

Implementering  
av projektet

In- och utskrivningsklar  
patient – vårdkedjan för  
de mest sjuka äldre  
(INUT)

*Eva Levin och  
Lena Lindgren*

---

© FoU i Väst/GR  
Första upplaga januari 2013  
Layout: Infogruppen GR  
Omslagsbild: Ola Kjelbye

*FoU i Väst  
Göteborgsregionens kommunalförbund  
Box 5073, 402 22 Göteborg  
e-post: [fou@grkom.se](mailto:fou@grkom.se)*

# Innehåll

1. INLEDNING.....	4
2. EN PROGRAMTEORI FÖR INUT .....	6
3. UTVÄRDERINGSFRÅGOR.....	7
4. EMPIRISKT DATAUNDERLAG.....	8
5. PROJEKTETS FÖRUTSÄTTNINGAR OCH AKTÖRER .....	9
5.1 Finns en etablerad projektorganisation på plats? .....	9
5.2 Finns tydliga NOSAM-grupper?.....	11
5.3 Finns särskilda arbetsgrupper inom alla NOSAM som arbetar med INUT och/eller äldrefrågor? .....	12
6. PROJEKTETS LEVERANSER .....	14
6.1 Finns handlingsplaner för INUT upprättade? Tillämpas de av berörda organisationer? .....	14
6.2 Har NOSAM fått mätetal presenterade av projektstödarna? Används de? .....	15
6.3 Finns kända kontaktvägar, mobil sjuksköterska/läkare eller team samt används direktinläggning? .....	16
7. ETT FÖRSÖK ATT FÖRKLARA UTVÄRDERINGENS RESULTAT .....	19
7.1 Plan för fortsatt uppföljning av projektet .....	20
REFERENSER.....	22
BILAGOR	
Bilaga 1 Samverkansorganisationen i LGS-området .....	24
Bilaga 2 Pilotprojekt: Närsjukvård i samverkan ”Inskrivningsklar – utskrivningsklar patient” .....	25

## FIGURFÖRTECKNING

1. Modell för In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre .....	5
2. En programteori för INUT .....	6
3. Antal informationsmöten per NOSAM, januari 2011-maj 2012 .....	10
4. Tidslinje för nystart av 14 NOSAM, start av arbetsgrupper för äldrefrågor samt uppstart av handlingsplaner för INUT .....	11
5. Sammanställning av data som följs upp i projektet INUT .....	15
6. Processstödjarnas presentation av mätetal samt arbetsgruppernas eget arbete med att skapa relevanta mätningar och uppföljning, i respektive NOSAM (januari 2011-juni 2012) .....	16
7. Förekomst och utveckling av kontaktvägar, mobilt team samt direkt inläggning över tid (januari 2011-juni 2012) .....	17
8. Delar av processtödjarnas sammanställning över patienter som skickats till akutmottagning från SÄBO/korttidsenhet .....	18

# 1. Inledning

Bakgrunden till projektet ”In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre” (härefter INUT-projektet) är de krav på vård och omsorg med helhetssyn, kontinuitet och samverkan över professions- och organisationsgränser som en ökande andel äldre i befolkningen medför. Under 2010 beslutade regeringen att avsätta 70 miljoner per år kronor under de tre kommande åren, totalt 210 miljoner, till försöksverksamheter riktade till de mest sjuka äldre. Medlen fördelades av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) till sammanlagt 19 projekt, varav Ledningsgruppen för samverkan (LGS) i Göteborg och södra Bohuslän är initiativtagare till ett av projekten, INUT.

Samverkansarbete inom hälso- och sjukvård mellan kommuner i Västsverige och Västra Götalandsregionen har förekommit länge men nuvarande LGS-organisation bildades 2006. Bakgrunden var behovet av att se hälso- och sjukvården som en helhet i frågor som rör bemötande, trygghet samt kontinuitet i vårdkedjan. LGS är som namnet antyder en organisation som syftar till att genom samverkan förbättra kvalitet och kostnadseffektivitet i vården och omsorgen. I organisationen har LGS:s ledningsgrupp till sitt förfogande fyra beredningsgrupper, så kallade temagrupper; Barn och Unga, Mitt i Livet, Psykiatri samt Äldre. Temagruppen för äldre frågor, är styrgrupp för projektet INUT och består av chefer från de samverkande förvaltningarna vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Angereds Närsjukhus, primärvården samt tillhörande kommuner. Fjorton s.k. NOSAM (närområdes-samverkansgrupper) på kommun/stadsdelsnivå är underordnade LGS och de fyra temagrupperna (bilaga 1). Sedan en tid tillbaka samarbetar två NOSAM i västra Göteborg varför man på LGS:s webbplats beskriver 13 grupper. Det innebär att nu nämnda NOSAM är ungefär dubbelt så stor som de övriga 12.

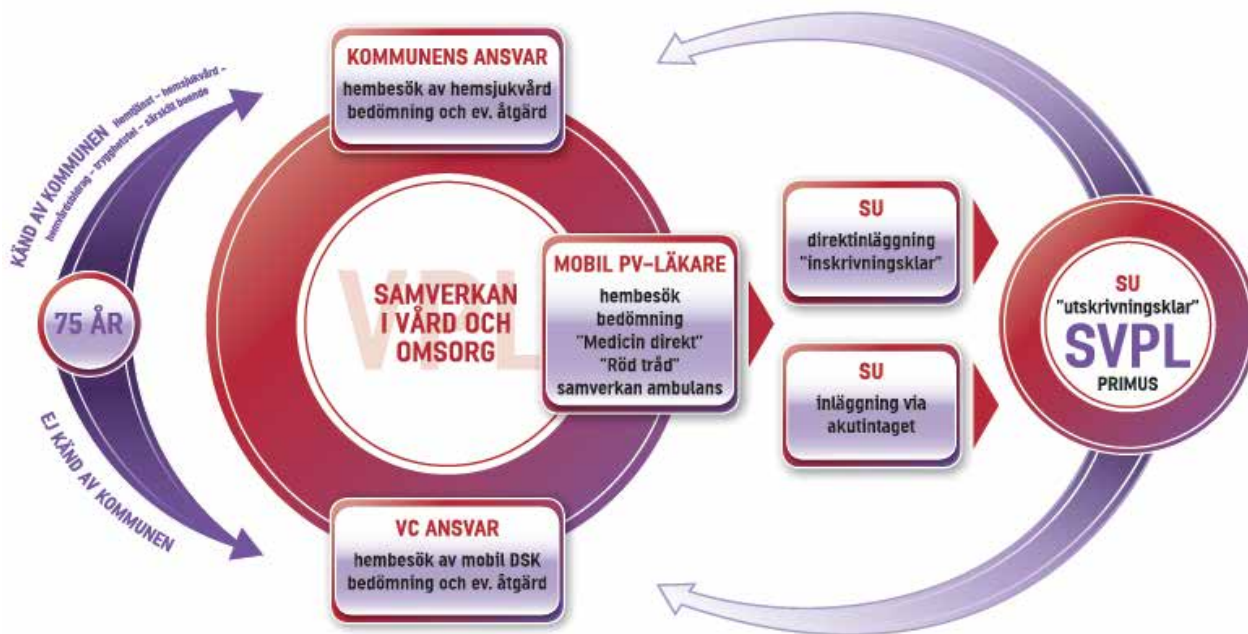
Rammodellen (figur 1) i INUT-projektet utarbe-

tades och testades under 2007/2008 på Hisingen inom ramen för ett utvecklingsarbete som kallades Närsjukvård i samverkan ”Inskrivningsklar – Utskrivningsklar patient”, i dagligt tal benämnt HISAM-Ä (Hisingen – samverkan kring de Äldre). Modellen var tänkt att fungera som en struktur där verksamheterna var fria att inom modellens ramar ta fram ett fungerande arbetssätt och rutiner för äldresamverkan mellan kommun, primärvård och sjukhus. Pilotprojektets (bilaga 2) resultat var en av anledningarna till att LGS beslutade införa modellen 2011 i alla NOSAM och då ansökte om medel för INUT-projektet.

LGS ansökte och tilldelades under 2011-2013 21 miljoner kronor till projektet INUT med Göteborgs Stad som huvudsökande och Västra Götalandsregionen samt kranskommunerna Mölndal, Härryda, Partille och Öckerö som medsökande. Projektet innebär att kommunerna, primärvården samt Sahlgrenska Universitetssjukhuset med sina tre enheter ska utveckla och införa en gemensam modell som utgör en ram för samverkan kring de mest sjuka äldre i LGS-området. Det i sin tur förväntas leda till att en trygg, säker och jämlik vårdkedja etableras där målgruppen omhändertas vid rätt tid, på rätt vårdnivå och de samlade resurserna används på ett för samhället effektivt sätt.

Av projektets ledning fick FoU i Väst/GR våren 2011 i uppdrag att utvärdera INUT med avseende på såväl dess implementering som resultat. Utvärdering med fokus på implementering innebär att frågor ställs om huruvida projektet genomförts på avsett vis i berörda organisationer, samt om det levererat de prestationer som förväntats. Vid utvärdering av resultat är huvudfrågan om de levererade prestationerna haft de konsekvenser för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre samt för de äldre själva som man hoppats på. I denna rapport redovisas resultatet från utvärderingen av INUTs implementering efter 18 månaders arbete, dvs. januari 2011-juni 2012.

**Figur 1: Modell för In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre.**



Rapporten är i det följande disponerad så här: I *kapitel två* beskrivs med hjälp av programteori-metoden utvärderarnas förståelse av hur projektet INUT är tänkt att fungera. Sedan beskrivs i *kapitel tre* vilka aspekter och specifika frågor rörande IN-UTs implementering som utvärderingen besvarat, samt i *kapitel fyra* vilket empiriskt dataunderlag som använts för detta ändamål. Därefter följer i *kapitel fem och sex* resultatet av utvärderingen som redovisas med utgångspunkt i nu nämnda frågor. Resultatet ger vid handen att INUT ännu inte implementerats på förväntat sätt, och avslutningsvis görs i *kapitel sju* ett försök att förklara varför det förhåller sig på detta vis.

En resultatutvärdering som undersöker konsekvenserna av INUTs prestationer för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre är på grund av nu nämnda implementeringsproblematik ännu inte rimlig att genomföra. I slutet av rapporten lämnas emellertid förslag på hur en upprepad av-stämning av tidigare undersökta aspekter av IN-UTs implementering kan genomföras. ■

## 2. En programteori för INUT

Litteratur om utvärdering förespråkas vanligtvis lätt man använder sig av programteorimetoden som stöd vid planering av en utvärdering. Metoden bygger på tanken att alla slags verksamheter (projekt, program, policys etc.) vilar på en viss logik (programteori) om hur verksamheten åstadkommer förväntat resultat; gör man A så händer B och det för i sin tur med sig C och D. Namnet till trots är programteori (i normalfallet) inte en teori i vetenskaplig mening som på basis av tillförlitlig kunskap förklarar hur en verksamhet fungerar.

