

Att etablera en resurs för äldre

SVEA-teamet vid Boo vårdcentral

Ingeborg Björkman

augusti 2016



Nestor FoU-center ägs gemensamt av kommunerna Botkyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn, Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och Värmdö kommuner samt Stockholms läns landsting. Vi vill genom praktknära forskning och utveckling bidra till en god kvalitet inom vården och omsorgen om äldre människor.

Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
Hemsida: www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16
e-post: adm@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestorfou.se

Nestor FoU-center 2016

Författare: Ingeborg Björkman
Titel: Att etablera en resurs för äldre. SVEA-teamet vid Boo vårdcentral

© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

De senaste decennierna har bristande kvalitet i äldre personers vård och omsorg uppmärksamats. Det har påtalats att vården och omsorgen inte är organiserad på ett sätt som motsvarar äldres personers behov. Då talar vi inte om den friska aktiva äldre generationen utan om äldre sköra personer med komplexa vård- och omsorgsbehov.

Den här rapporten handlar om hur en vårdcentral påbörjat ett arbete att skapa en organisation som är bättre anpassad för att möta sköra äldres behov. Nestor FoU-center har följt arbetet sedan starten hösten 2014 och ett och ett halvt år framåt. Att förändra en organisation är ett långsiktigt arbete, mycket längre än ett och ett halvt år. Rapporten fokuserar främst på att beskriva den modell som har vuxit fram under den första perioden av utvecklingsarbetet. Förhoppningen är att rapporten kan intressera aktörer inom primärvården som vill skapa nya former för vård av sköra äldre. För mer information kring utvecklingsarbetet kontakta verksamhetschef Lena Pomerleau, Boo vårdcentral, Nacka kommun.

Haninge augusti 2016

Eva Lindqvist
FoU-chef
Nestor FoU-center

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	6
Bakgrund	8
En ny modell för vård av sköra patienter	8
Boo vårdcentral	9
Utvecklingsarbete påbörjat.....	9
Syfte	10
Mål	10
Frågeställningar.....	10
Metod	11
Utvecklingsprocessen	11
Struktur – regelbundna arbetsgruppsmöten	11
SVEA-teamet – förebild till "Uppsökande vårdinsats" och "Äldremottagning"	11
Nestor som processtöd	12
Resultat	14
Beskrivning av modellen.....	14
Hur SVEA-teamet arbetar	14
Läkarens roll i teamet.....	16
Den tysta kunskapen.....	17
Svara i telefonen – delvis en resurs för hela vårdcentralen	18
Patienter.....	19
Typ av signaler som gjorde att patienten hänvisades	20
Indelning i patientkategorier	22
Patientflöde – vem hänvisade och var vårdades patienten efter tiden hos SVEA?	22
Tid hos SVEA-teamet	24
Jämförelse med andra urval av patienter	25
Karaktäristika för "SVEA-patienter"	26
Aktiviteter för att sprida kännedom om den nya resursen SVEA	27
SVEA och övriga delar av vårdcentralen	28

Hemsjukvården underbemannad	28
Kollegornas syn på SVEA-teamet.....	28
Statistik över vårdutnyttjande	29
Ingen effekt kunde ses i den övergripande statistiken över vårdutnyttjande	29
Bakgrundsinformation – äldre patienter listade vid Boo vårdcentral	29
Besök på akuten	30
När går patienterna till akuten?	31
Oplanerade återinskrivningar	31
Diskussion	33
Vård som möter äldre och sköra personers behov – ett prioriterat område	33
Äldremottagningar i Stockholm	33
Förutsättningar avgör hur vårdcentralen organiserar en resurs som SVEA.....	34
Vem är skör och i behov av utökad vård och omsorg?.....	35
Metoder för att hitta de sköra äldre.....	36
Att mäta effekter av organisationsförändringen med statistik – en utmaning.....	38
Ett långsiktigt utvecklingsarbete	40
Framtida utvecklingsmöjligheter	40
Referenser	42

Sammanfattning

Den här rapporten handlar om när Boo vårdcentral i Nacka kommun organiserade en särskild resurs för sköra ofta äldre patienter med komplexa vård- och omsorgsbehov. Resursen startade hösten 2014 och Nestor FoU-center följde arbetet fram till december 2015, det vill säga under de första 16 månaderna av utvecklingsprocessen. Resursen fick under hösten namnet SVEA-teamet, inspirerat av Stockholms läns landstings projektarbete kring samverkan mellan verksamheter med hjälp av enhetliga arbetssätt, kallat SVEA-projektet. En förhoppning är att erfarenheter från SVEA-teamet vid Boo vårdcentral kan inspirera primärvården att utveckla sina Äldremottagningar eller andra resurser för sköra äldre.

Modell för SVEA-teamet

Arbetet i SVEA-teamet utvecklades genom att ta emot patienter och vara flexibel i vad patienterna erbjöds i form av bedömningar, stöd och omvårdnad. Hembesök kunde erbjudas på kort varsel. Teamet bestod av två erfarna distriktssköterskor som arbetade självständigt, med stöd av en allmänläkare i hemsjukvården. Patienterna hänvisades till SVEA-teamet främst via kollegor vid den egna vårdcentralen, och via personal vid utskrivning av patienter från sjukhus. Patienterna själva och deras anhöriga kunde också ta kontakt. Totalt träffade SVEA-teamet 260 nya patienter under de 16 månader som Nestor följde arbetet. Vi fann att det var fyra olika patientgrupper hos SVEA. Den största var ”sköra äldre”, en heterogen grupp som kom av många olika orsaker. Nästan lika stor var gruppen patienter som skrevs ut från sjukhus och som tillfälligt behövde hjälp med omläggning, suturtagning och liknande i hemmet liksom en tredje grupp som kom till vårdcentralen för bedömning av kognitiv förmåga. En liten grupp utgjordes av patienter med missbruksproblematik. Efter bedömning, behandling, omvårdnad och stöd kunde patienterna lotsas vidare, vanligen till den egna mottagningen eller hemsjukvården. Det fanns patienter som hade mycket lång kontakt med SVEA, och andra som skrevs in på en särskild lista för patienter som upplevdes som sköra och skulle kontaktas med viss regelbundenhet för att kontrollera situationen i hemmet. Distriktssköterskornas arbete handlade främst om att ha kontakt med de äldre och deras anhöriga, men en annan viktig uppgift var kontakten med andra vårdgivare, vilket behövdes för att se till att vården kring den äldre fungerade.

Utformningen av teamet påverkades av vårdcentralens förutsättningar

SVEA-teamets upplägg byggde på att de ville bättre ta hand om sköra äldre samtidigt som man ville organisera vårdcentralen på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt. Det formade också vilka patienter som kom till teamet. En uppgift var att ta emot sköra äldre som bedömdes inte få den vård de behövde inom befintlig organisation, exempelvis de med komplexa behov eller patienter där det var oklart vilka problem de hade. Förutom den här gruppen patienter tog distriktssköterskorna i SVEA-teamet över uppgifter från hemsjukvården för att avlasta dem i sitt arbete, framför allt genom att göra hembesök hos patienter som inte var inskrivna i hemsjukvården, men också att svara i den telefon som användes av hemsjukvårdspatienterna. En annan uppgift som föll på SVEA-teamets lott var att ta emot personer som kom för en minnesutredning. En kognitiv svikt innebär att personen har eller

kommer att utveckla en skörhet och har eller kommer att få behov av det utökade stöd som SVEA kunde erbjuda.

Utvärdering med hjälp av statistik

En förhoppning när utvecklingsarbetet startade var att den utökade primärvården skulle leda till att patienternas behov av sjukhusvård skulle minska. Det är svårt att, med de data som gick att få fram, med säkerhet kunna dra någon slutsats om detta, men det är tänkbart att SVEA-teamet bidrog till den positiva utvecklingen som kunde ses i några av de samverkansmått som Stockholms läns landsting numera publicerar. I våra egna analyser hade vi en önskan att studera slutenvårdanvändning bland de patienter som kom till SVEA-teamet men planerna lades ner när det visades sig att det inte var möjligt att ta ut data separat för den utvalda gruppen.

Vem är skör och hur hittar de till vårdcentralen

I diskussionsavsnittet har vi lyft fram några aspekter som arbetsgruppen på vårdcentralen ofta diskuterade, bland annat vem som är skör och hur dessa hittar till vårdcentralen när de behöver hjälp, eller hur hittar vårdcentralen dem. Vi diskuterar också de Äldremottagningar som har börjat etableras inom Stockholms län under 2016. Boo vårdcentral har inrättat en sådan Äldremottagning och det är SVEA-teamet som har hand om den. De flesta av de arbetsuppgifter som enligt hälso- och sjukvårdsförvaltningens kriterier ska skötas av Äldremottagningarna var redan inarbetade och utgjorde en del av SVEA-teamets uppdrag.

Vad uppnåddes under den här perioden

Det långsiktiga syftet att etablera en ny organisation för sköra äldre vid Boo vårdcentral hade inte uppnåtts under de 16 månader Nestor följde arbetet, det var heller inte väntat. Organisationsförändringar var gjorda, men för att den nya verksamheten ska upplevas som helt inarbetad behövs längre tid. SVEA-teamet hade börjat bygga upp en verksamhet för att möta äldre och sköra patienters behov på ett sätt som passade de äldre bättre, de avlastade kollegor i den ordinarie mottagningen och de hade tagit över uppgifter från hemsjukvården.

De mål som sattes upp för utvecklingsperioden, att utveckla arbetssättet kring SVEA och att beskriva modellen har uppnåtts och finns redovisade i den här rapporten. Målet att hitta mätmetoder för att kunna mäta om den utökade primärvården för äldre och sköra personerna ledde till förändrat behov av slutenvård var svår att uppnå.

Bakgrund

Brister i äldre personers vård- och omsorg har rapporterats både i Sverige och internationellt (Gurner & Thorslund 2011, Krohwinkel Karlsson & Winberg 2012, SKL 2012). En orsak till dessa brister har angetts vara att vården är fragmenterad, en person har behov av insatser från olika vårdgivare, detta ställer krav på samordning (Gurner & Thorslund 2011, SKL 2012). För en skör ofta äldre person kan den uppgiften vara svår att sköta på egen hand, och det finns risk att personen "hamnar mellan stolarna" om ingen vårdgivare tar ansvar för samordningen.

I Sverige tog regeringen initiativ till förbättrad vård om äldre under satsningen "Mest sjuka äldre" som pågick under åren 2010 till 2014 (Socialdepartementet 2014). Under satsningen startade flera försök att hitta modeller för samordning av vård och omsorg kring äldre, så som olika former av äldrelotsar och vårdcoacher (Äldrecentrum 2014, Petersson 2015, Edgren m.fl. 2016). Effekter av individuell samordning av vård och omsorg har sammanställts i en kunskapsöversikt av Socialstyrelsen (2015). I översikten ingick totalt 29 studier varav 3 från Sverige. Gemensamma uppgifter för samordnarna i de refererade studierna var: att bedöma den äldres situation, att utforma en vård- och omsorgsplan, att följa upp samt att koordinera vård och omsorg. Samordnaren var vanligen en sjuksköterska med bas i primärvården. Rapporten sammanfattar att det vetenskapliga stödet för vilka effekter individuell samordnare ger är begränsat, men att resultaten tyder på att det kan vara positivt.

Ett problem som uppmärksammats de senaste åren är att en stor andel av äldre personer som vårdas på sjukhus återinläggs oplanerat kort efter utskrivningen (Larsen 2013, SKL 2013). Det finns en uppfattning att många av dessa återinläggningar skulle kunna förebyggas. Att patienter vårdas i onödan på sjukhus leder till ökat lidande för individen och bidrar till ökade samhällskostnader. Ett mått som har blivit vanligt i det här sammanhanget är att beräkna hur stor andel av de vårdade patienterna som återinläggs inom 30 dagar. En lägre andel återinläggningar förmodas vara ett resultat av en mer sammanhållen vård med samordning mellan sjukhusvård, primärvård och kommunala insatser (SKL 2013). I betänkandet "Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård" lyfts fram att primärvården bör få ett större ansvar för patienter vid hemkomsten efter sjukhusvistelse (SOU 2015).

En ny modell för vård av sköra patienter

Ledningen vid Boo vårdcentral hade uppmärksammat att en del av vårdcentralens äldre sköra patienter inte tycktes få den vård de behövde. Det fanns rapporter som visade att samordning kring sköra patienter kunde vara värdefullt, och att samordningen gärna kunde utgå från primärvården. Däremot var erfarenheterna av hur en sådan samordning skulle organiseras begränsad. Vårdcentralschefen initierade en organisationsförändring och startade ett utvecklingsarbete med syfte att hitta former för en ny modell för vård av sköra äldre patienter. Utmaningen var att hitta utrymme för utveckling inom vårdcentralens organisation och med samma resurser som tidigare. Tanken med organisationsförändringen var inte att inrätta en ny

mottagning utan att skapa en utökad resurs för sköra patienter. Två erfarna distriktssköterskor utsågs för att bemanna den nya resursen, och en läkare vid hemsjukvården skulle ingå i teamet.

Förväntningarna från vårdcentralens ledning var att åstadkomma ett bättre omhändertagande av äldre sköra patienter vid vårdcentralen och att det skulle visa sig i form av ett minskat behov av sjukhusvård. Andra förväntningar var att den förändrade organisationen skulle leda till en bättre fördelning av arbetet på vårdcentralen. Framför allt skulle sjuksköterskorna i hemsjukvården bli avlastade och kunna fokusera på hemsjukvårdspatienterna, men även övriga sjuksköterskor och läkare i den ordinarie mottagningen skulle kunna bli avlastade genom att kunna hänvisa patienter med komplexa eller svårbedömda behov till resursen.

Boo vårdcentral

När arbetet med den nya resursen startade hösten 2014 hade Boo vårdcentral drygt 24 000 listade patienter. Andelen äldre var relativt låg, cirka 3 300 personer var 65 år eller äldre och cirka 1 200 var 75 år eller äldre. Vårdcentralen hade redan organiserat för ett särskilt omhändertagande av vissa patientgrupper. Det fanns ett hemsjukvårdsteam med cirka 210 inskrivna patienter. Hemsjukvårdsteamet var väletablerat och vården av hemsjukvårdspatienter uppfattades som väl fungerande. Sjuksköterskorna i hemsjukvården upplevde dock sin situation som splittrad. Förutom att ansvara för hemsjukvårdspatienterna hade de flera andra arbetsuppgifter, exempelvis att rycka ut vid akuta hembesök hos andra patienter vid vårdcentralen. Vid vårdcentralen fanns också ett särskilt kallelsesystem för patienter med kroniska sjukdomar – diabetes, KOL och demens. Dessa patienter kallades årligen till ett läkarbesök och ett besök hos distriktssköterska. Patienter inskrivna i hemsjukvården och patienter med demensdiagnos hade ett direkttelefonnummer för att enkelt kunna komma i kontakt med vårdcentralen.

