



Region Västernorrland

En proaktiv digifysisk seniorvård - Premicare och Timrå kommun utvecklar ett gemensamt arbetssätt

Ökad patientnytta, bättre arbetsmiljö,
kostnadseffektivt och större samhällsnytta – samtidigt

Slutrapport

2023-08-21

Helene Ersson

Innehåll

Sammanfattning	Sid 3
Bakgrund till projektet	7
Projektets syfte, genomförande och metod	24
Erfarenheter av projektet	38
Projektledarens analys och rekommendationer	51

Sammanfattning

Projektets syfte är sprunget ur ett antal utmaningar som både Timrå kommun, vårdbolaget Premicare och Region Västernorrland står inför; Antalet personer över 80 år kommer att öka med ca 500 personer från år 2022 och fram till år 2030 (från 1064 personer till 1480 personer). Samtidigt är det en hög andel av invånarna i Timrå kommun som har hemtjänst och hemsjukvård, jämfört med andra kommuner. Det kan finnas flera skäl till detta till exempel större behov av insatser på grund av sämre hälsotillstånd eller lägre krav vid biståndsbeslutet.

Samtidigt som en högre andel av befolkningen i Västernorrland än i andra län har hemsjukvård så bestod en hög andel av besöken till länets akutmottagningar år 2021 av personer över 80 år. Det är bara Region Västmanland och Region Gotland som har högre.

Både Timrå kommun och Region Västernorrland har svårt att få ekonomin i balans. Timrå kommuns kostnad för äldreomsorgen per invånare över 65 år är bland de högsta i landet. Det gäller även när hänsyn tagits till strukturella skillnader så som demografisk sammansättning, socioekonomiska villkor och befolkningskoncentrationer samt geografisk utsträckning. Den avvikelsen har varit bestående över tid.

Under projektiden har samtal förts om vilka krav som ställs i kvalitetshandboken, samt hur ersättningssystemet för primärvården ser ut. Flera vårdcentraler beskriver svårigheten att prioritera äldre patienter med komplext vårdbehov, då vårdgarantin ställer krav på hög tillgänglighet för samtliga listade patienter att nå sin vårdcentral, och att vårdcentralen inte kan begränsa sitt uppdrag till de patienter med störst vårdbehov.

Sedan flera år tillbaka tecknar Socialdepartementet årliga överenskommelser med Sveriges kommuner och regioner (SKR) för att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Ett av dessa utvecklingsområden är *Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav*. Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan.

Projektets syfte har varit att pröva nya arbetsformer för omställning till personcentrerad Nära vård utifrån följande målbild:

Målbild behovsbaserad vård	Verkligt utfall	
	Hemsjukvård	Sjukhusvård
Patienten får bästa tänkbara vård i hemmet när sjukhusvård inte har något att tillföra	God och nära hemsjukvård	Undvikbar slutenvård
Patienten vårdas på sjukhus när detta kan tillföra något och patienten så önskar	Otillräcklig hemsjukvård	Nödvändig slutenvård

Illustration: Projektets målbild om behovsbaserad vård

Utgångspunkten har varit att öka tryggheten och minska undvikbara inläggningar. Detta genom ett förebyggande och proaktivt arbetssätt kunna stödja och vårda äldre personer i hemmet.

Uppdraget har varit att skapa ett hållbart arbetssätt mellan kommunen och primärvården där den enskilde får insatser i ett tidigt skede, de professionella teamen får förutsättningar att verka effektivt med en hållbar arbetssituation och samhällskostnaden minskar. För att arbetssättet ska vara hållbart krävs också att kostnaden för respektive huvudman inte ökar.

Forts.



Sammanfattning

Forts.

Projektets primära målgrupp är personer med hemsjukvårdsinsatser i Timrå kommun, ca 200 personer. Patienten har själv fått välja om hen vill delta i arbetssättet. Projektets uppdrag har varit att utveckla tre moment: *Bedöma & behandla* patienter i tidigt skede utifrån ett proaktivt förhållningssätt, *Bevaka och bevara* hälsan genom planerad uppföljning och stöd i att bevara hälsan, samt *Förhandsplanerad vård* i livets slutskede.

Lärdomar och slutsatser

- **Hemsjukvården behandlar fler med stort vårdbehov**

På lite drygt tio år har det förändrats från att 20 procent av personer över 80 år bor på särskilt boende till att tio procent gör det.

Samtidigt som antalet personer över 80 år blir fler, minskar andelen som bor på särskilt boende. Det innebär att hemtjänsten och hemsjukvården tillsammans med primärvårdens läkare tar ansvar för fler personer med större vårdbehov än tidigare.

Under projektiden har inskrivningssamtal genomförts med 65 hemsjukvårdspatienter. Vid uppföljningen av projektet visar det sig att tolv av dessa patienter har avlidit. Fyra hade då flyttat till särskilt boende, åtta hade fortfarande bara hemsjukvård i hemmet.

- **Att se värdet i ett proaktivt förhållningssätt**

För alla, både i vården och utanför, är det enkelt att se nyttan av sjukvård i det akuta läget. Patienten ska botas, och alla upplever framgång när patienten återfår sina förmågor.

Varje medarbetare kan känna sig nöjd och stolt med sin insats när man lämnar sitt arbetspass. Man får även uppskattning från både ledning, anhöriga och patienten själv.

Att se värdet i ett proaktivt förhållningssätt där insatser görs i förebyggande syfte eller att även en liten hälsoförsämring uppmärksammas som annars riskerar att utvecklas till en kraftig försämring, ställer krav på organisationen så att **planerad uppföljning** och **tidiga insatser** är prioriterade arbetsuppgifter.

Uppskattningen från organisationen kan vara att alla planerade aktiviteter så som inskrivningssamtal, läkemedelsgenomgångar, planerade uppföljningar är genomförda.

Det ställer också krav på varje medarbetare att se detta som viktiga arbetsuppgifter i sin vardag, och belöna sig själv med en klapp på axeln när man bidragit till att patienten inte försämrats mer än nödvändigt.

- **God ekonomisk hushållning – sett ur skattebetalarens perspektiv**

Respektive organisations ekonomiska ram utgör begränsningen, men inom respektive ram har varje organisation mandat att disponera sina medel. Det finns samtidigt krav att organisationen ska ha en god ekonomisk hushållning, det vill säga att dagens beslut inte innebär att kostnader skjuts på framtidens invånare och skattebetalare. Det ställer krav på organisationen att det finns kunskap om vilka insatser som förebygger en ej försvarbar kostnadsökning i framtiden.

Forts.



Sammanfattning

Forts.

Sett ur en skattebetalares perspektiv är det inte heller försvarbart att inte vidta åtgärder som förebygger en kostnadsökning hos en annan skattefinansierad organisation. Det kräver att hela organisationen och båda organisationerna har stor kunskap om vilka åtgärder som är motiverade och nödvändiga för att inte öka kostnaden i onödan, varken nu eller i framtiden. Även kvalitetskrav och ersättningssystem inom primärvården måste stödja ett helhetstänkande, både nu och i framtiden.

För att skapa trygghet i hela organisationen om att arbetssättet är framgångsrikt, krävs god kunskap om hur vårdkedjan fungerar och rätt indikatorer som visar att det nya arbetssättet är mer framgångsrikt än det traditionella. I samband med översyn av överenskommelse om hemsjukvård ses över, bör konsekvensen av en strikt tillämpning av den så kallade tröskelprincipen tydliggöras, sett ur både patientperspektivet, arbetsmiljö och ekonomiskt perspektiv.

- **Bättre kännedom om patienten i tvärprofessionella team**

Bedöma och behandla innebär att kommunsköterska och primärvårdens läkare vid inskrivningssamtalet får en samlad bild över patientens hälsa, situation och önskemål. Samtidigt bildar kommunsköterska och primärvårdens läkare team med kommunens fysioterapeut, arbetsterapeut, hemtjänstpersonal och biståndshandläggare. Tillsammans skapar de förståelse för brukarens/patientens behov och möter den mer rätt insatser, på rätt sätt, vid rätt tidpunkt.

Det framkommer i båda medarbetarundersökningarna att man efterfrågar mötesforum/teamträffar och tillfällen att tillsammans se vad patienten behöver och förstå vem som gör vad.

Eftersom det är primärvårdens läkare som beslutar om hemsjukvård bör också primärvården ha noteringar om vilka patienter som har hemsjukvård och i vilken omfattning.

Erfarenheten i projektet är att inskrivningssamtalet tar lång tid och det upplevs påfrestande för patienten. Genom att dela upp inskrivningssamtalet så att fysioterapeuten tar den del av inskrivningssamtalet som rör bedömning av patientens fysiska förmågor vid ett separat tillfälle, involveras även fysioterapeuten i ett tidigt skede och patienten får bästa stödet för att behålla eller öka sin fysiska förmåga.

- **Den lokala ledningens samarbetsuppdrag är centralt**

Ska befintliga samhällsresurser användas effektivt, krävs med all sannolikhet ett mycket tätt samarbete där varje organisationsdel och verksamhetsnivå är väl förtrogen med hur hela vårdkedjan fungerar och att det finns tillgång till aktuell information om man är på rätt väg eller vilka flaskhalsar som finns i flödet.

Den lokala ledningen som består av samtliga parter första och andra linjens chefer kan anses vara på en mesonivå där uppdraget är att analysera hur väl systemet möter upp syfte och mål, samt skapa förutsättningar för medarbetare att utföra uppdraget. Ett ökat fokus på patientcentrerad vård och minskat fokus på tolkning av tröskelprincipen vore önskvärt.

- **Kommunsköterskans väntetid kostar pengar och minskar patientsäkerheten**

I Västernorrland har ca 12 000 personer kontakt med kommunal hälso- och sjukvård varje år. En vårdcentral kan ha 10 000 listade patienter, varav 200 är hemsjukvårdspatienter. Vad det gäller hemsjukvårdspatienter söker kommunsköterskan primärvårdens läkare för bedömning och beslut. Vid en snabb kartläggning konstaterades att kommunsköterskans behov av andra kontakter med primärvården än med läkaren är få.

Forts.



Sammanfattning

Forts.

Kommunsköterskans väntetid är arbetstid, till skillnad från patientens väntetid som i huvudsak är att betrakta som ej arbetstid. Det innebär att ett ineffektivt flöde med mycket väntetid ökar samhällskostnaden för den gemensamma vården.

Det finns all anledning att fördjupa kunskapen om hur den totala samhällskostnaden för hela vårdkedjan kan sänkas. Det finns anledning att pröva tanken om att separera flödet gällande patienter med hemsjukvård från patienter som själva besöker vårdcentralen. För att minska den totala samhällskostnaden bör en analys göras av hur kommunsköterskornas och primärvårdsläkarnas arbetstid/kostnad används och kan effektiviseras.

Digifysiskt arbetssätt har stor potential – patientnytta och ökad effektivitet samtidigt

Digital teknik som ger möjlighet att arbeta på distans är mycket knapphändigt prövat för de patienter som har kontakt med både kommunal hälso- och sjukvård och primärvårdens läkare. Ett hinder är lagstiftningen som begränsar möjligheten att dela eller överföra patientinformation mellan huvudmännen. Det begränsar fördelarna med arbetssättet.

Under projektiden har flera begränsningar undanröjts. Som exempel kan nämnas den mobila EKG-utrustningen, utlånad från vårdcentralen och utrustad med SIM-kort som direkt kan överföra patientinformationen till regionens verksamhetssystem. Kommunsköterskan hanterar utrustningen, men patientinformationen återfinns i primärvårdsläkarens verksamhetssystem för journalföring.

Vad det gäller den begränsade användningen av mobil CRP-analysutrustning har det i olika sammanhang att det funnits en rädsla att kommunsköterskorna skulle ta CRP-prov "i onödan" om de har tillgång till en mobil utrustning. Det ska tilläggas att det finns en manuell analysutrustning, men som kräver stor precision och förståelse för exakthet vad det gäller tid för avläsning och färgbedömning. Risk för felavläsning och därmed felbedömning ökar risken för felbehandling.

Rädslan för felanvändning och felbedömningar utifrån svårigheten att bedöma varje anställds kompetens har gissningsvis inneburit att samtliga anställda har begränsats i att använda sin kompetens eller utveckla den.

- **Sjukvårdskompetensen används inte fullt ut**

Det finns tecken på att den kommunala primärvården inte arbetar på den vårdnivå man ska, utan att ansvarstagandet och därmed professionalismen successivt sjunker. Vad som har orsakat situationen är oklart. Det kan vara avståndet mellan primärvårdens läkare och kommunsköterskan och den begränsade tillgången till informell läkartid. Det finns anledning att se om primärvårdsläkarens uppdrag kan utökas för att ge stöd så att fastställd kompetensnivå bibehålls.

Uppdraget kan vara att identifiera kompetensutvecklingsbehov utifrån det beslutsstöd som kommunsköterskorna ska utgå från och den utrustning de förväntas använda.



Bakgrund till projektet

Projektets syfte är sprunget ur ett antal utmaningar som både Timrå kommun, vårdbolaget Premicare och Region Västernorrland står inför:

- Antalet personer över 80 år kommer att öka
- Hög andel personer över 65 år som har hemtjänst
- Hög andel i åldern 65-79 år som har hemsjukvård
- Hög andel personer över 80 år som besöker akutmottagningen
- Höga kostnader för hälso- och sjukvård för både kommun och region
- Hög användning av läkemedel i Timrå
- Samarbetet mellan huvudmännen "skaver"

men invånare, brukare och patienter är nöjda.

Det finns samtidigt både kunskap och planer för hur utmaningarna ska mötas:

- Nationella utredningar pekar på Nära vård
- Gemensam målbild finns för God och nära vård i Västernorrlands län
- Utgångspunkter för samverkan
- Andras erfarenheter av mobila team

Antalet personer över 80 år kommer att öka

Befolkningsprognos för Timrå kommun 2022-2040

Antalet personer över 80 år kommer att öka med ca 500 personer från år 2022 och fram till år 2030 (från 1064 personer till 1480 personer). Därefter är det relativt konstant på den nivån fram till år 2040, se diagram nedan. Bedömningen är att antalet äldre minskar efter det. Den röda linjen visar nuläget, dvs år 2023.

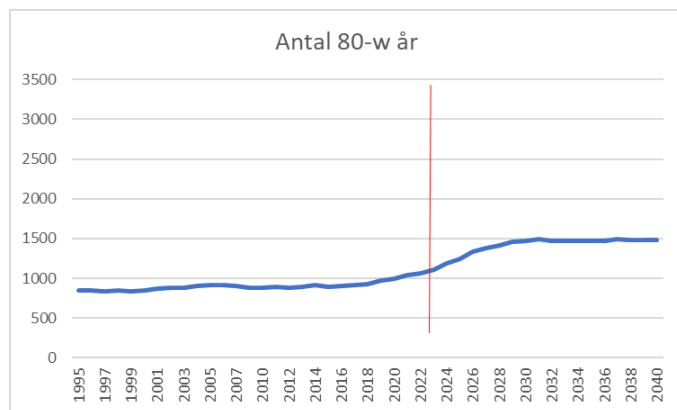


Diagram: Antal personer över 80 år i Timrå kommun, år 1995-2040

Enligt socialtjänstlagen har alla personer oavsett ålder rätt till insatser så som hemtjänst och plats på särskilt boende. Beslut om insats utgår från varje persons behov.

Endast tio procent av personer över 80 år bor på särskilt boende

Det finns i dagsläget ca 200 platser (Strandbo, Tallnäs, Hagalid, Merlogården) med enstaka vakanser.

I Timrå kommun har sedan 1990-talet en större andel av befolkningen över 80 år bott på särskilt boende än i jämförbara kommuner. Sedan år 2016 finns ett värde för riket vilket inte skiljer sig så stort från Timrås, cirka tio procent. De senaste åren bedöms Timrå kommun vara på samma nivå som jämförbara kommuner och riket, se diagram nedan. Den röda linjen visar uppgifter för Timrå kommun.

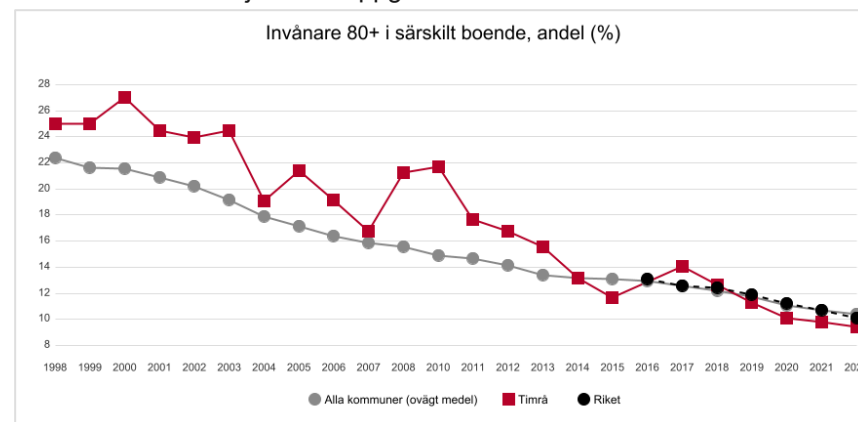


Diagram: Andel av befolkningen över 80 år i Timrå kommun som bor på särskilt boende.

På lite drygt tio år har det förändrats från att 20 procent av personer över 80 år bor på särskilt boende till att tio procent gör det.

Hemsjukvården behandlar fler med stort vårdbehov

Samtidigt som antalet personer över 80 år blir fler, minskar andelen som bor på särskilt boende. Det innebär att hemtjänsten och hemsjukvården tillsammans med primärvårdens läkare tar ansvar för fler personer med större vårdbehov än tidigare.

Hög andel 65+ med hemtjänst

Andel av befolkningen över 65 år som har hemtjänst i Timrå kommun är en av de högsta i landet. Se diagram nedan.

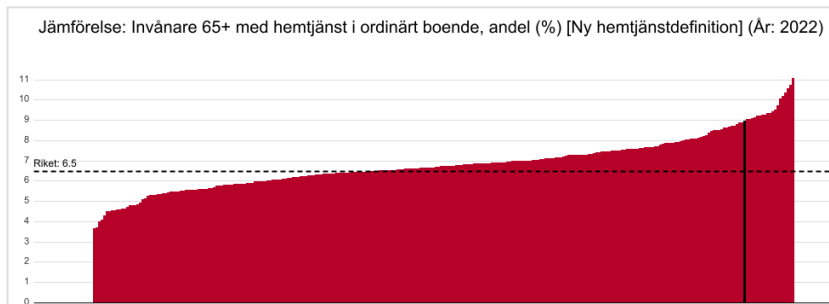


Diagram: Andel av befolkningen över 65 år i Sveriges kommuner som har hemtjänst. 290 kommuner varav Timrå kommun är markerat med ett svart streck

Samtidigt är medelåldern för de som har hemtjänst i Timrå kommun lägre än övriga landet.

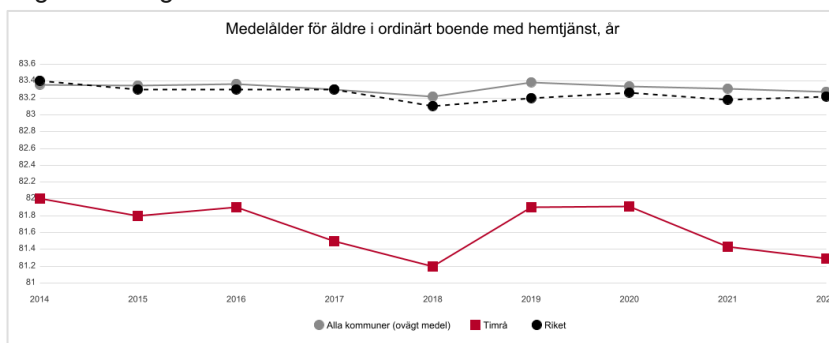


Diagram: Medelåldern för personer med hemtjänst i Timrå kommun och genomsnittet för samtliga övriga kommuner, år 2014-2022

Hög andel 65-79 år med hemsjukvård

Kommunen har ansvar för primärvård till och med sjuksköterskenivå för personer med biståndsbeslut för särskilt boende för äldre och enligt LSS, korttids och hemsjukvård. Hälso- och sjukvårdsansvaret för särskilt boende för äldre övertogs från Landstinget år 1992, för boende enligt LSS år 1994 och hemsjukvården år 2013. Vid samtliga tillfällen har personal fått möjlighet att byta arbetsgivare och kostnaden har justerats genom skatteväxling.

12 663 i Västernorrlands län har någon gång under 2021 varit mottagare av kommunal hälso- och sjukvård

1 027 av dessa bodde i Timrå kommun. Andel av befolkningen som har kommunal hälso- och sjukvård varierar mellan kommunerna. Timrå kommun har en högre andel personer med hemsjukvård i åldern 65-79 år än övriga kommuner i länet.

Tabell 4. Andel (%) av befolkningen i en kommun som någon gång under 2021 var mottagare av kommunal hälso- och sjukvård. Fördelat på ålder, kön och kommun.

Distribution by age, sex and municipality.

Kommunkod		Total andel			Andel procent 0-64 år			Andel procent 65-79 år			Andel procent 80 år eller äldre		
		Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt	Kvinnor	Män	Totalt
	Riket**	4,8	1,2	1,0	1,1	9,3	8,3	8,8	48,3	37,0	43,6		
	Västernorrlands län	5,2	1,0	0,9	1,0	9,0	8,4	8,7	48,9	37,2	44,1		
2280	Härnösand	3,7	0,7	0,7	0,7	5,6	5,0	5,3	35,5	25,8	31,5		
2282	Kramfors	5,9	1,2	1,2	1,2	9,5	7,9	8,7	47,0	36,6	42,5		
2283	Sollefteå	6,5	0,8	1,1	1,0	9,7	8,6	9,1	53,7	39,3	47,8		
2281	Sundsv all	5,1	1,1	0,9	1,0	10,0	9,0	9,5	52,1	38,0	46,3		
2262	Timrå	5,7	1,0	1,1	1,0	11,6	12,2	11,9	53,1	43,6	49,2		
2260	Ånge^	6,4	1,0	1,1	1,1	9,2	10,8	10,0	50,7	45,8	48,8		
2284	Örnsköldsvik	5,0	1,0	0,8	0,9	7,9	7,5	7,7	47,6	37,7	43,6		

Källa: Registret över insatser inom kommunal hälso- och sjukvård, Socialstyrelsen

Tabell: Andel av befolkningen i Västernorrlands kommuner i olika åldersgrupper som har kommunal hälso- och sjukvård. Röd markering=högsta andelen, grön markering=lägsta andelen. Timrå kommun är markerat med gult.