Programteori handlar också om förklaring, men förklaringen har sin grund i hur de som skapat eller beslutat om en viss åtgärd tänker sig att den fungerar. Dessa tankar är oftast underförstådda men kan rekonstrueras med hjälp av verksamhetens dokument, planer etc. samt intervjuer. Den som gör rekonstruktionen har därmed att tolka hur verksamheten ifråga är tänkt att fungera. Genom att programteorin tydliggör hur en verksamhet antas fungera blir det lättare att fokusera en planerad utvärdering, bestämma vilka frågor som ska besvaras och vilka data som ska samlas in. En programteori kan också med fördel användas som utgångspunkt för att bestämma vilka kriterier som ska ligga till grund för den värdering som varje utvärdering innefattar. I utvärderingen av INUT har programteorimetoden använts på båda dessa vis.

En programteori måste som sagt rekonstrueras, och när det gäller INUT har det gjorts utifrån INUTs projektplan (2011-05-16) samt en diskussion med projektets ledning vid ett möte på FoU i Väst/GR (2011-06-23). Resultatet av rekonstruktionen visas i figur 2. ■

Figur 2: En programteori för INUT

### Om följande förutsättningar finns...

- Ledningsgrupp för samverkan (LGS).
- Temagrupp/äldre.
- Gemensamma närområdessamverkansgrupper (NOSAM) i varje kommun/stadsdel.
- Sjukhusets representanter (en gemensam grupp av verksamhetschefer från tre sjukhus).
- Projektledare och processtödjare.

### ... och om följande aktiviteter genomförs ...

- Samverkan mellan stadsdelar, primärvård och sjukhus inleds och arbetsgrupper etableras.
- Arbetsgrupper utvecklar och utarbetar modeller och arbetssätt som stödjer arbetet i samverkan kring de mest sjuka äldre.
- Rutiner för hur samarbetet kring personer i behov av hälso- och sjukvård i hemmet utarbetas och används.
- Rutiner för direktinläggning på slutenvårdsavdelning utarbetas och används.

### ... som leder till följande prestationer...

- Rutiner för samarbetet kring personer i behov av hälso- och sjukvård i hemmet används.
- Rutiner för direktinläggning på slutenvårdsavdelning används.
- Det finns en gemensam fungerande rammodell för samverkan kring de mest sjuka äldre i LGS-området.

### ... så får det följande effekter:

- Vården och omsorgen av de mest sjuka äldre präglas av helhetssyn, kontinuitet och samverkan över professions- och organisationsgränser.
- Vården är tillgänglig och jämlik.
- Befintliga resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.
- De mest sjuka äldre får vård i rätt tid och på rätt vårdnivå. De upplever en trygg och säker vårdkedja utan avbrott.

# 3. Utvärderingsfrågor

Den rapport avser INUTs implementering, dvs. de delar i figur 2 som kallas aktiviteter och prestationer. Som framgår av programteorin består projektets huvudsakliga aktiviteter av samarbete mellan representanter från olika professioner och organisationer (kommun, primärvård, sjukhus) i syfte att få till stånd rutiner inom ramen för modellen som ska leda till att projektets mål uppnås. Samarbetet sker i de 13 NOSAM som är organiserade på kommun/stadsdelsnivå samt i sjukhusets grupp, bestående av verksamhetschefer från Geriatrik, Medicin samt akutmottagningar. Varje NOSAM förväntas med stöd av INUTs processtödjare utarbeta rutiner som sedermera används för samarbete kring personer i behov av hälso- och sjukvård i hemmet och för direktinläggning på slutenvårdsavdelning.

Olika NOSAM kan antas ha varierande struktur och tillämpa olika strategier vid implementering av INUT. En sådan variation är viktig att uppmärksamma i en utvärdering av INUTs resultat då olika implementeringsstrukturer och -strategier kan antas vara olika bra på att åstadkomma förväntade effekter. I utvärderingen av INUTs implementering har därför de 13 NOSAM och sjukhusgruppen utgjort de huvudsakliga studieobjekten.

Det är framförallt två aspekter av INUTs implementering som föreliggande utvärdering sökt kasta ljus på, nämligen projektets förutsättningar och aktörer samt dess leveranser. För att så tydligt som möjligt belysa dessa aspekter har ett antal mer preciserade frågor formulerats.

## Projektets förutsättningar och aktörer

- Finns en etablerad projektorganisation på plats?
- Finns det tydliga, identifierbara NOSAM-grupper?
- Finns det särskilda (grupper) inom alla NOSAM som arbetar med INUT eller äldre frågor?
- Hur uppfattas INUT av berörda parter i NOSAM?
- Känner de till projektets innehåll och innebörd?

## Projektets leveranser

- Finns handlingsplaner för INUT upprättade?
- I vilken utsträckning tillämpas planerna i berörda organisationer?
- Har NOSAM fått mätetal presenterade av projektorganisationen?
- Används mätetalen av berörda aktörer?
- Finns kända kontaktvägar t.ex. mellan kommun och primärvård som underlättar vården för patient/brukare?
- Finns mobilt team, bestående av sjuksköterska och/eller läkare för hembesök?
- Finns och i så fall, känner NOSAM till möjligheten att direktinlägga till slutenvård?



## 4. Empiriskt dataunderlag

Det empiriska underlag som denna utvärdering grundas på är av flera olika slag. Inledningsvis genomfördes informantintervjuer med ledare för alla 13 NOSAM, och i samband därmed gjordes också en insamling av planer, protokoll och andra dokument. Information om sjukhusgruppens arbete har inhämtats genom intervju med INUTs projektledare. Intervjupersonerna valdes ut i samråd med INUTs processorganisationen (dvs. projektledare och processtödjare), men i några fall hänvisade de utvalda intervjupersonerna vid kontakt vidare till annan mer lämplig person.

Syftet med *intervjuerna* var att skapa en översiktlig karta av hur man organiserat arbetet med INUT samt hur långt man kommit med att upprätta handlingsplaner för arbetet med att utforma rutiner för samverkan kring de mest sjuka äldre. Intervjuerna genomfördes under sex månader (december 2011 - maj 2012). Från början var avsikten att intervjua alla intervjupersoner koncentrerat i tid, men efter ett par intervjuer framkom att arbetet inte kommit särskilt långt varför resterande intervjuer flyttades fram några månader. Även då avböjde en NOSAM (Centrum) personlig intervju på grund av att gruppen fortfarande inte riktigt hade kommit igång. Av den anledningen genomfördes endast en kort telefonintervju om det aktuella läget. Övriga intervjuer varade ca 45-60 min och de intervjuade fick berätta fritt om tankar kring INUT för att senare också besvara frågorna inom de två områden som beskrivits ovan.

Intervjuerna med NOSAM-representanterna kompletterades i juni 2012 med en *enkät* i vilken varje processtödjare (en per NOSAM) fick besvara ett antal distinkta frågor såsom startdatum för arbetsgrupper och handlingsplaner, mätetal etc. Detta material kompletterades dessutom med processtödjarnas egna s.k. *tidslinjerapporter* från juni 2012 där var och en över tid dokumenterat på vilka olika sätt man arbetat i förhållande till NOSAM och dess arbetsgrupper, t.ex. presentatio-

ner och informationstillfällen om INUT för chefer, vårdcentraler, brukare samt presentation av mätetal och baslinjedata. Även en rad andra *dokument* har beaktats i denna utvärdering. Vilka dessa är framgår av referenslistan i slutet av denna rapport.

Såväl intervjuer, enkät, tidslinjerapporter som dokument har använts för att besvara utvärderingens frågor, även om intervjuer spelar störst roll. ■



# 5. Projektets förutsättningar och aktörer

## 5.1 Finns en etablerad projektorganisation på plats?

Som nämnts inledningsvis beviljades INUT via SKL, statliga projektmedel om 21 miljoner kronor i januari 2011. Med hjälp av dessa medel anställdes en projektledare i januari 2011. De tilltänkta lokalerna för projektorganisationen var vid denna tid inte disponibla, men rekryteringen av processtödjare startade likväl och den 1 april 2011 flyttade hela projektorganisationen in i de för ändamålet hyrda lokalerna. En hel del arbetstid ägnades under april-maj 2011 åt att färdigställa lokalerna och åt att införskaffa och installera nödvändig teknisk utrustning såsom datorer, skrivare m.m.

Projektorganisationens sju personer består av en halvtidsanställd projektledare och sex processtödjare, tre av dem deltidsarbetande vilket innebär sammanlagt 4,8 årsarbetande processtödjare, totalt 5,3 årsarbetare i projektorganisationen. Dessa personer har tillsammans stor erfarenhet av både förändringsarbete och olika förändringsmetoder och verktyg samt av att leda verksamheter och projekt inom både sjukhus, primärvård och kommun. Processtödjarna ansvarar för kontakterna med NOSAM och har fördelat ansvaret för 1-3 NOSAM per person. I juni 2012 avgick projektledaren men ersattes under sommaren samma år av en person med lång erfarenhet av ledarskap inom Göteborgs Stad och Öckerö kommun.

Av INUTs projektplan framgår att projektorganisationen förväntas stödja linjeorganisationen genom att samla in, sammanställa samt återkoppla resultat. Ansvaret för genomförande och implementering av den gemensamma rammodellen för samverkan kring de mest sjuka äldre inom LGS-området är enligt projektplanen dock linjeorganisationens. I projektplanen framgår inte tydligt vad som är linjeorganisationen, men däremot finns detta beskrivet på LGS:s webbplats Samverkanstorget ([www.samverkanstorget.se](http://www.samverkanstorget.se)). Där beskrivs

att LGS:s ledningsgrupp består av förvaltningschefer, områdeschefer, primärvårds- och stadsdelsdirektörer från Göteborg och Södra Bohuslän samt sjukhusdirektörer från Sahlgrenska Universitetssjukhuset och närsjukhusen. I LGS fyra temagrupper deltar chefer och ansvariga steget under direktörsnivån. I de tretton NOSAM-grupperna ingår på samma sätt kommun, primärvård och landsting med sina direktörer, chefer och ledare för de olika organisationerna.

Vid diskussioner med projektorganisationen i samband med utformningen av föreliggande utvärdering har linjeorganisationens ansvar för implementeringen inte framgått tydligt för utvärderarna. Under intervjuer har det också framkommit att några NOSAM-företrädare uppfattat att LGS-ledningen ansökt och beviljats pengar för ett projekt som skall implementeras av någon annan, dvs. NOSAM. Dessa NOSAM-företrädare ansåg att de organisationer som omfattas av projektet är så stora att det många gånger är svårt för medarbetare att uppfatta att de deltar i projektet. Detta skulle kunna tolkas som att ledningen möjligen inte nått ut på rätt sätt till ett par NOSAM.