Utvecklingsarbete påbörjat

Efter ett inledande planeringsarbete våren 2014 startade den nya resursen sitt arbete i september 2014. Utvecklingsarbetet leddes av en arbetsgrupp bestående av de två distriktssköterskorna och allmänläkaren som arbetade i resursen, samt vårdcentralschefen. Som stöd i utvecklingsprocessen har två projektledare från Nestor FoU-center fungerat, Sune Petersson och Ingeborg Björkman. Att etablera en ny organisation vid en vårdcentral är ett långsiktigt arbete, längre än den tid som Nestor följde arbetet. Den här rapporten beskriver hur långt arbetet nådde under den första tiden av utvecklingsarbetet, fram till och med december 2015.

Syfte

Syftet med utvecklingsarbetet vid Boo vårdcentral var att etablera en organisation för ett bättre omhändertagande av sköra patienter. Detta förväntades leda till ett ökat välmående hos patienterna, vilket skulle visa sig i ett minskat behov av slutenvård. Ett annat syfte var att den förändrade organisationen skulle leda till en bättre fördelning av arbetet på vårdcentralen.

Mål

Målet med det utvecklingsarbete som beskrivs i denna rapport var att hitta former för den nya resursens arbete, samt att beskriva den modell som vuxit fram under arbetets gång. Ett ytterligare mål var att försöka hitta mätmetoder för att undersöka om den nya resursen påverkade sköra äldres användning av sjukvård och då framförallt med fokus på användningen av akutvård och slutenvård.

Frågeställningar

Nedanstående frågeställningar har varit vägledande för att beskriva den nya resursen samt eventuella effekter av den nya organisationen och arbetssättet. De flesta frågeställningar har beaktats. Frågan om hur de äldre uppfattade den nya resursen, kom inte att tas upp under projekttiden. När det gäller uppföljning av det nya arbetssättet lades istället fokus i stor utsträckning på frågan om att försöka mäta eventuell påverkan på de äldres användning av sjukhusvård.

Vilka patienter kommer till den nya resursen?

Hur rekryteras patienterna till den nya resursen?

Hur arbetar distriktssköterskorna och läkaren?

Vart hänvisas patienterna efter att de varit hos den nya resursen?

Hur många patienter kommer till resursen och räcker resursens kapacitet?

Hur organiseras arbetet vid den nya resursen? Är organisationen ändamålsenlig och effektiv?

Hur fungerar kontakten med hemsjukvården och övriga delar av vårdcentralen?

Vad anser den övriga personalen om den nya resursen?

Vad anser de äldre om den vård de får via den nya resursen?

Hur fungerar kontakten med aktörer utanför vårdcentralen (exempelvis kommunen)?

Hur påverkas de äldres vårdkonsumtion av den nya resursen? Ökar den när möjligheten till ökad vård erbjuds? Minskar akuta inläggningar? Minskar ”onödiga” inskrivningar?

Metod

Utvecklingsprocessen

Det fanns en osäkerhet vid vårdcentralen om vad arbetet i resursen skulle innebära. Därför valdes strategin att starta resursen och därefter låta verksamheten utvecklas successivt allteftersom teamet fick erfarenhet av arbetet. De personer som var verksamma i resursen, två distriktssköterskor och en allmänläkare vid hemsjukvården, utgjorde den arbetsgrupp som tillsammans med verksamhetschefen utvecklade verksamheten. Två projektledare från Nestor FoU-center fungerade som stöd till arbetsgruppen i utvecklingsprocessen.

Arbetsgruppen hade en övergripande idé om vad arbetet i resursen skulle handla om. De skulle ta emot patienter som hade komplexa behov men där det inte var klart vad behoven bestod av. De skulle göra bedömningar och försöka ringa in vad patienten behövde för stöd, de skulle kunde göra hembesök, ge stöd, råd och omvårdnad. De skulle hänvisa patienterna vidare till rätt vårdnivå. Framför allt skulle de kunna vara flexibla och lägga upp arbetet efter de behov de såg hos patienterna som kom till dem.

Struktur – regelbundna arbetsgruppsmöten

En struktur skapades som stöd i utvecklingsarbetet. Den bestod i att arbetsgruppen vid vårdcentralen och de två processtödjarna från Nestor träffades regelbundet cirka en gång i månaden. Upplägget för arbetsgruppsmötena växte fram successivt i dialog mellan deltagarna. Träffarna pågick från september 2014 och fram till december 2015, totalt fjorton träffar.

En stående punkt vid arbetsgruppsmötena var tillbakablickar på vad som hade hänt sedan sist i arbetet vid resursen och reflektioner kring detta, med funderingar kring om arbetet utvecklades i den riktning som arbetsgruppen önskade och vad gruppen ville ta tag i och utveckla vidare. Särskilt fokus lades på diskussioner kring frågor som exempelvis resursens arbetsuppgifter, vilka patienter som kom till resursen och när en patient kunde anses vara färdig hos resursen. Mycket tid användes till att diskutera möjliga nya metoder för att identifiera sköra patienter och metoder för uppföljning med hjälp av vårdstatistik.

SVEA-teamet – förebild till ”Uppsökande vårdinsats” och ”Äldremottagning”

Under 2014 startade hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) vid Stockholms läns landsting ett projekt som de kallade för SVEA-projektet, en akronym av ”Samverkan mellan Vårdgivare med hjälp av Enhetliga Arbetssätt” (HSF 2016a). Initiativet utgick från regeringens ”mest sjuka äldre”-satsning. Syftet var att skapa förutsättningar för ett bättre omhändertagande av sköra personer. Till projektet anlätades ett konsultföretag, Health Navigator, som bland annat fick uppdraget att ta fram statistik över vårdkonsumtion, både för kartläggning och för uppföljning, samt att ta fram verktyg för bättre vårdprocesser inom och mellan vårdgivare.

Under hösten 2014 letade arbetsgruppen vid Boo vårdcentral efter ett namn på den nystartade resursen för sköra patienter. De inspirerades av arbetet vid HSF och tog namnet SVEA-teamet. I den fortsatta texten kommer resursen att kallas "SVEA" eller "SVEA-teamet".

SVEA-teamets arbetssätt drog tidigt till sig HSF:s och Health Navigators uppmärksamhet. Det var unikt i Stockholms län och arbetet vid Boo vårdcentral kom att bli en förebild för ett av de verktyg som Health Navigator beskrev i SVEA-projektet, "Uppsökande vårdinsats". Från och med 2016 har HSF börjat uppmana vårdcentralerna i Stockholm att organisera så kallade "Äldremottagningar" (HSF 2016b). Även i det sammanhanget har SVEA-teamet spelat en roll som förebild.

Nestor som processtöd

I rollen som processtödjare bidrog Nestor med följande:

Delta i arbetsgruppsmöten

Nestor förberedde en mötesagenda, deltog aktivt med reflektioner och "kritiska frågor" samt förde minnesanteckningar efter varje möte.

Sammanställa dokumentation över patienter som kom till SVEA

Distriktssköterskorna i SVEA-teamet dokumenterade alla patienter som kom till SVEA på en särskild blankett. Dokumentationen visade hur patienten kommit till SVEA och varför, vad SVEA-teamet gjorde samt var patienten hänvisades efter tiden hos SVEA. Dokumentationen sammanställdes av Nestor och användes som underlag för reflektion och diskussion under arbetsgruppsmöten. För arbetsgruppen blev det en hjälp att se på sin verksamhet "utifrån", att få syn på vad de gjorde i det flöde som pågår i det dagliga arbetet.

Sammanställa idéer om hur SVEA-teamet ville utveckla sin verksamhet

Nestor sammanställde utvecklingsidéer som kommit upp vid diskussioner vid arbetsgruppsmöten. Gruppen kunde gemensamt följa upp vad som realiserats, vad som fortfarande var aktuellt att ta tag i men inte hunnits med och vad som inte längre kändes aktuellt.

Sammanställa dokumentation över telefonsamtal

Under tre månader dokumenterade distriktssköterskorna sina telefonsamtal, Nestor sammanställde dokumentationen. Detta för att synliggöra en uppgift som SVEA-teamet utförde men som inte syntes i den ordinarie dokumentationen av arbetet vid vårdcentralen.

Enkät till kollegor vid vårdcentralen

Nestor tog fram en enkät i samråd med arbetsgruppen. Personalen vid vårdcentralen besvarade enkäten vid två tillfällen och svaren bearbetades av Nestor.

Statistik över patienters vårdutnyttjande

Personal vid hälso- och sjukvårdsförvaltningen bistod med statistik ur centrala databaser över patienters användning av akutvård och sjukhusvård. Statistiken bearbetades av Nestor. Försök gjordes av Nestor att få tillgång till statistik för kvalitetsuppföljning av SVEA-patienter. Data kunde dock inte göras tillgängliga och analysen kunde inte genomföras. Istället gjordes analyser av hela gruppen patienter 65+ som var listade vid vårdcentralen.

Intervju med SVEA-teamet

Nestor intervjuade SVEA-teamet för att identifiera vad teamet ansåg var speciellt i det arbetssätt som vuxit fram och för att fånga tankar kring vad den ”tysta kunskapen” kunde bestå av, samt för att karaktärisera en ”SVEA-patient”.

Resultat

Beskrivning av modellen

Hur SVEA-teamet arbetar

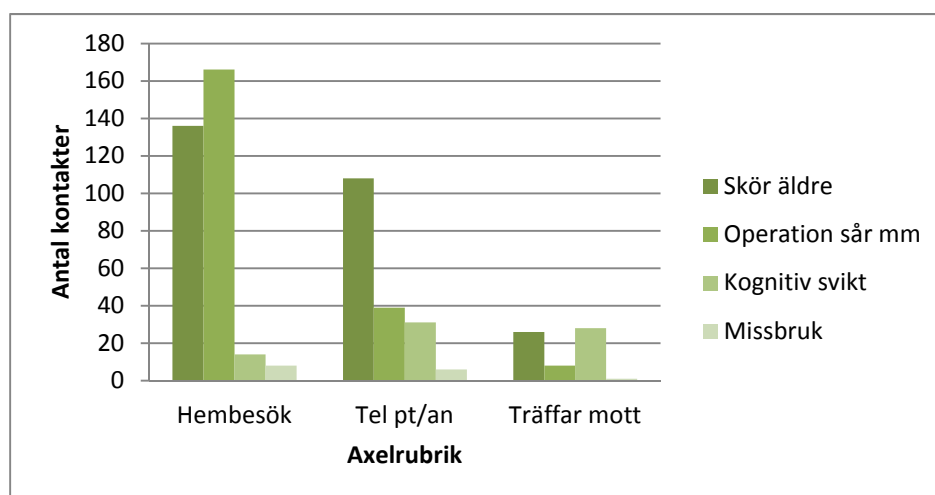
Distriktssköterskornas arbete

Att beskriva hur distriktssköterskor arbetar kan vara svårt. Ofta är man hänvisad till att bygga beskrivningen på distriktssköterskornas egen dokumentation, många moment pågår samtidigt och det kan vara svårt att skilja ut och rapportera alla delar. För att ändå försöka beskriva arbetet i SVEA-teamet noterade distriktssköterskorna allt de gjorde inklusive datum för händelsen för samtliga SVEA-patienter som avslutades under perioden april till december 2015. Även om rapporteringen enligt distriktssköterskorna blev i underkant, ger sammanställningen en beskrivning av teamets arbete. I sammanställningen har antalet noterade händelser summerats. Tidsåtgång för olika händelser har inte noterats. Det exakta antalet av olika händelser får tolkas med försiktighet. Syftet med att ange antalet är att ge en uppfattning om vilka moment som var vanliga och vilka som var mindre vanliga. I texten används ordet ”görande” som ett gemensamt uttryck för alla olika moment distriktssköterskorna gör i ett flöde av arbetsuppgifter.

Patienterna kom till SVEA av olika orsaker och utifrån vad som noterades vid första kontakten med SVEA kan de beskrivas i fyra olika patientkategorier, se mer om hur indelningen gjordes på sidorna 19-20. De fyra kategorierna är: 1) *Sköra äldre*, 2) *Omläggning, stöd efter operation och liknande*, 3) *Demens/kognitiv svikt* och 4) *Missbruksproblematik*. I redovisningen nedan har patientkategorierna används i beskrivningen av distriktssköterskornas ”görande”.

I sitt ”görande” hade distriktssköterskorna kontakt med patienter och eventuella närstående vid hembesök, besök på mottagningen eller via telefonsamtal. Den huvudsakliga kontakten skedde vid hembesök, Figur 1. Flest hembesök per person gjordes hos patienter i kategorin *Omläggning, stöd efter op* (i genomsnitt 4,5 hembesök per person), följt av kategorierna *Sköra äldre* och *Missbruksproblematik* (2,9 respektive 2,7 hembesök per person). Minst antal hembesök per person gjordes i kategorin *Demens/kognitiv svikt* (0,5 hembesök per person). Det vanligaste sättet att se patienter och närstående i kategorin *Demens/kognitiv svikt* var att träffas på mottagningen (0,9 mottagningsbesök per person).

Totalt gjorde distriktssköterskorna 815 noteringar av sitt ”görande”, det vill säga i genomsnitt nästan 7 noteringar per patient. Flest noteringar per person sågs i patientkategorierna *Omläggning, stöd efter op* (8,7 noteringar/person) och *Sköra äldre* (7,9). Färre noteringar per person sågs i kategorierna *Missbruksproblematik* (5,3) och *Demens/kognitiv svikt* (3,4).



Figur 1. Antal kontakter som distriktssköterskorna hade med de 118 studerade patienterna uppdelat på patientkategori och typ av kontakt.

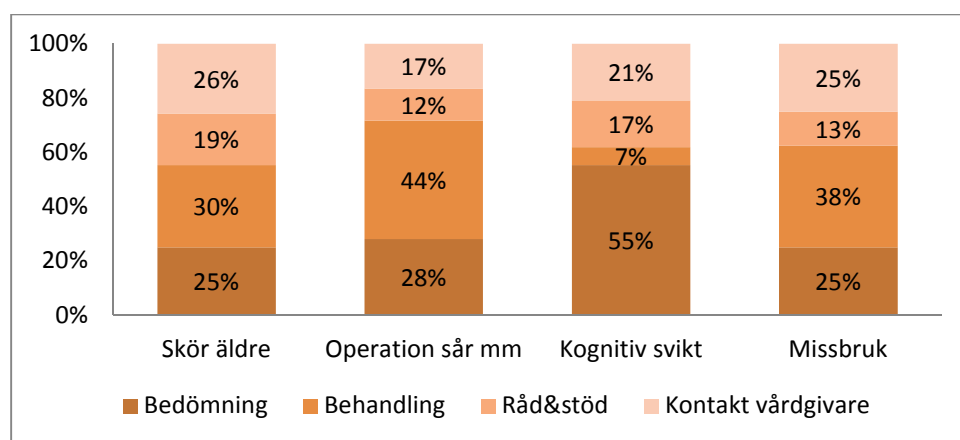
Distriktssköterskornas noteringar av "görandet" grupperades i kategorier som växte fram under bearbetningen. För att ge en bättre överblick grupperades kategorierna i fyra övergripande kategorier: 1) att bedöma/undersöka patienterna, 2) att behandla/ge omvårdnad, 3) att ge råd och stöd till patienter och närstående samt 4) att förmedla eller inhämta information till och från andra vårdgivare eller diskutera med andra vårdgivare, se Tabell 1. Att bedöma innebär här att distriktssköterskorna använde sig av bedömningsinstrument, exempelvis för bedömning av kognition (MMT, anhörigenkät), fallrisk (Downton) eller nutritionsstatus (MNA).

