

Vård- och omsorgsmöte i hemmet

Samverkan kring sköra äldre

Ingeborg Björkman

februari 2014

Nestor FoU-center ägs gemensamt av Bor-
kyrka, Haninge, Huddinge, Nacka, Nykvarn,
Nynäshamn, Salem, Södertälje, Tyresö och
Värmdö kommuner samt Stockholms läns lands-
ting. Vi vill genom praktisk forskning och ut-
veckling bidra till en bättre 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: adn@nestorfou.se

Rapporten kan laddas ner på
www.nestor-foucenter.se

Nestor FoU-center 2014

Författare: Ingeborg Björkman
Titel på rapporten: Vård- och omsorgsmöte i
hemmet. Samverkan kring sköra äldre
© Nestor FoU-center
Citera oss gärna, men ange källan.

Förord

Redan 2008 startade en ny samarbetsform mellan en hemstjänst och en hemsjukvård i Haninge, de träffades hemma hos en äldre vård- och omsorgstagare och diskuterade tillsammans igenom ett problem som uppstått. Under de närmaste åren blev det fler möten, fler hemtjänstanordnare kom med och fler biståndshandläggare. De inblandade tyckte att arbetssättet med gemensamma vård- och omsorgsmöten i hemmet fungerade mycket bra. Efter ett par år vände sig den engagerade hemsjukvårdsgruppen till Nestor FoU-center för att få hjälp att beskriva modellen för att kunna sprida arbetssättet vidare. För Nestors del startade det med ett pilotprojekt hösten 2011 då tre vård- och omsorgsmöten följdes och dokumenterades. Försöket föll väl ut och året därpå startade det arbete som beskrivs i denna rapport.

De senaste åren har nya krav lyfts på samverkan mellan huvudmän och med uppmaningar om att hitta nya sätt att ta hand om sköra äldre. Studier visar att sjukvården inte är uppbyggd utifrån de äldres behov. Behoven är ofta mycket individuella och sammansatta, och det är vanligt att sköra äldre behöver hjälp både från vård och omsorg. Den modell används i Handen och som beskrivs i rapporten är ett exempel på hur vården och omsorgen kan formas för att bättre möta sköra äldres behov samt involvera äldre och deras anhöriga i planeringen.

De verksamheter som deltog i arbetet under projekttiden var hemsjukvården vid Handens vårdcentral, biståndshandläggare vid Haninge kommun med ansvar inom det område där vårdcentralen verkar och tre hemtjänstanordnare inom området, den kommunala och två privata, Noga Omsorg och HSB Omsorg AB. Ett särskilt tack riktas till arbetsgruppen som varit mycket engagerad, doktor Gunilla Ekestam Zweig, sjuksköterska Lena Banhart, biståndshandläggare Marissa Rochas Santos och Michaela Thelander-Looström, samt hemtjänstansamordnare/chef Kajsa Winberg, Therese Hamberg och Carina Johnsson. I styrgruppen för projektet fanns vårdcentralschefen, chefen för biståndshandläggarna, en representant för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt Nestors samordnare. Nestor har bistått med projektledning och utvärdering och där har Ingeborg Björkman och Eva Karlsson varit engagerade.

Britt Almberg
FoU-chef

Innehåll

SAMMANFATTNING	5
BAKGRUND.....	8
PILOTSTUDIE.....	8
SKÖRA ÄLDRE PERSONER.....	8
BRISTER I VÅRD OCH OMSORG OM ÄLDRE.....	9
SATSNING PÅ DE MEST SJUKA ÄLDRE	9
SYFTE	12
PROJEKTMÅL.....	12
EFFEKTMÅL	12
METOD	13
MODELL.....	13
DELTAGANDE VERKSAMHETER	13
VAL AV ÄLDRE TILL VÅRD- OCH OMSORGSMÖTEN.....	13
FRÅGESTÄLLNINGAR SOM PROJEKTET FÖRVÄNTADES BESVARA	13
METODER FÖR DOKUMENTATION.....	14
RESULTAT.....	16
GENOMFÖRDA VÅRD- OCH OMSORGSMÖTEN	16
DE ÄLDRE SOM DELTOG I PROJEKTET.....	16
BESKRIVNING AV MODELLEN FÖR VOM	16
EFFEKTER AV MÖTET	22
KOSTNADSBERÄKNINGAR	26
SYNPUNKTER FRÅN DE ÄLDRE OCH ANHÖRIGA	28
DE PROFESSIONELLAS SYN PÅ VÅRD- OCH OMSORGSMÖTET.....	32
DE PROFESSIONELLA BESKRIVER SIN ROLL	33
FOKUSGRUPPSINTERVJUER MED DE PROFESSIONELLA.....	34
SAMMANFATTNING OCH DISKUSSION.....	39
BESKRIVNING AV MODELLEN FÖR SAMVERKAN.....	39
EFFEKTER AV GENOMFÖRDA OMSORGSMÖTEN	41
SAMVERKAN I GRUPP BEHÖVER UTVECKLAS	43
OLIKA KULTURER OCH SYNSÄTT PÅVERKAR SAMVERKAN.....	43
SAMMA MÅL – ATT HJÄLPA ÄLDRE SKÖRA PERSONER ATT BO KVAR I EGET BOENDE	44
ATT SPRIDA VÅRD- OCH OMSORGSMÖTEN TILL ANDRA VERKSAMHETER	45
REFERENSER.....	47

Sammanfattning

Det här arbetet handlar om en lokal modell för vård- och omsorgsmöte i hemmet och hur sjukvård och äldreomsorg kan samarbeta för att hjälpa äldre att bo hemma. Modellen är ett exempel på hur vården och omsorgen kring en äldre skör person kan planeras utifrån personens behov och önskemål, samtidigt som anhöriga involveras. Under ett halvår med början i september 2012 följde Nestor åtta vård- och omsorgsmöten där nio äldre deltog.

Sammanfattningsvis kan sägas att arbetssättet uppskattades framför allt av anhöriga men även av de äldre. De professionella såg vinster i form av effektivare samverkan och tidsbesparingar för egen del. Under projektet diskuterade arbetsgruppen sitt arbetssätt och utvecklade modellen.

Viktiga moment för att få vård- och omsorgsmötet i hemmet att fungera är:

- Fokus på den äldre och anhöriga under mötet, det är den äldre som ska få hjälp.
- En överenskommelse om att verksamheterna ska samverka.
- Rutiner för hur mötet initieras, någon som sammankallar, samt fungerande kontaktkanaler.
- En struktur för mötet.
- Jämlikhet på mötet.

Något som inte fanns i den här modellen men som vore önskvärt är också någon form av gemensam dokumentation där även uppföljning av insatser skulle kunna noteras.

Beskrivning av modellen

I modellen erbjöds äldre, som hade hjälp från både hemtjänsten och hemsjukvården, ett vård- och omsorgsmöte i sitt hem. Anledningar till att erbjuda ett möte kunde vara att något inte tycktes fungera bra hemma hos den äldre eller att den äldre behandlats på sjukhus och var i behov av förstärkt vård och omsorg. Anhöriga bjöds in till mötet om de äldre så önskade, vilket skedde vid alla möten utom ett under projektiden. De professionella som deltog var kontaktpersonen och/eller samordnaren för hemtjänsten, kommunens biståndshandläggare samt läkare och sjuksköterska från hemsjukvården. Vem som helst av de professionella kring den äldre kunde ta initiativ till mötet. Sjuksköterskan vid hemsjukvården var den som sammankallade till mötet. Eftersom det fanns väl uppbyggda kontaktvägar mellan verksamheterna var det relativt enkelt att sammankalla.

Innan mötet gjorde läkaren en medicinsk undersökning för att fastställa den äldres hälsoläge. Ofta gjordes även en läkemedelsgenomgång innan mötet då behandlingen anpassades till den äldres aktuella situation. Ibland ändrades läkemedelsordinationen efter att ny information hade framkommit under mötet. Om de äldre behandlades av annan specialistläkare kontaktades ibland denna innan förändringar gjordes.

Under projektet fick mötet i hemmet en tydligare struktur. Läkaren inledde med att berätta om hälsoläget, om diagnoser och hur de påverkade den äldre och om läkemedelsbehandlingen. Biståndsbedömaren gick igenom aktuella beslut om omsorg och förhörde sig om hur det fungerade. Den äldre, de anhöriga och kontaktpersonen berättade om den äldres situation. Sjuksköterskan tog upp särskilda ämnen så som undernäring, nattfasta och intag av läkemedel. Äldre och anhöriga kunde ställa frågor och fick ofta svar direkt. Problem och förslag på

insatser diskuterades och fastställdes. Mötet avrundades av läkaren och en genomgång av fattade beslut gjordes av respektive verksamhet.

Den tid som lades ned för vård- och omsorgsmötet inkluderade i genomsnitt drygt 20 minuter för att kalla till mötet, 55 minuter för läkarens förberedelse och 10 minuter vardera till förberedelse för samordnare vid hemtjänst och för biståndshandläggare. Övriga professionella hade ingen förberedelsetid eftersom de kände den äldre väl. Mötet pågick cirka en timme och restiden beräknades till totalt 30 minuter per professionell.

Insatser

Det var mycket varierande insatser som de äldre behövde. Sex av de nio ansökte och beviljades utökad hemtjänst under mötet, en ansökte om dagverksamhet. Det fanns också insatser som behövde samordnas mellan hemtjänst och hemsjukvård. Åter andra insatser var av mer informativ karaktär. Det kunde handla om att läkaren berättade hur minnesproblem påverkade den äldres situation och möjlighet att klara sig själv eller att den äldres hälsoläge gjorde att målet för behandlingen nu var att den äldre skulle må så bra som möjligt men att nya intensiva behandlingar inte skulle sättas in. Sådan information ansåg samtliga vara viktigt att de fick höra samtidigt för att alla skulle få en gemensam bild av situationen och av framtida vård och omsorg.

Efter mötet arbetade (dokumenterade, utförde och följde upp) de professionella enligt sina ordinarie rutiner inom respektive verksamhet. Äldre och anhöriga bekräftade att de beslutade insatserna hade blivit införda. Någon gemensam uppföljning av införda insatser gjordes inte av de professionella. Eftersom de har olika huvudmän kunde verksamheterna inte ta del av varandras dokumentation och inte heller följa upp insatser inom den andra verksamheten.

Framför allt anhöriga uttryckte att de var nöjda

I uppföljningssamtal med de äldre och deras anhöriga var det främst de anhöriga som talade. Samtliga anhöriga var nöjda med mötesformen och en majoritet av dem tyckte att de äldres situation förbättrades efter mötet. Motsatt åsikt fanns också, någon tyckte att de insatser som sattes in inte var tillräckliga och en annan anhörig tyckte att de professionella gjorde vad de kunde men att det ändå var vård- och omsorgsboende som den äldre behövde. Många av de äldre orkade inte med någon intervju eller också kom de inte ihåg mötet eller kunde inte reflektera kring hur de hade det hemma jämfört med tidigare. En mindre del av de äldre tyckte att det hade varit svårt att prata med så många personer samtidigt, medan resten var nöjda med mötesformen. Samtliga äldre som kunde tillfrågas och alla anhöriga sa att de ville rekommendera arbetssättet till andra äldre.

Samverkan mellan huvudmän – vinster och svårigheter

De professionella uppskattade mötesformen och menade att de sparade tid genom att ses tillsammans. Nu kunde problem redas upp och informationsspridningen förenklades. De trodde att vissa insatser inte hade blivit beslutade utan ett gemensamt möte, men sa också att insatserna nog blivit gjorda men att det tagit längre tid. De professionella ansåg att deras samarbete under mötet oftast hade fungerat bra. Dock fanns ett par tillfällen när en obalans mellan verksamheterna upplevdes av de professionella från omsorgen, som då tyckte sig ha blivit tilldelad en underordnad position. I gruppen fanns en vilja att ta itu med olikheterna. Tillsammans medvetandegjordes de olika uppfattningar som fanns och de diskuterade hur de skulle fortsätta arbeta tillsammans. Detta stärkte gruppen i det fortsatta arbetet.

Kostnaden för ett möte uppskattades till knappt fyra tusen kronor beräknat på den tid de professionella använde till förberedelse och möte. De professionella menade dock att de ändå skulle ha gjort hembesök hos den äldre och att de dessutom sparade tid när de träffades i ett gemensamt möte istället för att ringa ett stort antal samtal. Det är troligt att mötet i sig inte innebär någon extra kostnad. Om det leder till någon ekonomisk vinst i form av förlängt kvarboende eller minskat behov av sjukhusvård är utifrån föreliggande projekt svårt att uttala sig om. Helt klart var de äldre i projektet i behov av vård och omsorg oavsett om ett gemensamt möte hölls eller inte.

Vård- och omsorgsmöten i fler verksamheter

Erfarenheter från projektet kan användas av andra grupper som vill samverka kring äldre sköra personer. Det visar att det går att hitta former i befintlig verksamhet att samverka kring planering av vård och omsorg och att då utifrån en individs behov. Det finns dock många utmaningar om modellen ska kunna föras ut till andra verksamheter. I det arbete som beskrivs i rapporten hade modellen fungerat i många år, det fanns redan en uppbyggd struktur och verksamheterna hade fungerande kontaktvägar. Dessutom ansåg de professionella själva att modellen var framgångsrik, det fanns starka intressen och en vilja bland dem att samverka som bidrog till att de kunde komma vidare i sin process och utveckla arbetet.

De professionella hade även en önskan att modellen skulle kunna spridas till andra verksamheter. För att detta ska kunna bli verklighet krävs dock ett omfattande arbete som innefattar uppbyggandet av fungerande strukturer och processer, såväl mellan huvudmän och som mellan den mångfald av aktörer i kommunerna som tillhandahåller vård och omsorg.

Bakgrund

Den här rapporten handlar om äldre sköra personer som bor i eget boende. Dessa personer har ofta behov av frekventa vårdkontakter inom öppen- men även inom slutenvård kombinerat med olika insatser som kommunen förmedlar. Idag hålls vårdplanering inför utskrivning från sjukhus. Långsiktig samsyn och klar målsättning för vård och behandling utöver detta vårdtillfälle saknas dock. De äldre och anhöriga upplever ofta situationen som svåröverblickbar och osäker.

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och Socialtjänstlagen (2001:453) har landstinget respektive kommunen ansvar för att upprätta en individuell plan för personer, som har insatser från både hälso- och sjukvården och från socialtjänsten, och som bedöms ha behov av en individuell plan. Hur en individuell plan ska upprättas framgår inte men man kan konstatera att det förutsätter någon form av samarbete mellan huvudmännen.

I Haninge har sedan 2008 ett arbetssätt successivt växt fram med vård- och omsorgsmöten i den äldres hem där en hemsjukvårdsgrupp samverkar med kommunen. Syftet med mötet har sagts vara att ta ett samlat grepp kring kunden/patienten och dennes behov. Vid dessa möten deltar, förutom den äldre själv och eventuella anhöriga, läkare och sjuksköterska från hemsjukvården och biståndshandläggare och hemtjänstpersonal från kommunens äldreomsorg. Arbetssättet har hittills prövats i ett begränsat antal fall med till synes gott resultat enligt personalens egen bedömning.

Pilotstudie

Sommaren 2010 fick Nestor FoU-center en förfrågan om möjligheten att utvärdera ovan beskrivna arbetssätt. En dialog mellan inblandade parter vidtog som resulterade i ett beslut om att inledningsvis genomföra en pilotstudie som sedan skulle ligga till grund för beslut om den fortsatta undersökningen. Syftet med pilotstudien var att få en inblick i hur samarbetet kring vård- och omsorgsmötet i hemmet såg ut, vilka som deltog, hur kontaktvägarna såg ut, hur resultaten från mötet togs tillvara samt hur inblandade aktörer (den äldre, anhöriga, personal från landsting och kommun) uppfattade mötet.

Processerna vid tre vård- och omsorgsmöten följdes av en projektledare vid Nestor under hösten 2011. I anslutning till mötena besvarades en kort enkät av berörd personal och dessutom intervjuade projektledaren den vård- och omsorgspersonal som deltagit vid mötena. Även kunden/patienten och dennes anhöriga intervjuades för att få deras syn på mötet.

Resultatet från pilotstudien presenterades i en internrapport (Karlsson 2011a). Rapporten bekräftade att alla inblandade parter ansåg att arbetssättet var positivt för vården och omsorgen om kunden/patienten. I samråd med representanter för Hälso- och sjukvårdsförvaltningen inom SLL beslutades om ett utökat projekt där fler vård- och omsorgsmöten skulle studeras.

Sköra äldre personer

Vad är då en skör äldre person? Sköra äldre har av SBU (2013) definierats 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. De uppger vidare att det yttrar sig som allmän svaghet, trötthet, nedsatt uthållighet, nedsatt funktions-

förmåga, dålig balans, försämrade mentala funktioner och låg stresstolerans. Gustafsson (2012) har studerat begreppet och kommit fram till att det inte finns någon enhetlig definition utan det definieras olika av olika personer. I Regeringens satsning används istället begreppet "de mest sjuka äldre" (Regeringskansliet 2011). De har definierat gruppen på följande sätt: "Mest sjuka äldre är personer 65 år eller äldre som har omfattande nedsättningar i sitt funktionstillstånd till följd av åldrande, skada eller sjukdom." Det har uppskattats att gruppen de mest sjuka äldre består av cirka 300 000 personer, varav 100 000 bor på vård- och omsorgsboende (SKL 2013). I en annan rapport från SKL kallades gruppen för "äldre multisjuka" (SKL 2012), vilket här definierades som personer som var 75 år eller äldre, hade minst 3 sjukhusinläggningar under 12 månader samt diagnoser från minst 3 diagnosgrupper.