INUTs processtödjare är inbjudna och deltar i de flesta NOSAM-möten och har många gånger en relativt central roll i arbetsgrupperna för äldre frågor. Dessa arbetsgrupper har startat sin verksamhet under våren 2012 då de flesta insett att de ökade arbetsuppgifterna och krav på samverkan kring äldre frågor kräver mer tid än de ordinarie NOSAM-mötena kan erbjuda. Tre NOSAM-grupper har hittills under de första 18 månaderna valt att arbeta på egen hand utan direkt hjälp och stöd av processtödjare. Processtödjarna kommer enligt dem själva sannolikt att bli inbjudna till dessa möten eller arbetsgrupper för äldre frågor senare under hösten 2012. Två NOSAM-grupper, de västra stadsdelarna i Göteborg, har som tidigare nämnts valt att samarbeta med varandra, så totalt finns 13 NOSAM.

Processtödjarna har sedan de kom på plats framförallt arbetat intensivt med att sprida information om INUT till alla NOSAM samt till berörda verksamheter och organisationer såsom vårdcentraler, medicinskt- och rehabiliteringsansvariga sjuksköterskor (MAS och MAR), sektorchef för både äldreomsorg och hälso- och sjukvård, enhetschefer för särskilt boende (SÄBO), politiker samt brukarorganisationer. Det har bl.a. skett genom informationsmöten och olika typer av arbetsmöten. En beräkning gjord på grundval av processtödjarnas tidslinjerapporter, där flertalet av deras arbetsinsatser finns dokumenterade, ger ett medianvärde om 20 informationsmöten och/eller arbetsmöten av större karaktär per NOSAM-område. Som framgår av figur 3, som visar antalet registrerade möten, varierar antalet kraftigt, mellan 2 och 39 för olika NOSAM (A-M i figuren nedan). Utöver dessa möten finns också en stor mängd oregrerade kontakter på individnivå som t. ex. telefonsamtal, mejl samt mötesplanering som också kan ses som ett steg i implementering och informationsspridning.

De NOSAM som endast har haft ett fåtal kontakter med processtödjarna är också de som valt att avvakta med projektet, och de har följaktligen inte bjudit in processtödjarna till regelbundna NOSAM-möten eller arbetsgrupper för äldrefrågor. Eftersom processtödjarnas roll är att vara ett stöd för linjeorganisationen vid införandet av

modellen finns givetvis möjligheten att avstå från detta stöd.

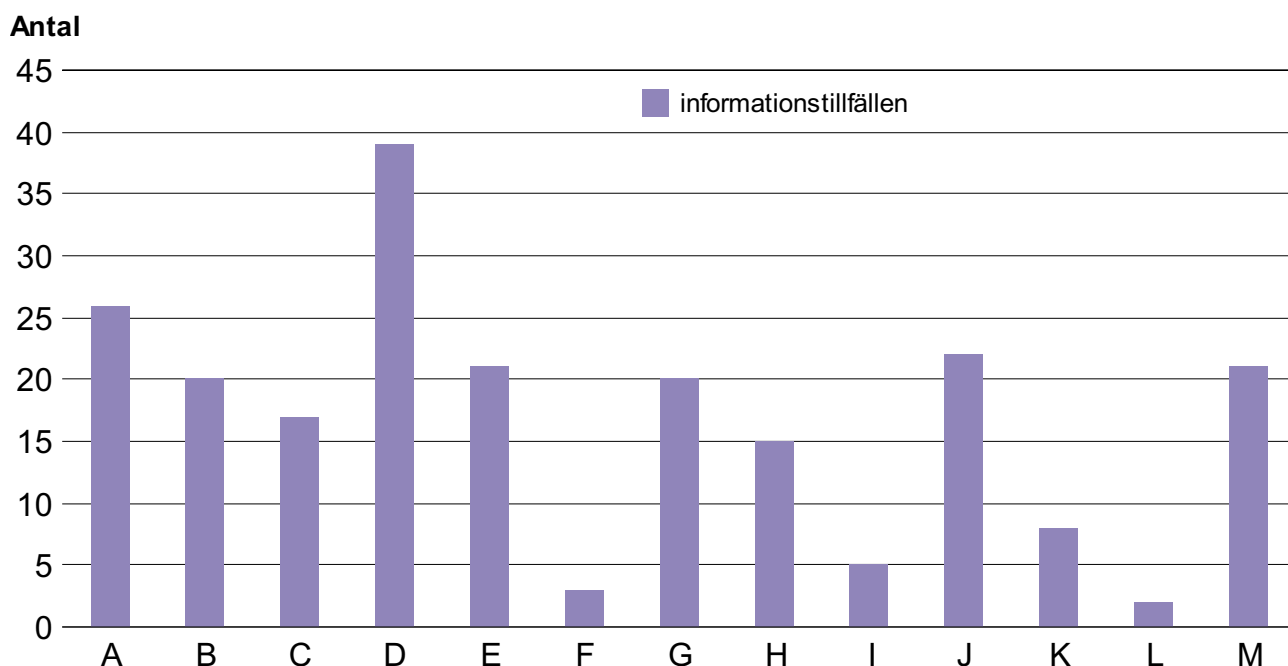
Flertalet NOSAM har emellertid valt att få hjälp med informationsspridning och implementering av ursprungsmodellen eller den så kallade rammodellen. Ett par NOSAM anser att en tydligare beskrivning av arbetssätt och mer detaljerad handlingsplan över införandet hade bidragit till större framgångar och färre tidskrävande möten av organisatorisk karaktär.

Figur 3 visar de av processtödjarna registrerade informations- och arbetsmötena från projektstarten i januari 2011 till juni 2012 (18 mån). Vad som inte framgår av diagrammet är att informationsspridningen enligt tidslinjerapporterna inte var så omfattande de första månaderna eftersom alla processtödjare inte var på plats förrän i april 2011.

Sammanfattningsvis är enligt de intervjuer som utvärderingen genomfört de flesta chefer som berörs av INUT informerade och känner till projektet, dess innehåll samt innebörd. Men som en av processtödjarna skriver i sin tidslinjerapport: ”det är en bit kvar när det gäller att arbeta aktivt med frågorna både inom respektive organisation och samverkan över gränserna”.

Projektledaren har hittills ansvarat för kontakt och samarbete med sjukhusgruppen som sedan oktober 2011 arbetat med att ta fram en remiss och rutin för direktinläggning av patienter till

**Figur 3: Antal informationsmöten per NOSAM, januari 2011–maj 2012.**



slutenvårdsplats. Dessa skickades för avstämning och samtycke till primärvårdens vårdcentralschefer i februari 2012, och fyra månader senare togs ett gemensamt verkställighetsbeslut på Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) av kvalitets- och sjukhusdirektör. Rutinen innebär en möjlighet att direktinlägga patient på slutenvårdsplats för Geriatrik och Medicin inom SU. Rutinen gäller för samtliga Medicin- och Geriatrikverksamheter inom sjukhuset. Den nu befintliga rutinen och remissen innebär dock inte med automatik att detta är känt ute i verksamheterna och möjligheten att direktinlägga de äldre har hittills endast utnyttjats vid ett fåtal tillfällen.

## 5.2 Finns tydliga NOSAM-grupper?

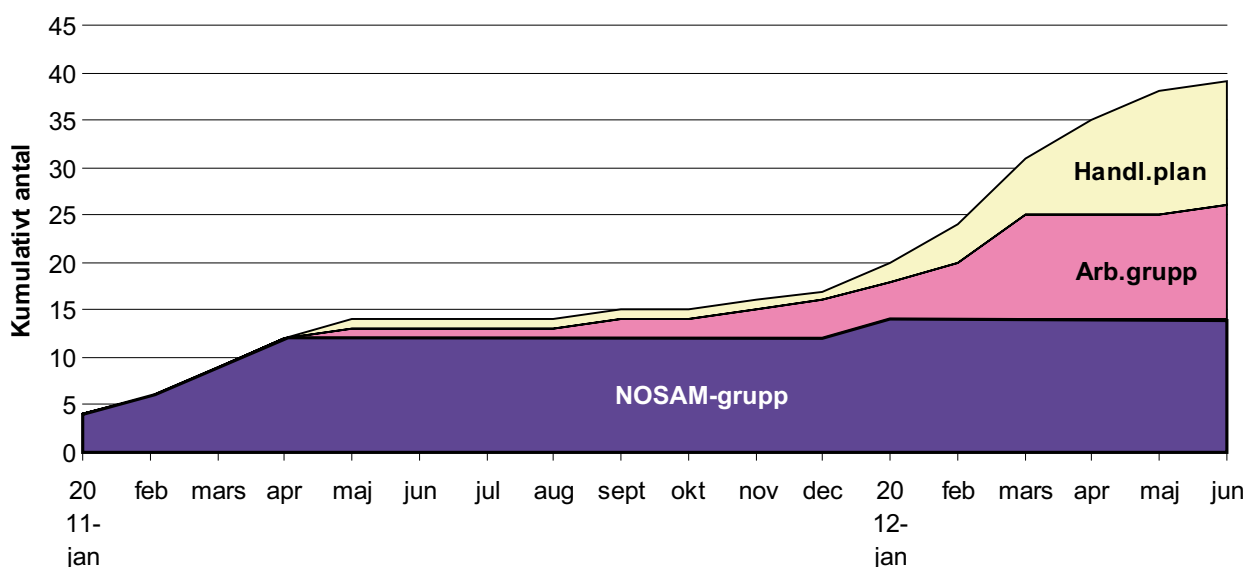
Samverkan mellan kommun och primärvård har varit en tradition sedan länge men en omfattande omorganisation i januari 2011, då tjugo stadsdelar i Göteborg slogs samman till tio, förändrade radikalt förutsättningarna för detta slags samverkan. Förändringen innebar att de tidigare samverkansgrupperna ombildades till 14 NOSAM (senare 13) med nya ordföranden och kontakter samt etablerande av nya nätverk för att passa den nya organisationen. Bl.a. av denna anledning har det för många NOSAM tagit tid att finna de rätta arbetsformerna. Ur LGS:s minnesanteckningar i mars 2012, dvs. drygt ett år efter omorganisatio-

nen kan vi apropå detta läsa följande: ”... beskrivning av läget i de 14 NOSAM-områdena. Alla områdena har kommit igång med ordförande, i de flesta fall just nu kommunala ordförande men de olika temagrupperna har kommit olika långt.” Av minnesanteckningarna framgår dock att de flesta grupper haft regelbundna möten sedan 2011 och vissa långt tidigare. NOSAM-grupperna träffas dock olika ofta, allt mellan 4 och 9 gånger per år.