Tabell 1. Övergripande kategorier för distriktssköterskornas "görande" i SVEA-teamet och vad kategorierna innefattade.

Övergripande kategori	Kategori – "görande" (eller insats, åtgärd)
Bedöma	Ta prover; Bedömning med instrument.
Behandla	Såromläggning/KAD-skötsel; Annan omvårdnadsbehandling; Läkemedel; Förskriva hjälpmedel, näringsdryck.
Råd&stöd	Råd & info; Stödsamtal patient/närstående; Tillsyn enbart
Kontakt med vårdgivare	Skriver in i hemsjukvården; Info/samtal med läkare om patient; Kontakt med andra vårdgivare om patient; Ringa biståndshandläggare, hemtjänst, demenssjuksköterska; Boka tid hos läkare; Skriva omvårdnadsplan; Beställa ambulans

En sammanräkning av allt ”görande” visade att ”Bedöma” utgjorde knappt en tredjedel av alla noteringar (30%), ”Behandla” utgjorde en tredjedel (33%), ”Råd&stöd” en sjättedel (16%) och ”Kontakt med vårdgivare” en femtedel av noteringarna (21%). Vill man se görandet på ytterligare en övergripande nivå utgjorde moment tillsammans med patienten eller närstående 80% av aktiviteterna och moment som distriktssköterskan gjorde med andra professioner för att få vården runt patienten att fungera utgjorde 20%.

Figur 2 nedan visar att ”görandet” delvis skilde sig mellan de fyra patientkategorierna. Mest skiljde sig vad distriktssköterskorna gjorde med patienter i kategorin *Demens/kognitiv svikt* där ”görandet” framförallt handlade om bedömning och sällan om behandling.



Figur 2. Illustrerar distriktssköterskornas ”görande” i SVEA-teamet. Här ses andel åtgärder grupperade i övergripande kategorier inom respektive patientgrupp. Y-axeln visar andel i procent inom respektive patientkategori. *Omläggning, stöd efter op* kallas här Operation sår mm och *Demens/kognitiv svikt* kallas Kognitiv svikt.

Läkarens roll i teamet

För att försöka fånga läkarens roll i teamet genomfördes en gruppdiskussion med allmänläkaren och distriktssköterskorna. Den genomfördes efter att SVEA-teamet hade funnits i drygt 16 månader.

Teamet berättade att sjukvården är hierarkisk och att det finns tydliga ansvarsområden för de olika kompetenserna. Läkaren har det medicinska ansvaret för patienterna medan distriktssköterskorna har omvårdnadsansvaret. Uppgifter för läkaren är att ställa diagnos, göra läkemedelsgenomgångar och att fatta beslut om vårdnivå. Ofta är det distriktssköterskorna som har samlat in information om patienten och som har en arbetshypotes om tänkbar diagnos, något som läkaren sen kan ta ställning till och eventuellt bekräfta.

Distriktssköterskorna var de som styrde det praktiska arbetet i SVEA, det var de som var hemma hos patienten och de som avgjorde när patienten behövde kontakt med läkaren. Samtidigt menade distriktssköterskorna att läkaren var nödvändig för teamet. De framhöll att det här teamet fungerade mycket bra tack vare att de hade arbetat tillsammans länge i hemsjukvården och hade tillit till varandras kompetens. Den här tilliten gjorde att distriktssköterskorna ibland kunde fatta vissa beslut och få det bekräftat i efterhand av läkaren.

Sköterskorna kände väl till när de inte kunde ta sådana initiativ. Det här ömsesidiga förtroendet underlättade arbetet ansåg teamet.

Läkaren fick inte den roll i teamet som var planerat vid starten av SVEA. I planeringen fanns en struktur med veckomöten då läkaren och distriktssköterskorna skulle diskutera pågående patienter. På grund av hög arbetsbelastning i hemsjukvården kunde dessa möten sällan genomföras. En annan roll som inte heller kunde fyllas var att samtliga SVEA-patienter skulle få en läkemedelsgenomgång av läkaren. Läkemedelsgenomgångar gjordes, men inte lika systematiskt och teamet konstaterade att det fanns patienter där läkemedelsgenomgången hade missats.

Det pågick ett ständigt utbyte av information mellan distriktssköterskorna och läkaren för att stämma av att det som hände med patienten var i enlighet med läkarens bedömning. På så sätt upprätthöll teamet den medicinska säkerheten. Teamet märkte dock att när avstämningarna gjordes mer i förbifarten blev det svårt att fatta beslut om patienter, vilket kunde medföra att vissa patienter blev kvar hos SVEA längre än vad de egentligen behövde.

Den tysta kunskapen

Det föregående avsnittet ”Hur SVEA-teamet arbetar” beskriver distriktssköterskornas arbete i SVEA utifrån deras egen dokumentation av deras ”görande”. Sammanställningen ger en viss bild av vad arbetet i SVEA innebär. Samtidigt uppstår en känsla av att det är något som fattas i beskrivningen. Det finns inget i den beskrivningen som till exempel visar hur en distriktssköterska gör när hon möter en patient eller hur hon (eller han) gör för att värdera den information patienten ger. Det här är exempel på så kallad tyst kunskap (på engelska *tacit knowledge*).

Tyst kunskap har sagts vara att veta hur något ska göras utan att tänka på det, och den har beskrivits som icke-verbal, intuitiv och omedveten (enligt Polanyi, citerad av Smith (2001) och Börjesson (2014)). Smith (2001) beskriver att tyst kunskap är personlig och består av mentala modeller, värderingar, attityder, uppfattningar, insikter och antaganden. Smith säger vidare att tyst kunskap skapas genom erfarenheter och genom interaktion med andra människor till skillnad från explicit kunskap som kan läras teoretiskt. Vid Centrum för praktisk kunskap, Södertörns högskola, användes ett annat begrepp, *fronesis*, praktisk klokhet. Begreppet kommer från Aristoteles som beskriver olika typer av kunskap, där *fronesis* skiljer sig från *episteme* (vetenskaplig kunskap) och *techne* (praktisk färdighetskunskap) (Svенеaus 2009).

En gruppdiskussion genomfördes med distriktssköterskorna och allmänläkaren för att samtala om vad den tysta kunskapen kunde bestå av. Att kunna jobba i team lyftes fram som en del av den tysta kunskapen. För att teamet ska fungera är det till exempel nödvändigt att medlemmarna känner av gränsen för sitt eget agerande, till exempel att veta när man kan avvika från skrivna regler och inte.

Ett annat tillfälle som distriktssköterskorna ansåg krävde tyst kunskap var när de träffar en patient och gör en bedömning. När en patient kommer till SVEA är det ofta en för dem okänd person som de träffar och de har endast ett besök på sig att göra bedömningen. Den tysta kunskapen kan vara att ha erfarenhet av vad som brukar påverka en patients situation förutom den aktuella diagnosen, att kunna se till helheten i mötet med patienten. Att veta att till exempel näringsintag och social situation påverkar patientens situation, inte bara det som ingår i den medicinska bedömningen.

Till den tysta kunskapen tyckte man också hörde att kunna veta vem som ska kontaktas för att patienten ska få den hjälp han eller hon behöver, och att veta när det är viktigt att ta kontakt, att känna gränsen för vad sjukvården ska och får göra. Här konstaterade gruppen att det ofta är hemtjänsten som är ”boten” för den äldres behov.

En annan sida av den tysta kunskapen var att i mötet med en patient kunna känna på sig att det är något som inte stämmer, något som inte är vad det ser ut att vara. Ofta är scheman och checklistor till en hjälp i bedömningar men det räcker inte och det är här erfarenheten kan vara avgörande för om en bedömning träffar rätt.

Förutom tyst kunskap (erfarenhet) menade distriktssköterskorna att för att arbetet ska fungera måste de ha ett tydligt intresse för patienten. De beskrev sig själva som att vara spindeln i nätet, patientens advokat, språkrör och lots i vården. Det är patienten som styr och det gäller att känna av vad personen vill ha hjälp med. I arbetet måste sköterskan utgå från hur patienten har levt sitt liv, och inte utgå från sig själv och sina egna behov.

Svara i telefonen – delvis en resurs för hela vårdcentralen

SVEA-teamet hade ett särskilt telefonnummer som lämnades ut till SVEA-patienterna för att de lätt skulle kunna ringa till teamet. Även hemsjukvårdens patienter använde samma telefonnummer. Telefonen bemannades alltid under vårdcentralens öppettider, oftast av någon av SVEA-teamet distriktssköterskor, men ibland av en medarbetare i vårdcentralens växel om båda distriktssköterskorna tillfälligt var upptagna. Teamet berättade att mycket tid gick åt till telefonsamtal och att det kunde kännas frustrerande eftersom de upplevde att de ägnade mycket av sin tid att prata i telefonen och att den tiden inte syntes, eftersom den inte bokades in i kalendern. De upplevde också att det var många av telefonsamtalen som inte gällde SVEA-patienter.

För att få en uppfattning om mängden telefonsamtal och vilka som ringde dokumenterades telefonsamtalen av distriktssköterskorna under tre perioder – december 2014, januari 2015 (endast 1-20 jan) samt februari 2015. Målet var att dokumentera alla telefonsamtal, men distriktssköterskorna berättade att det hade varit svårt att komma ihåg att skriva ner varje samtal, framför allt samtal som togs emot när de var på hembesök hos patienter. Dokumentationen ger en uppfattning av omfattning och typ av telefonsamtal, men är rapporterad i underkant.

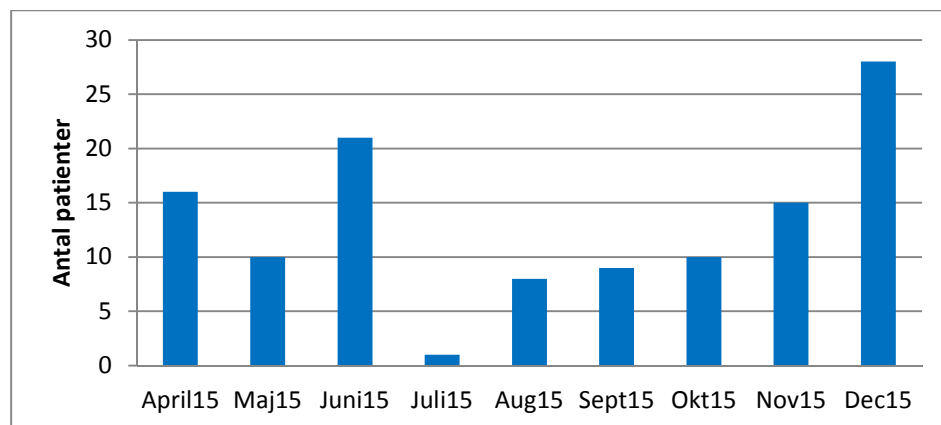
Under de tre perioderna (dec14/jan15/feb15) dokumenterades 96, 109 respektive 204 telefonsamtal. Det var vanligare att distriktssköterskorna svarade i telefonen än att de själva ringde (68% i dec och 80% i jan/feb inkommande samtal). Samtalet handlade ofta om en patient, om besök som skulle bokas eller frågor relaterat till besök, eller om frågor kring läkemedel. Andelen övriga frågor ökade i februari 2015. Bland de övriga frågorna var det vanligt att någon sökte hemsjukvården eller en läkare vid mottagningen. Det kunde vara en patient, anhörig, apotek men också hemtjänst och biståndshandläggare. Relativt vanligt var också frågor om sjukresor och enstaka allehanda frågor om exempelvis korttidsboende, telefonnummer till fotvård eller balansskola.

Redovisningen visade en förskjutning från att samtalen var mer fokuserade på SVEA-arbetet i december 2014 (nästan 70% av samtalen) till att i januari och februari 2015 utgöra knappt 30%. Telefonnumret blev allt mer en linje som användes för samtal till hemsjukvården (vilket den skulle) men också för att snabbt komma i kontakt med vårdcentralen i andra ärenden.

Patienter

Totalt kom 260 nya patienter till SVEA-teamet från starten september 2014 till och med december 2015. Det var vanligen 14 till 21 nya patienter per månad. Under sommaren 2015 arbetade distriktssköterskorna delvis eller helt i hemsjukvården och tog då emot färre (juni och augusti) eller inga (juli) nya patienter.

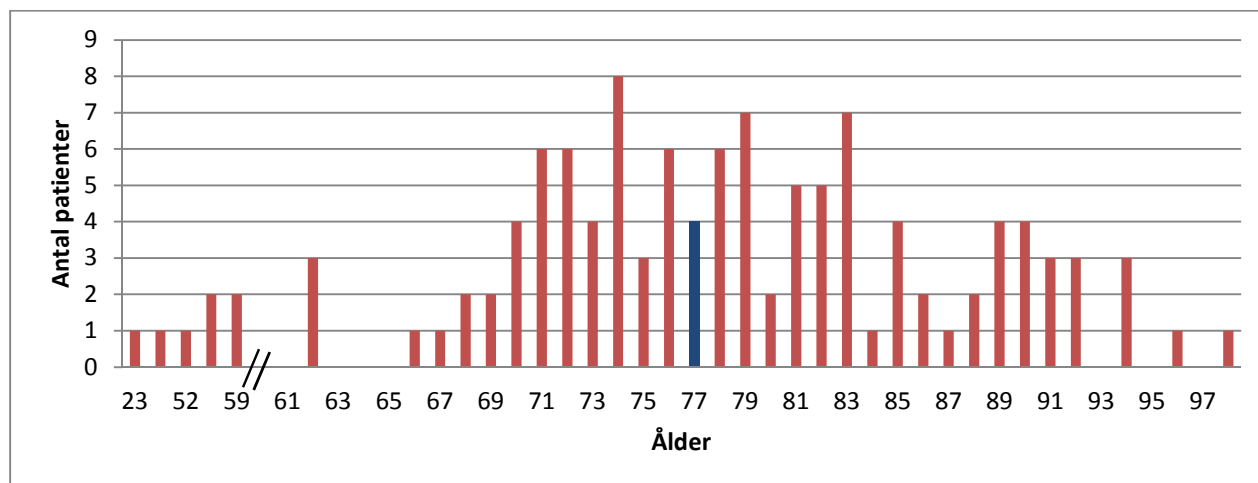
Alla patienter dokumenterade löpande av distriktssköterskorna, och sättet att dokumentera utvecklades under arbetets gång. En enhetlig dokumentation finns för de patienter som avslutades hos SVEA mellan april och december 2015, totalt 118 patienter. Det är dokumentationen av dessa 118 patienter som ligger till grund för beskrivningen av modellen. Figur 3 visar hur många patienter som avslutades per månad. Inför sommaren och julen ökade antalet patienter som avslutades, i juni 21 patienter och i december 28 patienter, andra månader avslutades 8 till 16 patienter per månad.