Beslut om hemsjukvård kan omfatta förskrivning av rullator, rullstol, sittpall i duschen eller extra handtag på väggen. Det kan också vara medicindelning men också sårömläggning och mer avancerad sjukvård.

Det något oförklarligt höga antal personer med kommunal hälso- och sjukvård kan vara orsakat av inaktuella uppgifter i kommunens journalsystem. Åtgärder har vidtagits i samband med införande av nytt journalsystem våren 2023.

300 personer av de ovan redovisade bor på särskilt boende för äldre. (Medianvårdtiden på särskilt boende för äldre i Timrå är 566 dagar år 2022 och det finns ca 200 lägenheter). Cirka 75 personer har beslut om boende enligt LSS eller personlig assistans.

Av de knappt 600 personer som har hemtjänst har ungefär hälften beviljad hemsjukvård. Den kommunala hemsjukvården är uppdelad på fyra distrikt med två sjuksköterskor i varje distrikt. I den kommunala organisationen finns också fysioterapeuter, arbetsterapeuter och specialistundersköterskor.

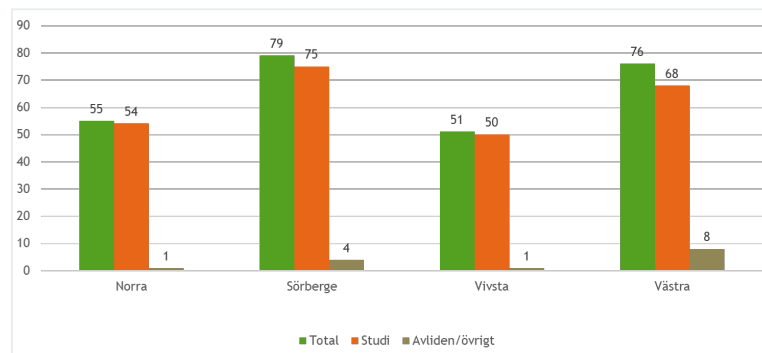


Diagram: Antal personer som har hemsjukvård per hemsjukvårdsdistrikt i Timrå år 2022

Hög andel 80+ på akuten

Hög andel personer över 80 år på akuten

Totalt var det 8 564 besök på Sundsvalls sjukhus akutmottagning av personer över 80 år under 2022.

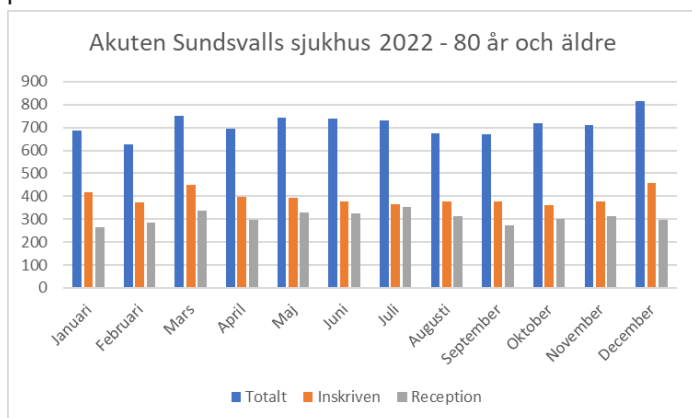


Diagram: Antal personer över 80 år som besökt akutmottagningen i Sundsvall år 2022, per månad

Av dessa 8 564 besök kom 57 procent (4 897 personer) med ambulans.

4 731 av besöken ledde till inskrivning. Genomsnitt i tidigare studier visar att en inskrivning innebär en sjukhusvistelse på 6-8 dygn.

Jämfört med övriga län var en hög andel av besöken vid länets akutmottagningar år 2021 av personer över 80 år. Se diagram nedan. Situationen var lika år 2019, dvs före pandemin.

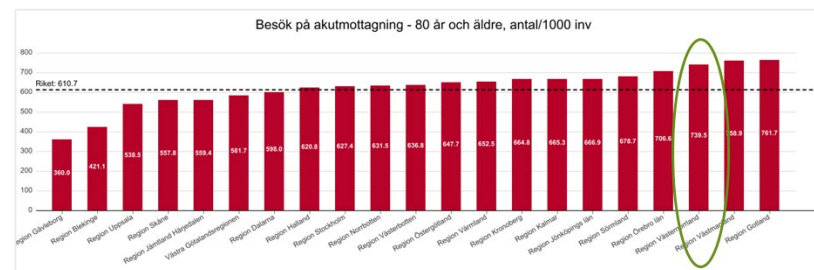


Diagram: Andel av befolkningen över 80 år per region som besökte akutmottagningen, år 2021

Samtidigt har en högre andel invånare i länet tillgång till kommunal hemsjukvård än i riket i snitt, se föregående sida.

Vi har inte tillgång till uppgifter som bara rör personer med hemsjukvård.

Antal patienter 80+ från Timrå på akuten

Antalet besök av personer över 80 år från Timrå är konstant

I en fördjupad studie över antalet besök på akuten som personer över 80 år från Timrå kommun står för, visar det sig vara relativt konstant de senaste tio åren. Det varierar mellan 738 och 866 besök per år. Detta trots att antalet personer över 80 år har ökat från 893 till 1 064 personer under samma period. Se diagram nedan.

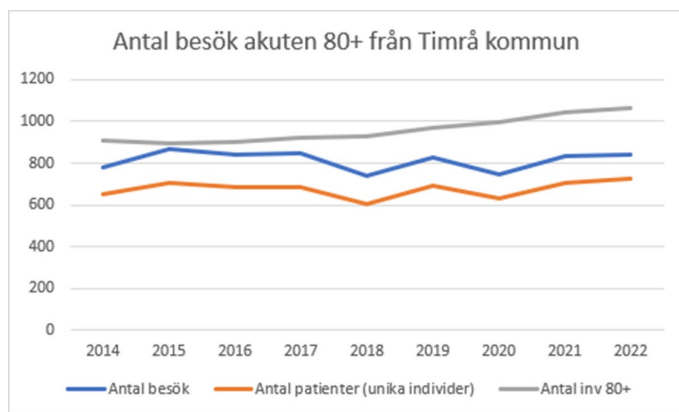


Diagram: Antal personer över 80 år som besökt akutmottagningen i Sundsvall från Timrå kommun, år 2022

Uppgifterna gäller samtliga personer över 80 år, folkbokförda i Timrå kommun, inte bara de med hemsjukvård.

Vi har inga uppgifter på om personerna blev inlagda på sjukhuset eller åkte hem direkt efter besöket på akuten.

Antal patienter över 80 år som transporterats med ambulans till sjukhuset år 2022

Varje månad hämtar ambulansen mellan 17 och 38 personer över 80 år, folkbokförda i Timrå kommun för transport till något sjukhus. Under år 2022 blev det 322 transporter. Se diagram nedan.

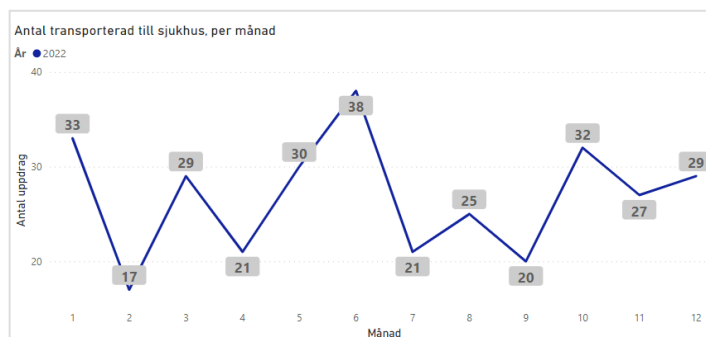


Diagram: Antal ambulanstransporter av personer över 80 år från Timrå kommun år 2022, per månad

När SOS Alarm får samtalet från patienten görs en klassning av hälsotillståndet. Av de 322 samtal klassade SOS Alarm ungefär hälften som högsta prioritet, vilket betyder uttryckning med blåljus och sirener.

Ambulanspersonalen på plats gör en ny bedömning där knappt en femtedel klassas som högsta prioritet. Se diagram nedan.

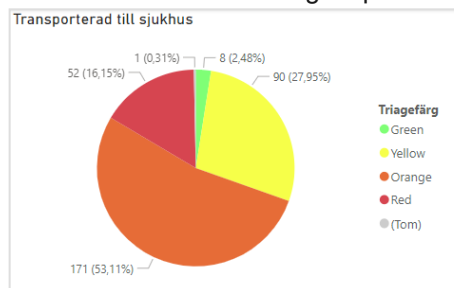


Diagram: Ambulanspersonalens bedömning av patientens hälsotillstånd, 322 ärenden

Majoriteten 80+ på akuten har hjälp av kommunen

I en tidigare studie från september 2021 var det totalt 3 749 besök till akutmottagningen i Sundsvall. Av dessa var 553 personer över 80 år, dvs 15 procent.

Fakta om de 553 personerna

- 328 personer kom med ambulans (59%)
- 46 hade passerat primärvården och remitterats till akutmottagningen (9 %)
- 356 personer lades in på vårdavdelning (64%). Att jämföra med de som är personer yngre än 80 år där 25 % läggs in på vårdavdelning.

Vilken hjälp har de sedan tidigare av kommunen?

För att ta reda på mer om de här personerna gjordes ett slumpmässigt urval av 25 journaler. Av dessa 25 personer hade 22 personer stöd och hjälp av kommunen sen tidigare.

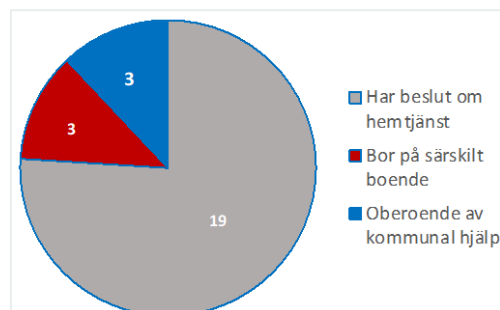


Diagram: Av de 25 slumpmässigt utvalda personer över 80 år som blir inlagda har 19 personer hemtjänst, tre bor på särskilt boende och tre är oberoende av kommunal hjälp.

Vad händer vid utskrivning?

Av de 19 som har hemtjänst sedan tidigare får:

- Tio inte utökad hemtjänst efter akutbesöket
- Sex får utökad hemtjänst efter akutbesöket
- En blir utskriven till särskilt boende permanent
- En blir utskriven till korttidsboende
- En avled på sjukhuset

Av de tre som inte hade hemtjänst tidigare:

- Blir en utskriven till korttidsboende
- Åker en hem igen utan extra hjälp
- Avlider en på sjukhuset

De tre som redan bodde på särskilt boende återvänder dit.

För två av sex som fått utökad hemtjänst efter akutbesöket har det gjorts en SIP – samordnad individuell planering.

Hög användning av läkemedel i Timrå

40 patienter med fler än 15 aktiva läkemedel på läkemedelslistan

I samma genomgång av 247 journaler konstaterades att 40 patienter hade fler än 15 aktiva läkemedel på läkemedelslistan, att använda per dag.

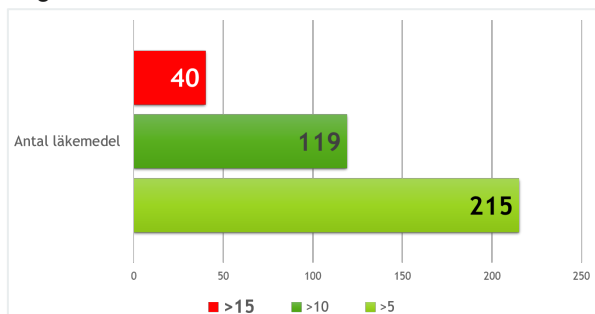


Diagram: Antal patienter med fler än 5, 10 eller 15 läkemedel, Timrå kommun, 2022

En klassificering av patienterna efter besök på akuten utifrån aktiva mediciner och om de har interaktioner visade att 42 personer behövde en fördjupad läkemedelsgenomgång och analys. 136 personer var i riskzonen.

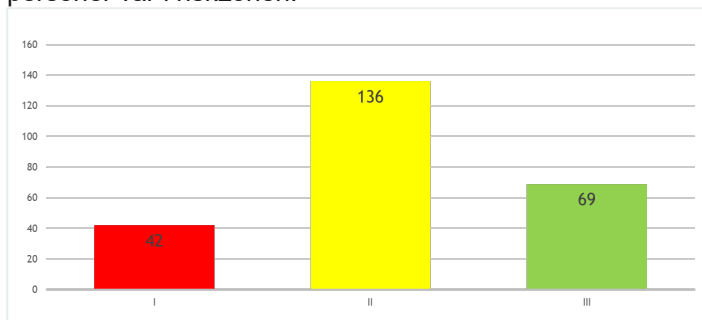


Diagram: Klassificering av patienter utifrån aktiva mediciner, Timrå kommun, 2022

Antalet stående läkemedel per patient har ökat i Timrå kommun

År 2014 - 2018 var det ett läkemedel antal stående läkemedel per hemsjukvårdspatient i Timrå kommun är i övriga kommuner i Västernorrlands län. Därefter har antalet ökat och tillhör numera en av de kommuner som har högst antal stående läkemedel per hemsjukvårdspatient. Se diagram nedan.

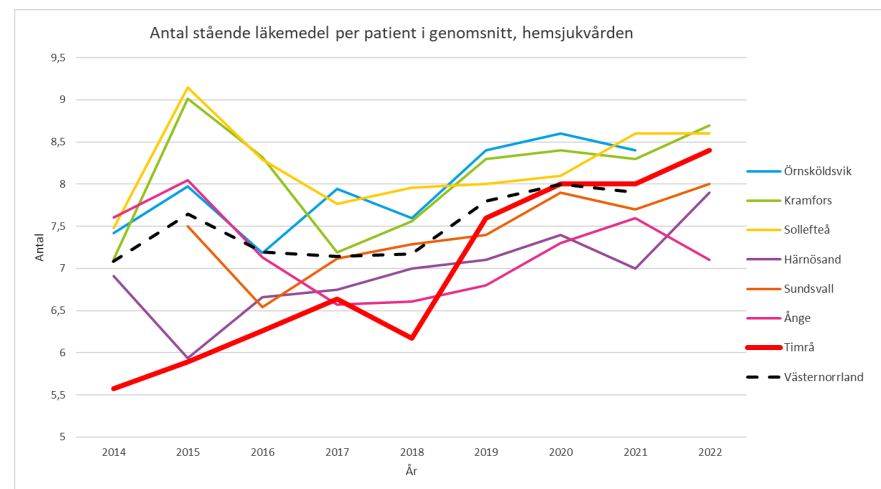


Diagram: Antal stående läkemedel per hemsjukvårdspatient i genomsnitt, åren 2014-2022. Röd linje visar Timrå kommun.

Höga kostnader både i kommun och region

Timrå kommun har höga kostnader för äldreomsorgen

Timrå kommuns kostnad för äldreomsorgen per invånare över 65 år är bland de högsta i landet. Se diagram nedan.

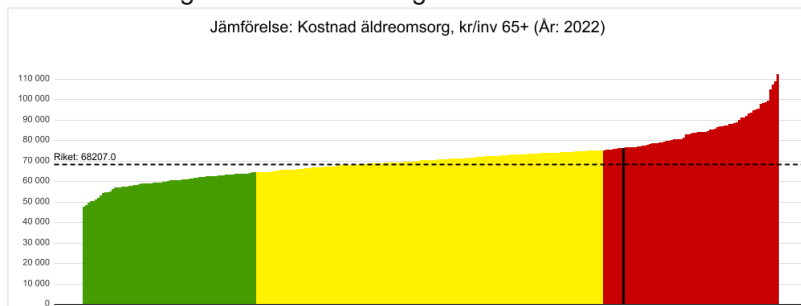


Diagram: Sveriges kommuners kostnad per invånare över 65 år för äldreomsorg, år 2022. 290 kommuner varav Timrå kommun är markerad med svart linje.

Det gäller även när hänsyn tagits till strukturella skillnader så som demografisk sammansättning, socioekonomiska villkor och befolkningskoncentrationer samt geografisk utsträckning. Den avvikelser har varit bestående över tid. Se diagram nedan.

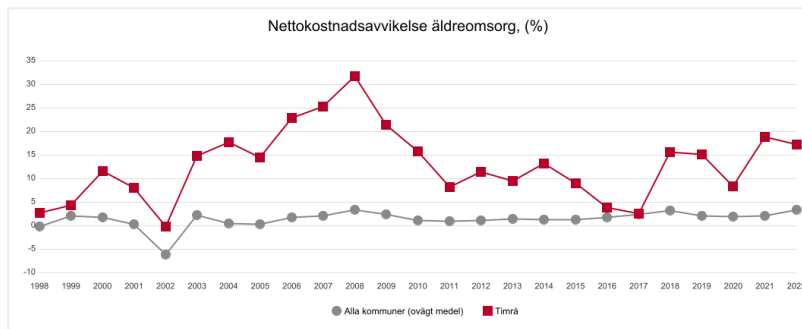


Diagram: Nettokostnadsavvikelse för äldreomsorgen i Timrå kommun år 1998-2022, samt jämförelse med samtliga Sveriges kommuner.

Region Västernorrland har höga kostnader för hälso- och sjukvården

För att kunna jämföra regionerna mellan varandra görs en strukturerad jämförelse, dvs kostnader för hemsjukvård, tandvård och omstrukturering exkluderas. Vid en sådan jämförelse har Region Västernorrland höga kostnader per invånare för hälso- och sjukvården jämfört med andra regioner.



Diagram: Strukturjusterad hälso- och sjukvårdskostnad per invånare för varje region. Västernorrland har femte högsta kostnaden per invånare år 2022.

Vårdcentralerna har svårt att utifrån krav och ersättningssystem prioritera sköra äldre

Under projektiden har samtal förts om vilka krav som ställs i kvalitetshandboken, samt hur ersättningssystemet för primärvården ser ut.

Flera vårdcentraler beskriver svårigheten att prioritera äldre patienter med komplext vårdbehov, då vårdgarantin ställer krav på hög tillgänglighet för samtliga listade patienter att nå sin vårdcentral, och att vårdcentralen inte kan begränsa sitt uppdrag till de patienter med störst vårdbehov.

Före projektet: Ett samarbete med ”skav”

En webbenkät skickades under oktober 2022 via cheferna till samtliga medarbetare på Premicares vårdcentraler i Söråker och Timrå, samt hemsjukvården och hemtjänsten i Timrå kommun. Då hade inga samverkansaktiviteter genomförts i projektet. 35 svarande.

Frågorna rörde samarbetet mellan Timrå kommun och Premicare. 24 personer upplevde samarbetet negativt, två personer positivt och nio personer förhöll sig neutrala.

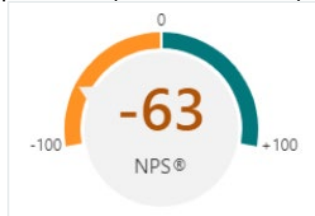


Diagram: Resultat på frågan om hur man upplever samarbetet mellan Timrå kommun och Premicare

På frågan om man upplever om det finns en gemensam uppfattning vad som är målet med personcentrerad vård upplevde 24 personer att det inte fanns det, tre personer att det fanns det och åtta personer förhöll sig neutrala.

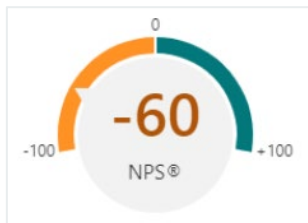


Diagram: Resultat på frågan om hur man upplever om det finns en gemensam uppfattning vad som är målet med personcentrerad vård.

På frågan om man upplever att alla tar sitt ansvar och genomför uppdraget kring invånaren/patienten/brukaren upplevde 24 personer att man inte gör det, tre personer att man gör det och åtta personer förhöll sig positiv.

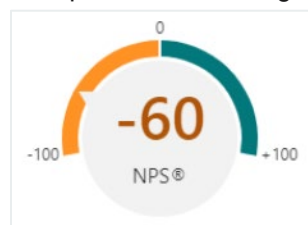


Diagram: Resultat på frågan om hur man upplever att alla tar sitt ansvar och genomför uppdraget kring invånare/patienten/brukaren

På frågan om man upplever att sin chef är positiv till att samarbeta mellan Timrå kommun och Premicare svarade 34 personer ja och en person svarade nej.



Bättre kommunikation efterfrågas

Fler tillfällen att träffas och bättre kommunikation efterfrågas

Det fanns också möjlighet att svara i fritext på vissa frågor. En sådan fråga var om det finns något som skulle underlätta samarbetet mellan Timrå kommun och Premicare. Som exempel nämndes rutiner, kunskap och möten. En sammanställning av svaren visade att flest kommentarer rörde behov av mötesforum, regelbunden och bättre kommunikation. Näst flest kommentarer rörde tydligare ansvar och roller, prioriteringar och rutiner. Se sammanställning nedan.

Ämne	Mötesforum Regelbundet/ bättre kommunikation	Bättre kontaktvägar/ speciellt telefonnummer	Tydligare telefonlistor/ tid för kontakt	Tydligare ansvar och roller/prioriteringar/rutiner	Saknar yrkesroller/ kompetens	Kunskap om hemsjukvård såravskärning/ tröskelpri- ncipen	Tid för ronder	Jobba i samma IT- system/ behov monitoreri- ngs- utrustning SÄBO
Antal kommentarer	15	6	4	7	4	2	3	1
Exempel	Svårt att hitta tider för att mötas, ökad kunskap om varandras uppdrag	Direktnummer till Premicare, till sjuksköterska Vem jobbar var			Saknar arbets- terapeut, dietist, kurator Fysio- terapeut resursbrist			

Tabell: Sammanställning över fritextsvar på frågan vad som kan underlätta samarbetet

Kunskap saknas om samarbetspartnern

Det var ett genomsnittligt lågt betyg på frågan om man ansåg att man har tillräcklig kunskap om samarbetspartnerns arbetsuppgifter.