Diagrammet i figur 4 nedan beskriver kumulativt att de 13 NOSAM-grupperna formerades relativt tidigt, men att det nästan tog ett år innan man var igång med arbetsgrupper för äldre frågor och skapande av handlingsplaner för införandet av INUT. Vad som inte framgår av diagrammet är att flera personer på NOSAM-ordförandeposterna byttes ut, enligt LGS-beslut. Ansvar för ordförandeskapet fördes över från primärvårdens till kommunens företrädare. I juni 2012, 18 månader efter projektstart, fanns 13 fungerande NOSAM-grupper varav 12 har utsett en särskild arbetsgrupp för äldre frågor som samtliga påbörjat arbetet med att ta fram en handlingsplan. Samtliga intervjuade beskrev att handlingsplaner för INUT påbörjats under våren 2012, de flesta dock sent, men endast fyra (Angered, Härryda samt Norra och Västra Hisingen) ansåg sig ha planen klar innan sommaren.

Som redan nämnts träffas NOSAM-grupperingarna olika ofta, 4-9 gånger per år. Mötestidens längd

**Figur 4: Tidslinje för nystart av 14 (senare 13) NOSAM, start av arbetsgrupper för äldre frågor samt uppstart av handlingsplaner för INUT.**



varierar också från NOSAM till NOSAM, från ett par timmar till en halvdag. Den grupp som träffas minst har tid avsatt 2 timmar vid fyra tillfällen per år vilket innebär 8 timmar per år. Generellt har vårdcentralerna haft svårast att delta i dessa möten med undantag av en NOSAM där den intervjuade uppger att kommunen hittills har haft svårast att närvara vid träffarna. Av genomförda intervjuer att döma finns det flera olika anledningar till bristande deltagande i NOSAM. Det handlar t.ex. om att vårdcentralerna inte uppfattat vikten av att delta, att man inte förstått kravet på samverkan men också att några vårdcentraler är underbemannade. En ytterligare anledning är, enligt de intervjuade, att vårdcentralens prestationer uteslutande räknas i antal läkarbesök vilket har inneburit att samverkan med övriga organisationer fått en lägre prioritet eftersom samverkan inte premieras på samma sätt i ersättningssystemet.

Fler än hälften av de intervjuade anmärkte på ”bristen i att sjukhuset inte finns representerat vid dessa samverkansmöten”. Några har påtalat att NOSAM-gruppen i vissa fall inte är beslutskraftig, vilket vanligtvis beror på gruppens sammansättning av å ena sidan verksamhetsnära chefer från vårdcentralen och å andra sidan chefer som är placerade betydligt högre upp i kommunens hierarki. Dessa ”nivåskillnader” försvårar och medför enligt de intervjuade en viss tröghet vad gäller samverkan och gemensamma beslut, då alla mötesdeltagare inte har likvärdiga mandat för att fatta beslut.

Idag arbetar inte heller någon av dem som ingick i pilotprojektet efter den ursprungliga rammodellen eftersom de senaste årens förändringar har varit så omfattande att förutsättningarna för modellens tillämpning helt förändrats. De intervjuade förklarar att den tidigare upparbetade samverkan och rutinerna raserades vid omorganisationerna. De nämner framförallt sammanslagningen av Göteborgs stadsdelar i januari 2011, den förändrade primärvårdsorganisationen året därpå, införandet av det fria vårdvalet i oktober 2009 samt hälso- och sjukvårdsavtalet som innebär att primärvården ansvarar för hembesök. En NOSAM-grupp som tidigare under 2007/2008 bidrog till att utveckla rammodellen i pilotprojektet har nu vid omstart dessutom haft vissa svårigheter att engagera personal och verksamheter då många anser att ”det där projektet har ju vi redan gjort”. De intervjuade beskriver också att nya kontaktnät och nätverk har skapats, och att många möten

i början har ägnats åt att ”lära känna varandra” samt förstå varandras nya organisationsstrukturer och arbetssätt. Flera av de intervjuade berättar att de är relativt nya på sin tjänst och har ägnat första tiden åt att sätta sig in i nya arbetsuppgifter och därför inte aktivt haft möjlighet att driva särskilda projekt som t.ex. INUT.

Sammanfattningsvis fanns i juni 2012, 13 NOSAM-grupper med regelbundna möten. Alla utom en NOSAM har haft svårigheter med närvaro och delaktighet från vårdcentralerna, både offentliga och privata. Omorganisationen av Göteborgs stadsdelar har nämnts som den viktigaste anledningen till svårigheter att organisera sig och kunna starta arbetet i de nya grupperna.

Som nämnts har inte någon av pilotorganisationerna som under 2007/2008 deltog i utvecklingsarbetet och testade rammodellen för INUT lyckats bevara vare sig arbetssätt eller kontaktnät under omorganisationerna. Som försvårande omständighet nämner de intervjuade också att det enligt den föreslagna rammodellen är kommunsjuksköterskorna som skall ansvara för de utökade hembesöken samtidigt som hembesök i det gällande hälso- och sjukvårdsavtalet är primärvårdens ansvar. Det har diskuterats alternativa lösningar för att avlasta primärvården men beslut har tagits om att följa avtalet.

### **5.3 Finns särskilda arbetsgrupper inom alla NOSAM som arbetar med INUT och/eller äldre frågor?**

Flertalet NOSAM har tillsatt en särskild arbetsgrupp som fokuserar på äldre frågor, t.ex. läkemedelsavstämning/genomgång, strokeprojekt med direktinläggning, Senior alertregistret, Palliativregistret, IT-stöd KLARA-SVPL, INUT, Primus osv. Läkemedel till äldre nämner flera av de intervjuade som en viktig fråga som också har ett nära samband med INUT-frågorna. Det handlar om att flertalet äldre har för många läkemedel och att läkemedelsgenomgångar av olika slag alltför sällan genomförs. Inte sällan initieras en läkemedelsbehandling inom slutenvården som senare varken följs upp eller avslutas. En av de intervjuade säger apropå detta att ”Vi måste få sjukhusläkarna att tänka på att patienten också har ett liv efter sjukhusvistelsen.” Anledningen till att varje NOSAM etablerade egna arbetsgrupper för äldre frågor är att det krävs betydligt mer tid än den som

är avsatt på de gemensamma NOSAM-mötena för att skapa nya rutiner och arbetssätt kring den äldre befolkningens behov.

Som framgår av figur 4 bildades de flesta arbetsgrupperna för äldrefrågor ganska sent under våren 2012 men i juni samma år fanns enligt de intervjuade 12 av 13 möjliga etablerade. Grupperna består vanligen av 5-8 personer med olika funktioner inom kommun och primärvård samt processstödjare för INUT-projektet. Arbetsgrupperna träffas regelbundet varje månad, ibland oftare och rapporterar sitt arbete till NOSAM för beslut och implementering av nya arbetssätt. ■

# 6. Projektets leveranser

## 6.1 Finns handlingsplaner för INUT upprättade? Tillämpas de av berörda organisationer?

Under pilotprojektet 2007/2008 framarbetades rammodellen för INUT (figur 1). Denna modell är som tidigare nämnts tänkt att utgöra ramen och målet för de äldres vårdkedja vid behov av in- eller utskrivning mellan kommun, primärvård och landsting. NOSAM-grupperna förväntas upprätta var sin handlingsplan som är anpassad efter respektive närområdes organisatoriska förutsättningar samt invånarnas behov. Inom ramen för modellen finns alltså möjligheter att anpassa och välja arbetssätt för varje enskild NOSAM-gruppering, vilket många uppskattat. Fyra av de intervjuade representanterna har spontant poängterat det kommunala självstyret i samband med dessa frågor men det finns också ett par NOSAM som önskat mer styrning vid upprättandet av handlingsplan för att bland annat undvika många resurskrävande möten och diskussioner kring planerna.

Arbetet med att upprätta handlingsplaner har inte kommit så långt. De flesta NOSAM har under våren skapat särskilda arbetsgrupper för äldre frågor och som första uppgift har de flesta grupper fått i uppdrag att skapa handlingsplaner för införandet av nya rutiner kring äldregruppen. Handlingsplanerna har påbörjats i alla NOSAM men arbetet startade relativt sent under våren 2012 (figur 4). Flera har inlett arbetet genom att kartlägga de tänkta processerna som uppstår vid ett förändrat vårdbehov hos den äldre. Störst fokus har lagts på att identifiera kommunikationsvägar och kontaktmöjligheter med andra vårdinstanser samt ta fram underlag för behovet av hembesök. Den påbörjade kartläggningen är tänkt att utgöra grunden för de handlingsplaner som de flesta NOSAM räknar med att kunna presentera under hösten 2012. Endast fyra av 13 NOSAM ansåg sig ha en färdig handlingsplan för INUT redan i juni 2012.

Den sena starten med upprättandet av handlingsplaner beror givetvis på att NOSAM-grupperingarna inte varit på plats, men i stort sett har alla intervjuade också nämnt diskussionen, som lyfts till LGS, om ansvarsfrågan för hembesök som ett stort irritationsmoment under hösten 2011. I rammodellen beskrivs att kommunen skall ta ansvar för det utökade behovet av hembesök. Olika tolkningar av hälso- och sjukvårdsavtalet har bidragit till diskussioner och förslag om ersättningsmodeller om kommunen istället åtar sig arbetsuppgiften. LGS har dock beslutat att följa gällande avtal och har därför ändrat i modellen och flyttat tillbaka ansvaret till primärvården. I minnesanteckningar från LGS kan vi läsa att "Både den offentliga och privata primärvården åtar sig att hantera den eventuella ökningen av hembesök och därmed skulle det föreslagna överenskommelseförslaget inte behöva användas" (LGS 23/11 2011).

Målgruppens ålder i rammodellen, 65 eller 75 år, har också diskuterats. Med stöd av LGS och dess temagrupp Äldre har man valt att sänka gränsen till 65 år eftersom den är etablerad och används både nationellt och internationellt.

Sammanfattningsvis har det som synes tagit tid att komma igång med upprättande av handlingsplaner. Den sena starten beror framförallt på omorganisationen av stadsdelarna vid projektets start samt att många varit irriterade över att rammodellen för INUT inte fungerade som tänkt. Diskussioner och förslag i LGS har lett fram till att modellen ändrats och att primärvården istället för kommunen skall ansvara för hembesöken. Utöver de tre NOSAM som anser sig ha en färdig plan uppges vid intervjuer resterande NOSAM kunna presentera sina handlingsplaner avseende INUT under hösten 2012.

## 6.2 Har NOSAM fått mätetal presenterade av processtödjarerna? Används de?

Uppföljning/mätningar i INUT är tänkta att göras på flera sätt inom sjukhus, kommun samt primärvård. För att kunna se om önskad effekt med INUT uppnås upprättades en så kallad baslinje, där statistik från 2010 sammanställts för att kunna jämföras med data vid projektets slut. Kopplingen mellan skapade INUT-rutiner och mätetal som visar vården och omsorgens effekter är dock inte självklar.