Figur 3. Antal patienter per månad som var färdigbehandlade hos SVEA.

Patienternas kön och ålder

Det var fler kvinnor än män som kom till SVEA (62% respektive 38%). Medelåldern var 77 år, den yngsta var 23 år, ett fåtal var under 65 år (8%) och den äldsta var 98 år. Åldersfördelningen hos patienterna ses nedan, Figur 4.



Figur 4. Åldersfördelning 118 personer. Observera att skalan för x-axeln gäller inte under 60 år. Medelåldern var 77 år och medianen 78 år. Ett fåtal patienter var under 65 år:

Typ av signaler som gjorde att patienten hänvisades

Det var oftast 1 eller 2 ”signaler” som dokumenterades som orsak till att patienterna blev hänvisade eller sökte sig till SVEA-teamet (gällde för nästan 80% av patienterna). Signalerna beskrevs på en mängd olika sätt. För att få en bättre överblick över vad det var för signaler grupperades signalerna i sex kategorier: skör äldre, minnesproblematik, vårdbehov, läkemedelsfrågor, behov av uppföljning och missbruk.

Framför allt i kategorin ”skör äldre” uttrycktes signalerna på en mängd olika sätt. Övriga kategorier var inte lika varierande när det gällde beskrivningen av signaler/orsaker. I Tabell 2 visas de sex kategorierna och vilka signaler de innehöll.

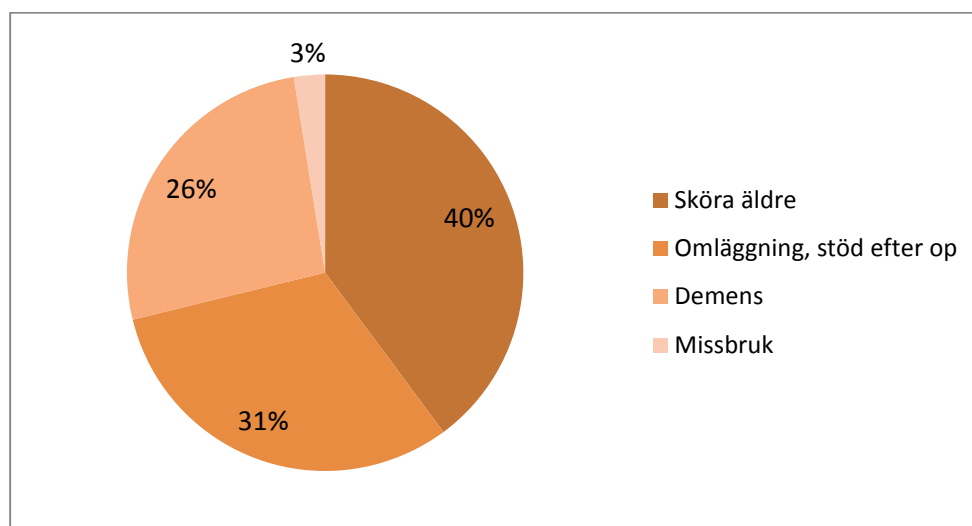
Tabell 2. Kategorier av signaler som orsakade att en patient hänvisades eller sökte till SVEA-teamet.

Kategorier	Exempel på dokumenterade signaler
<u>Skör äldre</u>	Svårt ta sig till vårdcentralen, Trött/Orkeslös/Svag, Allvarlig sjukdom (vanligen cancer eller hjärtsjukdom), Stroke, Yrsel, Mår inte bra, Oro, Smärtor, Försämring(?), Make/maka orkar inte/Anhörig slutkörd, Hemsjukvård?, Oro hos anhörig, Ramlat, Behov av hjälp i hemmet(?), Gasteroenterit, Hör dåligt, Kontroll hemsituation, Ser dåligt, Viktnedgång, Allmän känsla hos ssk/usk, Dålig aptit, Ledsen, "Skör äldre", Andfådd, Förvirrad, Livsleda, Många besvär/sjukdomar, Många besök mottagning, Stöttning/planering inför op, Sömnbesvär, Uteblivit från bokad besök, Vanföreställningar (totalt 95 dokumenterade signaler)
<u>Minnesproblem</u>	Minnesutredning, Demensdiagnos, Kognitiv svikt, Årsbesök, Glömsk (totalt 49 dokumenterade signaler)
<u>Vårdbehov</u>	Trycksår/sår, Inkontinenshjälpmedel/Andra hjälpmedel, KAD, Omläggning, Suturtagning/agraffer, Injektion, Linda ben/hjälp med stödstrumpor, Urvätskning (totalt 41 dokumenterade signaler)
<u>Läkemedelsfrågor</u>	Dosett, Hjälp med insulin, Läkemedel nyinsatt, Läkemedel svårt för patienten, Osäker medicinering, Tveksam följsamhet (totalt 18 dokumenterade signaler)
<u>Behov av uppföljning</u>	Provtagning, Blod i urinen, Provtagning blodtryck, Anemi, Uppföljning nutrition, Feber (totalt 25 dokumenterade signaler)
<u>Missbruk</u>	Etyl, Alkohol (totalt 4 dokumenterade signaler)

Indelning i patientkategorier

I ett senare steg gjordes ytterligare analyser av de signaler som noterats när patienterna hänvisades till SVEA. Detta ledde till att fyra patientkategorier identifierades: 1) *Sköra äldre*, 2) *Omläggning, stöd efter operation* och liknande, 3) *Demens/kognitiv svikt* och 4) *Missbruksproblematik*. Ibland kunde en patient tillhöra mer än en kategori. Då valdes den kategori som var mest framträdande för patienten vid första kontakten med SVEA. Indelningen gjordes av Nestor och tveksamma fall diskuterades med arbetsgruppen. Syftet med att skapa patientkategorier var att tydliggöra vilka patienter som kom till SVEA-teamet och indelningen i patientkategorier har även använts i analyser av olika aspekter av arbetet inom SVEA.

Figur 5 nedan visar hur stor andel av patienterna som tillhörde respektive patientkategori. Det var få patienter i kategorin *Missbruksproblematik*, medan de övriga tre kategorierna var relativt lika stora. Den största kategorin var *Sköra äldre* som utgjorde 40% av alla patienter.



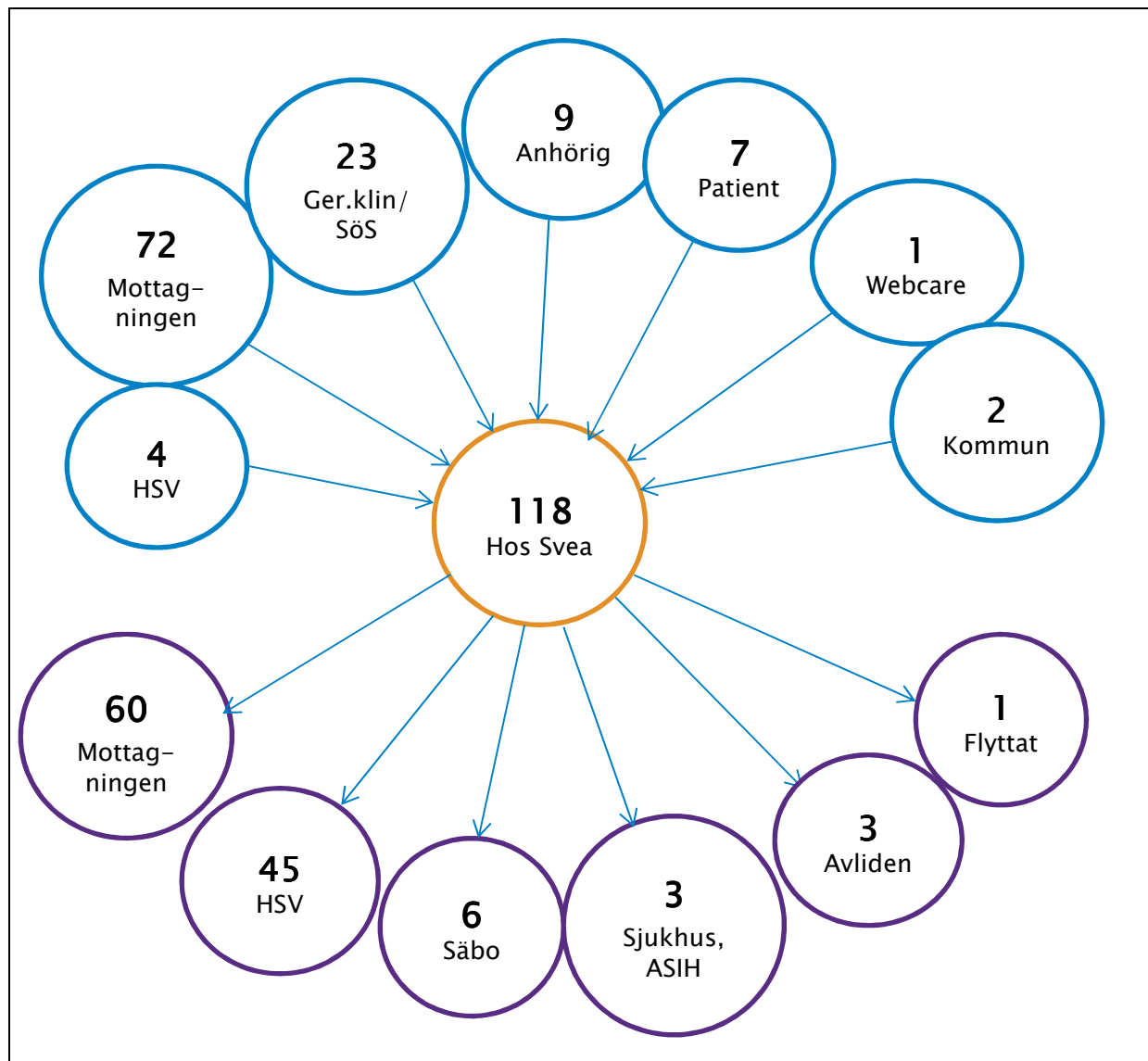
Figur 5. Patientkategorier hos SVEA-teamet, totalt 118 patienter färdigbehandlade under perioden april till december 2015. Kategorin baseras på vilka "signaler" som noterades som orsak till hänvisning av patienten till SVEA-teamet.

Patientflöde – vem hänvisade och var vårdades patienten efter tiden hos SVEA?

Flödet av hur patienterna kom till SVEA och var de fortsatte efter tiden hos SVEA visas i Figur 6. Det var vanligast att patienterna kom till SVEA-teamet via vårdcentralens mottagning (drygt 60% av patienterna). Oftast var det en läkare som hänvisade, men det kunde också vara en sjuksköterska eller undersköterska. Knappt 20% av patienterna hade hänvisats efter en sjukhusvistelse, och då vanligen från Caphio Geriatrik Nacka, vårdcentralens geografiskt närmaste geriatriiska klinik. Endast en patient hade identifierats via läsning i Webcare. Rutinen var snarare att sjuksköterskor vid sjukhuskliniker tog personlig kontakt via telefon när en patient behövde extra stöd vid hemkomsten från sjukhus.

Det stora flertalet av patienterna fortsatte att vårdas inom vårdcentralen. Cirka hälften av patienterna klarade sig utan extra stöd och fortsatte vid behov sin vård på mottagningen. Nästan lika många patienter, knappt 40%, behövde å andra sidan utökat eller mer långvarigt

stöd och skrevs in i hemsjukvården. Cirka 10% av patienterna försämrades ytterligare i sitt tillstånd och behövde sjukhusvård, ASIH eller flyttade in på särskilt boende. Total 3 patienter avled under den här perioden.



Figur 6. Visar varifrån patienterna kom och var de fortsatte sin vård efter att de avslutat sin tid hos SVEA. HSV står för hemsjukvården vid vårdcentralen. SÖS står för Södersjukhuset, det akutsjukhus som ligger närmast för patienter vid Boo vårdcentral. Webcare står för att patienten hittades genom att läsa i Webcare, vilket är Stockholms läns webbaserade system för informationsutbyte mellan slutenvård, primärvård och kommunens biståndshandläggare.

Patientflöde – uppdelat på de identifierade patientkategorierna

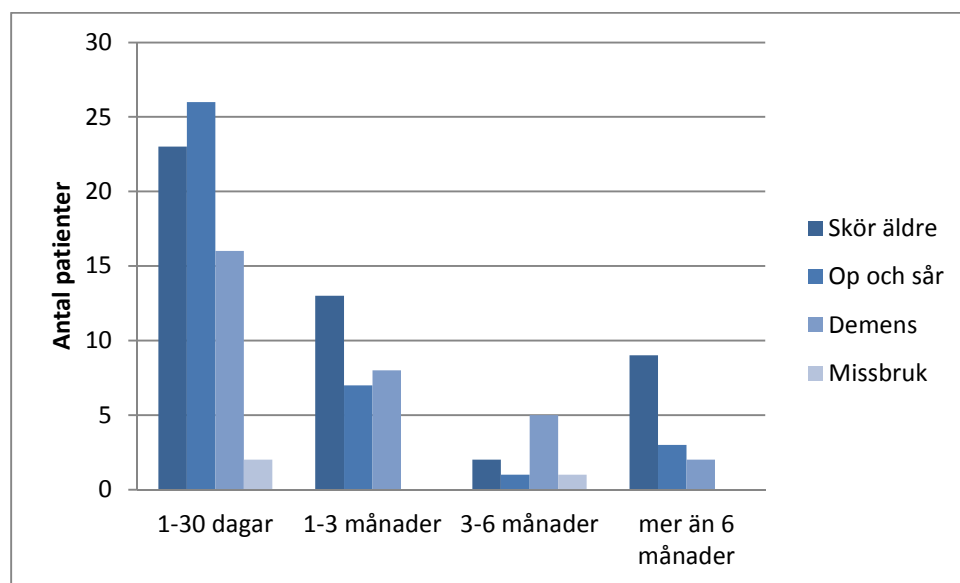
Det fanns skillnader mellan patienter i de olika patientkategorierna när det gällde hur de kom till SVEA. I kategorin *Sköra äldre* hade patienten ofta hänvisats av en kollega på mottagningen, och det var också relativt vanligt att en närstående hade hört av sig. Patienter i kategorin *Omläggning, stöd efter op* hänvisades oftast från sjukhus men i den här gruppen fanns också patienter som själva hade tagit kontakt. Patienter i kategorin *Demens/kognitiv svikt* kom uteslutande via kollegor vid den egna vårdcentralen.

Det fanns också skillnader i var patienten fortsatte sin vård efter tiden hos SVEA. Patienter i *Sköra äldre* skrevs ofta in i hemsjukvården, medan de i *Omläggning, stöd efter op* och *Demens/kognitiv svikt* oftast fortsatte sin vård på mottagningen. Samtliga patienter som behövde sjukhusvård, ASIH, flyttade till särskilt boende eller avled kom från kategorierna *Sköra äldre* eller *Missbruksproblematik*.