Brister i vård och omsorg om äldre

Under det senaste decenniet har det uppmärksammats att många äldre sjuka inte får den hjälp de behöver, studerat bland annat av Gurner och Thorslund (2011). Studien drar slutsatsen att vård- och omsorgsinsatser sätts in men att det saknas en samordning av insatserna. Äldre faller lätt mellan stolarna när ingen har det övergripande ansvaret. Gurner har också lett en studie som syftat till att ta reda på vad äldre multisjuka personer och deras anhöriga anser om vården och omsorgen (SKL 2012). Rapporten sammanfattar bland annat att det finns brister i samordningen och planeringen mellan aktörer i vården och omsorgen. Vidare, att det ofta saknas kontinuitet och långsiktighet i primärvården och när det gäller den kommunala omsorgen finns brister i kontinuiteten i kontakten med hemtjänsten. Man säger också att de äldre och deras anhöriga inte involveras tillräckligt i planeringen av omsorgen. I rapporten betonas behovet av individuellt anpassade lösningar, och man lyfter fram att de personer som behöver specialanpassade lösningar är en liten del av de äldre, men att de utgör en heterogen grupp när det gäller diagnoser, funktionsnedsättningar och behov.

Satsning på de mest sjuka äldre

Regeringen har försökt göra något åt problemet genom att tillsätta medel för en större satsning på förändrad vård och omsorg om äldre (Regeringskansliet 2011). Satsningen ska löpa under 4 år och målet är att få omsorgen och vården i form av hemsjukvård, äldreomsorg, primärvård och sjukhusvård att samverka bättre kring de äldre. Ett annat mål är att mer effektivt använda resurserna så att vården och omsorgen i högre grad utgår från patienternas behov. Eva Nilsson Bågenholm tillsattes som samordnare för regeringens satsning som nu är inne på sitt fjärde år.

SKL har fått uppdraget att samordna satsningen på de mest sjuka äldre. Uppdraget regleras i en överenskommelse mellan Socialdepartementet och SKL. Överenskommelsen för år 2013 innehöll åtta övergripande mål (Socialdepartementet 2012). De handlar om förändringar i övergripande strukturer inom landsting och kommuner för att stimulera till samverkan, men också om att verksamheterna ska tillämpa riktlinjer för demensvård och läkemedelsbehandling samt använda relevanta kvalitetsregister. Några mål handlar om nationella satsningar och innebär uppdrag för Socialstyrelsen och Myndigheten för vårdanalys. De åtta målen för 2013 var följande:

Ruta 1. Mål för satsningen på de mest sjuka äldre för år 2013.

- 1) *Skapa samverkan och samordning*, handlar om nytänkande på länsnivå, att skapa struktur för ledning och styrning, gemensam handlingsplan för förbättringar i vård och omsorg om sjuka äldre, ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan; för varje verksamhet: att det finns ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- 2) *God hälsa, vård och omsorg*, handlar om att samordningsinsatser för äldre finns, lokala värdighetsgarantier, personer med insatser från båda huvudmännen har en individuell plan, alla i målgruppen har fast vårdkontakt, preventivt arbetssätt med stöd av Senior alert i relevanta verksamheter, tydligt definierat uppdrag för primärvården för de mest sjuka äldre.
- 3) *God och säker läkemedelsbehandling*, att läkemedelsbehandling ska följa SoS läkemedelsindikatorer, att antal äldre som drabbas av LRP minimeras.
- 4) *God vård i livets slutskede*, handlar om att nationella vårdprogram för palliativ vård och SoS nationella kunskapsstöd för god palliativ vård ska vara implementerade i berörd verksamhet, att verksamheterna använder palliativregistret.
- 5) *God vård vid demenssjukdom*, att verksamheterna använder nationella riktlinjer för personer med demens, att demensregistret och register för BPSD vid demens används.
- 6) *Ta tillvara individens och anhörigas resurser och synpunkter*, handlar om att följa upp äldres bedömning av vård och omsorg regelbundet, att utveckla nytt instrument för att följa upp äldres synpunkter, att underlag tas fram för att värdera metoder för anhörig- och brukarrevision, att underlag tas fram för att värdera effekten av förebyggande hälsosamtal med äldre.
- 7) *Utveckla kunskap, kvalitet och kompetens*, handlar om rapportering till kvalitetsregister nationellt, att relevanta indikatorer i Öppna jämförelser för äldre presenteras, höjd kompetens för baspersonal inom äldreomsorgen, ökad andel i personalen av eftergymnasial vård- och omsorgsutbildning, att personalen har utbildning i värdegrundarbete, att chefer i kommunernas vård och omsorg har adekvat ledarkompetens, att utbildning av relevant personal i geriatrik, gerontologi och gerodontologi ökar, samt satsning inom äldreomsorgsforskning.
- 8) *Uppföljning och utvärdering*, handlar om uppföljning och utvärdering av oberoende part, årlig utvärdering, utvärdering av projektet 2014.

Indikatorer för en sammanhållen vård och omsorg

Det finns en trolig koppling mellan brister i samordningen av vård- och omsorgsinsatser runt enskilda äldre och ökad sjuklighet och därmed ett ökat behov av slutenvård. Inom satsningen på de mest sjuka äldre finns två indikatorer som baseras på detta tankesätt (Socialstyrelsen 2011). Indikatorerna är 1) undvikbar slutenvård och 2) andel äldre som återinläggs i slutenvården inom 30 dagar. I en analysrapport skriver SKL (2013) att under 2012 användes stora resurser ute i landet till att förstå indikatorerna och hur de ska mätas. Man har också försökt förstå hur indikatorerna hänger ihop med aktiviteter som behöver genomföras för att förbättra vård och omsorg för de äldre. SKL menar här att det redan finns utvärderade metoder för att minska återinläggningar och att hålla ihop vårdkedjan, och att det nu är bättre att analysera mindre och istället fokusera på att genomföra aktiviteter som man vet har effekt. Det handlar om en redesign av vården och omsorgen.

Stadskontoret har kritiserat valet av indikatorer för undvikbar slutenvård (2013). De menar att indikatorn inte fungerar som styrmedel, eftersom det är oklart för huvudmännen hur de ska förändra vården för att påverka indikatorn. Istället rekommenderas att process- och strukturindikatorer med tydligare koppling till förbättringar för en sammanhållen vård och omsorg ska tas fram.

Äldre sjuka personer behöver en vård och omsorg som är individanpassad, samordnad och kontinuerlig. Det konstaterar SKL och ger exempel på lokala lösningar inom och utom Sverige som lett till positiva effekter (2013). Exempelen grupperas i tre områden: 1) förbättrad utskrivningsprocess, 2) individanpassad koordinering och 3) multidisciplinära vård- och om-

sorgsinsatser. En åtgärd som beskrivs i den sistnämnda kategorin är att organisera multidisciplinära team som arbetar kring en person, för att bättre kunna möta individens behov.

Socialstyrelsens vägledning för utvecklande av vårdprogram för vård och omsorg om äldre

Ett uppdrag med utgångspunkt från regeringens satsning på de mest sjuka äldre som Socialstyrelsen fått är att ta fram stöd för kommuner och landsting att utveckla lokala vård- och omsorgsprogram (Socialstyrelsen 2012). Det har resulterat i en vägledning för hur kommuner och landsting ska arbeta för att ta fram en gemensam plan för sitt arbete med äldre personer med komplexa behov av vård och omsorg. Även Socialstyrelsen konstaterar att aktörerna har olika lagar att utgå ifrån men att båda regelverken kräver samverkan mellan huvudmännen och aktörerna för den enskildes bästa. Vägledningen anger att vård- och omsorgsprogrammet bör innehålla rutiner för 1) identifiering av målgruppen, 2) samordnad individuell vård- och omsorgsplanering, 3) särskilda och anpassade insatser, och 4) uppföljning.

Även i detta dokument lyfts olika goda exempel på förändringsarbete fram, exempelvis äldrelots, multiprofessionella team som demensteam och äldreteam, telefonsupport vid hjärtsvikt och särskilt omhändertagande vid akutinläggningar.

Vård- och omsorgsmöte i hemmet (VOM)

Den modell för vård- och omsorgsmöte i hemmet som beskrivs i denna rapport kan ses som ett sätt att ta itu med de brister som påpekats i vården och omsorgen om de mest sjuka äldre. Modellen stämmer väl överens med de nationella satsningar som pågår för att förbättra situationen för dessa äldre sköra personer. Flera viktiga moment som föreslås ingår i ett vårdprogram för vård och omsorg om äldre finns inkluderade i VOM-modellen. Det lokala arbetet med VOM som startade 2008 innebär att ett team med representanter från hemsjukvården och från kommunen träffas tillsammans med den äldre med syfte att hjälpa den äldre att kunna bo kvar hemma, det vill säga att samordna vård- och omsorgsplaneringen och att anpassa insatserna efter de äldres behov.

Begrepp som kommer att användas i texten

VOM – kommer ofta att användas istället för det långa ”vård- och omsorgsmöte i hemmet”.

De äldre – kommer att användas istället för ord som ”kund”, ”brukare” eller ”patient” eftersom det saknas ett gemensamt begrepp för personer som vårdas inom kommunen respektive inom sjukvården. På några ställen i texten används dock ordet ”kund” när det handlar om omsorg respektive ”patient” när det handlar om hemsjukvård.

Sjuksköterska – kommer att användas för både sjuksköterskor och distriktssköterskor vid hemsjukvården.

Syfte

Syftet för projektet var

1. att skapa en tydlig modell för vård- och omsorgsmötet, genom att utveckla och beskriva ingående processer,
2. att identifiera möjliga vinster/fördelar/framgångsfaktorer med att genomföra dessa möten i de äldres hem, samt
3. att även svårigheter, hinder och uppkomna problem skulle utvärderas och beskrivas.

Projektmål

Ett antal mål för projektet sattes upp. Projektet skulle genomföra 15 vård- och omsorgsmöten i hemmet (VOM) och baserat på detta arbete skulle projektet:

1. beskriva modellen för VOM på ett tydligt sätt,
2. göra en värdering av vad arbetssättet kostar,
3. göra en värdering av eventuella vinster av mötet,
4. göra en värdering av eventuella vinster av vidtagna åtgärder och
5. stärka medarbetarna i sina professionella roller.

Effektmål

Två mål för långsiktiga effekter formulerades också. De handlade om att stärka samarbetet mellan kommunen och landstinget kring gemensamma äldre vård- och omsorgstagare, och att, om positiva effekter dokumenterades i projektet, detta arbetssätt skulle komma att användas inom länet.

Metod

Modell

Det fanns redan en modell för vård- och omsorgsmöte i hemmet (VOM) som hade använts under ca fyra år och som ansågs fungera väl. Därför beslutades att hemtjänst, biståndsbedömare och hemsjukvård skulle fortsätta att träffas och samverka kring den äldre på samma sätt som tidigare. Arbetet skulle, i så stor utsträckning som möjligt, likna det tidigare arbetet, med den skillnaden att det skulle dokumenteras på en rad olika sätt för att kunna beskrivas och utvärderas.

Deltagande verksamheter

De verksamheter som deltog i projektet var den hemsjukvård som redan var engagerad i vård- och omsorgsmötet, samt de biståndshandläggare och de största hemtjänstanordnare som arbetade inom det område där den aktuella hemsjukvården verkade. Förutom kommunens egen hemtjänst, deltog även de två största privata hemtjänstföretagen i området.

En speciell förutsättning för arbetet var att den hemsjukvård som deltog i projektet var organiserad så att ett speciellt hemsjukvårdsteam skötte all hemsjukvård för patienter som listades vid vårdcentralen. Teamet bestod av en läkare som var geriatriker, sex sjuksköterskor samt undersköterskor.

Val av äldre till vård- och omsorgsmöten

De kriterier som sattes upp angående vilka personer som kunde erbjudas ett vård- och omsorgsmöte inom projektets ramar var följande:

Personen skulle

1. vara 65 år eller äldre,
2. ha insatser från den aktuella hemsjukvården och från en av de deltagande hemtjänstanordnarna, samt
3. lämna samtycke till att delta i projektet genom att underteckna en samtyckesblankett.

För övrigt sattes inga särskilda kriterier upp. Det avgörande var att någon av de professionella kring den äldre ansåg att det fanns behov av ett vård- och omsorgsmöte. Alla som arbetade hos den äldre kunde ta initiativ till ett VOM.

Eftersom en samtyckesblankett skulle skrivas under, beslutades att personer som hade god man inte skulle ingå i projektet. Möten kunde hållas, men inte inom projektet.

Inkludering av äldre pågick under sex månader, med start den första september 2012 och fram till och med den sista februari 2013.

Frågeställningar som projektet förväntades besvara

Om modellen

- Hur initieras en kund eller patient till VOM?
- Hur förbereds VOM och hur lång tid tar det?

- Vad händer under VOM?
- Hur ser ansvars- och rollfördelningen ut mellan de olika aktörerna innan mötet och under mötet?
- Vilken dokumentation används?
- Hur omvandlas beslut om åtgärd till praktisk handling?
- Hur sker uppföljningen av vidtagna åtgärder?

Om effekten av VOM

- Hur upplever den äldre och anhöriga mötet i hemmet?
- Påverkas de äldres livskvalitet respektive oro av mötet, och i så fall hur?
- Påverkas de äldres behov av vård och omsorg, och i så fall hur?
- Vilka behov upptäcks och åtgärdas genom olika insatser?
- Vilka effekter uppnås genom insatta insatser/åtgärder, och finns eventuella andra vinst-ter som exempelvis förlängt kvarboende?
- Hur upplever de olika aktörerna VOM; exempelvis hur påverkas deras arbete med den äldre när det gäller planering, samordning, informationsöverföring?
- Vad är kostnaden för att genomföra VOM; tidsåtgång för de olika aktörerna och andra eventuella kostnader?

Metoder för dokumentation

För att besvara de frågor som vi ville ha svar på användes ett flertal metoder, vilka listas ne-dan. Blanketter och formulär kan erhållas från Nestor för den som är intresserad.

- Särskilt framtagna blanketter fylldes i av personal som deltog vid varje möte
 - Initiativ till VOM
 - Sammankalla till VOM
 - Övrig förberedelse
- Observationer under mötet gjordes av projektledare från Nestor
- Enkät till vård- och omsorgspersonal efter varje möte
- Intervjuer
 - Med den äldre och anhöriga direkt i anslutning till VOM, därefter per telefon efter 2 veckor och efter 2 månader
 - Med vård- och omsorgspersonal i gruppintervjuer efter sista VOM
- Befintlig dokumentation från vård och omsorg
 - Samordnare/chef vid hemtjänst samlade in kundkort, genomförandeplan, da-ganteckningar/social dokumentation
 - Biståndshandläggare samlade in larmlistor, följdanteckningar, ärendebblad
 - Hemsjukvården kopierade lokala journalanteckningar
 - Hälso- och sjukvårdsförvaltningen i Stockholms läns landsting bistod med sta-tistik från centrala register över vårdkontakter
- Formulär som fylldes i av den äldre veckan innan VOM, en vecka efter VOM samt 2 månader efter VOM.
 - EQ5D (självskattad livskvalitet)
 - STAI short form (självskattad grad av oro)

Livskvalitet och grad av oro

För att mäta de äldres livskvalitet användes formuläret *EQ5D*. Formulär och beräkningsunderlag tillhandahölls av hälso- och sjukvårdsförvaltningen vid Stockholms läns landsting. Formuläret består av två delar, en del med frågor och en del med en VAS-skala. Frågorna ringar in fem olika så kallade hälsodimensioner; rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och oro/nedstämdhet. Personen svarar om den har inga, måttliga eller svåra problem inom varje dimension. Utifrån svaren räknas ett indexvärde fram där resultatet viktas enligt hur en brittisk befolkning graderat vilken livskvalitet olika tillstånd motsvarar för dem (svensk studie saknas). Indexvärdet kan anta ett värde mellan noll och 1, och ju högre värde desto bättre livskvalitet. I den andra delen uppskattar personen sin hälsa genom att sätta ett kryss på en VAS-skala där lägsta värdet är noll och högsta är 100.

Grad av oro mättes med formuläret *STAI short form*. I formuläret svarar personen på till vilken grad den känner sig lugn, spänd, upprörd, avspänd, nöjd eller bekymrad. Resultatet presenteras som en siffra mellan 6 och 24 och ett högt värde indikerar högre grad av oro. Ursprungligen fanns ett längre formulär (STAI) som innehöll 20 frågor. I de studier som hittats där äldre deltar har denna längre version av formuläret använts (Audette m fl 2006, Calabrese m fl 2008, Chun m fl 2007). En jämförande studie konstaterar att den nedkortade versionen (STAI short form) ger valida och reliabla resultat (Marteanu & Bekker 1992). En svensk version av STAI short form avsedd för barn har validerats (Apell m fl 2011). Nilsson (2010) har använt STAI short form i flera studier för att mäta oro hos barn i sjukhusmiljö.

Resultat

Genomförda vård- och omsorgsmöten

Under de sex månader som projektet pågick genomfördes åtta VOM med nio äldre personer.

Enligt hemsjukvården fanns ytterligare "kandidater" till VOM. Dessa möten hade antingen inte blivit av eller så hade de genomförts utanför projektet. En patient hade först tackat ja men senare avböjt då han inte orkade med ett möte på grund av svår lungsjukdom, en annan som hade tackat ja till ett möte lades in på sjukhus innan mötet hann genomföras. Två patienter hade just haft hembesök av biståndshandläggare och därför kändes det onödigt att sammankalla till ett gemensamt vård- och omsorgsmöte. Ett par vård- och omsorgsmöten genomfördes utanför projektet, dels med en äldre som hade god man, och dels med en äldre som hade personlig assistent istället för hemtjänst.