Processtödjarerna har som figur 5 illustrerar undersökt möjligheten att följa ett flertal föreslagna parametrar men har i vissa avseenden haft svårigheter att få tillgång till eller få fram tillförlitligt material. I figuren framgår vilka uppgifter som inom projektet visat sig möjliga att följa (markerade JA). Mätningarna omfattar bland annat både antal och andel besök på akutmottagningarna per kommun/

stadsdel, antal direktinläggningar, antal hembesök genomförda av läkare respektive sjuksköterska per vårdcentral, antal genomförda läkemedelsgenomgångar per vårdcentral. Statistiken kommer att följas och återkopplas per NOSAM enligt processtödjarernas uppföljningsdokument. Målgruppen är äldre > 65 år och redovisas i åldersgrupper om 5 år (65-69, 70-74, 75-79 osv.).

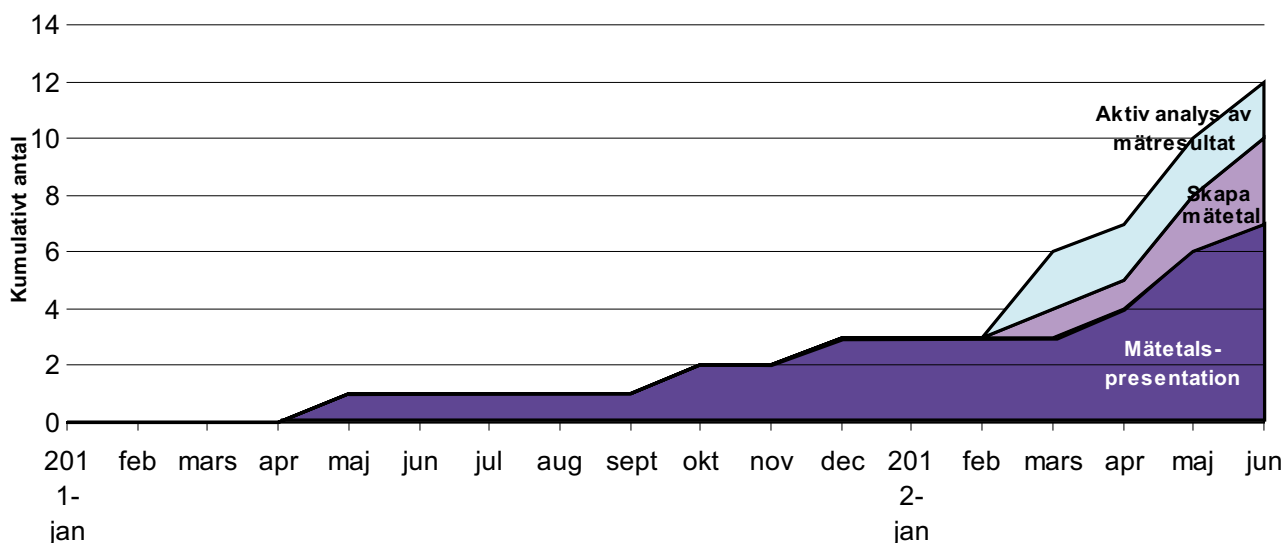
Delar av mätetalen har presenterats för cirka hälften av NOSAM-grupperna och flera grupper har då upptäckt att statistiken inte stämmer. De intervjuade förklarar detta med att felregistrering eller ingen registrering alls är vanligt och bidrar till att data i nuläget inte är tillförlitlig. Särskilt gäller det primärvårdens mätning av antal hembesök som många gånger hittills inte registrerats alls. Några NOSAM har påbörjat ett nytt arbete med att identifiera vad som är viktigt att mäta samt hur data skall registreras för att kunna användas och värderas på önskvärd sätt.

**Figur 5: Sammanställning av data som från början var tänkt att följas upp i projektet INUT. Kolumnen till höger visar vilka data som var möjliga och används inom projektet.**

<b>Förvaltning</b>	<b>Förslag på data att följa, som testats och om möjligt används</b>	<b>Data som fungerade och användes<sup>1</sup></b>
<b>På sjukhusen mäts (äldre &gt; 65 år):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal sökande per akutmottagning per kommun/stadsdel</li> <li>• Andel sökande per akutmottagning i relation till befolkningsunderlag i kommun/stadsdel</li> <li>• Antal akutsökande patienter som går/skrivs hem från akutmottagningen</li> <li>• Andel akutsökande patienter som går/skrivs hem per kommun/stadsdel</li> <li>• Antal patienter som skrivs in i slutenvården samt till vilken klinik</li> <li>• Akutens genomloppstider för olika patientgrupper</li> <li>• Antal direktinläggningar per område/kommun/stadsdel</li> <li>• Återinläggning inom 28 timmar</li> <li>• Antal upprättade läkemedelsberättelser</li> <li>• Antal utskrivningsklara patienter som är kvar på slutenvårdsplats i väntan på kommunalt boende och orsakar onödig kostnad samt antal vårddygn för dem</li> </ul>	<p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>NEJ</p> <p>NEJ</p> <p>JA</p> <p>NEJ</p> <p>NEJ</p> <p>JA</p>
<b>I primärvården mäts</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal listade patienter ≥ 65 år samt antal av dessa som besökt vårdcentralen</li> <li>• Antal läkemedelsgenomgångar per vårdcentral (basår är 2011 eftersom data från 2010 är osäker)</li> <li>• Antal hembesök utförda av läkare (besök för vårdintyg och dödsfall utsluts)</li> <li>• Antal hembesök utförda av sjuksköterska</li> </ul>	<p>NEJ</p> <p>JA</p> <p>JA</p> <p>JA</p>
<b>I kommunen mäts (SÄBO-mätningar)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antal akutsökande patienter från SÄBO/korttidsenhet. Mätning i mars genomförd samt november 2012 planeras. Flera faktorer beaktas som t.ex. tid på dygnet, kontaktvägar, orsak, inläggningsfrekvens, medföljare (närstående eller personal)...</li> </ul>	<p>JA</p>

1. Bedömningen i denna kolumn bygger på processtödjarernas dokument för uppföljning hösten 2012.

**Figur 6:**  
**Processtödjarnas presentation av mätetal samt arbetsgruppernas eget arbete med att skapa relevanta mätningar och uppföljning, i respektive NOSAM (januari 2011–juni 2012).**



Diagrammet i figur 6, som är konstruerat på basis av processtödjarnas tidslinjerapporter samt intervjuer, visar att processtödjarna började presentera mätetal redan i april 2011. Ett år senare har dock fortfarande bara knappt hälften (sex av 13) NOSAM fått dessa presenterade för sig. I tre NOSAM arbetar gruppen med att skapa fungerande statistik och i två NOSAM arbetar man mer aktivt med uppföljning av viss data. Eftersom arbetsformer och grupper etablerats sent under våren 2012 inom NOSAM har det enligt processtödjarna hittills inte varit aktuellt att diskutera statistik och uppföljning i någon större omfattning.

De mätetal som enligt de intervjuade används mer aktivt i NOSAM och deras arbetsgrupper med äldrefokus är antal eller andel läkemedelsberättelser och/eller –genomgångar, antal utskrivningsklara patienter som väntar på kommunalt boende eller hemsjukvård samt antal sökande till akuten. Att dessa följs aktivt innebär enligt de intervjuade att man arbetar strukturerat för att förbättra patienternas situation och därmed resultaten på olika sätt. Sjukhusen redovisas inte i diagrammet men har sedan länge i egen regi följt statistik för akutmottagningarnas besökare och på olika sätt följt genomloppstider såsom tid till triage<sup>2</sup>, tid till läkare, total genomloppstid, tid till inläggning osv.

2. Triage på en akutmottagning innebär att patienter systematiskt indelas i kategorier efter medicinsk angelägenhetsgrad, dvs. hur snabbt patienten behöver tas om hand med hänsyn till sitt hälsotillstånd.

### 6.3 Finns kända kontaktvägar, mobil sjuksköterska/läkare eller team samt används direktinläggning?

Ungefär hälften av intervjupersonerna kan beskriva någon form av kontaktväg och mobil läkare eller sjuksköterska för hembesök. De flesta av dessa har på olika sätt fortsatt i ”gamla spår” som delvis raserats vid omorganisation och ny personal i samband med förändrade tjänster. Få NOSAM har egentligen startat något nytt, men flera NOSAM har via sina arbetsgrupper påbörjat en sammanställning av hur behovet ser ut och med detta som underlag finns en tanke att bygga upp en fungerande verksamhet för att möta behovet. Vid intervjuerna beskrivs behovet av hembesök variera stort från Västra Göteborgs stadsdelar som väntas ha ett stort behov till Norra Hisingen och Örgryte-Härlanda som har ett betydligt lägre behov och de tre större kranskommunerna som kan sägas representera genomsnittet för alla verksamheter, någonstans i mitten.

NOSAM-representanterna beskriver under intervjuerna några, sedan före projektets start, befintliga kontaktmöjligheter som fortfarande fungerar bra och vissa har till och med möjligheter att erbjuda hembesök. Nedan följer några exempel som beskrivits av de intervjuade:

I Västra Göteborg där två NOSAM samarbetar kräver hemsjukvården direktnummer till alla



distriktsläkare i området för att kunna ha hög tillgänglighet vid behov av snabb kontakt/rådgivning. Om kommunens hemtjänst bedömer att ett utökat vårdbehov finns, kontaktar de en sjuksköterska inom hemsjukvården som förmedlar vidare kontakt och åtgärd. För övrigt har primärvården ansvar för hembesöken enligt tidigare nämnda avtal och det finns heller inte utrymme för fler hembesök av kommunen, som den ursprungliga rammodellen föreslog, än de som görs idag med de befintliga resurserna.

Tre NOSAM, bl.a. Norra Hisingen beskriver att behovet av hembesök inte är så stort, kanske ett par besök per vecka, och anser då att kommunen själv kan ta hand om dessa. En av de intervjuade berättar att primärvården då ersätter kommunen för denna insats.

Några vårdcentraler har en geriatrisk läkare med ansvar för äldreboende eller t.o.m. en egen organisation för hemsjukvårdsläkare som har möjlighet att utföra hembesök i ”gråzonen” som några benämner detta behov. Det fria vårdvalet har försvårat arbetet för verksamheterna men i flera fall ber man patienterna att ändra sitt vårdval för att kunna använda den egna läkarorganisationen för patienter på SÄBO. Örgryte-Härlanda har sedan ett tidigare projekt inrättat ett ”Äldrecentrum”. Här finns sjuksköterskor som kan göra hembesök vid behov. De har dessutom direktnummer till vårdcentralerna för att boka besök till läkare, sjuksköterska eller rehabmottagning. Detta har fungerat bra men omorganisationen av Göteborgs stadsdelar har medfört att en del personal är

ny och kan möjligen på sikt innebära att det fungerar sämre om man byter personal ofta.