Tid hos SVEA-teamet

Patienternas tid hos SVEA var olika lång. För det flesta (nästan 60%) räckte det med 30 dagar eller kortare (30% inom 7 dagar). För resten av patienterna blev tiden hos SVEA mer långvarig. Om patienten inte hade behov av mer frekventa kontakter var inskrivning i hemsjukvården inte aktuell och patienten fortsatte istället hos SVEA. Ibland blev kontakttiden längre eftersom SVEA-teamet bedömde att en patient behövde bevakas för att se hur patientens situation utvecklade sig. För vissa patienter varvades lugna perioder med tätare kontakter, medan andra patienter återhämtade sig och bedömdes som färdiga hos SVEA. Totalt var 57% av patienterna hos SVEA i 1-30 dagar, 29% i 1-3 månader, 3% i 3-6 månader och 12% i över 6 månader.

En granskning gjordes av hur länge patienter i de fyra identifierade patientkategorierna var hos SVEA. Det visade sig att det fanns kortare och längre tider hos SVEA i alla fyra patientkategorier, se Figur 7. Det var dock vanligare att patienter i kategorin *Sköra äldre* hade kontakttider över 30 dagar (ca 50%) och många av patienterna hade längre kontakttid än 6 månader (knappt 20%). I kategorien *Omläggning, stöd efter op* hade färre patienter en kontakttid på över 30 dagar (30%) och kontakttider över 6 månader var ovanliga (8%). I kategorin *Demens/kognitiv svikt* hade cirka hälften en kontakttid på över 30 dagar, men många hade endast kontakt under upp till 7 dagar (42%) och tider över 6 månader var ovanliga (6%).



Figur 7. Visar hur många patienter i de 4 patientkategorierna som var hos SVEA-teamet upp till 1 månad, mellan 1-3 månader, 3-6 månader eller längre än 6 månader.

Jämförelse med andra urval av patienter

Patienter under 75 år

År 2016 lanserades ett nytt uppdrag för vårdcentralerna i Stockholm läns landsting, att etablera så kallade "Äldremottagningar". Äldremottagningarna ska erbjuda patienter som är 75 år och äldre enklare kontaktvägar och ökad tillgänglighet till vård på vårdcentralen. Omställningen stimuleras genom särskild ekonomisk ersättning till vårdcentraler som uppfyller de kriterier som ställts (HSF 2016b). Eftersom en relativt stor del av de patienter som kom till SVEA var under 75 år (45 patienter, 38%) gjordes en separat analys av dessa patienter.

Fördelningen av patienter under 75 år i de fyra patientkategorierna visade att 22 personer (49%) tillhörde patientkategorin *Omläggning, stöd efter op*, 12 personer (27%) tillhörde *Demens/kognitiv svikt*, 8 (18%) tillhörde *Sköra äldre* och 3 (7%) tillhörde kategorin *Missbruksproblematik*.

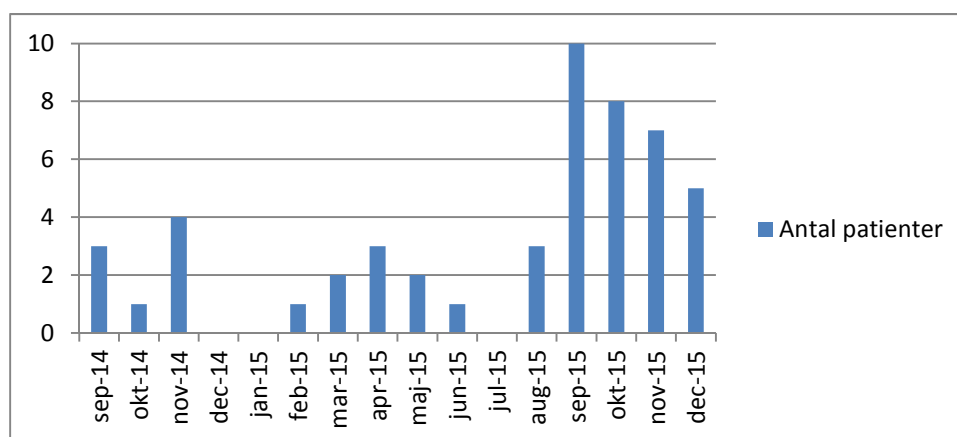
Om SVEA-teamet endast hade tagit emot patienter som var 75 år eller äldre hade 60% av patienterna i kategorin *Omläggning, stöd efter op* inte tagits emot. För övriga patientkategorier gällde att knappt 40% i kategorin *Demens/kognitiv svikt* inte tagits emot, 17% i kategorin *Sköra äldre* och i kategorin *Missbruksproblematik* hade ingen patient tagits emot.

Den totala genomsnittstiden hos SVEA var kortare bland patienter under 75 år, 47 dagar jämfört med 58 dagar för hela gruppen (alla åldrar). Det fanns dock patienter under 75 år som behövde längre kontakttider hos SVEA. Andelar patienter som var hos SVEA mellan 1-3 månader, 3-6 månader respektive över 6 månader var desamma som bland patienter i hela gruppen (alla åldrar).

Pågående patienter vid årsskiftet 31 december 2015

Vid årsskiftet när insamlingen av patientdokumentation avbröts fanns 50 patienter som var "pågående" hos SVEA-teamet. Genom att beskriva dessa patienter erhålls en tvärsnittsbild av patienter som var aktuella vid en bestämd tidpunkt, i det här fallet vid årsskiftet 2015-16. Det fanns både likheter och olikheter i den här gruppen jämfört med de 118 patienter som avslutats mellan april och december 2015. Andelen kvinnor bland de pågående patienterna var likvärdig (64% respektive 62%), medan medelåldern var något högre (79 år jämfört med 77 år) och andelen personer under 75 år var lägre (28% jämfört med 38%).

Många patienter bland de pågående hade varit lång tid hos SVEA. Det var 40% av dem som varit hos SVEA i över 6 månader och åtta patienter hade varit hos SVEA i över 1 år, se Figur 8. Andelen patienter i två av patientkategorierna skiljde sig stort från gruppen på 118 patienter – det var fler i kategorin *Sköra äldre* (56% jämfört med 40%) medan det var färre i kategorin *Omläggning, stöd efter op* (18% jämfört med 31%). Andelen patienter i de övriga kategorierna skiljde sig inte i någon större utsträckning från den stora gruppen.



Figur 8. Visar när patienter som var pågående 31 december 2015 första gången kom till SVEA-teamet.

Karaktäristika för "SVEA-patienter"

Det kan vara svårt att i ord beskriva vem som är en "SVEA-patient". När det gällde kollegorna på vårdcentralen gavs inga särskilda kriterier utan de fick vida ramar för vilka patienter som de kunde hänvisa till SVEA. När andra personalgrupper involveras och uppmanas att hänvisa patienter till SVEA, exempelvis hemtjänstpersonal, kan det vara bra att tydligare kunna beskriva vilka personer/patienter som SVEA-teamet tar emot.

Nedanstående kriterier diskuterades fram i arbetsgruppen, några kriterier är mer diffusa (i början av listan) medan andra är tydligare och lättare att känna igen (i slutet av listan):

- Personer som inte hör av sig själva, uteblir från besök.
- Personer som har många besök på vårdcentralen av oklar anledning, kanske söker vård ofta för småkrämpor.
- "Något är fel"-känsla, personal känner att något inte riktigt fungerar hemma, det kan vara stökigt, att personen inte äter, virrar bort sig, är smutsig med mera.
- Osäker hemsituation, socialt, psykiskt.
- Personer med fallrisk.
- Osäker läkemedelshantering, problem med medicinering.
- Patienter som får behandling men det fungerar inte.
- Patienter med misstänkt demens som kommer för en demensutredning, de kan ofta behöva andra utredningar i samband med demensutredningen.
- Patienter i behov av tillfällig utökad omvårdnad såsom omläggning av sår efter operation, KAD-skötsel med mera. Vid mer långvariga behov och tätare kontakter gäller inskrivning i hemsjukvården.
- Äldre som skrivits ut från sjukhus men fortfarande har symtom och behöver vård, också yngre multisjuka.

Aktiviteter för att sprida kännedom om den nya resursen SVEA

En viktig uppgift för arbetsgruppen var att informera om den nya resursen SVEA och berätta att de tog emot sköra personer listade vid vårdcentralen. Professionella kunde hänvisa patienter till SVEA. Det fanns också möjlighet för sköra personer och deras närstående att själva ta kontakt.

Information till kollegor på vårdcentralen

Framförallt satsade arbetsgruppen på information vid den egna vårdcentralen. Innan SVEA-teamet startade sin verksamhet informerades kollegorna om tidpunkten för starten och vad organisationsförändringen syftade till. Kollegorna uppmanades att hänvisa till SVEA när de träffade en patient som de upplevde behövde extra stöd. Kriterierna var vida och det fanns inte någon undre åldersgräns för vilka patienter som kunde hänvisas.

Som ett led i förankringen genomförde vårdcentralen tidig höst 2014 ett seminarium med några av vårdcentralens läkare och sjuksköterskor. Information om SVEA gavs vid upprepade tillfällen vid personalens APT. Två enkäter om SVEA-teamet och dess arbete genomfördes, en i november 2014 och i november 2015. Enkäterna var i första hand avsedda att samla in kollegornas synpunkter på SVEA-teamet, men enkäterna och den efterföljande presentationen av resultatet sågs också som ett sätt att hålla igång samtalet om SVEA-teamet.

Information till aktörer i kommunen

Distriktssköterskorna i SVEA-teamet hade en redan upparbetad kontakt med de närliggande hemtjänstanordnarna i form av gemensamma möten. Vid ett par tillfällen informerade distriktssköterskorna om SVEA-teamet vid dessa gemensamma möten och uppmanade personalen vid hemtjänsten att kontakta SVEA om de hade äldre kunder som hade behov av extra stöd från sjukvården. Kontakt togs också med nyckelpersoner inom kommunens äldre enhet, bland annat äldrevägledaren vid Capio Geriatrik Nacka och kommunens demenssjuksköterska.

Information till äldre och närstående

Vid Boo vårdcentral fanns en veterangrupp som träffades regelbundet och information om SVEA lämnades vid en av gruppens träffar.

Informationsbroschyr

En informationsbroschyr om SVEA-teamet togs fram för att delas ut till patienter och till professionella externa aktörer som skulle kunna hänvisa personer till SVEA. Här fanns kortfattad information om vilka som arbetade i SVEA-teamet, vad de kunde hjälpa till med och hur man fick kontakt med dem. Konsultföretaget Health Navigator bistod i framtagandet av broschyren.

SVEA och övriga delar av vårdcentralen

Hemsjukvården underbemannad

Ett utvecklingsarbete inom en befintlig organisation påverkas förstås av hur situationen ser ut inom den övriga verksamheten. Under större delen av den tid som Nestor följde utvecklingsarbetet i SVEA-teamet var hemsjukvården vid vårdcentralen underbemannad. Dels hade en planerad utökning av läkartimmar inom hemsjukvården inte kunnat tillgodoses. Dels var det svårt att rekrytera sjuksköterskevikarier med den kompetens som krävs för att kunna arbeta självständigt i hemsjukvård. Följden blev att läkaren arbetade mestadels i hemsjukvården och inte hade tid att delta i SVEA-teamet på det sätt som var planerat. Också distriktssköterskornas arbete påverkades, de gick in och stöttade hemsjukvården med olika insatser. De skötte oftast inskrivningen i hemsjukvården för SVEA-patienter och gjorde även ibland hembesök hos patienterna en tid efter inskrivning. De hjälpte till med förskrivning av recept till hemsjukvårdspatienter eftersom inte alla sjuksköterskor i hemsjukvården hade förskrivningsrätt. SVEA-teamet stöttade också hemsjukvården genom att besvara telefonsamtal som har beskrivits i förra avsnittet.

Kollegornas syn på SVEA-teamet

Övrig personal vid vårdcentralen svarade på en enkät om SVEA-teamet vid två tillfällen, i november 2014, då teamet varit igång drygt 2 månader, samt i november 2015. Första året var det 31 personer som besvarade enkäten och året därpå var det 33. Det ger en svarsfrekvens på cirka 45% vid båda tillfällena. Samtliga personalkategorier var representerade båda gångerna.

Enkäterna visade att personalgruppen var positivt inställd till den nya resursen, mycket få var negativa (1 person första året och 3 personer andra året). Första året svarade knappt hälften att de trodde att de skulle bli avlastade i sitt arbete genom att kunna hänvisa patienter till SVEA-teamet och en fjärdedel svarade att de redan hade hänvisat patienter. Ett år senare svarade knappt hälften att de hade blivit avlastade och att de hade hänvisat patienter.

Personalgruppen var också relativt samstämmig om vilka patienter som de ansåg skulle hänvisas till resursen. I en lista med olika förslag fick följande alternativ högst svarsfrekvens vid båda enkättillfällena: 1) patienter som söker vårdcentralen ofta, 2) patienter som har dåligt socialt nätverk och 3) patienter som har fortsatt vårdbehov efter sjukhusvistelse.

Det visade sig i enkäten år 2015 att personalgruppen hade behov av ytterligare information om SVEA-teamet. Många kände till att SVEA-teamet hade initierats av verksamhetschefen och att teamet också tog emot patienter under 65 år. Däremot trodde nästan hälften att SVEA-teamet var en undergrupp till hemsjukvården vilket inte stämmer, cirka en tredjedel var osäkra på vilka patienter som de kunde hänvisa till SVEA och drygt hälften var osäkra på vilka arbetsuppgifter SVEA-teamet utförde.

Statistik över vårdutnyttjande

En viktig del i utvecklingsarbetet var att undersöka möjligheten att hitta och använda mätmetoder för att kunna följa upp om inrättandet av den nya resursen SVEA hade någon påverkan på patienternas vårdutnyttjande. En förhoppning fanns att med förstärkt primärvård skulle behovet av sjukhusvård minska. Helst skulle uppgifter över SVEA-patienternas användning av vård under perioden analyserats. Det visade sig dock att en sådan kvalitetsuppföljning inte kunde genomföras eftersom det inte var möjligt att ta ut data separat för den utvalda gruppen. Alternativet som återstod var att använda data över hela patientgruppen äldre som var listade vid Boo vårdcentral. Eftersom SVEA-teamet endast hade träffat en liten andel av de listade patienterna över 65 år (cirka 7%) fanns en osäkerhet om huruvida en eventuell påverkan på SVEA-patienternas vårdutnyttjande skulle ge något utslag i statistiken för hela gruppen patienter 65+.

Utvecklingsavdelningen vid Enheten för analys och utvärdering, HSF, bistod med statistik över vårdutnyttjande bland samtliga patienter 65 år eller äldre listade vid Boo vårdcentral. Nedanstående uppgifter har analyserats och data gäller för perioden januari 2014 till december 2015.