De äldre som deltog i projektet

Totalt blev det fem kvinnor och fyra män som deltog i ett VOM. Här presenteras personerna översiktligt. Ibland blandas uppgifter från olika personer för att ingen ska bli igenkänd. Medelåldern var 82 år (71-92), alla utom två var 80 år eller äldre. Sex av dem bodde ensamma i sin lägenhet och tre bodde tillsammans med sin make/maka, varav en nyligen hade beviljats anhöriganställning.

Sju av de äldre hade hemtjänst under hela uppföljningsperioden före mötet (det vill säga 6 månader), medan två hade fått det fyra respektive två månader innan VOM. Innan VOM hade de i genomsnitt 11,6 timmar hemtjänst per vecka. Sju hade tillgång till trygghetslarm vid tidpunkten för VOM. En av de äldre gick på dagverksamhet ett par gånger i veckan, ytterligare en hade provat dagverksamhet men hade avslutat den redan efter ett par veckor eftersom det hade upplevts för ansträngande för den äldre.

Hos sex av de äldre fanns misstanke om, eller konstaterad, minnesproblematik. Kroppsliga sjukdomar och symtom var vanliga, vid tiden för mötet dokumenterades mellan två och sju sjukdomar och symtom per person (genomsnitt 4,2). Vanligast var hypertoni (6 personer), följt av förmaksflimmer (4 personer), diabetes (3 personer) och njursvikt, KOL, hjärtinsufficiens och anemi (två personer vardera). Dessutom fanns en rad enstaka diagnoser. Samtliga fick sina läkemedel utlämnade via hemsjukvården och fyra hade sår som lades om regelbundet av hemsjukvården under längre eller kortare perioder. Vid tiden för VOM hade de nio personerna i genomsnitt 9,8 läkemedel per person, varav 1,3 läkemedel vid behov.

Alla äldre hade mått relativt bra fram till mellan en och fyra månader innan VOM. Tre av dem hade ramlat, och hade vårdats på sjukhus. Dessa tre hade även andra allvarliga symtom från hjärta och/eller lungor, och behövde mer stöd när de skrevs ut från sjukhuset. Hos en av de äldre konstaterades att målet för den fortsatta vården och omsorgen var att den äldre skulle må så bra som möjligt utan symtom.

Beskrivning av modellen för VOM

Modellen innehöll olika delar eller moment. Översiktligt kan modellen beskrivas i de punkter som listas i Ruta 2 nedan.

Grundstruktur för modellen VOM
1. Identifiering av den person som kan behöva ett vård- och omsorgsmöte. Detta kan göras av vem som helst av de professionella som arbetar hos den äldre. 2. Den äldre tillfrågas om den vill delta i ett VOM, om anhöriga ska delta samt om den andra organisationen får kontaktas och information om den äldre delas. Om den äldre samtycker startar planeringen av ett VOM. 3. Om det är en professionell inom kommunen som tagit initiativet till mötet kontaktas hemsjukvårdens sjuksköterska. 4. Hemsjukvårdens sjuksköterska kallar till mötet, börjar med att bestämma tid med den äldre och eventuella anhöriga och kallar därefter de professionella till mötet. 5. Eventuell förberedelse av de professionella. 6. Mötet hålls hemma hos den äldre. 7. Beslutade åtgärder sätts in enligt de rutiner som finns inom respektive organisation. 8. Uppföljning enligt de rutiner som finns inom respektive organisation.

Vanligast att hemsjukvården tog initiativ till mötet

Det var vanligast att läkaren och/eller sjuksköterskan vid hemsjukvården tog initiativ till mötet, vilket de gjorde till sex av de åtta möten som genomfördes. Övriga två VOM initierades av hemtjänsten, ett av samordnaren och ett av kontaktpersonen.

Vid fem av de åtta mötena hade anhöriga, innan mötet, haft kontakt med hemsjukvården och bett om information, om ökad hjälp, eller hade pratat med biståndshandläggare om sin oro. I två av dessa fall hade den äldre varit på sjukhus och behövde utökad hjälp för att klara sig hemma. Vid övriga möten hade någon av de professionella föreslagit ett möte utan inblandning av någon anhörig.

Fysiska och psykiska funktionsnedsättningar

De orsaker som gjorde att en professionell tagit initiativ till ett möte visas i Tabell 1 nästa sida. Orsakerna har delats in i tre grupper; ändrat beteende, fysiska besvär respektive oro uttryckt av anhörig eller professionell. Alla gånger utom en fanns flera faktorer som uppgavs vara orsaken till att man ville sammankalla till ett möte. Att anhöriga hade många frågor kunde vara en orsak. Andra orsaker var att de professionella noterade att olika fysiska och psykiska funktionsnedsättningar som ledde till att den äldre, enligt de professionellas uppfattning, hade svårt att klara av sin situation på egen hand.

Sjuksköterskan sammankallade

När ett möte skulle sammankallas kontaktades alltid en sjuksköterska vid hemsjukvården. Sköterskan hade till uppgift att sammankalla till mötet. Först bestämdes tid med den äldre och eventuell anhörig. Därefter meddelades biståndshandläggare och hemtjänstpersonal. Några gånger meddelades endast biståndshandläggaren som i sin tur meddelade hemtjänsten. Eftersom sjuksköterskorna hade väldigt hög arbetsbelastning under projekttiden hände det ibland att läkaren hjälpte till att sammankalla till mötet.

Tabell 1: Orsaker till att man tagit initiativ till ett VOM.

Orsaker till VOM – enligt initiativtagaren
Ändrat beteende • Vill inte äta/Bristande matintag • Bristande hygien • Den äldre är orolig, larmar flera ggr per dag • Försämrade i sinnet • Initiativlös och mer oföretagsam • Minnesproblematik/Misstänkta lätta minnesproblem • Sköter inte sin medicinering/Tilltagande svårigheter att sköta sin medicinering
Fysiska besvär • Inkontinensproblematik • Mycket kroppsliga symtom • Försämrade fysiska tillstånd • Ramlar mycket/Upprepade fall • Balanssvårigheter • Bensår som inte läker och behöver rengöras
Oro uttryckt av anhörig eller professionell • Många frågor från anhöriga/Många medicinska frågor från anhöriga/Frågor från den äldre och anhörig om omsorgen • Många kontakter med hemtjänst angående den äldre • Behov av att sammanfatta den äldres hela situation

Varierande antal anhöriga och professionella deltog i mötet

Förutom den äldre deltog ett varierande antal personer vid vård- och omsorgsmötet, se Tabell x. Vid sju av de åtta mötena deltog en eller flera anhöriga. Antal professionella som deltog per möte varierade mellan tre och fem. Totalt deltog 19 olika professionella personer. För 13 av dem var arbetssättet med VOM nytt.

Läkare och biståndshandläggare var med vid samtliga möten, medan det varierade om övriga professioner deltog eller inte. När det gällde hemtjänsten kunde samordnare/chef och kontaktperson bestämma om en av dem eller båda skulle delta. Vid några tillfällen fanns särskilda orsaker till att en person inte deltog, se Tabell 2 nästa sida.

Tabell 2: Tabellen visar hur ofta anhöriga respektive de professionella deltog vid de 8 VOM som genomfördes. För många av deltagarna var arbetssättet nytt.

Kategori	Antal möten (max 8)	Kommentar
Anhörig	7 möten	1 anhörig deltog vid 4 möten 2 anhöriga deltog vid 2 möten 3 anhöriga deltog vid 1 möte Totalt medverkade 2 makor, 7 döttrar och 1 son
Biståndshandläggare	8 möten	5 olika biståndshandläggare deltog
Hemtjänst Samordnare eller chef	4 möten	2 olika samordnare/chefer De deltog 3 ggr tillsammans med kontaktpersonen, och 1 gång istället för kontaktpersonen
Hemtjänst Kontaktperson	6 möten	6 olika kontaktpersoner deltog Vid 1 möte blev det en miss i kallelsen, vid 1 möte kom samordnaren istället för kontaktpersonen
Läkare	8 möten	Samma läkare deltog på alla möten
Sjuksköterska/ distriktssköterska	6 möten	5 olika sjuksköterskor deltog Vid 1 möte var ssk sjuk och vid 1 hann ssk inte delta

Tabell 3: Förberedelsetid för de olika professionerna som deltog i vård- och omsorgsmöten.

Kategori	Förberedelsetid	Kommentar
Biståndshandläggare	Vanligen 10 minuter	Tog fram kundkortet och tidigare utredningar, läste igenom. En gång 20 min förberedelse, mailväxling med anhörig innan mötet.
Hemtjänst/samordnare	10 minuter	Kontrollerade schema, bokade in tid för mötet, tog fram genomförandeplanen.
Hemtjänst/kontaktperson	Ingen förberedelsetid eller ett par minuter	Kände kunden väl, besökte kunden regelbundet. I ett fall läste kontaktpersonen igenom kundens beslut.
Läkare	I medeltal knappt 55 minuter (40 – 70 min)	Alltid hembesök, och genomgång av journalanteckningar. Ofta läkemedelsgenomgång baserad på prover som togs innan mötet. Ibland konsulterades patientens specialistläkare för rådgivning. Ibland samtal med anhörig innan mötet.
Sjuksköterska	Ingen förberedelsetid	Kände patienten väl, besökte patienten regelbundet

Förberedelse inför mötet

Tabell 3 visar hur de olika professionerna förberedde sig inför mötet, samt en uppskattning av hur lång tid förberedelsen tog. Kontaktpersoner inom hemtjänsten och sjuksköterskor från hemsjukvården ansåg att de i princip inte behövde någon förberedelse eftersom de menade att kände den äldre väl. Läkaren var den som använde mest tid på förberedelse inför mötet, vilket bland annat innefattade olika undersökningar och en medicinsk bedömning av den äldres aktuella hälsoläge.

Mötets struktur

Det fanns en grundmodell för mötet sedan det tidigare arbetet. Efter pilotprojektet gjordes en justering, beslutade insatser sammanfattades mot slutet av mötet. Inom projektet uppkom ytterligare behov av justeringar och en tydligare grundstruktur för mötet utvecklades. Grundstrukturen beskrivs i Ruta 3 nedan. Det var alltid läkaren som inledde och avslutade mötet. Under projektet diskuterade arbetsgruppen att en representant för kommunen, förslagsvis biståndshandläggaren, skulle leda mötet när initiativet till mötet kommit från kommunen. Så blev det dock aldrig, det föll sig mest naturligt att läkaren fortsatte att vara den som inledde och avslutade.

Under mötet fanns utrymme för frågor från den äldre och anhöriga. Om möjligt gavs svar direkt. Alla som deltog kunde ta upp frågor som de kom på under samtalet.

Ruta 3. Grundstruktur för ett vård- och omsorgsmöte

Grundstruktur för ett vård- och omsorgsmöte i hemmet
1. Introduktion av läkaren. 2. Läkaren ger medicinsk bakgrund, berättar om sjukdomar, hur de påverkar den äldre, berättar om läkemedelsbehandling. Den äldre deltar och bekräftar. 3. Biståndshandläggaren går igenom aktuella beslut. Frågar hur det fungerar, den äldre och kontaktpersonen och/eller samordnaren berättar. 4. Sjuksköterskan tar upp specifika problem som exempelvis viktnedgång eller hur den äldre tycker att det fungerar att ta sina läkemedel. 5. Gemensam diskussion kring problem och lösningar. 6. Avslutning av läkaren samt sammanfattning av fattade beslut av respektive verksamhet.

Tabell 4: Exempel på beslutade insatser indelade i kategorier

Exempel på beslutade insatser
Utökad hemtjänst • Den äldre hade fått problem att hitta hem, utökad hemtjänst, hjälp att handla så att behovet att gå ut och handla skulle minska. • Inkontinensbesvär, extra besök på natten för byte av inkontinensskydd. • Problem att förflytta sig, risk att bli sittande inaktiv, utökad hemtjänst i form av promenader och besök på kommunens restaurang. • Åtgärder för att minska nattfasta, utökad kvällshjälp. • Åtgärder för att minska undernäring, sällskap vid måltid.
Justering av befintlig hemtjänst för att öka kvaliteten i omsorgen • Personkemin mellan den äldre och kontaktpersonen var inte bra, skulle få ny kontaktperson. • Diskussion kring dusch, den äldre berättade vilken person som föredrogs, skulle alltid få den personen vid dusch. • Den äldre hade synpunkter på hur hemtjänsten utförde vissa sysslor, fick berätta om det, hemtjänsten skulle försöka tillmötesgå den äldres önskemål.
Annat relaterat till omsorgen • Förmedlade uppgradering av färdtjänstkortet från rullator till rullstol, underlätta vid resa. • Föreslog dagverksamhet. • Den äldre behövde flytta till annan bostad, dock inte till vård- och omsorgsboende, fick tips om olika möjligheter och kontaktvägar. • Anhörig ville att den äldre skulle ansöka om särskilt boende, den äldre ville inte, mötet satte igång en process och den äldre ansökte senare om boende. • Anhörigvårdare beställde trygghetslarm för att kunna få hjälp om den äldre ramlade och inte kunde ta sig upp.
Sjukvårdsåtgärder • Information från hemtjänst och anhörig gav underlag för förändring i läkemedelordinationen. • Den äldre hade behov av tandvård men svårt att ta sig till tandläkare, hemsjukvården kontaktade tandläkare som utför hembesök. • Utredning av smärtproblematik på geriatrisk klinik, under mötet valde den äldre att tacka ja till vård.
Överenskommelser kring den äldres vård • Läkaren klargjorde att målet för vården var att den äldre skulle ha det så bra som möjligt utan symtom så länge som möjligt i sitt hem. • Problem för den äldre att följa läkemedelsordination, läkaren förklarade vikten av regelbunden medicinering för att förebygga ytterligare försämrad funktion. • Läkaren klargjorde den medicinska planeringen, att den äldre skulle undvika akutmottagningar och istället kontakta hemsjukvården eller larmtjänsten för att istället få komma till närsjukhuset. • Läkaren berättade om den äldres minnesproblem och hur det påverkade situationen för den äldre, detta var nödvändig information för hemtjänsten.

Effekter av mötet

Nya insatser som beslutades under VOM

Det absolut vanligaste var att de äldre behövde utökad hemtjänst för att klara av att bo hemma, nya insatser beslutades hos sex av de nio äldre. Hemtjänsttiden utökades med i genomsnitt drygt 40%. Både omfattning och när insatsen skulle ske diskuterades och noterades. Ibland gjordes förändringar av den redan insatta hemtjänsten eftersom den äldre inte var nöjd med den. När det gällde insatser kring vården av den äldre handlade det ofta om att läkaren förklarade den medicinska bakgrunden och även förklarade hur vården skulle gå till. Det uppfattades som viktigt, både av professionella och av de äldre och anhöriga, att den äldre och alla personer runt den äldre fick samma information och fick vara med och komma överens om hur insatsen skulle skötas framöver.

I Tabell 4 visas exempel på olika insatser som beslutades under genomförda VOM. Den är ingen fullständig uppräkningslista över alla beslutade insatser, men ger en bild av vilka typer av insatser det handlade om. Listan bygger på de insatser de professionella kommenterade i en enkät som de fyllde i efter varje möte.

Blev insatserna införda?

Enligt de professionella blev samtliga insatser införda, utom i ett fall där flera planerade åtgärder inom hemtjänsten inte hann införas eftersom den äldre blev akut dålig.

Även de äldre och deras anhöriga bekräftade att beslutade insatser blev införda. Exempel på insatser som hade införts redan inom 2 veckor efter mötet var kvinnlig duschhjälp, hjälp att handla, tandläkarbesök i hemmet och utökad hjälp vid lunchen eller till kvällen. Samordning kring omläggning av sår och hjälp att duscha, hade fungerat bra i ett fall medan det i ett annat fall inte hade fungerat bra. Insatser som tog längre tid att genomföra var exempelvis ett byte av kontaktperson i hemtjänsten, fotvård i hemmet och hämtning av hjälpmedel som hade blivit stående kvar hemma hos en av de äldre.

Dock var det flera av de nya insatserna, som de äldre tackat ja till under mötet, men som de senare tackade nej till när de erbjöds. De äldre försökte klara sig själva och valde exempelvis bort extra lunchbesök, kvällsbesök, dagvård samt hjälp att komma i sängen till natten. Det sistnämnda, för att det var svårt att bestämma en fast tid att gå och lägga sig.

Förändring i läkemedelsbehandling

I samband med VOM gjorde läkaren ofta en läkemedelsgenomgång. I ett fall ändrades medicineringen efter att ny information hade framkommit under mötet. Annars var det vanligare att ändringarna var gjorda innan mötet och mötet användes för att informera om den aktuella läkemedelsbehandlingen. I två fall gjordes förändringar efter kontakt med den äldres specialistläkare. I ytterligare ett fall skrevs en konsultremiss för ställningstagande om ett eventuellt tillägg till behandlingen.

Vid tiden för VOM hade de nio personerna i genomsnitt 9,8 läkemedel per person (varav 1,3 läkemedel vid behov). Efter genomgången var antalet läkemedel i stort sätt oförändrat. Förutom insättningar och utsättningar av läkemedel gjordes även 5 dosminskningar. Främst var det blodtryckssänkande och vätskedrivande medel som ändrades. För 3 personer ändrades inte läkemedelsbehandlingen alls vid vård- och omsorgsmötet.