Genomsnittligt omdöme: 3.43

Det fanns också möjlighet att ange vilken kunskap om samarbetspartnern man saknade. Följande citat är hämtade från svaren:

- "De har ju ändrat sitt arbete och har ju knappt några grupper, tar nästan bara nya patienter och tar ej hand om de med kronisk problematik längre så nej jag kan inte påstå att jag vet vad kollegorna pysslar med på Premicare. Känns som de jagar nybesök och ekonomiska pinnar."
- "Otydligt i hur resurser tillämpas i olika situationen kopplat till patienten."
- "Vet ej vilka yrkeskategorier som finns, tex kurator och dietist och i vilken utsträckning dom finns, samt kontaktvägar till alla yrkesgrupper."
- "Vet inget om dem."
- "Det är ju inte bara med kommunen vi samarbetar med utan också i mkt hög grad slutenvården. Om slutenvården följde dom rutiner som är skulle det göra jobbet bättre både för kommun och primärvård. Liknande enkät för att jämföra samarbetet oss emellan skulle vara av värde."
- "Jag vet inte vad akutsköterskans övriga arbetsuppgifter på dagen är utöver jourfall och kontakt med kommunen."
- "Vet inte exakt deras uppgift alltid när de skickar HSL-uppdrag som är oklara och knapphändiga uppgifter och får till svar om rapport: -Läs själv i NPÖ. Så ska det väl verkligen inte gå till eller?"
- "Kontaktuppgifter"

Nöjda invånare, brukare och patienter

Invånare och patienter är nöjda

Timrå kommun deltog år 2021 och 2022 i SCB:s nationella medborgarundersökningen. På frågan hur man upplever äldreomsorgen i kommunen svarar 68,2 procent att man upplever att den fungerar bra. Jämfört med andra kommuner är det ett bra betyg. Se diagram nedan.

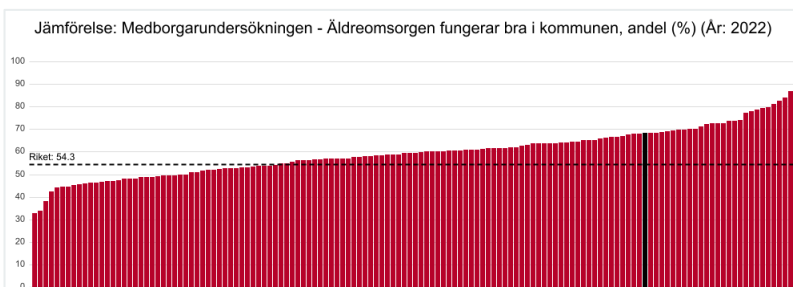


Diagram: Medborgarnas nöjdhet med äldreomsorgen, per kommun, år 2022. 290 kommuner varav Timrå kommun är markerat med en svart linje.

Socialstyrelsens enkätundersökning skickas varje år till brukare i hela landet. Undersökningen visar att brukarna i Timrå kommun är på det hela taget nöjda med sin hemtjänst. Timrå kommun tillhör de kommuner med mest nöjda brukare. Se diagram nedan.



Diagram: Brukares nöjdhet med sin hemtjänst, per kommun, år 2022. 290 kommuner varav Timrå=svart

Patientundersökning visade nöjda patienter

I projektet genomfördes sommaren 2022 en patientundersökning. 30 personer med hemsjukvård i Timrå kommun fick brev tillsänd sig om intresse att bli intervjuad om sin upplevelse av vården. Fem patienter intervjuades vid personligt möte och 12 via telefon.

Följande framkom i intervjuerna:

- Hemtjänsten är viktig och får mycket beröm. Kompetens hos personalen, att de kommer när man larmar eller behöver hjälp viktigast.
- Flera lyfter viljan att bli lyssnade på och att få bättre och tydligare information initialt.
- Flera lyfter behovet av sjukgymnastik, samt uppföljning.
- Hemtjänsten är central i kontakten med hemsjukvården och med hälsocentralen. Många har också hjälp av anhöriga i kontakten.
- Trygghetslarmet och telefon till hemtjänsten är vanligast i akuta situationer. Även ringer direkt 112 eller 1177.
- Hemtjänsten kontaktar hemsjukvården. Även anhöriga agerar. Ingen ringer vårdcentralen. Ingen nämner äldreomsorgstelefonen. På fråga anges att det är svårt att komma fram till vårdcentralen via telefon.
- Ingen har fått hembesök av läkare från vårdcentralen. Däremot har någon haft telefonkontakt.
- Ingen av de tillfrågade har haft ett digitalt vårdmöte. Enstaka patienter kan själva använda 1177 för att läsa sin journal och göra vårdärenden.



Nationella utredningar

Frågor om vad som krävs för en ändamålsenlig och effektiv sjukvård har belysts i många rapporter de senaste tio åren. Några av de som ligger till grund för de årliga överenskommelserna om Nära vård redovisas här.

SOU 2016:2 Effektiv vård

Utredningens uppdrag var bland annat att belysa viktiga effektivitetsproblem, och följande analys och hypoteser om ineffektivitet i vården lämnades:

- Styrningen skapar ineffektivitet. Den är mångfaldig och splittrad, med en massa aktörer med många gånger oklara roller. Styrningen är kortsiktig, detaljerad och stundtals motsägelsefull.
- Strukturen skapar ineffektivitet. Sjukhusstängt system med för liten primärvård.
- Verksamhetsstöden ger inte förutsättningar för effektivitet. Stora brister i informationssystemen, både bristande användbarhet, användarvänlighet och informationsöverföring.
- Organisation och arbetssätt leder till ineffektivitet. Vården organiseras inte utifrån patienters behov utan från en industriell logik. Personlig kontinuitet saknas i vården.
- Kulturen skapar ineffektivitet. Förmågan att förändra och vidmakthålla effektivare arbetssätt drivs "underifrån". Arbetsplatskulturen är starkare styrmedel än styrmedel "uppifrån". Framgångsrika verksamheter har en stark och sund "vi-anda". Ledare som kulturbärare en viktig del för en positiv arbetsplatskultur. Är patienten "i centrum" eller en del av teamet?

- Kompetensförsörjningen bidrar till ineffektivitet. Läkarbrist i primärvården har varit framträdande sedan lång tid. När läkartillgången ökar så dras merparten till traditionellt sjukhusbundna specialiteter.
- Test med omfördelning av arbetsuppgifter mellan personalkategorier som bedrivs i projektform avstannar när extra resurser tas bort. Det ses inte som en del i långsiktig lösning.
- Den administrativa bördan är ett uttryck för ineffektivitet. Statens administrativa krav är betydande. Kraven adderas till tidigare krav, ingenting tas bort. Verksamhetsstöden brister och mycket dubbeldokumenteras.
- Bemanning och vårdplatser ur ett effektivitetsperspektiv. Med fler personer i högre ålder finns fler personer med fler kroniska sjukdomar, fler läkemedel och därmed ökad risk för komplikationer. Varje patient vistas på sjukhus endast under den mest "intensiva" delen av en vårdepisod. De mindre intensiva dagarna har skalats bort från sjukhusvistelsen. Primärvården möter fler med ospecifika behov liksom "lättare" psykisk ohälsa. "En medikalisering av sociala problem". Frågor som ställs är om inte primärvårdens uppdrag måste avgränsas dvs man ska inte kunna komma med vilka problem som helst.

En av de styrande principerna som föreslogs var att vården ska ges nära befolkningen. Några av principer som föreslogs vägledande för ändrat arbetssätt var:

- Princip 1: Utgå från vad som kan göras för att öka nyttan för patienten och se patienten som medskapare
- Princip 2: Utgå från vad som kan göras för att öka den personliga kontinuiteten
- Princip 3: Inför produktions- och kapacitetsplanering och utvecklad samlad schemaläggning



Nationella utredningar

Forts.

SOU 2020:19 God och nära vård – En reform för ett hållbart hälso- och sjukvårdssystem

Utredningens uppdrag var att identifiera centrala framgångsfaktorer respektive möjliga hinder för ett omställningsarbete för ett samordnat och patientcentrerat arbetssätt.

I remissvaren kan följande noteras:

- I svaren från kommuner och regioner fokuserar båda på ökade kostnader för sin egen organisation med God och nära vård. Ett ärligt svar hade kanske varit att med ändrat arbetssätt också finns ekonomisk uppsida för någon eller båda. Lite oklart om remissinstanserna vet hur väl deras organisationer fungerar idag, och om ändrat arbetssätt kan minska kostnaden för en eller båda.
- Sjukhusläkarna önskar "en reglerad MAL-funktion, inom omsorgen. Då 25 procent av all hälso- och sjukvård bedrivs i kommunen skulle reglerad ökad läkarmedverkan ge mer jämlik vård och också minska trycket på både akutsjukhusen och den elektiva sjukvården i form av ökad prevention, undvikbara sjukdomsfall och färre akutinläggningar."
- SKR delar utredningens bedömning "att bristerna i läkarbemanning inte bäst löses genom att kommunerna själva anställer läkare. I stället behöver lösningarna ske i samverkan i den lokala kontexten och områden som SKR ser som särskilt viktiga handlar om bättre tillgänglighet, att avsätta tillräcklig med tid för läkarmedverkan, att säkra fast läkarkontakt och kontinuitet och ett utvecklat teamarbete."

- SKR lyfter även att specialiserad vård i hemmet ska vara möjligt att utföras av kommunerna – och lösas genom avtalssamverkan.
- SKR delar utredningens förslag om ett tydligt utbildningsuppdrag ska ingå i HSL och i primärvårdens grunduppdrag. Den kommunala hälso- och sjukvårdskompetensen sjunker sakta men säkert. Även SKR tittar på statens ansvar då omställningen behöver stöd från andra politikområden t ex utbildnings- och arbetsmarknadspolitiken, forskningspolitiken, jämställdhetspolitiken, folkhälsopolitiken och politik för digital infrastruktur.

Överenskommelsen *God och nära vård 2023 - En omställning av hälso-och sjukvården med primärvården som nav*

I överenskommelsen mellan Socialdepartementet och SKR framgår det att svensk hälso- och sjukvård står inför en rad långsiktiga strukturella utmaningar. Överenskommelsen för 2023 består av fyra olika utvecklingsområden som alla syftar till att stödja utvecklingen av hälso- och sjukvården med särskild inriktning på den nära vården. Ett av dessa utvecklingsområden är *Utvecklingen av den nära vården med primärvården som nav*.

Målet är att patienten får en god, nära och samordnad vård som stärker hälsan. Målet är också att patienten är delaktig utifrån sina förutsättningar och preferenser och att en effektivare användning av hälso- och sjukvårdens resurser ska kunna uppnås. Stöd ges till omställning till en nära vård, ökad kontinuitet och relationsskapande i hälso- och sjukvården, ökad delaktighet och medskapande i HS.

Målbild för God och nära vård

Länets sju kommuner och Region Västernorrland har tagit i hand på att som jämbördiga parter arbeta tillsammans i ett program, Programmet för God och nära vård i Västernorrland. Programmet ska stödja utvecklingen av hälsa, vård och omsorg i länet.

Nära vård är ett nytt sätt att arbeta med hälsa, vård och omsorg:

- Utgår från individuella förutsättningar och behov
- Bygger på relationer, är hälsofrämjande, förebyggande och proaktiv
- Bidrar till jämlik hälsa, trygghet och självständighet
- Grundas i gemensamt ansvarstagande och tillit



Illustration: Beskrivning av förväntad fokusflyttning med arbetssättet Nära vård

Målbilden för god och nära vård som individen kan känna sig trygg med har i Västernorrland har formulerats så här:



Illustration: Målbilden för god och nära vård som individen kan känna sig trygg med i Västernorrland

Riksdagen beslutade 7 april 2021 om att avsätta medel till fem satsningar för ökad kvalitet inom vård och omsorg för äldre. En del är införandet av ett riktat statsbidrag till regionerna för att utöka läkarkompetensen i äldreomsorgen.

I syftet att stimulera ökad läkarmedverkan inriktas arbetet dels på att öka gemensam kompetens hos personal som berörs av samarbetet, dels att genom pilotprojekt pröva utvecklade och gemensamma arbetssätt för ett mer proaktivt och personcentrerat arbetssätt i mobil verksamhet inom det gemensamma uppdraget hemsjukvård.

Utgångspunkter för samverkan

Samverkansstrukturen mellan Region Västernorrland och de sju kommunerna gällande hälsa, vård och omsorg tar sin utgångspunkt i målbilden för God och Nära vård där syftet är att skapa en god och jämlik vård som invånarna kan vara trygga med även när de behöver gemensamma insatser från flera samverkande parter.

Samverkanstrukturen ska skapa förutsättningar för en samordnad och sammanhållen vård och omsorg som leder till en god, jämlik och trygg vård för invånarna genom att ge incitament till ett kontinuerligt lärande och förbättringsarbete av hela verksamheter utifrån invånarnas olika behov och situationer.

Gemensamma utgångspunkter

I tecknade överenskommelser framgår att följande motiv utgör grunden för samverkan.

- Det etiska motivet – samarbete avlastar den enskilde bördan av att själv hitta rätt i vården och förhindra att hen "faller mellan stolarna".
- Verksamhetsmotivet – en enskild aktör, verksamhet eller myndighet kan inte ensam möta den enskildes behov.
- Effektivitetsmotivet – med samarbete kan den enskilde uppnå högre livskvalitet till lägre samhällskostnad.
- Kunskapsmotivet – samarbete breddar och fördjupar kunskapen om fungerande insatser.

Samverkanstrukturen ska stödja verksamheter att utföra sitt uppdrag, sett ur ett helhetsperspektiv. Det ska finnas god kännedom på meso- och makronivå (förvaltnings- och politikernivå) om hur hela systemet fungerar, se nedan.

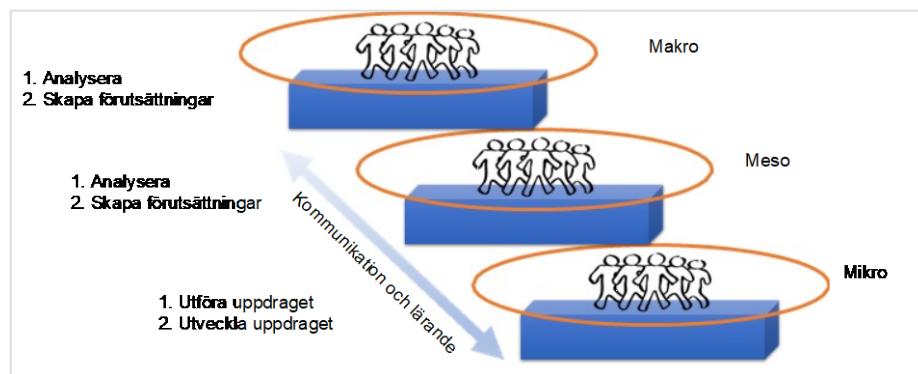


Illustration: Uppdrag på respektive systemnivå, Johan Qvist, Karlstads universitet, 2019

Syftet och nyttan för både samhället och individen ska vara tydligt. Utifrån detta ska hinder röjas och medarbetares förutsättningar att samarbeta ska förbättras.

För att lyckas behöver samverkansstrukturen arbeta med att ständigt lära om hur arbetssätten fungerar i relation till invånarnas behov och ha en tydlig förväntan att verksamheter ska samarbeta mot målbilden för att nå maximerad samhällsnytta och kostnadseffektivitet.



Andras erfarenheter av mobila vårdteam

Västra Götalandsregionen har utifrån test i liten skala utvecklat mobila närvårdsteam som nu införts i hela regionen.

Forskarna Dag Norén och Anna Segerberg har haft uppdraget följa projektet och skrev år 2019 en slutrapport gällande följeutvärderingen. Följande erfarenheter har varit viktiga utgångspunkter i vårt projekt:

- Mängden insatser och resurser inte är avgörande för kvaliteten. I stället är det hur bra teamsamverkan är genom god kommunikation och konstruktiv involvering av patienter och närstående.
- En så kallad "äkt" teamsamverkan skapar ökad trygghet för patienter och anhöriga och god kunskapsöverföring mellan professionerna som också underlättar för betydligt mer proaktiva inslag i vård och även omsorg.
- Med god teamsamverkan är erfarenheterna att vissa vårdinsatser minskar – vilket då med etablerade uppföljningsverktyg skulle se ut som att mindre vård utförs och troligtvis ses som negativt.
- "Patientresor" eller kartläggningar av patienternas vårdprocesser med olika inslag, är ett bättre uppföljningsverktyg – som samtidigt kan ge mer grund för lärande mellan personalen genom exempelvis visualiseringar av dessa kartläggningar.
- Den mer teambaserade hemsjukvårdsläkarrollen skapade en avlastning inne på vårdcentralen; ett lugn som var nytt och som uppskattades av alla.
- En utmaning är att det ofta är hög personalomsättning inom hemsjukvården.
- Kommunens och regionens hälso- och sjukvård organiserad på helt olika sett. Det behövs mer samverkan och utbildning tillsammans, för att förstå varandras förutsättningar och därmed öka effektiviteten.
- De erfarenheter och upplevelser som växte fram i de operativa verksamheterna skulle också kunna beröra de strategiska ledningsverksamheterna på samma sätt; det vill säga de chefsnivåer som ansvarar för vårduppgiften och styrsystemen inom verksamheterna.
- Är de arbetssätt som styrgrupper ofta har, passade för att driva komplexa och nytänkande utvecklingsarbeten av den art som satsningen på Mobil närvård behöver? Tveksamt.
- Minska "nätverksrisken" genom att utveckla mer av en gemensamt organiserad vårdlösning för Mobil närvård som kan ses som riktad och delvis avskild från övriga regionala verksamheter. Detta kan ske genom att formulera starkare vårduppgifter och skarpare styrning mot den centrala uppgiften – en version 2.0 av Mobil närvård.
- Det var framgångsrikt att etablera en regional projektledning som drev arbetsprocessen och som med hjälp av den löpande utvärderingen återkopplade till verksamheterna genom olika nätverksträffar, samt med löpande stöd och samverkansträffar för att stödja de utsedda projektledarna som oftast hade svåra villkor för att kunna leda i utvecklingsarbetet. Med detta fick utvecklingsarbetet en form av "infrastruktur för lärande" som även innefattade professionsträffar för de mobila hemsjukvårdsläkarna och närsjukvårdsteamerna.



Projektets syfte, genomförande och metoder

Projektet har pågått från mars 2022 till juni 2023.

Inledningsvis fastställdes projektdirektiv med:

- Projektets syfte och målbild
- Effektmål
- Projekt mål
- Projektuppdrag
- Koppling till andra projekt
- Genomförande och metoder så som
 - Förhandsplanerad vård
 - Beslutsstöd för kommunsköterskor
- Kommunikationsplan för information till utomstående
- Stöd från nationell forskning – WS med Anders Anell, professor i hälsoekonomi

Målbild behovsbaserad vård	Verkligt utfall	
	Hemsjukvård	Sjukhusvård
Patienten får bästa tänkbara vård i hemmet när sjukhusvård inte har något att tillföra	God och nära hemsjukvård	Undvikbar slutenvård
Patienten vårdas på sjukhus när detta kan tillföra något och patienten så önskar	Otillräcklig hemsjukvård	Nödvändig slutenvård

Utgångspunkten har varit att genom ett förebyggande och proaktivt arbetssätt kunna stödja och vårda äldre i hemmet i högre utsträckning för att öka tryggheten och minska undvikbara inläggningar.

Intervju med Patrik Wreeby och Sara Grape Junkka (5:57 min)
om syfte och förväntningar med projektet

Filmen är publicerad på Timrå kommuns, Premicares och Region Västernorrlands hemsida.

The diagram illustrates a continuum of care for people with long-term conditions, structured around a tree metaphor. The tree is divided into five horizontal layers, each representing a different level of care. The canopy (top) is labeled 'Coping with end of life' and contains icons for a person with a cane, lungs, a black ribbon, a hand holding a heart, and a brain. The upper branches are labeled 'Living with illness and disability' and contain icons for a person with a cane, a heart with a pulse line, a person with a cane, and a clipboard. The middle branches are labeled 'Getting better' and contain icons for a person with a cane, a heart with a pulse line, a person with a cane, and a clipboard. The lower branches are labeled 'Staying healthy' and contain icons for a person with a cane, a heart with a pulse line, a person with a cane, and a clipboard. The roots are labeled 'Primary prevention' and contain icons for a person with a cane, a heart with a pulse line, a person with a cane, and a clipboard.

Vårdens insatser och kostnader ökar för varje nivå utifrån behovet av specialistsjukvård. Projektets fokus är att hitta effektiva arbetssätt för att öka den tertiära prevention för att på kort sikt minska den totala kostnaden för sjukvården i Västernorrlands län. Förväntningen är att de frigjorda resurserna ska kunna läggas på sekundär prevention för att i nästa steg öka primärpreventionen.

Effektmål

Projektets effektmål har definierats ur perspektiven Quadruple aim, med tillägg för miljöperspektivet. Quadruple aim används som ramverk för att analysera och optimera ett sjukvårdssystem. Traditionella perspektiv har varit patientens upplevelse, förebyggande arbete och kostnadseffektivitet, men år 2014 kompletterades modellen med sjukvårdsteamets välmående.

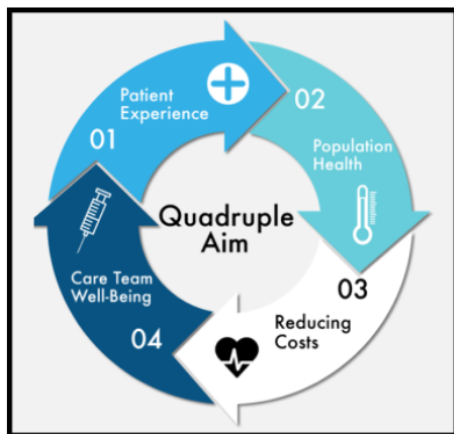


Illustration: Quadruple aim. Källa: The Institute for Healthcare Improvement, Boston, USA

Patientupplevelse

- Att öka patientens delaktighet och inflytande
- Att minska oro och lidande genom att provtagning görs och diagnos ställs i tidigare skede
- Att undvika onödiga inläggningar i slutenvård

Förebyggande och proaktivt arbetssätt

- Att öka arbetstiden som används till förebyggande och proaktivt arbete

Öka kostnadseffektivitet

- Att använda vårdens resurser på ett kostnadseffektivt sätt
- Att minska undvikbara akutbesök, slutenvård och återinläggning 30 dagar

Sjukvårdsteamets välmående

- Att öka samarbete, och stoltheten över att vi tillsammans gör större nytta än vad vi kan göra var och en för sig
- Att minska onödigt dubbelarbete och skapa enkla och effektiva rutiner – öka känslan av att vara i en professionell och effektiv organisation
- Att öka den medicinska kompetensen hos alla inblandade – öka känslan av att den egna kompetensen är viktig och att den egna kompetensutvecklingen är efterfrågad
- Att finna formerna för en lärande organisation med fokus på hela systemets resultat – öka kunskapen om vilken fakta som ska samlas in, hur den analyseras och hur det överförs till nya, bättre arbetssätt

Miljö

- Att minska onödiga transporter för personal och patienter



Projektmål

Projektmålen formulerades inledningsvis så här:

För målgruppen och patientperspektivet

- Öka kunskapen hos fler professioner om behov och förväntningar hos målgruppen.