- antal akutbesök per månad
- antal akutbesök per månad som inte ledde till inskrivning
- antal inskrivningstillfällen per månad
- antal återinskrivningar inom 30 dagar per månad
- vilken veckodag patienterna besöker akuten
- vilken tid på dygnet patienterna besöker akuten

Akutbesöken innefattar besök på akutsjukhusens akutmottagningar inom länet inklusive psykiatrisk mottagning där det finns, lätt- och närakuter ingår inte. Inskrivningstillfällen innefattar inskrivningar på alla inrättningar såsom geriatrik, akutsjukhus och slutenvård. Här ingår även när en överflyttning skett från en vårdgivare till en annan under samma vårdperiod.

Ingen effekt kunde ses i den övergripande statistiken över vårdutnyttjande

Sammanfattningsvis kan sägas att det, i den tillgängliga statistiken, inte gick att se någon påverkan på användandet av sjukhusvård under den studerade perioden. Statistiken kan ändå ge intressant information och delar av materialet presenteras på följande sidor. Först kort information om äldre patienter listade vid Boo vårdcentral.

Bakgrundsinformation – äldre patienter listade vid Boo vårdcentral

Data från Boo vårdcentralens egen statistik över listade patienter visade att den 1 januari 2015 fanns 3 345 patienter 65 år och äldre, antalet patienter i åldern 65-74 år var nästan dubbelt så

många som antalet patienter som var 75+ år. Ett år senare hade antalet listade patienter 65+ ökat med 5% (163 personer), se Tabell 3.

Under en tremånaders period gjorde dessa äldre patienter 3 382 läkarbesök vid vårdcentralen (okt-dec 2014) vilket motsvarade 1,00 besök per listad patient. Ett år senare hade totala antalet besök ökat med 5% medan antal läkarbesök per person var relativt oförändrat.

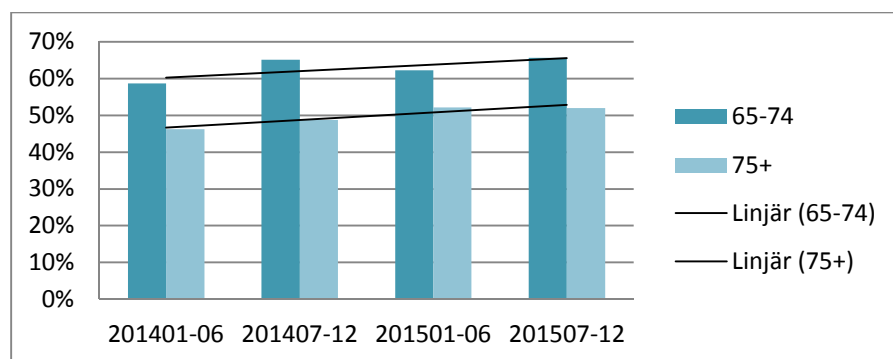
Tabell 3. Antal listade patienter vid Boo vårdcentral i olika åldersgrupper av äldre, dels 1 januari 2015 och dels ett år senare.

Åldersgrupp	Antal listade patienter 1 jan 2015	Antal listade patienter 1 jan 2016	Ökning i procent
Alla 65+ år	3 345	3 508	5%
65-74 år	2 152	2 239	4%
75+ år	1 193	1 269	6%

Besök på akuten

Totalt gjorde de äldre 1270 besök på akuten år 2014 och 1370 besök år 2015. En ökning sågs i antalet akutbesök per månad, framför allt i gruppen 65-74 år där antalet ökade från 53 per månad (medelvärde för jan-jun14) till 61 per månad (medelvärde för jul-dec15). Gruppen 75+ gjorde något färre akutbesök per månad och ökningen var mindre. Samtidigt ökade antal listade personer över 65 år vid Boo vårdcentral vilket gjorde att antal akutbesök per person i stort sett var oförändrat.

Andelen "onödiga" akutbesök, det vill säga akutbesök som inte ledde till inskrivning, var högre i åldersgruppen 65-74 år jämfört med i gruppen 75+, se Figur 9. Trenden var att andelen "onödiga" akutbesöken ökade i båda åldersgrupperna, från 59% till 66% bland patienter 65-74 år och 46% till 52% bland patienter 75+.

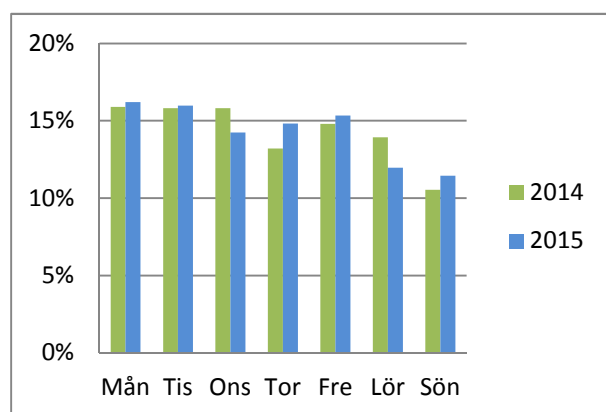


Figur 9. Andel akutbesök som inte ledde till inskrivning.

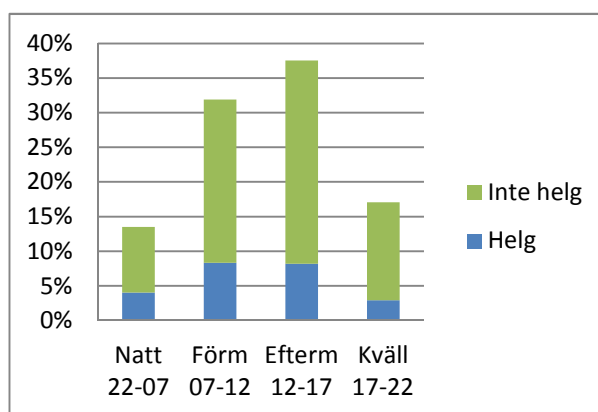
När går patienterna till akuten?

Det var vanligare att patienterna sökte sig till akuten i början av veckan, Figur 10. Samma mönster sågs de båda undersökta åren. Andelen besök på en helg var ungefär densamma de båda åren, 24% under 2014 och 23% under 2015.

Sammanlagt 70% av alla akutbesök gjordes på dagtid (kl. 07-17), Figur 11. Av dessa besök var en del besök gjorda på helgdagar, när vårdcentralen är stängd. Totalt var det 53% av besöken som gjordes under tider då vårdcentralen var öppen.



Figur 10. Visar vilken veckodag patienterna sökte sig till akuten år 2014 respektive år 2015.



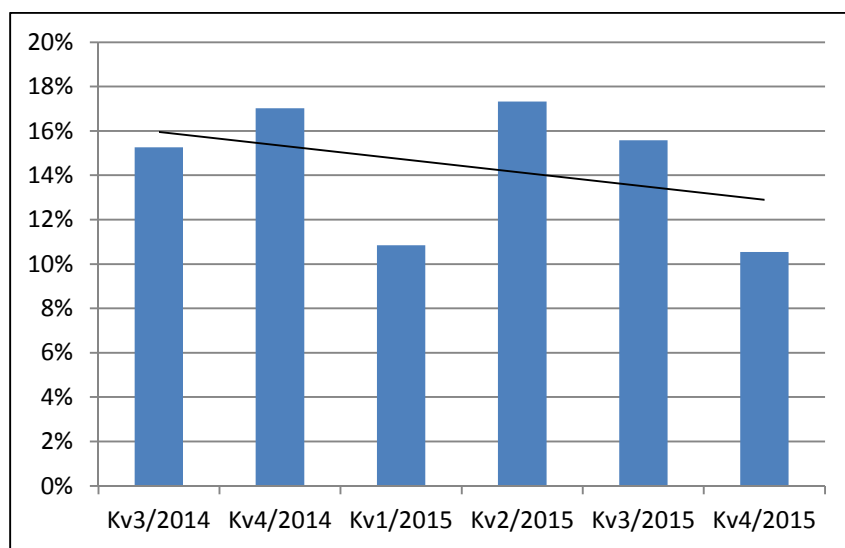
Figur 11. Visar vilken tid på dygnet som patienterna sökte sig till akuten, gäller för år 2015.

Oplanerade återinskrivningar

Antal oplanerade återinskrivningar inom 1-30 dagar beräknades som ett medelvärde per månad under en 6-månadersperiod. Antalet varierade mellan 4,5 och 6,3 per månad i gruppen 65-74 år och mellan 7,8 och 9,0 per månad i gruppen 75+.

Antal återinskrivningar inom 30 dagar behöver ställas i relation till hur många patienter som skrivits ut från sjukhuset. Den här uppgiften saknades dock i underlaget. Vad som fanns var data som visade antal inskrivningstillfällen och återinskrivningarna relaterades till den uppgiften istället. Andelen återinskrivningar varierade kring 10% i gruppen 65-74 år och kring 13-15% i gruppen 75+. Med den här beräkningen sågs en ökning för andel återinskrivningarna i den yngre gruppen och en minskning i den äldre gruppen. Eftersom överflyttningar mellan vårdgivare ingår i statistiken för inskrivningstillfällen blir den procentuella andelen återinskrivningar lägre än vad som brukar anges. Enligt konsultföretaget Health Navigator, som istället beräknar hur stor andel av alla utskrivningar som resulterar i en återinskrivning varierade återinskrivningarna kring 11-13% i gruppen 65-74 år och kring 14-19% i gruppen 75+.

Health Navigator har på uppdrag av HSF tagit fram så kallade samverkansmått. Samverkansmåttarna bygger på vårdstatistik för patienter 65 år och äldre och tas fram kvartalsvis för alla vårdcentraler i Stockholms län. Målet med samverkansmåttarna är att de ska ge en bild av hur sammanhållen vården är för patienter listade vid en vårdcentral. Man trycker på att måttarna är gemensamma och visar på hur väl samverkan mellan flera verksamheter fungerar samt att alla mått bör tolkas tillsammans. Samverkansmåttarna tas fram kvartalsvis sedan tredje kvartalet 2014. Figur 12 visar samverkansmättet ”andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar” för Boo vårdcentral. Enligt denna analys minskade andelen oplanerade återinskrivningar.



Figur 12. Andel oplanerade återinskrivningar inom 30 dagar, beräknat per kvartal för patienter 65+ listade vid Boo vårdcentral (Samverkansmått, HSF/Health Navigator).

Bland övriga samverkansmått sågs positiva förändringar för måtten ”Antal slutenvårdsdygn per 1 000 listade” (minskade) och ”Andel oplanerade vårdtillfällen som följs upp i primärvården inom sju dagar” (ökade). Negativa förändringar såg i samverkansmåttarna ”Andel undvikbara slutenvårdstillfällen” (ökade) och ”Andel akutbesök som inte lett till inläggning” (ökade, det vill säga samma resultat som i vår egen analys).

Diskussion

Att förändra primärvårdens organisation för att bättre möta sköra personers behov av vård är angeläget. Boo vårdcentral startade hösten 2014 ett utvecklingsarbete för att hitta former för ett bättre omhändertagande av sköra patienter. Hittills har arbetet visat att gruppen sköra patienter ser mycket olika ut samt att även personer under 75 år har behov av en snabb vårdkontakt och ett särskilt omhändertagande. Erfarenheter från utvecklingsarbetet kan bidra med användbar information för professionella som bedriver utvecklingsverksamhet i primärvården.

Vård som möter äldre och sköra personers behov – ett prioriterat område

Under regeringens satsning på bättre vård för ”de mest sjuka äldre” fanns det fem prioriterade områden. Ett av dessa områden var ”Sammanhållen vård och omsorg” och det handlade om att försöka förändra vården och omsorgen om äldre och sköra personer för att på ett bättre sätt möta deras behov (Socialdepartementet 2014). Det här området ansågs vara den största och svåraste utmaningen. Initiativet ledde till att flera lokala projekt startades, exempelvis kommunala hemtagningsteam, mobila äldremottagningar och olika former av äldrelotsar. Socialdepartementet sammanfattade att på lokal nivå sågs mätbara effekter på parametrar som undvikbar slutenvård och oplanerade återinläggningar medan effekter på nationell nivå uteblev (Socialdepartementet 2014). Det är inom detta område som SVEA-teamet verkar, att hitta nya former för vården för att möta äldre och sköra personers behov.

Äldremottagningar i Stockholm

Vårdcentralernas arbete styrs till stor del av den ersättning de får. Från och med i år (2016) pågår ett försök att göra primärvården i Stockholms län mer tillgänglig för sköra personer. En särskild ersättning kommer att ges till vårdcentraler som organiserar en ”Äldremottagning” (HSF 2016b). Kriterier finns uppställda för vad vårdcentralen ska tillhandahålla för att få kalla sig Äldremottagning. Det ska finnas en direkttelefon med telefonrådgivning och tidsbokning, kontakt med mottagningen ska erbjudas samma dag eller dagen efter, längre tid ska avsättas för besök, vidare ska en fast vårdkontakt erbjudas och ett informationsbrev om Äldremottagningen ska skickas ut till målgruppen. För att ringa in den målgrupp som ska få tillgång till Äldremottagningens tjänster har man valt en åldersgräns på 75 år. Valet kan tänkas utgå ifrån att det är lätt att skilja ut vilka som ingår i målgruppen och att det ofta är äldre personer som har ett ökat behov av vård i kombination med svårigheter att kontakta vården.

Delar av det en Äldremottagning ska erbjuda har SVEA-teamet tillhandahållit, till exempel snabb kontakt, snabb tid för besök, längre tid för besöket och direkttelefon. En viktig skillnad har varit angreppssättet för att identifiera vilka patienter som behövde komma till teamet. Ingen åldersgräns har tillämpats, istället har patienterna framför allt kommit via kollegor vid den egna vårdcentralen och deras bedömning att patienten behövde ett mer omfattande omhändertagande. En annan grupp patienter kom till SVEA via personal på sjukhus som kontaktat vårdcentralen vid utskrivning av patienter, och ytterligare en grupp har varit personer som behövt en minnesutredning. Till viss del har även patienterna själva och deras

närstående tagit kontakt. Urvalet av patienter har således utgått från identifierade behov och inte från ålder.

Förutsättningar avgör hur vårdcentralen organiserar en resurs som SVEA

Varje vårdcentral har sina speciella förutsättningar som påverkar hur arbetet organiseras och därmed vilka patienter som kommer till en resurs som SVEA-teamet. Vi fann att patienterna som kom till SVEA kunde beskrivas i fyra olika patientkategorier, tre större och en mindre.

Den största gruppen utgjordes av patienter som vi valde att kalla ”sköra äldre”. Den här kategorin är svår att beskriva på ett enhetligt sätt. Listan över vad som gjorde att dessa patienter kom till SVEA är lång och signalerna var av mycket skiftande karaktär (se avsnitt Typ av signaler som gjorde att patienten hänvisades). SVEA-teamet diskuterade fram en egen lista för att beskriva vem som är en SVEA-patient. Samma mönster kan ses där, det finns konkreta faktorer men också flera ”luddiga” faktorer som inte går att avläsa direkt utan kräver någon form av professionell bedömning (se avsnitt Karaktäristika för ”SVEA-patienter”). Att gruppen sköra patienter är heterogen finns bekräftat i många studier (exempelvis Äldrecentrum 2014).