Livskvalitet och grad av oro

En fråga i projektet var om de äldre som deltog i ett VOM mätte bättre efter att mötet hade genomförts. För att försöka svara på det användes ett formulär som mätte självuppskattad livskvalitet och ett som mätte självuppskattad grad av oro. Enligt projektplanen skulle formulären besvaras dels veckan innan mötet för att ge ett baslinjevärde och dels vid två tillfällen efter mötet för att om möjligt mäta effekter av insatsen. Det visade sig dock att flera av mätningarna inte kunde genomföras. Det berodde dels på att flera av de äldre hade minnesproblem och/eller att de befann sig på sjukhus när mätningen skulle göras. Det var endast fyra som besvarade samtliga formulär. Vid baslinjemätningen besvarade de flesta av de äldre formulären.

Livskvalitet och grad av oro vid baslinjen

Innan mötet uppskattade de äldre sin livskvalitet enligt EQ5D-index till 0,62 (0,29 – 1,0) och enligt EQ5D-VAS till 60 (45 – 95). Det var 8 av de äldre som besvarade frågedelen (EQ5D-index) och 7 som skattade sin livskvalitet på VAS-skalan.

Grad av oro uppmättes till 11,4 (6-17). Värdet kan som lägst vara 6, vilket indikerar ingen oro och som högst 24, vilket indikerar stark oro. Detta formulär, STAI short form, besvarades av 7 personer.

Förändringar i livskvalitet eller oro

Det behövs en förändring på minst 0,10 i EQ5D-indexvärdet och på minst 10 steg i VAS-skalan för att den ska uppfattas som en reell förändring av livskvaliteten (Landstinget i Jönköping). När det gäller STAI short form hittades inte någon anvisning om hur stor skillnad som krävs för att det ska räknas som en reell förändring. I den här undersökningen har en skillnad på 2 inte tolkats som en förändring medan att övriga uppmätta skillnader (5, 6, 7 respektive 8) har tolkats som en förändring.

Vid tiden två veckor efter mötet sågs ingen skillnad i vare sig livskvalitet eller grad av oro hos en person. Två personer rapporterade lägre grad av oro och den ena av dem även viss ökad livskvalitet. Den fjärde personen uppvisade sämre livskvalitet än före mötet.

Vid uppföljningen efter 2 månader sågs viss ökad livskvalitet hos den person som varit opåverkad vid första uppföljningen. De båda som hade varit mindre oroliga vid första uppföljningen hade däremot återgått till samma nivå som tidigare och de uppvisade även viss försämrad livskvalitet jämfört med innan mötet. Personerna kommenterade att försämringen berodde på ökad smärta respektive nya problem med svårläkta sår. Den fjärde personen rapporterade liksom vid första uppföljningen försämrad livskvalitet jämfört med före mötet.

Jämförelse med data ur Folkhälsoenkät 1998

För att få en jämförelse med andra personers uppskattade livskvalitet visas här data från en folkhälsoenkät som genomfördes i Stockholms Län 1998 (Burström 2002). De drygt tretusen personer som svarade på enkäten fick bland annat uppskatta sin så kallad globala hälsa respektive livskvalitet mätt med EQ5D. I redovisningen anges dels EQ5D-index och dels ett värde som de kallade "Rating Scale", vilket motsvarar värdet på VAS-skalan dividerats med 100. Bland de drygt tretusen personerna uppgav 27% att de hade en långvarig sjukdom.

Enligt folkhälsoenkäten uppskattade 122 personer i jämförbar ålder (80-88 år) sin livskvalitet till EQ5D-index 0,74 och Rating Scale 0,69. Vid baslinjemätningen hade de äldre i VOM-

projektet ett indexvärde som var lägre än för denna grupp (0,62), medan deras värde på Rating Scale var jämförbart (0,60; det vill säga medelvärdevärdet på VAS-skalan dividerat med 100).

Rapporten från folkhälsoenkäten presenterade även en jämförelse mellan personernas uppskattning av sin globala hälsa och av EQ5D, se Tabell 5 nedan. De äldre i projektet med sin uppskattade livskvalitet 0,62 (index) och 0,60 (rating scale) motsvarar en uppskattad hälsa som är lägre än ”varken bra eller dålig” men högre än ”ganska dålig” hälsa.

Tabell 5: Data ur Folkhälsoenkät 1998 där personernas uppskattade globala hälsa jämförs med deras uppskattade livskvalitet.

Skattad global hälsa (antal personer)	Rating Scale (VAS/100)	EQ5D-index
Mkt bra (966)	0,96	0,96
Ganska bra (1484)	0,86	0,85
Varken bra eller dåligt (365)	0,69	0,71
Ganska dåligt (188)	0,52	0,46
Dåligt (19p)	0,34	0,23

Vad hände med de äldre under uppföljningstiden efter mötet

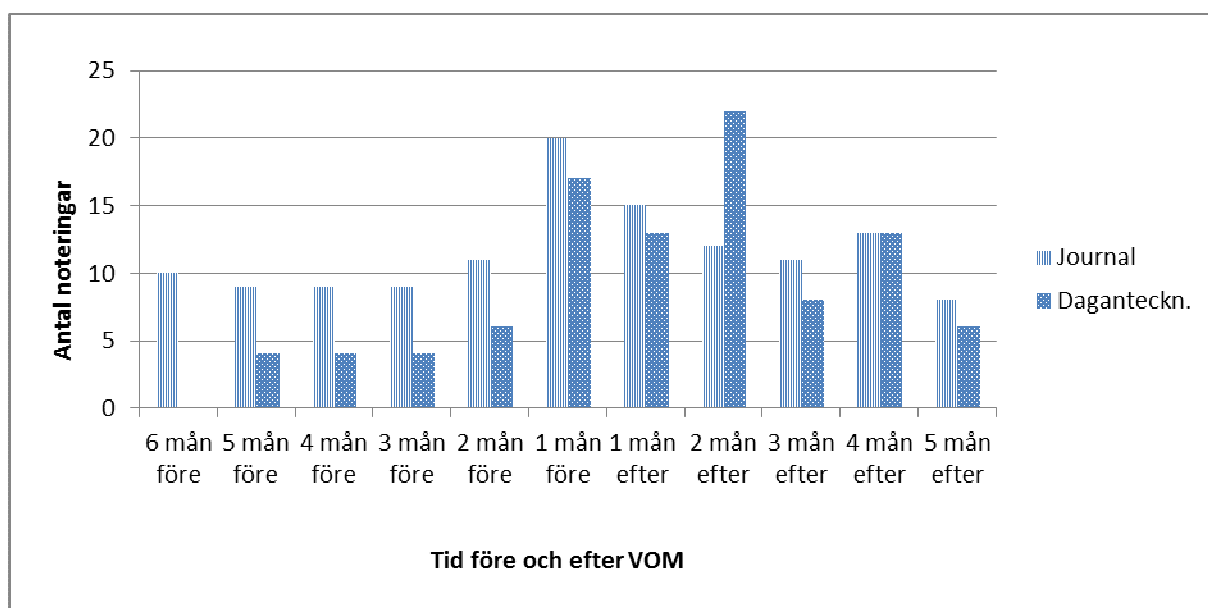
Vid slutet av uppföljningsperioden på sex månader (3 månader för en person) hade tre av de äldre flyttat till vård- och omsorgsboende, och en fjärde väntade på plats. Två av dem hade då först bott på korttidsboende medan två fick hjälp i hemmet med utökad hemtjänst och fortsatt hemsjukvård i väntan på nytt boende. Övriga fem personer bodde kvar i sitt hem. En person tycktes må bra under cirka fyra månader men därefter noterades ökad förvirring och falltendens, och därmed ytterligare ökat behov av hemtjänst. En person med kroniska besvär fortsatte att bo hemma med stöd av hemtjänst och hemsjukvård, men behövde dessutom sjukhusvård upprepade gånger under uppföljningsperioden. Anslutning till ASIH diskuterades, men ingen förändring gjordes under uppföljningsperioden. För två personer var situationen relativt stabil, men efter ett par månader fick den ena problem med nya svårläkta sår och ett nytt vård- och omsorgsmöte bokades in strax efter uppföljningsperiodens slut. Den äldre som vårdades av anhörigvårdare tycktes ha mått relativt bra. Mot slutet av uppföljningsperioden gavs information om möjlighet till växelvård och mer hemtjänst, men paret avvaktade med det tills vidare. Hemsjukvården hade kontakt med anhörigvårdaren varje vecka genom hembesök eller telefonsamtal för uppföljning och stöd.

De äldres behov av vård och omsorg

För att få en bild av omfattningen av de äldres behov av vård och omsorg på lokal nivå, granskades hemtjänstens daganteckningar och hemsjukvårdens journalanteckningar. Larmlistor och dokumentation från biståndshandläggare gav kompletterande information. Granskningen sammanställdes i form av antalet noteringar, som personalen gjorde, per uppföljningsmånad. I hemsjukvården gjordes noteringar för varje vårdkontakt med den äldre eller anhöriga, liksom telefonsamtal med annan vårdpersonal, utredningar och vårdmöten som handlade om den äldres vård. Hemtjänsten noterar avvikelser från den rådande rutinen i daganteckningarna. I sammanställningen inkluderades endast noteringar som handlade om

att den äldre behövde extra hjälp eller uppvisade symtom som påverkade hemtjänstens arbete, eller tydde på en försämring hos den äldre, se fotnot.

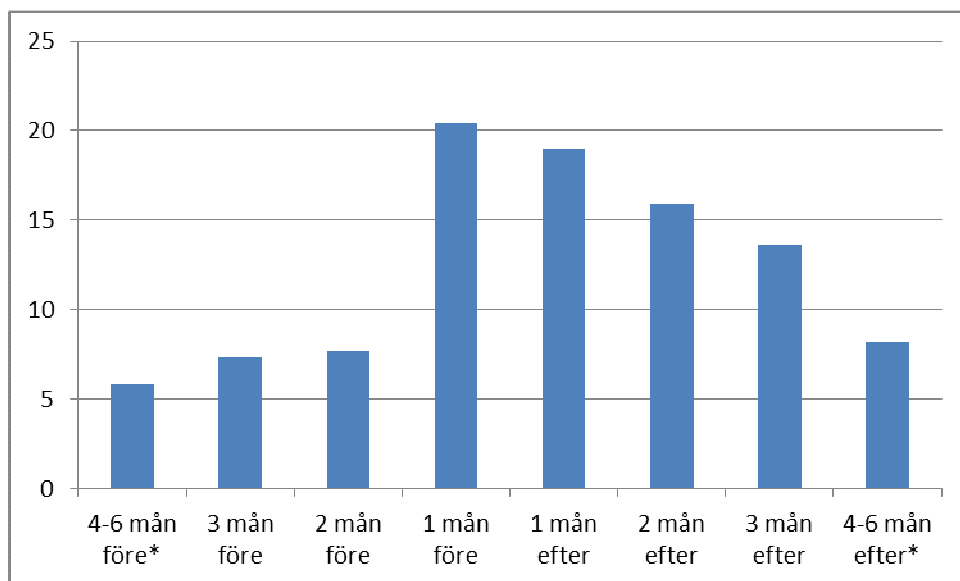
De nio äldre hade mycket olika behov av vård och omsorg från hemsjukvård respektive hemtjänst. Det var vanligast att antalet noteringar var lågt i början av uppföljningsperioden, att noteringarna ökade fram emot månaden före vård- och omsorgsmötet, och att de sedan minskade igen. Det var också påfallande ofta som antalet noteringar från hemtjänsten och från hemsjukvården följdes åt, det vill säga, när antalet noteringar ökade för den ena så ökade det också för den andra. Ett exempel på detta visas nedan i Figur 1.



Figur 1: Exempel som visar hur hemtjänstens daganteckningar och hemsjukvårdens journalanteckningar ofta följdes åt, det vill säga att antalet noteringar i de båda verksamheterna ökade och minskade samtidigt.

Det var svårt att på grupp-nivå göra en entydig sammanställning av omfattningen av de äldres lokala vård- och omsorg. Exempelvis kunde det ibland se ut som att behovet av vård och omsorg minskade, men då kunde det bero på att den äldre vårdades på sjukhus en period. När det gällde vårdutnyttjande hade projektet tillgång till data från Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Denna statistik visade att antalet vårdkontakter som de äldre hade var högst månaden innan vård- och omsorgsmötet för att sedan minska under månaderna efter mötet. Figur 2 nedan visar det genomsnittliga antalet vårdkontakter per person och månad. Varje notering motsvarar här en kontakt med vårdpersonal eller en sjukhusinläggning.

¹ I hemtjänstens dokumentation noterar personalen avvikelser och annat de observerar i omvårdnaden om den äldre. Noteringen skrivs in under olika rubriker, så som "larm", "avvikelse", "extra besök/tillsyn", "dubbelbemanning", "hälsa/fysiska förändringar". De noteringar som handlade om att den äldre behövde extra hjälp eller uppvisade särskilda symtom togs med i bearbetningen. Exempel på anteckningar som togs med var: "Ovanligt trött idag, avböjde att kontakta ssk", "Ramlat", "Ringer ssk och berättar om att kund slagit i tån och blödde", "Grannar larmar, kund verkar förvirrad", "Mådde dåligt, feber, anhörig bad om extra besök", "Behövde hjälp med att komma i säng, har ont i ryggen". De vanligaste noteringarna i daganteckningarna var dock av annat slag och de räknades inte in i bearbetningen. Exempel på noteringar som inte räknades in var: "Hade besök av sonen, avböjde hjälp lunchhjälp idag", "Ville inte duscha, hade dotter på besök", "Ville inte gå på promenad idag". Det var ovanligt att de privata hemtjänstanordnarna förde anteckningar, åtminstone för de äldre som ingick i denna undersökning.



Figur 2: Visar genomsnittligt antal vårdkontakter per person och månad enligt statistik från centrala register. *För tiden 4-6 månader före respektive efter vård- och omsorgsmötet utgör antalet ett genomsnitt för dessa tre månader.

Kostnadsberäkningar

Kostnader för vård- och omsorgsmötet

En översiktlig uppskattning av kostnaden för de åtta mötena har gjorts. Beräkningen har utgått ifrån deltagande professionellas timkostnad och den tid som de behövt för mötet.

En uppskattning av timkostnaden för deltagande professionella gjordes av respektive verksamhet. Följande schabloner användes i beräkningen: läkare 790 kr/tim, sjuksköterska 385 kr/tim, biståndshandläggare 420 kr/tim och personal inom hemtjänsten 300 kr/tim. Eftersom beräkningen är översiktlig användes samma belopp för samtliga personer i hemtjänsten oavsett tjänst.

Mötestiden var densamma för samtliga professionella det vill säga en timme, och restiden per person uppskattades till 30 minuter totalt. Att sammankalla till mötet tog (drygt) 20 minuter för en sjuksköterska vid hemsjukvården. Förberedelse tiden var för läkaren 1 timme och för biståndshandläggare och samordnare/chef vardera 10 minuter.

Totalt blev genomsnittskostnaden för ett VOM 3 800 kr, omsorgens andel av kostnaderna var cirka en tredjedel (34 %) och hemsjukvården stod för den största delen av kostnaden.

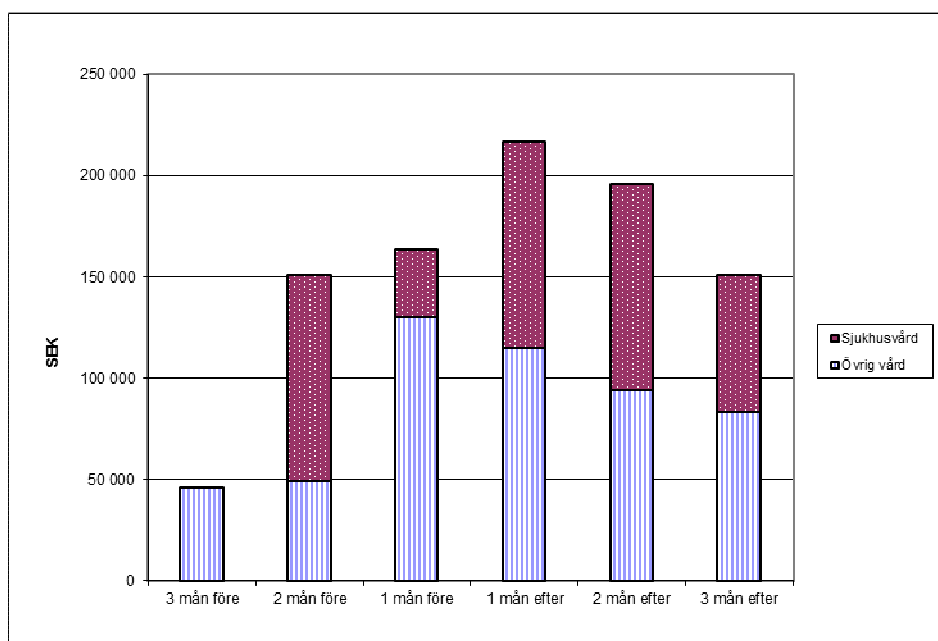
Kostnader för hemtjänst före och efter VOM

Hos sex av de äldre utökades hemtjänsttiden efter mötet, medan tre av de äldre inte hade något behov av ytterligare hjälp. Beräknat på de uppgifter som samlats in hade de äldre i genomsnitt 11,6 timmar hemtjänst per vecka innan VOM och 16,9 timmar per vecka efter. Med samma antagande som tidigare, det vill säga att en hemtjänstpersonal kostar 300 kr/timme, så ökade kostnaderna för de nio äldre från i genomsnitt 15 000 kr till 21 600 kr per person och månad.