Effektivitet genom samverkan och samsyn

- Presentera förslag till arbetsformer för samsyn och samverkan mellan primärvård och kommunal vård och omsorg, som på ett effektivt sätt ökar kunskapen och lärandet inom de båda organisationerna.
- Kartlägga och analysera de resultat som ska uppnås för målgruppen samt de styrkedjor som tillämpas och föreslå hur eventuella målkonflikter ska kunna hanteras.

Organisation

- Ge förslag på en ändamålsenlig organisation som stödjer centrala processer, tydlighet avseende ansvar, roller och mandat, kompetens och bemanning, organisering för samverkan mellan styrgrupp och projektledningsgrupp, mellan inblandade verksamhetsorganisationer samt stödprocesser som exempelvis administrativa och kommunikativa verktyg.
- Projektet ska förhålla sig till befintliga samverkansrutiner och pågående samverkansutredningar.

Tjänsteleverans

- Utveckla arbetsformerna för hur de olika vårdorganisationerna samverkar dagligen (kommunala hemsjukvården, mobila hemsjukvårdsläkare, närsjukvårdsteam och eventuella andra enheter).
- Ge förslag på hur vårdtjänsterna samlat ska kunna motsvara så väl behov och förväntningar hos målgruppen som fastställd inriktning.

Utökning med fler pilotverksamheter

Arbete pågår för att möjliggöra för fler piloter inom andra delar av länet i samverkan med närsjukvårdsledningen i regionen. Såväl budget som tidplan kommer då att kompletteras med planer för tillkommande piloter.

Projektet stödjer avtalet för läkarmedverkan i kommunens verksamhet och den länsgemensamma processen gällande SIP och fast vårdkontakt.

I projektet har ett befintligt IT-stöd använts för videomöten för samordnad vårdplanering mellan kommunen, primärvården och patient/anhörig.

Projektuppdrag

Projektets primära målgrupp är personer med hemsjukvårdsinsatser i Timrå kommun, ca 200 personer. Patienten har själv fått välja om hen vill delta i arbetssättet. En uppföljande undersökning har gjorts i slutet av projektperioden om hur patienten upplevt kommunens och Premicares arbetssätt.

Projektets uppdrag är att utveckla tre moment: Bedöma & behandla patienter i tidigt skede utifrån ett proaktivt förhållningssätt, Bevaka och bevara hälsan genom planerad uppföljning och stöd i att bevara hälsan, samt Förhandsplanerad vård i livets slutskede.



Illustration: Projektet tre moment för att uppnå projektmålen

Bedöma och behandla

Ett närvårdsteam bildades med två sköterskor ifrån Timrå kommun, en undersköterska och två läkare från Premicare. Inledningsvis utvecklades och testades en form för så kallat inskrivningssamtal där sjuksköterskorna fick information om patientens hälsotillstånd genom riskbedömning enligt Senior Alert, läkemedelsgenomgång, förmågor och begränsningar enligt ADL, upplevd livssituation och egna önskemål och farhågor.

Utifrån informationen gjordes en samlad bedömning genom CFS (Clinical Frailty Scale). Se illustration nedan.

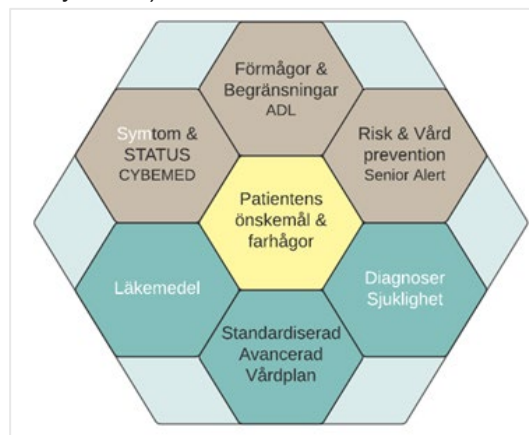


Illustration: Information om patienten som inhämtas vid inskrivningssamtal

Gröna rutor markerar primärvårdens information och bruna rutor markerar kommunens information. Vit text visar exempel på vilken information distriktsläkaren har vid jourtjänstgöring.

Informationen lämnades vidare till läkare, vars uppdrag var att bedöma om detta är tillräcklig information för att bedöma patientens behov av vård vid ett jourärende.

Utgångspunkten är att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt, med beaktandet av frågor som är viktigt bland annat ur perspektivet "detta är viktigt för mig" och "detta gör jag själv".

Bevaka och bevara

Under övrig tid har sjuksköterskorna varit tillgängliga för planerade uppföljningar och akuta hembesök hos patienter med ett försämrat hälsotillstånd. Målet är att patienter inte ska skickas in till akuten i onödan.

Som stöd i situationen har sjuksköterskorna tillgång till mobil EKG-utrustning, CRP-analysutrustning och digitalt stetoskop.

Projektupppdrag

Forts.

Lindra och trösta

Under projektiden har projektet valt att gå vidare med att testa en rutin för Förhandsplanerad vård. Utgångspunkten är den överenskommelse som tecknades mellan Region Västernorrland och länets kommuner år 2021.

Projektet har tagit fram en informationsfolder till patienten, rutin för genomförande, handledning till sjuksköterskor och läkare samt formulär för informationsförmedling mellan kommunsköterska och läkare.

Test av rutinen har gjorts med nyinflyttade på Strandbo äldreboende i Söråker. Projektet har visat på vikten av att första initiativet till samtal om förhandsplanerad vård bör tas med personer med hemsjukvård. Allt för att personens egna önskemål ska kunna uttryckas och uppfattas.

Bedöma och behandla, Bevaka och bevara, Lindra och trösta

Sambanden mellan momenten och ansvarsfördelning illustreras nedan i en processkarta.

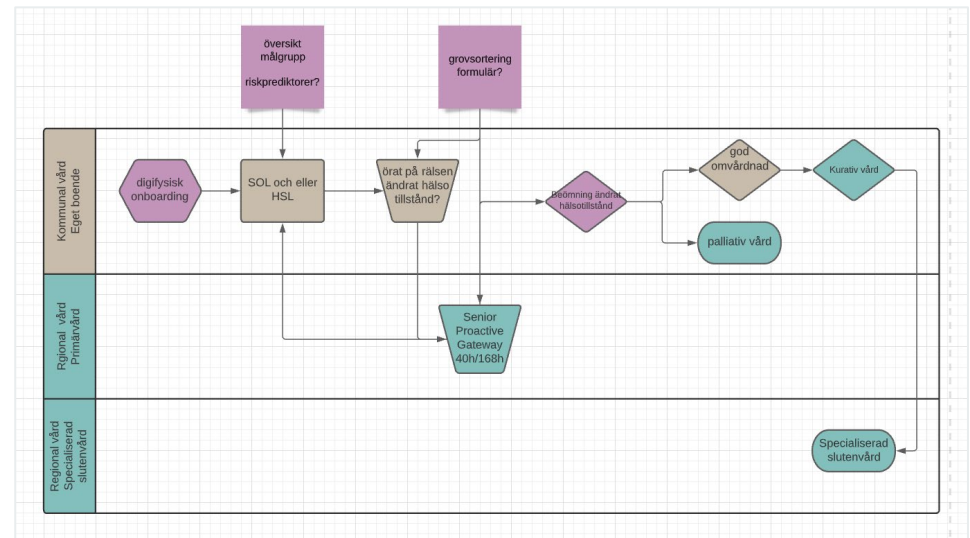


Illustration: Momenten och ansvarsfördelning presenterade i en processkarta



Koppling till andra projekt

Projektet har under projekttiden haft kontakt med följande projekt:

- Region Västernorrland har beslutat att utveckla en rutin kopplat till *Införande av Patientkontrakt*. Under projekttiden har projektet valt att gå vidare med att utveckla och testa en egen rutin för *Förhandsplanerad vård*, med utgångspunkt från den överenskommelse som tecknades mellan Region Västernorrland och länets kommuner år 2021. Samtidigt är det en naturlig fortsättning att införa patientkontrakt.

Inom ramen för God och nära vård har följande projekt identifierats och kontakter tagits:

- *Digital god och nära vård*, ett pilotprojekt i Indal-Liden där man med digital teknik ska göra sig mer tillgänglig för invånare. Syftet är samma dvs minska onödiga resor till hälsocentral och sjukhus.
- *Nära vård på landsbygd*, ett pilotprojekt mellan regionen och Sollefteå och Kramfors kommuner, med syfte att förebygga återinläggningar och öka samskapandet mellan patient och vårdgivare, med större delaktighet i sin egen vård. Delprojektet *Hemma hos mig* omfattade medicinska bedömningar med distansteknik i hemmiljö och visade sig leda till ett minskat behov av att uppsöka sjukhus eller hälsocentral. Under projekttiden har sensorer använts för att mäta blodtryck, puls, vikt, CRP, Hb och blod-glukos. Önskemål fanns även från projektet att kunna använda stetoskop och EKG på distans, men har inte testats under perioden. Det förändrade arbetssättet innebar ökad teamsamverkan mellan den enskilde, patientansvarig läkare, kommunsköterska och hela hemtjänsten inklusive myndighetsutövning.

- *SIP, samordnad individuell planering på distans*, ett pilotprojekt där samtliga kommuner ingår. Syftet är att utveckla videodistansteknik för att genomföra samordnad individuell planering (SIP). Det är främst delprojektet mellan primärvården och hemsjukvården som är intressant. Den speciellt anpassade kommunikationsutrustningen har uppdaterats och testats i projektet. Timrå kommun och Region Västernorrland kommer att utbilda samtliga kommunsköterskor under hösten 2023.
- *Undvikbar slutenvård*, ett pilotprojekt för att utforska och utveckla gränsöverskridande teamsamverkan mellan huvudmän/verksamheter inom hälso- och sjukvården, exempelvis förebyggande insatser, trygghemgång och färre inläggningar. Slutsatserna i kartläggningen (46 intervjuer med olika professioner och funktioner) och identifieringen av de största hindren i det kliniska arbetet stämmer väl överens med erfarenheterna från det här projektet:
- Tolkning av styrdokument. De är motstridiga och möjliga att tolka utifrån egen fördel och egna preferenser.
- Hemsjukvårdens uppdrag i förhållande till det palliativa teamet, som organiseras och leds från sjukhuset.
- Utskrivningsprocessen – många olika förväntningar på varandra och en aggressiv ton i Prator
- Bristande kommunikation och informationsöverföring. Bristande förståelse för varandras förutsättningar och varandras uppdrag.



Genomförande och metoder

Projektgenomförande

Projekttid 1 mars 2022 – 30 juni 2023

Projektorganisation

Projektägare: Region Västernorrland genom Gun-Britt Milioris, vårdvalschef

Referensgrupp:

- Gun-Britt Milioris, Region Västernorrland
- Patrik Wreeby, Premicare
- Emma Björk, Premicare
- Sara Grape Junkka, Timrå kommun till 1 maj 2023
- Malin Nilsson, Timrå kommun från 1 februari 2023
- Ylva Drevstad, Region Västernorrland till 31 oktober 2022
- Pernilla Wikudd, Region Västernorrland från 1 oktober 2022
- Agneta Nordlander, Region Västernorrland från 1 januari 2023

Projektgrupp

Projekttledare: Helene Ersson, Norrlands utredningstjänst AB

Projektteam Test och utvärdering:

- Sara Billström, undersköterska, Premicare
- Sara Helmreus, sjuksköterska, Timrå kommun, till 31 maj 2022
- Nadja Sjödin, sjuksköterska, Timrå kommun, från 1 augusti 2022

- Malin Ahlenius, sjuksköterska, Timrå kommun, till 31 dec 2022
- Yamila Salinas Giraldo, läkare, Premicare
- Saba Almadanat, läkare, Premicare

Projektteam Formulär och uppföljning:

- Joanna Nordin, programutveckling, Premicare
- Antonia Wisén, programutveckling, Premicare, till 30 april 2023
- Göran Umeffjord, läkare, Premicare
- Bertil Marklund, läkare, Premicare

Lokal ledning:

- Malin Nilsson, Verksamhetschef Legitimerad personal, Timrå kommun, från 1 februari 2023
- Emma Björk, Verksamhetschef, Premicare
- Ulrica Hedlund, MAS, Timrå kommun
- Anton Berglund, Vårdcentralschef, Premicare
- Sanna Röding, Enhetschef Hemtjänsten, Timrå kommun från 1 oktober 2022
- Elin Berglund, Närvårdsamordnare, Timrå kommun, till 30 april 2023

Genomförande och metoder

Framtagning av formulär, manualer, beslutsstöd och informationsfoldrar

I projektet har följande genomförts:

- **Inför inskrivningssamtalet:** Framtagning av innehåll, beskrivningar och digitalt stöd för genomförande, samt information om journalföring i respektive system. Första testet av rutinen gjordes i september 2022. Fram till 1 april 2023 genomfördes 65 inskrivningssamtal. Under projektperioden har åtta av dessa personer avlidit och åtta flyttat till särskilt boende.
- **Beslutsstöd för kommunsjuksköterskor:** Manual och beslutsstöd för tio vanliga symtombilder. Utkast presenterades 23 februari 2023 och test av materialet har gjorts under våren 2023.
- **Inför Förhandsplanerad vård:** Information till patienten, rutin för genomförande, handledning till sjuksköterskor och läkare samt formulär för informationsförmedling mellan kommunsköterska och läkare. Utkast till material och rutin var klar för test i början av juni 2023. Test genomförs på Strandbo äldreboende tillsammans med Söråkers vårdcentral.
- **Information till patienter med hemsjukvård:** Uppdaterad och förenklad information på kommunens hemsida samt produktion av informationsfolder att lämna till nya hemsjukvårdspatienter. Informationsfoldern lämnas sedan i våras till alla nya hemsjukvårdspatienter.

Utrustning

Inledningsvis använde teamet en mobil vinterisolerad vård buss, som utrustades med digital teknik för läkarundersökning, EKG och ett primärvårdslaboratorium.



Bild: Projektet använde sig inledningsvis av en vård buss, utrustad med nödvändig medicinsk utrustning

Under projektiden upplevdes bussen ha begränsad framkomlighet både i tätbebyggelse med begränsad tillgång till parkeringar och på landsbygden med trånga gårdsplaner och smala vägar. Detta samtidigt som patienten inte har fysisk förmåga att ta sig till bussen eller in och ur bussen.

Successivt övergick teamet till att utrusta väskor och ryggsäckar med mobil utrustning för att enkelt ta med sig all digital utrustning in till patienten i hemmet. Det har varit ganska tungt att bära då väskorna varit packade med all utrustning, oavsett vad som behövs för den aktuella patienten. Med ett års erfarenhet bedöms en specialbyggd bil likt de hantverkare har vara mest effektivt.



Genomförande och metoder

Genomförda undersökningar

I projektet har följande undersökningar genomförts:

- **Patientundersökning sommaren 2022:** 30 patienter fick brev om intresse att bli intervjuade om upplevelsen av vården. 22 patienter intervjuades vid personligt möte eller via telefon.
- **Medarbetarundersökning hösten 2022:** webbenkät utskickad via cheferna till samtliga medarbetare på Premicares vårdcentraler i Söråker och Timrå, samt hemsjukvården och hemtjänsten i Timrå kommun. 35 svarande: Premicare (4) och Timrå kommun (31).
- **Medarbetarundersökning våren 2023:** webbenkät utskickad via cheferna till samtliga medarbetare på Premicares vårdcentraler i Söråker och Timrå, samt hemsjukvården och hemtjänsten i Timrå kommun. 31 svarande: Premicare (15) och Timrå kommun (16).
- **Patientundersökning våren 2023:** pappersenkät skickad till 50 patienter som fått inskrivningssamtal under året. 19 svarande, antingen genom att skicka in besvarad enkät per post eller att ringa till angivna telefonnummer och lämna svaren.
- **Intervjuundersökning Projektteam och lokal ledning våren 2023:** projektteamet bestående av en kommunal sjuksköterska, en undersköterska, två läkare, samt kommunens MAS och verksamhetschef och en verksamhetschef samt en vårdcentralschef från Premicare har intervjuats om hur de upplevt projektet och lärdomar inför fortsättningen.

I projektet har följande undersökningar genomförts genom workshops:

- **Fem patientcase analyserades, maj 2022:** Projektteamet, Regionens patientflödeskoordinator, MAS och Näravårdssamordnare deltog.
- **Tre patientcase analyserades, nov 2022:** Projektteamet, Premicares verksamhetschef och vårdcentralschef, MAS samt enhetschef vid hemtjänsten deltog.
- **Tre patientcase analyserades, febr 2023:** Projektteamet, Premicares verksamhetschef och vårdcentralschef, fast vårdkontakt, samordningssköterska, kommunens sjuksköterskor, MAS, verksamhetschef, enhetschef vid hemtjänsten samt specialistundersköterska deltog.
- **Förutsättningar att fortsätta att utveckla ett personcentrerat arbetssätt, mars 2023:** Projektteamet, Premicares verksamhetschef och vårdcentralschef, Näravårdssamordnare samt enhetschef och specialistundersköterska vid hemtjänsten deltog. Övningarna leddes av programkansliet för Nära vård.
- **Förutsättningar att fortsätta att utveckla ett personcentrerat arbetssätt, maj 2023:** Projektteamet, Premicares verksamhetschef och vårdcentralschef, fast vårdkontakt, samordningssköterska, kommunens sjuksköterskor, MAS, verksamhetschef, enhetschef vid hemtjänsten samt specialistundersköterska deltog.

Förhandsplanerad vård

År 2021 tecknades en överenskommelse mellan Region Västernorrland och länets kommuner om en gemensam rutin för förhandsplanerad vård. Syftet var att öka sjuka patienters förståelse för vårdens möjligheter och stärka patientens autonomi. Rutinen är allmänt hållen för att vårdenheters arbetssätt skiljer sig åt, vilket därmed kräver olika upplägg.

Utvecklad rutin för Timrå kommun

Inom ramen för projektet har en rutin tagits fram och testats, anpassat till projektets förutsättningar det vill säga att läkaren är på distans.

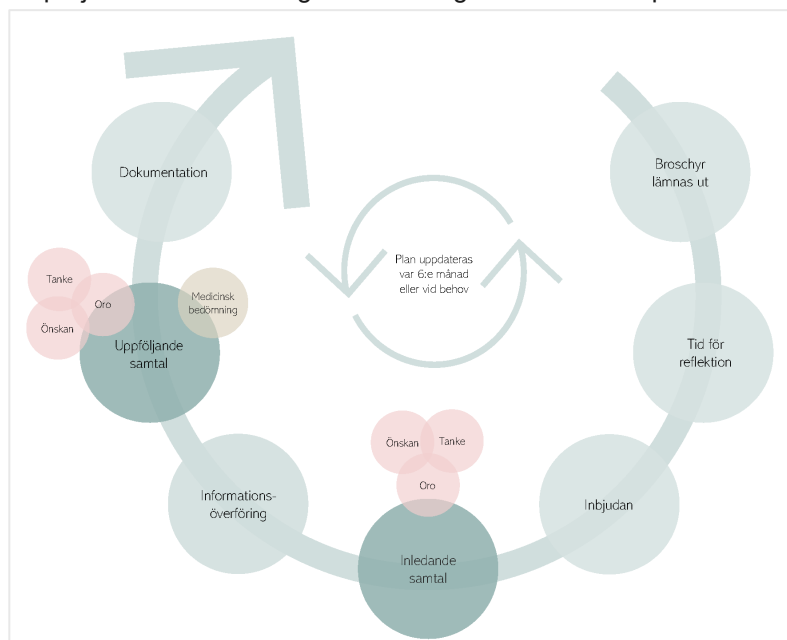


Illustration: Arbetsgången för förhandsplanerad vård

Inom projektet har det också tagits fram en enkel informationsfolder, att lämna till personen med hemsjukvård eller på särskilt boende. Det har producerats en handledning för kommunsköterskor och läkare som ska ta initiativ till samtal och hålla i dessa samtal.



Illustration: Handledning för kommunsköterskor



Illustration: Folder till patienter om förhandsplanerad vård

Beslutsstöd för kommunsköterskor

Som en del i projektet har också ett beslutsstöd för i första hand kommunsköterskor i hemsjukvården tagits fram. Men det har visat sig vara intressant även för kommunsköterskor på särskilt boende och sköterskor i primärvården.

Beslutsstödet ska ses som ett kunskapsstöd vid förändrat medicinskt tillstånd. I de beslutsstöd som finns i häftet tas vanliga symtombilder upp liksom försämring vid ett par vanliga redan kända sjukdomar.

I anslutning till varje enskilt symtom eller diagnos finns i beslutsstöden i vissa fall förslag till tänkbara åtgärder Dessa förslag ska ses som vägledande, inte tvingande I vissa fall är det uppenbart att patienten bör remitteras akut till sjukhus, i andra fall är det lämpligt att läkare kontaktas först I ytterligare andra fall kan sjuksköterskan välja att avvakta och följa upp.

Syftet med de listade frågorna kring varje enskilt symtom är att viktiga aspekter inte glöms bort under hembesöket.

Vid sidan av de frågor som listas i anslutning till de enskilda symtomen i beslutsstödet, finns det i standardformuläret ett antal frågor som alltid bör ställas, t ex gällande symtomdebut, sjukdomsförlopp, eventuell förändring över tid, lindrande och/eller förvärrande faktorer, med mera.



