. En utvecklad uppdragsbeskrivning för läkarinsatser skulle kunna bidra till att fler boenden får tillgång till en läkare som de känner förtroende för.

Intervjuresultaten visar att regelbundna möten mellan vård- och omsorgsaktörer inte hör till vanligheterna. Huvudmännen skulle på olika sätt kunna uppmuntra till utbyte mellan viktiga aktörer.

Exempel på möjliga insatser

- Workshops med vård- och omsorgsgivare för utbyte av erfarenheter, där resultaten från denna studie kan fungera som en utgångspunkt för diskussion
- Gemensamma riktlinjer för att identifiera och stödja äldre som är i behov av extra vård- och omsorgsinsatser, där olika vård- och omsorgsnivåers ansvarsområden är tydligt definierade
- Stöd till lokala samarbeten, mellan till exempel geriatrik och vårdcentraler
- Informationsmaterial och/eller patientutbildningar till äldre med komplexa vård- och omsorgsbehov och deras anhöriga
- Översyn av uppdragsbeskrivningen, exempelvis för läkarinsatser vid särskilda boenden

Framgångsfaktor 2 - Fördelning av verksamhetens resurser enligt tydlig prioritering av äldre med störst vårdbehov

Tydlig prioritering av äldre med störst vårdbehov utmärker vårdcentraler med få återinskrivningar, och i uppdraget från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting ingår att kroniskt sjuka och äldre ska prioriteras. Samtidigt upplever intervjuade på vårdcentraler att dagens ersättningssystem främjar hög tillgänglighet för relativt friska och

unga personer på bekostnad av sjuka äldre. Dialog med utförarna, med betoning av vikten av att prioritera äldre med stora vårdbehov, är central, men sannolikt måste också effekterna av ersättningsystemet för vårdcentraler beaktas, och en översyn av hur ersättningsystemet kan utvecklas för att främja denna typ av prioritering är önskvärd.

Exempel på möjliga insatser

- Dialog med utförare kring vikten av att prioritera äldre med stora vårdbehov
- Vidare utveckling av ersättningsystemet för vårdcentraler, för att i ökad utsträckning främja prioritering av äldre med störst vårdbehov, exempelvis genom ökade inslag av kapitering eller kvalitetsbonus kopplad till mått på sammanhållen vård och omsorg

Framgångsfaktor 3 - Hög personalkontinuitet samt goda rutiner som skapar trygghet för vårdtunga patienter

Hög kontinuitet, med möjlighet för äldre att till exempel träffa samma läkare vid varje besök, verkar vara en framgångsfaktor för vårdcentraler med färre återinskrivningar, och hög personalkontinuitet är också en framgångsfaktor för särskilda boenden. Hög personalomsättning, och svårigheter att besätta tjänster, kan vara en utmaning för både vårdcentraler och särskilda boenden. Verksamheterna har huvudansvaret för att skapa en god kontinuitet, men samtidigt finns möjlighet för huvudmännen att lyfta fram betydelsen av personalkontinuitet för äldre med komplexa och omfattande vårdbehov. Att säkerställa långsiktig kompetensförsörjning är också en fortsatt viktig fråga.

Utöver personalkontinuitet, är goda rutiner centralt för att skapa trygghet för äldre. Detta kan gälla till exempel rutiner för läkemedelsbehandling, uppföljning och samverkan. Huvudmännen kan skapa förutsättningar för detta med hjälp av exempelvis kunskapsstöd och riktlinjer.

Exempel på möjliga insatser

- Tydligare krav på att vårdcentraler ska erbjuda äldre med komplexa och omfattande vårdbehov möjlighet att träffa samma person vid varje besök, eventuellt kopplad till någon form av incitament
- Kontinuerlig dialog med verksamheterna kring situationen vad gäller personalkontinuitet och kompetensförsörjning
- Utveckling och spridning av lättanvända riktlinjer, rutiner och kunskapsstöd som lägger stor vikt vid uppföljning, samverkan och förebyggande av försämring

Framgångsfaktor 4 - Ständigt pågående och systematiskt utvecklings- och förbättringsarbete

De enheter som har färre återinskrivningar utmärks av ett kontinuerligt förbättringsarbete. För att stimulera ett ökat kvalitetsarbete skulle huvudmännen i ökad utsträckning kunna föra en dialog med verksamheterna kring deras resultat, till exempel vad gäller mått på sammanhållen vård och omsorg. Genom att följa upp och återkoppla sådana kvalitetsmått, skulle huvudmännen kunna bidra till ett ökat fokus på sammanhållen vård och omsorg, och sätta särskilt fokus på verksamheter med större utmaningar. Återinskrivningar och de andra samverkansmått från SVEA skulle kunna användas i detta syfte.

Mått på sammanhållen vård och omsorg saknas i stor utsträckning för äldreomsorgen, och huvudmännen skulle kunna se över möjligheterna att utveckla sådana kvalitetsindikatorer.

Exempel på möjliga insatser

- Uppföljning och återkoppling av återinskrivningar och andra kvalitetsmått som finns tillgängliga
- Utveckling av ytterligare mått som mäter sammanhållen vård och omsorg, särskilt för äldreomsorgen
- Utveckling av möjligheter för verksamheterna att själva ta del av sina resultat och jämföra sig med andra verksamheter
- Olika forum för diskussion om sammanhållen vård och omsorg, organiserat av huvudmännen