Kostnader för sjukvårdsutnyttjande

Kostnaden för de äldres vårdutnyttjande tre månader före och tre månader efter vård- och omsorgsmötet har beräknats. Beräkningen grundar sig på statistik från landstingets centrala sjukvårdsregister. Statistiken har tillhandahållits av Hälso- och sjukvårdsförvaltningen, som också bistått med aktuella uppgifter om kostnader för sjukvård².

Den sammanlagda kostnaden för de äldre visas i Figur 3. Av de nio äldre var det fem som vid totalt tolv tillfällen vistades på sjukhus, vilket påverkar den sammanlagda kostnaden i hög grad. Vårdkostnaden påverkades även mycket av att en person behövde hjälp i hemmet med sina läkemedel, både morgon och kväll, efter en sjukhusvistelse.



Figur 3: Kostnad för sjukhusvård och all övrig sjukvård för de äldre före och efter vård- och omsorgsmötet. Vård- och omsorgsmötet ingår i perioden "1 mån efter".

² Följande schabloner har använts i beräkningen: kontakt med läkare 1 200 kr, kontakt med all övrig sjukvårdspersonal 600 kr och en notering om sjukhusvistelse 34 000 kr. Kostnad för vårdkontakt med läkare och övriga vårdkategorier utgör ett genomsnitt av all sådan vård inom SLL. Här har inte gjorts någon skillnad på kontakt med sjuksköterska/distriktssköterska eller undersköterska. Kostnaden för sjukhusvistelse utgör medianvärdet för en sjukhusvistelse för personer 80 år eller äldre.

Synpunkter från de äldre och anhöriga

De äldre och deras anhöriga intervjuades vid tre tillfällen, dels direkt efter VOM, dels per telefon ca 2 veckor efter mötet och per telefon ca 2 månader efter mötet.

Det var framför allt de anhöriga som besvarade intervjufrågorna. Vid intervjun direkt efter mötet deltog samtliga äldre och anhöriga som närvarat under mötet. De äldre deltog aktivt i intervjun men hade ibland svårt att komma ihåg vad som hänt och hänvisade till sina anhöriga. Vid uppföljningen per telefon efter 2 veckor deltog sex av de äldre och sju anhöriga, en från varje möte där anhöriga deltagit. Två av de äldre ringdes inte upp, en på grund av demenssjukdom och en hade tackat nej till att bli uppringd. En av de äldre kunde inte svara på någon fråga på grund av tilltagande minnesproblem och en orkade endast svara på hälften av frågorna. Vid uppföljningen per telefon efter 2 månader deltog fyra av de äldre och sju anhöriga, samma anhöriga som vid den första telefonintervjun. Den här gången var det ytterligare två av de äldre som inte ringdes upp, en befann sig på korttidsboende och en hade tackat nej till att bli uppringd på grund av trötthet. En av de äldre hade svårt att komma ihåg mötet och kunde bara svara på några av frågorna och en orkade bara svara på hälften av frågorna.

Innan fem av de åtta mötena hade anhöriga hört av sig och bett om hjälp

I fyra fall hade en dotter ringt hemsjukvården och bett om ett möte, om mer information eller om att få klarhet kring den äldres situation. I två av dessa fall hade de äldre legat på sjukhus och behövde mer hjälp när de kom hem. I ytterligare ett fall hade anhörig ringt till biståndshandläggaren och berättat om sin oro för den äldre. De äldre själva tycktes inte ha varit inblandade i dessa samtal. För övriga fyra äldre hade någon professionell föreslagit mötet.

De äldre mindes inte så mycket om information innan mötet

De äldre kom oftast inte ihåg hur de hade informerats utan hänvisade till de anhöriga. De flesta äldre sa att de fått information via den anhöriga. Några av de äldre mindes att de hade fått information, men kom inte ihåg av vem och inte heller vad den handlade om. Några sa att de mindes att de blev tillfrågade och att de hade varit positiva till att ha ett möte. De anhöriga hade fått information om att hemsjukvården och hemtjänsten provade ett nytt arbetssätt och att mötet skulle handla om den äldres situation där hemma. De flesta kände till att det var många personer som skulle komma till mötet och ungefär vilka funktioner som skulle närvara, men i tre fall kände inte anhöriga och de äldre till att det skulle komma så många personer till mötet.

De flesta ansåg att de hade fått säga det de ville under mötet och var nöjda med innehållet i mötet

En av de äldre tyckte att det hade varit svårt att få säga vad den ville under mötet och svårt att svara på frågorna som ställdes. För övrigt menade de äldre och de anhöriga att de hade fått säga vad de ville. En anhörig förtydligade att de hade fått prata i detalj om hur hennes förälder hade det.

Det var inte många som uttryckte att man saknade något i de möten som varit. Några kommentarer fanns dock från anhöriga. En anhörig sa att det fanns saker hon velat prata med personalen om i enrum, men att hon ändå tagit upp detta under mötet. Ytterligare en anhörig berättade att det hade känts svårt att prata öppet om vissa saker. Saker som upplevdes vara svårt att prata om var bland annat om den äldres förmodade minnesproblem. Båda dessa anhöriga tyckte att frågorna hade hanterats på ett bra sätt under mötet och de hade också fått prata med läkaren enskilt i efterhand. En anhörig var besviken på mötet, och ansåg att de utökade insatser som hade beslutats på mötet inte var tillräckliga. En anhörig hade inte saknat

något men berättade att en av deltagarna gått ifrån och skött andra saker under mötet, och menade att deltagarna borde fokusera på mötet och inte hålla på med andra saker samtidigt. En anhörig hade saknat återkoppling från biståndshandläggaren om hur den hade tänkt och beslutat.

Mer fördelar än nackdelar att vara så många personer på mötet

Direkt efter mötet sa en av de äldre att det var lite för många personer närvarande på mötet och vid en uppföljning sa ytterligare två äldre att det hade varit lättare att prata med färre personer. Övriga äldre och alla anhöriga menade att antalet personer på mötet hade varit bra, någon av de äldre sa till och med att det var roligt att det var så många närvarande. En anhörig som deltagit tillsammans med två andra anhöriga på mötet tyckte det hade varit en fördel att de varit många anhöriga vid mötet så att den äldre inte försvann bland all personal.

Flera uttryckte spontant att det var en fördel att alla personer var med. På en direkt fråga om eventuella fördelar med att träffa alla personer samtidigt sa flera av de äldre och alla anhöriga att det var bra. De sa att det var bra för samordningen, att alla fick en gemensam bild, att alla bidrog och hade olika synvinklar, att det kom upp fler saker på det sättet och att fler frågor kunde lösas direkt när alla var med. En anhörig gav ett exempel och sa att sjuksköterskan hade tagit upp frågan om den äldre behövde hjälp lördag-söndag också, och menade att det var bra att det var fler som ägde problemet tillsammans. En anhörig påtalade att det var ett bra samspel, att läkaren ställde frågan om hygien när egentligen hemtjänsten kunde ha tagit upp den frågan. Någon kommenterade att det fanns nackdelar kanske främst för den äldre med så många personer, men att fördelarna övervägde. En anhörig framförde att det var mycket bra med ett enda möte istället för att prata med de olika personerna vid olika tillfällen. En av de äldre påtalade att det var bra att få saker verifierade av läkaren och sjuksköterskan.

Det framfördes även nackdelar med att så många personer deltog i mötet. En av de äldre sa att det hade varit besvärligt att höra vem som sa något och vad som sades. En annan sa att det hade känts som att alla deltagare lade sig i, den äldre ville bestämma själv och hade velat ha betänketid på de förslag som kom upp. En anhörig hade varit osäker på vilken funktion de olika personerna på mötet hade, och efterlyste en bättre presentation i inledningen av mötet. En anhörig sa att ibland hade personerna pratat i munnen på varandra. Två anhöriga lyfte fram, liksom de sagt tidigare, att det var svårt att prata om känsliga ämnen i en så stor grupp. Känsliga ämnen kunde vara bristande hygien, alkoholproblematik och misstanke om demenssjukdom.

Förväntningar om hjälp och information

Några av de äldre hade konkreta förväntningar på mötet. En som varit på sjukhus förväntade sig att få hjälp att vara hemma. En annan ville få ordning på veckan, en ville få information, några hade frågor de ville få svar på.

De förväntningar anhöriga hade var både konkreta och allmänna. I tre fall ville de att föräldern skulle söka vård- och omsorgsboende. Några behövde få tala om tandvård för föräldern. Andra förväntningar som anhöriga hade var att stämma av föräldrarnas insatser och få träffa den nya hemtjänstpersonalen eller få ansikten på alla personer runt föräldern. Någon ville få berätta om sin oro för föräldern, att det fanns en osäkerhet kring hur den äldre hade det. Det fanns också förväntningar hos anhöriga att föräldern skulle ta emot mer hjälp, och någon uttryckte att de ville se till att föräldern skulle "få bästa skönaste omvårdnaden" och att få känna att föräldern hade det bra.

Redan under den första intervjun sa de äldre som hade önskat få svar på frågor och få information att de var nöjda. Anhöriga sa att de kände sig nöjda med mötet, förutom i ett fall

där det inte hade gått att få till en ansökan till vård- och omsorgsboende eftersom den äldre själv inte ville det, annars var de nöjda med övrigt som avhandlats under mötet. Här uttryckte anhöriga att de velat få ”prata ihop sig” med personalen innan mötet.

Anhöriga mer positiva än de äldre själva

Vid den första uppföljningen sa två av de äldre att de var missnöjda och tyckte att deras största problem kvarstod, de hade båda svårt att ta sig upp och ner för trappen till lägenheten och därmed svårt att ta sig ut. Ytterligare två andra sa att det inte hade hänt så mycket. Vid den andra uppföljningen sa en av de äldre att förväntningarna infriats, medan en inte kunde svara och två gav otydliga svar.

Bland de anhöriga sa tre att förväntningarna hade infriats, och en av dem tyckte att förväntningarna till och med hade överträffats. Dessa tre var lika nöjda vid nästa uppföljning. Då berättade en av dem att det nu var roligare att besöka föräldern, för föräldern såg fräschare ut. En anhörig var mycket missnöjd vid första uppföljningen men sa vid tvåmånadersuppföljningen att förväntningarna hade infriats. Allt hade verkat så bra efter mötet, men samordning med regelbunden såromläggning och dusch hade inte fungerat och kontakten med kommunen hade varit krånglig. Den äldre själv uppgav att det inte hänt så mycket av det hon förväntat sig. Vid uppföljningen efter två månader sa dock den anhöriga att förväntningarna infriats men att det hade tagit tid att få alla beslutade insatser införda och att få det att fungera.

Två anhöriga var positiva även om inte förväntningarna hade infriats. Den ena menade att personerna runt föräldern gjorde vad de kunde men att mycket hade inte blivit genomfört eftersom föräldern inte var så lätt att övertala. Ytterligare en anhörig berättade att insatserna inte hade kunnat införas eftersom föräldern blivit akut sämre. Vid uppföljningen efter två månader berättade den anhöriga att mötet ändå varit mycket positivt. Hon beskrev mötet som en katalysator, det hade satt fokus på föräldern och hur man kunde hjälpa henne. Tack vare detta hade alla processer blivit smidiga när hjälpbehovet ökade och föräldern behövde plats på korttidsboende. Den anhöriga tillade att hon trodde att föräldern känt sig sedd och hörd på mötet, och hade uppskattat att alla var där för att lyssna på henne.

En anhörig hade förväntat sig att mötet skulle leda till en ansökan till vård- och omsorgsboende, men det hade inte infriats. Vid den senare uppföljningen hade den äldre blivit akut sämre och fått en plats på korttidsboende. Ytterligare en anhörig som tidigare sagt sig vara nöjd var missnöjd för hon hade trott att det skulle bli mer kontakt med de professionella efter mötet, men så hade det inte blivit.

Utökade insatser från hemtjänsten sattes in snabbt

Utökad hjälp från hemtjänsten hade i de flesta fall införts redan vid den första uppföljningen, enligt anhöriga. De äldre hade dock i tre fall tackat nej till hjälp som beslutats. Exempelvis tackade en äldre nej till kvällshjälp eftersom det var svårt att gå och lägga sig på en bestämd tid varje kväll. Två som skulle få ny kontaktperson visste inte anhöriga om det blivit genomfört och de äldre gav inte några tydliga svar. Duschhjälp med kvinnlig personal hade genomförts, medan fotvård i hemmet inte startat ännu, här skulle läkaren skriva remiss. En anhörig uttryckte att hjälpen hade börjat direkt, och betonade att hon tyckte det var fantastiskt, hon var imponerad. En annan sa däremot att visst hade den äldre fått utökad hjälp men att hon inte visste hur det fungerade och hon var fortfarande alltid orolig för att den äldre skulle gå ut och inte hitta hem igen. En äldre som behövde tandvård hade redan fått hembesök av tandläkare och var mycket nöjd med det.

Vid uppföljningen efter 2 månader uppgav två av de äldre att de var nöjda med insatserna, de hade fått mer hjälp av hemtjänsten, mer hjälp att duscha och samordningen av dusch och

såromläggning fungerade. Fyra av de anhöriga uppgav att de beslutade insatserna var införda, vilket dock motsades av en av de äldre. Två anhöriga sa att insatserna blev införda men inte tillräckliga, och en anhörig berättade att den äldre blivit mycket sämre en kort tid efter mötet och behövde korttidsvård innan insatserna hade hunnit införas fullt ut.

Fyra av de anhöriga menade att den äldres situation hade påverkats till det bättre

Det var inte många av de äldre som svarade på frågan om deras situation hade påverkats av insatser som beslutats på mötet, men de som gjorde det menade att det inte var någon skillnad mot tidigare.

Fyra anhöriga menade att situationen för de äldre hade påverkats till det bättre. En av dem sa att det var mycket lugnare nu när de visste att hemtjänsten kommer, en annan att situationen var bättre men att föräldern inte tyckte om att det kom så många personer hem och därför hade bytt till annan hemtjänst. Ytterligare en tyckte det blivit bättre när de anhöriga blivit mer involverade i omsorgen. En berättade att den äldre hade fått byta kontaktperson och det har blivit mycket bra. Den här kontaktpersonen hade lyckats genomföra saker, hygien var mycket bättre och städningen fungerade bra. Dessutom hade kvällshjälpen utökats, och det kändes mycket lugnare att veta att någon var hos föräldern på kvällen. Den äldre själv hade inte riktigt samma uppfattning, utan ville klara sig själv så länge som möjligt och menade att det gick bra ännu så länge. Det var viktigt att få känna sig fri och oberoende.

Två anhöriga ansåg att det inte var någon större skillnad efter mötet när det gällde den äldres situation, det var särskilt boende som var lösningen för dessa äldre. Båda fick senare sina ansökningar om vård- och omsorgsboende beviljade.

De äldre och anhörigas kontakt med vård och omsorg efter mötet

Både de äldre och anhöriga visste hur de skulle kunna få kontakt med vården och omsorgen. Några av de äldre sa att de skulle ringa till sina anhöriga som i sin tur skulle få ta kontakten.

En anhörig sa att det nu var tydligare när de skulle ringa till hemsjukvården och när de skulle ringa till biståndshandläggare eller hemtjänst. En annan anhörig lyfte fram att nu visste hon vem som var sjuksköterska och vem som var biståndsbedömare etcetera. En anhörig påpekade att den nu förstått att biståndshandläggaren var en nyckelperson i högre grad än den vetat tidigare. En anhörig önskade att det skulle finnas en enda kontaktperson som samordnade insatserna kring föräldern, det hade varit en fördel att kunna ringa en person om det skulle bli något som inte fungerade.

Fråga om de äldre och deras anhöriga ville rekommendera mötet till andra.

Alla äldre som kom ihåg mötet sa att de ville rekommendera ett liknande möte till andra äldre personer. Även de äldre som inte tyckte att det hade hänt så mycket sa att det var "bra att få ventilera sin situation" eller att det var "bra att de [professionella] ser till människor" och att det var "bra att de vet hur man har det och att de vill hjälpa till". Den äldre som varit negativ i många frågor sa att det var "bra att alla kommer till mötet och får se hur man har det".

Även alla anhöriga, inklusive dem som inte var helt nöjda med vad som hänt vid mötet, ville rekommendera mötesformen till andra. De fördelar som anhöriga tog upp var exempelvis att det var bra att alla fick samma information och bra att få ett ansikte på de professionella. De mycket positiva sa "absolut", eller att "det är helt rätt att göra så här", eller "det är en bra början, principen är bra, det kan förenkla för alla, även för personalen som då vet vad de ska göra". En anhörig sa att det var märkligt att de inte jobbar så här jämt, att det borde vara självklart att man arbetar tillsammans så här.

De professionellas syn på vård- och omsorgsmötet

Samma dag eller någon dag efter mötet fick de professionella som närvarat en enkät att fylla i. Efter påminnelser svarade samtliga personer på enkäten. Enkäten innehöll fyra frågor; 1) om de trodde att mötet varit viktigt för den äldre, 2) om den äldres problem inte hade kunnat lösas utan ett gemensamt vård- och omsorgsmöte, 3) om det var något under mötet som inte hade fungerat bra samt 4) vilken roll personen själv hade haft på mötet. Svaren på de tre första frågorna sammanställs nedan och den fjärde frågan presenteras i ett eget avsnitt.

Mötet uppfattades alltid ha varit viktigt för den äldre

Sammanfattningsvis uttryckte samtliga professionella att mötet alltid varit viktigt för den äldre. Mötet ansågs också vara viktig för anhöriga, ibland kanske mest viktigt för dem. De professionella beskrev att mötet varit bra för den äldre som fått stå i centrum och fått känna sig sedd och lyssnad på, och att det fanns möjlighet att ställa frågor och få svar på dem.