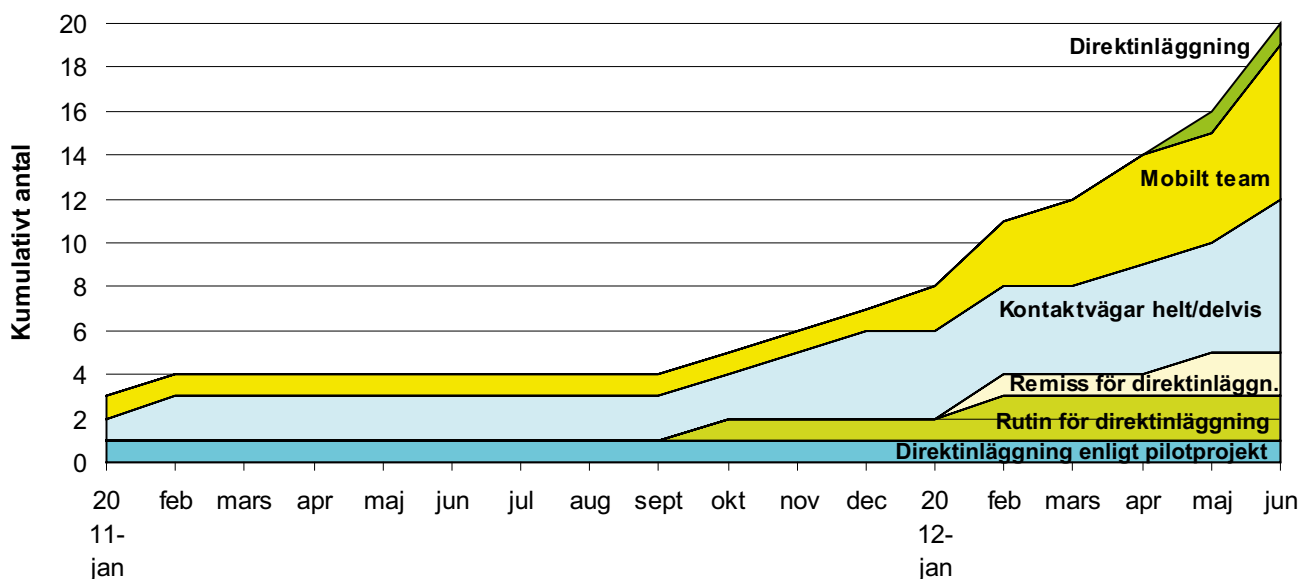
Partille är en av flera NOSAM som undersöker hur stort behovet är (volymer) av rådgivande samtal och hembesök, men har också under tiden startat två jourtelefoner som är öppna dygnet runt, veckans alla dagar för hemsjukvården.

Några NOSAM beskriver att hembesök redan finns eftersom det är ett krav på alla vårdcentraler, och några privata vårdcentraler har anställt en särskild läkare för hemsjukvård. Ett par andra NOSAM beskriver tvärtom att vårdcentralerna ännu inte förstått uppgiften eller som någon sa: ”vissa enheter är så små att det blir svårt att genomföra denna uppgift, det är bättre att vi på kommunen, som har personal nattetid, genomför de besök som behövs under jourtid”.

Norra Göteborg har beskrivit att de har en äldresjuksköterska som gör hembesök vilket enligt intervjupersonen fungerar bra. De diskuterar nu fortsatt utveckling av ett centralt kontaktcenter. Detta kontaktcenter med en planerad hög tillgänglighet skulle utöver äldresjuksköterskan förslagsvis vara bemannad med undersköterska, biståndsbedömare, distriktssjuksköterska, rehabsjuksköterska samt sjukgymnast. Ett lämpligt sammansatt team skulle då kunna utföra olika uppgifter.

I figur 7 visas en sammanställning av det ovan sagda tillsammans med enkätuppgifter att sex NOSAM i juni 2012 hade ett flertal kända kontaktvägar och sex av dem, inte alltid samma, hade också någon form av mobilt team vanligtvis en

**Figur 7: Förekomst och utveckling av kontaktvägar, mobilt team samt direktinläggning över tid (januari 2011-juni 2012).**



sjuksköterska. Projektledningen har tillsammans med Sahlgrenska sjukhusets verksamhetschefer för geriatrik, medicin samt akutmottagningarna, skapat en rutin och remiss för direktinläggning, men endast ett par NOSAM har enligt uppgift använt möjligheten att direktinlägga patienter med hjälp av remissen.

Arbetet kring att skapa rutin och remiss påbörjades i oktober 2011 och var färdigställt samt beslutat i juni 2012. Direktinläggningarna som ibland kan uppfattas ha en central roll i projektet står för en mycket liten andel av alla tänkta kontakter. De flesta kontakter kommer att ske mellan primärvård och kommun för att hjälpinsatsen skall kunna avstyra akutmottagningsbesöket och i de fall patienten behöver sjukhusvård ska direktinläggning kunna ske via ny rutin och remiss.

Ett försök kommer att göras för att mäta direktinläggningarna på ett enkelt sätt, vilket innebär att remissen enligt den nya rutinen skall märkas med en kod då patienten skrivs in i slutenvården. Data kan på så sätt sammanställas från sjukhusets journalsystem. Eftersom rutin och remiss inte färdigställtts förrän i juni har det än så länge inte varit aktuellt att mäta på detta sätt. Remissen har dock redan blivit föremål för revidering (hösten 2012) då den varit något otydlig angående vem som skall kontaktas på sjukhuset. Parallellt med den tänkta mätningen har andra mätningar ”för hand” gjorts från SÄBO/korttidsenhet. I figur 8 visas delar av processtödjarnas sammanställning av de mätningar under mars 2012 från SÄBO/ korttidsenhet, då samtliga enheter fick i uppgift att under en månads tid registrera bland annat de patienter som skickades till akuten samt de som fick åtnjuta direktinläggning till slutenvårdsplats.

Sammanställningen visar att viss direktinläggning förekom i LGS-området redan innan verkställighetsbeslutet antogs i juni 2012. Projektets rutin och remiss för direktinläggning var under diskussion och utformning under våren men direktinläggning har kunnat ske mot bakgrund av tidigare pilotprojekt, andra parallella projekt samt vid överenskommelse i det enskilda patientfallet då läkarkontakt tagits. Tabellen i figur 8 visar att nio patienter blev direktinlagda, men av de 248 patienterna som skickades in från SÄBO/korttidsenhet till akutmottagning registrerades 200 inlagda till slutenvård. Denna siffra är dock osäker enligt processtödjarna eftersom det kan innebära

**Figur 8: Delar av processtödjarnas sammanställning över patienter som skickats till akutmottagning från SÄBO/korttidsenhet ("SÄBO-mätning").**

Mars (2012) NOSAM	Direktinläggning		Inlagd på avdelning	
	Ja	Nej	Ja	Nej
Mölndal	1	18	8	1
Härryda	0	21	15	6
Partille	0	16	13	3
Öckerö	0	6	5	1
Askim/Frölunda/ Högsbo/Väst Gbg	0	8	7	1
Centrum	2	22	21	3
Lundby	1	5	6	0
Maj-Linné	0	22	19	3
N.Hisingen	0	27	20	7
V.Göteborg	0	22	14	8
V.Hisingen	1	14	10	5
Ö.Göteborg	0	20	16	4
Örgryte/Härlanda	3	40	39	4
Angered	1	7	7	1
<b>Totalt</b>	<b>9</b>	<b>248</b>	<b>200</b>	<b>47</b>

att en patient registreras som inlagd om de vistas på akutmottagningen vid midnatt, dvs. patienten skrivs in ena dagen och ut nästkommande. Resultatet visar dock möjligen att det finns en potential att fler skulle kunna direktinläggas. Om direktinläggning skulle ha kunnat genomföras för dessa 200 patienter väcks ytterligare frågor om resursförbrukning. Minskad tid och kostnader för sjukhusets akutmottagning medför direkt omvänt en ökad kostnad för ett större engagemang inom kommun och primärvård kring patienten. De 200 patienter som blev inlagda skulle kanske ha kunnat behandlas på SÄBO om rätt vård kunnat ges på plats av läkare och sjuksköterska? Vad skulle vara mest kostnadseffektivt och hur skall patientupplevd kvalitet prissättas? ■

# 7. Ett försök att förklara utvärderingens resultat

Som torde ha framgått har de aktiviteter och prestationer som enligt INUTs programteori bör utföras för att förväntade effekter ska uppnås inte genomförts fullt ut, i alla fall inte ännu och i den utsträckning som avsetts.

LGS:s ledning och en beredningsgrupp för äldre frågor (temagrupp äldre), projektets styrgrupp, fanns sedan tidigare. Däremot fanns inte en komplett projektorganisation på plats förrän knappt ett halvår efter projektstart. Inte heller fanns, vid projektstart, några tydliga NOSAM och deras arbetsgrupper för äldre frågor inom Göteborgs Stad, men däremot fanns sådana i kranskommunerna. Av denna anledning har inga handlingsplaner för INUT-projektet kunnat upprättas förrän helt nyligen. Vidare har det tagit lång tid att ta fram mätetal varför en baslinje som skulle kunna användas för utvärdering av INUTs resultat inte upprättats förrän en tid efter projektstart. Då tydliga NOSAM inte funnits på plats i tid har processtödarna inte kunnat presentera dessa mätetal i alla grupper. Däremot har kontaktvägar för bl.a. telefonkontakter mellan olika inblandade aktörer till viss del utvecklats medan vissa har funnits sedan länge. Hembesök har också åtminstone delvis genomförts sedan tidigare inom vissa organisationer. En ny rutin och remiss har dock utarbetats för direktinläggning av patient till slutenvårdsplats. Remissen har bedömts otydlig med avseende på vem som skall kontaktas vid direktinläggning och omarbetas för tillfället.

Hur kan nu nämnda brister i implementeringen av INUT förstås? Frågor som rör implementering, dvs. genomförandet av politiska beslut, policies, projekt etc. är ett centralt område inom ämnen som statsvetenskap, policyanalys och utvärdering. Tre grundfaktorer som många författare menar har betydelse för framgångsrik implementering är om den eller de som ska genomföra projektet *förstår*, *vill* och *kan* genomföra projektet. Låt oss som en avslutning på denna rapport reflektera över ut-

värderingens tämligen nedslående resultat i förhållande till dessa faktorer.