En annan stor grupp som kom till SVEA var personer med misstänkt eller konstaterad kognitiv svikt (kategori ”demens/kognitiv svikt”). På Boo vårdcentral gjordes de flesta demensutredningar av de två distriktssköterskor som arbetade i SVEA-teamet. Det här gjorde att personer som behövde en minnesutredning kom till SVEA. Även om många av dessa personer inte var uttalat sköra för tillfället så kan personer med kognitiv svikt ändå ses som en skör grupp. De flesta kommer att försämrats i sin svikt och därför är det viktigt att etablera en nära kontakt för eventuella framtida behov. Distriktssköterskorna kunde också vid minnesutredningen vara lyhörda och vid behov initiera andra typer av bedömningar, ge omvårdnad, stöd och hjälp. Det fanns patienter i den här gruppen som hade långvarig kontakt med SVEA-teamet. Vårdcentralen hade redan ett inarbetat system för patienter med kognitiv svikt, patienterna kallades årligen för besök och de hade ett direktnummer till vårdcentralen. För de flesta av patienterna blev inte vården annorlunda i och med att SVEA inrättades, här handlade det främst om en organisationsförändring vid vårdcentralen. För patienter som behövde utökat stöd blev det ett sätt att identifiera behovet och kunna ge stöd inom ramen för SVEA.

Ett behov som fanns vid vårdcentralen var att renodla hemsjukvårdens arbetsgruppgifter. Hittills hade det varit hemsjukvården som på kort varsel hade gjort hembesök hos listade patienter som inte uppfyllde kriterierna för en hemsjukvårdspatient men som hade svårt att ta sig till vårdcentralen. Arbetssituationen upplevdes som splittrad av sjuksköterskorna i hemsjukvården och uppgiften att göra dessa hembesök övertogs av SVEA-teamet. Det resulterade i att en annan stor grupp hos SVEA var patienter som efter en operation hade svårt att ta sig till vårdcentralen och behövde hjälp i hemmet med omläggningar, suturtagningar, kateterskötsel och liknande (kategori ”Omläggning, stöd efter op”). Patienterna i den här kategorin var ofta yngre och många av dem behövde en kortvarig hjälp i

hemmet ett par tillfällen, för att sedan återgå till den ordinarie mottagningen vid behov av vård. Alla i den här kategorin kunde dock inte återgå till mottagningen, en del behövde ytterligare bedömningar och stöd och de hade långvarig kontakt med SVEA-teamet. På så sätt blev det här ytterligare ett sätt att identifiera sköra personer med behov av utökad vård.

Bland de patienter som kom till SVEA fanns också en liten grupp med patienter som hade missbruksproblematik. Samtliga patienter var svårt sjuka, hade komplicerad sjukdomsbild och de var alla under 75 år. Här fyllde SVEA-teamet en funktion. Det var en fördel att kunna vara flexibel med tider och besök när kontakt skulle etableras och patientens behov skulle ringas in.

Vem är skör och i behov av utökad vård och omsorg?

Under utvecklingsarbetet diskuterade vi ofta om de personer som verkligen behövde extra stöd hittades och kom till SVEA. Vi försökte få en uppfattning av hur många personer det kunde röra sig om och utgick då från de definitioner äldre multisjuka eller de mest sjuka äldre som anges från myndighet och vårdorganisationer.

”Äldre multisjuka” har definierats som personer i ordinärt boende som är 75 år eller äldre, har minst 3 sjukhusinläggningar under 12 månader samt diagnoser från minst 3 diagnosgrupper, antal individer beräknas utgöra 2% av befolkningen (SKL 2012). Målgruppen för ”de mest sjuka äldre” definierades som personer 65 år eller äldre med omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom, uppskattningsvis inkluderar det 19% av befolkningen över 65 år, och ungefär en tredjedel av dem bor på särskilt boende (Socialdepartementet 2014).

Statistik framtagen av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) i Stockholms läns landsting visade att under år 2013 stod 10% av invånarna över 65 år för 87% av alla vård dagar inom länet (seminarium med Health Navigator).

Om de andelar som anges ovan tillämpas för listade patienter vid Boo vårdcentral får vi en grov uppskattning av hur många personer som troligen är i behov av utökad vård och omsorg. Det skulle innebära att 24 personer 75 år och äldre är ”multisjuka äldre”, att cirka 430 personer 65 år och äldre är ”de mest sjuka äldre” (räknat på 12% eftersom en tredjedel av ”de mest sjuka äldre” bor på särskilt boende) och att 350 personer 65 år och äldre står för 10% av vård dagarna. Med tanke på att det fanns cirka 200 personer inskrivna vid hemsjukvården vid Boo vårdcentral där säkert flertalet av de multisjuka äldre och ”de mest sjuka äldre” redan fick regelbunden vård kan det antas att det var fullt rimligt att SVEA hade kapacitet att ta hand om ”äldre multisjuka”/”mest sjuka äldre” med behov av förstärkt primärvård.

Vi valde att tala om *sköra äldre* istället för *de mest sjuka äldre* eller *de multisjuka äldre*. Sköra äldre är ett vidare begrepp, det finns ingen fast definition men begreppet innefattar egenskaper som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet (Wilhelmson m.fl 2012). Det förknippas med en hög risk för att drabbas av funktionsnedsättning, institutionalisering och död (Larsen m.fl.

2013, Fried m.fl. 2001). SBU definierade en sköra äldre som en person med hög biologisk ålder, minskade fysiologiska reserver och ökad sårbarhet i samband med akut sjukdom eller när det sociala nätverket av anhöriga och vänner faller sönder (SBU 2013). Begreppet passade bättre för patienterna hos SVEA eftersom det utgår från en bedömning av en persons tillstånd snarare än från antal vårdtillfällen, diagnoser eller antal omsorgstimmar.

Metoder för att hitta de sköra äldre

Behovet av vård hos individer är stort medan samhällets resurser är begränsade. Det är inte konstigt att det finns en vilja att kunna sortera ut de personer som har störst behov och erbjuda dem ett utökat omhändertagande i vården. Ett sätt som provats är registergranskning (slutenvårdsregister, primärvårdens journaler) och kriterier som bygger på att de patienter som väljs ut ska ha ett visst antal sjukhusinläggningar och antal diagnoser. Det har dock visat sig att med sådana metoder är risken stor att många personer som identifieras inte har något behov av utökad vård samtidigt som personer med stora behov av vård och omsorg missas. I flera projekt som ingick i arbetet med bättre vård för ”de mest sjuka äldre” ändrades strategin från att använda sig av registergranskning till att använda sig av personalens kännedom eller genom att patienten eller närstående tog kontakt (Äldrecentrum 2014). I ett utvecklingsprojekt som Nestor varit inblandad i, äldrelots vid Nynäshamns geriatriska klinik, kontaktades samtliga utskrivna patienter efter hemgång eftersom det var svårt att på förhand avgöra vem som hade behov av hjälp efter hemkomsten (Petersson 2015).

Det finns exempel på bedömningsmallar och screeningsinstrument som används inom sjukhusvården för att identifiera patienter med utökade behov. I Mölndal testades ett instrument för screening av patienter som kom till akutmottagningen. Syftet var att hitta sköra personer som antogs löpa ökad risk för hög vårdkonsumtion (Wilhelmson m.fl. 2012). I instrumentet ställdes fem frågor till patienten om bland annat nedsatt ork, allmän trötthet och antal akutbesök, se faktaruta nedan. Personer som bedömdes som sköra anslöts till ett särskilt program och erhöll geriatrisk bedömning. Det angavs att bland patienter som var 80 år eller äldre var 80% sköra enligt instrumentet och bland personer 70-79 år var 60% sköra (Wilhelmson m.fl. 2012). I Stockholm har hälso- och sjukvårdsförvaltningen tagit fram en bedömningsmall som är tänkt att användas för bedömning om en patient behöver förstärkt utskrivning och förstärkt mottagande efter utskrivning från sjukhus. Den här mallen består av sju frågor som vårdgivaren besvarar, se faktaruta. Frågorna handlar om patientens behov av ökad vård eller omsorg efter sjukhusvistelse, tidigare akutvård, problem med bostad, läkemedel och kognitiv förmåga. Dessutom kan vårdpersonalen göra en egen bedömning av behovet. Inga uppgifter finns om hur stor andel av patienter vid exempelvis en medicinavdelning som skulle vara i behov av förstärkt utskrivning enligt bedömningsmallen. De flesta patienter på geriatrisk avdelning har troligen behov av förstärkt utskrivning (muntlig kommunikation med HSF).

<i>Frågemall Mölndal:</i> • Nedsatt ork (blir slut av en kort promenad på ca 15-20 min). • Allmän trötthet de senaste tre månaderna. • Ramlar ofta/tror att man kommer att ramla. • Behöver hjälp att göra sina inköp (ta sig till affären, plocka varor, betala, bära hem). • Sökt akutmottagning >3 gånger de senaste 12 månaderna. Avsedd att användas när äldre personer kommer till akutmottagningen. <i>Om minst två Ja går patienten vidare i programmet "sammanhållen vårdprocess för sköra äldre" för geriatrisk bedömning av vård- och omsorgsbehov.</i>	<i>Frågemall Stockholm, HSF:</i> • Har patienten haft minst en akut vårdkontakt de senaste 30 dagarna (slutenvård, akutbesök)? • Har patienten sannolikt ett nytt eller utökat behov av vård i primärvården eller inom ASIH? • Har patienten sannolikt ett nytt eller utökat behov av kommunal omsorg? • Är patienten bostadslös eller i behov av bostadsanpassning? • Är patienten kognitivt sviktande? • Behöver patienten hjälp med att administrera sina läkemedel (inkl patienter med dosdispenserade läkemedel)? • Bedömer du (vårdgivaren), utöver ovanstående frågor, att patienten är i behov av förstärkt utskrivning? Avsedd att användas vid inskrivning på sjukhusavdelning. <i>Om minst ett Ja används rutiner för förstärkt utskrivning.</i>
--	--

Så gjorde SVEA för att hitta patienter

Dokumentationen visade att de sköra patienterna var en heterogen grupp och att det ofta var svårt att veta om en patient som kom till SVEA skulle stanna länge eller om den bara behövde en kortare kontakt. Möjligheten för SVEA-teamet att vara flexibla var en framgångsfaktor. Som nämnts ovan kom de flesta patienter till SVEA främst via tre vägar. Kollegorna på vårdcentralen hänvisade patienter som behövde mer tid för bedömning, och kollegorna hänvisade även patienter som behövde en minnesutredning. För andra patienter initierades kontakten av personal på sjukhusavdelning. Ibland var det patienten själv eller närstående som hörde av sig till SVEA-teamet. Bland patienter som kom för minnesutredning och bland dem som behövde omvårdnad efter sjukhusvård kunde SVEA-teamet identifiera sköra patienter och ge utökad vård.

Kontakter togs också med närliggande hemtjänstgrupper och med kommunens äldrevägledare som var stationerad på den geriatriska kliniken. Det förekom vid ett par tillfällen att en patient hänvisades till SVEA via kommunen men det är något som förväntas kunna öka när arbetssättet blir mer inarbetat.

Diskussioner fördes om att komplettera de metoder som användes för att hitta patienter med registersökning för att se vad det kunde ge. Tanken var att kontakta patienterna och erbjuda ett besök hos SVEA. En idé som diskuterades var att ta fram namn på patienter som besökte vårdcentralens akutmottagning ofta, men det visade sig inte kunna genomföras på ett enkelt sätt i vårdcentralens dokumentationssystem. En annan idé inspirerad av landstinget i Sörmland var att via sjukhusens akutmottagning få tillgång till uppgifter om patienter som besökte akuten utan att det ledde till en inskrivning. Det kunde inte heller genomföras, på grund av sekretess mellan olika huvudmän. Ett sätt som skulle kunna provas i framtiden är att

slutenvården i Stockholm använder den frågemall som beskrivs i ovanstående stycke och att alla patienter som enligt frågemallen är i behov av en förstärkt utskrivning efter utskrivning tas emot av SVEA-teamet som ett led i det förstärkta mottagandet.

Att mäta effekter av organisationsförändringen med statistik – en utmaning

Det fanns redan från början en förhoppning att den nya resursen SVEA skulle kunna hjälpa äldre och sköra patienter vid vårdcentralen och att det skulle leda till minskad användning av sjukhusvård. Vi valde att undersöka utvecklingen hos två parametrar som ofta används som mått när det gäller användning av slutenvård; andel akutbesök som inte leder till inläggning respektive andel återinskrivningar inom 30 dagar.

Att använda vårdstatistik för uppföljning av utvecklingsarbetet i Boo visade sig vara svårt. Den första utmaningen var att få tillgång till data. Vi hade planerat att använda oss av statistik dels för hela gruppen äldre patienter listade vid Boo vårdcentral och dels separat för de patienter som varit hos SVEA. Flera försök gjordes för att få fram sjukvårdsstatistik för dem som träffat SVEA-teamet. Data kunde dock inte tillgängliggöras och vi blev hänvisade till att endast använda oss av uppgifter som gällde för hela gruppen patienter 65 år och äldre. Detta innebar att uppföljningen blev mer osäker. Gruppen 65 år och äldre, listade vid Boo vårdcentral utgjordes av cirka 3 500 personer medan SVEA-teamet träffade 250 personer under uppföljningsperioden och vi var osäkra på om arbetet vid SVEA skulle ge något genomslag i statistiken som gällde för den stora gruppen. Det blev både ett problem för verksamheten själv och för Nestor som verkar som extern processtödjare. Svårigheten att få tillgång till data måste ses som ett generellt problem för utvecklingsprojekt som liksom detta görs i mindre skala, men som är viktiga när nya metoder och modeller ska testas.

En annan svårighet vid användning av statistik, som inte var speciell för just den undersökningen, är att veta vad statistiken visar. Det är ofta en separat insats som studeras och som man vill se resultat av, medan de förändringar som kan ses i statistiken vanligen påverkas av många faktorer. Även om en säker orsak-verkan-koppling saknas kan dock uppföljning med hjälp av statistik tillföra intressanta data och ett resonemang kan föras kring utfallet.

I vår analys kunde vi se att antal akutbesök som de äldre patienterna vid Boo vårdcentral gjorde ökade, men samtidigt ökade antalet listade patienter vilket gjorde att antal besök per patient var oförändrat. Vi tittade också på hur stor del av akutbesöken som inte ledde till inskrivning, det vill säga akutbesök som kan anses som onödiga och där primärvården skulle kunna utgöra ett alternativ för patienten. Här sågs en tydlig ökning under uppföljningsperioden. Det skulle kunna tolkas som att fler patienter från Boo vårdcentral sökte akuten i onödan, men det kan också finnas andra förklaringar, som till exempel att sjukhuset avvisade en större andel patienter eftersom trycket på akutmottagningen ökade under perioden.