Vissa frågor skulle inte ha kommit upp om de inte suttit tillsammans och diskuterat, enligt de professionella. Andra gånger uppfattades det som att insatta åtgärder förmodligen blivit beslutade utan ett VOM, men att det då hade tagit längre tid.

Problem som påpekades

I några möten visade det sig att de professionella från hemsjukvården och från kommunen inte hade samma uppfattning om värdet av vård- och omsorgsmötet. Generellt var hemsjukvården mer nöjd och såg en nytta med alla möten medan kommunen vid några tillfällen hade en annan åsikt. Från kommunens sida framhölls då att beslut som hade fattats när det gällde kommunal omsorg inte krävde ett VOM. Det hade blivit samma beslut vid ett enskilt möte med den äldre och anhörig.

Angående mötesformen påpekades att vissa ämnen inte kunde diskuteras i denna stora grupp. Ett sådant ämne som inte alltid kunde diskuteras, beroende på den äldres inställning, var inkontinensproblematik. I ett fall ansågs att mötet hade kunnat hållas utan att den äldre deltog eftersom den äldre hade en demenssjukdom och svårt att uttrycka sina behov. I ett annat fall ansågs att mötet förmodligen gett bättre nytta om det hade hållits tidigare, den äldre var vid mötestillfället alltför dålig och det var svårt att utforma en god omvårdnad i hemmet. Vid två tillfällen påtalades att det hade behövts bättre information innan mötet, dels information till de professionella och dels till anhöriga. Det framkom också att de professionella från kommunen vid några tillfällen hade känt att sjukvården tagit över och föreslagit omsorgsinsatser respektive uttryckt kritik mot kommunens verksamhet. Vid ett möte talade verksamheterna förbi varandra och kom aldrig fram till själva problemet.

Övervägande positiva erfarenheter av gemensamt vård- och omsorgsmöte

Mötet hade också varit viktigt för dem själva för att få ett helhetsgrepp om den äldres hela situation och behov av vård och omsorg. Många framhöll att deras arbete underlättades av att alla var samlade och diskuterade tillsammans. Det gjorde att många telefonsamtal kunde undvikas när saker skulle klarläggas eller informeras om. Biståndshandläggare menade att det blev ett bättre underlag till deras utredning, det blev tydligare vad den äldre klarade av eller inte av att göra, i och med de olika personerna vid mötet kunde ge sin bild av den äldres situation. En annan fördel var att de professionella fick träffa varandra, det underlättade samarbetet. Speciellt nämndes värdet av att träffa nyanställda personer i de andra organisationerna.

De professionella beskriver sin roll

En av frågorna i den enkät som personalen besvarade i anslutning till varje möte handlade om vad de själva hade haft för roll under mötet. Det visade sig att olika personer beskrev sin roll på olika sätt, vilket kan bero på att olika saker hände på de olika mötena men också på den personliga uppfattningen. Sammanställningen, som visas i Tabell 6, kan ses som en skiss över vilka roller professionerna kan ta under ett möte. Den kan användas som underlag vid fortsatta diskussioner om roller under vård- och omsorgsmöten i hemmet.

Tabell 6: De professionellas beskrivning av sin roll vid VOM.

Profession	Roll
Biståndshandläggare	• Att berätta om insatser som fanns att erbjuda och svara på frågor • Att samla in information för att kunna göra en utredning om behov av insatser • Att hjälpa de äldre till ett bra liv trots funktionsnedsättningar, att underlätta vardagen • Att övertyga den äldre att ta emot sjukvård som erbjöds via hemsjukvården
Hemtjänst Samordnare/chef	• Att lyssna på den äldre, föra anteckningar och fullfölja den äldres önskemål • Att lyssna på hela samtalet, föra anteckningar om vad gruppen kommit fram till • Att berätta hur de från hemtjänstens sida uppfattade den äldres situation
Hemtjänst Kontaktperson	• Att vara den äldres stöd under samtalet • Att beskriva hur hjälpen fungerar • Att bidra med erfarenheter, synpunkter och idéer • Att lyssna för att få veta hur hemtjänstarbetet ska utföras • Att lyssna för att veta vad hemtjänsten kan bidra med hos den äldre i framtiden
Läkare	• Att ge medicinsk bakgrund om vård och behandling • Gå igenom vilka läkemedel som används • Läkemedelsgenomgång, ibland efter konsultation med den äldres behandlande specialist • Att bidra med medicinska synpunkter under mötet • Att beskriva målsättningen med behandlingen • Att beskriva den äldres sjukdomar och hur de utvecklades, exempelvis hur tilltagande minnessvikt påverkar möjligheten för den äldre att klara av att ta sina läkemedel
Sjuksköterska/ distriktssköterska	• Att bevaka den äldres intressen och se till att den äldres hela omvårdnadsbehov tillgodoses, med målet att bevara hälsan hos den äldre • Att se till att det den äldre hade önskemål om blev åtgärdat • Att berätta vilka sjuksköterskeinsatser som utfördes hos den äldre • Att stötta den äldre eller att göra så att den äldre kände sig trygg i mötet.

Fokusgruppsintervjuer med de professionella

För att ytterligare fördjupa uppfattningar om hur arbetet hade fungerat under vård- och omsorgsmötet genomfördes tre fokusgruppsintervjuer, en med respektive deltagande verksamhet. Innan intervjun konstruerades en intervjuguide som användes som stöd under samtalet. Intervjuguiden innehöll frågor och frågeområden som skulle tas upp om de inte kom upp spontant under samtalet. Två projektledare från Nestor medverkade vid intervjuerna, en fungerade som moderator och en som observatör. Observatören kunde även flika in frågor under samtalet när det kändes lämpligt.

I de tre fokusgruppsintervjuerna deltog 1) en chef, en samordnare och en hemtjänstpersonal från hemtjänsten, 2) fem biståndshandläggare och 3) läkaren och två sjuksköterskor från hemsjukvården. Intervjuerna pågick under 55, 70 respektive 60 minuter. Intervjuerna spelades in med deltagarnas medgivande och skrevs därefter ut ordagrant. Texterna bearbetades först genom kondensering i flera steg och därefter sorterades texten i kategorier. Nedan presenteras kategorierna och deras innehåll.

Vilka äldre som bör kallas till ett VOM

De olika grupperna hade olika sätt att uttrycka vilka personer som bör föreslås ett VOM. Hemtjänsten menade att det är när de äldre eller anhöriga är mycket oroliga som det finns behov av ett möte, biståndshandläggarna menade att det är äldre med stora hjälpbehov som bör kallas och hemsjukvården uttryckte att de tar initiativ till ett VOM om de tycker att något inte fungerar bra hos den äldre.

Hemsjukvården funderade om det skulle vara en fördel att kalla till ett möte när en ny patient skrivs in i hemsjukvården, förutsatt att den redan har hemtjänst, vilket de flesta har. Det skulle i så fall röra sig om cirka 10 personer som skrivs in per år. En person från hemtjänsten kunde se en fördel med detta, det skulle kunna underlätta det fortsatta samarbetet verksamheterna emellan.

Information till personal inför mötet

Hemtjänsten och biståndshandläggare framhöll vikten av att alla som kommer till mötet ska veta vad som är orsaken till att mötet sammankallas. De betonade att en förutsättning för att informationen får ges är att den äldre först lämnat sitt samtycke till att informationen delas. Enligt hemtjänsten är de äldre i princip alltid positiva till detta om de tillfrågas. Hemtjänst och biståndshandläggare hade ibland saknat information innan mötet.

Hemsjukvården var de som kallade till mötet, så de hade alltid tillräcklig information även i de fall som de inte själva tagit initiativ till. De ansåg att de gett nödvändig information innan mötet, men att vid ett tillfälle hade inte informationen nått fram.

Synen på läkarens roll på mötet

Alla intervjuade berättade att det förekom mycket kontakt mellan verksamheterna utöver när de träffades vid ett VOM. De har nästan daglig kontakt och det här var något de framhöll som unikt och mycket värdefullt. Det gick lätt att ringa till varandra och dela information. Läkaren ingick dock inte i dessa kontakter. Från hemsjukvårdens sida var det sjuksköterskor som skö-

ter dessa kontakter. Därför var det särskilt intressant att ställa frågan om vad läkaren tillförde genom att delta i vård- och omsorgsmötet.

Både hemtjänsten och biståndshandläggare uppskattade att läkaren deltog i mötet. Det var en fördel att läkaren inledde mötet med en medicinsk genomgång eftersom den informationen gav en bakgrund till den fortsatta diskussionen. De hade även nytta av den medicinska informationen på andra sätt. Hemtjänsten hade ofta knapphändig information om de äldres sjukdomar och besvär, och även om de kände till den äldres diagnos gav läkarens genomgång dem större förståelse för vad diagnosen betydde för den äldre. För biståndshandläggarna gav den medicinska genomgången ett bättre underlag i deras utredning om behov av olika insatser. Biståndsbedömarnas arbete underlättades också exempelvis om ett läkarintyg skulle skrivas, de behövde inte kontakta läkaren i efterhand för detta. Båda grupperna framhöll också att de äldre och deras anhöriga uppskattade att läkaren var med. De såg en fördel i att de äldre och de anhöriga fick ställa frågor till läkaren om den äldres hälsotillstånd. Biståndshandläggarna såg också en möjlighet att få stöd av läkaren när den äldre inte ville ta emot hjälp. Andra positiva följder som nämndes var att läkaren kunde förklara om det var något som verksamheterna skulle samverka kring samt att mötet blev mer strukturerat.

Sjuksköterskorna sa att de ibland sammankallade till liknande möten utan läkaren om det var något enskilt problem de upptäckt hemma hos en äldre. Däremot om det gällde mer komplicerade frågor eller om problemet kvarstod bad de läkaren om att delta.

Samordnarens roll på mötet

Ibland var samordnaren för hemtjänsten med på mötet, vilket den inte brukade vara i tidigare VOM. Samordnare och kontaktpersonen från hemtjänsten såg en fördel i att samordnaren deltog i och med att det gick snabbare att införa nya insatser eller göra förändringar. Om endast en person kunde vara med från hemtjänsten av resursskäl, menade hemsjukvården och biståndsbedömaren att det var viktigast att kontaktpersonen deltog, förutsatt att den var väl bekant med förhållandena hos den äldre.

Uppföljning av insatser

Uppföljning diskuterades främst i biståndshandläggargruppen. Det hade inte gjorts någon särskild uppföljning av de äldre i projektet, utan de följdes på samma sätt som handläggarnas övriga kunder. De menade att som arbetssituationen var för biståndshandläggarna fanns det inte tid för någon uppföljning av insatser. De hade redan svårt att hinna med den årliga uppföljningen. Biståndshandläggarna skulle gärna göra uppföljningar om det fanns tid, det skulle kännas bättre för dem själva och mer seriöst. De trodde att det skulle kunna vara en fördel för kunderna om det gjordes uppföljningar eftersom det skulle ge möjlighet till justeringar om något inte fungerade. Ibland planerades uppföljningar in men de fick prioriteras bort. Istället sa biståndshandläggarna att de måste utgå ifrån att allt är bra om ingen hör av sig och säger något annat.

Hemsjukvården följde sina vanliga rutiner, följde upp åtgärder och dokumenterade i patientjournalen. Sjuksköterskorna i hemsjukvården var bekymrade över att de inte kunde få veta hur det hade gått med de insatser som kommunen svarade för. Eftersom de inte tillhör samma organisation och har olika dokumentationssystem finns inte den möjligheten. De funderade också över att hemtjänsten, efter vad de hade hört, endast dokumenterar negativa förändringar, och menade att det även skulle vara värdefullt om positiva förändringar dokumenterades. Hemtjänsten kände till att hemsjukvården hade synpunkter på deras doku-

mentation och en av kommunens representanter menade att de dokumenterar mer än vad hemsjukvården tror.

Nyttan med VOM

De professionella beskrev på olika sätt hur VOM var till nytta. På ett övergripande plan framhölls från kommunen att det var en nytta i sig att den äldre hamnade i fokus under mötet och fick känna sig omgärdad på ett positivt sätt. De äldre och anhöriga ansågs bli lugna och trygga av mötet, anhöriga för att de fick träffa de personer som tog hand om de äldre. Mötet beskrevs som en bekräftelse för anhöriga på att de som arbetade runt den äldre tog hand om den äldre och att de visste vad de gjorde.

Från sjukvårdens sida sa man att den övergripande nyttan med vård- och omsorgsmötet var att deltagarna på mötet kom överens om åtgärder som skulle göra det bättre för de äldre, att mötet ledde till förändringar.

En nytta som lyftes fram för de äldre och anhöriga var att de fick svar på sina frågor och att de fick en klar bild av den äldres situation. Dessutom betonade någon att det var en fördel både för de äldre och anhöriga att det var ett enda möte istället för flera mindre möten.

Ibland hände det att den äldre tackade nej till insatser som föreslogs vid mötet, trots att de professionella och anhöriga tyckte att det kunde vara bra om den äldre tackade ja. Flera gånger hände det dock att mötet tycktes ha varit till nytta ändå för, som man sa, "det drog igång saker", det startade en process och kunde i ett senare skede leda till att den äldre tog emot hjälp.

En sak som framhölls var att det fanns situationer när både de äldre, anhöriga och professionella hade nytta av att tillsammans gå igenom och konstatera hur olika saker skulle skötas kring den äldre. Det gällde sköra äldre där exempelvis krävande akutbehandlingar inte skulle sättas in. Att prata om detta tillsammans sades kunna lugna alla parter. Särskilt ett möte framhölls som ett paradexempel på den här typen av möte. Läkaren hade berättat om målen för vård och omsorg för den äldre, att det handlade om att den äldre skulle må bra och leva hemma utan symtom så länge som möjligt. Det var viktigt att alla fick höra detta samtidigt.

De professionella såg också fördelar för egen del att arbeta på det här sättet. En biståndshandläggare lyfte fram att VOM gav ett bredare underlag i bedömningen av den äldres behov. Både sjukvården och omsorgen lyfte fram vikten av att alla närvarande hade hört samma sak, vilket innebar att ingen information behövde skickas vidare efter mötet eftersom alla parter var där eller att de inte behövde ringa en rad samtal för att reda ut olika frågor. Det var också en fördel att få ett ansikte på de personer som arbetade kring den äldre, det underlättade samarbetet.

Sjuksköterskorna ansåg att en nytta med VOM var att hemtjänstpersonalen fick kunskap om bakgrunden till varför insatser skulle utföras på ett speciellt sätt, exempelvis när en äldre inte vill äta. Om den äldre hade börjat få minnesproblem var mötet viktigt för att läkaren kunde berätta om hur minnesproblemen påverkade situationen för den äldre, något som var nödvändigt att hemtjänsten fick klarhet i.

Mötet kunde också vara till nytta för teamet kring den äldre, något som framhölls av läkaren. Genom att teamet träffas under ett vård- och omsorgsmöte kan det bli mer sammansvetsat. Läkaren menade att eftersom verksamheterna har olika kultur (se vidare under rubriken

”Olika syn på ”kunden” och ”patienten” samt på anhörigas roll”) finns det ett behov av att träffas och diskutera för att överbrygga olikheterna. Under mötet fick de professionella lära sig om de andra verksamheternas arbetssätt och befogenheter.

Vård- och omsorgsmöten i framtiden

Alla intervjuade uttryckte att de ville fortsätta med vård- och omsorgsmöten i hemmet. Hemsjukvården berättade att det varit 2-3 möten under de knappt två månader som passerat efter att projektet avslutats. Hemtjänsten menade att de gärna såg att arbetsmetoden spreds vidare till andra vårdcentraler. De menade att behovet av vård- och omsorgsmöten egentligen var större hos de äldre som hade hemsjukvård vid andra vårdcentraler. Kontakten med den här hemsjukvården var redan mycket god och det var lätt att ringa upp om något behövde diskuteras. Att få kontakt med hemsjukvården vid andra vårdcentraler skulle underlätta samarbetet. Biståndshandläggare sa att de kanske skulle försöka tänka på att använda sig av vård- och omsorgsmöten och kalla till sådana i fortsättningen. Någon påpekade att det kunde bli svårt att göra det eftersom det här arbetssättet inte ingick i deras rutiner idag.

Samverkan mellan landsting och kommunal verksamhet kan vara en utmaning

Framför allt i starten av projektet uppstod en obalans mellan de olika professionella grupperna som träffades i VOM. Vid några tillfällen hade biståndshandläggare känt att hemsjukvården tagit över och föreslagit omsorgsinsatser och hemtjänsten hade känt sig tillplattad. Biståndshandläggare uttryckte att hemsjukvården, och framförallt läkaren, hade tilldelats högsta auktoritet under mötet medan de själva ibland känt att de fått en underordnad roll.

För att ta itu med problemet sattes ett extra arbetsgruppsmöte in där de professionellas upplevelser samt hur de skulle arbeta i fortsättningen diskuterades. Samtliga som deltog i fokusgruppsintervjuerna framhöll att diskussionen varit värdefull för det fortsatta samarbetet, de hade fått möjlighet att diskutera saker som annars inte kommer fram. Läkaren tryckte speciellt på att teamet hade gjort framsteg i och med denna diskussion.

Alla som intervjuades uppgav att de hade fått säga vad de ville under VOM. Det fanns emellertid en uppfattning bland de professionella från kommunen att samtalen till stor del hade handlat om medicinska frågor. De lämnade en tänkbar förklaring till att det förhöll sig på det sättet. De trodde att läkaren var svårare att få kontakt med jämfört med övriga professionella som deltog i mötet, därför passade de äldre och anhöriga på att ställa medicinska frågor när läkaren var med.