Illustration: Beslutsstöd vid förändrat hälsotillstånd

FÖRÄNDRAT TILLSTÅND	
Symtom	
1. Andningsbesvär	10
2. Buksmärta	11-12
3. Fallskada/Falltendens	13-14
4. Feber	15
5. Förändrat beteende	16-17
6. Kräkningar	18
7. Svulset/svullna ben	19
8. Urinvägsbesvär	20
9. Yrsel	21-22

Illustration: Beslutsstödet omfattar tio olika symtom

FÖRÄNDRAT TILLSTÅND - ANDNINGSBESVÄR	
⚠ OBSERVANDUM	ÅTGÄRD
Svåra andningsbesvär	Kontrollera vitalparametrar. Ring 112.
Bröstmärter	Kontrollera vitalparametrar. Ring 112.
Allmänpåverkan, blek, kallsvettig	Kontrollera vitalparametrar, temp. Överväg att ringa 112.
Andnöd förenat med felsväljning	Överväg Heimlich manöver. Överväg att ringa 112.
ANAMNES - NUVARANDE/TIDIGARE KÄNDA SJUKDOMAR (av vikt för symtomet)	EVENTUELL ÅTGÄRD
Känd KOL?	Vitalparametrar, temp.
Känd astma?	Öka astmamedicinering enligt stående läkarordination.
Känd hjärtsvikt (svullna ben, viktuppgång)?	Om endast lätta andningsbesvär, öka vätskedrivande enligt stående läkarordination.
ANAMNES - SYMPTOM	EVENTUELL ÅTGÄRD
Andfädd vid prat eller minsta ansträngning?	Vitalparametrar, CRP, vikt.
Pisig, rösig andning?	Vitalparametrar, temp.
Svåra förkylningssymtom?	Covidtest? Vitalparametrar, temp.
Smärta vid djupandning?	Palpera bröstorg och rygg. Undersök underben med avseende på misstanke trombos. Vitalparametrar, temp.
Hosta?	Covidtest?
Feber?	Kontrollera aktuell temp, CRP.
Underbensvullnad/ömheter?	Vitalparametrar, temp.
Misstanke om främmande kropp?	Saturation, andningsfrekvens.
Svår ångest?	Förök att klargöra orsak. Överväg saturation.
Svårt att ligga ner?	Vitalparametrar, vikt.
STATUS	
Lungauskultation (rassel, ronk, sidoskillnad?)	

10

© 2023 by Premicare

Illustration: Exempel på stöd vid andningsbesvär



Kommunikation till utomstående

Projektet har presenterats vid:

- Region Västernorrlands *temakonferens om Nära vård* den 26 oktober 2022, Clarion Hotell Sundsvall
- Kommunförbundets webbsända konferens *Esthers släkträff* den 27 oktober 2022.

Projektet har presenterats på följande hemsidor:

- Timrå kommun
<https://www.timra.se/kommunpolitik/projektochsamverkan/proaktivdigifysiskseniorvard.4.9924022180fa275183f0b.html>
- Premicare <https://www.premicare.com/projekt>
- Region Västernorrlands intranät

Samt artiklar:

- Den digitala nyhetssidan It-hälsa <https://it-halsa.se/proaktiv-digifysisk/>
- Timrå kommuns nyhetssida
<https://www.timra.se/nyhetsarkiv/nyheter/nyamojligheterihemsjukvardenlakarelyssnarpahjartljudochlungorpadistans.5.516b96fc183f7477df1627.html>

Följande filmer har producerats under projektiden:

Film 1: Intervju med Patrik Wreeby och Sara Grape Junkka (5:57 min). Publicerad på Timrå kommuns, Premicares och Region Västernorrlands hemsida.

https://www.youtube.com/watch?v=PYeSoq_BJs

Film 2: Presentation av projektet. Musik och text. Sara B och Sture (2:27 min). Publicerad på LinkedIn och Facebook.

<https://www.youtube.com/watch?v=Nivtj06a6M4>

Film 3: Vi samarbetar för ökat patientfokus, lägre kostnader och en roligare arbetsplats! Nadja, Anton och Yamila beskriver vad det betyder som medarbetare att arbeta på det här sättet. På LinkedIn: Välkommen till oss på Premicare och Timrå kommun

Långa filmen med text (3:18 min):

https://www.youtube.com/watch?v=FI9IPw_2X5w

Korta filmer med text (55 sek, 1:20 min, 40 sek):

<https://www.youtube.com/watch?v=iljBoMqRe3s>

<https://www.youtube.com/watch?v=nvxaHlkxdOI>

https://www.youtube.com/watch?v=EWip5A_nn0A

Film 4: Att tillsammans leda för en god, jämlik, trygg och nära vård. Intervjuer med det lokala ledarskapet i Timrå kommun och Premicare. Elin, Anton, Sanna och Malin om erfarenheter hittills och tankar om framtida samarbete och utveckling. (3:23 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=OuezzAovyBE>

Film 5: En digital värld öppnar nya möjligheter för patienten. Yamila och Sara beskriver det nya arbetssättet och dess fördelar. (3:23 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=ldfMBHEwILw>



Workshop med Anders Anell 7 sept 2022

Den 7 september genomfördes en gemensam workshop med forskaren i hälsoekonomi Anders Anell. I mötet deltog företrädare för Premicare samt ledande tjänstepersoner och förtroendevalda från Region Västernorrland och Timrå kommun. Diskussion fördes om hur lärdomar från projektet kan tas till vara i en uppskalning och uttrullning till andra delar av vårdsystemet i Västernorrland.

Följande noteringar är ett axplock av vad som framkom:

- Det gäller att skapa ekonomiskt utrymme för proaktivt arbetssätt, som ska rendera i minskat antal inläggningar. Det gäller att identifiera hur kostnader lättast kan reduceras. Genom att minska behovet av tertiärprevention bör ett resursutrymme skapas som kan användas för sekundärprevention.
- Vilka krafter finns som vill i samma riktning och vilka vill inte? Är rädslan för förändring större än rädslan för status quo och stagnation/tillbakagång? Det krävs ett stödjande ledarskap i det här sättet att arbeta. Inte bara får politisk ledning och förvaltningsledning utan från andra professioner som ser att detta är framtidens arbetssätt. Lyft en etisk linje som motivation: jag utbildade mig till att stödja andra.
- Ta bort hinder i projektet. Låt projektmedarbetarna testa och lära och utveckla, utan att bli begränsade.
- Skapa en gemensam yta för gemensam information. Ta in en jurist – vad kan man lösa med patientmedgivande?
- Utbilda personalen tillsammans, så att det blir ett team
- Motivera genom framgångsrika patientcase/berättelser.
- Följ upp – styr genom ansvarsutkrävande

Viktigt för projektet att bli framgångsrikt:

- Lista hinder för motiverade människor att lyckas. Røj hindren och låt dem experimentera mera.
- Beskriv några patientcase med resultat av det nya arbetssättet och gör en hypotetisk jämförelse med det gamla. Vad är det vi ser på ledningsnivå? Fortsätt med gemensamma workshops på ledningsnivå.
- Fånga indikatorer som speglar konsekvenserna, både på kort och lång sikt. Intressant även om det är om fem år.
- Hur tacklar vi konsekvenserna av ökad/minskad trygghet, förändrad vårdkonsumtion och andra konsekvenser? – kolla med geriatriken vad som är intressant
- Undanröja hinder. Alla brainstormar om hur den excellenta vården ur patientens perspektiv, arbetsmiljö och samhällsekonomi ser ut. Ge större frihet att lösa HUR.
- Ett större VI. Äkta teamarbete som inte bara är diskussion om ansvarsfördelning. Större förståelse för ekonomin i hela vårdsystemet. Utbilda i hälsoekonomi. Inkludera även medborgaren och förstå dem bättre. Dialog om hälsa med medborgaren.
- Organisera en strategisk samverkan mellan primärvård, kommun och specialistsjukvården/akutsjukvården. Dra lärdom hur kunskapsstyrningssystemet är organiserat med arbetsgrupper t ex primärvårdens LAGG.

Erfarenheter från projektet

Projektet har under projektiden genomfört ett antal studier:

- Besök på akuten kan undvikas
- Analys av uppgifterna i Senior Alert åren 2022-2023
- Retrospektiv studie – vården i livets slut
- Patientenkät våren 2023
- Medarbetarundersökning våren 2023
- Intervjuer med projektteamet m fl

Besök på akuten kan undvikas

119 besök på akuten under ett år

Tidigt i projektet genomförde läkaren Yamila Salinas Giraldo en studie av de hemsjukvårdspatienter i Timrå kommun som under perioden maj 2021 – maj 2022 besökte akuten.

Studien omfattar en genomgång av patientjournaler för 119 besök vid akuten.

Majoriteten av orsakerna var falltrauma, infektion, yrsel/huvudvärk och bröstsmärtor. Många av dessa bedöms kunna förhindras med ett förebyggande arbete så att problemen inte uppstår eller ett proaktivt förhållningssätt där signaler upptäcks i tidigare skede.

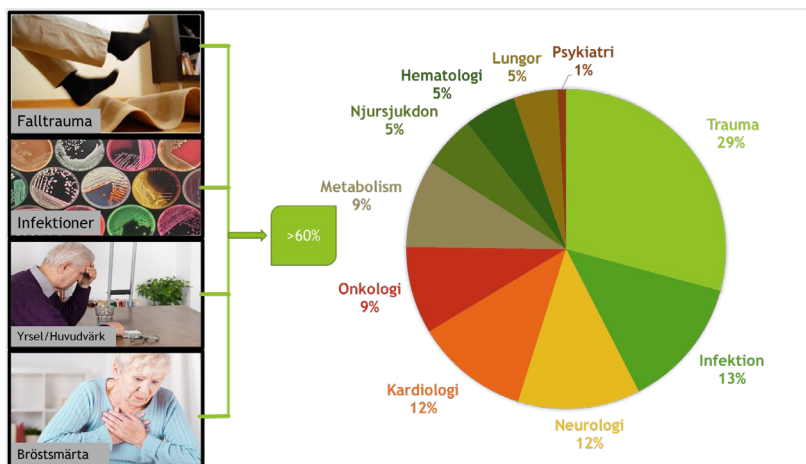


Diagram: Andel av hemsjukvårdspatienters orsaker till sjukhusbesök år 2021-22

Vid workshop med yrkesprofessionella och den lokala ledningen under projektiden görs följande noteringar:

- Läkemedelsgenomgångar fungerar bättre inom särskilt boende än hos patienter med hemsjukvård inom ordinärt boende. Varje läkemedelsgenomgång måste få ta tid och vid utsättning av läkemedel görs ett i taget och uppföljning av varje.
- Varje vårdcentral behöver geriatrisk kunskap, antingen genom egen anställd eller genom konsult, för bl a stöd i läkemedelsgenomgångar.
- Det är svårare för sjuksköterskor i hemsjukvården att få ordination gällande vätskedrivande än till sjuksköterskor på särskilt boende.
- Primärvården har ingen information om hur många gånger deras patienter är på sjukhus, att jämföra med Spanien där ansvarig läkare får information direkt via telefonen.
- Fasta vårdkontakten vid primärvården är en samordnande funktion som kan minska otryggheten och samtal till 112. Det har stor betydelse om telefonnumret till den fasta vårdkontakten kan lämnas ut till dessa patienter. Med hög tillgänglighet per telefon kan samordning mellan patienten, primärvården och hemsjukvården underlättas.
- Det finns många undernärda patienter, där man inte har koll på hur mycket de äter. Går det att få individuella lösningar så att hemtjänsten kan skapa en större matlust? I vissa fall är det snålhet som gör att man inte vill få en högre hemtjänstavgift eller handla mer mat/matlådor.
- Det brister i kommunikationen mellan varandra. Alla tolkar tröskelprincipen och patientens behov på olika vis. Det gnager mellan grupperna. Det borde vara teamträffar, kanske inte jätteofta men en gång per månad. Där tar man upp t ex frågor om patienter som far fram och tillbaka.

Analys av uppgifter i Senior Alert 2022 - 23

Senior Alert är ett av cirka 100 nationella kvalitetsregister och ett verktyg för att stödja vårdprevention; prevention för äldre personer som riskerar att falla, få trycksår, minska i vikt, utveckla ohälsa i munnen och/eller har problem med blåsdysfunktion. Den äldre ges möjlighet till en riskbedömning, förebyggande åtgärder och uppföljning.

För uppföljning och analys används det nationella kvalitetsregistret. Många kommuner använder kvalitetsregistret i Senior Alert som en del i det löpande utvecklingsarbetet för att utveckla ett proaktivt arbetssätt inom både hemsjukvården och hemtjänsten.

I inskrivningssamtalet ingår att göra en riskbedömning enligt Senior Alert. I sammanställningen redovisas 43 riskbedömningar. Av dessa identifierades bakomliggande orsaker hos 65 procent av patienterna. För 70 procent av dem upprättades en plan med förebyggande åtgärder och uppföljning.

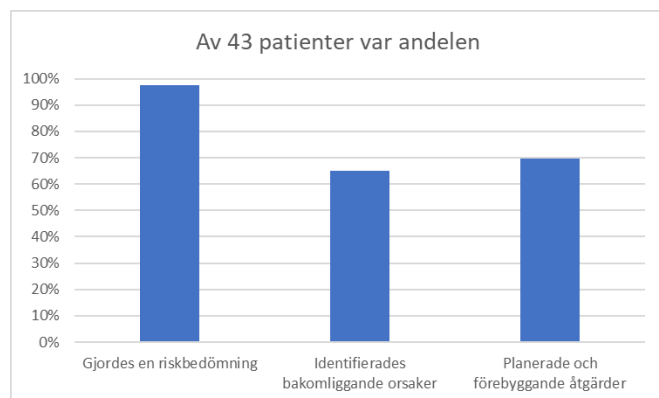


Diagram: andelen patienter med identifierade bakomliggande orsaker och andel med planerade åtgärder

Av 43 patienter identifierades 37 procent av patienterna ha ett BMI under 22, vilket kan vara tecken på undernäring. 35 procent bedömdes också ha bristande munhälsa. Se diagram nedan.

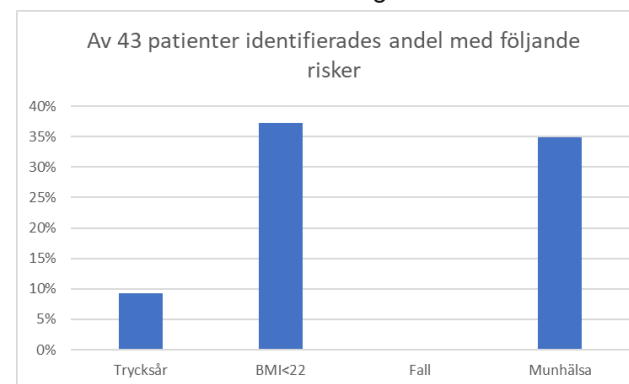


Diagram: Andel patienter med trycksår, lågt BMI och bristande munhälsa

Båda dessa är risker som leder till sämre livskvalitet, där maten inte smakar gott, risken att ramla ökar och det kanske blir nödvändigt att flytta till ett särskilt boende.

Resultatet presenterades vid gemensam workshop i maj 2023 och i den gruppdiskussion som följde framkom att:

- Det är viktigt att den äldre motiveras att borsta tänderna varje morgon och kväll.
- Resultatet från Senior Alert kan redovisas per hemtjänstgrupp och bör vara levande i varje grupp hela tiden.
- Åtgärdsplanen t ex förbättrad nutrition borde synas i genomförandeplanen (SoL). Idag har bara hemsjukvården tillgång till behandlingsplanen då det är en del i HSL.

Retrospektiv studie – vården i livets slut

Under projekttiden har inskrivningssamtal genomförts med 65 patienter. Vid uppföljningen av projektet visar det sig att 12 av dessa patienter har avlidit. Fyra hade då flyttat till särskilt boende, åtta hade hemsjukvård i hemmet.

För att få mer kunskap om hur behovet av vård och vilken vård som erbjudits de senaste tre månaderna i livets slutskede har en retrospektiv studie av journalerna genomförts utifrån ett antal frågeställningar:

- Avled personen hemma eller på sjukhuset?
- Hade personen en vårdplan?
- Hur många av dem vistades en gång på sjukhuset under de sista tre månaderna?
- Hur många av dem vistades flera gånger på sjukhuset under de sista tre månaderna?
- Fick de palliativ vård? Har hemtjänsten satt in resurser för vak osv?

Följande data togs:

- Registreringsdatum i DFSV.
- Clinical frailty scale (CFS)
- Dödsdatum.
- Ansvarig för hälso- och sjukvård vid tidpunkten för dödsfallet.
- Antalet akutmottagningsbesök under de tre månaderna före dödsfallet.

- Vårdplanering
- Antal gånger ambulansen aktiveras under de tre månaderna före dödsfallet.
- Hjärt-lungräddning (HLR)
- Dödsplats.

Sammanfattning av resultat

- Vid inskrivningen klassades hälften i CFS som Lindrigt sköra, följt av 25 procent Måttligt sköra.
- Sex personer avled på sjukhuset, tre hemma och tre på säbo.
- 67 procent hade ingen vårdplan vid dödsfallet. Av de åtta som saknade vårdplan var det fem som avled på sjukhuset.

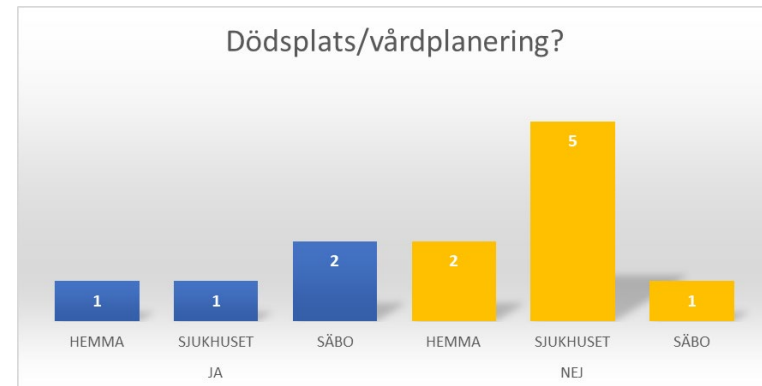


Diagram: Antal patienter som med eller utan vårdplan samt dödsplats

Forts.

Retrospektiv studie – vården i livets slut

Forts.

- Ambulansen hade aktiverats 26 gånger för dessa 12 patienter under deras tre sista levnadsmånader, varav det största antalet för patienter som betraktades som Lindrigt sköra enligt CFS.

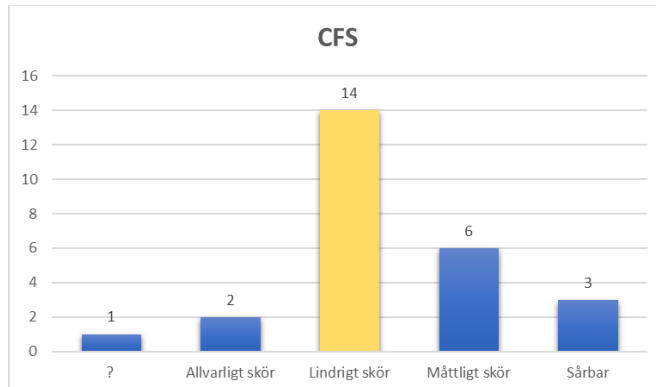


Diagram: Antal ambulanstransporter utifrån bedömd patienthälsa (CFS)

- För en patient har ambulansen aktiverats fem gånger, för två patienter har den aktiverats tre gånger och för sex patienter har den aktiverats två gånger. För tre patienter har den aktiverats en gång.

Slutsatser

Yamila Salinas Giraldo som genomförde studien lämnar följande kommentarer och slutsatser.

”Att inleda förhandsplanering hos sköra patienter är avgörande för att patienter ska kunna omhändertas korrekt. Trots att det är litet urval av patienter visar informationen att vi måste förbättra oss på följande punkter:

1. Upptäck sköra patienter
2. Börjar förhandsplanering
3. Överför informationen på ett sådant sätt att vårdpersonal i primärvården och kommunen kan se.
4. Aktivera larmsystem från ambulans och/eller från akutsjukhus på sköra patienter till patientansvarig läkare i primärvården (i ännu högre grad om de fortfarande inte får information eller vårdplanering). 50 procent av patienterna hade aktiverat ambulans vid två eller flera tillfällen.”

”Jag hoppas att denna lilla och informella studie kommer att hjälpa och förbättra våra patienter och vårt sjukvårdssystem.”

Yamila Salinas Giraldo, Läkare, Premicare. 2023-06-11

Patientenkät våren 2023

En patientundersökning genomfördes under våren 2023. I mitten av maj skickades en pappersenkät med post från Region Västernorrland till 50 patienter som fått inskrivningssamtal under året. 19 svarande, antingen genom att skicka in besvarad enkät per post eller att ringa till angivna telefonnummer och lämna svaren.

Frågorna rörde patientens upplevelse av att man får den vård man behöver, att man känner sig trygg med den vård man får och hur man upplever kvaliteten på det medicinska omhändertagandet. Det ställdes också frågor om upplevd tillgänglighet till vården, tillräckligt med information och önskad delaktighet.

Resultaten visar att alla inte upplever att de får den medicinska vård de behöver.

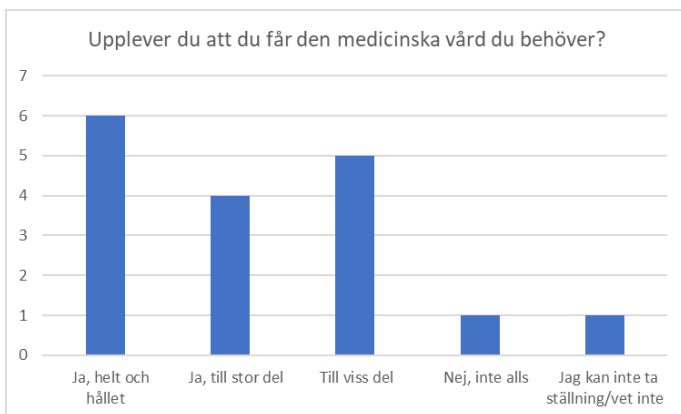


Diagram: Patienters upplevelse av att de får den medicinska vård de behöver

Samtidigt svarar i stort sett alla att man känner sig helt trygg eller ganska trygg med den vård man får i hemmet.

Upplevelsen av kvalitet på det medicinska omhändertagandet i hemmet varierar hos de svarande.