Våra analyser över återinskrivningar inom 30 dagar visade en ökande andel i gruppen patienter 65-74 år och en minskning i gruppen 75 år och äldre. Primärvården har en roll att spela här,

deras uppföljning när patienterna kommer hem efter en sjukhusvistelse kan påverka utfallet, men utfallet kan också påverkas av sjukhusets utskrivningsbedömning och -process och hur överlämningen till primärvården sker.

Vi tittade även på de samverkansmått som HSF tar fram för alla vårdcentraler i länet. Måtten kommer att fortsätta publiceras löpande vilket gör dem intressanta för framtida uppföljning. De första måtten publicerades under tredje kvartalet 2014, alltså samtidigt som SVEA startade sin verksamhet. Hade vi vetat att vi inte skulle få fram separata data för SVEA-patienter hade vi kunnat hoppa över alla ansträngningar att göra egna analyser på vårdstatistik och istället endast användas oss av samverkansmåtten. Från hösten 2014 och fram till och med sista kvartalet 2015 sågs en tydlig minskning i samverkansmättet ”återinläggningar inom 30 dagar”. Andra samverkansmått som förändrades åt det positiva hållet för Boo vårdcentral var ”antal slutenvårdsdygn per 1 000 listade” och ”andel oplanerade vårdtillfällen som följs upp i primärvården inom sju dagar”. Det är möjligt att SVEAs arbete hade inverkan på dessa mått.

Vad var rimligt att se i statistiken?

Den statistik vi fick tillgång till visade vårdutnyttjande för hela gruppen listade patienter 65 år och äldre. SVEA-teamet tog emot 250 patienter under de 16 månader som SVEA hade varit igång (samt 10 personer som var under 65 år) medan antal listade äldre var cirka 3 500. Frågan var om det var möjligt att det arbete som bedrivits av SVEA-teamet kunde ge utslag i den övergripande statistiken.

De data vi samlat in visade att under motsvarande 16 månader dokumenterades ”återinskrivningar inom 30 dagar” vid 227 tillfällen. Samtidigt besökte äldre personer från Boo vårdcentral akuten cirka 1 800 tillfällen och vid drygt 1 000 av dessa tillfällen ledde akutbesöket inte till en inskrivning. Vi vet också att patienterna skrevs in på sjukhus vid drygt 1 800 tillfällen (inklusive överflyttningar mellan vårdgivare). Annan statistik över antal inskrivningar från Boo vårdcentral visade att varje individ var inskriven vid genomsnitt 1,6 tillfällen under 1 år (data från Health Navigator). Det skulle i så fall röra sig om cirka 1 125 personer som var inskrivna på sjukhus de 16 månaderna.

Utifrån ovanstående uppgifter kan antas att SVEAs arbete bör ha kunnat påverka andelen återinskrivningar inom 30 dagar medan det var svårare att påverka andelen akutbesök som inte ledde till inskrivning. En fundering är att de personer som går till akuten men inte skrivs in kanske inte är de sköra äldre som kom till SVEA-teamet. Kanske handlar det mer om att många av dessa patienter inte uppfattar vårdcentralen som ett första alternativ när de behöver vård och att det är någon annan insats från vårdcentralens sida som behövs för att ändra deras beteende och välja att inte åka till akuten. Att komma ihåg är också att cirka hälften av akutbesöken gjordes under tider när vårdcentralen var stängd, kvällar och helger, alltså under tider på dygnet då primärvården enligt dagens uppdrag inte har akutvårdsansvar.

Ett långsiktigt utvecklingsarbete

Att organisationsförändring tar tid hade verksamhetschefen redan erfarenhet av. För cirka femton år sedan hade vårdcentralen infört en särskild enhet för hemsjukvården, en förändring som hade tagit cirka fem år innan den var helt genomförd och fungerade på ett självklart sätt. I arbetet med SVEA hade mycket klarnat men utvecklingsarbetet var inte färdigt i och med att Nestor avslutat sitt deltagande, det pågår fortfarande. SVEA-teamet vet mer om vilka patienter som kommer till dem, vad de erbjuder patienterna och hänvisning av patienter från kollegor vid vårdcentralen fungerar bra. De flesta kollegor på vårdcentralen var efter att SVEA funnits i drygt ett år positiva till organisationsförändringen men det fanns en okunskap om vad SVEA-teamet gjorde, vilket visar att SVEA inte var en inarbetad del av vårdcentralens verksamhet.

Att utveckla en ny arbetsmodell inom befintlig organisation har både fördelar och nackdelar. Fördelen är att utvecklingsprocessen och implementeringen är en gemensam process, det kommer inte behövas särskilda aktiviteter för att föra in modellen i verksamheten när modellen upplevs som färdig. Nackdelen är att utvecklingen av modellen kan stoppas upp på grund av omständigheter i organisationen, vilket också skedde i det här arbetet. Utvecklingen av SVEA påverkades mycket av att såväl distriktssköterskorna och den läkare som skulle ingå i teamet stöttade arbetet i hemsjukvården som hade en ansträngd situation under större delen av tiden. Möjligheten att utveckla arbetet fick stryka på foten och stannade ofta vid goda idéer.

Framtida utvecklingsmöjligheter

Under utvecklingsarbetet diskuterade arbetsgruppen många idéer som man trodde skulle öka kvaliteten i arbetet i SVEA men som inte kunde genomföras under den här korta tiden. Här är några förslag som kan vara värdefulla för det framtida arbetet.

Att skriva en vårdplan för samtliga patienter som varit hos SVEA. Hittills hade endast patienter som skrevs in i hemsjukvården fått en vårdplan, det ingick sedan tidigare i arbetssättet vid anslutning till hemsjukvården. För övriga patienter som återgick till den ordinarie mottagningen skrevs inga vårdplaner och det fick till följd att det arbete som gjorts hos SVEA inte fördes vidare på ett tydligt sätt, informationen var inte lätt att hitta i patientens journal. Förslaget var att vårdplanen för patienter som återgick till mottagningen skulle kunna skrivas mycket enklare, att med några rader förklara vad som hänt. Distriktssköterskorna hade stor vana av att skriva mer omfattande vårdplaner men upplevde det svårt att skriva en annan form av vårdplan. Det kan vara svårt att i det löpande arbetet som ofta sker i en hektisk vardag ändra sitt beteende och tänka nytt. Tid skulle behöva avsättas och nya rutiner utarbetas.

Färdigbehandlad patient. När en patient kom till SVEA-teamet hade distriktssköterskorna ett inledande samtal, gjorde bedömningar och behandling, det var en aktiv fas i arbetet. För vissa patienter var det enkelt att avgöra att de kunde återvända till ordinarie mottagningen eller att de behövde mer stöd och skrevs in i hemsjukvården. Patienter som uppfattades som relativt färdigbehandlade men där det kändes lite osäkert hur situationen skulle utveckla sig kunde "läggas på bevakning" en tid, andra patienter som var färdigbehandlade men

uppfattades som sköra skrevs in på en ”ringlista” (se nedan). I samtal med SVEA-teamet framkom att det ofta var svårt att avgöra när en patient kunde anses som färdigbehandlad. Följden blev att patienterna ”blev kvar” hos SVEA fast de egentligen inte behövde vara det. Detta bekräftas också av att många patienter förklarades som färdigbehandlade inför julhelgen och sommarmånaderna då distriktssköterskorna skulle arbeta i hemsjukvården. Distriktssköterskorna efterlyste själva en rutin för bedömning av när en patient är färdigbehandlad.

Ringlistan. Ringlistan skapades för patienter som för tillfället mår bra och klarade sig själva men som uppfattades som sköra och skulle kunna behöva stöd snart igen. Dessa patienter ansågs vara färdigbehandlade men skrevs upp på en ringlista. Tanken var att SVEA-teamet skulle ringa upp regelbundet och fråga hur det var därhemma. Distriktssköterskorna uttryckte att de skulle behöva planera hur de skulle arbeta med ringlistan på ett strukturerat sätt.

Läkemedelsgenomgångar. Läkemedel är en vanlig orsak till att äldre sköra personer mår dåligt. Läkemedel orsakar att äldre personer kommer till akuten (Odar-Cederlöf m.fl 2008, Helden m.fl 2009). Drygt åtta procent av patienter på de medicinska klinikerna i Sverige behöver sjukvård på grund av olämplig eller felaktig läkemedelsbehandling, cirka 60 procent av tillfällena uppskattas kunna förebyggas (Socialstyrelsen 2014). Att genomföra läkemedelsgenomgångar med alla patienter som kommer till SVEA är en viktig uppgift för läkaren i teamet. Genomgångarna behöver göras systematiskt och med kunskap om äldre sköra personers ökade känslighet för effekter av läkemedel.

Att utöka samarbetet med hemtjänstanordnare som finns i närområdet, och med andra nyckelpersoner inom kommunen, för att hitta sköra personer som kan behöva utökad vård. Samverkan med kommunen kan innebära att på ett strukturerat sätt stärka upp och samordna insatser kring en skör äldre som bor hemma. Ett arbete har redan påbörjats med syftet att införa Samordnad individuell plan (SIP) för äldre. Här samarbetar Boo vårdcentral med Nacka kommun och flera vårdcentraler i kommunen.

Involvera patienter. I en utvärdering av ett nytt arbetssätt för att förbättra vården för patienter bör patienterna själva involveras. Initialt hade vi också för avsikt att göra det men det visade sig att det inte rymdes under projektiden. Det enda vi vet är att SVEA-teamet fick mycket uppskattning från patienterna. I fortsättningen av utvecklingsarbetet bör patienternas synpunkter inhämtas. När patienter involveras i kvalitetsarbete inom sjukvården används vanligen enkäter (Gleeson m.fl 2016) och det skulle även kunna användas här. En del av patienterna är dock mycket gamla och sköra och då kan intervjuer vara ett bättre alternativ. Frågorna skulle kunna ställas för att undersöka om vården hos SVEA gör att patienten känner sig trygg och om det uppfattas som lätt att få kontakt med vården. Andra frågor som är intressanta att ställa men som kanske bör riktas till en större grupp äldre vid vårdcentralen är frågor kring i vilka situationer de vänder sig till sjukhusets akutmottagning och vad de skulle behöva för att känna att vårdcentralen skulle vara ett fullgott alternativ.

Referenser

- Börjesson, Ulrika (2014). Everyday knowledge in elder care. An ethnographic study of care work. Jönköping: Jönköping University (Avhandling).
- Edgren, Gustaf, Andersson, Jacqueline, Dolk, Anders, med flera (2016). ”Aktiv hälsostyrning” kan ge utsatta patienter stöd. Ny modell för prevention av oplanerad sjukvård. Läkartidningen, 113, DUEX.
- Fried, Linda P, Tangen, Catherine M, Walston J, med flera (2001). Frailty in older adults: Evidence for a Phenotype. Journal of Gerontology: Medical Sciences, 56A(3), M146-56.
- Gleeson, Helen, Calderon, Ana, Swami, Viren, med flera (2016). Systematic review of approaches to using patient experience data for quality improvement in healthcare settings. BMJ Open 6:e011907.
- Gurner, U & Thorslund, M (2011). Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre. Stockholm: Natur och Kultur
- Helldén A, Bergman U, von Euler M, med flera (2009). Adverse drug reactions and impaired renal function in elderly patients admitted to the emergency department: a retrospective study. Drugs Aging 26(7):595-606.
- HSF, SLL, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting (2016a). Sammanhållen Vård genom Enhetliga Arbetssätt (SVEA). Tillgänglig: <http://www.vardgivarguiden.se/utbildningutveckling/framtidsplanen/omraden/sammanh-llen-vard/> 2016-07-11.
- HSF, SLL, Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, Stockholms läns landsting (2016b). Information om målrelaterad ersättning för Husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2016. Tillgänglig: www.vardgivarguiden.se/avtalsuppdrag 2016-07-11.
- Krohwinkel Karlsson, Anna & Winberg, Hans (2012). På väg mot en värdefull styrning. Ersättningssystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre. Stockholm: Stiftelsen Leading Health Care.
- Larsen, Teresa, Falk, Hanna & Bångsbo, Angela (2013). Onödig slutenvård av sköra äldre. En kunskapsöversikt. Rapport 3:2013. Göteborg: FoU i Väst/GR.
- Odar-Cederlöf I, Oskarsson P, Öhlén G, med flera (2008). Läkemedelsbiverkan som orsak till inläggning på sjukhus. Läkartidningen 105(12-13):890-3.
- Petersson, Sune (2015). Äldrelots Nynäshamns Geriatrik. Haninge: Nestor FoU-center.
- Smith, Elizabeth A (2001). The role of tacit and explicit knowledge in the workplace. Journal of Knowledge Management, 5(4), 311-21.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre. Stockholm: SBU
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2012). Bättre liv för sjuka äldre. En kvalitativ uppföljning. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). Fyra områden för att undvika onödiga sjukhusvistelser. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Socialdepartementet (2014). Äldresatsningen. Fyra år med fokus på de mest sjuka äldre. Stockholm: Regeringskansliet.
- Socialstyrelsen (2014). Läkemedelsorsakad sjuklighet hos äldre. Kartläggning och förslag till åtgärder. Stockholm: Socialstyrelsen.

- Socialstyrelsen (2015). Effekter av individuell samordnare av vård- och omsorgsinsatser för de mest sjuka äldre. En systematisk översikt. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:20 (2015). Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård. Betänkande av Utredningen om betalningsansvaret. Stockholm: Regeringskansliet.
- Svenaeus, Fredrik (2009). "Vad är praktisk kunskap? En inledning till ämnet och boken". I: Bornemark, Jonna och Svenaeus, Fredrik (red). Vad är praktisk kunskap? Stockholm: Södertörns högskola.
- Wilhelmson, Katarina, Eklund, Kajsa, Gustafsson, Helena, med flera (2012). Skörhet bra begrepp för att hitta äldre med stort behov av vård och omsorg. Läkartidningen, 109(16), 826-7.
- Äldrecentrum (2014). Utvärdering av sammanhållen vård för de mest sjuka äldre. Äldrecentrums slutrapport. Stockholm: Stiftelsen Stockholms läns Äldrecentrum.

Patienter med mer komplexa behov har svårt att känna sig hemma i vårdcentralernas ofta snabba flöden. I den här rapporten beskrivs hur Boo vårdcentral utvecklade en resurs för äldre och sköra patienter och hur den modell som växte fram ser ut. Resursen, som fick namnet SVEA-teamet, byggdes upp för att möta äldre och sköra patienters behov. Ett annat syfte var att organisera vårdcentralens arbete på ett mer effektivt och ändamålsenligt sätt. En förhoppning är att erfarenheter från SVEA-teamet vid Boo vårdcentral kan inspirera primärvården att utveckla sina Äldremottagningar eller andra resurser för sköra äldre.



Nestor FoU-center
Marinens väg 30, 136 40 Handen
www.nestorfou.se
tel: 08-777 99 16