En biståndshandläggare menade att det var de själva som hade rollen att föra in samtalet på kommunala insatser och en annan konstaterade att hon hade kunnat ha tagit en mer aktiv roll under mötet och lyft fram de frågor som biståndshandläggare har ansvar för. Ytterligare en annan förklarade att biståndshandläggarens roll är att ha ett annat perspektiv i samtalet. När mål sätts upp kan biståndshandläggaren bidra genom att föreslå lämpliga insatser. Exempelvis om hemsjukvården säger att den äldre behöver äta bättre för att må bra kan biståndshandläggaren fundera på om den äldre behöver sällskap vid måltiden.

Det framkom också att det hade funnits viss rädsla hos några biståndshandläggare för att hemsjukvården skulle föreslå insatser som biståndshandläggaren skulle bli tvungen att sätta stopp för i sin roll som myndighetsutövare. Det var en roll som kunde upplevas som obehaglig. Det hade dock inte uppstått någon sådan situation under projektet utan de åtgärder som blivit föreslagna sades ha varit relevanta.

Olika syn på "kunden" och "patienten" samt på anhörigas roll

Hemtjänsten lade stor tonvikt på de äldres integritet, här var den äldre en kund och man sa exempelvis att det är kunden som avgör om en fråga ska tas upp under ett vård- och omsorgsmöte. De var också noga med att påpeka att ingen kan tvingas till en insats, exempelvis ska inte personalen bestämma om kunden vill duscha eller inte. I första hand förväntades att kunden själv skulle ta initiativ till insatser. Men det fanns också tillfällen när hemtjänsten kunde bli orolig för en kund och tyckte att den behövde utökade insatser. Då brukade hemtjänsten kontakta anhöriga och om anhöriga saknades kontaktades biståndshandläggaren.

Biståndshandläggarna tryckte på att det är frivillighet som gäller inom omsorgen och en annan ledstjärna i deras arbete var kvarboendepincipen, baserat på Socialtjänstlagen. När det gäller anhöriga konstaterades att de är en stor del av äldreomsorgen, det är anhöriga som är oroliga om de tycker att något inte fungerar hos den äldre. Oroliga anhöriga brukade höra av sig till biståndshandläggarna, exempelvis om de såg brister i hygien hos den äldre.

Hemsjukvården å sin sida tycktes ha en annan syn på den äldre, här kallad patienten, och på hur aktiva de själva ska vara i att föreslå åtgärder. De verkade vara vana vid att ta initiativ till åtgärder som de anser patienten är i behov av. De framhöll att enligt Hälso- och sjukvårdslagen ska patienten bestämma om sin vård, men menade samtidigt att deras patienter ofta, av olika skäl, inte orkade ta initiativ själva utan behövde hjälp, antingen av anhöriga eller av hemsjukvården, med att påkalla behov. Hemsjukvården menade att de respekterade patienterna men att de måste kunna berätta vad de tycker är bäst för dem. Hemsjukvården sa att de försöker få igång processer, som exempelvis att få en patient som är ensam att acceptera dagverksamhet, något som de har erfarenhet av att det kan ta tid men brukar blir väldigt lyckat. Anhöriga talades det om som dem som ofta för patientens talan, eftersom de patienter som är inskrivna i hemsjukvården ofta inte har förmågan att göra det själva. Hemsjukvården tryckte på hur viktigt det var att samarbeta med anhöriga eftersom de fungerar mer eller mindre som ställföreträdande för de sjuka patienterna.

Sammanfattning och diskussion

Det arbetssätt som beskrivs i den här rapporten är ett exempel på hur vården och omsorgen kan samordnas för att en äldre skör person ska kunna bo hemma när han eller hon vill det. Studien sammanfattar erfarenheter från ett lokalt samarbete mellan kommunen och hemsjukvården i en kommun i södra Stockholm. Samarbetet har pågått sen 2008 och har blivit ett etablerat arbetssätt. Det handlar om ett vård- och omsorgsmöte i den äldres hem (kallas VOM i denna rapport). VOM innebär att såväl biståndshandläggare, kontaktperson eller samordnare från hemtjänsten, läkare och sjuksköterska från hemsjukvården och den äldre och eventuella anhöriga träffas i den äldres hem för en diskussion om den äldres vård och omsorg. Ett syfte med att arbetssättet studerades i ett projekt var att det skulle kunna spridas till fler aktörer, något som vi hoppas denna rapport kan bidra till.

Det övergripande syftet för projektet var att beskriva modellen för VOM, att undersöka eventuella fördelar med arbetssättet och även att beskriva svårigheter och hinder för arbetet. Här följer en sammanfattning av resultaten med kommentarer kring olika viktiga aspekter.

Beskrivning av modellen för samverkan

Initiativ. Om någon av de professionella kring en äldre person som hade insatser både från hemtjänsten och från hemsjukvården noterade att det var saker som inte fungerar fullt ut längre hos den äldre, tog de initiativ till ett VOM. Om de noterade problemen var av enklare slag kallades till ett mindre möte utan läkarmedverkan, men när det rörde sig om mer komplexa behov var det VOM som gällde. Statistik över vårdbehov visar att de äldre kallades till ett möte mitt under en fas när deras situation förvärrades och funktioner blivit nedsatta.

De som var mest aktiva i att ta initiativ till möten var hemsjukvården, som tog initiativ till sex av de åtta möten som studerades. Övriga två möten tog hemtjänsten initiativ till. Anhöriga hade varit i kontakt med hemsjukvården eller med en biståndsbedömare innan mötet i fem av de åtta fallen. Oftast var inte de äldre själva involverade i den här fasen, förutom i enstaka fall då den äldre varit på sjukhus och var medveten om att det behövdes mer hjälp vid hemkomsten. Det var vanligast att de äldre inte hade uppfattat att det var några problem i hemmet och tyckte att de kunde sköta om sig bra på egen hand. Biståndshandläggare träffade sällan de äldre och vilket var en förklaring till att de inte hade tagit några initiativ till VOM. Då och då kunde biståndshandläggare få telefonsamtal från anhöriga som var oroliga för de äldres räkning. Att de i sådana fall inte tog initiativ till gemensamma vård- och omsorgsmöten trodde de själva kunde bero på att det inte ingick i deras rutiner. Om det var omsorgsrelaterade problem hos den äldre var de vana att göra egna hembesök och lösa dessa frågor.

Kalla till mötet. Om den äldre tackade ja till ett möte tog en sjuksköterska vid hemsjukvården hand om att kalla till mötet. Om den äldre ville att en eller flera anhöriga skulle vara med kontaktas först dessa och sedan meddelades biståndshandläggare och hemtjänst om tid och plats. Här kan nämnas att den äldre oftast ville ha anhöriga med på mötet. Kontakten mellan de olika verksamheterna underlättades i det här skedet av att det fanns inarbetade kanaler där de kunde nå varandra. De var vana att ringa och utbyta information med varandra. Att sammankalla till mötet tog i medeltal lite drygt 20 minuter i projektet.

Information om mötet till de äldre och de anhöriga gavs i projektet alltid av hemsjukvården. Men det skulle lika gärna kunna skötas av kommunen, bara verksamheterna kommer överens om vem som gör det.

Förberedelse. De flesta hade ingen eller kort förberedelsetid innan mötet. Kontaktpersoner och sjuksköterskor ansåg att de kände den äldre så bra att de inte behövde förbereda sig. Biståndsbedomare använde 10 minuter åt att ta ut och läsa igenom tidigare beslut och samordnare vid hemtjänsten använde 10 minuter till att planera in och boka tiden för mötet samt ta fram den äldres genomförandeplan. Den som förberedde sig mest innan mötet var läkaren, som använde i genomsnitt 55 minuter till detta. Förberedelsen inkluderade alltid ett hembesök hos den äldre och en medicinsk undersökning, eventuella prover beställdes, allt för att fastställa hälsoläget för den äldre. Läkemedelsbehandlingen utvärderades och förändrades vid behov, ibland efter att den äldres behandlande specialistläkare hade konsulterats.

Mötet i hemmet. Mötet höll på cirka en timme med små variationer. Det fanns en grundmodell för mötet när projektet startade men under projektets gång gjordes vissa justeringar och strukturen för mötet utvecklades. Strukturen följdes på ett övergripande plan. Mötet inleddes och avslutades av läkaren. Efter inledningen gav läkaren en medicinsk bakgrund till den äldres situation, inklusive nuvarande sjukdomar, hur de påverkar den äldre samt gick igenom den nuvarande läkemedelsbehandlingen. Därefter gick biståndshandläggaren igenom aktuella beslut och frågade hur insatserna fungerade. Sjuksköterskan tog upp specifika problem hos den äldre, som exempelvis viktnedgång eller hur medicineringen fungerade. Under hela samtalet vände sig de professionella till den äldre för att få bekräftelse på det de berättade eller få svar på frågor. Hemtjänstens representant fyllde i och berättade hur olika saker fungerade för den äldre. Alla diskuterade och försökte föreslå lösningar på problem som togs upp. Anhöriga var ofta aktiva och ställde frågor under tiden. När samtalet började avta tog läkaren initiativ till att avrunda mötet. Avslutningsvis sammanfattade respektive berörd verksamhet vilka beslut som fattats under mötet.

Angående mötesformen tyckte en mindre andel av de äldre att det varit svårt att tala med så många personer samtidigt på mötet. En av de äldre tyckte dessutom att det varit svårt att ta ställning till olika insatser så snabbt och hade behövt betänketid. Förövrigt var alla äldre, alla anhöriga och alla professionella nöjda med mötesformen. Någon anhörig sa att fördelarna övervägde nackdelarna, någon annan sa att det borde vara självklart att arbeta så här. Samtliga tyckte att de hade fått säga vad de ville, både de äldre, anhöriga och professionella.

Angående samverkan på mötet framkom att de professionella nästan alltid var positiva till de möten som varit, men det framkom även vissa problem i gruppen. Representanterna för omsorgen berättade att de ibland hade känt sig tilldelade en underordnad position och vid några tillfällen hade de känt sig tillplattade av hemsjukvården. När denna obalans uppmärksammades i projektet träffades de professionella och berättade om sina upplevelser och diskuterade hur de kunde ändra arbetssättet för att arbeta vidare. Det ledde till att strukturen för mötet blev tydligare. Mer om samverkan kommenteras nedan under rubriken "Samverkan i grupp behöver utvecklas".

Beslutade insatser under mötet. Mycket av de insatser som beslutades handlade om att den äldre behövde mer hjälp av hemtjänsten för att klara sig hemma. Antal hemtjänsttimmar ökade med i genomsnitt drygt fyrtio procent för de äldre. Det kunde röra sig om vanliga insatser såsom hjälp med måltider, dusch och handling eller extra tillsynsbesök. Någon ansökte om dagverksamhet. Det kunde också handla om att den äldre ville byta kontaktperson för att omsorgen skulle fungera bättre. Vid ett par tillfällen diskuterades insatser som skulle samordnas mellan hemtjänsten och hemsjukvården. Ibland handlade insatserna om information som alla närvarande behövde få för att den framtida vården och omsorgen skulle fungera så

bra som möjligt. I dessa fall hade läkaren en ledande roll att berätta den medicinska bakgrunden och hur behandlingen borde ske. Det kunde handla om att den äldre hade börjat få minnesproblem och hur det påverkade förmågan att sköta om sina mediciner. En annan situation var när målet med den framtida vården var att den äldre skulle må så bra som möjligt utan symtom, men att krävande nya behandlingar skulle undvikas för den äldres bästa. Läkaren gav instruktioner för hur kontakt med sjukvården skulle ske vid akut försämring för att den äldre skulle få komma till direkt till geriatrisk klinik på närsjukhuset.

Uppföljning av insatser. Efter mötet hade inte verksamheterna kontakt med varandra angående de äldre om det inte var något nytt problem som uppmärksammades. Någon gemensam uppföljning gjordes inte, det fanns inte något uppbyggt system för hur det skulle ske och inte heller hur det skulle kunna dokumenteras. Verksamheterna själva följde upp de införda insatserna på samma sätt som de brukar göra i sitt arbete. De innebar att hemsjukvården följde upp och noterade i patientjournalen vad som hände, hemtjänsten noterade i daganteckningarna om något avvek från den äldre genomförandeplan och biståndshandläggarna avvaktade och räknade med att allt var bra om ingen hörde av sig och sa något annat. Biståndshandläggarna skulle gärna följa upp beslut men den arbetssituation som rådde omöjliggjorde detta.

Inom projektet gjordes en uppföljning av vilka insatser som införts. Det gjordes vid telefonintervjuer två veckor respektive två månader efter mötet. Det var framför allt anhöriga som berättade om införda insatser, men även några av de äldre kunde kommentera detta. De berättade att alla insatser som beslutats hade införts, förutom i ett fall där den äldre blivit akut sämre innan insatserna hunnit sättas in. Många av insatserna som handlade om olika typer av utökad hemtjänst var införda inom två veckor, medan andra åtgärder som att byta kontaktperson kunde ta längre tid. En insats som handlade om samordning mellan hemtjänst och hemsjukvård hade dock inte fungerat, medan det hade fungerat i ett annat fall.

Effekter av genomförda omsorgsmöten

De äldres situation förbättrades hos en majoritet av de äldre enligt anhöriga. De anhöriga och de professionella var de som var mest nöjda med vård- och omsorgsmötet. De äldre hade ofta svårt att komma ihåg att det varit något möte, utom vid den uppföljning som var direkt efter mötet. Andra äldre ville inte delta i uppföljningen för att de var trötta på grund av sin situation och hänvisade till sina anhöriga. De äldre som mindes tyckte oftast att det inte hade hänt så mycket efter mötet, medan en majoritet av de anhöriga tyckte att den äldres situation hade förändrats till det bättre. Ett par anhöriga tyckte att insatserna som satts in inte räckte till. Alla anhöriga och några av de äldre svarade på frågan om de ville rekommendera andra äldre att delta i ett liknande möte, och det ville samtliga. Även de äldre som inte tyckte att de hänt så mycket för egen del sa exempelvis att det var "bra att få ventilerat sin situation" eller att det var "bra att de [professionella] ser till människor" och att det var "bra att de vet hur man har det och att de vill hjälpa till".

Samordningsvinster för de professionella. De professionella såg många fördelar med mötet. Det gemensamma mötet gav förutsättningar för dem att ta ett helhetsgrepp om den äldres situation. Det var en fördel att få den medicinska informationen som fungerade som en bakgrund till den fortsatta diskussionen. De sa att många av insatserna förmodligen hade införts ändå men att det hade tagit längre tid. Det fanns också insatser som de trodde inte skulle ha blivit beslutade om de inte träffats och diskuterat på ett vård- och omsorgsmöte. Några trodde att den äldre uppskattade att få vara i centrum under mötet, något som bekräftades av de an-

höriga. Många professionella framhöll de samordningsinsatser som mötet medförde för deras egen del. De sparade tid eftersom alla berörda fick samma information och att de kunde reda ut problem på ett enklare sätt, något som annars skulle behöva lösas genom flera telefonsamtal. De menade också att det blev färre oroliga samtal från anhöriga efter mötet. Det fanns också en vinst i att träffas och lära känna varandra i arbetsgruppen för det underlättade samarbetet. För biståndsbedömare kunde mötet vara värdefullt för att det gav ett bredare underlag i bedömningen av den äldres behov. Ibland hade verksamheterna olika syn på nyttan av ett möte. Generellt var hemsjukvården nöjd och såg nytta i de möten som genomfördes medan kommunens representanter i ett par fall ansåg att de beslut som hade fattats hade de kunnat ta vid ett enskilt möte.

Livskvalitet och grad av oro. I projektet gjordes försök att mäta de äldres självskattade livskvalitet respektive grad oro med hjälp av två etablerade formulär, och se om dessa förändrades efter vård- och omsorgsmötet. Det var dock svårt att genomföra mätningarna med de äldre på grund av problem med minnesfunktioner och andra sjukdomstillstånd. Endast fyra personer kunde genomföra samtliga mätningar. Hos dem visade mätningarna på både förbättringar och försämringar, vilka tycktes stämma med övrig dokumentation av personernas situation. Underlaget är dock för litet för att kunna säga något generellt för gruppen angående om livskvalitet och oro hos de äldre kunde påverkas av ett gemensamt vård- och omsorgsmöte.

Är mötet kostnadseffektivt? De professionella ansåg att mötet sparade tid för dem, bland annat sades att behovet av telefonsamtal mellan verksamheterna och med anhöriga minskade. Vad som påverkade de äldres vård- och omsorgskontakter var dock mycket komplext. Analyserna bekräftade att antalet noteringar av lokala vård- och omsorgskontakter minskade efter mötet, men en kvantifiering av eventuella vinster skulle vara osäker och har därför inte gjorts. Ett resonemang kring kostnader för mötet kan dock föras.

Genomsnittskostnaden för ett VOM beräknades till 3 800 kr per möte och av detta stod omsorgen för cirka en tredjedel och hemsjukvården för resten. En större del av denna kostnad hade tillkommit ändå, menade de professionella. De hade ändå behövt göra hembesök hos de äldre, men vid olika tillfällen. Den mesta förberedelsetiden stod läkaren för, en tid som hade behövts oavsett om ett gemensamt möte skulle hållas eller inte. När mötet samordnas tillkommer tid för att sammankalla, vilket i projektet tog drygt 20 minuter. Dessutom kan antas att mötet blir längre för varje deltagare, uppskattningsvis en timme istället för en halvtimme. Om den tiden sparas in efter mötet genom effektivare informationsspridning och problemlösning, vilket de professionella uppfattar, innebär vård- och omsorgsmötet åtminstone inte någon extrakostnad.