Faktorn *förstå* avser huruvida medlemmarna i NOSAM känner till INUT och dess innehåll, och om processtödarna informerat dem tillräckligt väl om vad projektet går ut på. De flesta har enligt de intervjuade förstått syftet med INUT på chefsnivå bland annat tack vare stora informationsinsatser från processtödarna. Det finns några NOSAM eller arbetsgrupper som har valt att avvakta med stöd från projektorganisationen. Möjligen har man i dessa områden inte förstått det som flera andra beskrivit ”att utan processtödarna skulle arbetet med INUT inte fungera – de har varit och är fortfarande en stor resurs”. Några av de intervjuade har också som tidigare nämnts beskrivit att primärvården inte alltid förstår vikten av samverkan och inte heller att det är de som ansvarar för hembesöken. En viktig aspekt som de flesta kommenterat är att ledningen inte förstått vikten av att representanter från sjukhuset borde delta i alla NOSAM för en bättre samverkan.

Faktorn *vilja* handlar om huruvida det finns stöd för projektets innehåll bland medlemmarna i NOSAM, om de kan förväntas vara motiverade att utveckla och använda rutinerna ifråga samt även om de uppfattar dylika rutiner relevanta och ändamålsenliga. Samtliga intervjuade uppfattas vara motiverade att arbeta med olika åtgärder för att förbättra processerna kring de äldre. Lundby, som tidigare varit en av pilotverksamheterna, beskrev dock viss svårighet att motivera berörd personal att efter pilotprojektet återigen arbeta med INUT då personalen uppfattat att projektet avslutats. Möjligen hade gruppen varit mer motiverad om processtödarna bjudits in för mer information och inspiration. Andra NOSAM har nämnt att det varit värdefullt att lyssna till goda exempel från dem för att få inspiration och nya idéer.

Under arbetet med denna utvärdering har vi uppmärksammat att det finns många närliggande

projekt, lagar och avtal att förhålla sig till, inte minst statliga stimulansbidrag inom äldreområdet som framför allt ska kopplas till resultat och prestationsbaserade mål. Några intervjuade beskriver att då tiden är knapp prioriteras många gånger de åtgärder som ger direkt ekonomisk ersättning varför det är lägre prioritet och tar längre tid med INUT-aktiviteterna. De tidigare erhållna projektmedlen har använts till att inrätta en projektorganisation och kanske har detta på verksamhetsnivå inte uppfattats som ett resurstillskott för genomförande av INUT.

Några NOSAM har ett mycket bra samarbete med de privata aktörerna och riktade projekt som Seniorhälsan har därför inte alltid uppfattas positivt. Seniorhälsan är ett parallellt försöksprojekt som startade under april 2012 och omfattar den offentliga primärvården på Hisingen samt centrala delar av Göteborg. Inom detta projekt erbjuds äldre friska besök och rådgivning på vårdcentralen. Många NOSAM är positiva men några blir mindre motiverade av att arbeta med INUT då man uppfattar att projektet "Seniorhälsan" försöker stimulera till ökad konkurrens istället för samverkan mellan organisationerna.

Faktorn *kunna* gäller NOSAM-medlemmarnas förutsättningar i form av t.ex. kunskap, kompetens och resurser att kunna utarbeta och använda rutiner för samverkan kring de mest sjuka äldre. De faktorer som påverkat mest negativt och bidragit till att arbetet med implementeringen av INUT försenats är först och främst omorganisationen av stadsdelarna som olyckligtvis sammanföll med projektstarten. Omorganisationen splittrade många välfungerande organisationer men kanske framförallt nätverk och fungerande processer. Fler faktorer som bidragit negativt vid införandet av INUT är omorganisationen i primärvårdsledningen som många först inte reflekterade över. Denna visade sig bidra till ett ökat behov av fler samverkansmöten med andra aktörer eftersom olika samverkansaktiviteter inte längre sammanföll med varandra. Som en tredje försvårande omständighet har de flesta nämnt kravet på hembesök som kommunen enligt den föreslagna rammodellen skall ombesörja. Detta förslag fungerar inte eftersom det åligger primärvården att genomföra hembesök enligt gällande hälso- och sjukvårdsavtal. Mycket tid och kraft har lagts på ansvarsfrågan och flera av de intervjuade har påtalat att de inte vet hur primärvården skall klara åtagandet eftersom de inte har bemanning jourtid. Det fria vårdvalet har ock-

så omnämnts som en försvårande faktor då varje patient har en egen vald vårdcentral och varje SÄBO har svårighet att upprätthålla kontakt med vars och ens vårdcentral.

En rad andra närliggande projekt bidrar till svårigheter att så småningom utvärdera resultatet av INUT, dvs. om de levererade prestationerna haft de konsekvenser för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre samt för de äldre själva som man hoppats på. Under utvärderingen av projektet har mångfald i styrmedel och andra projekt noterats och processorganisationen har sammanställt detta i en illustrativ bild som stärker misstankarna att effekterna på kort sikt blir svåra att särskilja och utvärdera. En handfull av de intervjuade har belyst både de problem och möjligheter som finns med statliga stimulansmedel. Ekonomiska bidrag stimulerar på ett positivt sätt verksamheterna att arbeta i "rätt riktning" vad gäller de specifika frågorna. Däremot läggs på grund av tidsbrist mindre fokus på de frågor som varken är kopplade till lagkrav eller statliga stimulansmedel.

Sammanfattningsvis har mycket resurser lagts i projektet som för flera år sedan startade som ett utvecklingsarbete kring samverkan mellan kommun, primärvård och landsting. Detta utvecklingsarbete utmynnade i den rammodell som fungerade så väl på Hisingen att LGS-organisationen tog beslut om att införa arbetssättet i hela området. Olyckligtvis sammanföll stora strukturella förändringar i de ingående organisationerna och de tidigare så självklara förutsättningarna sattes ur spel vilket bidragit till att införandet av det nya arbetssättet tar betydligt längre tid än förväntat.

## 7.1 Plan för fortsatt uppföljning av projektet

En utvärdering av INUTs resultat skulle enligt det uppdrag som FoU i Väst/GR fick av INUT-projektets ledning i augusti 2011 följa direkt på föreliggande utvärdering av projektets implementering. Huvudfrågan som projektets ledning därvid ville få svar på var om de levererade prestationerna haft de konsekvenser för vården och omsorgen om de mest sjuka äldre samt för de äldre själva som man hoppats på. En dylik resultatutvärdering är emellertid på grund av den tämligen omfattande implementeringsproblematik som denna utvärdering redovisat ännu inte rimlig att genomföra. Faktorer som försvårar eller omöjliggör en resultatutvärdering är:

- a) organisationsförändringar (sammanslagning av Göteborgs stadsdelar, primärvårdsledningens omorganisation);
- b) närbesläktade projekt som pågår och startar gör det svårt att avgränsa INUTs resultat från andra verksamheter;
- c) det fria vårdvalet (som skapar problem för SÄBO att hålla kontakter med varje brukares vårdcentral);
- d) hälso- och sjukvårdsavtalet (primärvården har ansvar för hembesök, inte kommunen); samt
- e) mätetalen har anpassats över tid och är möjliga att följa upp, men det görs av processtödjarna själva.

Mot bakgrund av det nu sagda är en resultatutvärdering inom projekttiden (2011-2013) inte möjlig. Däremot föreslås att en avstämning likt den som gjordes i juni 2012 av INUTs leveranser upprepas första halvåret 2013. Avstämningen innebär att en enkät till processtödjarna delas ut där de får svara på följande frågor:

- 1) Finns handlingsplaner för INUT upprättade? Tillämpas de av berörda organisationer?
- 2) Har NOSAM fått mätetal presenterade av projektstödjarna? Används de?
- 3) Finns kända kontaktvägar, mobil sjuksköterska eller team samt används direktinläggning?

Enkäten kompletteras med intervjuer med en representant för varje NOSAM utifrån ungefär samma frågeställningar. ■

# Referenser

## Intervjuer

Härryda kommun, Tina Forsgren, chef för vård och omsorg

Mölnåls stad, Irene Johansson, primärvården Södra Bohuslän

Partille kommun, Ulla Westman, medicinskt ansvarig sjuksköterska, MAS

Öckerö kommun, Ingela Johansson, socialchef

Angered, Annika Ljung, områdeschef för hemtjänst och hemsjukvård

Askim, Frölunda, Högsbo och Västra Göteborg, Ingegärd Ljungqvist, områdeschef hälso- och sjukvård samt bemanning SDF Askim-Frölunda-Högsbo

Centrum, Liselotte Abrahamsson, områdeschef hälso- och sjukvård

Lundby, Louise Odengård, områdeschef Lundby SDF

Majorna Linné, Ann-Christine Baar, projektledare primärvården

Norra Hisingen, Annika Lundin, verksamhetschef, Kärra vårdcentral

Västra Hisingen, Ann Törnell, verksamhetschef, Torslanda vårdcentral

Örgryte Härlanda, Kristina Malmer, primärvårdschef

Östra Göteborg, Anna Lörqvist, enhetschef för utredningsenheten

## Dokument från INUT, återfinns på SKL:s grupparbetsplats

([http://www.skl.se/om\\_webbplatsen/grupparbetsplatser](http://www.skl.se/om_webbplatsen/grupparbetsplatser))

Processorganisationens projektplan inkl. kommunikationsplan

Processorganisationens lägesrapport till SKL (maj 2011, maj 2012)

Tidslinjerapporter från processtödarna (juni 2012)

Processtödarnas dokumentation för uppföljning/mätningar på sjukhus samt i primärvården

”SÄBO-mätning” inom LGS-området för mars 2012

Projektorganisationens bildsammanställning av faktorer som påverkar projektet Nyskapad rutin och remiss för direktinläggning till slutenvårdsplats

## Övriga dokument

Minnesanteckningar från LGS ([www.samverkanstorget.se](http://www.samverkanstorget.se))

”19 projekt har tilldelats medel till försöksverksamheter” ([www.skl.se](http://www.skl.se))

LGS och NOSAM funktion och organisation ([www.samverkanstorget.se](http://www.samverkanstorget.se))

Projektpresentation av HISAM-Ä på kvalitetsmässan 2009, se bilaga 2

Krav- och Kvalitetsbok VG primärvård ([www.vgregion.se](http://www.vgregion.se))

Projekt ”Seniorhälsan” inom offentlig primärvård ([www.vgregion.se](http://www.vgregion.se))

Projekt ”Sammanhållen vårdkedja från akutmottagning till eget boende i Mölndal” samt Projekt ”Vård- och stödsamordnare inom Mölndals stad” ([www.sahlgrenska.se](http://www.sahlgrenska.se))

## Bakgrundmaterial<sup>3</sup>

Befolkningsdata och sociala indikatorer Göteborgs Stad 100128

Perspektiv Göteborg 1-2011: Från 20 till 10 stadsdelar – mer lika men fortsatt olika