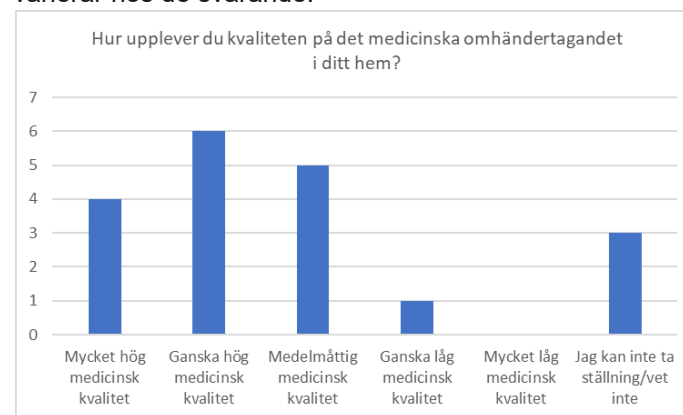


Diagram: Patienters upplevelse av det medicinska omhändertagandet i hemmet

Även uppfattningen om tillgänglighet till vården varierar. Bland fritextsvaren framkommer att det är svårt att komma fram på telefontiderna och telefonlista efterfrågas. Det upplevs också omständligt att gå via hemtjänsten.

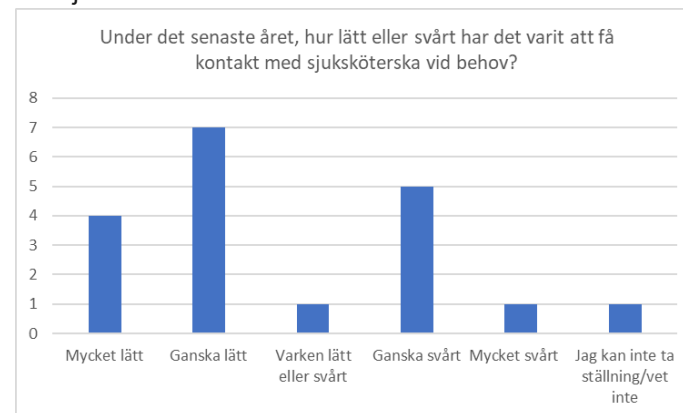


Diagram: Patienters upplevelse av tillgängligheten till sjuksköterska

Forts.

Patientenkät våren 2023

Forts.

De allra flesta upplever att hänsyn tas till deras tankar och önskemål.



Diagram: Patienters upplevelse av att hänsyn tas till önskemål om vården

Detsamma gäller upplevelsen av om man får tillräckligt med information kring den vård och behandling man får.

På frågorna som rör upplevelsen av den digitala vården som projektet omfattat under året uppger hälften att de inte blivit undersökta med digitala undersökningsinstrument eller varit med på videomöte med sköterskan och läkaren, vilket kan stämma. De som har gjort det, uppger att det kändes bra. Detsamma gäller på frågan hur de upplever att sköterskan överför data digitalt till läkaren.

I enkäten fanns det möjlighet i fritext ange önskemål om hur vården i hemmet ska fungera i framtiden. Flera svarade att de inte tänkt på det, medan någon uttryckte en stark önskan om att sjuksköterskan ska lyssna på hen och ta hen på allvar.

Någon önskade bättre kontakt med läkare, gärna hembesök, medan någon önskade att det var en stabil grupp med samma vårdpersonal som återkom, inte nya personer hela tiden. Det gäller gissningsvis hemtjänsten.

Allmänna hälsofrågor

De flesta upplever det allmänna hälsotillståndet som ganska bra eller någorlunda. Fem av 18 svarar att de upplever hälsotillståndet som ganska eller mycket dåligt.

På frågan som rör besvär av ångslan, oro och ångest uppger närmare hälften att de har lätta eller svåra besvär.

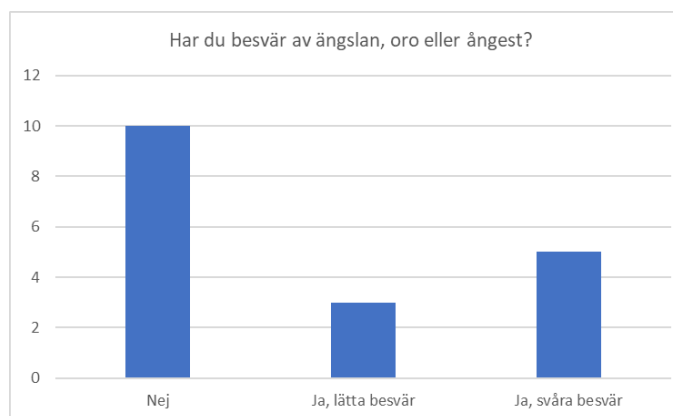


Diagram: Patienters besvär av ångslan, oro och ångest

På frågan om rörligheten inomhus uppger 12 av 18 att de förflyttar sig själv utan svårigheter eller med vissa svårigheter. Sex svarar att de har stora svårigheter att förflytta sig själva eller kan inte alls.

Medarbetarundersökning våren 2023

Utifrån den första medarbetarundersökningen på hösten 2022 gjordes en uppföljande medarbetarundersökning i maj 2023. En webbenkät skickades via cheferna till samtliga medarbetare på Premicares vårdcentraler i Söråker och Timrå, samt hemsjukvården och hemtjänsten i Timrå kommun. 31 svarade varav 15 från Premicare och 16 från Timrå kommun. Hela undersökningen finns som Bilaga 1.

Någon direkt jämförelse mellan de två undersökningsresultaten kan inte göras, även om frågorna var desamma:

- Vid det första tillfället var det endast fyra från Premicare som svarade på enkäten.
- Vi har ingen bortfallsanalys då vi inte vet hur många som fått enkäten och hur stor andel som valt att svara/inte svara.
- Vid de båda undersökningarna har olika enkätverktyg använts, vilket innebär att svarsalternativen är svåra att jämföra.

Sammanfattning av resultatet

- Timrå kommun är mindre nöjda med samarbetet än vad Premicare är.
- Timrå kommun upplever att det i mindre utsträckning finns en gemensam uppfattning om vad målet med personcentrerad vård är, än Premicare.
- Timrå kommun upplever i mindre utsträckning än Premicare att alla tar sitt ansvar och genomför uppdraget kring patienten.
- Samtliga upplever att deras chef är positiv till att samarbeta mellan Timrå kommun och Premicare. Precis som förra gången.

- Anställda på Timrå kommun känner större glädje när de tänker på sitt jobb än anställda på Premicare. Precis som i förra undersökningen.
- Precis som i förra undersökningen efterfrågas möjligheter att lära känna varandra bättre och öka förståelsen för varandra.

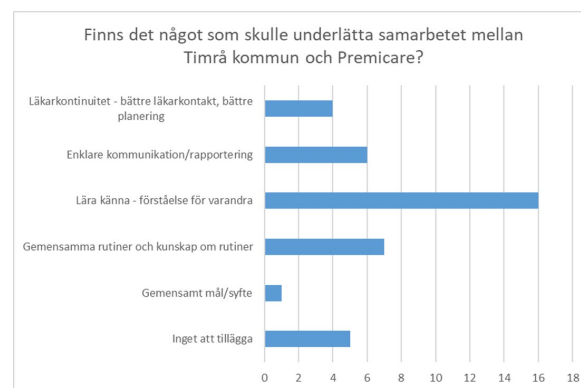


Diagram: Medarbetares uppfattning om vad som skulle underlätta samarbetet

- Det som efterfrågas allra mest är gemensamt journalsystem, vilket är naturligt, både för att minska administrationen och öka patientsäkerheten.

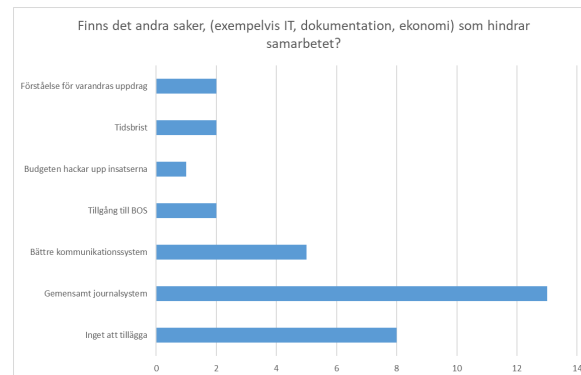


Diagram: Medarbetares uppfattning om vad som kan underlätta ytterligare



Intervjuer med projektteam m fl

Under våren 2023 gjorde Anna Öhman vid Region Västernorrland individuella intervjuer med projektteamet; en kommunsköterska, en undersköterska (Premicare), två läkare, samt kommunens MAS, verksamhetschef (kommunen) och en vårdcentralschef från Premicare.

Frågorna rörde det testade arbetssättet, de digitala undersökningsverktygen, patientkontakten, samverkan, arbetsmiljö och framtiden.

Läkarnas upplevda fördelar och nackdelar med projektet

- Läkarna får mer data gällande patienten. De jobbar mer standardiserat och strukturerat än vanligt. De har också möjlighet att lyssna på hjärta, lungor, se EKG och resultat av CRP-prov. De upplever att de kan fokusera på den äldre patienten bättre.

"När man inte har det här arbetssättet då tar man lite mer akuta tillstånd, släcker bränder."

- Den upplevda nackdelen för läkarna är att de inte har direktkontakt med patienten och saknar det kliniska med att känna och lyssna. Test med videosamtal med patienten har inte gjorts, utan kontakten har varit via telefon och brev till patienten. Patientcentreringen har varit bra, men fysisk kontakt med patienten någon gång per år bedöms nödvändigt.
- Det är svårt att på så kort tid bedöma om antalet undvikbara inläggningar har minskat.

- Samarbetet med sjuksköterskorna innebär ett bättre beslutsunderlag i det här projektet än på andra ställen.

"Vi pratar samma språk som sköterskorna nu." "Alla hjälps åt."

- Även samarbetet med övriga läkare på vårdcentralerna har fungerat bra.
- Båda läkarna ser en utveckling och framtid i projektet och hoppas att det blir ett fast arbetssätt inte bara ett projekt som rinner ut i sanden. En fortsatt utveckling bedöms vara tillgänglighet dygnet runt, samt att öka ut med barnhälsovården och andra patientgrupper. Kommunsköterskorna borde även få tillgång till ytterligare instrument för att t ex kunna ta fler prover.
- Läkarna upplever också att den nära kontakten med läkarna ökar tryggheten för kommunsköterskorna och hemtjänstens medarbetare.

Kommunsköterskans upplevda fördelar och nackdelar med projektet

- Att använda de nya arbetssätten har varit tidskrävande men otroligt uppskattat av patienterna.
- Det har varit positivt att jobba förebyggande. Det blir som att förekomma problemen. De har sett risker och kunnat satt in förebyggande åtgärder om det varit något medicinskt avvikande.
- Tillgången till en digital läkare har också gjort att de kunnat verkställt något till exempel lagt till eller justerat läkemedel direkt.

Intervjuer med projektteam m fl

Forts.

- De redskap som har använts är EKG, stetoskop, blodtryck- och puls/syrsättningsmätare. CRP-provtagning och annan provtagning har också kunnat gjorts hemma. *"Det har varit helt fantastiskt."*
- Utbildningen har varit tillräcklig samt att erfaren personal har instruerat hur utrustning fungerar. Support har funnits direkt från Sara i projektet. Nu under våren 2023 har de nya redskapen implementerats i hela hemsjukvården och fler sköterskor har skolats in.
- Det nya medicinska beslutsstödet har varit en bra hjälp vid bedömningar. Det är en trygghet och kan användas som en checklista. Det leder till en säkrare bedömning tillsammans med andra undersökningar.

"Tillsammans med beslutsstödet, provtagning och konsultation med doktor vid behov är det bra och vi gör en säker bedömning."

- Samtliga patienter har uppskattat besöken och att de har gett dem mer tid. Patienterna har känt större delaktighet och fått mer medicinsk information. Läkarna har ringt eller skrivit till patienterna. De behöver börja med videosamtal med patienterna. *"Patienterna har blivit imponerade av de digitala verktygen. De tycker det är bra att man kan göra så mycket hemma."*
- Samarbetet med de digitala läkarna har fungerat bra. De har alltid svarat. *"Det vore bra med en konferens där alla kan sitta ner och prata också."*

- Tungt att bära utrustningen i början men när det byttes till ryggsäckar blev det bättre.
- Arbetsmiljön har varit bra för att hon sluppit en telefon som ringt hela tiden och kunnat fokusera på uppgiften.
- I framtiden är önskan att man gör den här kartläggningen direkt när man blir inskriven i hemsjukvården.

Övriga projektdeltagares upplevda fördelar och nackdelar med projektet (fem intervjuer)

- Ursprungstanken med projektet var att en undersköterska (Sara) skulle åka med i bussen och alla verktygen skulle finnas på bussen. Så blev det inte utan besöken skedde i patientens hem. *"Jag är förvånad hur liksom hur det här utvecklas och jisses, vad bra vi har gjort det"*
- De intervjuade är ganska eniga om att det gick lite väl snabbt från plan till genomförande. Det gick lite fort med tanke att så många var involverade. *"90 % planering och 10 % genomförande är en bra tanke"*. Det är ju ett helt förändrat arbetssätt som ska hinna landa och alla ska hinna smälta. Mer energi borde ha lagts på planering och information.
- Samverkan med specialistvården glömdes bort och det är viktigt t ex med geriatriken.
- Det finns fler yrkeskategorier som är viktiga för den här gruppen. Rehabpersonalen borde ha varit med.

Forts

Intervjuer med projektteam m fl

Forts.

- Det blev annorlunda än vad det var tänkt från början. Det utvecklades till ett mer proaktivt arbetssätt.

"Nu jobbar vi verkligen förebyggande och vi vill hitta problemet innan det blir ett problem och det tror jag är den stora guldnnyckeln i det hela."

- Alla tror på arbetssättet men det är långsiktigt och det är inget man kan se resultat av kortsiktigt gällande onödiga inläggningar.
- Timing för projektet var inte så bra. Effekter av covidpandemin fanns fortfarande kvar och känslan var att man "låg mycket back". Även att Nära vård var i intensivt skede med många möten tog fokus från projektet. Andra orsaker som nämndes var SIP-datorerna som inte fungerade vilket orsakade många frågor. Kommunen hade dessutom stor omsättning av personal under 2022 så det har varit lite rörigt.

"Man inser också hur sårbar en organisation med skiftgående människor är. Även om du har ett möte på arbetsplatsen måste du betänka att 1/3 inte är där".

- Nytt journalsystem infördes i kommunen under projektiden så det var mycket fokus på det också.
- Kommunikationen med övrig personal inom hemsjukvården var lite dåligt och detta har de tagit lärdom av. Sen har det också varit struligt med chefsbyten och byte av journalsystem för sköterskorna på kommunen.

- Sara har varit den som introducerat personalen tillsammans med en kommunsköterska. Hon har också varit en väldigt uppskattad support och haft god tillgänglighet via telefon men även på plats.
- En av de intervjuade beskriver att en del sköterskor tyckte att det kändes påtvingat med arbetssättet och att de inte fått vara med och bestämma. Det är svårt med förändringar förstås men de är också väldigt positiva för att de inte har haft verktygen att jobba med tidigare. Nu kan de verkligen göra bra bedömningar själva.
- Alla är nöjda med beslutsstödet vid akuta försämrade medicinska tillstånd och det kan användas på vårdcentralerna också. De kommunsköterskor som jobbar jourtid har väldigt nytta av det.
- Beslutsstödet är i pappersform och många sköterskor skulle önska att det fanns digitalt annars har inget negativt framkommit. De fick också möjlighet att gå igenom det tillsammans och ha synpunkter.



Synpunkter utifrån principerna för God och nära vård

Följande synpunkter framkom i intervjuerna:

Patientens behov

Jag har en vård som är tillgänglig för mina behov.

- Alla tycker att det följer principen ganska bra. En säger att man kan ta hjälp av hemtjänst för att nå fler.

Mitt behov är i fokus och jag är delaktig i min egen vård

- Patienten får skriftlig information och ibland ringer läkarna. Läkarna är verkligen intresserade av att jobba med äldre och de har förståelse för de äldres situation.
- Ja inskrivningssamtalet är viktigt. Digitalt möte med patienten skulle vara bra.
- Det här är ju frivilligt för patienterna men man vet inte om de upplevt det så. Det är en fråga till patienterna.

Jag har en kontinuitet i min kontakt med våarden

- Projektet har försökt att det ska vara samma sköterska som kommer ut hela tiden, så kontinuiteten är god.
- Kommunsköterskorna har haft bra kontinuitet innan projektet också men läkarkontinuiteten har inte varit det så det är stora skillnaden. I projektet är även läkarkontinuiteten god.
- Samma digitala läkare och samma sköterska till varje patient är målet.

Vården är hälsofrämjande och förebyggande för min hälsa

- Samstämmiga svar att vården är mer hälsofrämjande nu. Det är en proaktiv vård och inriktat på att vara förebyggande. Det är första gången i hemsjukvården som man jobbar förebyggande och gör riskbedömningar som t ex nutrition, fallrisk mm.
- Tidigare var det inte det preventiva tänket i hemsjukvården utan när patienten blev riktigt dålig då skrevs de in i hemsjukvården. Då är det oftast för sent. Nu kan sköterskor upptäcka tidigt och ta in resurser som t ex rehab, hjälpmedel, dietist mm.
- Det läggs mer tid på detta när det gäller inskrivningssamtalet.
- Det är en större trygghet för patienten nu.

Förflyttning enligt God och nära vård

Från fokus på organisation – till fokus på person och relation

- Fokus är på patienten i projektet. Förut var det mest stödinsatser, akuta utryckningar. Nu är det mer förebyggande.

"Hur gör vi det bäst för patienten. Alltså att man kommer tillbaka till det. Det är inte vi som är i centrum. Det är patienten"

Det är ganska enhälligt att fokus är förflyttat från organisation till person.

Forts.

Synpunkter utifrån principerna

Forts.

Från isolerade vård- och omsorgsinsatser – till samordning utifrån personens fokus

- Ja, det jobbas absolut mer samordnat nu mellan läkare och kommunsköterska.

Från reaktiv – till proaktiv och hälsofrämjande

- Ja nu jobbar vi mer förebyggande. Det är ett proaktivt och förebyggande arbetssätt.

Från invånare och patienter som passiva mottagare – till aktiv medskapare

- Det känns som om patienten har fler valmöjligheter nu. De får vara med och bestämma på ett helt annat sätt än tidigare.
- En av de intervjuade tycker att det inte är medskapande på alla sätt. De får ett brev hemskickat och sen kan ju kommunsköterskan vara den som förklarar. Redan då har ju ansvarig läkare tagit beslut lite grann över huvudet på patienten.



Illustration: Beskrivning av förväntad fokusflyttning med arbetssättet Nära vård

Samverkan mellan Timrå kommun och Premicare

- Kommunikationen med kommun-usk och kommunsköterska och mellan läkare och kommunsköterska funkar bra, relationen är fin.

"Skulle väl önska en bättre kommunikation mellan primärvården och kommunen och mellan sjukhuset och kommunen. Där är brister men det är ju därför vi jobbat med det här projektet."

- Workshops på Älvens hus för att öka förståelsen för varandra och förbättra kommunikationen mellan varandra har blivit bättre mellan primärvård och kommun. Det har hjälpt.
- Nu är ett SÄBO i Söråker också involverat i projektet och Söråkers vårdcentral är till en viss del inblandade i projektet.
- Det är många som fått info om projektet men det kan absolut bli bättre tycker en av de intervjuade. Exakt vad de ska informera om vet de först nu på slutet.
- Det har förekommit gemensamma möten innan projektet mellan kommun och primärvård men just kring projektet har det varit fler möten som har gjort att de lärt känna varandra bättre och det är högre i tak. Bra samverkan.

Forts.

Tankar om förväntade effekter

Forts.

Ekonomiska effekter

Ett sådant här projekt tar tid, det måste få ta tid. Det gäller planering, information, tid för frågor och funderingar. Kommunköterskor behöver tid till inskrivningar och uppföljning. Det tar tid att träna på ett nytt arbetssätt och förhållningssätt. Det är jobbigt i början.

"Ger man lite grann så kan du få vinsten, men du ser inte vinsten direkt"

Uppfattningen hos kommunen är att arbetssättet kostar pengar t ex utöka bemanningen av kommunköterskor då inskrivningssamtalen tar tid. Detta arbete tjänas in i långa loppet och minskar belastningen på slutenvården, men det tar tid. Samtidigt är upplevelsen att det är rätt väg att gå. Kommunssköterskorna tjänar också tid när de får kontakt med digitala läkarna. Inget strul med att få kontakt med läkare.

Primärvårdens uppfattning är också att arbetssättet kräver mer läkartid. Läkarnas uppgifter ska in i journalen också. Det måste man tänka på. Mer jobb för sekreterarna. Detta måste man komma ihåg när man räknar på resurser.

Samverkan även med specialistvården är viktig också. Upplevelsen är att besparingarna kommer att vara på akut- och specialistvården.

"Ska vi få en god och nära vård måste vi också ge tid och resurser för det"

Förutsättningar att utföra uppdraget i projektet

Sara har kunnat vara tillgänglig för support av systemet. Hon har även haft tid att åka ut och visa och hjälpa. Viktigt med en projektledare som är tillgänglig det finns någon som driver hela tiden. Svarar i telefonen. Man kan inte bara säga att vi hjälps åt. Det funkar inte utan projektledare och så måste det var en arbetsgrupp med både chef och personal.

Information viktig

Projektet presenterades på APT av ansvarig chef i kommunen. Det fanns som en återkommande punkt. Det kunde givetvis alltid varit bättre.



Projektledarens analys och rekommendation er

Utifrån ovanstående kartläggningar och övriga projektmedlemmars erfarenheter och synpunkter gör projektledaren följande analys:

- Ökad proaktivitet kräver en synvända
- Betrakta hela systemets effektivitet
- Utveckla alla delarna i systemet
- Den lokala ledningens samarbetsuppdrag
- Vilka indikatorer är värda att följa?
- Jämförelse mellan traditionellt och nytt arbetssätt
- Vikten av att kompetenssäkra
- Kompetenshöja tillsammans
- Hur kan befintliga resurser användas effektivare?
- Vikten av snabbare och säkrare kommunikation
- Ekonomiska konsekvenser utifrån antaganden

Ökad proaktivitet kräver en synvända

Projektiden har varit att utveckla ett proaktivt förhållningssätt för att minimera riskerna att situationen förvärras i onödan.