Multiprofessionella team på sjukhus kan förbättra vården för äldre som kommer in akut enligt en granskning av SBU (2013). En vinst som kunde påvisas var att den teambaserade vården hade bättre effekt än traditionell vård när det gällde funktionsförmåga (ADL) och möjlighet att bo kvar i hemmet. På liknande sätt är det tänkbart att VOM skulle kunna bidra till att en äldre person kan bo kvar längre i sitt hem eller att den äldre i större utsträckning kan vårdas inom primärvården istället för i slutenvården. Det är dock svårt att uttala sig om sådana eventuella vinster utifrån de nio äldre som deltagit i projektet. Genomsnittskostnaden för hemtjänsten ökade efter mötet och genomsnittskostnaden för sjukvård var som högst strax före och efter VOM för att sedan minska. Men dessa kostnader speglar snarare att mötet kom till när den äldre mådde sämre och behövde mer hjälp. Helt klart tillhörde dessa äldre den

sköra grupp som behöver mycket vård och omsorg oavsett om ett VOM genomförs eller inte. En tanke är att större studier som övergripande sammanfattar många individers kostnader och en jämförelsegrupp skulle behövas för att kunna uttala sig om eventuella vinster eller ökade vård- och omsorgskostnader.

Samverkan i grupp behöver utvecklas

Vid en snabb blick kunde det se ut som att alla var överens efter ett VOM. Det var den erfarenheten som gruppen förmedlade från tidigare vård- och omsorgsmöten innan projektet startade. Det var också den dominerande uppfattningen bland de professionella i projektet. Det fanns även tecken på att en teamkänsla växte fram i och med att personerna träffades på vård- och omsorgsmöten. Flera av deltagarna berättade om fördelen att få ett ansikte på personer i de andra verksamheterna. Det var lättare att ta kontakt och samarbetet fungerade bättre om de hade träffats.

I projektet kom dock saker fram som gruppen inte hade sett tidigare. Det visade sig att det fanns olikheter som behövde redas ut för att få till ett gott samarbete. Dels fanns det olika sätt att se på vad som var ett problem och hur det skulle lösas. Dels saknades ibland den öppna stämning som bör råda i en grupp för att den ska fungera på ett kreativt sätt. Det framkom att de professionella från kommunal omsorg några gånger hade uppfattat det som att de fått en underordnad roll medan de professionella från sjukvården hade fått en överordnad roll. Liknande beskrivningar har omnämnts exempelvis i en studie om teamarbete i palliativ hemsjukvård (Karlsson 2011b). En bidragande orsak kan ha varit att många deltagare i projektet aldrig hade varit på ett vård- och omsorgsmöte tidigare, det gällde för hela tretton av de nitton professionella som deltog i vård- och omsorgsmöten under projektiden. Anell och Mattisson (2009) konstaterar att landstingen och kommunerna satsar mycket på samverkan numera, samtidigt som det kan vara svårt att uppnå samverkan och inte ovanligt att de positiva effekterna uteblir. En framgångsfaktor i teamsamarbete är, enligt Anell och Mattisson om ett team får verka över lång tid så att en positiv teamkultur kan växa fram.

När projektet startade fanns inga planer på aktiviteter som skulle stödja samverkan i gruppen eller öka teamkänslan. Eftersom allt sades fungera bra och utan problem ansågs inte att det behövdes några sådana insatser. I efterhand kan vi se att det hade varit värdefullt att ta del av de erfarenheter som finns om teamarbete och diskutera igenom viktiga aspekter innan arbetet startade.

Olika kulturer och synsätt påverkar samverkan

Något som blev tydligt i projektet var att de professionella i kommunen och de professionella i hemsjukvården relaterade på olika sätt till den äldre i projektet. Det här visade sig bland annat i vad de kallade de äldre. Hemtjänst och biståndsbedömare talade oftast om de "kunder" de träffade medan samma personer alltid var "patienter" hos hemsjukvården. I projektet framkom att representanter för kommunen framför allt betonade individens integritet och rätten till självbestämmande medan representanter för sjukvården framhöll att de måste kunna säga till när de såg något som inte fungerade för patienten, liksom att de måste kunna föreslå åtgärder och se till eller bevaka att åtgärderna infördes.

En tolkning är att den olika synen på hur de professionella ska förhålla sig till den äldre delvis berodde på att de har olika erfarenheter av att ta hand om sköra äldre personer. Många personer som biståndsbedömare och hemtjänsten träffar är fullt kapabla att tala för sig själva

och se sina egna behov. Här fungerar lagen om självbestämmande utmärkt och är viktig som utgångspunkt för omsorgen. De personer som deltog i VOM i projektet utgör endast en liten del av alla personer som kommunen ger omsorg till och dessa äldre har inte samma kapacitet.

Att de äldre var en skör grupp bekräftades på flera sätt. En faktor var att hos många av de äldre fanns konstaterad eller misstänkt minnessvårighet. Statistiken över vårdutnyttjande visar också att vård- och omsorgsmötet kom under en period där de äldres situation försämrades. De vårdades på sjukhus, behövde tätare kontakter med primärvården och deras behov av hjälp från hemtjänsten ökade. Det bekräftades också av att många äldre inte ville eller kunde delta i uppföljningsintervjuer efter mötet utan istället hänvisade till de anhöriga.

Hemsjukvårdsgruppen har drygt hundra patienter inskrivna samtidigt och många av dessa tillhör gruppen sköra äldre. Det är just den gruppen äldre som kan behöva stöd för att kunna påtala behov, antingen av en anhörig eller av vårdpersonalen. En del av svårigheterna i samverkan skulle kunna bero på att representanterna för kommunen ibland inte såg att dessa äldre behövde ett mer omfattande stöd.

Det är dock ingen enkel fråga att avgöra när de professionella ska träda in och försöka att mer eller mindre övertala den äldre att acceptera en ny insats eller när det är bättre att avvakta och vänta in att den äldre själv önskar så. I projektet tackade de äldre ibland nej till beslutade insatser för att de ville klara sig själva och ville kunna styra över sin vardag. Det är lätt att förstå att det är en besvärlig tid när situationen förändras till det sämre för en person. Det kan ta tid att acceptera att man inte klarar av saker som tidigare. Det ställer stora krav på de personer som kommer hem och hjälper den äldre på olika sätt, lyhördhet. Det var tydligt att de äldre var tveksamma till nya insatser som de professionella föreslog. Samtidigt ville anhöriga att den äldre skulle skyddas och få den hjälp de ansåg den äldre behövde. Inte helt ovanligt var det att personal försökte lirka med de äldre för att de skulle acceptera att ta emot hjälp. Ibland behövde hemsjukvården hjälp av kommunen för att den äldre skulle ta emot sjukvård och ibland behövde kommunen hjälp av hemsjukvården för att den äldre skulle ta emot mer hemtjänst. Det fanns en uppfattning bland kommunens representanter att de äldre lättare accepterade vård än omsorg.

Vem är det som ska avgöra att det finns behov trots att den äldre själv inte uppfattar det som ett problem eller inte ser det? Denna fråga har lyfts på andra håll och just nu pågår en utredning som förväntas leda till ny reglering (Regeringskansliet 2012). Regleringen ska "så långt möjligt säkerställa att personer som är beslutsoförmögna får den vård eller tandvård som behövs för att deras hälsa eller andra levnadsförhållanden ska kunna förbättras, eller för att förhindra en försämring, samtidigt som individens integritet och värdighet tillgodoses." Utredningen ska redovisas senast 1 april 2014.

Samma mål – att hjälpa äldre sköra personer att bo kvar i eget boende

Det är lätt att fördjupa sig i olikheter i uppfattningar och i det som inte fungerar optimalt när en arbetsgrupp träffas och diskuterar. Att ta fram problem och hitta sätt att lösa dem är nödvändigt för att komma vidare och utveckla arbetssättet. Vad som dock kanske är lika viktigt är att påminna sig om det som är gemensamt och förenar arbetsgruppen.

I den studerade arbetsgruppen fanns en gemensam syn på det övergripande målet för arbetet, nämligen att hjälpa de äldre att kunna bo kvar hemma när de ville det. Tyvärr kom det

inte fram på ett tydligt sätt förrän i de avslutande intervjuerna med de professionella. Även personer som i sakfrågor kunde ha helt olika syn på ett problem hade samma grunduppfattning om målet med arbetet. Det är viktigt att påminna sig om den gemensamma grunduppfattningen och återvända till detta när det verkar som att olikheterna tar överhanden. I efterhand kan sägas att den gemensamma grundsyn om huvudsyftet som fanns, hade behövt lyftas fram på ett tydligare sätt under arbetets gång.

Att sprida vård- och omsorgsmöten till andra verksamheter

Efter projektets slut har de lokala arbetsgrupperna fortsatt att genomföra gemensamma vård- och omsorgsmöten i hemmet med äldre sköra personer. Det fanns också en önskan bland de professionella inom kommunen att fler hemtjänstgrupper skulle arbeta på det här sättet. En person från hemtjänsten ansåg att det fanns ännu större behov av att träffa andra vårdcentralers hemsjukvård, eftersom samarbetet med dem var sämre än samarbetet med den här hemsjukvården.

Arbetssättet VOM svarar väl upp mot många av de krav som ställs från departement och myndigheter på hur vård och omsorg bör bedrivas för sköra äldre personer. Det tar itu med många av de brister som har nämnts i rapporter om sköra äldres vård och omsorg, bland annat att verka för en sammanhållen vård och omsorg och att involvera de äldre och anhöriga (SKL 2012). Regeringens satsning på de mest sjuka äldre har som övergripande mål att underlätta samverkan för de verksamheter som bedriver vård och omsorg (Socialdepartementet 2012). På verksamhetsnivå handlar det om att hitta former för samverkan kring den äldre. Det är här projektet VOM kan placeras in. VOM är exempel på hur hemsjukvården och kommunen kan samverka kring en äldre skör person. En positiv nyhet under projektets gång var att Stockholms Läns Landsting hörsammat ett av målen i regeringens satsning, nämligen att skapa ersättningssystem som stödjer vård och omsorg om de mest sjuka äldre och samverkan. Från och med 1 mars 2013 utgår en särskild ersättning till vårdcentralen när de samverkar med andra huvudmän och myndigheter (Hälso- och sjukvårdsnämnden 2012).

Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för hur kommuner och landsting ska kunna ta fram ett gemensamt vårdprogram för vård och omsorg om de mest sjuka äldre (Socialstyrelsen 2012). Viktiga aspekter som lyfts fram i dokumentet är att former för samverkan, samordning och samarbete måste tas fram på ledningsnivå. I sammanhanget nämns Socialstyrelsens föreskrifter för allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9). De pekar också på framgångsfaktorer inom äldreomsorgen och att ledningen har stor betydelse.

Det är förmodligen nödvändigt att övergripande frågor om samverkan löses på ledningsnivå, om arbetssättet VOM ska kunna spridas utanför den grupp som studerats i projektet. I den här gruppen fanns en vilja till samarbete och några personer, både från hemtjänsten och från hemsjukvården, hade arbetat på detta sätt i flera år. Det fanns också organisatoriska förutsättningar och stöd från ledning inom respektive verksamhet. En särskilt förutsättning var att hemsjukvården bestod av ett team med en geriatriker och ett mindre antal sjuksköterskor och undersköterskor vilket underlättade samarbetet. Med en hemsjukvård som har fler personer som är inblandade ställs förstås andra krav på samordning för att vård- och omsorgsmötet ska kunna fungera. Om det dessutom finns väldigt många aktörer med olika ägare för vårdcentraler och hemtjänstföretag i en kommun gör det hela ytterligare utmanande. VOM liknar på många sätt den samordnade individuella vårdplanering som sker vid utskrivning från sjukhus. Socialstyrelsen skriver (2012) att sjuksköterskan har en viktig samordnande roll

och att biståndshandläggaren är en av huvudaktörerna när vård och omsorg ska samordnas. Här finns många gemensamma nämnare med VOM, som också är en vårdplanering, men mötet sker i den äldres hem och det initieras när den äldre av olika anledningar behöver utökat stöd.

Referenser

- Anell, A & Mattisson, O (2009). *Samverkan i kommuner och landsting - en kunskapsöversikt*. Lund: Studentlitteratur.
- Apell J, Paradi R, Kokinsky E & Nilsson S (2011). "Mätning av barns oro vid undersökning eller behandling på sjukhus – en studie som utvärderar short STAI". *Vård i Norden* 31(1):45-7
- Audette JF, Soo Jon Y, Newcomer R, Stein L, Duncan G & Frontera WR (2006). "Thai Chi versus brisk walking in elderly women". *Age and Ageing* 35:388-96
- Burström, K (2002). *Hälsorelaterad livskvalitet mätt med EQ-5D*. Stockholm: Socialmedicin, Samhällsmedicin, SLL
- Calabrese C, Gregory WL, Leo M, Kraemer D, Bone K & Oken B (2008). "Effects of a standardized *Bacopa monneiri* extract on cognitive performance, anxiety and depression in the elderly: A randomized double-blind, placebo-controlled trial". *J Altern & Complement Med* 14(6):707-13
- Chun M, Knight BG & Youn G (2007). "Differences in stress and coping models of emotional distress among Korean, Korean-American and White-American caregivers". *Aging & Mental Health* 11(1):20-9
- Gustafsson, S (2012). *Health-promoting intervention for community-dwelling older adults - Focusing on the concept of frailty and intervention outcome*. Avhandling. Göteborg: Sahlgrenska Akademin
- Gurner, U & Thorslund, M (2011). *Dirigent saknas i vård och omsorg för äldre*. Stockholm: Natur och Kultur
- Hälso- och sjukvårdsnämnden (2012). *Förslag till förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem för husläkarverksamhet med basal hemsjukvård 2013. Tjänsteutlåtande*. Tillgänglig via <http://www.sll.se/Handlingar/HSN/2012/%2810%29%2013%20november/30%20Tj%C3%A4nsteutl%C3%A5tande.pdf>
- Karlsson E (2011a). *Sammanställning av resultat från pilotstudien Vård- och omsorgsmöte i hemmet*. Internrapport Nestor FoU-center
- Karlsson, EM (2011b). *Det här är ingen solodans: om teamarbete inom palliativ hemsjukvård*. Vårdalinstitutets Tematiska rum: Palliativ vård och omsorg. Tillgänglig via internet <http://www.vardalinstitutet.se/sites/default/files/tr/palliativdocs/palliativartikelpdf/12071.pdf>
- Landstinget Jönköpings (hemsida) 4.1 *Skattningsinstrument*. Tillgänglig via internet <http://www.lj.se/infopage.jsf?nodeId=38555&childId=14051>
- Marteau TM & Bekker H (1992). "The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State-Trait Anxiety Inventory (STAI)". *Br J Clin Psychol* 31(Pt 3):301-6
- Nilsson S (2010). *"Procedural and postoperative pain and management in children – experiences, assessments and possibilities to reduce pain, distress and anxiety"*. Avhandling. Jönköping: School of Health Sciences Jönköping University
- Regeringskansliet (2011). *Satsningen de mest sjuka äldre*. Tillgänglig via internet <http://www.regeringen.se/sb/d/14622>
- Regeringskansliet (2012). *Beslutförmögna personers ställning i sjukvård, tandvård, socialtjänst*. Direktiv 2012:72.
- SBU, Statens beredning för medicinsk utvärdering (2013). *Omhändertagande av äldre som inkommer akut till sjukhus – med fokus på sköra äldre*. Tillgänglig via internet

http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Contento/1/Akutvard_aldre_sammanfattning.pdf

SKL hemsida, *Bättre liv för sjuka äldre*. Tillgänglig via internet

http://www.skl.se/vi_arbetar_med/socialomsorgochstod/alldre/battreliv

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*. <http://webbutik.skl.se/bilder/artiklar/pdf/7164-763-4.pdf?issuusi=ignore>

SKL, Sveriges Kommuner och Landsting (2013). *Bättre liv för sjuka äldre. Analys rapport 2013. Sammanhållen vård och omsorg*. Tillgänglig via internet

http://www.skl.se/MediaBinaryLoader.axd?MediaArchive_FileID=f46386d7-161e-4e68-81ad-777f24da6a70&FileName=20130201+SKL+analysrapport+-+B%C3%A4ttre+liv+f%C3%B6r+sjuka+%C3%A4ldre.pdf

Socialdepartementet (2012). *Godkännande av en överenskommelse om en sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre 2013*. Protokoll vid regeringssammanträde.

Socialstyrelsen (2011). *De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer*. Tillgänglig via internet

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18518/2011-12-6.pdf>

Socialstyrelsen (2012). *Att ta fram ett vård- och omsorgsprogram för de mest sjuka äldre – stöd för vård- och omsorgsgivare, kommuner, landsting och regioner*. Tillgänglig via internet

<http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/18841/2012-10-2.pdf>

Stadskontoret (2013). *Sammanhållen vård och omsorg om de mest sjuka äldre. Uppföljning av överenskommelsen mellan regeringen och SKL. Delrapport 4*. Tillgänglig via internet

<http://www.statskontoret.se/upload/Publikationer/2013/201316.pdf>

Rapporten beskriver ett lokalt initiativ till samverkan mellan hemtjänst, biståndsbedömning och hemsjukvård. De professionella träffades i ett vård- och omsorgsmöte i den äldres hem för att på detta sätt möta sköra äldres individuella behov av vård och omsorg och involvera dem och deras anhöriga i planeringen.



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