Webbplatser från Göteborgs Stad och kranskommunerna

Vision Västra Götaland – det goda livet

Det goda livet för sjuka äldre i Västra Götaland: Regional handlingsplan 2012-2014 med fokus på Mest sjuka äldre

På väg mot en värdefull styrning. Ersättningsystem för en sammanhållen vård & omsorg om äldre: Leading Health Care nr 1 – 2012

Öppna jämförelser 2010 - Vård och omsorg om äldre

Socialstyrelsens lägesrapport 2002 Vård och omsorg om äldre

Rapport: Kvalitativ uppföljning av multisjuka äldre i ordinärt boende (Ulla Gurner)

Presentationer av Dag Norèn och Rolf Bowin som bygger på Gurners rapport

Socialstyrelsens rapport dec 2011: De mest sjuka äldres vård och omsorg – en beskrivning utifrån nationella indikatorer

Register och närliggande parallella projekt:

- Senior Alert

- Palliativregistret

- PRIMUS – Primärvårdspatient ut från sjukhus

- Seniorhälsan inom offentlig primärvård

- Vårdkedja från akutmottagning till eget boende i Mölndal

- Vård- och stödsamordnare inom Mölndals stad

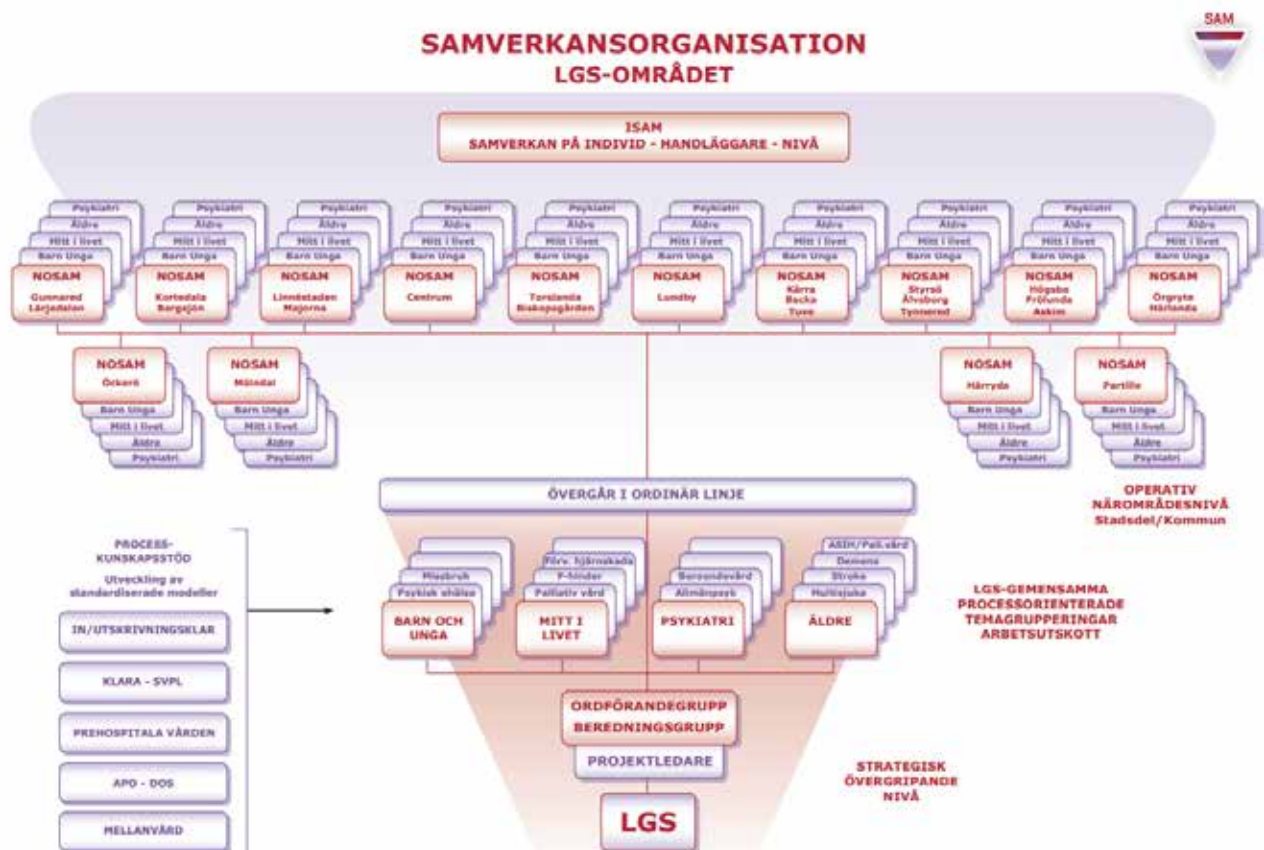
- Vårdcoacher =

3. Källor som listas under denna rubrik finns inte refererade i texten, men har använts som underlag för förståelse av INUT.

# Bilaga 1. LGS:s organisation

Här beskriver LGS 14 NOSAM men två av dem samarbetar och på webbplatsen beskrivs (nov 2012) endast 13 grupper.

(Källa: www.samverkanstorget.se)





# Bilaga 2. Utvecklingsarbete ”pilotprojektet” där rammodellen utarbetades och testades

Projektet tävlade om Götapriset och visades på kvalitetsmässan 2009.

([www.kvalitetsmassan.se/prod/sk/kvalitetsmassan/dalis2anpassningar.nsf/vyProjektSok/B6980ABDC50191BoCI2575ICoo67C69C?OpenDocument](http://www.kvalitetsmassan.se/prod/sk/kvalitetsmassan/dalis2anpassningar.nsf/vyProjektSok/B6980ABDC50191BoCI2575ICoo67C69C?OpenDocument)).

## Område:

Hälsa-sjukvård  
GötaPriset 2009

## Kontaktperson:

Processledare Magda Marchioni  
0046-0702649869

## Närsjukvård i samverkan ”Inskrivningsklar–Utskrivningsklar” patient

### *Bakgrund*

Trots målsättningen att omsorg och 80 % av all hälso-och sjukvård skall erbjudas i den nära vården, hamnar äldre inte sällan på sjukhusens akutintag. Där får de vänta i många timmar på bedömning, inläggning eller blir hemskickade utan åtgärd. Utebliven överrapportering till den nära vård- och omsorgen leder till otillfredsställda behov, otrygghet och inte sällan nytt akutsjukhusbesök.

### *Syfte/Mål*

En obruten vårdkedja – att utveckla en närsjukvård i samverkan där äldre med vård och omsorgsbehov omhändertas vid rätt tid, på rätt vårdnivå och att samhällets resurser används på ett kostnadseffektivt sätt.

### *Genomförande*

Resurser har omorganiserats, arbetssätten utvecklats och nya rutiner upprättats inom ramen för sen tidigare formaliserad samverkan på Hisings/områdes/individ-handläggarnivå. Hälsofrämjande uppsökande verksamhet erbjuds till äldre, som ej har etablerad kontakt med vård och omsorg. Kommunens basala hemsjukvård har decentraliserats och integrerats med den lokala hemtjänsten och vårdcentralen. Tre team finns för den avancerade sjukvården i hemmet. Pragmatisk tillämpning av hälso-och sjukvårdsavtalet innebär att personer kända av kommunen har möjlighet till hembesök av sjuksköterska (ssk) utan att vara anslutna till hemsjukvården. Mobila distriktssköterskor (dsk) i primärvården gör hembesök för bedömning hos personer ej kända av kommunen. Hembesök av läkare utgår från samtliga vårdcentraler när dsk bedömer att behov föreligger. Vårdplanering för insatser av kommun och/eller primärvård kan göras omgående. Om behov av sjukhusets resurser föreligger finns rutiner för direktinläggning på avdelning. Personen blir ”Inskrivningsklar” och slipper gå via akutintaget. Då personen identifieras som ”Utskrivningsklar” börjar en process som kan bestå av Samordnad vårdplanering eller vårdkontakt direkt till vårdcentral så personen kommer till rätt vård/kompetensnivå i vårdkedjan. En modell (PRIMUS) för detta arbete har utvecklats och implementerats. Identifiering och uppföljning av mångsökande görs.

## ***Resultat***

Under perioden 080101-080630 har hälsofrämjande uppsökande hembesök utförts i stadsdelarna. Kommunens ssk har gjort 128 hembesök till personer utan HSV. Primärvårdens mobila dsk har gjort 689 hembesök som genererat 80 läkarbesök och 214 telefonkontakter med läkare. Vårdplanering och insatser i hemmet medförde 176 färre vårdbetaldagar/36 vårdtillfällen. På akutintaget minskade besöken i åldersgruppen 65 år och äldre med 10%. 19 personer blev "Inskrivningsklara". Vi identifierade 6 personer (mångsökare) under 2 månader, varje person hade varit inlagd på sjukhuset 4-5 gånger, sammanlagt 166 vårddygn. Om personen hade blivit vårdplanerad enligt PRIMUS hade vårdtiden kunnat vara 39 vårddygn.

## ***Slutsats***

Gemensamt beslutade rutiner för samverkan, vårdplanering, information och kommunikation leder till obrutna vårdkedjor och att vård- och omsorgsbehov tillgodoses på rätt tid, rätt vårdnivå och att samhällets resurser tillvaratas på ett kostnadseffektivt sätt.



I denna rapport redovisas en delutvärdering av försöksverksamheten ”In- och utskrivningsklar patient – vårdkedjan för de mest sjuka äldre”. Delutvärderingen sträcker sig t.o.m. första halvåret 2012.

Projektet ingår i regeringens fyraåriga satsning på de mest sjuka äldre och dess syfte är att svara upp mot de krav på vård och omsorg med helhetssyn, kontinuitet och samverkan över professions- och organisationsgränser som en ökande andel äldre i befolkningen medför.

”In- och utskrivningsklar patient” pågår 2011–2013 och omfattar kommunerna Göteborg, Härryda, Mölndal, Partille och Öckerö samt primärvården i södra Bohuslän och Sahlgrenska universitetssjukhuset.

I rapporten ges en bild av hur långt man kommit i arbetet med att införa nya, förbättrade rutiner och att hitta bra samarbetsformer mellan de olika vårdgivarna. Vidare diskuteras tänkbara orsaker till att projektet inte kommit så långt som tänkt var, bl.a. har flera stora organisationsförändringar genomförts parallellt med projektet.

Utvärderingen fortsätter under 2013 och en sammanfattande rapport kommer att göras.



**FoU**<sub>i</sub>**väst** GR

**FORSKNING OCH UTVECKLING INOM VÄLFÄRDSOMRÅDET**

Besök Gårdavägen 2 • Post Box 5073, 402 22 Göteborg • Tel 031-335 5000  
Fax 031-335 51 17 • e-post [fou@grkom.se](mailto:fou@grkom.se) • [www.grkom.se/fouivast](http://www.grkom.se/fouivast)