Att se värdet i ett proaktivt förhållningssätt

För alla, både i vården och utanför, är det enkelt att se nyttan av sjukvård i det akuta läget. Patienten ska botas, och alla upplever framgång när patienten återfår sina förmågor. Varje medarbetare kan känna sig nöjd och stolt med sin insats när man lämnar sitt arbetspass. Man får även uppskattning från både ledning, anhöriga och patienten själv.

Att se värdet i ett proaktivt förhållningssätt där insatser görs i förebyggande syfte eller att även en liten hälsoförsämring uppmärksammas som annars riskerar att utvecklas till en kraftig försämring, ställer krav på organisationen att planerad uppföljning och tidiga insatser är prioriterade arbetsuppgifter. Uppskattningen från organisationen kan vara att alla planerade aktiviteter så som inskrivningssamtal, läkemedelsgenomgångar, planerade uppföljningar är genomförda.

Det ställer också krav på varje medarbetare att se detta som viktiga arbetsuppgifter i sin vardag, och belöna sig själv med en klapp på axeln när man bidragit till att patienten inte försämrats mer än nödvändigt.

Syftet med offentliga organisationer är att åstadkomma till exempel bättre levnadsbetingelser för invånarna. Intäkterna fås i huvudsak genom skatter vilket innebär att logiken är den omvända i privata företag där syftet med verksamheten är att åstadkomma en ekonomisk vinst. Tillgängliga ekonomiska medel per budgetår i respektive kommun och region är begränsningen och prioritering mellan verksamheter och förändring av arbetssätt sker ständigt.

Respektive organisations ekonomiska ram utgör begränsningen, men inom respektive ram har varje organisation mandat att disponera sina medel. Det finns samtidigt krav att organisationen ska ha en god ekonomisk hushållning, det vill säga att dagens beslut får inte innebära att kostnader skjuts på framtidens invånare och skattebetalare. Det kräver av organisationen att det finns kunskap om vilka insatser som förebygger en ej försvarbar kostnadsökning i framtiden.

Sett ur en skattebetalares perspektiv är det inte heller försvarbart att inte vidta åtgärder som förebygger en kostnadsökning hos en annan skattefinansierad organisation. Det kräver att hela organisationen och båda organisationerna har stor kunskap om vilka åtgärder som är motiverade och nödvändiga för att inte öka kostnaden i onödan, varken nu eller i framtiden. Även kvalitetskrav och ersättningssystem inom primärvården påverkas.

För att skapa trygghet i hela organisationen att arbetssättet är framgångsrikt, krävs god kunskap om hur vårdkedjan fungerar och rätt indikatorer som visar att det nya arbetssättet är mer framgångsrikt än det tidigare.



Betrakta hela systemets effektivitet

Syftet med den offentliga vården och omsorgen sett ur invånarens perspektiv är att skapa förutsättningar för ett självständigt liv utifrån personens förutsättningar.

Att möta varje persons behov av vård och omsorg med rätt omsorg innebär att en hel del funktioner berörs. Det är framför allt vård- och omsorgspersonalen i hemtjänsten, hemsjukvården, primärvården, på sjukhuset och i sjuktransporten som utför det värdeskapande arbetet.

Systemets effektivitet

Utöver dessa finns ett antal funktioner för att leda och administrera arbetet. I bilden till höger visas ett exempel på hur arbetet kan vara organiserat i kommunen, med biståndshandläggning, schemaplanerare, vikariehantering, avgiftshandläggare och hantering av inkommande trygghetslarm. Till det kommer ekonomer, controllers, systemadministratörer, chefer, verksamhetsutvecklare m fl. Många av funktionerna (exklusive biståndshandläggning) finns även i primärvården och inom akut- och specialistvården.

De administrativa arbetsuppgifterna skapar i första hand inte nytta för patienten och ska därför elimineras eller minimeras. Myndighetsutövning kan ses som värdeskapande för skattebetalaren.

För att systemet ska fungera finns det i varje relation värdeskapande moment. Det kan handla om informationsöverföring som är nödvändig för att patienten ska få rätt vård och omsorg. Men om samtal rör avsaknaden av information eller andra oklarheter betraktas det som icke-värdeskapande och ska i möjligaste mån förutses.

För att vi ska kunna svara på frågan om dagens system är effektivt eller om det nya arbetssättet kostar mer, behövs en fördjupad studie över hur dagens system fungerar. Se illustration nedan.

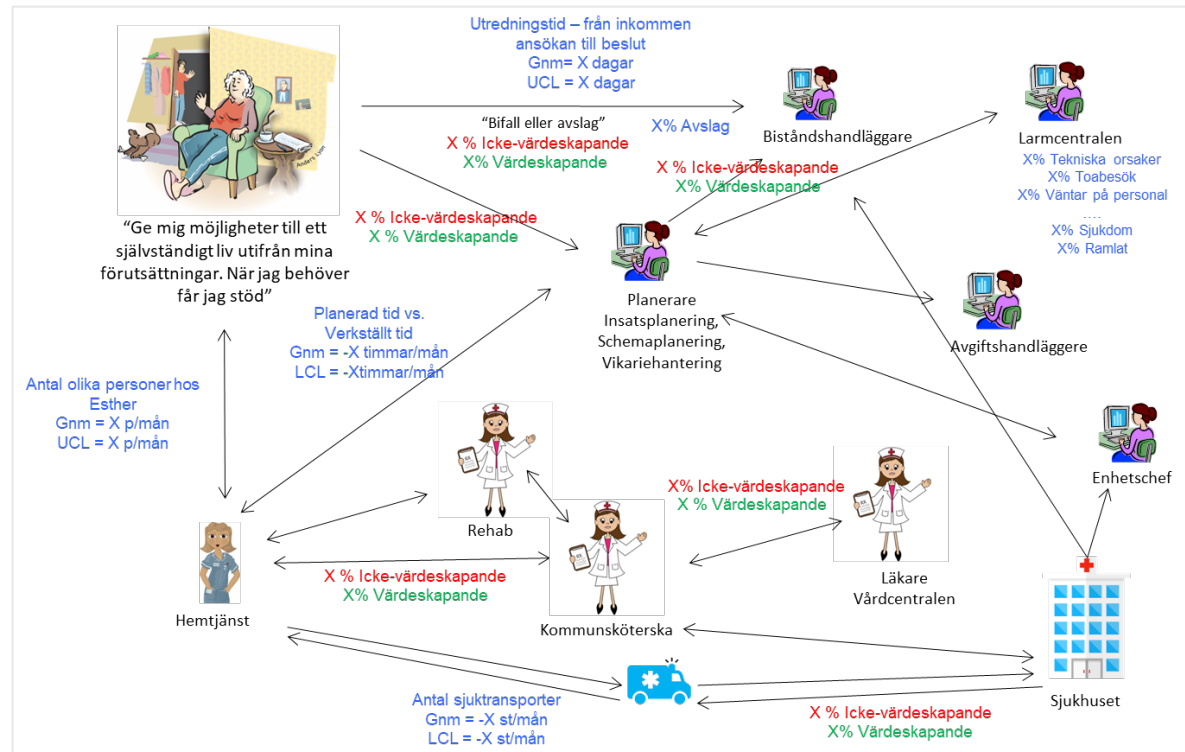


Illustration: Exempel på beskrivning av systemet för kommunal hemtjänst och hemsjukvård

Projektet startade genom att involvera två av hemsjukvårdens sjuksköterskor och två av primärvårdens läkare i ett nytt arbetssätt. Information inhämtades från akuten vid Sundsvalls sjukhus. Under hösten involverades övriga kommunsköterskor, delar av kommunens hemtjänst och så smått även hemsjukvårdens fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Kontakter togs även med geriatriska kliniken vid Sundsvalls sjukhus för att förstå mer om deras arbetssätt och arbetet i ÅISA-teamen.

Kontakter togs även med Regionens IT-avdelning MIT för att få hjälp med tekniska lösningar för kommunikationen mellan mobil utrustning och Regionens verksamhets- och journalsystem.

Kontakter togs med regionens läkemedelskommitté för att stämma av projektets arbetssätt med fastställda riktlinjer. Bland annat konstaterades att sjuksköterskor på hembesök där läkaren deltar på distans, inte har rätt att ha med ej ordinerade läkemedel i sin utrustning. Det är en möjlighet som läkaren på hembesök hade haft.

Även ansvariga för sjukresor och sjuktransporter kontaktades, för inhämtande av kunskap om hur verksamheterna styrs och hur ett ökat lärande mellan verksamheterna ska utvecklas.

Det finns anledning att fortsätta arbetet med att både identifiera vilka parter som ingår i systemet, därefter kontakta och utveckla samarbetet för att så småningom etablera nya arbetssätt i verksamheterna. Det kräver samtidigt att det finns ett etablerat samarbete på chefsnivå för att följa hur arbetet går och fånga signaler på det som hindrar de yrkesprofessionella att utföra excellent hälso- och sjukvård.

För att identifiera vilka parter som ingår i systemet är utgångspunkten vilka verksamheter som har samma syfte med sin verksamhet. I det här fallet är det att utveckla en proaktiv, digifysisk seniorvård. Illustrationen nedan kan utgöra ett första utkast till en sådan kartläggning.

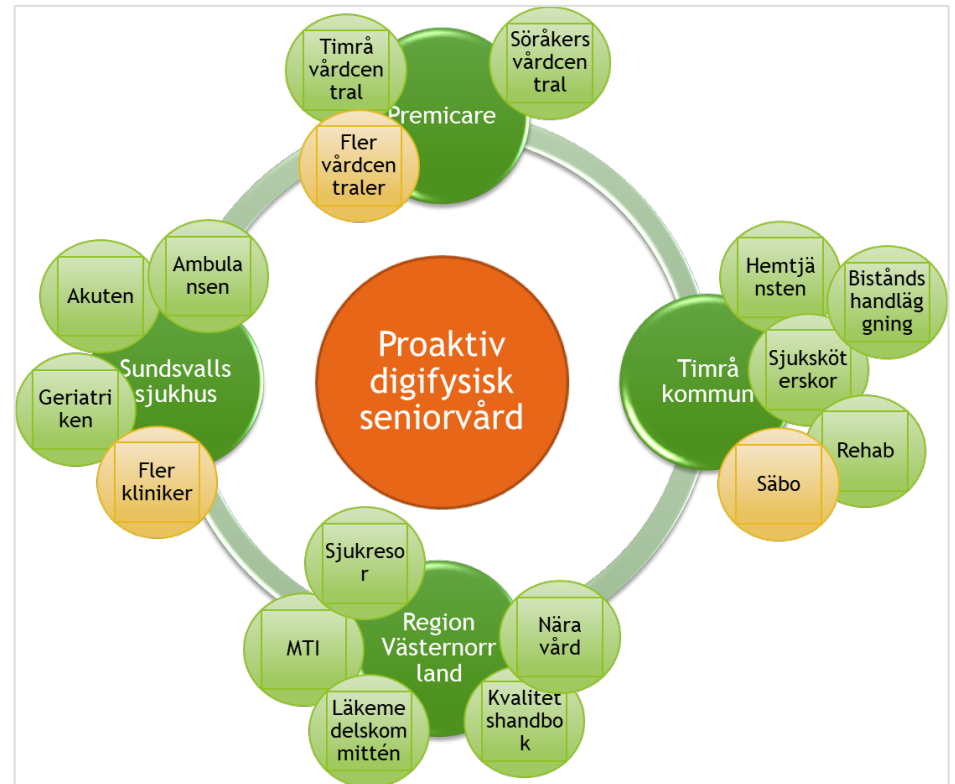


Illustration: Exempel på parter som kan ha samma syfte dvs utveckla en proaktiv, digifysisk seniorvård.

Den lokala ledningens samarbetsuppdrag

I tecknade överenskommelser framgår att följande motiv utgör grunden för samverkan.

- Det etiska motivet – samarbete avlastar den enskilde bördan av att själv hitta rätt i vården och förhindra att hen "faller mellan stolarna".
- Verksamhetsmotivet – en enskild aktör, verksamhet eller myndighet kan inte ensam möta den enskildes behov.
- Effektivitetsmotivet – med samarbete kan den enskilde uppnå högre livskvalitet till lägre samhällskostnad.
- Kunskapsmotivet – samarbete breddar och fördjupar kunskapen om fungerande insatser.

Den lokala ledningen – första linjens chefer inom både primärvård, hemsjukvård, hemtjänst och akutsjukvården har uppdraget att följa upp att samverkan fungerar utifrån ovanstående motiv.

Ska befintliga samhällsresurser användas effektivt, krävs med all sannolikhet ett mycket tätt samarbete där varje organisationsdel och verksamhetsnivå är väl förtrogen med hur hela vårdkedjan fungerar och att det finns tillgång till aktuell information om man är på rätt väg eller vilka flaskhalsar som finns i flödet.

Film 4: Att tillsammans leda för en god, jämlik, trygg och nära vård. Intervjuer med det lokala ledarskapet i Timrå kommun och Premicare.

Elin, Anton, Sanna och Malin beskriver sina erfarenheter hittills och tankar om framtida samarbete och utveckling. (3:23 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=OuezzAovyBE>

Den lokala ledningen kan anses vara på en mesonivå där uppdraget är att analysera hur väl systemet möter upp syfte och mål, samt skapa förutsättningar för medarbetare att utföra uppdraget.

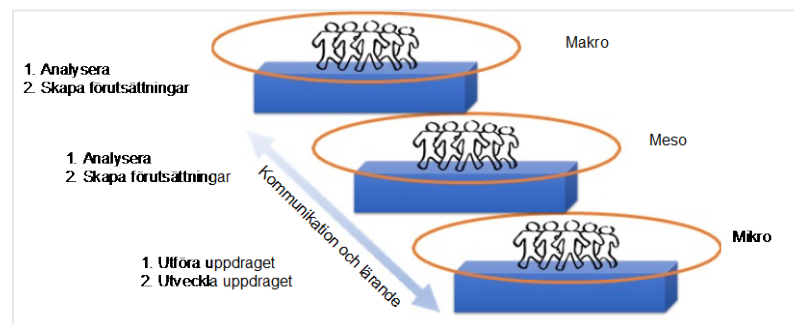


Illustration: Uppgift per ledningsnivå. Källa: Johan Qvist, Karlstads universitet

Följande frågeställningar är centrala: Hur tar det lokala ledarskapet ansvar för att arbetssättet leder till önskade effekter? Hur organiserar de gemensam ledning och styrning? Vilken data behöver de för att kunna följa arbetet? Det krävs antagligen en unik lösning för varje plats, även om erfarenhet om t ex intressant data kan vara värd att dela.

Testa i liten skala – hur utformas excellent hälso- och sjukvård?

Inför översyn av hemsjukvårdsavtalet: kan man låta primärvård, hemsjukvård och hemtjänst på en plats tillsammans bedriva vård utifrån principerna för Nära vård, helt utan anpassning till hemsjukvårdsavtalet för att se vad som händer? T ex Söråker – ett samhälle med ett äldreboende, en vårdcentral, en hemtjänstgrupp och ett hemsjukvårdsområde. Snart också ett alldeles nytt trygghetsboende. Låta erfarenheterna bilda underlag för nästa överenskommelse?

Vilka indikatorer är värda att följa?

Projektidén har varit att utveckla ett proaktivt förhållningssätt för att minimera riskerna att situationen förvärras i onödan. Det innebär samtidigt att patienten bibehåller eller förbättrar sin förmåga över tid (se blå heldragen linje), jämfört med det tidigare arbetssättet, se blå streckad linje.

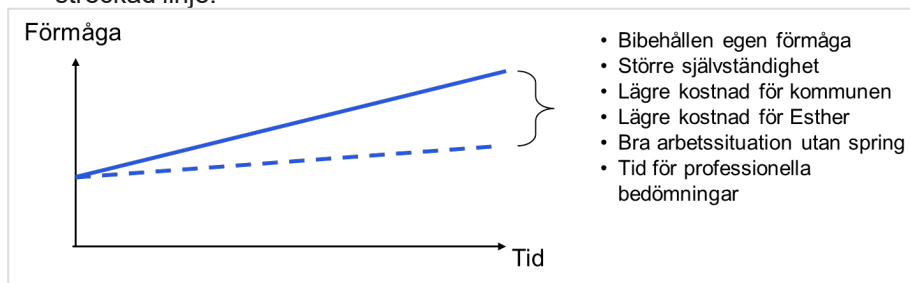


Illustration: Vikten av att mäta effekterna av nytt arbetssätt jämfört med tidigare

För att mäta om arbetssättet är framgångsrikt krävs att det går att jämföra med vad det traditionella arbetssättet inneburit för patient, medarbetare, samhällsekonomi och samhällsnytta.

Det kan vara processmått t ex hur lång tid det tar innan brukaren behöver mer stöd från hemtjänsten jämfört med tidigare.

Varje länk i vårdkedjan påverkar övriga delar. Om någon inte utför den tilldelade arbetsuppgifter får det konsekvenser för andra funktioner. Det nya arbetssättet bygger till viss del på att de arbetsuppgifter som kan planeras och standardiseras även sker vid förbestämda intervaller t ex genomförande av inskrivningssamtal. Detta för att det ska bli en bra arbetsbelastning över året för alla professioner samt minska mängden akuta/oplanerade kontakter. Några mått måste visa att organisationen är i takt med arbetsplaneringen – allt för att inte få en obalans i systemet och att chefer får stöd i dialogen med sina medarbetare om planering och prioritering av arbetsuppgifter.

Nyckeltal för att följa omställningen till god och nära vård

Göteborgsregionens kommuner har tagit fram en modell för årliga uppföljningar av omställningen till god och nära vård och omsorg i Göteborgsregionens kommuner. Följande områden anses prioriterade att följa:

- Patientens delaktighet och trygghet
- Patientsäkerhet och vårdkvalitet
- Resurser och kompetens
- Samverkan
- Vårdtyngd
- Hälsufrämjande och förebyggande insatser
- Kostnader

Uppgifter kan hämtas ur följande kvalitetsregister:

- Socialstyrelsens KVÅ – Klassifikation av vårdåtgärder. Registrerar samtliga patienter, inte bara hemsjukvårdspatienter.
- Palliativa registret
- Socialstyrelsens 20 kvalitetsindikatorer för kommunal hälso- och sjukvård
- Senior Alert
- Öppna jämförelser Folkhälsa och Äldreomsorg
- SKR:s databas Kolada

Utöver detta krävs egna mätningar t ex journalgranskningar och enkätundersökningar, kommunens patientsäkerhetsberättelse, avvikelserapporter, väntetider, antal vårdanställda.

Vilka indikatorer är värda att följa?

Forts.

Det ändrade arbetssättet omfattar tre områden, se illustration nedan.



Illustration: Projektet tre moment för att uppnå projektmålen

I befintliga kvalitetsregister bedöms följande indikatorer vara väsentliga för att följa utvecklingen och minska onödiga sjukhusinläggningar:

Bedöma och behandla

- ÖJ Folkhälsa – Andel invånare med bra självskattat hälsotillstånd
- Senior Alert – Trycksår (Patientsäkerhet och vårdkvalitet)
- Senior Alert – Undernäring (Hälsofrämjande och vårdkvalitet)
- Senior Alert – Fall (Hälsofrämjande och vårdkvalitet)
- Senior Alert – Munhälsobedömningar (Hälsofrämjande och vårdkvalitet)
- Senior Alert – Antal läkemedelsgenomgångar (Patientsäkerhet och vårdkvalitet)

Bevaka och bevara

- Senior Alert – antal riskbedömningar som görs och rapporteras, samt åtgärder
- KVÅ – AU 124 Upprättande av SIP (Patientens delaktighet och trygghet)
- KVÅ – AW010 Uppföljning av SIP (Patientens delaktighet och trygghet)
- Primärvårdskvalitet – Sa4: Andel patienter med SIP upprättade senaste 18 månaderna
- Primärvårdskvalitet – Oplanerade återinskrivningar på sjukhus (Samverkan). Registrerar samtliga patienter, inte bara hemsjukvårdspatienter.
- Andel med förhandsplanerad vård

Bota, lindra, trösta

- KVÅ – QX006 Vård i livets slutskede
- Palliativa registret – Vidbehovsordination av opioid mot smärta under sista levnadsveckan. (Patientsäkerhet och vårdkvalitet)
- Palliativa registret – Utan förekomst av trycksår vid dödsfallet (Patientsäkerhet och vårdkvalitet)
- Palliativa registret – Mänsklig närvaro i dödsögonblicket – personal (Patientens delaktighet och trygghet)
- Palliativa registret – Mänsklig närvaro i dödsögonblicket – anhörig (Patientens delaktighet och trygghet)

Jämförelse mellan traditionellt och nytt arbetssätt – Mobil EKG-utrustning

Mobil EKG-utrustning ger patientnytta och effektivitet

Följande exempel är hämtat från vårens arbete i projektet. En person boende på ett äldreboende hade tid för en planerad operation på sjukhuset. Inför sjukhusbesöket krävdes att patienten skulle ta EKG och andra prover. Patienten har väldigt ont i kroppen, mycket svårt att röra på sig och känner stor oro.

Beskrivning av arbetsgången på traditionellt sätt

Samtliga prover utom EKG kan tas på äldreboendet. För EKG beställs tid på vårdcentralen och sjukresa (specialfordon för rullstol). Ofta är det väntetid både för ditresan och hemresan. En person från boendet hade behövt följa med. Även liften hade behövt tas med, då patienten ska lyftas från rullstolen till britsen och det är dåliga lyftmöjligheter på vårdcentralen.

Patienten hade behövt få smärtstillande och lugnande medicin för att kunna göra resan. Det innebär också att patienten måste få vila en stund på britsen före EKG tas. Av- och påklädning tar också tid, och en bedömd tid på vårdcentralen är 45 minuter. Det betyder att vårdcentralen behöver reservera två eller tre besökstider för en patient.

Eftersom patienten är så fysiskt nedsatt är det inte säkert att det blivit något bra EKG då ansträngningen var både stor och smärtsam.

Beskrivning av arbetsgången med mobil EKG-utrustning

Med den mobila EKG-utrustningen som projektet har tillgång till blev arbetsgången en annan.

Patienten låg kvar i sin säng. Den mobila EKG-utrustningen hämtades från hemsjukvården och provet togs. Ansvarig sjuksköterska har lång vana från akuten att ta EKG, men övriga medarbetare behövde utbildning och träning på utrustningen och hur man avläser svaret för att kunna ta provet. Kvaliteten på provet bedöms vara av högre kvalitet då patienten var lugn och avslappnad.

Resultatet av provet registreras direkt i journalsystemet System Cross, men det efterfrågas en återkoppling från sjukhuset att provet är godkänt. Rutinen är att patienten kontaktas om provet är felaktigt.

Behovet av att ta EKG på det aktuella boende bedöms till några gånger per år. Bedömningen är att läkarna kommer att begära fler EKG t ex vid en oregelbunden puls eller på de som svimmar "lite nu och då" om det är enkelt att ta det på plats, i stället för att patienten ska ta sig till vårdcentralen.





Jämförelse mellan traditionellt och nytt arbetssätt - Mobil CRP-analysutrustning

Stor efterfrågan på mobil CRP-analysutrustning

I projektet har det funnits möjlighet att ta CRP-prover och på plats i hemmet analysera förekomsten av bakterier.

Beskrivning av traditionellt arbetssätt

Hemtjänsten larmar att patienten har försämrat hälsotillstånd t ex feber. Sjuksköterskan gör hembesök, undersöker patienten, kontaktar läkaren och tar ett blodprov. Hon tar med sig blodprovet och åker till vårdcentralen för analys. Läkaren tar del av provresultatet, identifierar en infektion och skriver ut antibiotika. Sjuksköterskan hämtar medicinen på apoteket och åker till patienten för att påbörja behandlingen så fort som möjligt.

På ett äldreboende tas blodprov i stort sett varje vecka för analys på vårdcentralen. Ett alternativt arbetssätt är att använda en urinsticksapparat, där avläsning genom färgjämförelse görs på burken. Avläsning ska göras vid en exakt tidpunkt. Med en felaktig avläsning finns det risk för felaktiga beslut om åtgärd.

Beskrivning av arbetsgång med mobil CRP-analysutrustning

Sjuksköterskan gör hembesök, undersöker patienten, kontaktar läkaren och tar ett blodprov. Blodprovet stoppas i den mobila CRP-analysutrustningen och svaret lämnas direkt. Sjuksköterskan lämnar uppgifterna till läkaren och noterar dem i Flow Assist. Läkaren analyserar svaret och ordinerar vid behov antibiotika. Sjuksköterskan åker till apoteket och hämtar medicinen. Tillbaka till patienten igen och påbörjar behandlingen.

Ett ännu mer effektivt arbetssätt hade varit att sjuksköterskorna har rätt att ha icke ordinerad medicin med i sjukvårdsväskan.

Digifysiskt arbetssätt har stor potential – patientnytta och ökad effektivitet samtidigt

Digital teknik som ger möjlighet att arbeta på distans är mycket knäpphändigt prövat för de patienter som har kontakt med både kommunal hälso- och sjukvård och primärvårdens läkare. Ett hinder är lagstiftningen som begränsar möjligheten att dela eller överföra patientinformation mellan huvudmännen. Det begränsar fördelarna med arbetssättet.

Under projektiden har flera begränsningar undanröjts. Som exempel kan nämnas den mobila EKG-utrustningen, utlånad från vårdcentralen och utrustad med SIM-kort som direkt kan överföra patientinformationen till regionens verksamhetssystem. Kommunsköterskan hanterar utrustningen, men patientinformationen återfinns i primärvårdsläkarens verksamhetssystem för journalföring.

Vad det gäller den begränsade användningen av mobil CRP-analysutrustning har det i olika sammanhang att det funnits en rädsla att kommunsköterskorna skulle ta CRP-prov "i onödan" om de har tillgång till en mobil utrustning. Det ska tilläggas att det finns en manuell analysutrustning, men som kräver stor precision och förståelse för exakthet vad det gäller tid för avläsning och färgbedömning. Risk för felavläsning och därmed felbedömning ökar risken för felbehandling.

Rädslan för felanvändning och felbedömningar utifrån svårigheten att bedöma varje anställds kompetens har gissningsvis inneburit att samtliga anställda har begränsats i att använda sin kompetens eller utveckla den.

Vikten av att kompetenssäkra

Sjukvårdskompetensen används inte fullt ut

Det är lätt hänt att den kommunala primärvården inte arbetar på den vårdnivå man ska, utan att ansvarstagandet och därmed professionalismen successivt sjunker. En risk som konstaterats är att sjuksköterskor inte upplever att hemtjänstens undersköterskor har kompetens eller erfarenhet att ta hela undersköterskeuppgifterna. I stället för att ställa krav på kompetenshöjning löses den uppkomna situationen genom att sjuksköterskan gör uppgifterna. Systemet fungerar inte som det är tänkt. Sjuksköterskor upplever att de inte räcker till, samtidigt som det blir ett otydligt uppdrag för undersköterskorna som inte har klart för sig vilka förväntningar på mod, mandat och kompetens som finns.

I takt med att sjuksköterskorna gör undersköterskornas uppgifter, har de mindre tid att utöva själva sjuksköterskeuppgifterna. Det blir mindre tid för träning på olika moment, samt mindre tid för uppföljning och analys av patienters mående. En annan risk kan vara att kommunens medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS) känner en osäkerhet över vilken kompetens kommunsköterskorna besitter och begränsar uppgifterna ur patientsäkerhetsskäl.

Vad som har orsakat situationen är oklart. Det kan vara avståndet mellan läkare och sjuksköterska och den begränsade tillgången till informell läkartid. Före hemsjukvårdsreformen fanns läkare och sjuksköterska tillsammans på vårdcentralen. Det var enklare att på ett informellt sätt konsultera läkaren, kanske på väg till fikarummet, samtidigt som svaren ökade lärandet och modet inför nästa liknande situation.

Mellan regionen och kommunerna finns avtal om läkarmedverkan i kommunal hälso- och sjukvård, samt lokala överenskommelser. Det är på väg att revideras.

Det nuvarande avtalet reglerar tillgänglighet och kontinuitet, hur läkartiden ska beräknas, informationsöverföring, vilken uppföljning som ska göras och att kvalitetsregister ska användas. Avtalet reglerar också hur avvikelser ska hanteras, rutiner för fortbildning och handledning, samt hur avtalet ska följas upp.

Det finns anledning att se om läkarens uppgifter kan utökas för att ge stöd så att fastställd kompetensnivå bibehålls.

Uppdraget kan vara att identifiera kompetensbehov utifrån det beslutsstöd som kommunsköterskorna ska utgå från och den utrustning de förväntas använda.

Informationen kan ingå i det underlag som kommunens MAS behöver för upprättande av den årliga patientsäkerhetsberättelsen, samt till kommunens kompetensutvecklingsplan.



Kompetenshöja tillsammans

Bättre kännedom om patienten i tvärprofessionella team

Bedöma och behandla innebär att kommunsköterska och läkare får en samlad bild över patientens hälsa, situation och önskemål. Erfarenheten i projektet är att inskrivningssamtalet tar lång tid och det upplevs påfrestande för patienten. Genom att dela upp inskrivningssamtalet så att fysioterapeuten tar den del av inskrivningssamtal som rör bedömning av patientens fysiska förmågor vid ett separat tillfälle, involveras även fysioterapeuten i ett tidigt skede och patienten får bästa stödet för att behålla eller öka sin fysiska förmåga.

Kommunsköterska och läkare bildar team med fysioterapeut, arbetsterapeut, hemtjänstpersonal och biståndshandläggare som tillsammans förstår brukarens/patientens behov och möter den mer rätt insatser, på rätt sätt, vid rätt tidpunkt.

Det framkommer i båda medarbetarundersökningarna att man efterfrågar mötesforum och tillfällen att tillsammans se vad patienten behöver och förstå vem som gör vad.

Ge förutsättningar för lärande i teamet

För att teamet ska fungera krävs tid för uppföljning, gemensam analys och förståelse för patientens situation och hälsotillstånd. Antalet patienter eller antalet medarbetare får inte vara för stort för varje team. Teamet måste också ha stora befogenheter att ta beslut, samt möjlighet att på ett organiserat sätt lyfta brister och hinder för ännu bättre och effektivare sjukvård, till ledningen.

I projektet har flera workshops genomförts där professionerna samlats kring ett antal oidentifierade patientcase där samtliga lett till inläggning på sjukhuset en eller flera gånger.

Ansvarig läkare har tagit fram fakta om händelseförloppet.

Diskussioner har förts i grupper om vad som orsakat skeendet om det med ett annat arbetssätt hade kunnat förhindras.

Många gånger används forskaren Chris Argyris modell för double loop learning för att beskriva behovet av återkoppling mellan vårdpersonalen och ledningen för att på så sätt få ett ökat gemensamt lärande samt anpassning av teoretiska modeller, regler och rutiner till vad som fungerar i verkligheten.

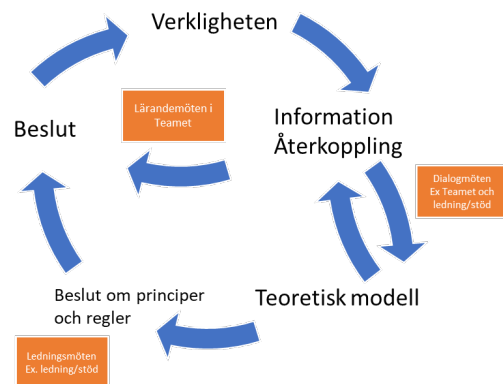


Illustration: Double loop learning. Källa Chris Argyris

Film 3: Vi samarbetar för ökat patientfokus, lägre kostnader och en roligare arbetsplats! Nadja, Anton och Yamila beskriver vad det betyder som medarbetare att arbeta på det här sättet.

På LinkedIn: Välkommen till oss på Premicare och Timrå kommun

Långa filmen med text (3:18 min):

https://www.youtube.com/watch?v=FI9IPw_2X5w



Hur kan befintliga resurser användas effektivare?

Stor kunskap om patienten och rätt bedömning minskar behovet av ambulanstransporter och akut sjukhusvård

Vid SOS Alarm finns sjukvårdskunnig personal för att stödja i bedömningen av hälsotillståndet av den inringande personen. De identifierar också "mångringare" där behovet kanske inte är ambulans till sjukhuset utan vård och uppföljning från primärvården.

Det skiljer ändå en del mellan SOS Alarms bedömning av hälsotillståndet och det ambulanspersonalen gör på platsen. Vad det gäller personer med hemsjukvård så upplever ambulanspersonalen att sjuksköterskan inte känner patienten, utan det är hemtjänstpersonalen som kan förklara hur patientens hälsotillstånd har försämrats. Hemtjänstpersonalen har ringt sjuksköterskan, men hen har ibland inte besökt patienten utan beslutet att påkalla ambulans har tagits på telefon. Det kan samtidigt vara svårt för hemtjänstpersonalen att svara på frågorna från ambulanspersonalen. De har inte kunskap eller möjlighet att undersöka vitala parametrar för att bedöma hälsotillståndet.

Många gånger vill inte patienten följa med ambulansen. Den känner sig orolig och önskar att få stanna hemma. En utvecklad hemsjukvård och primärvård önskas även av patienten.

I genomgången av sjuksköterskornas arbetsdagar och arbetsuppgifter bedömdes en del vara av karaktären som antingen är eller kan vara arbetsuppgifter för undersköterskor i hemtjänsten, gärna med specialistutbildning.

Det finns anledning att fördjupa kunskapen om hur ett proaktivt förhållningssätt där sjuksköterska och primärvårdsläkare har en bättre bakgrundskunskap om patienten och större möjligheter att erbjuda vård hemma, minskar behovet av ambulanstransporter.

Kommunens HSL-organisation fungerar 24/7

Kommunens hemsjukvård och hemtjänst arbetar alla dygnets timmar. De är ambulerande i hela kommunen, och har till uppgift att ge vård och stöd åt personer i deras hem.

Kommunens uppdrag är att bedriva primärvård upp till och med sjuksköterskemandat.

Både i Region Västernorrland och andra regioner ökar intresset att utveckla specialiserad sjukvård i hemmet. Det gäller framför allt patienter med långvarigt behov av sjukvård, där sjukhusmiljön inte kan sägas stödja patientens tillfrisknande. Samtidigt är det många patienter som efterfrågar det. Det kräver i sin tur att det finns tillgänglig ambulerande vårdpersonal alla dygnets timmar. Redan idag finns det gränsdragningsproblematik i de småskaliga försök som gjorts.

Det finns anledning att pröva tanken att via avtalssamverkan mellan regionen och kommunen låta kommunen utföra specialistvård i hemmet.

Hur kan befintliga resurser användas effektivare?

Kommunsköterskan söker i stort sett bara kontakt med läkaren

I flödesstudier och intervjuer med kommunsköterskorna framkommer att när de kontaktar primärvården är det oftast för att komma i kontakt med ansvarig läkare. Kontaktvägarna skiljer sig åt. I vissa fall finns det en timme avsatt varje vecka för konsultation, då kommunsköterskan har samlat ihop aktuella patientärenden. Det kan ske via telefon eller genom möte på vårdcentralen.

När behovet av läkarmedverkan är mer akut ringer kommunsköterskan till vårdcentralens mottagning som i sin tur söker upp läkaren för snabb bedömning av läget. Vid inte fullt så akuta situationer kan det hända att kommunsköterskan åker till vårdcentralen, sätter sig i väntrummet och väntar på sin tur, precis som övriga patienter.

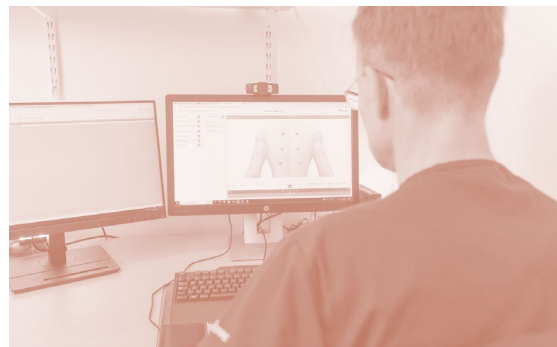
I gjorda flödesstudier konstateras att kommunsköterskan har en hel del väntetid, då tillgängligheten till läkaren är begränsad. Det innebär också att sköterskan måste komma ihåg varje patientsituation för att kunna lyfta frågan när tillfälle ges. Det ökar risken att frågan glöms bort eller att patientsituationen hinner förvärras.

Ofta måste kommunsköterskan gå via primärvårdens övriga personal för att få kontakt med läkaren. I det tidigare resonemanget om icke-värdeskapande aktiviteter måste detta anses vara sådan. I VGR:s rapport om mobila team framkom att det förändrade arbetssättet skapade även ett lugn på vårdcentralen, vilket inte hade förutspåtts.

En vårdcentral kan ha uppskattningsvis 10 000 listade patienter. Av dessa kan uppskattningsvis 200 vara hemsjukvårdspatienter, där kontakten i huvudsak inte är mellan patienten och vårdpersonalen utan mellan de två huvudmännens vårdpersonal.

Kommunsköterskans väntetiden är arbetstid, till skillnad från patientens väntetid som i huvudsak är att betrakta som ej arbetstid. Det innebär att ett ineffektivt flöde med mycket väntetid ökar samhällskostnaden för den gemensamma vården.

Det finns all anledning att fördjupa kunskapen om hur den totala samhällskostnaden för hela vårdkedjan kan sänkas. Det finns anledning att pröva tanken om att separera flödet gällande patienter med hemsjukvård från patienter som själva besöker vårdcentralen. För att minska den totala samhällskostnaden bör en analys göras av hur kommunsköterskornas och läkarnas arbetstid/kostnad används och kan effektiviseras.



Snabbare och säkrare kommunikation

Ny teknik ger nya förutsättningar för *Bota, lindra, trösta*

För att läkaren ska kunna ta ett bra beslut om patientens behov av vård har det krävts att läkaren gör hembesök. I en tid där det varit många vakanta läkartjänster har ofta kommunsköterskan ringt läkaren och förmedlat informationen via telefon. Sköterskan har haft få möjligheter att kontrollera vitalparametrarna och med bristande underlag är det svårt att ta annat beslut än att ringa efter ambulans.

Genom att öka kommunsköterskans tillgång till mobil utrustning med uppkoppling mot regionens verksamhetssystem kan undersökningar genomföras och värden göras tillgängliga direkt för läkaren. Det kräver samtidigt att det finns en läkare tillgänglig när kommunsköterskan gör undersökningen hemma hos patienten.

Med hög läkartillgänglighet kan kommunsköterskan arbeta snabbare, kommunikationen är säkrare och patientens hälsotillstånd försämras inte i onödan. Det ger ett effektivare arbetssätt med patientfokus.

Det finns anledning att testa och utveckla ytterligare mobil utrustning så att kommunsköterskan kan lösa ännu fler patientsituationer i hemmet, utan att ambulans behöver tillkallas.

Läkarna uttrycker dock i intervjuerna att de saknar det patientnära arbetet och arbetsformer för en direktkontakt mellan läkare och patient måste utvecklas, inte bara fokusera på kontakten mellan kommunsköterskan och läkaren.

Film 5: En digital värld öppnar nya möjligheter för patienten. Yamila och Sara beskriver det nya arbetssättet och dess fördelar. (3:23 min)

<https://www.youtube.com/watch?v=ldfMBHEwILw>

Behovet av "gemensam" information i *Behandla och bedöma*

Att både kommunsköterska och läkare har genomfört inskrivningssamtalet *Behandla och bedöma* innebär att båda har bättre kunskap om patientens allmäntillstånd. Det innebär samtidigt att respektive journalsystem har mer information om patienten, så att även jourtjänstgörande personal har ett bättre underlag för beslut vid ett hastigt försämrat hälsotillstånd.

I dagsläget finns ingen delning av patientinformation mellan regionens och kommunens journalsystem. Det finns godkända kommunikationssystem där information skickas t ex Prator, NPÖ och Premicares Flow Assist. Informationen ska sedan överföras till respektive journalsystem, vilket innebär stora risker för informationsbortfall, missuppfattningar samt en omfattande dubbeladministration.

I de båda medarbetarundersökningarna som gjordes under projekttiden var det mest efterfrågade för ett bättre samarbete ett gemensamt journalsystem, även om det fanns blygsamma förhoppningar om att det skulle infrias.

Region Västernorrland har beslutat att under hösten 2024 byta journal- och verksamhetssystem till Cambio Cosmic. Samtliga kommuner i länet har eller håller på att byta verksamhets- och journalsystem och samtliga har valt system som är kompatibla med Cambio Cosmic. Det innebär nya möjligheter till snabbare och säkrare kommunikation i framtiden. Redan idag finns säkra kommunikationslösningar t ex inom hemmonitorering, plattform 24 och 1177 som kan utvecklas för att möta behovet av kommunikation mellan kommunsköterskan och läkaren.



Ekonomiska konsekvenser utifrån antaganden

Beskrivning av nuvarande arbetssätt

Nuvarande arbetssätt bygger på att kommunsköterskan får en signal från hemtjänsten att patientens allmäntillstånd har försämrats. Kommunsköterskan åker hem till patienten, tar blodtryck, puls och gör en bedömning av hälsotillståndet. Hen kontaktar vårdcentralen för att meddela förändrat hälsotillstånd. Är läget akut tar sköterskan beslutet att ringa efter ambulans. Gör ambulanspersonalen samma bedömning åker patienten in till sjukhuset. Sköterskan informerar hemtjänsten och ringer anhöriga om läget, samt registrerar i journalen. Schemaplaneraren för hemtjänsten justerar schemat för berörd personal.

I genomsnitt stannar patienten 6-8 dygn på sjukhuset. När patienten har tillfrisknat meddelar sjukhuset till fast vårdkontakt att det är dags att planera för patientens hemkomst. I många fall ska en SIP genomföras med både personal ansvariga för SoL- och för HSL-insatser. Det kan bli aktuellt med ny medicin vilket kräver en ny läkemedelslista som skickas till Apodos. Hemtjänst och ev sköterska tar emot patienten från sjukhuset. Är det aktuellt med sjukresor har taxi fasta avgångstider varje dag från sjukhuset, men ankomsttiden påverkas av vilka patienter som måste samåka. Det är svårt för hemtjänsten att få besked om ankomsttid vilket innebär att personal kan få vänta upp emot två timmar. Därför förekommer det att hemtjänsten inte ger klartecken för hemgång, utan patienten får vara kvar på sjukhuset ytterligare en natt.

Antaganden om minskat behov av sjukhusvård

Jämfört med övriga län har Västernorrland en hög andel av personer över 80 år som besöker akutmottagningarna i länet år 2021. Faktiskt tredje högsta länet i landet.

Projektets syfte är att utveckla vården så att varje patient får precis den vård den behöver. Genom ny teknik och mobilitet är vård möjlig att ge i hemmet i annan omfattning än tidigare, men de personer som behöver sjukhusvård ska få den.

Ett av antagandena är att en väl utvecklad hemtjänst, hemsjukvård och primärvård kan möta personens behov av vård i tidigt skede, och med det antas behovet av sjukhusvård minska hos åldersgruppen.

Teoretiska beräkningar utifrån antaganden

Totalt var det 8 564 besök på akuten av personer över 80 år under 2022. 4 731 av besöken ledde till inskrivning. Genomsnitt i tidigare studier visar att en inskrivning leder till 6-8 vårddygn. Om den genomsnittliga kostnaden per vårddygn är 10 000 kr blir den totala kostnaden för 4 731 personer med sju vårddygn i genomsnitt 330 mnkr.

Studien från Sundsvalls sjukhus i september 2021, visar att 88 procent har hemtjänst eller bor på särskilt boende, dvs de är kända av samhället sedan tidigare. Det skulle innebära att av de som är över 80 år och som blivit inlagda på sjukhuset under år 2022 har ca 4 100 personer har hemtjänst eller bor på särskilt boende.

Av de 119 sjukhusbesök som hemsjukvårdspatienter i Timrå kommun gjorde under 2021 bedömdes 60 procent vara undvikbart.

Det innebär att av dessa 4 100 sjukhusbesök så skulle 2 400 sjukhusbesök kunnat undvikas. En uppskattad undvikbar kostnad för sjukhusvården bedöms röra sig runt 150-200 mnkr. Till detta kommer kostnader för sjukvårdstransporter och akutsjukvård.

Med största sannolikhet kan inte kostnaden minskas i samma omfattning, men det är samtidigt sannolikt att andra patienter kan få snabbare vård och att arbetsmiljön för de anställda blir mindre ansträngande.

